



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
UTILISASI PELAYANAN KLINIK INFEKSI MENULAR
SEKSUAL OLEH WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG
DI LOKALISASI SINTAI TELUK PANDAN
KECAMATAN BATU AJI KOTA BATAM
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**ROZA ELMARITA
0906617340**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
UTILISASI PELAYANAN KLINIK INFEKSI MENULAR
SEKSUAL OLEH WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG
DI LOKALISASI SINTAI TELUK PANDAN
KECAMATAN BATU AJI KOTA BATAM
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**ROZA ELMARITA
0906617340**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Reza Elmarita

NPM : 0906617340

Tanda Tangan : 

Tanggal : 25 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Roza Elmarita
NPM : 0906617340
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor - faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik infeksi menular seksual oleh wanita penaja seks langsung di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Renti Mahkota, SKM, M. Epid (.....)

Penguji : dr. Tri Yunis Miko Wahyono, MSc (.....)

Penguji : Zateri, SKM, S.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 25 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat serta salam saya sampaikan pula kepada junjungan baginda Rasulullah SAW beserta para sahabat beliau yang telah menyampaikan risalah sehingga saya menjadi orang yang tercerahkan dalam nikmat iman Islam. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Renti Mahkota, SKM, M.Epid, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
2. Bapak dr. Tri Yunis Miko Wahyono, MSc, selaku penguji dari FKM UI yang telah menyediakan waktu dan memberikan masukan pada skripsi ini;
3. Ibu Zaferti, SKM, S.Kep, selaku penguji dari luar (Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu) yang telah menyediakan waktu dan memberikan masukan pada skripsi ini;
4. Para dosen dan staf FKM UI atas bimbingan dan kekeluargaannya selama saya menempuh pendidikan;
5. Kepala Dinas Sosial Kota Batam yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam;
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Batam yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam;

7. Kepala Puskesmas Batu Aji Kota Batam yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam;
8. Ketua Organisasi Bina Sosial Kota Batam yang telah memberikan izin dan bantuannya kepada saya selama melakukan penelitian di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam;
9. Ayah dan ibu tercinta, mertua, kakak dan adik-adik tersayang yang telah memberi *support* dan doanya kepada saya;
10. Suami tercinta Fadly Amhar, dan anak-anak tersayang Hafiz Zaki Hanifan dan Fakhri Zahran Hanifan yang telah memberi semangat dan doanya selama saya menempuh pendidikan;
11. Sahabat satu angkatan Peminatan Kebidanan Komunitas yang selalu bersama dalam suka dan duka, terima kasih atas bantuan dan kebersamaannya. Semoga silaturahmi ini tetap terjaga.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 25 Juni 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Roza Elmarita
NPM : 0906617340
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik infeksi menular seksual oleh wanita penaja seks langsung di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Tanggal : 25 Juni 2011

Yang menyatakan



(Roza Elmarita)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Roza Elmarita
NPM : 0906617340
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN UTILISASI PELAYANAN KLINIK INFEKSI MENULAR SEKSUAL OLEH WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG DI LOKALISASI SINTAI TELUK PANDAN KECAMATAN BATU AJI KOTA BATAM TAHUN 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 25 Juni 2011



(Roza Elmarita)

ABSTRAK

Nama : Roza Elmarita
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik infeksi menular seksual oleh wanita penjaja seks langsung di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

Hasil *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo tahun 1994, diantaranya merekomendasikan untuk disediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, salah satunya pemeriksaan infeksi saluran reproduksi/infeksi menular seksual. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik infeksi menular seksual oleh Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL). Desain penelitian adalah *cross sectional* dengan jumlah sampel 100 WPSL yang sedang/pernah menderita IMS yang diambil secara *stratified random sampling*. Hasil analisis univariat diperoleh WPSL yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam sebesar 33%. Analisis bivariat dari faktor sosial budaya yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam adalah dorongan/dukungan dari pihak ketiga dengan (OR=3,3; 95% CI: 1,0-10,6); dari faktor organisasi yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam adalah kualitas pelayanan klinik IMS dengan (OR=13,2; 95% CI: 4,7-37,5); hambatan pergi ke klinik IMS dengan (OR=4,6; 95% CI: 1,5-14,6) dan dari faktor konsumen yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam adalah sikap responden terhadap program P2-IMS dengan (OR=3,8; 95% CI: 1,2-12,1). Pentingnya peningkatan kualitas pelayanan dan dukungan dari semua pihak agar utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL lebih ditingkatkan lagi.

Kata kunci:

Utilisasi, faktor sosial budaya, faktor organisasi, faktor konsumen, faktor provider, klinik IMS, Wanita Penjaja Sek Langsung (WPSL).

ABSTRACT

Name : Roza Elmarita
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : Factors associated to the utilization of services of the sexually transmitted infections clinic by female prostitutes at localization Sintai Teluk Pandan on Batu Aji district in Batam city in 2011

The international Conference on population and development in Cairo in 1994, partly has recommended the provision of the integrated reproductive health services which one of them was the examination of reproductive tract infections/sexually transmitted infections. The purpose of this study is know the overview and the factors associated to service utilization by sexually transmitted infections clinic for female prostitutes (WPSL=Wanita Penjaja Seks Langsung). The study design was cross sectional sample of 100 suffering/suffered from STI WPSL taken by stratified random sampling. The univariate analysis results showed that the WPSL that utilized Sedap Malam clinic services were at 33%. The bivariate analysis of socio-cultural factors associated to the utilization of STI clinic services Sedap Malam showed that the encouragement/support from the third party (OR=3.3; 95% CI:1.0-10.6); from the organizational factors associated to the utilization of Sedap Malam STI clinic services obtained that the quality of service with the STI clinic (OR=13.2; 95% CI:4.7-37.5); the resistance of visiting the STI clinic (OR=4.6; 95% CI:1.5-14.6) and from consumer-related factors, the service utilization of Sedap Malam STI clinic was the perception of the respondents to the P2-IMS program (OR=3.8; 95% CI:1.2-12.1). It is recommended that the quality of service and support from all parties to STI clinical services utilization by the WPSL can be enhanced in the future.

Keywords:

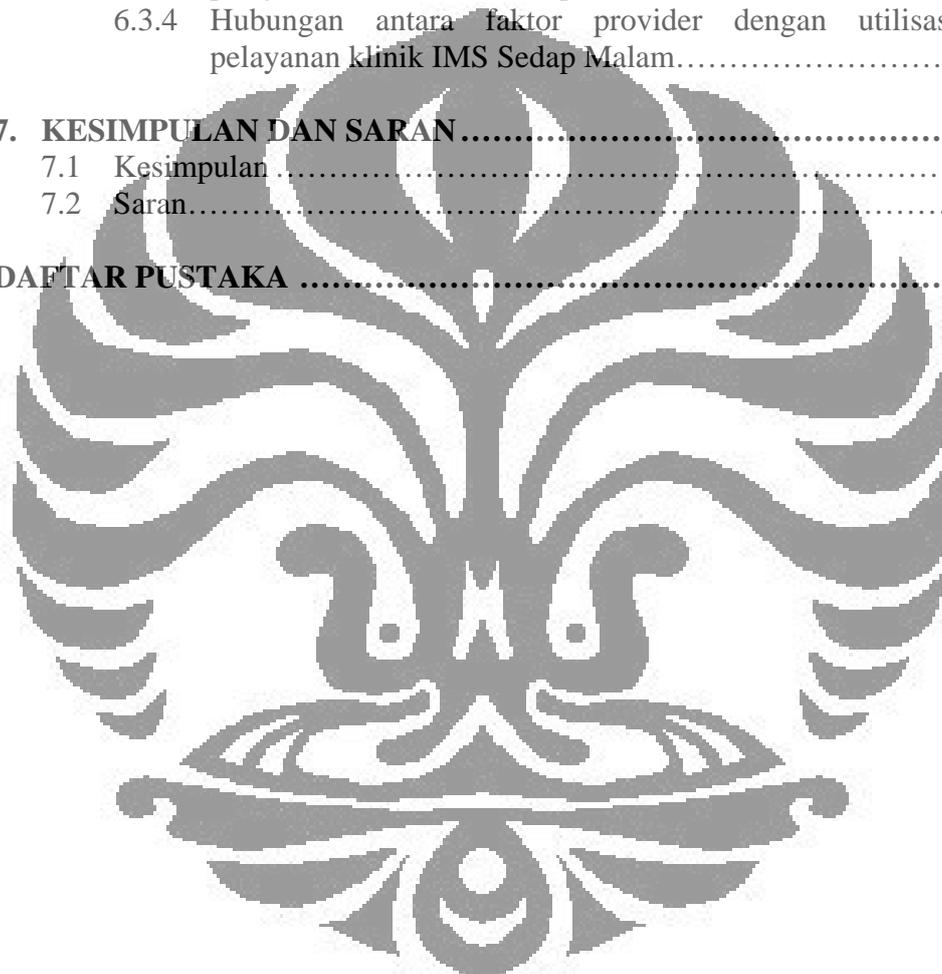
Utilization, socio-cultural factors, organizational factors, consumer-related factors, provides-related factors and female prostitutes.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	vii
ABSTRAK	viii
ABSTARCT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR ISTILAH	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Infeksi Menular Seksual (IMS)	7
2.1.1 Pengertian IMS	7
2.1.2 Penyebab, Gejala, Komplikasi dan Jenis-Jenis IMS	7
2.2 Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS dan HIV-AIDS	12
2.2.1 Batasan dan ruang lingkup program P2-IMS	13
2.2.2 Tujuan program P2-IMS	13
2.3 Tinjauan Tentang Prostitusi	13
2.3.1 Pengertian Prostitusi	13
2.3.2 Wanita Penjaja Seks (WPS)	14
2.3.3 Lokalisasi	14
2.4 Klinik IMS	14
2.4.1 Tujuan Umum Klinik IMS	14
2.4.2 Tujuan Khusus Klinik IMS	14
2.4.3 Ruang Lingkup Klinik IMS	15
2.4.4 Pelayanan di Klinik IMS	15

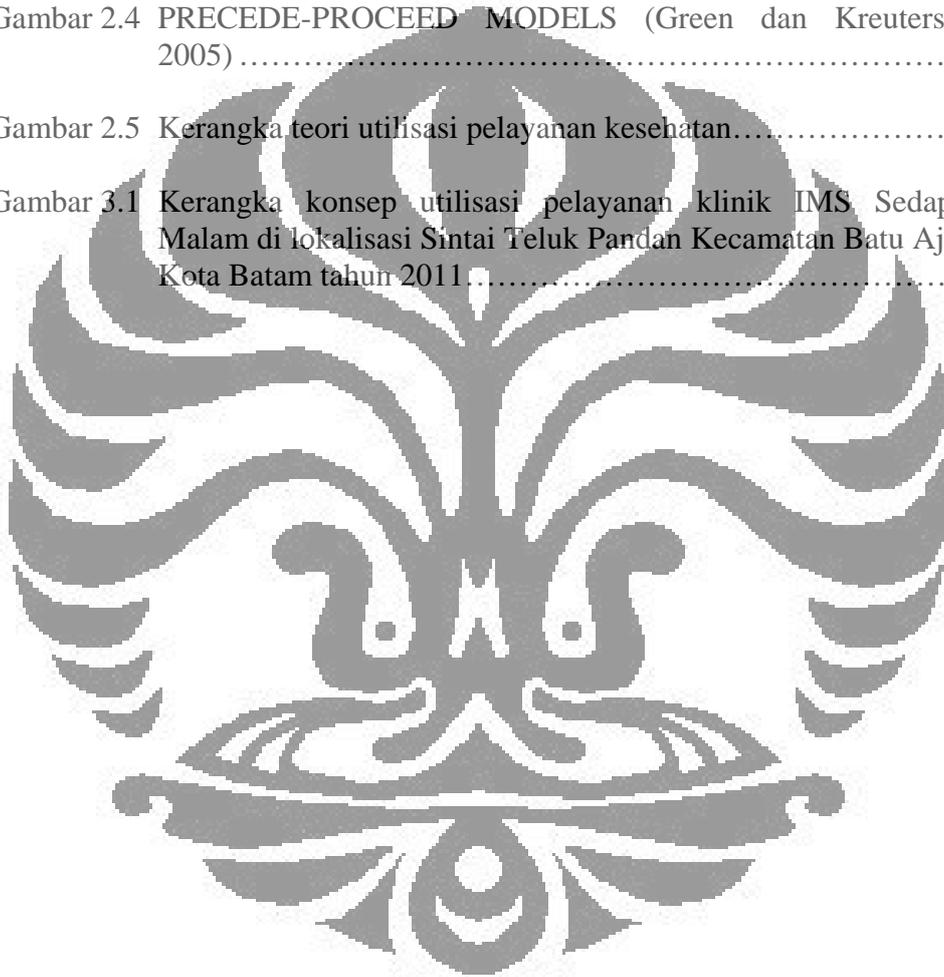
2.5	Konsep Perilaku Kesehatan	15
2.5.1	Batasan Perilaku	15
2.5.2	Perilaku Kesehatan	16
2.6	Perilaku Kesehatan Sehubungan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan.....	17
2.6.1	Determinants of Services Utilization	17
2.6.2	Model Kepercayaan Kesehatan (HBM)	20
2.6.3	Model Sistem Kesehatan	21
2.6.4	PRECEDE – PROCEED Models.....	23
2.7	Faktor - faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan	24
2.7.1	Faktor Sosial budaya.....	24
2.7.2	Faktor Organisasi	25
2.7.3	Faktor Konsumen.....	26
2.7.4	Faktor Provider.....	30
2.8	Kerangka teori	31
3.	KERANGKA KONSEP	32
3.1	Kerangka Konsep.....	32
3.2	Hipotesis	34
3.3	Definisi Operasional	36
4.	METODE PENELITIAN	39
4.1	Desain Penelitian	39
4.2	Lokasi dan waktu penelitian	39
4.3	Populasi dan sampel	39
4.3.1	Populasi	39
4.3.2	Sampel	39
4.4	Instrumen Penelitian	43
4.5	Pengumpulan Data	43
4.6	Manajemen Data	43
4.7	Analisa Data.....	44
4.7.1	Analisa Univariat	44
4.7.2	Analisa Bivariat	45
5.	HASIL PENELITIAN.....	46
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	46
5.2	Gambaran Umum Klinik Sedap Malam	46
5.3	Kegiatan/Pelayanan Kesehatan yang dilakukan di Klinik IMS Sedap Malam	47
5.4	Gambaran 5 kasus IMS Sedap Malam bulan November 2010.....	48
5.5	Gambaran Pelaksanaan Penelitian	48
5.6	Analisis Univariat	49
5.7	Analisis Bivariat	54

6. PEMBAHASAN	61
6.1 Keterbatasan Penelitian	61
6.2 Gambaran utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam.....	62
6.3 Hubungan antara faktor sosial budaya, organisasi, konsumen dan provider dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam	63
6.3.1 Hubungan antara faktor sosial budaya dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam	63
6.3.2 Hubungan antara faktor-faktor organisasi dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam.....	64
6.3.3 Hubungan antara faktor konsumen dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam.....	65
6.3.4 Hubungan antara faktor provider dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam.....	72
7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
7.1 Kesimpulan	73
7.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Determinan of Health Services Utilization (Donabedian, 1984)	20
Gambar 2.2 Perilaku Kesehatan Menurut <i>Health Belief Models</i>	21
Gambar 2.3 Ilustrasi Health System Models Menurut Anderson	23
Gambar 2.4 PRECEDE-PROCEED MODELS (Green dan Kreuters, 2005)	24
Gambar 2.5 Kerangka teori utilisasi pelayanan kesehatan	31
Gambar 3.1 Kerangka konsep utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011	33



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Distribusi sampel dari masing-masing pondokan/bar di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam berdasarkan hasil skrining bulan November 2010.....	42
Tabel 5.1	Lima kasus IMS terbanyak di Klinik IMS Sedap Malam Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011	48
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam di Lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011	50
Tabel 5.3	Distribusi responden menurut variabel independen terhadap utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.....	53
Tabel 5.4	Hubungan variabel independen terhadap utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.....	59

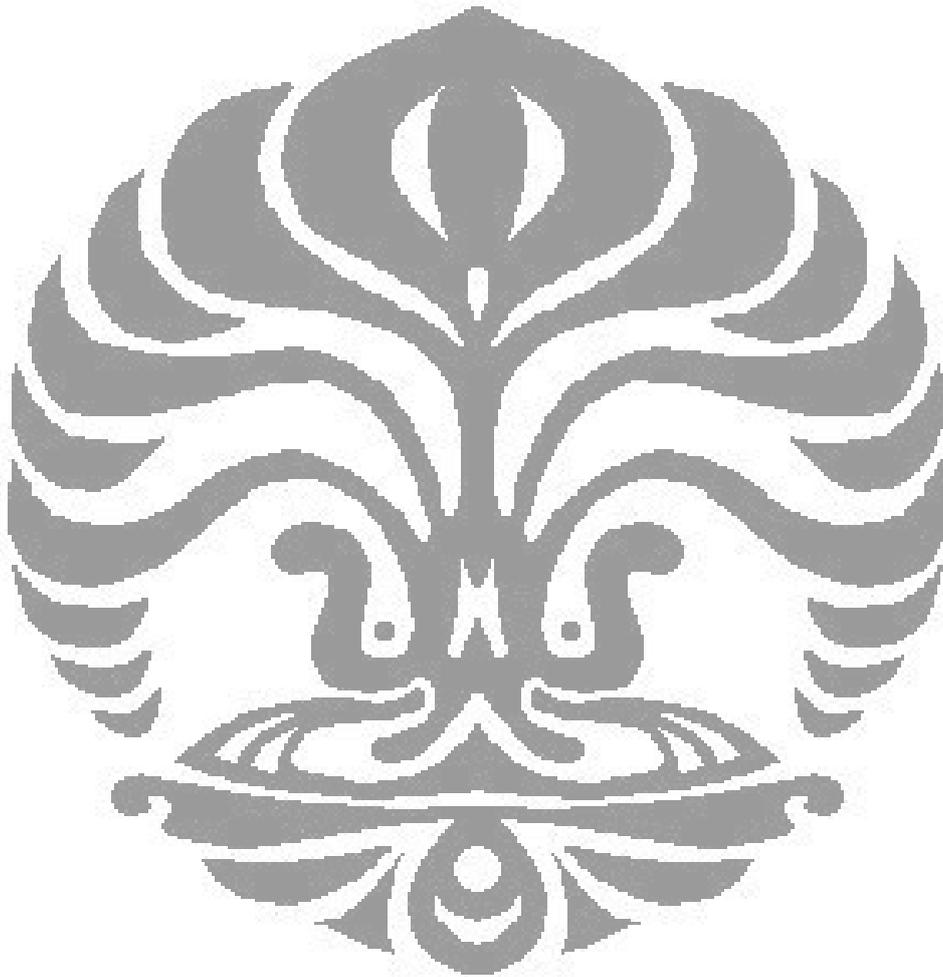
DAFTAR SINGKATAN

Gonore	: Sering dikenal dengan kencing nanah yang disebabkan oleh kuman nesserhea gonorhoe
Herpes Genitalia	: Salah satu jenis infeksi menular seksual yang disebabkan oleh virus herpes genitalia
HIV-AIDS	: <i>Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immuno Deficiency Syndroms</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Klamedia	: Salah satu jenis infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri haemophilus ducreyi yang merupakan salah satu penyebab ulkus (borok) pada kelamin
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
Kuratif	: Suatu kegiatan kesehatan dengan tujuan pengobatan penyakit
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
P2-IMS	: Pencegahan dan Pemberantasan Infeksi Menular Seksual
PID	: <i>Pelvic Inflammatory Disease</i> yaitu penyakit pada rongga panggul akibat peradangan oleh karena infeksi menular seksual
PRECEDE	: <i>Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Education Diagnosis and Evaluation</i>
Preventif	: Suatu kegiatan yang berhubungan dengan pencegahan penyakit sehingga jangan sampai terinfeksi
PROCEED	: <i>Policy Regulatory Organizational Construct in Education and Enviromental Development</i>
Promotif	: Suatu kegiatan yang berhubungan dengan penyampaian informasi kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu

Rehabilitatif	: Suatu kegiatan kesehatan yang berhubungan dengan perbaikan kondisi pasien yang baru selesai menderita sakit
Secret Vagina	: Cairan yang diambil dari dalam jalan lahir
Servisititis	: Peradangan serviks
Sindrom	: Kumpulan keluhan dan gejala tertentu
Sifilis	: Salah satu jenis infeksi menular seksual yang disebabkan oleh <i>Triponema Palidum</i>
STBP	: Survei Terpadu Biologis dan Perilaku
STS	: <i>Serologic Test for Shypilis</i>
Uretritis	: Peradangan saluran kencing bagian bawah
VCT	: <i>Voluntary Counselling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPS	: Wanita Penjaja Seks
WPSL	: Wanita Penjaja Seks Langsung
WPSTL	: Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 3. *Output* Analisis Data Univariat dan Bivariat
- Lampiran 4. Denah Lokalisasi Sintai Teluk Pandan



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu dari 180 negara yang telah menyetujui untuk meratifikasi dan mengadopsi konsensus yang dihasilkan oleh Konferensi Internasional dalam bidang Kependudukan dan Pembangunan *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo tahun 1994, yang mencerminkan kebijakan kependudukan, kesehatan dan reproduksi. Program aksi ICPD juga merekomendasikan untuk disediakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu antara lain: Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), dengan pemeriksaan Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS), (Yayasan Mitra Inti, 2007).

Infeksi menular seksual (IMS) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup menonjol pada sebagian besar wilayah dunia. Insiden kasus IMS diyakini tinggi pada banyak negara serta kegagalan dalam mendiagnosa dan memberikan pengobatan pada stadium dini dapat menimbulkan komplikasi serius/berat dan berbagai gejala sisa lainnya, antara lain infertilitas, akibat buruk pada bayi, kehamilan ektopik, kanker didaerah anogenital, kematian dini, serta infeksi baik pada neonatal maupun pada bayi. Disamping itu keberadaan IMS akan mengakibatkan biaya pengobatan yang sangat besar. Keberadaan *Virus Human Immunodeficiency (HIV)* dan *the Acquired Immuno Deficiency Sindrom (AIDS)* telah menarik perhatian dunia terhadap penanggulangan dan pemberantasan IMS. Terdapat kaitan erat antara penyebaran IMS dengan penularan HIV, baik IMS yang ulseratif maupun yang non-ulseratif, telah terbukti meningkatkan risiko penyebaran HIV melalui hubungan seksual (Dirjen PP&PL, 2010).

Menurut Donabedian (1984) faktor-faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan terdiri dari 4 faktor antara lain: (1) faktor sosial

budaya, (2) faktor organisasi, (3) faktor yang berkaitan dengan konsumen dan (4) faktor yang berkaitan dengan provider. Dari teori Health Belief Model (1974), dasar utama teori pemanfaatan pelayanan kesehatan model kepercayaan adalah teori psikologi dan ilmu perilaku dalam pengambilan keputusan. Apabila seseorang dalam bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat dalam tindakan tersebut antara lain: (1) kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), (2) keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), (3) manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits barriers*) dan (4) isyarat atau tanda-tanda.

Menurut teori Green dan Kreuters (2005) faktor kesehatan seseorang ditentukan oleh faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Selanjutnya perilaku itu sendiri di latar belakang atau dibentuk oleh tiga faktor yang terdiri dari: (1) faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), (2) faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) dan (3) faktor-faktor pendukung/pemungkin (*enabling factors*). Anderson dalam Notoatmodjo (2003), menggambarkan model sistem kesehatan terdiri dari 3 kategori utama yang mendorong seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan, yakni (1) karakteristik predisposisi, (2) karakteristik pendukung dan (3) karakteristik kebutuhan.

Dari hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2007, prevalensi gonore dan atau infeksi klamidia tertinggi dari kelompok berisiko adalah pada WPSL (49%), Waria (46%), Laki-laki Seksual dengan Laki-laki (LSL) 35%, Penasun (6%) dan Pelanggan (5%). Prevalensi sifilis tertinggi pada Waria (26.8%), WPSL (24.6%), Pelanggan Penjaja Seks (6.2%), Laki-laki Seksual Laki-laki (4.3%) dan terendah penasun (1.2%). Sementara ini prevalensi HIV tertinggi pada Penasun (52.4%), Waria (24.4%), WPSL (10.4%), LSL (5.2%) dan terendah pada Pelanggan (0.8%) (Dirjen PP&PL, 2007).

Kota Batam merupakan daerah industri dan mempunyai tingkat mobilisasi manusia yang tinggi baik domestik maupun non domestik. Selain itu letak kota Batam sebagai segitiga emas perbatasan antara Malaysia dan Singapura serta pelabuhan singgah kapal asing untuk melakukan berbagai aktivitas termasuk aktivitas seksual, sehingga banyak lokalisasi dan panti pijat *plus-plus* tumbuh dan berkembang. Salah satu lokalisasi besar yaitu Lokalisasi Sintai Teluk Pandan

dimana terdapat sekitar 257 WPSL yang tersebar di 24 wisma sampai akhir tahun 2010. Sementara jumlah pengunjung setiap harinya rata-rata mencapai 200–250 orang. Lokalisasi Sintai Teluk Pandan ini, terkenal sebagai salah satu lokalisasi yang memiliki manajemen yang cukup baik di Indonesia. Namun fakta lapangan menunjukkan manajemen yang baik belum tentu mampu menekan prevalensi IMS di kalangan WPSL (Komisi Pemberantasan AIDS/KPA Kota Batam tahun 2010).

