

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DI KOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

Penelitian Keperawatan Jiwa

SKRIPSI



OLEH

RINA NOVITA

NIM : 1514201072

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2017**

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DI KOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

Penelitian Keperawatan Jiwa

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana*

*Keperawatan*

SKRIPSI



OLEH

RINA NOVITA

NIM : 1514201072

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2017**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG**

**Sripsi, Juli 2017**

**Rina Novita  
NIM : 1514201072**

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS LELAKI SEKS LELAKI ( LSL ) DI KOTA  
BUKITTINGGI TAHUN 2017**

(xii + 100 halaman + 14 tabel + 4 gambar + 10 lampiran )

**ABSTRAK**

Salah satu layanan yang disediakan pemerintah untuk penjarangan awal HIV/AIDS adalah melalui layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Namun pelayanan ini belum dimanfaatkan secara maksimal oleh pengguna. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL), berupa : faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017. Desain penelitian adalah *Cross sectional*, penelitian telah dilakukan pada bulan april – mai 2017. Populasi penelitian adalah Komunitas Lelaki Seks Lelaki dikota Bukittinggi .Sampel sebanyak 50 orang dengan tehnik *counsecutive sampling* . Alat pengumpulan data berupa kuesioner. Hasil penelitian dari 50 orang LSL 86% memiliki pengetahuan baik, 76% keyakinan terhadap ketersediaan layanan , 82% stigma dan deskriminasi positif. Hasil uji *Chi-Square* didapat derajat kepercayaan 95% yaitu ada hubungan bermakna antara pengetahuan ( $p=0.033$ ,  $OR = 11.200$  ),Keyakinan ketersediaan layanan VCT ( $p=0.036$ ,  $OR=5.333$ ) dan tidak ada hubungan stigma dan deskriminasi ( $p=0.716$ ) dengan pemanfaatan layanan VCT. Dapat disimpulkan Hasil uji regresi linear menunjukkan variabel yang paling signifikan berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan VCT adalah faktor pengetahuan ( $sig = 0.028$ .  $p$  value 0.006) dan variabel yang berpengaruh signifikan adalah faktor keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT. Disarankan kepada petugas Klinik VCT untuk lebih meningkatkan promosi kesehatan kepada komunitas LSL dengan metoda, jadwal yang terencana dan kerjasama dengan lintas sektor terkait.

**Keyword = Pengetahuan, Keyakinan, Stigma, pemanfaatan layanan VCT**

**Sumber Literatur : 40 ( 2004 – 2016 )**

**PIONEERS OF HEALTH SCIENCE HIGH SCHOOL  
STUDY NURSING PROGRAM**

*Thesis, July 2017*

**Rina Novita  
1514201072**

***THE BEHAVIOR FACTORS THAT RELATED TO THE UTILIZATION OF THE  
VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) SERVICES BY THE  
COMMUNITY OF MAN SEX MAN(MSM)  
IN THE BUKITTINGGI IN 2017***

***Abstract***

*One of the services that is provided by the government for initial screening of HIV / AIDS is through the Voluntary Counseling and Testing (VCT). The purpose of this research was to identify the behavior factors that related to the utilization of the voluntary counseling and testing (VCT) services by the community of Man Sex Man (MSM) that consist of: Predisposing Factor covered a knowledgement, Enabling Factor covered The conviction to the services of The Voluntary Counseling and Testing (VCT), and Reinforcing Factor covered stigma and discrimination to the community of Man Sex Man (MSM) in the Bukittinggi in 2017. This research was Cross sectional, this research has been done In april - mai 2017. The population in this research is the Community Man Sex Man (MSM) in the Bukittinggi. The samples were 50 with councesutive sampling technique. The data collected by using questionnaires. The analysis of univariate and bivariate data to analyze the frequency distribution of knowledge, beliefs about services, stigma and discrimination as well as utilization of it services. The results of this research concluded from 50 sample 86% that had a good knowledge, 76% confidence in service availability, 82% stigma and positive discrimination. The result of Chi-Square test is obtained with the trust of 95% that there is a significant correlation between knowledge ( $p = 0.033$ , OR = 11200), confidence of VCT service availability ( $p = 0.036$ , OR = 5.333) and no stigma & discrimination relationship ( $p = 0.716$ ) by using VCT. Can be concluded Regresi linear test results showed that the most influential variable on the use of VCT services is the predisponding factor ( $sig = 0.028$  P Value 0.006) research results show there is a relationship between the knowledge in the utilization of services, and significant relationship variabel is conviction to the services of the VCT and there is no relationship between stigma with the use of VCT services. The recommendation to the officer VCT clinic is to do the promotion to the community of Man Sex Man (MSM) more effective, planned schedules and crosssectoral collaborations.*

***Keyword : Knowledge, Confidence, Stigma, service utilization***

***Source of Literature: 40 (2004 - 2016)***

Halaman Persetujuan

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DIKOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

OLEH :

**RINA NOVITA**

NIM : 1514201072

Skripsi Penelitian ini telah disetujui dan diseminarkan

Bukittinggi, 26 Juli 2017

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Isna Ovari, S.Kp,M.Kep  
NIK. 1420107027005034

Ns. Falerisiska Yunere, Mkep  
NIK. 1440125028004033

Diketahui .  
Ketua Program Studi

Yaslina,M.Kep,Ns.Sp.Kep.Kom  
NIK. 1420106037395017

Halaman Pengesahan

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DIKOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji

Pada

Hari / Tanggal : Rabu / 26 Juli 2017

Pukul : 15.00 – 16.00 WIB

OLEH :

**RINA NOVITA**

NIM : 1514201072

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Yaslina, M.Kep, Ns.Sp.Kep.Kom .....

Penguji II : Isna Ovari, S.Kp, M.Kep .....

Mengetahui,  
Ketua Program Studi

Yaslina, M.Kep, Ns.Sp.Kep.Kom  
NIK. 1420106037395017

Halaman Persetujuan

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DIKOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

OLEH :

**RINA NOVITA**

NIM : 1514201072

Proposal ini telah disetujui untuk diseminarkan

Bukittinggi, April 2017

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Isna Ovari, S.Kp,M.Kep  
NIK. 1420107027005034

Ns. Falerisiska Yunere, Mkep  
NIK. 1440125028004033

Diketahui .  
Ketua Program Studi

Yaslina,M.Kep,Ns.Sp.Kep.Kom  
NIK. 1420106037395017

Halaman Pengesahan

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DIKOTA BUKITTINGGI  
TAHUN 2017**

Proposal ini telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji

Pada

Hari / Tanggal : Senin 03 April 2017

Pukul : 15.00 – 16.00 WIB

OLEH :

**RINA NOVITA**

NIM : 1514201072

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Yaslina, M.Kep, Ns. Sp. Kep. Kom .....

Penguji II : Isna Ovari, S.Kp, M.Kep .....

Mengetahui,  
Ketua Program Studi

Yaslina, M.Kep, Ns. Sp. Kep. Kom  
NIK. 1420106037395017

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rina Novita

NIM : 1514201072

Tempat,tanggal lahir : Bukittinggi, 29 November 1983

Agama : Islam

Status Perkawinan : Menikah

Nama Ayah : Yohanes

Nama Ibu : Nurlali

JumlahSaudara : 7 (Tujuh) Orang

Alamat : Gang Kemuning RT 01 / RW  
03PintuKabunBukittinggi

RiwayatPendidikan : 1. TK Aisyah Bukittinggi : 1988  
- 1989

2. SD Negeri 23 ATTS Bukittinggi : 1989  
- 1995

3. MTsNI Bukittinggi : 1995  
- 1998

4. MAN I Bukittinggi : 1998  
- 2001
5. DIII Akademi Keperawatan  
Perintis Bukittinggi : 2001  
- 2004
6. S1 Keperawatan STIKes  
Perintis Padang : 2016  
– sekarang

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **I. Identitas Diri**

- Nama : Rina Novita  
Umur : 34 Tahun  
Tempat, Tanggal Lahir : Bukittinggi , 29 November 1983  
Agama : Islam  
Asal : Tiku  
Alamat : Gang Kemuning RT 01 / RW 03 Pintu Kabun  
Bukittinggi  
Kebangsaan : Indonesia  
Jumlah Saudara : 7 Orang  
Anak Ke : 2 ( Dua )

### **II. Identitas Orang Tua**

- Ayah : Yohanes  
Ibu : Nurlaili

**III. Riwayat Pendidikan** : 1. TK Aisyah Bukittinggi : 1988  
- 1989

2. SD Negeri 23 ATTS Bukittinggi : 1989  
- 1995

3. MTsNI Bukittinggi : 1995  
- 1998

4. MAN I Bukittinggi : 1998  
- 2001

5. DIII Akademi Keperawatan  
Perintis Bukittinggi : 2001  
- 2004

6. S1 Keperawatan STIKes  
Perintis Padang : 2016  
– sekarang

## KATA PENGANTAR



Assalammu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya yang selalu tercurah sehingga penyusunan Skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam program studi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat Tahun 2017 dengan judul penelitian "**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017**