Prevalensi IMS Kota Batam masih tinggi, pada tahun 2008 (0,17%) dan tahun 2009 (1,62%), yang mana prevalensi IMS-AIDS dianggap memerlukan perhatian adalah jika lebih dari 0,3% (Dirjen PP&PL, 2007). Dari hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2007, terhadap WPSL di kota Batam yang melakukan pemeriksaan kesehatan di klinik IMS dalam 6 bulan terakhir, dengan frekuensi 0 kali (47%), 1 kali (19 %), 2-3 kali (17%) dan lebih 3 kali (13%). Selanjutnya tindakan ketika mengalami gejala IMS pada WPSL 46% yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sedangkan yang memanfaatkan pelayanan sebesar 52% (Dirjen PP&PL, 2007). Dari hasil pemeriksaan skrining pada bulan November 2010 didapatkan hasil 90% WPSL yang positif menderita infeksi menular seksual (Dinkes kota Batam bagian P2PL tahun 2010).

Menurut penelitian Rizalwan (2003) ditemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Klinik IMS Batu 7 Tanjung Batu Karimun adalah faktor internal (tingkat pendidikan dan sikap responden) serta faktor eksternal (kualitas klinik, sikap petugas klinik, anjuran/dukungan petugas kesehatan dan hambatan pergi ke klinik).

Karena belum pernah dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS pada WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam, dirasa penting untuk dilakukan penelitian tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Prevalensi Gonore dan atau Infeksi Klamidia tertinggi pada kelompok berisiko yaitu pada WPSL (49%) dan prevalensi sifilis tertinggi kedua pada WPSL (24.6%) hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku tahun 2007. Sedangkan prevalensi IMS Kota Batam pada tahun 2008 (0,17%) dan tahun 2009

(1,62%) yang masih dianggap memerlukan perhatian karena masih diatas prevalensi nasional yaitu 0,3%, serta masih rendahnya kesadaran WPSL untuk melakukan pemeriksaan kesehatan ketika mengalami gejala IMS yaitu hanya 52% yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS pada WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS (Sedap Malam) oleh WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji kota Batam tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketahuinya gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketahuinya gambaran utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011
2. Diketahuinya gambaran faktor sosial budaya (dukungan/dorongan dari pihak ketiga) yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
3. Diketahuinya gambaran faktor-faktor organisasi (kualitas pelayanan klinik IMS dan hambatan pergi ke klinik IMS) yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.

4. Diketuainya gambaran faktor-faktor konsumen (umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan, persepsi terhadap risiko tertular penyakit, persepsi terhadap seriusnya IMS dan sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS) yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
5. Diketuainya gambaran faktor provider (sikap petugas klinik IMS) yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
6. Diketuainya hubungan faktor sosial budaya (dukungan/dorongan dari pihak ketiga) dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
7. Diketuainya hubungan faktor-faktor organisasi (kualitas pelayanan klinik IMS dan hambatan pergi ke klinik IMS) dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
8. Diketuainya hubungan faktor-faktor konsumen (umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan, persepsi terhadap risiko tertular penyakit, persepsi terhadap seriusnya IMS dan sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS) dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.
9. Diketuainya hubungan faktor provider (sikap petugas klinik IMS) dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Batam

Dapat memberikan masukan bagi pembuat kebijakan dan pemegang program untuk membuat strategi dalam peningkatan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL untuk penanggulangan kasus IMS.

1.5.2 Bagi KPA Kota Batam

Masukan untuk perencanaan kegiatan penanggulangan kasus IMS.

1.5.3 Bagi Puskesmas Batu Aji Kota Batam

Dapat melaksanakan suatu kebijakan yang telah ditetapkan berdasarkan informasi yang didapatkan dari hasil penelitian ini dan dapat memberikan pelayanan yang lebih berhasil guna dan efektif dalam rangka menurunkan kasus IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.

1.5.4 Bagi FKM

Dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu dibidang kesehatan masyarakat dan menambah wawasan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan utilisasi klinik IMS oleh WPSL.

1.5.5 Bagi peneliti lain

Semoga menjadi inspirasi untuk melanjutkan penelitian dengan metode yang lain.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam. Pelaksanaannya pada bulan Januari – Februari tahun 2011, menggunakan data primer dengan wawancara langsung dengan responden, dan data sekunder (hasil skrining yang dilakukan pada bulan November 2010) di klinik IMS Sedap sebagai kerangka sampel (*sampling frame*), serta menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Faktor-faktor yang akan diteliti antara lain: faktor sosial budaya (dukungan/dorongan dari pihak ketiga); faktor-faktor organisasi (kualitas pelayanan klinik IMS dan hambatan pergi ke klinik IMS); faktor konsumen (umur, status perkawinan, lama bekerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya IMS dan sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS) dan faktor provider (sikap petugas klinik IMS) yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Menular Seksual (IMS)

2.1.1 Pengertian

Infeksi Menular seksual (IMS) adalah sekelompok penyakit yang penularannya terutama pada waktu mengadakan hubungan seksual. Dahulu kelompok penyakit ini dikenal sebagai penyakit kelamin yang terdiri dari 5 jenis penyakit yaitu *Gonore* (kencing nanah), *Sifilis* (raja singa), *Ulkus mole*, *Limfogranoeloma inguinale* (bungkul) dan *Granuloma inguinale*. Namun pada abad ke-20 dapat dibuktikan bahwa pada waktu mengadakan hubungan seksual dapat terjadi infeksi oleh lebih dari 20 jenis kuman, sehingga munculah istilah Penyakit Menular Seksual (PMS). Pada tahun 1997 pada Kongres IUVDT (*International Union of Venereal Disease and Treponematosi*) di Australia, istilah tersebut diubah menjadi IMS, oleh karena semua penyakit yang termasuk dalam kelompok tersebut merupakan penyakit infeksi (Daili, 2007).

2.1.2 Penyebab, Gejala, Komplikasi dan Jenis – Jenis IMS

Secara garis besar penyebab IMS dapat dibagi menjadi lima organisme yaitu IMS yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, protozoa dan ektoparasit.

2.1.2.1 IMS yang disebabkan oleh Bakteri (gonore, sifilis, ulkus mole/chancroid, Limfo Granuloma Venerum/LGV),

1. Gonore (GO)

Penyebabnya adalah bakteri *Nisseria Gonnoreae* dengan masa inkubasi 2-10 hari setelah masuk kedalam tubuh. Bakteri ini bersifat gram negatif dan tahan asam, tampak diluar dan di dalam lekosit, tidak tahan lama di udara bebas, cepat mati dalam keadaan kering, tidak tahan suhu > 39°C dan tidak tahan zat desinfektan. Daerah yang paling mudah terinfeksi adalah daerah dengan mukosa epitel kuboid atau lapis lempeng yang belum

berkembang (imatur yakni pada wanita yang belum pubertas). Bakteri ini dapat hidup di tempat yang hangat, daerah saluran reproduksi yang lembab, serviks, uterus, tuba falopii dan di urethra pada laki-laki dan perempuan. Bakteri ini juga dapat hidup di mata, mulut, tenggorokan dan anus (Daili, 2007).

Gejalanya adalah keputihan kental berwarna kekuningan, rasa nyeri dirongga panggul, dapat juga tanpa gejala (pada perempuan), rasa nyeri pada saat kencing, keluarnya nanah kental kuning kehijauan dan ujung penis agak merah dan agak bengkak (pada laki-laki). Komplikasi gonore adalah radang panggul, meningkatnya risiko kehamilan ektopik dan sumbatan kedua tuba sehingga terjadi infertilitas/kemandulan, infeksi mata pada bayi yang baru dilahirkan dan dapat mengakibatkan kebutaan serta rentan terhadap penyakit HIV.

2. Sifilis/raja singa

Penyebabnya adalah bakteri *Treponema Pallidum* dengan masa tanpa gejala antara 3-4 minggu bahkan terkadang sampai 3 bulan sesudah kuman masuk dalam tubuh. Gejal-gejalanya antara lain: luka pada kemaluan tanpa nyeri (primer), bintil, bercak merah pada tubuh (sekunder), kelainan saraf, jantung, pembuluh darah/kulit. Komplikasi sifilis adalah jika tidak diobati dapat menimbulkan kerusakan berat pada otak dan jantung, bayi dalam kandungan dapat tertular, keguguran atau lahir cacat dan memudahkan penularan HIV.

3. Ulkus mole/chancroid

Disebabkan oleh bakteri *haemophilus ducreyi* yang ditularkan melalui hubungan seksual. Gejala dan tanda-tandanya luka-luka dan nyeri, tanpa radang jelas, benjolan mudah pecah dilipatan paha disertai sakit. Sedangkan komplikasinya luka dan infeksi hingga mematikan jaringan sekitarnya dan memudahkan penularan HIV (Widyastuti, 2009).

4. Limfo Granuloma Venerum/LGV

Penyebabnya adalah *Chlamidia trachomatis*. LGV mengenai saluran pembuluh limfe dan kelenjar limfe, terutama pada daerah genital, inguinal dan anus serta rectum (Daili, 2007). Gejalanya berupa keputihan encer berwarna putih kekuningan, nyeri dirongga panggul dan perdarahan setelah hubungan seksual. Dengan komplikasi penyakit radang panggul, kemandulan, kehamilan diluar kandungan, infeksi mata berat, radang paru-paru pada bayi baru lahir dan memudahkan penularan HIV (Widyastuti, 2009).

2.1.2.2 IMS yang disebabkan oleh Virus (herpes genitalis, kondiloma akuminata/KA, HIV-AIDS, moloskum contagiosum),

1. Herpes genitalis

Penyebabnya berupa virus *Herpes simplex* dengan masa inkubasi antara 4-7 hari setelah virus berada dalam tubuh. Setelah beberapa tahun kemudian seringkali menjadi kanker mulut rahim pada perempuan, infeksi ini belum ada obatnya yang benar-benar mujarab. Penggunaan obat anti virus dapat mengurangi rasa sakit dan lamanya episode infeksi.

Gejala dan tanda infeksi pada tahap awal adalah bintil-bintil berair dan nyeri pada kemaluan, luka akibat pecahnya binti-bintil dan dapat muncul lagi seperti gejala awal karena stress, haid, makan/minum alkohol, melakukan hubungan sek yang berlebihan. Komplikasi antara lain: rasa nyeri berasal dari saraf, dapat menular pada bayi dan terlihat saat lahir berupa binti-bintil berair, infeksi berat abortus dan kematian janin, serta memudahkan penularan HIV. (Widyastuti, 2009)

2. Kondiloma Akuminata/KA

Penyebabnya adalah virus *Han Papilloma* dengan gejala spesifik timbulnya kutil disekitar kemaluan yang dapat membesar dan dapat menyebabkan kanker mulut rahim.

3. HIV-AIDS

HIV merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Virus HIV yang masuk ke dalam tubuh akan berkembang biak, akan masuk ke dalam sel darah putih dan merusaknya, sehingga sel darah putih yang berfungsi sebagai pertahanan terhadap infeksi akan menurun jumlahnya, yang mengakibatkan sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan penderita mudah terkena berbagai penyakit. Kondisi ini disebut AIDS.

AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang timbul karena rendahnya daya tahan tubuh. Pada awalnya penderita HIV positif sering menampilkan gejala sampai bertahun-tahun (5-10 tahun). Banyak faktor yang mempengaruhi panjang pendeknya masa tanpa gejala ini, namun pada masa ini penderita dapat menularkan penyakitnya pada orang lain. Sekitar 89% penderita HIV akan berkembang menjadi AIDS. Semakin lama penderita akan semakin lemah dan akhirnya akan berakhir dengan kematian, karena saat ini belum ditemukan obat mencegah atau menyembuhkan HIV/AIDS (Widyastuti, 2009).

Hal yang perlu diketahui tentang HIV-AIDS:

1. Jika virus HIV sudah masuk ke dalam tubuh, virus tersebut akan menetap dalam tubuh selamanya.
2. Virus HIV hidup dalam darah, air mata, air liur, cairan dalam jalan lahir, air mani dan cairan tubuh lainnya.
3. Pada umumnya infeksi HIV ditularkan melalui hubungan seksual, disamping penularan melalui transfusi darah, jarum suntik dan penularan dari ibu kepada janinnya.
4. HIV tidak hanya menular pada kaum homoseksual.
5. Perlukaan pada saluran kelamin memudahkan masuknya virus HIV.
6. Kekerasan seksual atau hubungan seksual dengan gadis remaja lebih memudahkan terjadi penularan.
7. Perempuan 5 kali lebih mudah tertular HIV-AIDS dari pada laki-laki, karena bentuk alat kelamin perempuan lebih luas permukaannya sehingga mudah terpapar oleh cairan mani yang tinggal lebih lama dalam tubuh.

8. Hubungan seksual melalui anus lebih berisiko dalam penularan dari pada cara hubungan seks lainnya, karena jaringan anus lebih lembut.

2.1.2.3 IMS yang disebabkan oleh jamur

Kandidosis Vulvo Vagina/KVV

Kandidiasis/kandidosis vaginal adalah infeksi vaginal atau vulvo oleh kandida khususnya *Candida albicans* (81%) atau kadang-kadang *Candida glabrata* (16%), spesies lain (*Candida tropicalis*, *Candida stellatoidea*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida crusei*) sangat jarang, hanya sekitar 3%. Infeksi biasanya bersifat local kecuali pada vulva, vagina, juga pada hidung, tenggorokan, mulut, usus dan kulit.

Gejala muncul dengan keluhan panas, iritasi vulva dan keputihan yang tidak berbau. Pada pemeriksaan terdapat vulvitis dengan eritema dan edema vulva fisura perineal, pseudoeupimembran dan lesi satelit populo pustular disekitarnya. Komplikasi KVV berupa insiden kandidiasis oral meningkat 2-35 kali diantara bayi yang dilahirkan ibu dengan KVV.

2.1.2.4 IMS yang disebabkan oleh protozoa

Trichomoniasis vaginalis

Penyebab semacam protozoa disebut *Trichomonas Vaginalis* yang ditularkan melalui hubungan seksual. Gejala dan tanda-tandanya: keputihan encer, berwarna kekuning-kuningan, berbusa dan berbau busuk, vulva agak membengkak, kemerahan, gatal dan mengganggu. Komplikasinya adalah lecet pada kulit sekitar vulva, kelahiran prematur dan dapat menularkan HIV (Widyastuti, 2009).

2.1.2.5 IMS yang disebabkan oleh ektoparasit

Pedikulosis pubis

Merupakan investasi kutu *Phthirus pubis* pada rambut pubis, tetapi kadang-kadang juga ditemukan di alis, bulu mata dan rambut aksila. Ditularkan melalui kontak fisik yang erat biasanya pada saat berhubungan seks atau orang tua kepada anaknya. Dapat juga ditularkan melalui benda-benda yang dipakai

bersama seperti pakaian, sprei, jarang dijumpai pada ras didaerah tropis yang mempunyai rambut pubis yang tidak lebat.

Gejala berupa lesi primer akibat gigitankutu yang tidak begitu jelas tapi menimbulkan rasa gatal terutama pada malam hari. Akibat garutan bisa terjadi eritema, iritasi dan infeksi sekunder. Kadang-kadang pada tempat gigitan terdapat maculae cerulae, berupa bercak berdiameter kurang dari 1 cm, berwarna kebiruan dan gatal menghilang pada pemeriksaan diaskopi.

2.2 Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS dan HIV-AIDS

Dengan adanya permasalahan-permasalahan yang diuraikan diatas, hal ini dapat terjadi karena adanya perubahan tata nilai dalam kehidupan bermasyarakat yang mengarah kepada mudah tertular IMS. Akibat adanya IMS menimbulkan kerusakan dan peradangan pada jaringan kulit dan selaput lendir alat kelamin, yang akan memperbesar resiko penularan HIV secara seksual, karena kerusakan jaringan tersebut merupakan pintu masuk HIV. Sebaliknya infeksi HIV akan memperberat gejala klinis IMS lainnya, karena menurunnya kekebalan tubuh dan daya tahan tubuh sipengidap IMS. Akibat adanya infeksi HIV yang bersifat endemik, termasuk epidemik infeksi-infeksi HIV akan dapat mengancam kesehatan masyarakat dengan berbagai macam cara (Daili, 2006).

Sedangkan perkembangan program pencegahan dan pemberantasan IMS berawal dari adanya Lembaga Pusat Penyelidikan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin (LP4K) tahun 1951 di Surabaya, dan tahun 1974 Dinas Pemberantasan Penyakit Kelamin digabungkan dengan Dinas Pemberantasan Penyakit Frambusia dibawah Ditjen P4M menjadi Sub Direktorat Pemberantasan Penyakit Kelamin dan Frambusia yang mana kegiatannya melakukan RMT (*Regular Mass Treatment*), kemudian diganti dengan kegiatan Skrining STS (*Serologic Test for Syphilis*) ditambah dengan kegiatan Sentinel Sero Survey HIV-AIDS yang sampai sekarang masih berjalan (Daili, 2001).

Pada beberapa tahun terakhir ini, telah terjadi peningkatan insiden IMS di beberapa negara termasuk Indonesia, diduga kegagalan dalam mendiagnosa maupun pengobatan pada tahap dini, mengakibatkan timbulnya komplikasi yang sangat serius, demikian pula kaitannya dengan HIV-AIDS, keadaan ini

menyebabkan WHO merekomendasikan untuk menggunakan metode pendekatan sindrom dalam penatalaksanaan kasus IMS (Depkes R.I, 2007).

2.2.1 Batasan dan ruang Lingkup Program P2 – IMS

2.2.1.1 Batasan Program P2 – IMS

1. IMS yang memberikan gejala klinis berupa keluarnya duh tubuh (cairan) dari alat kelamin seperti penyakit GO, dan uretritis non spesifik.
2. IMS yang memberikan gejala klinis berupa luka pada alat kelamin misalnya penyakit chancroid, sifilis dan herpes genitalis.
3. IMS dengan gejala klinis berupa benjolan/tumor, misalnya pada penyakit kondiloma akuminata.
4. IMS yang tidak memberikan gejala pada tahap permulaan, misalnya pada penyakit hepatitis B dan infeksi HIV/AIDS.

2.2.1.2 Ruang Lingkup Program P2 – IMS

Pada saat ini ruang lingkup Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS diprioritaskan terhadap penyakit sifilis, gonore dan infeksi HIV/AIDS. Sedangkan terhadap IMS lainnya diupayakan untuk dilakukan pemantauan secara berkala.

2.2.2 Tujuan Program P2 - IMS

Mencegah terjadinya penularan dan memberantas IMS termasuk infeksi HIV/AIDS, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi dari IMS termasuk infeksi HIV/AIDS sehingga tidak menjadi masalah kesehatan.

2.3 Tinjauan Tentang Prostitusi

2.3.1 Pengertian Prostitusi

Pelacuran atau Prostitusi adalah penjualan jasa seksual seperti oral seks atau hubungan seks. Seseorang yang menjual jasa seksual disebut pelacur yang kini disebut Pekerja Seks Komersial (PSK). Pelacuran atau prostitusi merupakan salah satu bentuk penyakit masyarakat, yang harus dihentikan penyebarannya, tanpa mengabaikan usaha pencegahan dan perbaikannya. Pelacuran berasal dari bahasa latin *pro-stituere* atau *pro-stauree*, yang membiarkan diri berbuat zina,

melakukan persundalan dan percabulan. *Prostitue* adalah pelacur atau sundal (Kartono, 2003).

2.3.2 Wanita Penjaja Seks (WPS)

Wanita Penjaja Seks (WPS) dibagi menjadi dua kriteria diantaranya WPS Langsung dan Tidak Langsung. Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) adalah perempuan yang menjajakan seks secara terbuka sebagai penjaja seks komersial, seperti di lokasi yang resmi, rumah bordil ataupun bekerja di jalanan menjajakan seks, sedangkan Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung (WPSTL) adalah perempuan yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-bidang pekerjaan tertentu, seperti sebagai penjaga toko, pelajar, karyawan di bar, karaoke, salon atau panti pijat yang menambah penghasilan mereka dengan menjual seks (Ditjen PP&PL Depkes RI, 2010).

2.3.3 Lokalisasi

Prostitusi yang digolongkan menurut tempat atau lokasi salah satunya disebut lokalisasi atau segregasi yang tempatnya terisolir atau terpisah dari kompleks penduduk lainnya. Kompleks ini dikenal sebagai daerah “lampu merah” atau petak daerah tertutup. Lokalisasi pada umumnya terdiri atas rumah-rumah kecil yang berlampu merah, dikelola oleh mucikari atau germo. Mucikari atau germo tersebut biasanya dipanggil “mama” atau “mami” (Kartono, 2003).

2.4 Klinik IMS

2.4.1 Tujuan Umum Klinik IMS

Memberikan informasi yang benar tentang penyakit Infeksi Menular Seksual dan HIV-AIDS, mendorong penggunaan kondom, merujuk ke klinik VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) serta melakukan pengobatan standar.

2.4.2 Tujuan Khusus Klinik IMS

1. Meningkatkan cakupan pelayanan Klinik IMS.
2. Menurunkan angka prevalensi penderita IMS.

3. Menurunkan penyebaran IMS.
4. Mengurangi laju kasus HIV-AIDS.

2.4.3 Ruang Lingkup Klinik IMS

1. Mengelompokkan gen infeksi utama berdasarkan sindroma klinis.
2. Menggunakan bagan alur sebagai alat.
3. Mengobati pasien dari semua penyebab penting suatu sindrom.
4. Melakukan pendidikan pasien, promosi kondom dan pentingnya rujukan *partner*.

2.4.4 Pelayanan di Klinik IMS

1. Melaksanakan pengobatan untuk pasien dengan penyakit IMS, juga menerima rujukan dari klinik umum, KB dan LSM.
2. Merujuk pasien ke klinik IMS Puskesmas Kecamatan yang sudah mempunyai VCT (*Voluntary Counselling and Testing*).
3. Merujuk pasien HIV-AIDS kerumah sakit.
4. Follow up pasien pasca rawat rumah sakit.
5. Membuat laporan bulanan ke suku Dinas Kesehatan dan KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah).

2.5 Konsep Perilaku Kesehatan

2.5.1 Batasan Perilaku

Perilaku ditinjau dari aspek biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh karena itu setiap makhluk hidup mempunyai aktivitas masing-masing. Sebagai salah satu makhluk hidup manusia mempunyai bentangan perilaku yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukannya. Secara singkat aktivitas manusia dikelompokkan menjadi dua, yaitu aktifitas yang dapat diamati dan aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Skinner membedakan adanya dua respon yaitu: *respondent respons* atau *reflexive* yaitu respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-

rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respons yang relative menetap. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis; *operant respons* atau *instrumental respons*, yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer* karena memperkuat respons, misalnya; apabila seorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik adalah sebagai respons terhadap gaji yang cukup, (Skinner, 1938 dalam Notoadmodjo, 2010).

2.5.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah suatu respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan meliputi makanan, minuman, lingkungan dan pelayanan kesehatan.

Menurut Blum (1974) bahwa perilaku merupakan faktor kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi status kesehatan seseorang. Oleh karena itu dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, intervensi atau upaya yang ditujukan kepada faktor perilaku sangat strategis. Intervensi tersebut saling bertolak belakang diantaranya:

1. Tekanan (*enforcement*)

Mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan dan paksaan. Pendekatan ini biasanya menimbulkan dampak yang lebih cepat tapi tidak langgeng. Upaya *enforcement* ini bisa dalam bentuk undang-undang, instruksi-instruksi, tekanan-tekanan atau sanksi-sanksi.

2. Edukasi (*education*)

Mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dilakukan dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan kesehatan. Dampak terhadap perubahan perilaku masyarakat

memakan waktu lama, namun bila perilaku tersebut diadopsi masyarakat, maka akan langgeng bahkan seumur hidup akan dilakukan.

Menurut Skinner dalam Notoadmojo (2010), batasan perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati dan yang tidak dapat diamati yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan seperti melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dibagi menjadi dua yaitu:

1. Perilaku orang sehat agar tetap sehat (*healthy behavior*), yang mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam usaha meningkatkan status kesehatan (perilaku promotif), misalnya: olah raga secara teratur, memakai kondom setiap melakukan hubungan seks, cuci tangan sebelum makan.
2. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk bisa sembuh atau mencegah masalah kesehatan. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan ini disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), misalnya: tindakan apa yang diambil seorang ibu apabila anaknya sedang sakit, maka ibu tersebut akan membawa anaknya berobat ketempat pelayanan kesehatan.

2.6 Perilaku Kesehatan Sehubungan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Banyak pendapat dari para ahli tentang utilisasi pelayanan kesehatan, beberapa diantaranya sebagai berikut:

2.6.1 *Determinants of Services Utilization*

Donabedian (1984) menggambarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan terdiri dari 4 faktor antara lain:

2.6.1.1 Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya yang menentukan utilisasi pelayanan kesehatan, diantaranya:

1. Teknologi: teknologi kedokteran antara lain: metode imunisasi dan transplantasi organ.
2. Nilai-nilai sosial seperti di Amerika Serikat, pengguna rumah sakit ditentukan oleh norma sosial: 98% kelahiran bayi tahun 1971 dilakukan di RS, di Belanda, walaupun teknologi sudah maju 70% kelahiran tahun 1968 dilakukan dirumah, pengguna pelayanan kesehatan ditentukan oleh budaya, etnik atau ras tertentu dan sosial *network* (keluarga, sanak famili, teman) juga menentukan perilaku utilisasi pelayanan kesehatan.