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada pihak-pihak yang telah memberikan bantuan, bimbingan dan dukungan dalam proses penyelesaian Skripsi ini, sebagai berikut:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Yaslina, M. Kep, Sp. Kom sebagai Ka. Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Padang.
3. Ibu Isna Ovari, SKp. M.Kep, selaku Dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.
4. Bapak Ns. Falerisiska Yunere, SKep.M.Kep, selaku Dosen pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan memberikan

pengarahan, saran serta dorongan sehingga peneliti idapat menyelesaikan Skripsi ini

5. Teristimewa kepada Suami dan anak – anak ku, serta semua saudaraku yang telah banyak memberikan bantuan, baik moril maupun materil dan dengan dorongan semangat, do'a serta kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita – cita.
6. Teman – teman seperjuangan, mahasiswa/i STIKes Perintis Padang Program Studi Ilmu Keperawatan Tahun ajaran 2016 / 2017 yang telah memberikan masukan kepada peneliti dalam menyusun Skripsi ini.

Tiada satupun di alam semesta ini yang sempurna kecuali Allah SWT. Oleh karena itu peneliti tidak luput dari kesalahan dan kekhilafan, karena Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Skripsi ini sangat peneliti harapkan dari pembaca semuanya.

Akhirnya pada-Nyalah kita berserah diri, Harapan peneliti semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, baik bagi peneliti sendiri, maupun pembaca dikemudian hari. Amin

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Bukittinggi,

Juli 2017

Peneliti

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

ABSTRACT ..... i

ABSTRAK ..... ii

KATA PENGANTAR..... iii

DAFTAR ISI..... v

DAFTAR TABEL ..... ix

DAFTAR GAMBAR .....x

DAFTAR LAMPIRAN ..... xi

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang ..... 1

1.2 RumusanMasalah ..... 9

1.3 TujuanPenelitian..... 9

1.3.1 TujuanUmum ..... 9

1.3.2 TujuanKhusus..... 10

1.4 ManfaatPenelitian..... 10

1.4.1 Bagi Peneliti ..... 11

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan..... 11

1.4.3 BagiLahan ..... 11

1.5 RuangLingkup penelitian ..... 12

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV ( VCT )*.....13

2.1.1 Defenisi *Voluntary Counseling and Testing HIV ( VCT )*..... 13

2.1.2 Prinsip Utama layanan *Voluntary Counseling and Testing  
HIV ( VCT )* ..... 14

2.1.3 Model layanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	
<i>HIV ( VCT )</i> .....	15
2.1.4 Tahap Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	
<i>HIV ( VCT )</i> .....	16
2.2 Perilaku .....	21
2.2.1 Pengertian Perilaku .....	21
2.2.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan .....	22
2.2.3. Domain Perilaku .....	22
2.2.4 Asumsi Determinan Perilaku .....	26
2.3 Pemanfaatan Layanan Kesehatan .....	28
2.3.1 Defenisi Pemanfaatan Layanan Kesehatan.....	28
2.2.2 Teori Pemanfaatan Layanan .....	29
2.2.2.1 Model Perilaku Green ( 1980 ) .....	29
2.2.2.2 Teori Andersen ( 1974 ).....	30
2.4Faktor – faktor yang terkait pemanfaatan layanan <i>Voluntary Counseling</i>	
<i>And Testing ( VCT )</i> .....	33
2.4.1 Pendidikan dan Pengetahuan .....	33
2.4.2 Keyakinan terhadap pelayanan kesehatan .....	34
2.4.3 Stigma dan Deskriminasi HIV .....	34
2.5HIV / AIDS .....	35
2.5.1 Defenisi HIV / AIDS .....	35
2.5.2 Etiologi HIV .....	35
2.5.3 Transmisi Infeksi HIV .....	36
2.6Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) .....	37
2.6.1 Defenisi Lelaki Seks Lelaki ( LSL ).....	37

2.6.2 Seksualitas, Orientasi Seksual, Identitas Gender, Gender	
Ekspresi dan Otoritas tubuh.....	37
2.6.3 Orientasi Seksual Dalam Kacamata Psikologi .....	40
2.6.4Ekspresi Lelaki Seks Lelaki ( LSL ).....	41
2.6.5Karakteristik Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) .....	43
2.6.6Perkembangan <i>Homoseksual</i> .....	45
2.7 Askep Klien dengan Penyimpangan Seksual .....	47
2.7.1 Proses Perkembangan Kesadaran diri terhadap seksual .....	47
2.7.2 Masalah Keperawatan dan Pengkajian pada Seksualitas .....	48
2.7.3 Penyimpangan Perilaku Seksual.....	49
2.7.4 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan Gangguan Seksual ....	52
2.8KerangkaTeori.....	57
2.9Hipotesa.....	58

### **BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1 KerangkaKonsep .....	60
3.2 DefenisiOperasional .....	61

### **BAB IV METODOLOGI PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian .....	64
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....	64
4.3 Populasi, Sampel, Sampling.....	65
4.3.1Populasi .....	65
4.3.2 Sampel.....	65
4.3.3Teknik Sampling .....	66
4.4 Pengumpulan data .....	66
4.4.1 Instrumen Penelitian .....	67

4.4.2	Prosedur pengumpulan data .....	67
4.5	Pengolahan dan Analisa Data.....	68
4.5.1	Teknik Analisa Data .....	71
4.6.	Etika Penelitian .....	74
4.6.1	Prosedur pengambilan data .....	74
4.6.2	<i>Informed Consent</i> ( lembar persetujuan ) .....	74
4.6.3	<i>Anonymity</i> ( tanpa nama ) .....	75
4.6.4	<i>Confidentiality</i> ( kerahasiaan ) .....	75

## **BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1	Hasil Penelitian .....	76
5.2	Hasil Analisis Univariat .....	77
5.2.1	Karakteristik responden.....	78
5.2.2	Faktor Pemungkin( <i>predisposing factor</i> ): pengetahuan .....	78
5.2.3	Faktor Pendukung ( <i>enabling factor</i> ) : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT .....	79
5.2.4	Faktor penguat (reinforcing factor ) : Stigma dan deskriminasi .	79
5.2.5	Pemanfaatan layanan VCT.....	80
5.3	Hasil Analisis Bivariat.....	80
5.3.1	Hubungan faktor Pemungkin( <i>predisposing factor</i> ): pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT .....	81
5.3.2	Hubungan faktor Pendukung ( <i>enabling factor</i> ) : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT dengan pemanfaatan layanan VCT ...	82
5.3.3	Hubungan faktor penguat (reinforcing factor ) : Stigma dan deskriminasi denganpemanfaatan layanan VCT .....	83
5.3.4	Kesimpulan Analisis Bivariat.....	84
5.3.5	Seleksi Bivariat.....	85
5.4	Hasil Analisis Multivariat .....	85

5.4.1 Uji Regresi linear .....	86
5.5 Pembahasan .....	86
5.5.1 Hasil analisis Univariat .....	88
5.5.2 Hasil analisis Bivariat .....	92
5.5.3 Hasil analisis Multivariat.....	97
5.6 Keterbatasan penelitian .....	98

## **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

6.1 Kesimpulan .....	99
6.2 Saran .....	100

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

No Tabel	Halaman
3.2. Defenisi Operasional.....	60
5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik responden.....	78
5.2 Distribusi Frekuensi Faktor Pemungkin( <i>predisposing factor</i> ): pengetahuan.....	78
5.3. Distribusi Frekuensi Faktor Pendukung ( <i>enabling factor</i> ) : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT .....	79
5.4 Distribusi Frekuensi Faktor penguat (reinforcing factor ) : Stigma dan deskriminasi .....	79
5.5 Distribusi Frekuensi Pemanfaatan layanan VCT .....	80
5.6 Hubungan faktor Pemungkin( <i>predisposing factor</i> ) : pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT .....	81
5.7 Hubungan faktor Pendukung ( <i>enabling factor</i> ) : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT dengan pemanfaatan layanan VCT.....	82
5.8 Hubungan faktor penguat (reinforcing factor ) : Stigma dan deskriminasi dengan pemanfaatan layanan VCT .....	83
5.9 Ringkasan hasil Analisis Bivariat.....	84
5.10 Hasil seleksi bivariat menggunakan variabel independen dengan Pemanfaatan layanan .....	85
5.11 Hasil analisis korelasi dan regresi pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT .....	85
5.12 Hasil analisis korelasi dan regresi keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT dengan pemanfaatan layanan VCT.....	86
5.13 Hasil analisis korelasi Stigma dan deskriminasi dengan pemanfaatan layanan VCT .....	86
5.14 Regresi linear berganda.....	87
5.15 Hasil seleksi bivariat menggunakan variabel independen dengan	

Pemanfaatan layanan.....	87
5.16 Hasil uji regresi linear akhir .....	86

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.7.4 Rentang Respon Seksual .....	54
Gambar 2.8.1 Kerangka Teori.....	56
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	59

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Permohonan Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Format Persetujuan ( *Informed Consent* )

Lampiran 3 : Kisi – kisi Kuesioner

Lampiran 4 : Lembar Kuesioner

Lampiran 5 : Jadwal Penelitian

Lampiran 6 : Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Lampiran 7 : Surat Balsan dari KPA Bukittinggi

Lampiran 8 : Lembar Konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

HIV / AIDS (*Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan salah satu masalah kesehatan dalam sepuluh tahun terakhir yang selalu meningkat di dunia. Penyakit ini mendapat perhatian khusus karena dapat meyerang semua usia dan jumlah kasus dan penyebarannya semakin meningkat. Selain Thailand, India dan Filipina Indonesia merupakan salah satu negara di Asia yang memiliki kerentanan HIV akibat dampak perubahan ekonomi dan perubahan kehidupan sosial. Penyebaran infeksi terus berlangsung, hal ini terjadi dikarenakan sebagian penyakit ini belum menunjukkan gejala dan sampai sekarang obat untuk penyakit ini belum ditemukan. Sampai akhir 2014 ada 36,9 juta Orang Hidup dengan HIV/AIDS ( ODHA) didunia ( Kementrian Kesehatan , 2014 ).

Setiap hari didunia orang muda terinfeksi HIV setiap 15 detik, Banyak faktor resiko penyebab terjadinya penyakit ini, yakni melalui cairan vagina, cairan sperma dan dari air susu ibu ke bayi serta penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau bergantian. Saat ini prevalensi HIV telah beralih dari pekerja seks kepada laki – laki yang berhubungan seks dengan laki – laki yakni sebesar 5 % , dan orang – orang transgender / waria. Kasus ini bukan saja ditemui dinegara epidemi terkonsentrasi , tetapi juga dinegara – negara lainnya. Laporan Kementrian Kesehatan RI tentang perkembangan HIV / AIDS di Indonesia jumlah

Kasus HIV sebanyak 32.711 orang dan penderita AIDS 5.494 orang. Dengan rasio laki – laki : perempuan adalah 1 : 1 , dengan persentase faktor resiko tertinggi adalah hubungan seks beresiko pada heteroseksual (81,3%), Lelaki Seks Lelaki (LSL) (5,1%), dari ibu positif HIV ke anak (3,5%) dan pengguna jarum suntik pada penasun (3,3%) (Kementrian Kesehatan ,2015. Hal : 3).

Pada kenyataannya, perkembangan penyakit ini tidak hanya terjadi pada pekerja seks, Perubahan faktor resiko yang mulai beralih kepada Lelaki Seks Lelaki merupakan suatu permasalahan baru. Hal ini terjadi sejak adanya zaman revolusi ekonomi dimana orang bebas untuk membeli dan menjual seks. Ketertarikan secara seksual dan emosional yang seharusnya hanya terjadi kepada lawan jenis, ternyata juga mengalami penyimpangan orientasi seksual yakni adanya Kaum *Homoseksual*( Penyuka sesama lelaki ) dan *Lesbian* ( Penyuka sesama wanita ). Hal ini sejalan dengan teori perkembangan Psikoseksual Sigmud Freud yang menyatakan, Energi Psikoseksual digambarkan sebagai kekuatan pendorong dibelakang perilaku, kepribadian besar dibentuk pada usia lima tahun, jika fase ini selesai dengan sukses, maka hasilnya adalah kepribadian yang sehat ( Alwilson, 2004 ). Sedangkan teori psikologi menurut Sullivan (1982-1949) yang dikemukakan oleh S,Hall dan Lindzey (2000) yang terkenal dengan “*interpersonal theory of psychiatry*” yang menyatakan pada fase remaja awal, jika kebutuhan erotik dan dorongan genitalia tidak terkontrol dengan lawan jenis maka akan beresiko terjadinya *homoseksual* bukan *heteroseksual* , yang berakibat juga terhadap perubahan perilaku menyimpang seksual.(Isaacs,Ann, 2004 )

Perkembangan epidemi HIV di Indonesia termasuk yang tercepat di kawasan Asia meskipun secara nasional angka prevalensinya masih rendah, pada tahun 2015 di Indonesia di perkirakan terdapat 735.256 Orang Hidup Dengan HIV/AIDS ( ODHA ). Dengan faktor resiko yang telah beralih dari penasun ke faktor resiko hubungan seks beresiko yakni *heteroseksual*, Lelaki seks Lelaki (LSL) dan *transgender*. Dinas kesehatan Sumatera Barat menemukan 1.346 orang HIV / AIDS (ODHA), 173 diantaranya meninggal dunia. Untuk Kabupaten / Kota di Sumatera Barat Kota Padang merupakan temuan ODHA terbanyak yakni 499 temuan, disusul Kota Bukittinggi 171 temuan. Meskipun jumlah temuan kota padang jauh melampaui Kota Bukittinggi , secara *Case rate* Bukittinggi menjadi daerah dengan kepadatan temuan tertinggi di Sumbar ( KeMenKes, 2015 )

Cara penularan melalui hubungan seks, baik *heteroseksual*, *homoseksual* maupun *biseksual* masih menjadi yang tertinggi 616 temuan, disusul cara penularan lewat jarum suntik sebanyak 408 temuan. Selain itu rerata usia, mereka berusia 20-29 tahun sebanyak 478 temuan dan disusul 30-39 tahun sebanyak 466 temuan. Sehingga jika jumlah temuan berbanding jumlah penduduk , Sumbar berada di peringkat 9 dari 34 Provinsi dengan *case rate* tertinggi dengan 21,59 persen. Kepadatan temuan di Kota Bukittinggi 50,57% disusul Kota Padang dan Solok. Sampai November 2015 Dinas Kesehatan Sumatera Barat telah menemukan 154 ODHA baru, 11 diantaranya meninggal. HIV bukan hanya pada penderita namun resiko kepada pasangan juga merupakan hal yang harus diperhatikan. ( Kepala Bidang Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan / PP&PL, Irene Susilo, Padang 2015).

Dokter Spesialis penyakit dalam ( Internist) serta konsultan penyakit tropik dan infeksi dari RSUP M Djamil ,( dr.H.Armen Ahmad, 2015 ) menyatakan, hubungan seks sesama jenis menjadi faktor resiko HIV/AIDS yang saat ini menunjukkan grafik meningkat, hal ini dapat dilihat dengan semakin meningkatnya jumlah kasus rawat inap dan rawat jalan pasien dengan IMS dan HIV/AIDS pada laki – laki di RSUP M Djamil padang. Hal ini senada dengan hasil Penelitian yang dilakukan Badan Pengamatan dan Pengendalian Penyakit (Yulfira Media. 2014 ) di RSAM Kota Bukittinggi dengan hasil : ditemui Kasus HIV/AIDS sebanyak 33 Kasus ( Tahun 2012 ), meningkat menjadi 40 kasus ( Tahun 2013 ) dan meningkat tajam 72 kasus ( Tahun 2014 ), jika dilihat dari kumulatif penderita HIV/AIDS sebagian besar berjenis kelamin laki – laki yakni 82,07 %. Hal ini sejalan dengan data dari Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Kota Bukittinggi,berdasarkan pendataan dilapangan oleh penjangkau (*HotSpot*) didapatkan 400 orang jumlah Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi sampai dengan Desember 2016. Sedangkan yang pernah mengakses layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) hanya 62 orang dan positif HIV 18 orang.(Monev HIV/AIDS, Desember 2016 )

Beberapa penelitian mengungkapkan ada beberapa faktor yang turut melatar belakangi tingginya kasus HIV/AIDS, salah satunya adalah faktor perilaku, faktor pengetahuan, faktor pemanfaatan layanan dan faktor dukungan dari lingkungan dan faktor keluarga.Perilaku pada manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar dirinya, perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus atau

objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Faktor tersebut berupa : pengetahuan, motivasi, persepsi , emosi, proses belajar dan lingkungan ( Notoatmodjo, 2007 ). Perilaku beresiko komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) diantaranya mereka cenderung memiliki banyak pasangan seks, baik laki – laki maupun perempuan dan banyak diantara mereka yang menjual dan membeli seks. Pengakuan dari survey awal didapatkan melalui wawancara di bulan Januari 2017 dengan kelompok komunitas sebanyak 6 orang, Sebagian besar mereka berhubungan dengan banyak pasangan dan dengan jumlah frekuensi seks yang bervariasi. Mereka merasa nyaman untuk melakukan hubungan seks sejenis karena hal ini tidak akan terlalu terekspos , dan masyarakat juga kurang curiga akan keberadaan mereka. Tanpa mereka sadari mereka rentan terkena penyakit kelamin dan HIV dikarenakan seks anal yang memungkinkan terjadinya luka pada rektum dan tidak adanya cairan lubrican, dan mengingat daya serap rektum yang besar maka deposisi semen dalam rektum tersebut dapat mengakibatkan terjadinya infeksi .( IMS, Kementrian Kesehatan ,2005 )