2.6.1.2 Faktor organisasi

Faktor organisasi termasuk struktur dan proses organisasi yang berkaitan dengan interaksi pasien dengan provider meliputi: (1) *availability of resources* berkaitan dengan jumlah dan jenis sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, atau kecukupan penyediaan sumber daya dan ukuran yang digunakan yaitu: *personel/population ratios* dan *bed/population ratios*, (2) *Accessibility* (keterjangkauan): diantaranya karakteristik sumber daya yang mendukung atau menghambat penggunaan suatu pelayanan oleh konsumen potensial. Yang termasuk *accessibility* adalah *geographical accessibility* yaitu yang berkaitan dengan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan dengan lokasi konsumen (pasien) yang dapat diukur melalui: jarak, waktu tempuh, dan biaya transportasi; *temporal accessibility* yaitu sesuatu yang erat hubungannya dengan keterjangkauan geografis, keterbatasan waktu misalnya jam buka fasilitas kesehatan/jam kerja dokter dan akomodasi misalnya fasilitas ambulans, (3) *Social accessibility* yaitu keterjangkauan sosial berhubungan dengan karakteristik non-spasial dan non-temporal suatu sumber daya yang dapat mendukung atau menghambat pemanfaatan pelayanan kesehatan, diantaranya: *acceptability* (penerimaan) yang dipengaruhi oleh psikologi, sosial dan budaya serta sikap pasien terhadap dokter atau sebaliknya; *affordability* (kemampuan) yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan biaya pelayanan (administrasi dan dokter),

prasyarat uang pangkal, keberadaan asuransi mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan (4) *Characteristics of care structure and process* yaitu cara memberikan pelayanan berdampak terhadap utilisasi pelayanan kesehatan, misalnya: tipe pembayaran dokter misalnya: fee for service, salary dan bentuk pelayanan misalnya: klinik dokter pribadi, klinik dokter bersama, klinik spesialis dan Rumah Sakit.

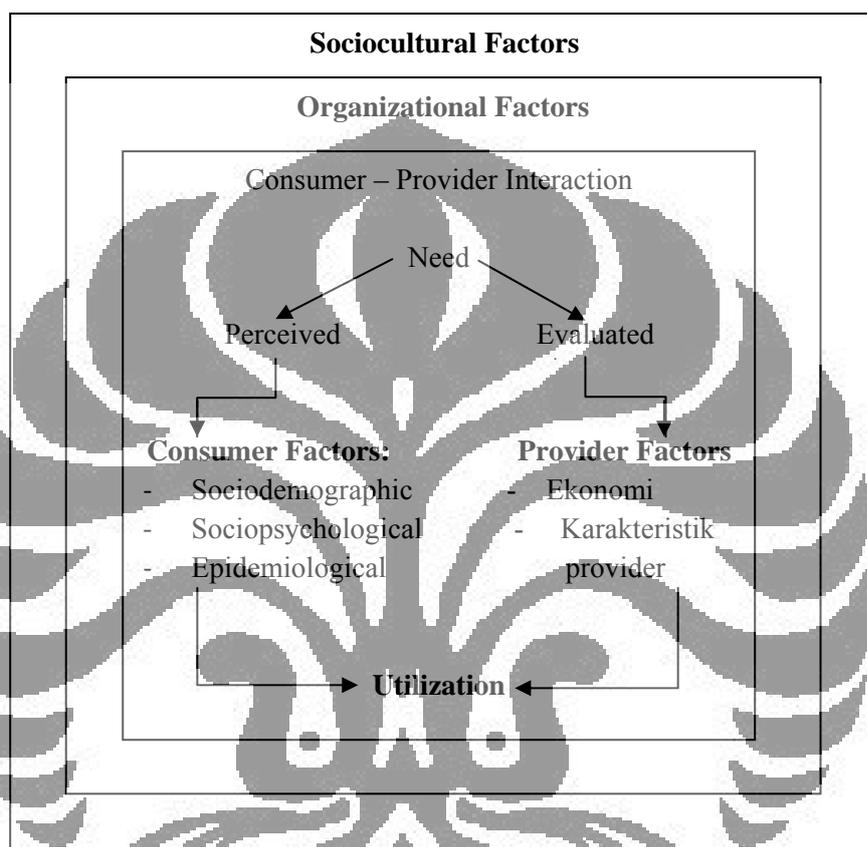
2.6.1.3 Faktor yang berkaitan dengan konsumen

Faktor yang berkaitan dengan konsumen yang terdiri dari: (1) faktor sosial demografi (umur, seks, ras atau suku bangsa (*etnik*), status perkawinan dan status sosial ekonomi mencakup pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, penghasilan); (2) faktor sosial psikologi (persepsi sakit tiap orang berbeda-beda, sikap dan perilaku terhadap *medical care*, dokter dan penyakit yang mempengaruhi utilisasi; persepsi, perilaku serta kepercayaan berpengaruh terhadap pola pencarian pengobatan pertama pada seseorang.

2.6.1.4 Faktor yang berkaitan dengan provider.

Faktor yang berkaitan dengan provider yang terdiri dari: (1) faktor ekonomi, Funchs and Kramer melaporkan bahwa faktor penawaran, teknologi, dan jumlah dokter menentukan utilisasi pelayanan kesehatan, dalam beberapa hasil studi menjelaskan bahwa: konsumen tidak benar-benar menyadari kebutuhan mereka akan pelayanan kesehatan, terdapat perbedaan definisi kebutuhan antara konsumen dan provider; konsumen tidak mampu mengevaluasi provider mana yang dapat memberikan pelayanan yang lebih baik; konsumen tidak dapat membuat keputusan secara rasional dari utilisasi pelayanan kesehatan karena manfaat pelayanan tidak diketahui sebelum pengobatan dilakukan; konsumen tidak mengetahui pelayanan kesehatan mana yang dibutuhkan. Dokter yang menentukan pelayanan apa yang akan diterima pasien, (2) karakteristik provider juga berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan; perilaku dan kinerja seorang tenaga medis sering dikaitkan dengan spesialisasi mereka, asal sekolah, rumah sakit, tempat praktek dan pengalaman kerja; lokasi tempat mereka bekerja juga mempengaruhi terhadap aktivitas profesi mereka. Norma dan peraturan-

peraturan berkembang dan mempengaruhi perilaku dokter. Selanjutnya perilaku dokter juga berpengaruh terhadap jumlah dan jenis tenaga kesehatan dan non kesehatan lain yang dibutuhkan, peralatan dan inovasi teknologi yang digunakan, semua teori diatas tampak dalam gambar 2.4



Gambar 2.4 Determinan of Health Services Utilization

Source: Adapted from *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements of Health Care* by Avedis Danabedian with permission of Harvard University Press, 1973

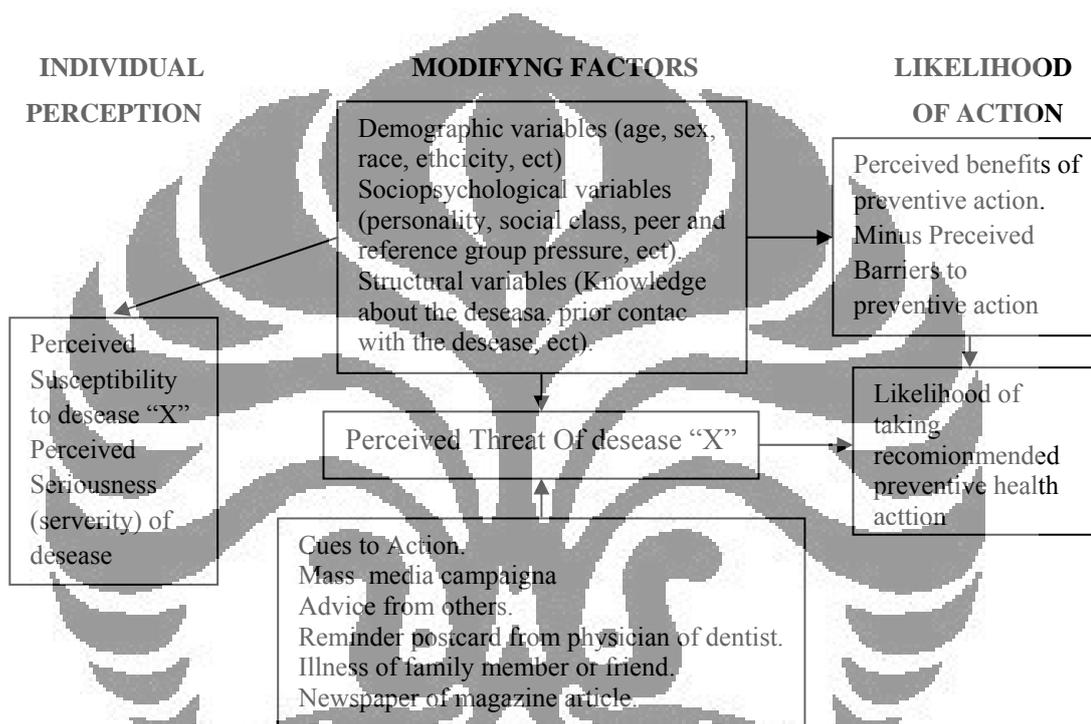
2.6.2 Model Kepercayaan Kesehatan (*Teori of Health Belief Models*)

Dasar utama teori pemanfaatan pelayanan kesehatan model kepercayaan adalah teori psikologi dan ilmu perilaku, dalam pengambilan keputusan yang dikemukakan oleh Lewis, Atkinson, dkk (Bekker, 1974).

Apabila seseorang dalam bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat dalam tindakan tersebut antara lain: kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keseriusan yang

dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits barriers*) dan isyarat atau tanda-tanda.

Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat-syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dimaksud paling tidak mencakup delapan hal pokok yakni: tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*) serta bermutu (*quality*), tampak dalam gambar 2.2



Gambar 2.2 Perilaku Kesehatan Menurut *Health Belief Models*

Sumber: Marsall H. Becker, *The Health Belief Model and Person Health Behavior*, Charles B Slack, INC. Thorofare, 1974

2.6.3 Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*)

Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2010) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang menjelaskan faktor-faktor seseorang untuk menggunakan/memanfaatkan pelayanan kesehatan. Model ini menjelaskan bahwa seseorang akan memutuskan memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung kepada:

2.6.3.1 Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Seseorang cenderung menggunakan pelayanan kesehatan ditentukan oleh karakteristik individu itu sendiri. Karakteristik ada sebelum individu tersebut sakit yang dikelompokkan atas 3 kelompok yaitu ciri-ciri demografi (umur, jenis kelamin), struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan, ras dan sebagainya) dan manfaat-manfaat kesehatan yaitu keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:

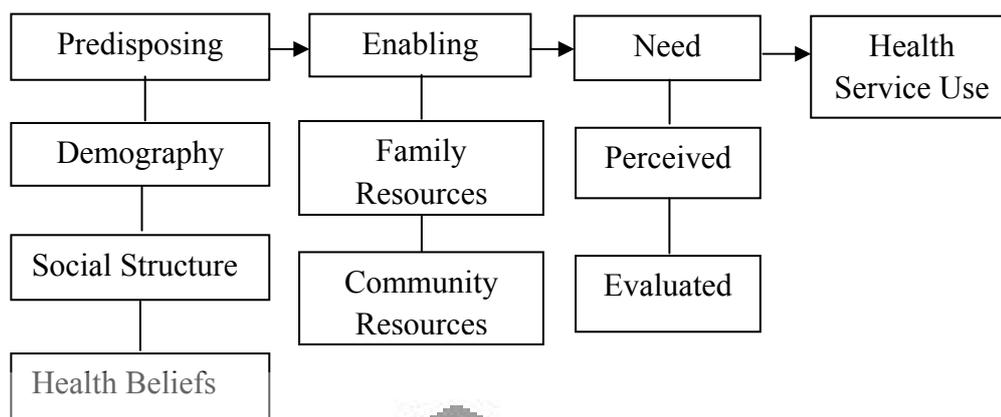
1. Setiap orang yang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
2. Setiap orang yang mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan kemudian mempunyai pola penggunaan pelayanan kesehatan.
3. Seseorang percaya adanya kemandirian dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

2.6.3.2 Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan hal-hal yang memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Komponen ini terdiri dari sumber daya keluarga seperti pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, jenis dan keterjangkauan sarana pelayanan kesehatan.

2.6.3.3 Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)

Kebutuhan untuk menggunakan pelayanan kesehatan baru terasa apabila faktor predisposisi dan pendukung tersedia pada individu. Dengan kata lain, kebutuhan merupakan dasar atau stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tampak dalam gambar 2.3.

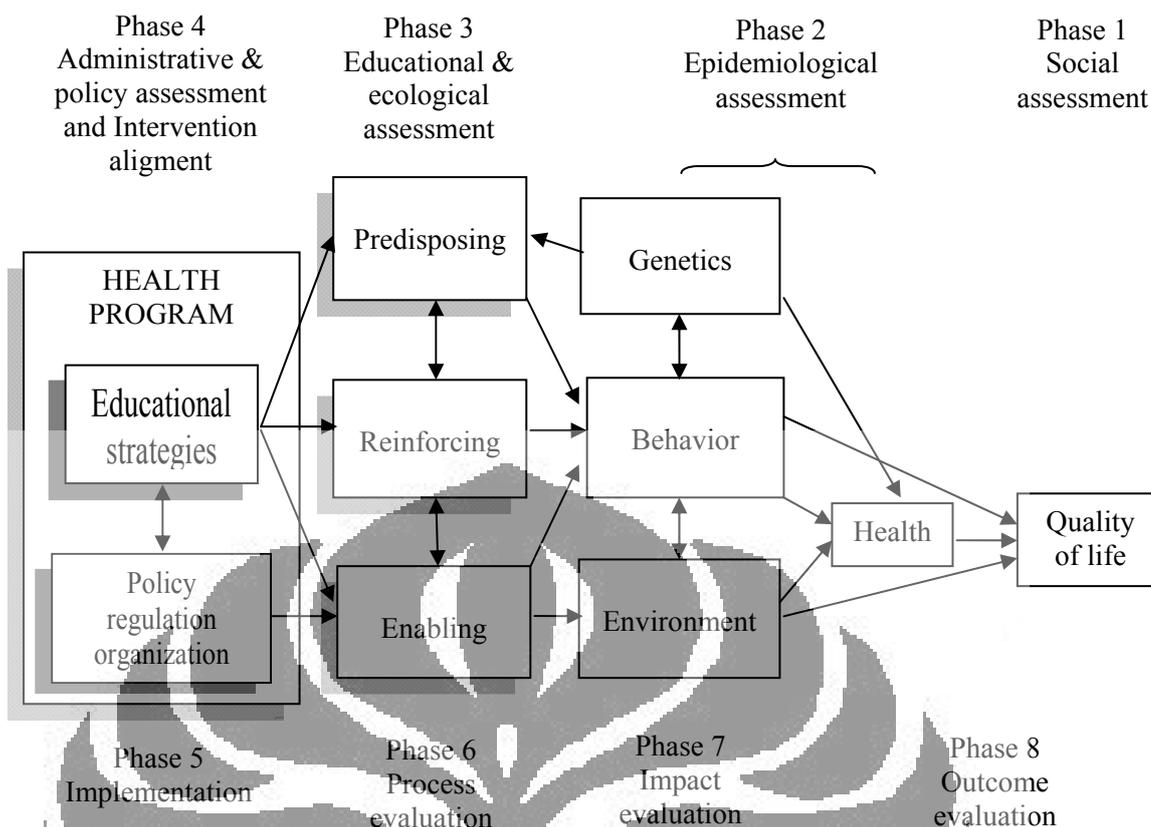


Gambar 2.3 Ilustrasi Health System Models Menurut Anderson

Sumber : Notoatmodjo (2003: 208) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan

2.6.4 Model Green dan Kreuter

Green dan Kreuter (2005) mengatakan masalah kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*). Faktor dari luar perilaku yaitu faktor lingkungan dan pribadi yang berperan dalam permasalahan kesehatan dan tidak dapat dikendalikan oleh perilaku dari populasi itu sendiri. Sedangkan perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang merupakan hal mendasar yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu, diantaranya pengetahuan, sikap, kepercayaan, persepsi dan faktor demografi antara lain umur, pendidikan, status perkawinan, suku/asal daerah, pendapatan dan lainnya; faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), berhubungan dengan umpan balik dari seseorang yang diperolehnya dari orang lain, yang merupakan hasil yang dapat memberi dukungan ataupun menghambat terjadinya suatu perilaku; faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang merupakan faktor-faktor yang memungkinkan suatu perilaku terjadi, meliputi sarana, prasarana dan keterjangkauan. Dibawah ini adalah kerangka perencanaan program pendidikan kesehatan yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter (2005), tampak pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 PRECEDE-PROCEED MODELS (Green dan Kreuter, 2005)

Sumber: Green and Kreuter (2005)

2.7. Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan.

Dari dasar teori diatas dapat diambil beberapa faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan diantaranya :

2.7.1 Faktor Sosial Budaya

Dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik IMS

Menurut Donabedian (1984) sosial *network* (keluarha, sanak family dan teman) mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan. Rusdy (1999) orang yang dianggap sebagai pihak ketiga selain keluarga wanita PSK adalah orang tua, teman, termasuk tenaga kesehatan (perawat, bidan dan dokter) bahkan dapat juga dari tokoh masyarakat dan yang lainnya. Green (1980) berpendapat dukungan pihak ketiga adalah termasuk faktor yang memperkuat perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti pada program pencegahan dan pemberantasan IMS faktor penguat diberikan oleh pihak ketiga (orang tua, teman, dan tenaga kesehatan).

2.7.2 Faktor-faktor Organisasi

1. Kualitas pelayanan klinik IMS

Menurut Donabedian (1984), *Availability* berkaitan dengan jumlah dan jenis sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat atau kecukupan penyediaan sumber daya dan ukuran yang digunakan yaitu: *personel/population ratios* dan *bed/population ratios*; *temporal accessibility* yaitu sesuatu yang erat hubungannya dengan, keterbatasan waktu misalnya jam buka fasilitas kesehatan/jam kerja dokter dan akomodasi misalnya fasilitas ambulan; *characteristics of care structure and process* yaitu cara memberikan pelayanan berdampak terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Mills dan Gibson (1990) mengatakan pembayaran dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat tergantung kepada cara pandang pengguna akan pentingnya suatu pelayanan kesehatan tertentu dan sejauh mana pemerintah dapat menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan mereka. Menurut Juran (2001) banyak arti tentang kualitas atau mutu, namun dua diantaranya sangat penting bagi si pengelola, yaitu kualitas sebagai keistimewaan produk dan kualitas berarti bebas dari kekurangan (defisiensi), dimata pelanggan semakin sedikit kekurangannya semakin baik kualitasnya.

2. Hambatan pergi ke klinik IMS

Donabedian (1984) mengatakan *social accessibility* (keterjangkauan sosial) berhubungan dengan karakteristik non-spasial dan non-temporal suatu sumber daya yang dapat mendukung atau menghambat utilisasi pelayanan kesehatan. Dalam teori model kepercayaan kesehatan, apabila seseorang bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya ada empat variabel kunci yang terlibat didalam tindakan tersebut diantaranya: (1) *perceived susceptibility*, (2) *perceived seriousness*, (3) *perceived benefits barriers*, (4) isyarat atau tanda-tanda, kemudian didukung dengan persyaratan yang harus dimiliki oleh suatu fasilitas pelayanan yaitu: bermutu, efisien, tersedia, wajar, dapat dicapai, dapat dijangkau, setelah itu ia akan mengambil suatu tindakan yang tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ada dalam pengambil keputusan tersebut. Menurut Rizalwan (2003)

menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara hambatan dengan pemanfaatan klinik IMS. Begitu juga menurut Yustikawati (2004) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara hambatan mendapatkan pengobatan dengan perilaku pencarian pengobatan modern.

2.7.3 Faktor-faktor Konsumen

1. Umur

Menurut Gibson (1987), semakin bertambah umur seseorang akan bertambah kedewasaannya dan akan semakin matang dalam berfikir dan semakin banyak menyerap pengetahuan dan hal-hal yang mempengaruhi keputusan. Astawa (1985) mengatakan bahwa umur merupakan salah satu variabel penting dalam mempengaruhi aktifitas seksual seseorang. Semakin bertambah umur seseorang, maka akan semakin matang dalam mengambil sikap sehingga dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku, termasuk perilaku pencarian pengobatan.

Yang tergolong kelompok dengan perilaku risiko tinggi adalah laki-laki dengan usia 20 – 34 tahun, perempuan dengan umur 16 – 24 tahun, sedangkan pada kedua jenis kelamin dengan usia 20 -24 tahun (Daili, 2001). Menurut Rizalwan (2003) tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan pemanfaatan klinik IMS dan menjelaskan bahwa umur ≤ 21 tahun mempunyai peluang 1,3 kali lebih besar untuk memanfaatkan klinik IMS dari pada yang berumur > 21 tahun. Ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, menurut Sulastri (2004), namun sebaliknya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar menurut Makmur Salpatong P. (2010).

2. Status perkawinan

Status perkawinan diduga memiliki peranan dalam perilaku seksual seseorang. Perilaku dipengaruhi oleh orang-orang penting dalam hidupnya, artinya orang yang sudah pernah menikah maka perilakunya akan dipengaruhi

oleh suami dan anaknya, hal ini berarti seseorang yang telah menikah lebih cenderung untuk melindungi diri dan menjaga kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

3. Lama kerja

Semakin lama seseorang menekuni pekerjaan maka akan merasakan lebih rentan terhadap suatu penyakit. Kerentanan seseorang pada suatu penyakit menyebabkan seseorang bertindak untuk mencegah penyakit (Rosenstock, 1994). Hasil penelitian Yustikawati (2004) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan perilaku pencarian pengobatan modern IMS.

4. Pendidikan

Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi cenderung akan lebih mampu dan mudah untuk memahami arti dan pentingnya kesehatan. Menurut Feldstein (1993), tingkat pendidikan dipercaya mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan dimana pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk mengetahui dan mengenali gejala awal dari suatu penyakit, sehingga keinginan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi. (Feldstein, Paul J., 1993). Merupakan salah satu faktor di dalam teori Green yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pendidikan formal seseorang akan dapat mempengaruhi pengetahuannya. Orang yang berpendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi pula, jika dibandingkan dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah. Oleh karena itu akan lebih baik pula memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Gani (1991) pendidikan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan modern, demikian juga hasil penelitian Tukimin (1994), menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Notoatmodjo (1992) menyatakan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih canggih dan sejalan dengan yang ditemukan oleh Ambarwati (2003)

yang menemukan adanya hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan pemanfaatan kunjungan kesehatan modern. Hasil penelitian Rizalwan (2003) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan klinik IMS. Namun sebaliknya ditemukan oleh Mulyono (2004) yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan layanan antenatal.

5. Penghasilan

Menurut Feldstein (1983) menyatakan bahwa faktor ekonomi sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut Green dan Anderson bahwa faktor penghasilan/pendapatan merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan. Rosenstock dalam Yuswandi (2006) mengemukakan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan lebih banyak pada penduduk dengan pendapatan tinggi dibandingkan dengan pendapatan rendah. Yuswandi (2006) mengemukakan pendapatan mempunyai hubungan yang signifikan dengan penggunaan pelayanan rawat jalan.

6. Pengetahuan tentang IMS

Pengetahuan merupakan bukti bagi seseorang melalui proses pengingatan atau pengenalan informasi. Dengan demikian, perilaku seseorang akan langgeng bila didasari pengetahuan yang baik (Notoatmodjo, 2002). Pengetahuan pada prinsipnya akan mempengaruhi tingkah laku seseorang, demikian juga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seseorang akan lebih suka memanfaatkan pelayanan kesehatan jika mempunyai pengetahuan yang lebih baik dalam bidang kesehatan. Suharjo dan Helper Manalu (1993), mengatakan pengetahuan berhubungan dengan upaya masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam pencegahan penyakit malaria. Tukiman dari hasil penelitiannya (1994) menyebutkan ada hubungan antara pengetahuan peserta JPKM Gotong royong tentang program JPKM Gotong royong dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Jenni Hetti Silitonga

(2001), mengatakan pengetahuan keluarga miskin di kabupaten Lahat berhubungan dengan pemanfaatan Puskesmas.

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan wanita, bervariasi mulai dari tidak mengetahui tempat kunjungan kesehatan sampai dengan kurangnya pemahaman tentang tanda-tanda bahaya atau kegawatan suatu kondisi, memiliki dampak besar terhadap pemanfaatan kunjungan kesehatan (Koblinsky, 1997). Menurut Rizalwan (2003) tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan klinik PMS, namun tingkat pengetahuan tinggi akan berpeluang memanfaatkan klinik sebesar 1,3 kali dibandingkan yang berpengetahuan rendah.

7. Persepsi terhadap risiko tertular IMS

Menurut Rosenstock dalam Becker (1974) agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Hal ini membuat model kepercayaan kesehatan bergantung pada persepsi individu. Yustikawati (2004) dalam penelitiannya menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan perilaku pencarian pengobatan modern IMS.

8. Persepsi terhadap Seriusnya IMS

Faktor penyebab rendahnya kunjungan pasien atau klien ke sarana pelayanan kesehatan dapat dikarenakan faktor penilaian masyarakat terhadap penyakit yang dideritanya tersebut atau penilaiannya tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan, sakit atau tidak sakit, ringan atau beratnya penyakit, kalau dari awal pasien atau klien sudah bisa membedakan bahwa penyakitnya ringan atau berat, maka klien atau pasien akan mempergunakan fasilitas kesehatan yang ada tersebut. Notoatmodjo (1982) menyatakan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penilaian masyarakat terhadap serius atau tidaknya suatu penyakit. Notoatmodjo (1994) mengatakan kita sering melupakan faktor penilaian dari pengalaman atau konsep masyarakat itu sendiri tentang serius atau tidaknya

penyakit. Menurut Rizalwan (2003) dan Yustikawati (2005) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antar persepsi seriusnya penilaian IMS dengan pemanfaatan klinik IMS.