Salah satu program mencegah dan mengurangi penularan HIV adalah melalui *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) sebagai strategi kesehatan masyarakat. Konseling dan Tes HIV dalam pelaksanaannya terbagi menjadi dua yaitu, Konseling dan Tes HIV secara Sukarela- KTS atau *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) dan Tes HIV atas inisiatif dari petugas kesehatan atau *Provider Initiative Testing and Counseling* (PITC ).VCT yang berkualitas baik tidak saja membuat orang mempunyai akses terhadap berbagai pelayanan, tetapi

juga efektif bagi pencegahan dan dapat digunakan untuk mengubah perilaku beresiko, sesuai Peraturan Presiden No.75 Tahun 2006. Konseling dan Tes HIV juga memberi kesempatan orang untuk menilai risiko terinfeksi HIV, mendapatkan informasi tentang penularan HIV dan untuk menentukan cara pencegahan penularan HIV dimasa depan( KeMenKes, 2011). Hal ini memperkuat bahwa pemberian informasi dan diskusi partisipasi lebih dianjurkan , karena lebih didasarkan dari kesadaran individu itu sendiri sehingga perubahan perilaku pun dapat bertahan lebih lama ( WHO dalam Notoatmodjo, 2007)

Tes HIV masih menjadi momok menakutkan bagi banyak orang, berbagai alasan diutarakan termasuk stigma dan deskriminasi masyarakat. Oleh karena itu seorang konselor harus mampu membangun kepercayaan dan keyakinan pasien pada konselor yang merupakan dasar utama bagi terjaganya kerahasiaan , sehingga terjalin hubungan baik dan terbina sikap saling memahami. Banyaknya tantangan bagi petugas kesehatan untuk menawarkan dan melaksanakan tes HIV pada pasien yang datang kelayanan mengingat konsekuensi dan dampak masalah yang terkait dengan hasil tes HIV tersebut baik bagi pasien maupun petugas. dan tata cara penyampaian perubahan perilaku bagi kelompok beresiko ( Depkes, 2006).

Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang penyakit HIV / AIDS, kesalah fahaman persepsi tentang bagaimana HIV ditularkan , kurangnya akses terhadap pengobatan, faktor lingkungan, dapat menjadi faktor yang memperkuat stigmanisasi yang terkait HIV / AIDS. Selain prasangka dan ketakutan yang berkaitan dengan sejumlah isu sensitif secara sosial termasuk seksualitas, penyakit

dan kematian dan penggunaan narkoba. Dukungan teori yang menyatakan bahwa faktor karakteristik individu, usia, tingkat pendidikan, stigma dan deskriminasi dan kurangnya dukungan dari orang lain serta kurangnya informasi tentang HIV dipengaruhi oleh karakter individu dan persepsi psikologi sosial terkait perilaku serta implementasi kebijakan HIV dalam pemanfaatan layanan berdasarkan persepsi individu (Teori Denver, 1980). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Fatmala, Risanita Diah yang dilakukan pada November 2014 sampai Juli 2015 di Jawa Timur, dengan hasil Faktor predisposing yang berpengaruh terhadap layanan VCT oleh LSL adalah pengetahuan dan persepsi, faktor enabling yang berpengaruh adalah informasi dan ketersediaan sarana serta faktor reinforcing adalah dorongan teman atau komunitas serta sikap dan perilaku petugas layanan kesehatan.

Ada beberapa jenis layanan yang disediakan pemerintah guna penjarangan atau deteksi awal penyakit HIV, salah satunya melalui *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Semenjak Tahun 2011 terdapat 7.000 konselor yang sudah dilatih oleh tim pelatihan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) Nasional dengan sertifikat oleh KeMenKes. Sedangkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) sebanyak 388 layanan baik yang di Rumah Sakit maupun di Klinik. Untuk Kota Bukittinggi Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) tersebar di tujuh Puskesmas yakni Puskesmas Rasimah Achmad, Puskesmas Guguk Panjang, Puskesmas Mandiangin, Puskesmas Mandiangin Plus, Puskesmas Gulai Banchah, Puskesmas Tigo Baleh dan Puskesmas Nilam Sari serta Rumah Sakit Achmad Mochtar yang juga merupakan rujukan untuk pengobatan

HIV. Dengan jumlah Konselor masing – masing puskesmas sebanyak 2 – 3 orang, dengan jumlah konselor sekota Bukittinggi sebanyak 33 orang. ( DinKes BKT, 2016).

Dari beberapa Komunitas kelompok Lelaki Seks Lelaki tersebut, hanya sebagian kecil yang memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) yakni sebesar 15,5% di Puskesmas sekota Bukittinggi. Banyak faktor perilaku yang menyebabkan mereka enggan datang ke layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ). Dari 6 responden 4 diantaranya berusia 20- 30 Tahun, 2 orang usia 30 – 40 Tahun, 5 Responden dengan status belum menikah dan 1 sudah pernah menikah. Dan rata – rata mereka berlatar belakang pendidikan SLTA. Berbagai alasan diutarakan oleh 6 orang survey awal Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang pernah diwawancarai ( Januari 2017 ), 3 orang menyatakan Stigma yang masih tinggi, 3 kurang terjaminnya kerahasiaan, 2 kurangnya informasi tentang HIV dan penyakit menular seksual, serta 4 orang menyatakan kurang siapnya kondisi mental akan hasil tes .

Kasus HIV / AIDS di kota Bukittinggi ditemui bukan saja pada Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) , ada juga pada kelompok Wanita Pekerja Seks ( WPS ), komunitas *Lesbian* ( Wanita penyuka wanita ) , ibu hamil dan pengguna Narkoba Suntik ( IDU ), namun komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL)menurut pendataan di lapangan merupakan kelompok yang memiliki potensi cukup besar sebagai faktor perilaku resiko HIV/AIDS. Selain itu peneliti juga merupakan personal yang langsung terlibat dilayanan yang menangani komunitas ini yakni sebagai salah seorang konselor HIV/AIDS di Kota Bukittinggi. Berdasarkan fenomena diatas

maka peneliti tertarik untuk mengangkat permasalahan terkait dengan faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan kurangnya pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Belum maksimalnya pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi, ini mengindikasikan bahwa perilaku pemanfaatan layanan masih relatif rendah. Hal ini berdampak kepada keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS terkait penjangkauan, kematian akibat keterlambatan perawatan serta terapi pengobatan.

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan antara faktor – faktor perilaku yang mempengaruhi pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), berupa : faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung( *Enabling factor*) meliputi: keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dan faktor penguat( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan

deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL )di Kota Bukittinggi Tahun 2017.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya distribusi frekuensi faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi :pengetahuan, pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL ) di Kota Bukittinggi.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT )pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi.
- c. Diketuainyadistribusi frekuensi faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma & deskriminasi HIV pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL ) di kota Bukittinggi.
- d. Diketuainya distribusi frekuensi pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL) di kota Bukittinggi
- e. Diketuainya hubungan faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi.
- f. Diketuainya analisis hubungan faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaanlayanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT )dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi.

- g. Diketuainya analisis hubungan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma & deskriminasi HIV dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi.
- f. Diketuainya analisis dan menganalisa faktor dominan yang mempengaruhi pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Penelitian ini memberikan pengalaman dalam pengembangan kemampuan ilmiah khususnya dan juga peneliti dapat mengetahui apakah faktor – faktor yang mempengaruhi kurangnya pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ).

### **1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan**

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk penelitian lanjutan bagi institusi pendidikan, dan sebagai sumber pedoman untuk peneliti selanjutnya.

### **1.4.3 Bagi Lahan**

Untuk seluruh unit pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) dapat memanfaatkan hasil penelitian sebagai bahan pertimbangan dalam upaya mengembangkan program pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) sehingga berjalan efektif dan optimal.