9. Sikap terhadap Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS

Sikap merupakan salah satu faktor pendorong seseorang berperilaku untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, akan tetapi sikap setuju tanpa ditunjang oleh faktor-faktor lain belum memastikan seseorang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Green menyatakan sikap terhadap sesuatu hal akan mempengaruhi perilaku seseorang atau kelompok.

Dalam tulisannya mengenai topik kepercayaan, Rokeach (1996) dalam *Introduction to Health Education* (2001) yang dikutip oleh Tricia (2008) mendefinisikan *attitude* atau sikap sebagai sesuatu kepercayaan yang relatif abadi tentang suatu obyek atau situasi yang melatar belakangi respon seseorang dalam suatu kejadian yang khusus. Dari batasan itu dapat disimpulkan bahwa sikap itu tidak dapat langsung dilihat tapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Penelitian Tukiman (1994) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara sikap sasaran dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Namun sebaliknya tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap responden dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS dalam penelitian Rizalwan (2003).

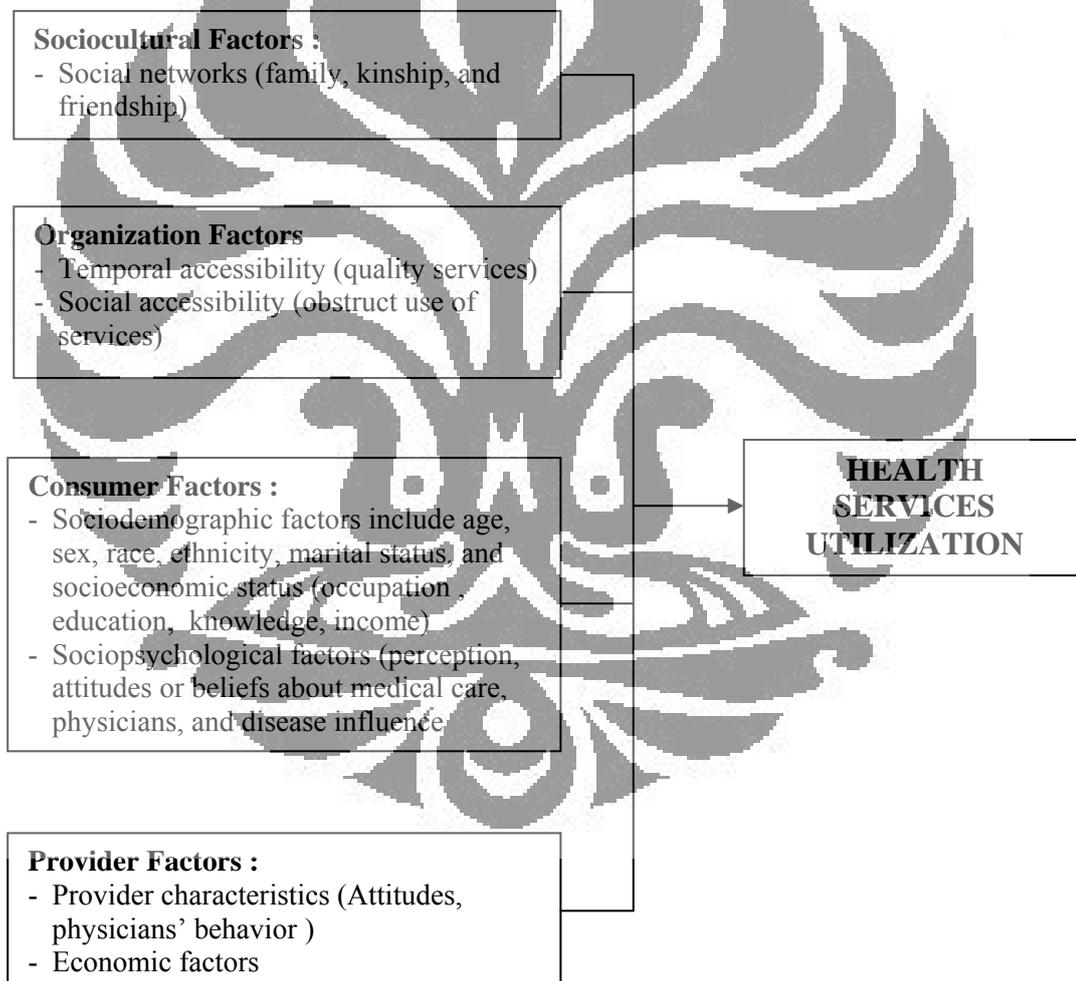
2.7.4 Faktor Provider

Sikap petugas klinik IMS

Menurut Green dan Anderson bahwa sikap dan perilaku petugas kesehatan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat, termasuk dalam hal pemanfaatan pelayanan kesehatan. Rizalwan (2003) dalam penelitiannya menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap petugas dengan pemanfaatan klinik IMS.

2.8 Kerangka Teori

Dalam menyusun kerangka teori yang akan dijadikan sebagai pedoman dalam penelitian, kita tidak bisa lepas dari teori-teori yang telah dipaparkan diatas, maka dapat disusun suatu kerangka teori yang merupakan dasar dari penelitian yang akan dilaksanakan dilapangan nantinya, yang merupakan modifikasi/ gabungan dari teori Green dan Kreuter (model PRECEDE), *Health Belief Models*, *Health System Models* dan *Determinan of Health Services Utilization*. Dari teori-teori diatas terbentuklah suatu kerangka teori, dengan cara memilih faktor-faktor yang dibutuhkan, tampak pada gambar 5.2.



Gambar 2.5 Kerangka Teori Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Sumber: Modifikasi dari teori *Health Services Utilization*

BAB 3 KERANGKA KONSEP

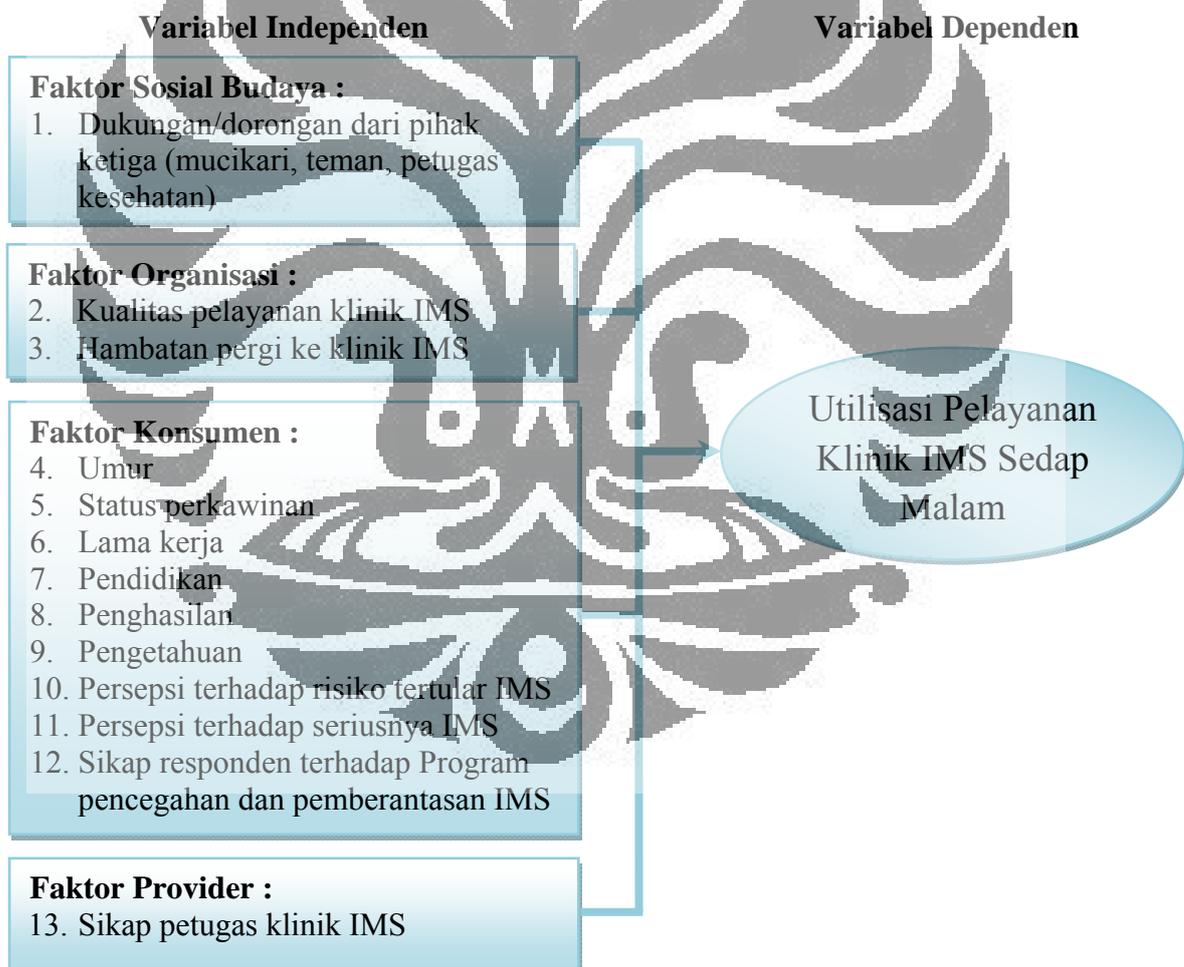
3.1 Kerangka Konsep

Suatu program penanggulangan kasus-kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) akan berhasil atau tidak berhasil tidak saja dipengaruhi oleh bagus atau tidaknya mutu pelayanan yang disediakan oleh pemerintah atau swasta, akan tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi hal tersebut, antara lain manusianya sendiri terutama yang berhubungan dengan faktor perilakunya, untuk mencegah agar jangan sampai sakit dengan cara mempergunakan fasilitas kesehatan yang sudah ada, apakah itu berobat, berkonsultasi dan lain sebagainya. Perilaku seseorang dalam hal pencegahan sakit dengan cara pencarian fasilitas kesehatan yang ada, apalagi bagi seseorang yang punya risiko tinggi dalam melakukan kegiatan seksual sangat membantu dalam penanggulangan IMS. Demikian pula dalam hal pencarian pengobatan apakah ada kemauan dari penderitanya sendiri untuk mencari pengobatan, dan semuanya itu tidak lepas dari pengetahuan dan latar belakang dari pendidikan dan faktor lainnya yang dimiliki oleh yang bersangkutan.

Berdasarkan kerangka teori dan tinjauan pustaka yang didasari oleh teori *Determinan of Health Services Utilization*, teori *Health Belief Models*, teori Model sistem kesehatan, dan teori Green, sehingga akhirnya disusun suatu kerangka konsep utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam menjadi empat faktor utama, yang berasal dari modifikasi teori *Determinan of Health Services Utilization*, kemudian menyusun variabel-variabel yang ada dalam teori tersebut, maka dibentuk suatu kerangka konsep yang berpengaruh dalam utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam, yang dimodifikasi menjadi faktor sosial budaya (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik); faktor organisasi (kualitas pelayanan klinik dan hambatan pergi ke klinik IMS); faktor konsumen (umur, status perkawinan, lama bekerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi

terhadap seriusnya masalah IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS); dan faktor provider (sikap petugas klinik).

Dengan faktor-faktor ini dapat dilihat apabila sipenderita/pasien yang menderita sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan, apa ia akan pergi kefasilitas kesehatan yang terdekat atau bukan, atau pergi mencari obat ke toko obat atau pergi berobat ketenaga kesehatan lainnya. Masing-masing variabel independen yang akan diteliti tersebut dapat diasumsikan berhubungan dengan faktor yang tidak mencari pelayanan ke klinik IMS Sedap Malam dengan yang mencari pelayanan ke klinik IMS Sedap Malam. Kerangka konsep dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

3.2 Hipotesis

- 3.2.1 Ada hubungan antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.2 Ada hubungan antara kualitas pelayanan klinik IMS dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPS langsung penderita IMS di lokasi Sintai Sintai Teluk Pandan Kelurahan Tanjung Uncang Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.3 Ada hubungan antara hambatan pergi ke klinik IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.4 Ada hubungan antara umur dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.5 Ada hubungan antara status perkawinan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.6 Ada hubungan antara lama bekerja dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.7 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.8 Ada hubungan antara penghasilan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.9 Ada hubungan antara pengetahuan tentang IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.

- 3.2.10 Ada hubungan antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.11 Ada hubungan antara persepsi keseriusan IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.12 Ada hubungan antara sikap WPSL terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.
- 3.2.13 Ada hubungan antara sikap petugas klinik IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.



3.3 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependen						
1.	Utilisasi Pelayanan Klinik IMS	Setiap tindakan yang mempergunakan pelayanan klinik-IMS oleh WPSL penderita IMS, sewaktu dirinya merasakan sakit.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. F1-F5	Ordinal	1= Utilisasi, \geq median (2) 0 = Tidak utilisasi, $<$ median
Variabel Independen						
2.	Dukungan/ dorongan dari pihak ketiga	Dorongan atau support yang diberikan pihak ketiga (petugas kesehatan, mucikari, dan teman) kepada responden untuk utilisasi klinik IMS.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. J1 – J3	Ordinal	1 = Ada dukungan 0 = Tidak ada
3.	Kualitas pelayanan klinik IMS Sedap Malam	Ungkapan dari responden tentang pelayanan yang diterima saat menggunakan pelayanan klinik yang meliputi: jadwal buka klinik, lama menunggu, informasi yang didapatkan, kecukupan obat dan kenyamanan klinik.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. G1-G6	Ordinal	1= Baik , \geq median (3) 0 = Kurang, $<$ median
4.	Hambatan/ halangan pergi ke klinik IMS	Penilaian adanya hambatan sewaktu akan pergi ke klinik untuk berobat.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. K1- K2	Ordinal	1 = Tdk ada, \geq median (6) 0 = Ada, $<$ median
5.	Umur	Lama hidup responden dari lahir sampai dilakukan wawancara.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. B1	Ordinal	1 = Tua, \geq median (25 th) 0 = Muda, $<$ median

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil Ukur
6.	Status Pernikahan	Keadaan pernikahan responden pada saat dilakukan wawancara	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. B3, B4	Ordinal	1 = Sudah Menikah 0 = Belum Menikah
7.	Lama kerja	Waktu yang telah dilalui responden (dalam bulan) sebagai penaja seks sampai pada saat dilakukan wawancara	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. B5	Ordinal	1 = Baru, < median (18bln) 0 = Lama, ≥ median
8.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang telah ditamatkan responden pada saat dilakukan penelitian.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. B7	Ordinal	1 = Pddk tinggi, ≥ SMA 0 = Pddk rendah < SMA,
9.	Penghasilan	Jumlah uang yang dihasilkan dari pekerjaannya selama satu bulan	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. B8	Ordinal	1 = Baik/Cukup, ≥ UMK Batam (Rp 1.180.000) 0 = Kurang, < UMK Batam
10.	Pengetahuan tentang IMS	Berapa banyak informasi tentang IMS yang diketahui meliputi: pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, cara pencegahan IMS dan akibat yang ditimbulkan penyakit.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. C1-C7	Ordinal	1 = Baik, ≥ median (9) 0 = Kurang, < median
11.	Persepsi terhadap risiko tertular IMS	Ungkapan perasaan responden tentang apakah pekerjaan yang dilakukannya saat ini mempunyai risiko tertular IMS	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. D1-D2	Ordinal	1 = Berisiko tertular IMS 0 = Tdk berisiko tertular IMS
12.	Persepsi terhadap seriusnya masalah IMS	Reaksi dari responden terhadap permasalahan IMS yang dihadapinya	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No.E1, E3	Ordinal	1 = Serius, ≥ median (2) 0 = Tdk serius, < median.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil Ukur
13.	Sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS	Ungkapan pernyataan atau reaksi dari responden terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS.	Wawancara	Kuesioner Petanyaan No. I1-I12	Ordinal	Penilaian sikap diukur dengan skala Likert (Sugiono, 2010): yaitu menghitung jumlah skor dari 12 pertanyaan yang terdiri dari 6 pertanyaan yang <i>favourable</i> dan 6 pertanyaan yang <i>unfavourable</i> . Untuk kepentingan analisa sikap dikategorikan menjadi: 1 = Setuju, \geq median (35) 0 = Tidak setuju, $<$ median
14.	Sikap petugas klinik IMS	Ungkapan pendapat dari responden tentang perilaku petugas klinik IMS yang meliputi keramahan, perhatian, anjuran, tanggapan tentang keluhan, dan perlakuan petugas.	Wawancara	Kuesioner Pertanyaan No. H1 -H4	Ordinal	1 = Baik, \geq median (4) 0 = Kurang baik, $<$ median

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan disain (*cross sectional*) atau potong lintang yaitu untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen dengan pengumpulan data dilakukan pada saat yang bersamaan ketika penelitian berlangsung. Setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dalam satu waktu selama penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini tidak dimaksudkan untuk mencari hubungan sebab akibat secara nyata dan langsung, tapi untuk melihat ada tidaknya hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Jenis rancangan ini mempunyai keunggulan yaitu mudah, sederhana, ekonomis dari segi biaya dan waktu, serta hasilnya dapat diperoleh dengan cepat. Rancangan *cross sectional* mempunyai kelemahan yaitu tidak dapat melihat hubungan sebab akibat. (Pratiknya, 2000).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam pada tanggal 13 Januari sampai 02 Februari 2011.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua WPSL yang berada dilokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam, berdasarkan diagnosa secara pendekatan sindrom (pernah atau sedang) menderita IMS dalam waktu 6 bulan belakangan ini.

4.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah WPSL yang pernah atau sedang menderita IMS yang telah memenuhi syarat populasi, besar sampel WPSL pada

penelitian ini dihitung berdasarkan rumus estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Ariawan 1998). Besar sampel digunakan dalam rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P (1-P)}{d^2}$$

Keterangan rumus:

n	=	besar sampel
P	=	estimasi proporsi populasi
$Z^2_{1-\alpha/2}$	=	tingkat kepercayaan
q	=	1 - P
d	=	tingkat ketelitian/presisi mutlak

Untuk menghitung sampel dengan menggunakan rumus diatas peneliti menetapkan:

$Z^2_{1-\alpha/2}$	=	tingkat kepercayaan/CI 95%
P	=	estimasi proporsi populasi = 0,39 (dari proporsi hasil penelitian sebelumnya oleh Rizalwan, 2003)
q	=	1 - P = 0,61
d	=	tingkat ketelitian/ presisi mutlak sebesar 10% (0,1)

Maka,

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,39 \times (1-0,39)}{0,1^2}$$

$$n = 91 + 10\% = 100 \text{ orang}$$

Sehingga setelah dilakukan penghitungan dengan rumus diatas ditemukan besar sampel minimal adalah 91 orang. Dengan pertimbangan dari efek penolakan responden maka besar sampel ditambah 10% menjadi 100 orang. Cara

pengambilan sampel dilakukan dengan metoda acak stratifikasi (*stratified random sampling*), hal ini dilakukan karena sampel antar stratum (pondokan/bar) heterogen dan sampel dalam stratum homogen. Untuk menentukan jumlah sampel dari masing-masing stratum (pondokan/bar) dilakukan dengan metoda acak sederhana berdasarkan jumlah/banyaknya WPSL yang pernah/sedang menderita IMS di masing-masing pondokan/bar dengan menggunakan data hasil skrining yang dilakukan oleh petugas klinik IMS Sedap Malam di klinik tersebut pada bulan November 2010 pada semua WPSL dan didapatkan jumlah WPSL yang pernah/sedang menderita IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam, selanjutnya dilakukan penghitungan besar sampel dari masing-masing pondokan/bar dengan rumus:

$$n_i = (N_i) \cdot (n/N)$$

Keterangan:

- n_i = jumlah sampel di setiap pondokan/bar
- N_i = jumlah populasi di setiap pondokan/bar
- n = jumlah sampel yang dibutuhkan
- N = jumlah populasi target

Tabel 4.1
Distribusi sampel dari masing - masing Pondokan/Bar di Lokalisasi Sintai
Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam berdasarkan hasil skrining
bulan November 2010

No.	Nama Pondokan/Bar	Total	Jumlah yang pernah/sedang menderita IMS	Jumlah Sampel
1.	Sembilan Sembilan (99)	53	50	20
2.	Aela Dewi	12	12	5
3.	Ayu	13	10	4
4.	Bunga Malam	5	5	2
5.	Citra Purnama	8	7	3
6.	Eka	6	6	3
7.	Firdha	5	4	2
8.	Gading	8	6	3
9.	Gency	13	13	5
10.	Juliet	14	13	5
11.	Kencana	4	4	2
12.	Maiwali	7	7	3
13.	Malindo	4	3	1
14.	Melati	8	8	4
15.	Moonlight	15	13	5
16.	Mutiara	8	7	3
17.	Pelangi	2	2	1
18.	Putri Bunga	8	8	4
19.	Romeo	13	13	5
20.	Sella	13	12	5
21.	Selona	10	10	4
22.	Setia	15	15	6
23.	Stella	7	5	2
24.	Valentine	6	6	3
	Total	257	239	100

Sumber: Laporan hasil skrining bulan November 2010 di Klinik IMS Sedap Malam Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2010

4.3.2.1 Kriteria Inklusi

Adalah setiap WPSL yang bertempat tinggal di lokalisasi Sintai Teluk Pandan yang pernah atau sedang menderita IMS yang didiagnosis berdasarkan pendekatan sindrom dalam waktu 6 bulan terakhir ini, yang tidak berhalangan atau mau dijadikan sampel penelitian.

4.3.2.2 Kriteria Eksklusi

Adalah setiap WPSL yang mendapat halangan atau tidak mau dijadikan sampel penelitian misalnya: sedang menerima tamu, atau tidak mau berpartisipasi dalam penelitian.

4.4 Instrumen Penelitian

Kuesioner adalah daftar-daftar pertanyaan yang berisi pertanyaan tertutup dan pertanyaan terbuka, yang diajukan kepada responden digunakan untuk mengumpulkan data dari setiap variabel yang akan diukur. Khusus untuk variabel sikap pengukuran dilakukan dengan menggunakan Skala Likert, yaitu untuk mendapatkan respon sikap atas pertanyaan yang diberikan. Respon dari responden yang merupakan jawaban dari pertanyaan terbagi atas empat kategori yaitu: sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Untuk memperlancar pengolahan data, peneliti memakai seperangkat alat komputer.

4.5 Pengumpulan Data

Data yang diperlukan dalam penelitian ini diperoleh dari responden dengan memakai alat pengumpul data (kuesioner), yaitu kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan terbuka yang didisain sesuai dengan tujuan penelitian untuk data kuantitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan menggunakan kuesioner, dalam melakukan wawancara dilakukan langsung oleh peneliti sendiri yang secara langsung mendatangi WPSL (pernah atau sedang menderita IMS) ke pondokan/bar dimana mereka tinggal dan bekerja.

4.6 Manajemen Data

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah melakukan pengolahan data. Pengolahan data dilakukan agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang berguna dan benar. Adapun tahap-tahapnya adalah *editing*, *coding*, *processing* serta *cleaning*. (Hastono, 2001)

4.6.1 *Editing*

Proses pengecekan data yang telah terkumpul pada saat mengedit, dilakukan penilaian kelengkapan pengisian, kejelasan, konsistensi jawaban dan koreksi terhadap kesalahan.

4.6.2 *Coding*

Mengubah data berbentuk huruf menjadi berbentuk angka, guna memudahkan saat menganalisa dan juga mempercepat proses *entry* data.

4.6.3 *Processing*

Setelah semua isian kuesioner terisi penuh dan benar serta telah melewati pengkodean, dilakukan proses data untuk dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program computer.

4.6.4 *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

4.7 **Analisa Data**

Analisa data dilakukan secara bertahap yaitu: analisa univariat kemudian analisa bivariat yang disesuaikan dengan tujuan dan skala ukur yang digunakan. (Hastono, 2006)

4.7.1 **Analisa univariat**

Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari variabel dependen (utilisasi pelayanan klinik IMS) dan variabel independen (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik, kualitas pelayanan klinik, hambatan pergi ke klinik, umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya masalah IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS, sikap petugas klinik).

4.7.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen (utilisasi pelayanan Klinik IMS) dalam bentuk data ketegorik dengan variabel independen (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik, kualitas pelayanan klinik, hambatan pergi ke klinik, umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya masalah IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS, sikap petugas klinik) dalam hal ini variabel independen dalam bentuk data kategorik, sesuai dengan tujuan penelitian dan jenis skala ukur. Dan uji statistik yang digunakan pada analisa bivariat adalah uji beda proporsi (*chi square*). Uji *chi square* digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel kategorik. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik dilakukan dengan membandingkan nilai p dengan alpha. Apabila nilai p lebih kecil dari alpha (0,05) maka ada hubungan yang bermakna antara dua variabel independen dengan variabel dependen dan begitu pula sebaliknya, tidak ada hubungan yang bermakna jika nilai p lebih besar dari alpha (Hastono, 2006). Perhitungan statistik menggunakan *software* statistik (SPSS 15).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokalisasi Sintai merupakan daerah khusus Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL), yang menjadi pimpinan formalnya adalah Ketua Organisasi Bina Sosial (Bapak Ahmad) dan bendahara (bapak Ace) serta masing-masing pondokan/bar dipimpin oleh mucikari atau yang sering dipanggil mami/papi pemilik pondokan/bar. Jumlah masyarakat di lokalisasi Sintai sekitar 345 jiwa, yang terdiri dari 257 jiwa WPSL, 88 jiwa mucikari bersama keluarga mereka masing – masing. Pondokan/bar dalam lokalisasi tersebut berjumlah 24 pondokan/bar, rata-rata semuanya permanen, masing-masing pondokan/bar memiliki jumlah WPSL berbeda-beda, sesuai dengan ukuran rumahnya. Selain pondokan/bar juga tersedia Puskesmas Pembantu (Pustu) Tanjung Uncang yang juga di fungsikan sebagai klinik IMS (Klinik IMS Sedap Malam) dan ada juga bangunan pertemuan. Luas lokalisasi tersebut sekitar 2 – 3 Ha berbentuk persegi panjang. Di sekitar lokalisasi Sintai tersebut yang berjarak \pm 1-2 Km terdapat beberapa P.T dan pelabuhan kapal laut.

5.2 Gambaran Umum Klinik IMS Sedap Malam

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan umum terhadap WPSL menggunakan fasilitas Puskesmas Pembantu (Pustu) Tanjung Uncang dan pelaksanaan pelayanan kesehatan khususnya kasus IMS menggunakan fasilitas Klinik IMS Sedap Malam, dimana kedua pelayanan tersebut dilakukan di satu gedung dengan fasilitas/sarana prasarana yang digunakan bergabung menjadi satu. Dengan ruang tunggu yang kecil dan kursi tunggu untuk pasien yang tersedia seadanya dan tidak mencukupi untuk pelayanan/pengobatan, alat pelindung diri (APD) untuk petugas klinik tidak tersedia kapan saja dibutuhkan petugas serta sterilisator yang tersedia di pustu/klinik IMS ini bukan milik sendiri (milik Puskesmas Sekupang).

Sesuai fungsinya sebagai Pustu, pendanaan dan petugas kesehatan dibawah naungan dinas kesehatan kota Batam yang terdiri dari 1 orang perawat dan 1 orang bidan dan sebagai Klinik IMS, pendanaan dan petugas kesehatannya dibawah naungan Global Fund yang terdiri dari 1 orang dokter umum, 1 orang analis, 1 orang bidan dan 1 orang tenaga administrasi, namun ke-4 petugas kesehatan tersebut merupakan petugas dari Puskesmas Batu Aji kota Batam dibawah naungan dinas kesehatan kota Batam. Jadwal buka Pustu setiap hari kerja, mulai jam 08.00 WIB sampai dengan 12.30 WIB sedangkan klinik IMS jadwal kerjanya setiap hari mulai jam 12.00 wib sampai 16.00 wib.

5.3 Kegiatan/Pelayanan Kesehatan yang dilakukan di Klinik IMS Sedap Malam

5.3.1 Kegiatan yang dilakukan di klinik IMS Sedap Malam antara lain:

- a. Promotif diantaranya penyuluhan kesehatan yang dilakukan secara one on one kepada WPSL yang datang berkunjung ke klinik IMS Sedap Malam sedangkan penyuluhan door to door belum terlaksana.
- b. Preventif yaitu mewajibkan penggunaan kondon setiap melakukan hubungan seks.
- c. Kuratif dengan melakukan pengobatan terhadap WPSL yang mengalami keluhan atau positif IMS.
- d. Kegiatan Rehabilitatif diantaranya konseling yang dilakukan terhadap WPSL dengan hasil skrining positif, namun masih ada kendala dalam melakukan konseling dikarenakan ruangan khusus yang melindungi privasi pasien belum tersedia.

5.3.2 Pelayanan kesehatan/program yang dilakukan di klinik IMS diantaranya:

Skrining setiap 3 bulan dan mulai tahun 2011 ditambah dengan program:

- a. Pengobatan Presumtif Berkala (PPB) yaitu pemberian obat combipak tanpa memandang status pasien yang dilakukan setiap bulan Januari, Maret dan Juni.
- b. Skrining pasien baru setiap bulan.
- c. Pemeriksaan atau pengobatan bagi yang ada keluhan.

- d. Merujuk ke klinik VCT (*Voluntary Counselling and Testing*)
- e. One stop servis: pendaftaran, pengambilan dan pemeriksaan darah, secret vagina dan pengobatan.

5.4 **Gambaran 5 (lima) kasus IMS terbanyak di Klinik IMS Sedap Malam bulan November 2010**

Dari hasil skrining yang dilakukan pada bulan November 2010 terhadap 257 WPSL di klinik IMS Sedap Malam didapatkan hasil 90% WPSL yang positif menderita IMS dengan rincian kasus IMS sebagai berikut, dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Lima kasus IMS terbanyak di Klinik IMS Sedap Malam Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

No.	Nama Penyakit	Persentase
1.	Bacterial Vaginosis	34
2.	Gonorea	24
3.	Sifilis	18
4.	Servicitis	17
5.	Kondiloma	7

Sumber : Data Skrining Klinik IMS Sedap Malam bulan November 2010

5.5 **Gambaran Pelaksanaan Penelitian**

Sebelum dilakukan penelitian penulis melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Dinas Sosial Kota Batam, setelah mendapatkan izin penelitian dari Dinas Sosial maka peneliti datang menemui pengurus/ketua lokalisasi Sintai Teluk Pandan dan petugas klinik IMS Sedap Malam. Setelah menemui pengurus/ketua lokalisasi, maka pengurus/ketua akan membicarakan terlebih dahulu kepada mucikari masing-masing pondokan/bar. Pada tanggal 12 Januari 2011 penulis datang menemui pengurus/ketua lokalisasi dan mendapatkan keputusan dari hasil pertemuan pengurus dengan semua mucikari yang memiliki pondokan/bar sehingga didapatkan hasil bahwa dari 24 bar yang ada, 2 bar mucikarinya tidak memberikan izin kepada peneliti untuk anak-anaknya (WPSL) diwawancarai.

5.6 Analisis Univariat

Hasil analisis univariat pada penelitian ini disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dari setiap variabel terikat (utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam) dan variabel bebas (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik, kualitas pelayanan klinik, hambatan pergi ke klinik, umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya masalah IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS, sikap petugas klinik).

5.6.1 Distribusi Responden berdasarkan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam (Variabel Dependen)

Responden dinyatakan memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam jika setiap membutuhkan pelayanan kesehatan sehubungan dengan IMS pergi berobat ke klinik IMS Sedap Malam. Pengukuran utilisasi pelayanan klinik IMS dilakukan dengan membuat 4 pertanyaan diantaranya jika membutuhkan pengobatan IMS pergi ke klinik IMS Sedap Malam, dalam 6 bulan terakhir melakukan kunjungan atau pemeriksaan sehubungan dengan IMS > 2 kali, pergi ke klinik IMS untuk berobat, khususnya berobat penyakit kelamin, sedangkan responden yang dinyatakan tidak memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam jika membutuhkan pelayanan kesehatan sehubungan dengan IMS tidak berobat ke klinik IMS Sedap Malam, dalam 6 bulan terakhir melakukan kunjungan atau pemeriksaan sehubungan dengan IMS ≤ 2 kali (pemeriksaan skrining diwajibkan oleh mucikari terhadap WPSL sesuai jadwal dari klinik IMS Sedap Malam), pergi ke klinik hanya untuk minta kondom dan skrining saja dan paling sering berobat dengan keluhan bukan penyakit kelamin.

Total nilai di kelompokkan menjadi dua kategori yaitu kategori tidak memanfaatkan jika skor $<$ median (2), sedangkan kategori utilisasi jika skor \geq median. Dari tabel 5.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden tidak memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam yaitu sebesar 67%.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

No.	Utilisasi Pelayanan Klinik IMS	Jumlah	Persentase
1.	Tidak Utilisasi	67	67,0
2.	Utilisasi	33	33,0
Total		100	100

Analisis terhadap setiap *item* pertanyaan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh hasil sebagai berikut: sebesar 22 WPSL yang pergi ke klinik IMS Sedap Malam jika membutuhkan pelayanan kesehatan, 8 WPSL yang pergi ke klinik IMS > 2 kali, 8 WPSL yang pergi ke klinik IMS untuk berobat dan 17 WPSL yang datang berobat ke klinik IMS khususnya berobat penyakit kelamin, dan dikatakan memanfaatkan pelayanan klinik jika jawaban yang benar dari responden \geq median (2).

5.6.2 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Independen

Variabel independen antara lain: (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik, kualitas pelayanan klinik, hambatan pergi ke klinik, umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya masalah IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS, sikap petugas klinik)

Dukungan/dorongan dari pihak ketiga dibedakan menjadi 2 kategori yaitu, ada dukungan/dorongan dan tidak ada dukungan/dorongan dari pihak ketiga. Dukungan/dorongan dari pihak ketiga yang dimaksud adalah dukungan/dorongan dari petugas kesehatan, mucikari dan teman.

Berdasarkan kualitas pelayanan klinik IMS, dibedakan menjadi kategori kualitas baik yaitu jawaban benar responden \geq median (median 3), sedangkan kategori kualitas pelayanan kurang baik yaitu jawaban benar responden kurang dari nilai median. Analisis terhadap setiap *item* pertanyaan kualitas pelayanan

klินิก IMS Sedap Malam diperoleh hasil sebagai berikut: hanya 4 WPSL yang mengatakan jadwal buka klินิก IMS sesuai dengan jam yang ditetapkan, 16 WPSL yang mengatakan waktu menunggu untuk diperiksa sebentar, 25 WPSL yang mengatakan mendapatkan informasi tentang IMS, 29 WPSL yang mengatakan apa yang diperlukan untuk pencegahan IMS tersedia di klินิก IMS, 22 WPSL yang mengatakan pernah disarankan untuk membeli obat ke apotik luar dan hanya 2 WPSL yang mengatakan klินิก IMS nyaman. Hambatan pergi ke klินิก IMS dibedakan menjadi 2 kategori yaitu, tidak ada hambatan dan ada hambatan. Hambatan tersebut berupa petugas telat datang, dilarang oknum petugas, dilarang mami/papi, dilarang kawan dan dilarang pasangan.

Pengukuran umur dilakukan dengan mengkategorikan variabel umur menjadi dua kategori yaitu kategori muda atau berisiko tinggi (< 25 tahun) dan kategori tua/tidak berisiko tinggi (≥ 25 tahun). Status perkawinan dikategorikan menjadi dua yaitu kategori belum menikah dan kategori sudah menikah. Berdasarkan lama kerja responden, dibedakan menjadi dua kategori, diantaranya kategori lama yaitu \geq median (18 bulan), sedangkan kategori baru apabila skor $<$ median. Berdasarkan pendidikan, dibedakan menjadi kategori pendidikan tinggi yaitu responden yang telah menamatkan pendidikan setara SLTA keatas (\geq SLTA) dan kategori pendidikan rendah ($<$ SLTA) yaitu tidak pernah sekolah, tidak tamat SD, tamat SD dan tamat SLTP/ sederajat. Berdasarkan penghasilan, dibedakan menjadi kategori berpenghasilan baik/cukup yaitu penghasilan responden diatas UMK Batam (\geq Rp 1.180.000,-), kategori berpenghasilan kurang yaitu penghasilan responden dibawah UMK Batam ($<$ Rp 1.180.000,-).

Pengetahuan dinilai dengan 34 pertanyaan, meliputi pertanyaan: pernah mendengar tentang penyakit kelamin, jenis-jenis penyakit kelamin, penyebab penyakit kelamin, cara-cara pencegahan penyakit kelamin, cara-cara penularan penyakit kelamin, gejala-gejala penyakit kelamin dan siapa saja yang mudah terkena penyakit kelamin. Pengetahuan responden dikatakan baik jika jawaban benar besar sama median (≥ 9), sedangkan pengetahuan kurang jika jawaban benar kurang dari median (< 9). Berdasarkan persepsi responden terhadap risiko tertular IMS, dibedakan menjadi kategori berisiko tertular IMS yaitu responden yang menjawab pekerjaannya tidak menyebabkan tertular IMS, sedangkan

kategori tidak berisiko tertular IMS yaitu responden yang menjawab pekerjaannya menyebabkan tertular IMS. Persepsi responden terhadap seriusnya IMS, dibedakan menjadi kategori respon serius yaitu jawaban responden terhadap penyakit yang dialami mengganggu aktifitas sehari-hari dan penyakit yang diderita dapat menimbulkan bahaya, sedangkan kategori respon tidak serius yaitu jawaban responden terhadap penyakit yang dialaminya tidak mengganggu aktifitas sehari-hari dan penyakit yang dideritanya tidak menimbulkan bahaya. Sikap responden dinilai dengan 12 pertanyaan meliputi 6 pertanyaan *favourable* dan 6 *unfavourable*. Sikap responden dibedakan menjadi kategori setuju yaitu jawaban benar \geq median (median 35), sedangkan kategori sikap tidak setuju yaitu jawaban benar $<$ median.

Sikap petugas klinik IMS, dibedakan menjadi dua kategori, diantaranya kategori baik yaitu responden menjawab dengan benar 4 pertanyaan mengenai sikap petugas klinik IMS, sedangkan kategori kurang baik yaitu jawaban yang benar dari responden kurang dari 4.

Hasil analisis univariat variabel independen dapat dilihat pada (tabel 5.3) yaitu ditemukan bahwa sebesar 75% responden yang mendapatkan dukungan/dorongan dari pihak ketiga (petugas kesehatan, muclekari dan teman). Responden yang mengatakan kualitas pelayanan kesehatan kurang baik 56%, dan responden yang tidak ada hambatan untuk pergi berobat ke klinik IMS sebanyak 70%. Sedangkan 61% responden berumur \geq 25 tahun, sudah menikah 74%, responden dengan masa kerja \geq 18 bulan 55%, responden dengan tingkat pendidikan rendah 91%, responden berpenghasilan cukup/baik sebanyak 61%, responden yang berpengetahuan baik yaitu sejumlah 53%, responden dengan persepsi berisiko tertular IMS sebanyak 88%, responden dengan persepsi serius terhadap masalah IMS sejumlah 80%, responden yang setuju terhadap program P2-IMS 73%. Serta responden yang mengatakan sikap petugas klinik IMS baik adalah sebanyak 68%.

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Variabel Independen terhadap Utilisasi
Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Pandan
Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011

No.	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1.	Anjuran/dukungan	Tidak ada	25	25,0
		Ada	75	75,0
2.	Kualitas Pelayanan klinik IMS	Kurang	56	56,0
		Baik	44	44,0
3.	Hambatan pergi ke klinik	Ada	30	30,0
		Tidak	70	70,0
4.	Umur	< 25 tahun	39	39,0
		≥ 25 tahun	61	61,0
5.	Perkawinan	Belum kawin	26	26,0
		Sudah kawin	74	74,0
6.	Lama Kerja	Lama	55	55,0
		Baru	45	45,0
7.	Pendidikan	Rendah	91	91,0
		Tinggi	9	9,0
8.	Penghasilan	Kurang	39	39,0
		Cukup/Baik	61	61,0
9.	Pengetahuan tentang IMS	Kurang	47	47,0
		Baik	53	53,0
10.	Persepsi terhadap risiko tertular IMS	Tidak berisiko	12	12,0
		Berisiko	88	88,0
11.	Persepsi terhadap seriusnya masalah IMS	Tidak serius	20	20,0
		Serius	80	80,0
12.	Sikap responden terhadap program P2-IMS	Tidak Setuju	27	27,0
		Setuju	73	73,0
13.	Sikap Petugas Klinik IMS	Kurang	32	32,0
		Baik	68	68,0

5.7 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan uji statistik untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel dependen (utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam) dengan variabel independen (dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik IMS, kualitas pelayanan klinik IMS, hambatan pergi ke klinik, umur, status perkawinan, lama bekerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya IMS, sikap WPSL terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS, dan sikap petugas klinik). Analisis bivariat dengan menggunakan metode statistik *chi square* pada derajat kepercayaan/CI 95% ($\alpha=0,05$). Uji ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan kategorik. Adapun hasil analisis bivariat tersebut dapat dilihat pada tabel 5.4.

Hasil analisis hubungan antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 29 (38,7%) yang mengatakan ada dukungan dari pihak ketiga yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang tidak ada dukungan dari pihak ketiga 16% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,049$ (nilai $p < 0,05$), artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, dukungan/dorongan pihak ketiga berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti. Nilai *Odds Ratio* (OR) yang didapat dari hasil uji statistik adalah 3,3 pada rentang CI 95% (1,0-10,6), artinya responden yang mendapatkan dukungan/dorongan dari pihak ketiga memiliki peluang 3,3 kali lebih besar untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam dibandingkan responden yang tidak mendapatkan dukungan dari pihak ketiga.

Hasil analisis hubungan antara kualitas pelayanan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 27 (61,4%) yang mengatakan kualitas baik yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang mengatakan kurang berkualitas 10,7% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai

$p=0,000$ (nilai $p < 0,05$), artinya ada hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, kualitas pelayanan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, terbukti. Nilai *Odds Ratio* (OR) yang didapat dari hasil uji statistik adalah 13,2 pada rentang CI 95% (4,7-37,5), artinya responden yang mengatakan pelayanan klinik IMS berkualitas baik memiliki peluang 13,2 kali lebih besar untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam dibandingkan responden yang mengatakan kualitas pelayanan kurang.

Hasil analisis hubungan antara hambatan pergi ke klinik dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 29 (41,4%) yang tidak ada hambatan yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang ada hambatan 13,3% mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,006$ (nilai $p < 0,05$), artinya ada hubungan yang signifikan antara hambatan dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara hambatan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, terbukti. Nilai *Odds Ratio* (OR) yang didapat dari hasil uji statistik adalah 4,6 pada rentang CI 95% (1,5-14,6) artinya responden yang tidak ada hambatan untuk pergi ke klinik Sedap Malam memiliki peluang 4,6 kali lebih besar untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam dibandingkan responden yang memiliki hambatan.

Hasil analisis hubungan antara umur dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 14 (35,9%) usia muda/berisiko tinggi (< 25 tahun) yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berumur ≥ 25 tahun hanya 31,1% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,784$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara umur dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian terhadap umur responden berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara pernikahan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 12 (46,2%) yang berstatus belum menikah yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berstatus sudah menikah hanya 28,4% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,157$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pernikahan dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian terhadap status pernikahan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 21 (38,2%) yang sudah lama bekerja yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang baru bekerja sebanyak 26,7% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,315$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian terhadap lama kerja berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 3 (33,3%) yang berpendidikan tinggi yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS, sedangkan tidak terpaut jauh dengan yang berpendidikan rendah 33,0% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=1,000$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, pendidikan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara penghasilan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 14 (35,9%) yang berpenghasilan kurang yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berpenghasilan baik/cukup 31,1% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,784$

(nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, penghasilan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 53 (34,0%) yang berpengetahuan baik yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berpengetahuan kurang 31,9% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,997$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, pengetahuan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 4 (33,3%) memiliki persepsi tidak berisiko tertular IMS yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berpersepsi berisiko tertular IMS terhadap risiko tertular IMS 33,0% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=1,000$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, persepsi terhadap risiko tertular IMS berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara persepsi terhadap seriusnya IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh 29 (36,3%) yang berpersepsi serius terhadap seriusnya IMS yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berpersepsi tidak serius terhadap seriusnya IMS 20,0% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=1,195$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap seriusnya IMS dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis

penelitian yang menyatakan bahwa, persepsi terhadap seriusnya IMS berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Hasil analisis hubungan antara sikap responden terhadap program P2-IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh 29 (39,7%) yang setuju dengan program P2-IMS yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang tidak setuju dengan program P2-IMS 14,8% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,030$ (nilai $p < 0,05$), artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap responden terhadap Program P2-IMS dengan utilisasi klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, sikap responden terhadap program P2-IMS berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, terbukti. Nilai *Odds Ratio* (OR) yang didapat dari hasil uji statistik adalah 3,8 pada rentang CI 95% (1,2-12,1), artinya responden yang setuju dengan adanya program P2-IMS memiliki peluang 3,8 kali lebih besar untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam dibandingkan responden yang tidak setuju dengan program P2-IMS.

Hasil analisis hubungan antara sikap petugas dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam diperoleh bahwa 27 (39,7%) yang mengatakan sikap petugas baik mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang mengatakan kurang 18,8% yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p=0,064$ (nilai $p > 0,05$), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap petugas dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini menunjukkan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa, sikap petugas berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

Tabel 5.4
Hubungan Variabel Independen Terhadap Utilisasi Pelayanan Klinik IMS
Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji
Kota Batam tahun 2011

Variabel	Utilisasi Pelayanan Klinik IMS				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak		Ya		N	%		
	n	%	n	%				
1. Dukungan/dorongan dari pihak ketiga								
Tidak ada	21	84,0	4	16,0	25	100	3,310	0,049*
Ada	46	61,3	29	38,7	75	100	(1,031-10,620)	
2. Kualitas Pelayanan								
Kurang	50	89,3	6	10,7	56	100	13,235	0,000*
Baik	17	38,6	27	61,4	44	100	(4,670-37,512)	
3. Hambatan								
Ada	26	86,7	4	13,3	30	100	4,598	0,006*
Tidak ada	41	58,6	29	41,4	70	100	(1,448-14,594)	
4. Umur								
< 25 tahun	25	64,1	14	35,9	39	100	0,808	0,784
≥ 25 tahun	42	68,9	19	31,1	61	100	(0,345-1,889)	
5. Perkawinan								
Belum kawin	14	53,8	12	46,2	26	100	0,462	0,157
Kawin	53	71,6	21	28,4	74	100	(0,184-1,162)	
6. Lama Kerja								
Lama	34	61,8	21	38,2	55	100	0,589	0,315
Baru	33	73,3	12	26,7	45	100	(0,250-1,386)	
7. Pendidikan								
Rendah	61	67,0	30	33,0	91	100	1,017	1,000
Tinggi	6	66,7	3	33,3	9	100	(0,238-4,348)	
8. Penghasilan								
Kurang	25	64,1	14	35,9	39	100	0,808	0,784
Baik/Cukup	42	68,9	19	31,1	61	100	(0,345-1,889)	
9. Pengetahuan								
Kurang	32	68,1	15	31,9	47	100	1,097	0,997
Baik	35	66,0	18	34,0	53	100	(0,475-2,532)	

Variabel	Utilisasi Pelayanan Klinik IMS				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak		Ya		N	%		
	n	%	n	%				
10. Persepsi terhadap risiko tertular IMS								
Tdk berisiko	8	66,7	4	33,3	12	100	0,983	1,000
Berisiko	59	67,0	29	33,0	88	100	(0,273-3,535)	
11. Persepsi terhadap seriusnya IMS								
Tdk serius	16	80,0	4	20,0	20	100	2,275	1,195
Serius	51	63,8	29	36,3	80	100	(0,694-7,452)	
12. Sikap responden terhadap program P2-IMS								
Tidak Setuju	23	85,2	4	14,8	27	100	3,790	0,030*
Setuju	44	60,3	29	39,7	73	100	(1,187-12,097)	
13. Sikap Petugas								
Kurang baik	26	81,3	6	18,8	32	100	2,854	0,064
Baik	41	60,3	27	39,7	68	100	(1,037-7,850)	

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti memakai rancangan *cross sectional*, oleh karena itu tidak dapat menjelaskan tentang ada tidaknya hubungan sebab akibat/kausalistik, yang ada hanya hubungan keterkaitan saja. Banyak faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan, dalam penelitian ini pelayanan yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan di klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam, akan tetapi akibat keterbatasan peneliti, maka dalam penelitian ini peneliti hanya meneliti 13 faktor yang dinilai berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL penderita IMS yaitu antara lain: dukungan/dorongan dari pihak ketiga, kualitas pelayanan klinik IMS, hambatan pergi ke klinik IMS Sedap Malam, umur, status perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya IMS, sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS dan sikap petugas klinik IMS.

Untuk variabel yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS hanya sebatas pada mempergunakan atau tidak mempergunakan dan tidak melihat pada tingkat keparahan penyakitnya. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara, sehingga kualitas data yang terkumpul sangat tergantung pada kemampuan pewawancara dan persepsi responden dalam menjawab setiap pertanyaan, artinya data yang terkumpul belum sepenuhnya menggambarkan keadaan yang sebenarnya, karena faktor malu dan ketakutan dari responden untuk mengatakan keadaan kesehatannya serta responden cenderung memberikan informasi yang bersifat menyenangkan pewawancara dan jawabannya cenderung untuk menunjukkan bahwa informasi yang mereka berikan tidak merugikan mucikari/germo nantinya, sebagai *recall bias*. Kesulitan penulis untuk menemui WPSL untuk di wawancara menjadi suatu pengalaman tersendiri bagi penulis.

Untuk meminimalisir kesalahan yang mungkin terjadi peneliti menjelaskan terlebih dahulu pada responden bahwasanya penulis bukan petugas pelayanan kesehatan dari klinik IMS Sedap Malam.

6.2 Gambaran Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Pelaksanaan pelayanan kesehatan kasus IMS menggunakan gedung pelayanan klinik IMS yang merupakan gedung yang sama untuk pelayanan penyakit umum (Puskesmas Pembantu Teluk Pandan) dengan menggunakan sarana dan prasarana dari puskesmas pembantu hanya saja pendanaan mulai dari obat, laboratorium sederhana dan jasa petugas klinik didanai oleh Global Fan, tenaga kesehatannya terdiri dari 1 orang dokter umum, 1 orang analis, 1 orang bidan dan 1 orang tenaga administrasi, namun ke-4 petugas kesehatan tersebut merupakan petugas dari Puskesmas Batu Aji kota Batam dibawah naungan dinas kesehatan kota Batam. Jadwal kerja setiap hari mulai jam 12.00 sampai 16.00 WIB melakukan pengobatan terhadap WPSL yang mengalami keluhan atau positif IMS, serta kegiatan *Rehabilitatif* diantaranya konseling yang dilakukan terhadap WPSL dengan hasil skrining positif, namun masih ada kendala dalam melakukan konseling dikarenakan ruangan khusus yang menjaga kerahasiaan pasien belum tersedia.