## 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk melihat faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi ,dimana faktor – faktor yang akan dibahas berupa : faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT ( *Voluntary Counseling and Testing* ), dan faktor penguat( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi HIV, dimana yang diteliti adalah komunitas Lelaki Seks Lelaki (LSL)di kota Bukittinggi. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 19 April – 20 Mei 2017 di Kota Bukittinggi, dengan pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Penelitian ini menggunakan metoda Kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Analisis bivariat dengan metoda Chi- Square , Analisa multivariat dengan metoda *regresi linear* untuk menenunjukkan variabel yang memiliki hubungan paling berpengaruh. Penelitian ini dilakukan di kota Bukittinggi karena adanya peningkatan jumlah Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) dari tahun ke tahun. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang diisi langsung oleh responden, kemudian diolah dan dianalisa secara komputerisasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT )**

Layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) adalah suatu prosedur forum diskusi pembelajaran antara konselor dengan klien untuk memahami tentang HIV/AIDS beserta resiko dan konsekuensinya dengan tujuan utama perubahan perilaku. Individu dinyatakan memanfaatkan layanan jika dia tahu informasi mengenai layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) dan menggunakan layanan tersebut untuk tujuan yang bermanfaat.

Dengan kata lain pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) adalah sejauh mana orang yang pernah melakukan perilaku beresiko tinggi tertular HIV / AIDS merasa perlu menggunakan layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) untuk mengatasi masalah kesehatannya, untuk mengurangi perilaku beresiko dan merencanakan perubahan perilaku sehat.

##### **2.1.1 Defenisi *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT )**

Konseling dan tes HIV atau *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) adalah kegiatan konseling yang menyediakan layanan Psikologis, informasi dan pengetahuan HIV / AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan Anti Retro Viral ( ARV) dan memastikan berbagai masalah terkait dengan HIV / AIDS

yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan aman. ( Pedoman pelayanan VCT, 2011)

Konseling dan tes HIV merupakan komponen kunci dalam program HIV , konseling dan tes HIV juga memberi kesempatan orang untuk menilai risiko terinfeksi HIV , mendapatkan informasi tentang penularan HIV dan untuk menentukan cara pencegahan penularan HIV dimasa depan ( KeMenKes, 2011).

### **2.1.2 Prinsip utama Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT)**

#### *1. Informed consent*

Konseling dan tes harus betul – betul suka rela dan pribadi, ketika mereka tidak mau maka tes tidak dapat dipaksakan. Harus ditekankan bahwa pemberian informasi tidak dapat menggantikan fungsi konseling. Keputusan untuk melakukan pemeriksaan terletak ditangan klien. Testing dalam *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan wajib bagi pasangan yang akan menikah , pekerja seksual dan rekrutmen pegawai dan asuransi kesehatan. Idealnya, persetujuan tertulis harus dilakukan sebelum tes dilakukan.

#### *2. Menjaga dan menghormati kerahasiaan dalam proses konseling*

Setiap staf pada setiap lini perlu mengetahui kebijakan dan alasan adanya kebijakan kerahasiaan dalam konseling. Ketika informasi perlu dibuka untuk kepentingan rujukan haruslah dimintakan persetujuan tertulis dari klien. Keputusan untuk boleh menyampaikan atau menyertakan orang lain dalam proses *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) ada ditangan klien.

### 3. Hak asasi manusia, pencegahan stigma dan deskriminasi

Program pendidikan masyarakat, legislasi, dan kebijakan kesehatan masyarakat yang berpihak pada hak asasi manusia akan mampu menurunkan deskriminasi Orang Hidup Dengan HIV/AIDS ( ODHA ). Petugas kesehatan juga membutuhkan pendidikan agar tidak melakukan stigma, deskriminasi dan semua pelayanan kesehatan harus mempunyai kebijakan menjaga hak asasi manusia dengan melindungi pasien dari diskriminasi oleh petugas kesehatan. Ketakutan deskriminasi juga menurunkan minat klien untuk datang kembali mengambil hasil tes.

### 4. Kendali kualitas

Kualitas tes dan konseling harus dipastikan baik dengan cara dipantau dan dievaluasi menggunakan alat yang tepat dan merupakan komponen perencanaan dari intervensi. WHO dan Kementerian kesehatan telah memberikan pedoman yang tepat yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV.

( Kementerian Kesehatan, 2011)

#### **2.1.3 Model Layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT )**

Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan. Misalnya Klinik Infeksi Menular Seksual ( IMS ), Klinik Tuberkulosis ( TB ), Klinik tumbuh kembang anak dan sebagainya. Lokasi layanan hendaknya memiliki petunjuk yang jelas sehingga mudah diakses oleh klien *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) dengan memperhatikan budaya dan etika setempat, dimana

pemberian nama tidak mengundang stigma dan deskriminasi. Model Layanan VCT terdiri atas :

A. *Mobile Voluntary Counseling and Testing HIV ( VCT )* / penjangkauan dan keliling

Model penjangkauan keliling dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat ( LSM ) maupun oleh petugas kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku beresiko atau beresiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok di wilayah tertentu dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

B. *Voluntary Counseling and Testing HIV ( VCT )* Statis / Klinik VCT tetap

Klinik VCT tetap layanan *terintegrasi* dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang ada. ( Kementrian Kesehatan, 2011 )

#### **2.1.4 Tahap Layanan *Voluntary Counseling and Testing HIV ( VCT )***

##### 2.1.4.1. Pengetahuan dasar HIV-AIDS dan Tes HIV

Pemberian informasi dasar terkait dengan *Human Immunodeficiency Virus* ( HIV ) bertujuan agar klien :

- a. Memahami jenis dan penularan HIV, perilaku beresiko dan hubungannya dengan epidemiologi
- b. Memahami antara hubungan infeksi yang didapat dari hubungan seksual dengan penularan HIV

- c. Memahami alasan konseling dan tes HIV yang merupakan faktor utama dalam upaya pencegahan penularan infeksi HIV-AIDS

#### 2.1.4.2 Latar belakang mengikuti Konseling *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT )

Konselor harus mengetahui faktor klien mengetahui faktor klien mengikuti tes sukarela dan konselor memberikan informasi tentang

- a. Pencegahan HIV
- b. Konseling *Voluntary Counseling and Testing HIV* ( VCT ) sebagai pintu masuk menuju terapi dan perawatan.

#### 2.1.4.3 Komunikasi perubahan perilaku

Beberapa unsur penting dalam perubahan perilaku adalah :

- a. Penilaian resiko dan kerentanan

Klien perlu menilai resiko dirinya terhadap infeksi HIV dan beberapa hambatan yang dapat terjadi dalam proses perubahan perilaku.

- b. Penjelasan keterampilan perilaku aman dan sehat

Penjelasan pencegahan, pesan penggunaan kondom, jarum steril guna memotivasi kebutuhan, kepercayaan dan kepedulian dan kesiapan klien.

- c. Membuat rencana

Dalam konseling pra tes , klien didorong merencanakan perubahan perilaku dengan mempertimbangkan kemampuan dana dan sumber daya yang tersedia.

d. Penguatan dan komitmen

Dalam konseling paska tes, konselor harus meninjau kembali perencanaan klien untuk mempertahankan perilaku aman dan sehat

e. Lingkungan yang mendukung ( jenis kondom, informasi dan edukasi / *leaflet, brosur* ) dan layanan konseling rujukan

( Kementrian Kesehatan, 2011 )

2.1.4.4. *Pre – tes counseling*

*Pre – tes counseling* adalah diskusi antara klien dan konselor yang bertujuan untuk menyiapkan klien untuk tes, dan memberikan pengetahuan tentang HIV/AIDS. Diskusi konseling pretes berisikan tentang pengetahuan tentang HIV/AIDS, prosedur tes HIV dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi hari depan dan membantu klien untuk menentukan keputusan untuk tes atau tidak , mempersiapkan *informed consent* dan konseling seks yang aman, serta pentingnya penilaian risiko klinis .( Kementrian Kesehatan, 2011 )

2.1.4.5. Testing HIV

Testing HIV pada umumnya dilakukan dengan cara pemeriksaan antibodi dalam darah seseorang. Jika seseorang telah terinfeksi HIV maka akan terbentuk protein khusus dalam darah yang disebut anti bodi. Umumnya anti bodi dalam darah seseorang terbentuk setelah 6 minggu atau 3 bulan namun ada juga yang dalam waktu 6 bulan bahkan lebih. Jika seseorang memiliki anti bodi HIV dalam darahnya artinya orang tersebut telah terinfeksi HIV.

Pemeriksaan HIV umumnya menggunakan pemeriksaan *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Rapid Test* dan *Western Immunoblot Test*. Setiap tes ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Sensitivitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi adanya antibodi HIV dalam darah, sedangkan spesifisitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi antibodi Protein HIV yang sangat spesifik. Berikut jenis – jenis tes HIV:

1. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA)

Tes ini merupakan tes yang digunakan untuk mendeteksi antibodi yang dibuat tubuh terhadap virus HIV. Tes ELISA dapat menggunakan sampel darah vena. Tes tersebut mendeteksi antibodi bagi HIV-1 dan HIV-2. Reaksi antibodi biasanya dapat dideteksi melalui adanya perubahan warna, intensitas warna menunjukkan jumlah antibodi yang ada di dalam contoh darah. Tes ini membutuhkan teknisi laboratorium yang sangat berpengalaman dan prosedurnya memerlukan keterampilan khusus karena rumit.

2. *Western Immunoblot Test*

Western Immunoblot dapat mendeteksi antibodi terhadap HIV, digunakan sebagai tes konfirmasi untuk tes HIV lainnya. Tes tersebut perlu ditafsir oleh ahli laboratorium, mahal dan sulit digunakan dilayanan kesehatan primer.

3. *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak tergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan pada bayi yang ibunya belum pernah menjalani tes HIV. Tes ini sangat mahal dan perlu diteliti lebih lanjut untuk

akurasinya. *Polymerase Chain Reaction* ( PCR ) sama dengan pemeriksaan *Viral Load*

#### 4. *Viral Load Testing*

Tes ini dilakukan untuk menentukan aktivitas virus. Hitung CD4 dan *Viral Load* merupakan indikator pengambilan keputusan klinis, digabung dengan PCR.

#### 5. Tes CD4

Tes CD4 bukan merupakan tes HIV, tes ini merupakan tes untuk menilai fungsi kekebalan tubuh yang paling lazim dilaksanakan. Tes ini biasanya dilakukan dengan interval waktu 3 atau 6 bulan guna menghitung sel CD4 ( sel pembantu ) didalam darah pasien.

#### 6. *Rapid Test*

Keuntungan penggunaan *rapid test* adalah klien akan mendapatkan hasil tesnya dihari yang sama karena pemeriksaan tes hanya membutuhkan waktu 5 – 30 menit. Methodanya dapat menggunakan sampel darah tepi. Hasil tes ini memiliki sensitivitas yang tinggi ( mencapai 100 % ) dan spesifisitas (> 99 %). Pada penggunaan tes ini perlu dilakukan pelatihan untuk meningkatkan kualitas dan evaluasi dari tes kit. ( Pedoman KTIP, 2010)

##### 2.1.4.6. *Post- test Counseling*

*Post-test counseling* adalah diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan untuk menyampaikan hasil tes , membantu klien beradaptasi dengan hasil tes, menyampaikan hasil dengan jelas, menilai pemahaman mental emosional klien, membuat rencana dengan menyertakan orang yang bermakna

dalam kehidupan klien, menjawab dan menyusun rencana tentang kehidupan yang mesti dijalani dengan menurunkan perilaku beresiko dan perawatan, serta perencanaan dukungan. ( Kementrian Kesehatan, 2011 )

## **2.2 Perilaku**

### **2.2.1 Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Menurut Skinner, dalam Notoatmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respon. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

#### 1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

#### 2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

### **2.2.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan**

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2007) adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

### **2.2.3 Domain Perilaku**

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2007), membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), yang terdiri dari ranah kognitif (kognitif domain), ranah affektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

## 1. Pengetahuan (*knowlegde*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

1. Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
2. Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
3. Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu :

### 1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

### 2. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

### 3. Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

#### 4. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

#### 5. Sintesa

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

#### 6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

### 2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*)
2. Merespon (*responding*)
3. Menghargai (*valuing*)
4. Bertanggung jawab (*responsible*)

### 3. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

#### 1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

#### 2. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

#### 3. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

#### 4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Menurut penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2007), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

1. Kesadaran
2. Tertarik
3. Evaluasi
4. Mencoba
5. Menerima

#### **2.2.4 Asumsi Determinan Perilaku**

Menurut Spranger membagi kepribadian manusia menurut nilai kebudayaan. rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

##### **1. Teori Lawrence Green (1980)**

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

## 2. Teori Snehandu B. Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

## 3. Teori Model Promosi Kesehatan Nola J. Pender

Model promosi kesehatan ini merupakan sebuah teori yang menggabungkan 2 teori yaitu Teori Nilai Harapan ( *Expectancy value* ) dan Teori Kognitif Sosial ( *Social Cognitive*). Teori Pender tentang model promosi kesehatan ini konsisten dan berfokus pada pentingnya promosi dan pencegahan kesehatan untuk dilakukan guna peningkatan kesehatan klien atau masyarakat

yang lebih baik dan optimal. Determinan perilaku promosi kesehatan dikategorikan kedalam :

1. Faktor Kognitif-Persepsi

Dianggap sebagai mekanisme motivasi primer yang meliputi : Pentingnya kesehatan, Pengendalian yang dirasakan , keefektifan diri yang dirasakan, defenisi kesehatan, status kesehatan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan dari perilaku promosi kesehatan, halangan yang dirasakan perilaku promosi kesehatan baik dari dalam maupun luar diri responden, baik yang bersifat kenyataan maupunkhayalan , pandangan / stigma .

2. Faktor pemodifikasi

Yakni meliputi : Karakteristik demografi ( usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan dan pendapatan), karakteristik biologis ( persepsi tentang kesehatan, kepatuhan pada pengobatan), pengaruh interpersonal ( harapan orang terdekat, pola perawatan keluarga, dan interaksi dengan profesional kesehatan ), faktor situasional ( kemudahan akses layanan kesehatan, ketersediaan layanan kesehatan), faktor perilaku ( pengalaman, sikap dan pengetahuan terdahulu ).

3. Isyarat untuk bertindak

Yakni : adanya kesadaran pribadi dan adanya dorongan dari luar seperti perbincangan dengan orang lain mengenai informasi dan

pengalaman mereka mengenai kesehatan personal.( Koening Blais, Kathleen, 2012 )

## **2.3 Pemanfaatan Layanan Kesehatan**

### **2.3.1 Defenisi Pemanfaatan Layanan Kesehatan**

Pemanfaatan layanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Menurut Notoatmodjo ( 2007 ) perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu, kelompok maupun penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara sedang berkembang sangat bervariasi

Pemanfaatan merupakan kegunaan dari sebuah program sehingga program ini dapat berguna baik oleh individu maupun masyarakat. Dalam proses peningkatan pelayanan kesehatan tentunya pemanfaatan sebuah program menjadi bagian dari output atau hasil dari sebuah kebijakan yang dibuat .

### **2.3.2 Teori Pemanfaatan Layanan Kesehatan**

Banyak faktor yang mempengaruhi individu dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Faktor – faktor penentu tersebut dilukiskan oleh para ahli dan beberapa model pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut Anderson dan Newman ( 1979 ) dalam Notoatmodjo ( 2007 ) bahwa adanya model pelayanan kesehatan bertujuan untuk melukiskan hubungan anatara faktor – faktor penentu dari pengguna pelayanan kesehatan, menentukan apakah ada atau tidaknya pelayanan dari

pemakai layanan yang berat sebelah, menyarankan memanipulasi kebijakan yang ada dan menilai pengaruh pembentukan program atau perawatan kesehatan yang baru.

### **2.3.2.1 Model Perilaku Green ( 1980 )**

Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada didalam diri seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Perilaku pada manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar dirinya. Faktor tersebut berupa : pengetahuan, motivasi, persepsi , emosi, proses belajar lingkungan dan sebagainya dalam Notoatmodjo ( 2006 ).

Menurut Green ( 1980 ) , model perilaku dalam memanfaatkan Pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu :

1. Faktor pemungkin ( *predisposing factor* ) meliputi : Pengetahuan, sikap masyarakat terhadap kesehatan , kepercayaan ( *belief* ) atau keyakinan seseorang untuk memanfaatkan layanan, tingkat pendidikan, dan Pekerjaan
2. Faktor pendukung ( *enabling factor* ) meliputi : ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas yang ada di masyarakat seperti : puskesmas, Rumah sakit , dokter atau bidan praktek swasta dsb. Serta keyakinan terhadap pemanfaatan layanan.
3. Faktor penguat ( *reinforcing factor* ) meliputi : sikap dan perilaku petugas kesehatan atau tokoh masyarakat atau perundang – undangan baik pusat maupun daerah yang mengatur tentang kesehatan, serta kelompok yang direferensikan oleh masyarakat , dapat berupa dukungan dan motivasi.