Selain kegiatan diatas pelayanan yang dilakukan di klinik IMS diantaranya: Skrining setiap 3 bulan, Program yang dilakukan mulai tahun 2011 antara lain: Pengobatan Presumptif Berkala (PPB) yaitu pemberian obat combipak tanpa memandang status pasien yang dilakukan setiap bulan Januari, Maret dan Juni, skrining pasien baru setiap bulan, Pemeriksaan atau pengobatan bagi yang ada keluhan, merujuk ke klinik VCT (*Voluntary Counselling and Testing*, dan one stop servis: pendaftaran, pengambilan dan pemeriksaan darah, secret vagina dan pengobatan.

6.3 Hubungan antara Faktor Sosial Budaya, Organisasi, Konsumen dan Provider (Variabel Independen) dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam (Variabel Dependen)

6.3.1 Hubungan antara Faktor Sosial Budaya dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

1. Hubungan antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Dukungan/dorongan yang dimaksud adalah dukungan dari mucikari/germo, teman, termasuk petugas kesehatan. Hasil analisis univariat memperlihatkan, sebagian besar 75% responden mendapatkan dukungan dari pihak ketiga, sedangkan 25,0% yang tidak mendapatkan dukungan/dorongan dari pihak ketiga. Hasil analisis bivariat ditemukan 38,7% WPSL yang mendapatkan dukungan/dorongan dari pihak ketiga sudah memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan WPSL yang tidak mendapatkan dukungan/dorongan yaitu sebesar 16,0%. Green (2005) berpendapat dukungan pihak ketiga adalah termasuk faktor yang memperkuat perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti pada program pencegahan dan pemberantasan IMS faktor penguat diberikan oleh pihak ketiga (orang tua, teman, dan tenaga kesehatan). Sejalan dengan pendapat Donabedian (1984) dorongan dari keluarga, sanak famili dan teman juga menentukan perilaku utilisasi pelayanan kesehatan.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,049 (nilai $p < \alpha$), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Ini membuktikan hipotesis yang menyatakan responden yang memperoleh dukungan dari pihak ketiga 3,3 kali lebih berpeluang untuk utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil yang sama ditemukan oleh Rizalwan (2003) dan Yustikawati (2004).

6.3.2 Hubungan antara Faktor Organisasi dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

1. Hubungan antara Kualitas Pelayanan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Kualitas pelayanan yang dimaksud adalah kesesuaian antara jadwal buka klinik dengan waktu yang ditetapkan, lama menunggu, mendapatkan informasi tentang IMS, keperluan untuk pencegahan IMS tersedia, kelengkapan obat yang ada dan kenyamanan ruangan klinik. Dari hasil penelitian yang dilakukan penilaian secara proporsi umumnya responden berpendapat kualitas pelayanan yang diberikan klinik IMS Sedap Malam tidak baik sebanyak 56,0% lebih besar jika dibandingkan dengan proporsi responden yang menyatakan kualitas pelayanan baik (44,0%). Hasil analisis bivariat ditemukan 27 (61,4%) responden yang mengatakan kualitas baik yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan responden yang mengatakan kualitas kurang baik yaitu sebesar 6 (10,7%) yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam.

Mills dan Gibson (1990) mengatakan pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat tergantung kepada cara pandang pengguna akan pentingnya suatu pelayanan kesehatan tertentu dan sejauh mana pemerintah dapat menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan mereka. Menurut Juran (2001) banyak arti tentang kualitas atau mutu, namun dua diantaranya sangat penting bagi si pengelola, yaitu kualitas sebagai keistimewaan produk dan kualitas berarti bebas dari kekurangan (defisiensi), dimana pelanggan semakin sedikit kekurangannya semakin baik kualitasnya. Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square* didapatkan nilai $p=0,000 < 0,05$ (nilai $p < \alpha$), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara kualitas pelayanan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Ini membuktikan hipotesis yang menyatakan responden yang mengatakan kualitas pelayanan baik 13,2 kali lebih berpeluang untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil yang sama ditemukan oleh Rizalwan (2003)

2. Hubungan antara Hambatan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Merujuk pada tabel (5.4) diketahui bahwa sebanyak 4 (13,3%) dari 30 responden yang mengatakan ada hambatan sewaktu akan memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, lebih kecil jika dibandingkan dengan yang menyatakan tidak ada hambatan sewaktu akan pergi ke klinik IMS sebanyak 29 (41,4%) dari 33 responden yang memanfaatkan pelayanan klinik. Dari hasil *chi square* memberikan nilai $p\text{ value} = 0,006 < 0,05$, artinya terdapat hubungan yang bermakna antara hambatan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Ini membuktikan hipotesis yang menyatakan responden yang tidak memiliki hambatan pergi ke klinik IMS 4,5 kali lebih berpeluang untuk memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil yang sama ditemukan oleh Rizalwan (2003) dan Yustikawati (2004).

6.3.3 Hubungan antara Faktor Konsumen dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

1. Hubungan antara Umur dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam.

Merujuk pada (tabel 5.4) menunjukkan bahwa WPSL yang berusia < 25 tahun lebih banyak memanfaatkan pelayanan klinik IMS 35,9% dibandingkan WPSL yang berusia ≥ 25 tahun (31,1%). Hal ini sepertinya bertolak belakang dengan pendapat Astawa (1985) semakin bertambah umur seseorang akan semakin matang dalam mengambil sikap sehingga dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku, termasuk perilaku pencarian pengobatan. Sejalan dengan pendapat Gibson (1987) yang menyatakan bahwa umur merupakan variabel individu yang menyatakan semakin bertambah usia seseorang akan bertambah kedewasaan seseorang dan akan semakin banyak mendapatkan masukan-masukan sehingga dalam memutuskan suatu kebijakan yang mempengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada. Dari uji statistik yang dilaksanakan, tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara umur WPSL dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, sehingga hipotesis yang menyatakan bahwa umur berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti. Hasil ini

sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizalwan (2003) di klinik PMS Batu 7 Karimun Riau.

2. Hubungan antara Status Perkawinan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Dapat dilihat pada (tabel 5.4), bahwa 46,2% WPSL yang belum kawin yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, sedangkan yang sudah kawin hanya 28,4% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Menurut petugas klinik IMS Sedap Malam dan berdasarkan pengamatan dilapangan keadaan ini terjadi karena WPSL yang sudah kawin lebih suka memanfaatkan pelayanan diluar lokalisasi. Sebagian besar mereka mengatakan pelayanan kesehatan di luar klinik bisa didapatkan kapan saja mereka butuhkan dan langsung ditangani oleh tenaga yang lebih profesional (dokter spesialis).

Berbeda dengan pendapat (Notoatmodjo, 2003) bahwa status perkawinan diduga memiliki peranan dalam perilaku seksual seseorang. Perilaku dipengaruhi oleh orang-orang penting dalam hidupnya, artinya orang yang sudah pernah menikah maka perilakunya akan dipengaruhi oleh suami dan anaknya, hal ini berarti seseorang yang telah menikah lebih cenderung untuk melindungi diri dan menjaga kesehatan. Hasil uji statistik membuktikan tidak ada hubungan bermakna antara status pernikahan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS. Sehingga hipotesis yang menyatakan bahwa pernikahan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti.

3. Hubungan antara Lama Kerja dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Merujuk kepada tabel 5.4, dapat diketahui bahwa 38,2% responden yang sudah lama bekerja sebagai WPSL yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, sedangkan responden yang baru bekerja sebagai WPSL yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS sejumlah 26,7%. Menurut pengamatan dilapangan, memang ada kecenderungan responden yang sudah lama bekerja sebagai WPSL lebih aktif mencari pelayanan kesehatan di luar lokalisasi, dibandingkan responden yang masih baru bekerja. Sejalan dengan pendapat

(Rosenstock, 1994) bahwa semakin lama seseorang menekuni pekerjaan maka akan merasakan lebih rentan terhadap suatu penyakit. Kerentanan seseorang pada suatu penyakit menyebabkan seseorang bertindak untuk mencegah penyakit.

Dari hasil uji statistik ditemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara lama kerja WPSL dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam, sehingga hipotesis yang menyatakan lama kerja berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS tidak terbukti. Hasil penelitian ini sejalan dengan konsep yang dinyatakan oleh Yustikawati (2004) bahwa WPSL yang masa kerjanya lama akan berperilaku mencari pengobatan modern.

4. Hubungan antara Pendidikan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Dari (tabel 5.4) dapat dilihat bahwa 33,3% responden yang berpendidikan tinggi memanfaatkan pelayanan klinik IMS, sedangkan 33,0% berpendidikan rendah yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS. Sejalan dengan teori yang mengatakan pendidikan formal seseorang akan mempengaruhi pengetahuannya. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kesadaran akan pentingnya arti kesehatan bagi diri dan lingkungan yang akan mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

Menurut Feldstein (1993), tingkat pendidikan dipercayai mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan dimana pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk mengetahui dan mengenali gejala awal dari suatu penyakit, sehingga keinginan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi (Feldstein, Paul J. 1993). Menurut teori Green pendidikan formal seseorang akan dapat mempengaruhi pengetahuannya. Orang yang berpendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi pula, jika dibandingkan dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah. Oleh karena itu akan lebih baik pula memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan. Gani (1991) pendidikan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan modern, demikian juga hasil penelitian Tukiman (1994), menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Notoatmodjo (1992)

menyatakan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih canggih dan sejalan dengan yang ditemukan oleh Ambarwati (2003) yang menemukan adanya hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan pemanfaatan kunjungan kesehatan modern.

Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh hasil nilai $p=1,000$, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS. Dengan demikian hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara pendidikan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam, tidak terbukti. Sejalan dengan hasil penelitian Herlina (2001) menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Bertolak belakang dengan hasil penelitian Tukiman (1994) dan Rizalwan (2003) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

5. Hubungan antara Penghasilan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Dari (tabel 5.4) dapat dilihat bahwa responden yang berpenghasilan kurang 35,9% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam, sedangkan responden yang berpenghasilan cukup/baik 31,1% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS. Menurut petugas klinik IMS Sedap Malam dan berdasarkan pengamatan dilapangan keadaan ini terjadi karena WPSL yang berpenghasilan cukup/baik lebih suka memanfaatkan pelayanan diluar lokalisasi, karena mereka berpersepsi jika berobat diluar lokalisasi (klinik/praktek dokter swasta) akan mendapatkan obat bermerek/paten yang akan dapat lebih cepat menyembuhkan penyakitnya dibandingkan obat generik yang disediakan di klinik IMS Sedap Malam.

Menurut Feldstein (1983) yang menyatakan bahwa faktor ekonomi sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut Green dan Anderson bahwa faktor penghasilan/pendapatan merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan. Rosenstock dalam Yuswandi (2006) mengemukakan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan lebih banyak pada penduduk dengan pendapatan tinggi di bandingkan dengan

pendapatan rendah. Hasil uji statistik yang dilakukan ditemukan nilai $p > \alpha$, artinya tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Sehingga hipotesis yang menyatakan bahwa penghasilan berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS, tidak terbukti. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuswandi (2006).

6. Hubungan antara Pengetahuan dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Merujuk pada (tabel 5.4), dapat diketahui hasil analisis bahwa 34,0% responden yang memiliki pengetahuan baik memanfaatkan pelayanan klinik IMS, sedangkan yang berpengetahuan kurang sebanyak 31,9% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0,997$, artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2002), pengetahuan merupakan bukti bagi seseorang melalui proses penguatan atau pengenalan informasi, dengan demikian perilaku seseorang akan langgeng bila didasari pengetahuan yang baik. Kurangnya kesadaran dan pengetahuan wanita, bervariasi mulai dari tidak mengetahui tempat kunjungan kesehatan sampai dengan kurangnya pemahaman tentang tanda-tanda bahaya atau kegawatan suatu kondisi, memiliki dampak besar terhadap pemanfaatan kunjungan kesehatan (Koblinsky, 1997). Pengetahuan tertentu tentang kesehatan merupakan hal yang penting sebelum suatu perilaku kesehatan individu terjadi, untuk itu agar perilaku kesehatan yang diharapkan terjadi seseorang harus mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya (Green, 2005).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yustikawati (2004) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan modern IMS dan Rizalwan (2003) yang menyatakan bahwa pengetahuan secara statistik tidak berhubungan dengan pemanfaatan klinik PMS. Dan bertolak belakang dengan penelitian Tukiman (1994) menunjukkan ada hubungan pengetahuan peserta JPKM dengan

pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anggota JPKM gotong royong tentang program JNPK gotong royong.

7. Hubungan antara Persepsi terhadap Risiko tertular IMS dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Merujuk pada (tabel 5.4) menyatakan bahwa responden yang merasa tidak berisiko tertular IMS sebanyak 4 (33,3%) yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS, sedangkan 29 (33,0%) yang merasa berisiko tertular IMS yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Menurut Rosenstock *dalam* Becker (1974) agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Hal ini membuat model kepercayaan kesehatan bergantung pada persepsi individu. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yustikawati (2004) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan perilaku pencarian pengobatan modern IMS.

8. Hubungan antara Persepsi terhadap Seriusnya IMS dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Dapat dilihat pada (tabel 5.4) bahwa responden yang menilai serius tentang IMS sebanyak 29 (36,3%) yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS, sedangkan 4 (20,0%) yang menilai tidak serius tentang IMS yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Notoatmodjo (1982) menyatakan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penilaian masyarakat terhadap serius atau tidaknya suatu penyakit. Notoatmodjo (1994) mengatakan kita sering melupakan faktor penilaian dari pengalaman atau konsep masyarakat itu sendiri tentang serius atau tidaknya penyakit. Faktor penyebab rendahnya kunjungan pasien atau klien ke sarana pelayanan kesehatan dapat dikarenakan faktor penilaian masyarakat terhadap penyakit yang dideritanya tersebut atau penilaiannya tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan, sakit atau tidak sakit, ringan atau beratnya penyakit, kalau dari awal pasien sudah bisa membedakan bahwa penyakitnya ringan atau berat, maka pasien akan mempergunakan fasilitas kesehatan yang ada tersebut.

Dari hasil uji statistik ditemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap seriusnya IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam, sehingga hipotesis yang menyatakan persepsi terhadap seriusnya IMS berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS tidak terbukti. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rizalwan (2003) dan Yustikawati (2004) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antar persepsi seriusnya penilaian IMS dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

9. Hubungan antara Sikap Responden terhadap program P2-IMS dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Dalam penelitian ini menggambarkan 29 (39,7%) responden yang setuju dengan pelaksanaan program P2-IMS yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS, lebih besar dari responden yang tidak setuju dengan pelaksanaan program P2-IMS yaitu 4 (14,8%) yang mengutilisasikan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Sikap merupakan salah satu faktor pendorong seseorang berperilaku untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, akan tetapi sikap setuju tanpa ditunjang oleh faktor-faktor lain belum memastikan seseorang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Green menyatakan sikap terhadap sesuatu hal akan mempengaruhi perilaku seseorang atau kelompok. Dalam tulisannya mengenai topik kepercayaan, Rokeavh (1996) dalam *Introduction to Health Education* (2001) yang dikutip oleh Tricia (2008), mendefinisikan *attitude* atau sikap sebagai sesuatu kepercayaan yang relatif abadi tentang suatu obyek atau situasi yang melatar belakangi respon seseorang dalam suatu kejadian yang khusus. Dari batasan itu dapat disimpulkan bahwa sikap itu tidak dapat langsung dilihat tapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,030 (nilai $p < \alpha$), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara sikap responden terhadap program P2-IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Ini membuktikan hipotesis yang menyatakan responden yang setuju dengan pelaksanaan program P2-IMS 3,7 kali lebih berpeluang untuk mengutilisasikan pelayanan klinik IMS

Sedap Malam. Sejalan dengan penelitian Tukiman (1994) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara sikap sasaran dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Namun sebaliknya bertolak belakang dengan hasil penelitian Rizalwan (2003), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap responden dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Batu 7 Riau.

6.3.4 Hubungan antara Faktor Provider dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

1. Hubungan antara Sikap Petugas dengan Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam

Berdasarkan apa yang tampak pada (tabel 5.4), menyatakan bahwa responden yang mengatakan sikap petugas baik sebanyak 27 (39,7%) yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS, lebih banyak dari responden yang menyatakan sikap petugas kurang baik 18,8% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Menurut teori Green dan Anderson bahwa sikap dan perilaku petugas kesehatan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat, termasuk dalam hal pemanfaatan pelayanan kesehatan, jika sikap petugas kesehatan baik dalam memberikan pelayanan maka akan banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut. Sikap penyedia layanan dapat menjadi penghambat jika pasien merasa tidak dihormati dan diabaikan.

Jika dilihat dari hasil uji secara statistik dengan *chi square* diperoleh hasil $p\ value = 0,064 > 0,05$, berarti tidak ada hubungan bermakna antara sikap petugas dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rizalwan (2003).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam tahun 2011, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Gambaran utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL di lokasi Sintai didapatkan sebesar 33% yang memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam.
- 7.1.2 Gambaran dari faktor sosial budaya (anjaran/dorongan dari pihak ketiga) didapatkan sebagian besar (75%) yang mendapatkan anjaran/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik IMS.
- 7.1.3 Gambaran dari faktor-faktor organisasi (kualitas pelayanan klinik dan hambatan pergi ke klinik) didapatkan 56% yang mengatakan kualitas pelayanan klinik kurang baik dan sebagian besar (74%) yang mengatakan tidak mempunyai hambatan pergi ke klinik IMS.
- 7.1.4 Gambaran dari faktor-faktor konsumen (umur, perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS, persepsi terhadap seriusnya IMS dan sikap responden terhadap P2-IMS) didapatkan sebesar 61% dengan umur ≥ 25 tahun, sebagian besar (74%) yang sudah kawin, 55% dengan masa kerja lama, 91% berpendidikan rendah, 61% dengan penghasilan cukup/baik, 53% dengan pengetahuan tentang IMS baik, 88% yang memiliki persepsi berisiko terhadap tertular IMS, 80% mengatakan memiliki persepsi serius terhadap masalah IMS, dan 73% responden yang memiliki sikap setuju terhadap P2-IMS.
- 7.1.5 Gambaran dari faktor provider (sikap petugas klinik IMS) didapatkan 68% yang mengatakan sikap petugas klinik IMS baik.

- 7.1.6 Faktor sosial budaya yang berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan klinik IMS adalah dukungan/dorongan dari pihak ketiga.
- 7.1.7 Faktor-faktor organisasi yang berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan klinik IMS adalah kualitas pelayanan klinik IMS dan Hambatan pergi ke klinik IMS.
- 7.1.8 Faktor-faktor konsumen yang berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan klinik IMS adalah sikap responden terhadap P2-IMS, sedangkan yang tidak berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan klinik IMS antara lain: umur, perkawinan, lama kerja, pendidikan, penghasilan, pengetahuan tentang IMS, persepsi terhadap risiko tertular IMS dan persepsi terhadap seriusnya masalah IMS.
- 7.1.9 Faktor provider yang tidak berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan klinik IMS adalah sikap petugas klinik IMS

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Batam

Untuk lebih efektifnya pelaksanaan pencegahan dan pemberantasan kasus IMS, sebaiknya dimulai dari perluasan bangunan puskesmas pembantu atau klinik IMS, agar tersedia ruangan khusus untuk konseling. Pengadaan mobiler ruangan klinik yang layak dan pengadaan alat-alat kesehatan seperti sterilisator milik sendiri, pengadaan Alat Pelindung Diri (APD) untuk petugas kesehatan tersedia kapan saja dibutuhkan, sehingga perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terdepan bisa dilaksanakan oleh petugas dengan lebih baik dan terus menerus sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab yang diberikan kepada mereka.

7.2.2 Bagi Komisi Pemberantasan AIDS (KPA) / Global Fund

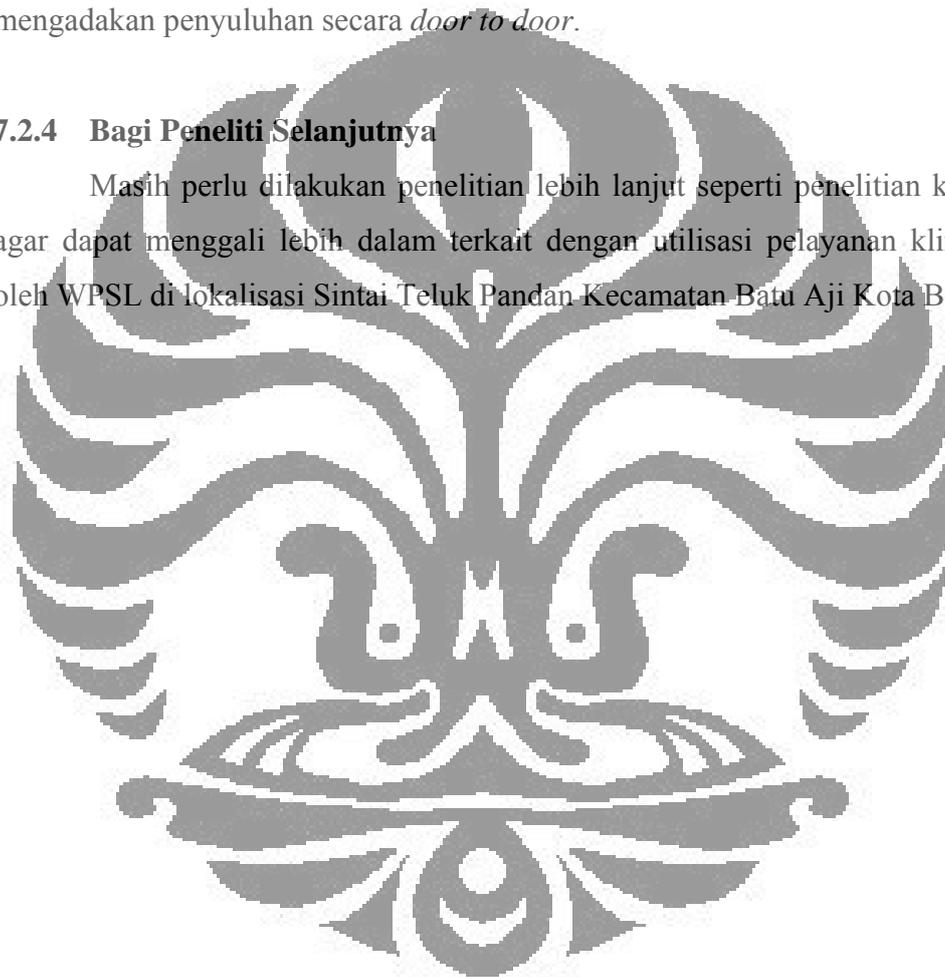
Menyediakan sarana, prasarana dan mobiler untuk pelayanan kasus IMS seperti ruangan khusus untuk konseling, kursi tunggu yang cukup untuk kenyamanan pelayanan klinik IMS, APD untuk petugas dan sterilisator untuk mencegah penularan infeksi milik klinik IMS Sedap Malam.

7.2.3 Bagi Puskesmas Batu Aji Kota Batam

Diharapkan agar *team* petugas klinik IMS yang berada di Puskesmas Batu Aji lebih meningkatkan kegiatan yang berhubungan dengan pencegahan/pemberantasan IMS dan lebih melibatkan *stakeholder* lain seperti lintas sektoral, tokoh agama termasuk WPSL dalam melakukan pencegahan/pemberantasan IMS, agar WPSL tetap mendapat dukungan untuk memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam. Untuk kegiatan promotif lebih ditingkatkan lagi dengan mengadakan penyuluhan secara *door to door*.

7.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut seperti penelitian kualitatif, agar dapat menggali lebih dalam terkait dengan utilisasi pelayanan klinik IMS oleh WPSL di lokasi Sintai Teluk Pandan Kecamatan Batu Aji Kota Batam.



DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jurusan biostatistik dan kependudukan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Azwar, S. (1988). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Liberty
- Badan Pusat Statistik, BKKBN, Dep-Kes, Macro International. (2008). *Survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia 2007*. Jakarta: Depkes
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal behavior*. USA: Charles B. Slack Inc
- Chandra, B. (2008). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: EGC
- Daili, S.F., Makes, W.I.B., Judanarso, J., Zubier, F. (1998). *Infeksi saluran reproduksi*. Jakarta: Population Council
- Daili, S.F., Makes, W.I.B., Zubier, F., Judanarso, J. (2006). *Penyakit menular seksual*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Departemen Kesehatan. (2010). *Analisa kecenderungan perilaku beresiko terhadap HIV di Indonesia: Laporan Survei Terpadu Biologi dan Perilaku tahun 2007*. Jakarta: Ditjen PP&PL
- Dever, G.E.A. (1984). *Epidemiology in health services management*. USA: Aspen Publishers
- Dinas Kesehatan Kota Batam. (2009). *Profil dinas kesehatan kota Batam tahun 2008*. Batam: Dinkes
- Dinas Kesehatan Kota Batam. (2010). *Profil dinas kesehatan kota Batam tahun 2009*. Batam: Dinkes
- Dinas Kesehatan Kota Batam. 2010. *Laporan hasil skrining serologi pada kelompok resiko tinggi*. Batam: Dinkes
- Fauzi, A., Lucianawati, M. (2001). *Jender dan kesehatan: Kumpulan artikel 1998-2001*. Jakarta: Pusat Komunikasi Kesehatan Berperspektif Jender
- Feldstain, Paul, J. (1993). *Health care economic*. New York: Delmar Publishers Inc

- Gani. (1991). *Demand on health services at regency of Karanganyar regency*. Central Java Indonesia: (Doctoral Disertation)
- Gibson. (1990). *Ekonomi kesehatan untuk negara-negara sedang berkembang*. Jakarta: Dian Rakyat
- Green & Kreuter. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York USA: The McGraw-Hill Companies
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
- Herlina. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar Puskesmas di Kabupaten Lampung Barat*. Jakarta: Tesis P-S IKM Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia
- Hutapea, R. (2005). *AIDS, PMS dan prostitusi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Kartono, K. (2003). *Patologi sosial*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J. (1997). *Kesehatan wanita sebuah perspektif global*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Khesn. (2001). *Penilaian cepat perilaku pencarian pengobatan pada penderita penyakit menular seksual (PMS) di Jakarta*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan FKM UI
- Lestari, Herna, dkk. (2007). *Implementasi pelayanan kesehatan reproduksi terpadu mungkinkah ditetapkan di Indonesia?* Jakarta: Yayasan Mitra Inti
- Marwali Harahap, Dr. (1984). *Penyakit menular seksual*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia
- Notoadmodjo, S. (2002). *Pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Notoadmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoadmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoadmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pratiknya, A.W. (2000). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Rajawali Grafindo Persada

- Rizalwan. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan klinik PSK oleh wanita PSK penderita PMS di lokasi Batu 7 Tanjungbatu Kecamatan Kundur Kabupaten Karimun-Riau tahun 2003*. Jakarta: Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Rosenstock. (1994). *Preventing AIDS, teori and methods of behavioral intervention*. edited by Di Clemente
- Salpatong, M. (2010). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar di provinsi Sumatera Selatan tahun 2010*. Jakarta: Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Summer, G.F. (1970). *Attitude measurement*. London: Kershaw Publishing Company
- Tukiman. (1994). *Hubungan pengetahuan, sikap, persepsi JPKM gotong royong dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di kecamatan Cisarua*. Jakarta: Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Yustikawati. (2004). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan modern infeksi menular seksual (IMS) pada wanita pekerja seks (WPS) di Kabupaten Indramayu tahun 2004*. Jakarta: Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Masyarakat

KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN UTILISASI
PELAYANAN KLINIK IMS SEDAP MALAM OLEH WANITA
PENJAJA SEKS LANGSUNG DI LOKALISASI SINTAI
TELUK PANDAN KECAMATAN BATU AJI
KOTA BATAM TAHUN 2011**

Saya sedang melakukan penelitian mengenai pemahaman tentang penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual (hubungan kelamin) pada wanita penjaja seks (WPS) langsung yang pernah atau sedang menderita infeksi menular seksual terhadap pemanfaatan klinik IMS di lokasi Sintai Teluk Pandan Kota Batam. Bila anda setuju, saya ingin mengajukan beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan anda. Dalam wawancara ini saya bukan menilai anda, nama anda tidak akan dicatat dan semua kerahasiaan anda dalam wawancara ini akan saya pegang teguh. Partisipasi anda sangat saya harapkan, demikian juga ketulus dan kejujuran anda dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan. Saat ini apakah anda bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini?, jika ya, mohon bubuhkan tanda tangan anda dibawah ini.

Batam,2011

Responden

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nomor Responden :
2. Nomor Kuesioner :
3. Tanggal wawancara :
4. Lokasi wawancara :
5. Pewawancara :

B. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Tanggal lahir (umur) anda saat ini? tahun
2. Apakah anda pernah menikah?
 1. Pernah
 2. Tidak pernah (lanjut ke pertanyaan no. 5)
3. Status pernikahan anda saat ini?
 1. Menikah
 2. Cerai/janda
4. Sudah berapa lama anda bekerja seperti ini? bulan
5. Sudah berapa lama anda bekerja ditempat ini? bulan

6. Pendidikan terakhir anda sampai saat ini?
1. Tidak pernah sekolah
 2. Tidak tamat SD
 3. Tamatan SD
 4. Tamatan SLTP/ sederajat
 5. Tamatan SLTA/ sederajat
 6. Tamatan Akademi/ Perguruan Tinggi
 7. Tidak menjawab
7. Berapa penghasilan rata-rata anda perbulan?

C. PENGETAHUAN TENTANG INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)

1. Apakah anda pernah mendengar tentang penyakit kelamin?
1. Pernah
 2. Tidak (lakukan probing jika jawaban tetap tidak, langsung ke pertanyaan D1)

2. Jika pernah sebutkan jenis-jenis penyakit kelamin yang anda ketahui? (probing, jawaban boleh lebih dari satu)

No.	Jenis penyakit kelamin	Ya	Tidak
1.	Gonore		
2.	Sifilis		
3.	Trihomoniasis		
4.	Bakterial Vaginosis		
5.	Kandidiasis		
6.	AIDS		
7.	Keputihan		
8.	Lainnya, sebutkan		
9.	Tidak tahu		

3. Menurut anda apa penyebab penyakit tersebut? (Probing, jawaban boleh lebih dari satu)

1. Bakteri/kuman
2. Jamur
3. Virus
4. Lainnya, sebutkan.....
5. Tidak tahu

4. Bagaimana cara pencegahan penyakit kelamin? (Probing, jawaban boleh lebih dari satu)

No.	Cara pencegahan IMS	Ya	Tidak
1.	Tidak berganti-ganti pasangan		
2.	Memakai kondom sewaktu berhub. seks		
3.	Lainnya, sebutkan.....		
4.	Tidak tahu		

5. Bagaimana cara-cara penularan penyakit kelamin? (lakukan probing, jawaban boleh lebih dari satu)

No.	Cara penularan IMS	Ya	Tidak
1.	Melalui hubungan seks		
2.	Melalui jarum suntik yang bergantian		
3.	Melalui tranfusi darah		
4.	Melalui ibu kepada bayinya		
5.	Berganti-ganti pasangan seksual		
6.	Lainnya, sebutkan		
7.	Tidak tahu		

6. Bagaimana gejala-gejala penyakit kelamin yang anda ketahui? (lakukan probing, jawaban boleh lebih dari satu)

No.	Gejala penyakit kelamin	Ya	Tidak
1.	Nyeri dan panas sewaktu kencing		
2.	Kutil pada alat kelamin		
3.	Nyeri saat berhubungan kelamin		
4.	Nyeri perut bagian bawah disertai demam		
5.	Luka pada kelamin		
6.	Keputihan yang sering dan berbau		
7.	Buang air kecil berwarna keruh		
8.	Lainnya, sebutkan		
9.	Tidak tahu		

7. Siapa sajakah yang mudah terkena penyakit kelamin? (jawaban boleh lebih dari satu)

1. Pekerja seks
2. Homoseks
3. Orang-orang yang sering berganti-ganti pasangan seks
4. Orang-orang yang suami atau istrinya sering berganti pasangan
5. Lainnya, sebutkan.....
6. Tidak tahu

D. PERSEPSI TERHADAP RISIKO TERTULAR IMS

1. Apakah menurut anda pekerjaan anda ini dapat menyebabkan tertular penyakit kelamin?
 1. Ya
 2. Tidak (lanjut ke pertanyaan E1)
2. Jika ya, apa yang anda lakukan untuk mencegahnya?

E. PERSEPSI TERHADAP SERIUSNYA MASALAH IMS

1. Penyakit yang anda alami terasa mengganggu?
 1. Mengganggu
 2. Tidak mengganggu (lanjut ke pertanyaan E3)
2. Jika mengganggu, menurut anda bentuk gangguan itu berupa apa?, sebutkan

3. Menurut anda penyakit yang anda derita dapat menimbulkan bahaya?
1. Berbahaya
2. Tidak berbahaya (lanjut ke pertanyaan F1)
4. Jika berbahaya, sebutkan bahaya yang ditimbulkan?

F. PEMANFAATAN PELAYANAN KLINIK IMS

1. Jika anda membutuhkan pelayanan kesehatan sehubungan dengan IMS, biasanya anda pergi kemana?
1. Ke Puskesmas
2. Ke klinik IMS Sedap malam (lanjut ke pertanyaan F3)
3. Prakter dokter swasta
4. Praktek mantri/ bidan
5. Beli obat sendiri
6. Ke pengobatan tradisional (jawaban selain (b), lanjut ke pertanyaan F2).
2. Alasan anda tidak pergi ke klinik IMS sedap malam?, sebutkan.....
3. Dalam waktu 6 bulan terakhir, sudah berapa kali anda pergi ke klinik IMS sedap malam?
1. Tidak pernah (lanjut ke pertanyaan G1)
2. 1 – 2 kali
3. 3 – 6 kali
4. Lebih dari 6 kali
4. Jika anda pergi ke klinik sedap malam, paling sering untuk apa saja?
1. Berobat
2. Minta kondom (lanjut ke pertanyaan G1)
3. Konsultasi (lanjut ke pertanyaan G1)
4. Pemeriksaan rutin/*screening* (lanjut ke pertanyaan G1)
5. Jika anda pergi ke klinik sedap malam untuk berobat, paling sering berobat apa?
1. Penyakit Infeksi Menular Seksual
2. Penyakit bukan menular seksual

G. KUALITAS PELAYANAN KLINIK IMS

1. Menurut anda jadwal buka klinik IMS Sedap malam sesuai dengan jam yang ditetapkan?
1. Ya
2. Tidak
2. Menurut anda waktu menunggu untuk diperiksa petugas kesehatan?
1. Sebentar
2. Lama

3. Bila anda datang ke klinik Sedap malam, anda mendapatkan informasi tentang IMS?
 1. Ya
 2. Tidak
4. Apakah yang anda perlukan untuk pencegahan IMS di klinik Sedap malam tersedia?
 1. Ya
 2. Tidak
5. Apakah anda, jika ke klinik sedap malam pernah disarankan untuk membeli obat ke apotik luar?
 1. Pernah
 2. Tidak pernah
6. Menurut anda kenyamanan ruang poliklinik sedap malam bagaimana?
 1. Nyaman
 2. Tidak nyaman

H. SIKAP PETUGAS KLINIK IMS

1. Apakah sewaktu melayani anda petugas kelihatan ramah?
 1. Ya
 2. Tidak
2. Apakah petugas banyak mengajukan pertanyaan tentang masalah anda?
 1. Ya
 2. Tidak
3. Apakah keluhan yang anda sampaikan ada ditanggapi?
 1. Ya
 2. Tidak
4. Bagaimana menurut anda perlakuan yang diterima pada saat diperiksa?
 1. Baik
 2. Tidak baik

I. SIKAP RESPONDEN TERHADAP PROGRAM PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN IMS		SS	S	TS	STS
		4	3	2	1
1.	Upaya pemberantasan IMS merupakan tanggung jawab pemerintah, masyarakat dan penderita.				
2.	Klinik IMS merupakan sarana yang sesuai, untuk mengatasi IMS.				
3.	Saya rasa adanya klinik IMS dapat mempermudah mencari pelayanan kesehatan.				
4.	Menurut saya kegiatan yang dilakukan klinik IMS banyak memberi manfaat.				
5.	Salah satu upaya agar sembuh dari IMS adalah dengan minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter.				
6.	Untuk menghindari penularan IMS sebaiknya tidak ganti-ganti pasangan.				

		SS 1	S 2	TS 3	STS 4
7.	Untuk mengetahui IMS, pemeriksaan cairan vagina tidak perlu dilakukan secara rutin di klinik IMS Sintai Teluk Pandan.				
8.	Menurut saya penyuluhan yang diberikan kepada saya, hanya membuang waktu saja.				
9.	Saya merasa malu pada teman-teman jika pergi ke klinik IMS.				
10.	Saya rasakan obat-obatan yang diberikan di klinik IMS sering tidak bagus.				
11.	Saya merasa keberatan untuk kontrol ulang sesuai waktu yang ditentukan dokter.				
12.	Menurut saya pergi atau tidak pergi ke klinik IMS sama saja.				

J. DUKUNGAN/DORONGAN DARI PIHAK KE TIGA

1. Selama anda di lokasi Sintai ini, pernahkah anda disarankan untuk pergi ke klinik IMS sedap malam?
 1. Pernah
 2. Tidak pernah (lanjut ke pertanyaan K1)

2. Bila pernah, siapa yang menyarankan/memberikan dukungan tersebut?
 1. Petugas Kesehatan
 2. Mucikari (lanjut ke pertanyaan J4)
 3. Teman (lanjut ke pertanyaan J4)
 4. Petugas keamanan (lanjut ke pertanyaan J4)

3. Siapakah petugas kesehatan yang memberikan anjuran/ dukungan atau dorongan tersebut?
 1. Perawat
 2. Bidan
 3. Dokter
 4. Mantri
 5. Tidak tahu

4. Dukungannya berupa apa?, sebutkan

K. HAMBATAN/HALANGAN PERGI KE KLINIK IMS

1. Apakah pernah sewaktu anda akan pergi ke klinik IMS sedap malam ada hambatan/halangan?
 1. Ada
 2. Tidak ada (selesai/stop)

2. Kalau ada hambatan/halangan, apa penyebabnya? (jawaban boleh lebih dari satu)

No.	Penyebab hambatan/ halangan	Ya	Tidak
1.	Petugas telat datang ke klinik		
2.	Dilarang oknum petugas		
3.	Dilarang oleh mami/papi		
4.	Dilarang kawan		
5.	Dilarang pasangan		

----- TERIMA KASIH -----





PEMERINTAH KOTA BATAM
DINAS SOSIAL DAN PEMAKAMAN

Jalan Raja Haji No. 9 Sekupang - Batam Telepon (0778) 321370

Batam, 11 Januari 2011

Nomor : 023 /DSP/I/2011

Sifat : Penting

Lampiran :

Hal : **Ijin Penelitian dan
Menggunakan Data**

Kepada

Yth : **Ketua Bina Sosial Pusat Rehabilitasi**

Non Panti Teluk Pandan (PRSNP)

Di -

BATAM

Menindak lanjuti surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : **8663/H2.FIQ/PPM.00.00/2010** tanggal **22 Desember 2010**, hal **Izin Penelitian dan Menggunakan Data** dalam penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia atas nama :

Nama : **ROZA ELMARITA**

NPM : **0906617340**

Tahun Angkatan : **2009 / 2010**

Peminatan : **Bidan Komunitas**

Sehubungan dengan hal tersebut diminta saudara untuk dapat membantu dan berpartisipasi dalam kelancaran pelaksanaan kegiatan dimaksud.

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :

1. Kepada Yth. Walikota Batam
2. Kepada Yth. Wakil Walikota Batam

**OUTPUT PENGOLAHAN DATA FAKTOR – FAKTOR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN UTILISASI PELAYANAN
KLINIK IMS SEDAP MALAM DI LOKALISASI
SINTAI TELUK PANDAN KECAMATAN
BATU AJI KOTA BATAM TAHUN 2011**

A. ANALISIS UNIVARIAT

1. Variabel Dependen (Utilisasi Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam)

Statistics
MK_Klinik

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1.3000
Median		2.0000
Mode		.00
Std. Deviation		1.52090
Minimum		.00
Maximum		4.00

Statistics
Katmankli

N	Valid	100
	Missing	0

Katmankli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Memanfaatkan	67	67.0	67.0	67.0
	Memanfaatkan	33	33.0	33.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

MK_Klinik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	45	45.0	45.0	45.0
	1.00	22	22.0	22.0	67.0
	2.00	8	8.0	8.0	75.0
	3.00	8	8.0	8.0	83.0
	4.00	17	17.0	17.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

2. Variabel Independen

a. Faktor-faktor Sosial Budaya

1) Dukungan/dorongan dari pihak ketiga

Statistics
Kategori Dukungan

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.75
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.435
Minimum		0
Maximum		1

Dukungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak adadukungan	25	25.0	25.0	25.0
ada dukungan	75	75.0	75.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

b. Faktor-faktor Organisasi

1) Kualitas Pelayanan Klinik IMS

Statistics
Katgori Kualitas

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1.4400
Median		3.0000
Mode		0
Std. Deviation		.499
Skewness		.245
Std. Error of Skewness		.241
Minimum		0
Maximum		1

Kategori Kualitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	56	56.0	56.0	56.0
Baik	44	44.0	44.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

totalkualitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1.0	1.0	1.0
1	4	4.0	4.0	5.0
2	16	16.0	16.0	21.0
3	25	25.0	25.0	46.0
4	29	29.0	29.0	75.0
5	22	22.0	22.0	97.0
6	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

2) Hambatan/halangan pergi ke klinik IMS

Statistics

Statistics		
N	Valid	100
	Missing	0
Mean		5.4000
Median		6.0000
Mode		6.00
Std. Deviation		.92113
Minimum		4.00
Maximum		6.00

Kategori Hambatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada hambatan	30	30.0	30.0	30.0
tidak hambatan	70	70.0	70.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

c. Faktor-faktor Konsumen

1) Umur

Statistics

Statistics		
N	Valid	100
	Missing	0

Kat_Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muda	39	39.0	39.0	39.0
Tua	61	61.0	61.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

2) Perkawinan

Statistics

Kat_Kawin

N	Valid	100
	Missing	0

Kat_Kawin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Belum Menikah	26	26.0	26.0	26.0
Menikah	74	74.0	74.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

3) Lama Kerja

Statistics

Kat_Pek

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.45
Median		.00
Mode		0
Std. Deviation		.500
Minimum		0
Maximum		1

Kat_Pek

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Lama	55	55.0	55.0	55.0
Baru	45	45.0	45.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

4) Pendidikan

Statistics

Kat_Pendidikan

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.09
Median		.00
Mode		0
Std. Deviation		.288
Minimum		0
Maximum		1

Kat_Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	91	91.0	91.0	91.0
	Tinggi	9	9.0	9.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

5) Penghasilan**Statistics**

kat penghasilan

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.61
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.490
Minimum		0
Maximum		1

kat penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	39	39.0	39.0	39.0
	baik/cukup	61	61.0	61.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

6) Pengetahuan**Statistics**

Kategori Pengetahuan

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.53
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.502
Minimum		0
Maximum		1

Kategori Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	47	47.0	47.0	47.0
	Baik	53	53.0	53.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

7) Persepsi terhadap risiko tertular IMS

Statistics

Kategori Persepsi risiko

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.88
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.327
Minimum		0
Maximum		1

Kategori Persepsi risiko

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	12	12.0	12.0	12.0
	Positif	88	88.0	88.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

8) Persepsi terhadap seriusnya masalah IMS

Statistics

ttlserius

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1.7500
Median		2.0000
Mode		2.00
Std. Deviation		.53889
Minimum		.00
Maximum		2.00

Kategori serius

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	20	20.0	20.0	20.0
	Positif	80	80.0	80.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

9) Sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasa IMS

Statistics

Kategori sikap responden

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		.73
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.446
Minimum		0
Maximum		1

Sikap responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	27	27.0	27.0	27.0
	Positif	73	73.0	73.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

d. Faktor Provider

1) Sikap Petugas Klinik IMS

Statistics

ttlskppet

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		3.5100
Median		4.0000
Mode		4.00
Std. Deviation		.83479
Minimum		.00
Maximum		4.00

Kategori sikap petugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	32	32.0	32.0	32.0
	Baik	68	68.0	68.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

B. ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan antara faktor-faktor sosial budaya dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

a. Hubungan antara dukungan/dorongan dari pihak ketiga dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Anjuran * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori Anjuran * Kat_Mankli Crosstabulation

Kategori Anjuran		Count	Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
tidak ada anjuran	Count	21	4	25	
	% within Kategori Anjuran	84.0%	16.0%	100.0%	
ada anjuran	Count	46	29	75	
	% within Kategori Anjuran	61.3%	38.7%	100.0%	
Total	Count	67	33	100	
	% within Kategori Anjuran	67.0%	33.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.357(b)	1	.037		
Continuity Correction(a)	3.392	1	.066		
Likelihood Ratio	4.767	1	.029		
Fisher's Exact Test				.049	.029
Linear-by-Linear Association	4.313	1	.038		
N of Valid Cases	100				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.25.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori Anjuran (tidak ada anjuran / ada anjuran)	3.310	1.031	10.620
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.370	1.069	1.755
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.414	.161	1.062
N of Valid Cases	100		

2. Hubungan antara faktor-faktor organisasi dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

a. Hubungan antara kualitas pelayanan klinik IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Ttkualiti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1.0	1.0	1.0
1	4	4.0	4.0	5.0
2	16	16.0	16.0	21.0
3	25	25.0	25.0	46.0
4	29	29.0	29.0	75.0
5	22	22.0	22.0	97.0
6	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Kualitas * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori Kualitas * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Kategori Kualitas	Kurang	Count	50	6	56
		% within Kategori Kualitas	89.3%	10.7%	100.0%
	Baik	Count	17	27	44
		% within Kategori Kualitas	38.6%	61.4%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori Kualitas	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.589(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	26.344	1	.000		
Likelihood Ratio	29.996	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	28.303	1	.000		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.52.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori Kualitas (Kurang / Baik)	13.235	4.670	37.512
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	2.311	1.575	3.390
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.175	.079	.385
N of Valid Cases	100		

b. Hubungan antara hambatan/halangan pergi ke klinik IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Hambatan * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori Hambatan * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Kategori Hambatan	ada hambatan	Count	26	4	30
		% within Kategori Hambatan	86.7%	13.3%	100.0%
	tidak hambatan	Count	41	29	70
		% within Kategori Hambatan	58.6%	41.4%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori Hambatan	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.497(b)	1	.006		
Continuity Correction(a)	6.280	1	.012		
Likelihood Ratio	8.302	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.005
Linear-by-Linear Association	7.422	1	.006		
N of Valid Cases	100				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.90.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori Hambatan (ada hambatan / tidak hambatan)	4.598	1.448	14.594
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.480	1.162	1.885
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.322	.124	.835
N of Valid Cases	100		

3. Hubungan antara faktor-faktor konsumen dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

a. Hubungan umur dengan tilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kat_Umur * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kat_Umur * Kat_Mankli Crosstabulation

	Kat_Umur		Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Muda	Count		25	14	39
		% within Kat_Umur	64.1%	35.9%	100.0%
Tua	Count		42	19	61
		% within Kat_Umur	68.9%	31.1%	100.0%
Total	Count		67	33	100
		% within Kat_Umur	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.243(b)	1	.622		
Continuity Correction(a)	.075	1	.784		
Likelihood Ratio	.242	1	.623		
Fisher's Exact Test				.667	.390
Linear-by-Linear Association	.240	1	.624		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.87.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kat_Umur (Muda / Tua)	.808	.345	1.889
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	.931	.697	1.243
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	1.152	.657	2.020
N of Valid Cases	100		

**b. Hubungan antara perkawinan dengan utilisasi pelayanan klinik
IMS Sedap Malam**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kat_Kawin * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kat_Kawin * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Kat_Kawin	Belum Menikah	Count	14	12	26
		% within Kat_Kawin	53.8%	46.2%	100.0%
	Menikah	Count	53	21	74
		% within Kat_Kawin	71.6%	28.4%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kat_Kawin	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.750(b)	1	.097		
Continuity Correction(a)	2.004	1	.157		
Likelihood Ratio	2.665	1	.103		
Fisher's Exact Test				.145	.080
Linear-by-Linear Association	2.722	1	.099		
N of Valid Cases	100				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.58.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kat_Kawin (Belum Menikah / Menikah)	.462	.184	1.162
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	.752	.512	1.103
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	1.626	.938	2.821
N of Valid Cases	100		

**c. Hubungan antara lama kerja dengan utilisasi pelayanan klinik
IMS Sedap Malam**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kat_Pek * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kat_Pek * Kat_Mankli Crosstabulation

	Kat_Pek		Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Count	Lama	34	21	55	
	% within Kat_Pek	61.8%	38.2%	100.0%	
Count	Baru	33	12	45	
	% within Kat_Pek	73.3%	26.7%	100.0%	
Count	Total	67	33	100	
	% within Kat_Pek	67.0%	33.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.484(b)	1	.223		
Continuity Correction(a)	1.009	1	.315		
Likelihood Ratio	1.499	1	.221		
Fisher's Exact Test				.286	.158
Linear-by-Linear Association	1.469	1	.225		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.85.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kat_Pek (Lama / Baru)	.589	.250	1.386
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	.843	.642	1.107
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	1.432	.794	2.582
N of Valid Cases	100		

**d. Hubungan antara pendidikan dengan utilisasi pelayanan klinik
IMS Sedap Malam**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kat_Pendidikan * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kat_Pendidikan * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaat kan	Memanfaat kan	Tidak Memanfaat kan
Kat_Pendidikan	Rendah	Count	61	30	91
		% within Kat_Pendidikan	67.0%	33.0%	100.0%
Tinggi	Count	6	3	9	
		% within Kat_Pendidikan	66.7%	33.3%	100.0%
Total	Count	67	33	100	
		% within Kat_Pendidikan	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000(b)	1	.982		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	.982		
Fisher's Exact Test				1.000	.623
Linear-by-Linear Association	.000	1	.982		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.97.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kat_Pendidikan (Rendah / Tinggi)	1.017	.238	4.348
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.005	.620	1.631
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.989	.375	2.607
N of Valid Cases	100		

**e. Hubungan antara penghasilan dengan utilisasi pelayanan klinik
IMS Sedap Malam**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kat penghasilan * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

kat penghasilan * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total Tidak Memanfaa tkan
			Tidak Memanfaa tkan	Memanfaa tkan	
kat penghasilan	Kurang	Count % within kat penghasilan	25 64.1%	14 35.9%	39 100.0%
	baik/cukup	Count % within kat penghasilan	42 68.9%	19 31.1%	61 100.0%
Total		Count % within kat penghasilan	67 67.0%	33 33.0%	100 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.243(b)	1	.622		
Continuity Correction(a)	.075	1	.784		
Likelihood Ratio	.242	1	.623		
Fisher's Exact Test				.667	.390
Linear-by-Linear Association	.240	1	.624		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.87.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for kat penghasilan (kurang / baik/cukup)	.808	.345	1.889
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	.931	.697	1.243
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	1.152	.657	2.020
N of Valid Cases	100		