### 2.3.2.2 Teori Andersen ( 1974 )

Model pemanfaatan layanan yang dikembangkan Andersen terkenal dengan nama Model Perilaku Pemanfaatan Layanan ( *behavioral model of health service utilization / Life cycle determinants models* ), model teori ini menyatakan bahwa keputusan seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan karena tiga kategori utama :

#### 1. Predisposisi seseorang memanfaatkan pelayanan ( *predisposing characteristics* )

Digunakan untuk menggambarkan setiap individu memiliki kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda ( Ilyas, 2006), Anderson membagi menjadi tiga unsur :

##### a. Faktor Demografi

Meliputi Usia, Jenis Kelamin dan status perkawinan

##### b. Faktor Struktur Sosial

Mencerminkan pola hidup seseorang meliputi : variabel etnis, pendidikan, pekerjaan dan kebudayaan

##### c. Faktor Kepercayaan Kesehatan ( *HealthBelief* )

Sikap dianggap dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, adapun variabel yang mempengaruhi sikap atau kepercayaan seseorang terhadap kesehatan :

1. Keyakinan terhadap penyembuhan penyakit
2. Sikap dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan
3. Pengetahuan terhadap pelayanan

## 2. Karakteristik kemampuan ( *Enabling characteristics* )

Karakteristik kemampuan merupakan suatu keadaan dan kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan sebuah tindakan untuk memenuhi kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan ( Ilyas, 2006 ), Menurut anderson karakteristik kemampuan kesehatan terdiri dari dua komponen yaitu :

### a. Sumber Daya Keluarga

Sumber daya keluarga meliputi variabel penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa dan pengetahuan tentang informasi kesehatan yang dibutuhkan .

### b. Sumber Daya Masyarakat

Sumber daya manusia meliputi variabel ketersediaan fasilitas layanan , tenaga kesehatan yang tersedia , biaya yang digunakan untuk mendapatkan layanan dan kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan.

## 3. Karakteristik Kebutuhan ( *need characteristics* )

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling memiliki hubungan langsung dengan pelayanan kesehatan ( Ilyas, 2006 ). Menurut Andersen ( 1973 ) komponennya ada dua yaitu :

### a. Penilaian Individu ( *Perceived* )

Penilaian individu mengenai kesehatan adalah bagaimana individu mengamati gejala penyakit, tingkat kesakitan dan kekhawatiran mengenai kesehatan dan kesembuhan atau pernyataan individu mengenai permasalahan yang sangat penting dan mengharuskan mencari pertolongan profesional .

b. Penilaian Klinik ( *Evaluated* )

Penilaian klinik adalah penilaian medis pada status kesehatan individu atau penilaian seorang dokter tentang beratnya sakit individu.

**2.4 Faktor – faktor yang terkait pemanfaatan layanan *Voluntary Counselling and Testing* ( VCT )**

Sebagaimana telah disampaikan dalam tinjauan teori bahwa pelayanan *Voluntary Counselling and Testing* ( VCT ) mencakup berbagai konsep baik pada karakteristik pelayanan maupun pada pemanfaatan layanan yang satu sama lainnya saling berintegrasi. Berikut akan disampaikan beberapa hasil penelitian sebelumnya terkait variabel yang akan diteliti untuk memperkuat alasan.

**2.4.1 Pendidikan dan Pengetahuan**

Pendidikan dan pengetahuan merupakan karakteristik yang mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga. Pendidikan juga mempengaruhi seseorang untuk mencari layanan kesehatan sesuai pengetahuan yang mereka miliki, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula keinginan mereka untuk mencari layanan kesehatan. Dimana Individu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih menyadari pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut ( Notoatmodjo,2007 ) pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Sedangkan Tingkat pendidikan yang dimaksud jenjang pendidikan formal yang pernah dijalani seseorang, Mulai dari SD, SLTP, SLTA dan Perguruan Tinggi.

Hasil penelitian Adi Nugroho ( 2012 ) di Jakarta Timur dengan responden 224 Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling dan Testing* ( VCT ) pendidikan menengah 54 % disusul pendidikan tinggi 33,9 5 dan pendidikan dasar 12,1 %. Hal ini sejalan dengan penelitian Risanita Diah Fatala ( 2015 ) di Surabaya dengan responden 10 , Responden tamatan SMA 88% di susul responden tamatan SMP 11%.

Hasil penelitian Zelalem Addis, dkk yang dilakukan pada bulan mai 2010 di ethiopia menyatakan 86,3% respondennya memiliki pengetahuan yang baik tentang VCT sehingga memiliki sikap yang positif terhadap layanan yakni 73.3% dengan rerata responden berusia 20 tahun.

#### **2.4.2 Keyakinan terhadap layanan kesehatan**

Keyakinan terhadap pemanfaatan layanan merupakan salah satu faktor kesiapan seseorang untuk berperilaku atau bertindak ( Notoatmodjo, 2007) . Sikap dan keyakinan individu akan ketersediaan, manfaat yang didapat dari layanan kesehatan. Hasil penelitian Mujiati ( 2013 ) di Bandung ada hubungan signifikan antara sikap dan keyakinan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan 69,0 % .Hal ini juga sejalan dengan penelitian Ilesanmi Ayodele, dkk( 2014 ) yang telah melakukan penelitian di nigeria dengan hasil adanya hubungan pemanfaatan layanan VCT dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS ( $F(1.266)=1.754;P<0.05$ )

#### **2.4.3 Stigma dan Diskriminasi HIV**

Stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma yang terkait dengan HIV/AIDS adalah semua sikap yang tidak menyenangkan dan ditunjukkan kepada mereka yang hidup

dengan HIV/AIDS ( ODHA) dan terhadap mereka yang dicintai, rekan dekat, kelompok sosial dan masyarakat ( Kementrian Kesehatan, 2015 ). UNAIDS mendefenisikan stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status HIVnya. Hasil survey Kemenkes lebih dari 50% ODHA pernah mendapatkan tindakan diskriminasi dari layanan kesehatan. Persentase responden laki – laki yang mengalami diskriminasi 59% lebih tinggi pada perempuan 53%. Hasil penelitian oleh Wahyunita Syahrir ( 2013 ) menyebutkan bahwa ada hubungan pengetahuan , keterampilan petugas dan dukungan petugas kesehatan dengan pemaafaata klinik *Voluntary Counseling dan Testing* ( VCT ) di Puskesmas Makassar .

Penelitian yang dilakukan oleh Yeni Tesa ( 2015 ) menyatakan responden yang memiliki stigma diri rendah 52.7 % lebih memanfaatkan layanan dari pada responden yang memiliki stigma diri tinggi.dan ada hubungan stigma diri sendiri dengan pemanfaatan layanan VCT.

## **2.5 HIV / AIDS**

### **2.5.1 Defenisi HIV / AIDS**

*Human Immunodeficiency Virus* ( HIV ) disebabkan oleh virus yang disebut HIV, yaitu sejenis virus yang ada didalam darah manusia yang dapat melemahkan daya tahan tubuh, sehingga tubuh mudah terserang infeksi lain seperti tuberkulosa, sariawan dan diare yang berkepanjangan . *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* ( AIDS ) adalah sekumpulan gejala penyakit akibat menurunnya kekebalan tubuh manusia oleh HIV ( Kementrian Kesehatan, 2014 ).

### **2.5.2 Etiologi HIV**

Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah Suatu agen viral yang disebut HIV dari kelompok retrovirus ribonucleic acid ( RNA). (Hudak & Gallo, 2010 )

Ada dua tipe HIV :

1. HIV tipe 1( HIV – 1) : penyebab utama AIDS, merupakan bentuk virus yang paling virulen, prevalensinya lebih banyak dan bermutasi lebih cepat.
2. HIV tipe 2 ( HIV – 2) : menyebabkan penyakit yang serupa dengan HIV – 1, patogenesisnya lebih rendah dibanding dengan HIV – 1.

Keduanya sama – sama menginfeksi sel CD4 , penurunan sel CD4 secara bertahap yang menyebabkan peningkatan gangguan imunitas yang disertai sel dengan akibat kerentanan terhadap berbagai infeksi oportunistik

### **2.5.3 Transmisi Infeksi HIV**

Transmisi HIV masuk kedalam tubuh manusia melalui beberapa cara :

- a. Secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak

Penularan dapat terjadi pada masa kandungan , persalinan dan menyusui.

- b. Secara transmisi seksual

Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi virus HIV . Resiko penularan semakin besar bila berganti pasangan atau melakukan hubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan dan tidak menggunakan kondom. Tindakan seksual dapat berupa seks oral ( mulut ) , seks vaginal dan seks anal ( dubur ).

c. Secara horizontal

Yakni melalui kontak transfusi darah yang terinfeksi ( asus sterilisasi yang kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama – sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transpalansi organ, tindakan haemodialisis, perawatan gigi ) . HIV dan AIDS dapat digegah, HIV/ AIDS tidak menular melalui makan, pakaian, toilet dan alat makan bersama, berpelukan / berciuman ( selama tidak luka / sariawan dan gigi tidak berlubang ), berjabat tangan, tinggal satu rumah dengan orang HIV serta gigitan nyamuk ( Kementrian Kesehatan, 2014 ).