**f. Hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan klinik
IMS Sedap Malam**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Pengetahuan * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori Pengetahuan * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaat kan	Memanfaat kan	Tidak Memanfaat kan
Kategori Pengetahuan	Kurang	Count % within Kategori Pengetahuan	32 68.1%	15 31.9%	47 100.0%
	Baik	Count % within Kategori Pengetahuan	35 66.0%	18 34.0%	53 100.0%
Total		Count % within Kategori Pengetahuan	67 67.0%	33 33.0%	100 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.047(b)	1	.828		
Continuity Correction(a)	.000	1	.997		
Likelihood Ratio	.047	1	.828		
Fisher's Exact Test				1.000	.499
Linear-by-Linear Association	.047	1	.829		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.51.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori Pengetahuan (Kurang / Baik)	1.097	.475	2.532
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.031	.783	1.357
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.940	.536	1.648
N of Valid Cases	100		

g. Hubungan antara persepsi terhadap risiko tertular IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Persepsi risiko * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori Persepsi risiko * Kat Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Kategori Persepsi risiko	Negative	Count	8	4	12
		% within Kategori Persepsi risiko	66.7%	33.3%	100.0%
	Positif	Count	59	29	88
		% within Kategori Persepsi risiko	67.0%	33.0%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori Persepsi risiko	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001(b)	1	.979		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.979		
Fisher's Exact Test				1.000	.607
Linear-by-Linear Association	.001	1	.979		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.96.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori Persepsi risiko (negatif / positif)	.983	.273	3.535
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	.994	.649	1.523
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	1.011	.431	2.376
N of Valid Cases	100		

h. Hubungan antara persepsi terhadap seriusnya masalah IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori serius * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori serius * Kat_Mankli Crosstabulation

		Kat_Mankli		Total	
		Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
Kategori serius	negatif	Count	16	4	20
		% within Kategori serius	80.0%	20.0%	100.0%
	positif	Count	51	29	80
		% within Kategori serius	63.8%	36.3%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori serius	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.911(b)	1	.167		
Continuity Correction(a)	1.247	1	.264		
Likelihood Ratio	2.045	1	.153		
Fisher's Exact Test				.195	.131
Linear-by-Linear Association	1.892	1	.169		
N of Valid Cases	100				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.60.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori serius (negatif / positif)	2.275	.694	7.452
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.255	.954	1.651
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.552	.219	1.389
N of Valid Cases	100		

i. Hubungan antara sikap responden terhadap program pencegahan dan pemberantasa IMS dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori sikap responden * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori sikap responden * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan
Kategori sikap responden	Tdk setuju	Count	23	4	27
		% within Kategori sikap responden	85.2%	14.8%	100.0%
	Setuju	Count	44	29	73
		% within Kategori sikap responden	60.3%	39.7%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori sikap responden	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.532(b)	1	.019		
Continuity Correction(a)	4.463	1	.035		
Likelihood Ratio	6.088	1	.014		
Fisher's Exact Test				.030	.015
Linear-by-Linear Association	5.477	1	.019		
N of Valid Cases	100				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.91.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori sikap responden (negatif / positif)	3.790	1.187	12.097
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.413	1.108	1.803
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.373	.145	.962
N of Valid Cases	100		

4. Hubungan faktor provider dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

a. Hubungan antara sikap petugas dengan utilisasi pelayanan klinik IMS Sedap Malam

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori sikap petugas * Kat_Mankli	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Kategori sikap petugas * Kat_Mankli Crosstabulation

			Kat_Mankli		Total
			Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Kategori sikap petugas	kurang baik	Count	26	6	32
		% within Kategori sikap petugas	81.3%	18.8%	100.0%
	Baik	Count	41	27	68
		% within Kategori sikap petugas	60.3%	39.7%	100.0%
Total		Count	67	33	100
		% within Kategori sikap petugas	67.0%	33.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.322(b)	1	.038		
Continuity Correction(a)	3.426	1	.064		
Likelihood Ratio	4.586	1	.032		
Fisher's Exact Test				.043	.030
Linear-by-Linear Association	4.279	1	.039		
N of Valid Cases	100				

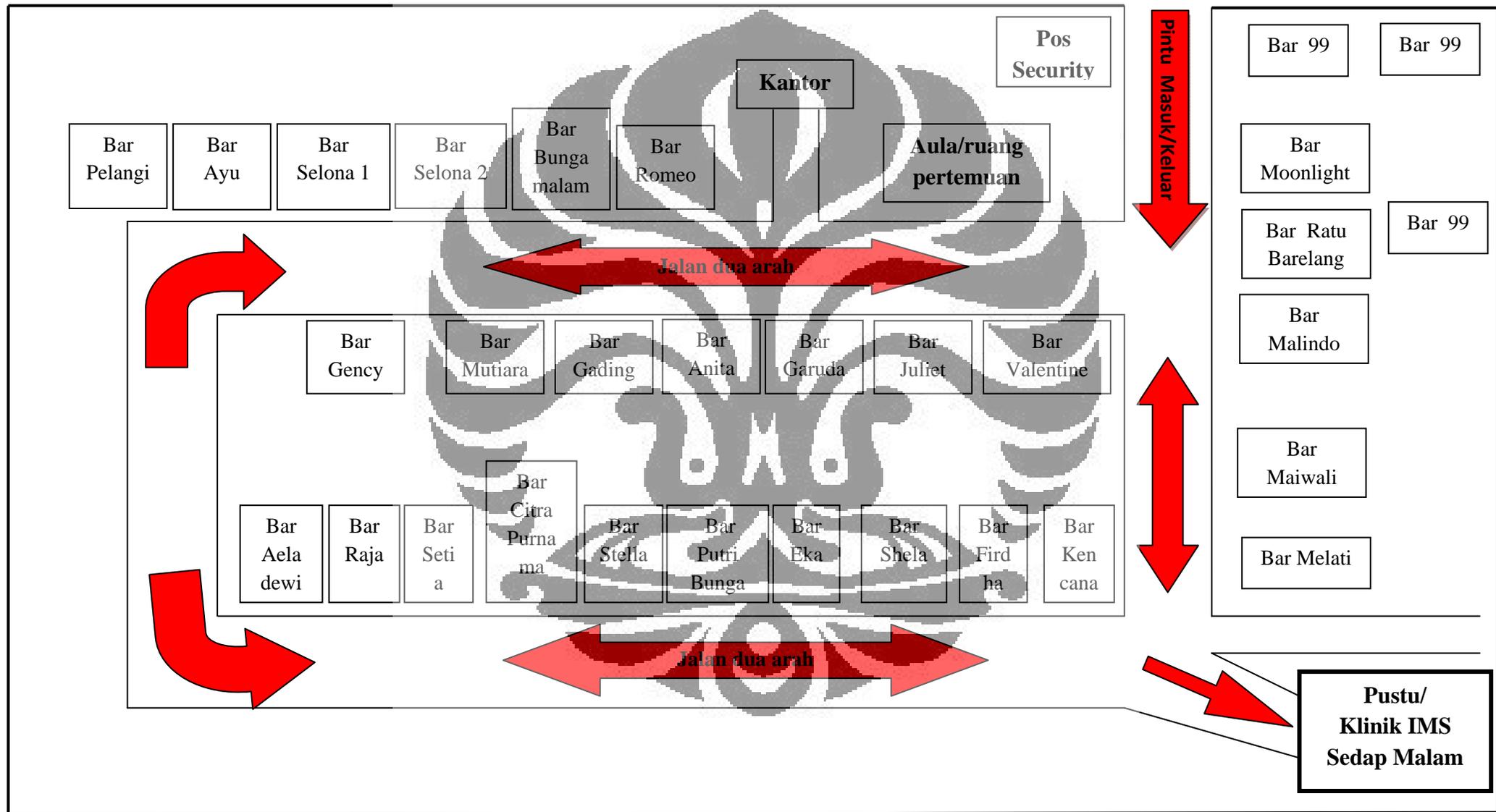
a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.56.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Kategori sikap petugas (kurang baik / baik)	2.854	1.037	7.850
For cohort Kat_Mankli = Tidak Memanfaatkan	1.348	1.044	1.739
For cohort Kat_Mankli = Memanfaatkan	.472	.217	1.029
N of Valid Cases	100		

Lampiran 4: Denah Lokalisasi Sintai Teluk Pandan





**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PEMANFAATAN PELAYANAN KLINIK INFEKSI
MENULAR SEKSUAL OLEH WANITA PENJAJA
SEKS LANGSUNG DI LOKALISASI SINTAI
TELUK PANDANG KECAMATAN BATU AJI
KOTA BATAM TAHUN 2011**

**ROZA ELMARITA (0906617340)
BIDAN KOMUNITAS
2009**



LATAR BELAKANG (1)

- Indonesia → salah satu → 180 negara yang menyetujui untuk meratifikasi dan mengadopsi konsensus yg dihasilkan oleh Konferensi Internasional → kependudukan dan pembangunan *ICPD* di Kairo tahun 1994.
- Program aksi *ICPD* → merekomendasikan untuk disediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu antara lain: kes. ibu dan anak, KB, KRR, dan pemeriksaan ISR/IMS. (Yayasan Mitra Inti, 2007).



LATAR BELAKANG (2)

- IMS → masalah kesehatan masyarakat yang cukup menonjol pada sebagian besar wilayah dunia → Insiden kasus IMS diyakini tinggi pada banyak negara → kegagalan dalam mendiagnosa dan memberikan pengobatan pada stadium dini → komplikasi serius/berat dan berbagai gejala sisa lainnya → biaya pengobatan yang sangat besar.



LATAR BELAKANG (3)

- Hasil STBP tahun 2007, **prevalensi gonore dan atau infeksi klamidia** tertinggi dari kelompok berisiko adalah pada **WPSL (49%)**, Waria (46%), Laki-laki Seksual dengan Laki-laki (LSL) 35%, Penasun (6%) dan Pelanggan (5%).
- Prevalensi **sifilis** tertinggi pada **Waria (26.8%)**, **WPSL (24.6%)**, Pelanggan Penjaja Seks (6.2%), Laki-laki Seksual Laki-laki (4.3%) dan terendah penasun (1.2%).



LATAR BELAKANG (4)

- Prevalensi **HIV** tertinggi pada **Penasun (52.4%)**, Waria (24.4%), WPSL (10.4%), LSL (5.2%) dan terendah pada Pelanggan (0.8%) (Dirjen PP&PL, 2007).
- Prevalensi IMS Kota Batam masih tinggi, pada tahun 2008 (0,17%) dan tahun 2009 (1,62%), yang mana prevalensi IMS-AIDS dianggap memerlukan perhatian adalah jika lebih dari 0,3% (Dirjen PP&PL, 2007).



LATAR BELAKANG (5)

- Hasil STBP tahun 2007, terhadap WPSL di kota Batam yang melakukan pemeriksaan kesehatan di klinik IMS dalam 6 bulan terakhir, dengan frekuensi 0 kali (47%), 1 kali (19 %), 2-3 kali (17%) dan **lebih 3 kali (13%)**.
- Ketika mengalami gejala IMS, 48% tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sedangkan yang **memanfaatkan** pelayanan sebesar **52%** (Dirjen PP&PL, 2007).



LATAR BELAKANG (6)

- Hasil pemeriksaan skrining pada bulan November 2010 didapatkan hasil 90% WPSL yang positif menderita IMS (Dinkes kota Batam bagian P2PL tahun 2010).



TUJUAN UMUM

Diketuainya gambaran tentang faktor-faktor internal dan eksternal WPSL penderita IMS yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Kota Batam tahun 2011.



TUJUAN KHUSUS (1)

Diketuinya tentang **faktor-faktor internal** WPSL penderita IMS yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam di Lokalisasi Sintai Teluk Kota Batam tahun 2011



TUJUAN KHUSUS (2)

Diketuainya tentang **faktor-faktor eksternal** WPSL penderita IMS yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam di lokasi Sintai Teluk Pandan Kota Batam tahun 2011.

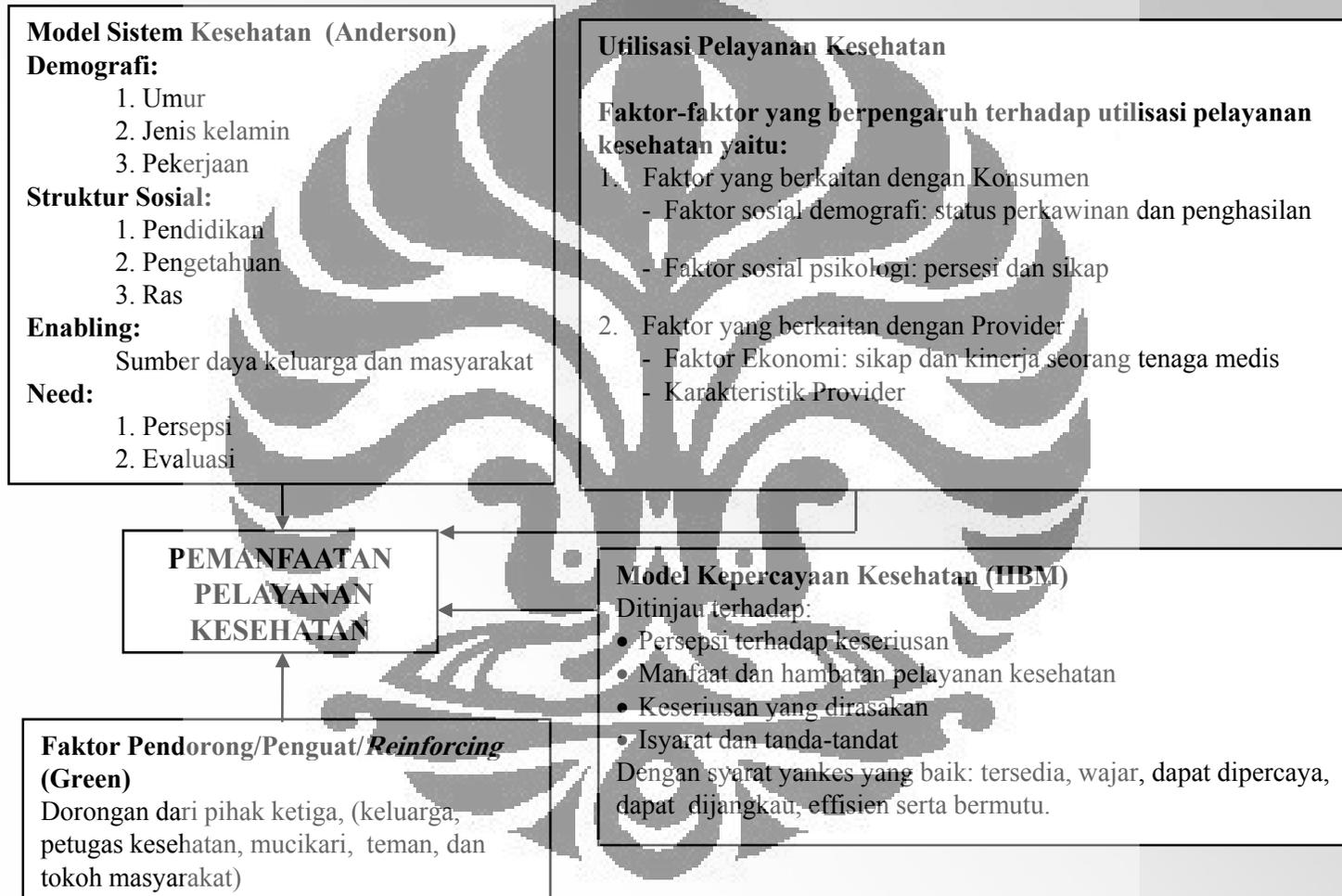


TINJAUAN PUSTAKA

1. Infeksi menular seksual (IMS)
2. P2-IMS dan HIV-AIDS
3. Prostitusi
4. Klinik IMS
5. Konsep perilaku kesehatan
6. Perilaku kesehatan sehubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan
7. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan
8. Kerangka teori



KERANGKA TEORI



Gambar 2.5 Kerangka Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Sumber : Modifikasi dari teori Green, *Health Belief Model*, *Health System Model* dan *Health Services Utilization*



KERANGKA KONSEP

Faktor-faktor internal:

1. Umur
2. Status perkawinan
3. Lama bekerja
4. Tingkat Pendidikan
5. Penghasilan
6. Pengetahuan tentang IMS
7. Persepsi terhadap risiko tertular IMS
8. Persepsi terhadap seriusnya IMS
9. Sikap terhadap program pencegahan dan pemberantasan IMS

Faktor eksternal:

10. Kualitas Pelayanan
11. Sikap petugas klinik IMS
12. Anjuran/dukungan/dorongan dari pihak ketiga untuk pergi ke klinik IMS
13. Hambatan pergi ke klinik

Pemanfaatan
Pelayanan Klinik
IMS Sedap Malam



DEFINISI OPERASIONAL (1)

A. Variabel Dependen

Pemanfaatan Pelayanan Klinik IMS Sedap Malam (1=memanfaatkan/ \geq median, 0=tidak memanfaatkan/ $<$ median)



DEFINISI OPERASIONAL (1)

B. Variabel Independen

1. Faktor Internal:

- a. Umur (1=tua/ \geq 25 th, 0=muda/ $<$ 25 th)
- b. Status pernikahan (1=sdh menikah, 0=belum menikah)
- c. Lama kerja (1=baru/ $<$ 18 bln, 0=lama/ \geq 18 bln)
- d. Pendidikan (1=pddk tinggi/ \geq SLTA, 0=pddk rendah/ $<$ SLTA)
- e. Penghasilan (1=baik/cukup/ \geq UMK Batam (Rp. 1.180.000, 0=kurang/ $<$ UMK Batam)
- f. Pengetahuan (1=baik/ \geq median, 0= kurang/ $<$ median)
- g. Persepsi thd risiko tertular IMS (1=berisiko, 0=tdk)
- h. Persepsi thd seriusnya masalah IMS (1=serius, 0=tdk)
- i. Sikap responden thd P2-IMS (1=setuju, 0=tdk setuju)

Roza Elmarita



DEFINISI OPERASIONAL (2)

2. Faktor Eksternal:
 - a. Kualitas pelayanan (1=baik/ \geq median=4, 0=kurang/ $<$ median)
 - b. Sikap petugas (1=baik/menjawab 4 pertanyaan dgn benar, 0=kurang baik/jawaban benar $<$ 4)
 - c. Anjuran/dorongan dari pihak ketiga (1=ada dukungan, 0=tdk ada dukungan)
 - d. Hambatan pergi ke klinik (1=tdk ada hambatan, 0=ada hambatan)



METODOLOGI PENELITIAN

DESAIN

Cross sectional

LOKASI

Lokalisasi Sintai Teluk Pandan
Kota Batam

WAKTU

Januari sampai Februari 2011

POPULASI

WPLS yang berada di
lokalisasi Sintai yg
pernah/sedang menderita IMS
dlm wkt 6 bln terakhir

SAMPEL

Metoda Stratified Random
Sampling → 100 Sampel

Roza Elmarita



HASIL ANALISIS UNIVARIAT (1)

No.	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
A.	Faktor – faktor Internal			
1.	Umur	Muda (< 25 tahun)	39	39,0
		Tua (≥ 25 tahun)	61	61,0
2.	Pernikahan	Belum menikah	26	26,0
		Sudah menikah	74	74,0
3.	Lama Kerja	Lama	55	55,0
		Baru	45	45,0
4.	Pendidikan	Rendah	91	91,0
		Tinggi	9	9,0
5.	Penghasilan	Kurang	39	39,0
		Cukup/Baik	61	61,0

Roza Elmarita



HASIL ANALISIS UNIVARIAT (2)

No.	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
A.	Faktor – faktor Internal			
6.	Pengetahuan tentang IMS	Kurang	47	47,0
		Baik	53	53,0
7.	Persepsi terhadap risiko tertular IMS	Tidak berisiko	12	12,0
		Berisiko	88	88,0
8.	Persepsi terhadap seriusnya masalah IMS	Tidak serius	20	20,0
		Serius	80	80,0
9.	Sikap responden terhadap program P2-IMS	Tidak Setuju	27	27,0
		Setuju	73	73,0



HASIL ANALISIS UNIVARIAT (3)

No.	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
B.	Faktor-faktor Eksternal			
10.	Kualitas Pelayanan klinik IMS	Kurang	56	56,0
		Baik	44	44,0
11.	Sikap Petugas Klinik IMS	Kurang	32	32,0
		Baik	68	68,0
12.	Anjuran/dukungan	Tidak ada	25	25,0
		Ada	75	75,0
13.	Hambatan pergi ke klinik	Ada	30	30,0
		Tidak	70	70,0



HASIL ANALISIS BIVARIAT (1)

Variabel	Pemanfaatan Klinik IMS						OR (95% CI)	p Value
	Tidak		Ya		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Faktor Internal								
1. Umur								
< 25 tahun	25	64,1	14	35,9	39	100	0,808 (0,345-1,889)	0,784
≥ 25 tahun	42	68,9	19	31,1	61	100		
2. Pernikahan								
Belum nikah	14	53,8	12	46,2	26	100	0,462 (0,184-1,162)	0,157
Menikah	53	71,6	21	28,4	74	100		
3. Lama Kerja								
Lama	34	61,8	21	38,2	55	100	0,589 (0,250-1,386)	0,315
Baru	33	73,3	12	26,7	45	100		
4. Pendidikan								
Rendah	61	67,0	30	33,0	91	100	1,017 (0,238-4,348)	1,000
Tinggi	6	66,7	3	33,3	9	100		
5. Penghasilan								
Kurang	25	64,1	14	35,9	39	100	0,808 (0,345-1,889)	0,784
Baik/ cukup	42	68,9	19	31,1	61	100		

Roza Elmarita



HASIL ANALISIS BIVARIAT (2)

Variabel	Pemanfaatan Klinik IMS						OR (95% CI)	p Value
	Tidak		Ya		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Faktor Internal								
6. Pengetahuan								
Kurang	32	68,1	15	31,9	47	100	1,097	0,997
Baik	35	66,0	18	34,0	53	100	(0,475-2,532)	
7. Persepsi terhadap risiko tertular IMS								
Tdk berisiko	8	66,7	4	33,3	12	100	0,983	1,000
Berisiko	59	67,0	29	33,0	88	100	(0,273-3,535)	
8. Persepsi terhadap seriusnya IMS								
Tdk serius	16	80,0	4	20,0	20	100	2,275	1,195
Serius	51	63,8	29	36,3	80	100	(0,694-7,452)	
9. Sikap responden terhadap program P2-IMS								
Tidak Setuju	23	85,2	4	14,8	27	100	3,790	0,030*
Setuju	44	60,3	29	39,7	73	100	(1,187-12,097)	

Roza Elmarita



HASIL ANALISIS BIVARIAT (3)

Variabel	Pemanfaatan Klinik IMS				Total		OR (95% CI)	p Value
	Tidak		Ya		N	%		
	n	%	n	%				
Faktor Eksternal								
10. Kualitas Pelayanan								
Kurang	50	89,3	6	10,7	56	100	13,235 (4,670-37,512)	0,000*
Baik	17	38,6	27	61,4	44	100		
11. Sikap Petugas								
Kurang baik	26	81,3	6	18,8	32	100	2,854 (1,037-7,850)	0,064
Baik	41	60,3	27	39,7	68	100		
12. Dukungan dari pihak ketiga								
Tidak ada	21	84,0	4	16,0	25	100	3,310 (1,031-10,620)	0,049*
Ada	46	61,3	29	38,7	75	100		
13. Hambatan								
Ada	26	86,7	4	13,3	30	100	4,598 (1,448-14,448)	0,006*
Tidak ada	41	58,6	29	41,4	70	100		

Roza Elmarita



KESIMPULAN (1)

- Sebagian besar (67%) responden tidak memanfaatkan pelayanan klinik IMS Sedap Malam
- Faktor-faktor internal yang berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam adalah sikap responden terhadap program P2-IMS



KESIMPULAN (2)

- Faktor-faktor eksternal yang berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pelayanan klinik IMS Sedap Malam oleh WPSL antara lain: kualitas pelayanan, dukungan pihak ketiga dan hambatan pergi ke klinik IMS Sedap Malam.



SARAN (1)

- **Bagi Dinas Kesehatan Kota Batam**
 1. Pengadaan mobiler ruangan klinik yang layak.
 2. Pengadaan bahan habis pakai terutama alat pencegahan penyebaran IMS tersedia kapan saja WPSL membutuhkannya.
 3. Obat-obatan yang dibutuhkan tersedia.
 4. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan secret vagian dan sejenisnya tersedia dengan layak serta alat dan bahan-bahan habis pakainya.



SARAN (2)

- **Bagi Puskesmas Batu Aji**
 1. Jadwal pelaksanaan aktifitas klinik IMS yang semulanya setiap hari kerja mulai jam 08.00 WIB sampai dengan jam 12.30 WIB, sebaiknya ditingkatkan lagi → 24 jam.
 2. Lebih ↑ kegiatan yang berhubungan dengan pencegahan/pemberantasan IMS dan melibatkan *stakeholder* lain selain WPSL dalam melakukan pencegahan/ pemberantasan IMS



SARAN (3)

- **Bagi Peneliti Selanjutnya**
Masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan disain yang lebih baik (kualitatif) dan sampel yang digunakan adalah semua WPSL yang terkena IMS yang berada di lokasi Sintai, sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam membuat kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan pemanfaatan pelayan klinik IMS Sedap Malam.



TERIMA KASIH



Roza Elmarita