## **2.6 Lelaki Seks Lelaki ( LSL )**

### **2.6.1 Defenisi Lelaki Seks Lelaki ( LSL )**

Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) istilah ini lebih mengacu kepada perilaku ketertarikan pada jenis kelamin yang sama , laki – laki tertarik pada laki – laki. ( Depkes, 2006 ), sedangkan menurut Hawari (2009), istilah *homoseksual* mengacu kepada perilaku seks yang menyimpang, yang ditandai adanya ketertarikan ( kasih sayang, hubungan emosional, dan secara erotik ) dengan jenis kelamin yang sama. Secara kasat mata , dilihat dari jenis kelaminnya, waria termasuk dalam penggolongan *homoseksual*, tetapi fenomena waria tidaklah sesederhana itu. Aspek psikologis lebih dominan dimana waria lebih suka diklasifikasikan kedalam penggolongan identitas jender.

### **2.6.2 Seksualitas, Orientasi Seksual, Identitas Gender, Gender ekspresi dan Otoritas tubuh**

## A. Seksualitas

Seks adalah alat kelamin, mengacu ada sifat biologis yang kasat mata berbentuk fisik yang mendefenisikan manusia sebagai perempuan atau laki – laki , biasa di sebut jenis kelamin. Sebelum abad 20 jenis kelamin seseorang hanya ditentukan berdasarkan penampilan alat kelamin, tetapi sejalan dengan pemahaman orang tentang gen dan kromosom , perempuan yang memiliki alat kelamin perempuan digolongkan dengan kromosom XX, dan laki – laki yang memiliki alat kelamin laki – laki dengan kromosom XY . Sedangkan mereka yang memiliki gabungan kromosom XXY dikenal dengan inter seks ( seseorang yang memiliki karakteristik jenis kelamin laki – laki dan perempuan ).Penelitian di Amerika mengatakan bahwa ada satu dari ratusan individual mempunyai karakteristik inter seks, bukan berarti bahwa kedua alat kelaminnya akan bisa digunakan. Individu yang transeksual yaitu : Mereka yang menjalani operasi untuk mengubah karakteristik kelamin, baik primer maupun sekunder.

perbedaan antara seks dan seksualitas :

- Seks merupakan komponen dari seksualitas
- Seks adalah jenis kelamin, seksualitas memiliki makna lebih luas yaitu aspek dalam kehidupan manusia sepanjang hidupnya yang berkaitan dengan alat kelaminnya. ( Kementrian Kesehatan, 2015, hal : 1 )

## B. Orientasi Seksual

Orientasi seksual adalah ketertarikan seseorang secara emosi dan seksual terhadap jenis kelamin tertentu. Penggolongan Orientasi seksual :

1. *Heteroseksual* : seseorang dengan jenis kelamin tertentu , secara emosional dan seksual tertarik dan menyukai seseorang dengan jenis kelamin yang berbeda.
2. *Biseksual* : seseorang dengan jenis kelamin tertentu, secara emosional dan seksual tertarik dengan jenis kelamin yang sama maupun jenis kelamin berbeda dengan proporsi ketertarikan yang sama
3. *Homoseksual* : seseorang dengan jenis kelamin tertentu, secara emosional dan seksual tertarik dengan jenis kelamin yang sama. .

Identitas seksual merupakan “ pengakuan “ seseorang kepada masyarakat tentang status orientasi seksualnya. Identitas seksual bisa sama dengan orientasi seksualnya bisa juga berbeda. Laki – laki yang secara emosi dan seksual tertarik dengan laki – laki dikenal dengan istilah *Gay / homoseksual*, dan perempuan yang tertarik dengan sesama perempuan dikenal dengan sebutan *Lesbian*.

Proses seseorang menentukan identitas seksual biasanya melalui empat tahapan :

Pertama : Pengalaman awal seksual yang mencari relevansinya dengan orientasi seksual.

Kedua : Saat pengalaman awal tidak relevan akan timbul kebingungan, menyangkal, menghindar, mencoba memastikan dan akhirnya menerima.

Ketiga : Mulai membuat gambaran tentang diri sendiri atau identitas diri

Keempat : Komitmen, mulai menjalani identitas seksual sebagai bagian dari gaya hidupnya. ( Kementrian Kesehatan, 2015)

### C. Identitas Gender

Adalah bagaimana seseorang mengidentifikasi dirinya dengan salah satu gender yang ada, sekalipun berbeda jenis kelamin yang dimiliki. Gender adalah konstruksi sosial yang dibentuk berdasarkan perspektif masyarakat dan dilekatkan pada jenis kelamin tertentu. Seperti laki – laki macho, kuat, maskulin, dan lain – lain . Pada wanita feminim, lemah lembut, dan lain – lain . Ekspresi gender adalah bagaimana seseorang mengekspresikan sisi maskulin atau feminim dalam kehidupan kesehariannya.( Kementrian Kesehatan, 2015)

### D. Orientasi tubuh

Seseorang mempunyai otoritas penuh untuk tubuhnya . Otoritas itu bersifat mutlak, orang lain tidak berhak untuk mengaturnya. Dalam *The Gender Bread Person* digambarkan sebagai berikut :

- Identitas ada di kepala : Bagaimana seseorang memandang dirinya
  - Orientasi ada di hati : Rasa suka, keterlibatan emosional, seksual.
- Tidak selalu orientasi menunjuk pada perilaku.

Perilaku seksual adalah aksi ( sentuhan, ciuman, dan hal lain ) yang sifatnya merangsang tubuh secara seksual atau apa saja yang dilakukan seseorang untuk melampiaskan seksualnya baik pada diri sendiri maupun orang lain . ( Kementrian Kesehatan, 2015)

### **2.6.3 Orientasi seksual dalam kaca mata Psikologi**

*Orientasi seksual* adalah pilihan sosioerotis seseorang untuk menentukan jenis kelamin partner seksualnya apakah dari jenis kelamin yang berbeda atau

jenis kelamin yang sama. *Orientasi seksual* adalah ketertarikan emosional, romantik, seksual, atau rasa sayang yang bertahan lama terhadap orang lain. Freud percaya bahwa *homoseksualitas* adalah hasil perkembangan dari *predisposisi biseksual* yang terdapat dalam diri semua individu. (Galliano, 2003; Lips, 2005).

Bibier meneliti fenomena *homoseksual* ini dari sisi latar belakang keluarga. Penelitiannya menemukan bahwa kebanyakan dari *homoseksual* laki-laki memiliki ibu yang *overprotective* dan dominan, serta ayah yang lemah atau pasif. Pola keluarga seperti ini tidak ditemukan pada subjek *heteroseksual* (Masters, 1992). Sementara McGuire, Gagnon dan Simon, Masters dan Johnson, berpegang pada teori psikososial yang mengungkapkan bahwa *homoseksualitas* adalah fenomena yang dipelajari (Masters, 1992).

#### **2.6.4 Ekspresi Lelaki Seks Lelaki ( LSL )**

Dalam kesehariannya , kaum Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memperlihatkan ekspresi *homoseksualitasnya* ( Kartono, 2009 : Irianto, 2010 ) sebagai berikut :

1. Aktif , Bertindak sebagai pria yang agresif
2. Pasif, bertingkah laku dan berperan pasif , feminim seperti wanita
3. Berganti peran , Bisa berperan sebagai pria maupun wanita dalam berhubungan seks.

Umumnya , kita cenderung berfikir bahwa jika seseorang mengaku *homoseksual* , dia tidak akan tertarik pada lawan jenisnya. Namun sebetulnya selain memang ada orang yang hanya seratus persen menyukai sejenisnya, namun beberapa individu ada yang berada di antara penyuka sesama jenis dan juga lawan jenis. Dari analisa pada subjek orang Amerika, seksolog Alfred Kinsey

merumuskan suatu kontinum orientasi seksual yang terdiri dari tujuh titik sebagai berikut :

0 : Heteroseksual eksklusif, tidak homoseksual

1 : Kecenderungan homoseksual, sesekali homoseksual

2 : Kecenderungan heteroseksual, lebih dari sesekali homoseksual

3 : Heteroseksual dan homoseksual seimbang

4 : Kecenderungan homoseksual, lebih dari sesekali heteroseksual

5: Kecenderungan homoseksual, sesekali heteroseksual

6 : Homoseksual eksklusif, tidak heteroseksual

Menurut penelitian, ada variasi pola dimana pria dan wanita memiliki posisi yang sama pada skala tersebut. Pria, baik *monoseksual* maupun *heteroseksual*, cenderung berada pada ujung skala, sedangkan wanita juga berada pada ujung skala, tapi kemungkinan untuk berada pada kategori 2 dan 5 lebih besar pada pria. Ada 3 perilaku Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang beresiko tertular HIV/AIDS, yaitu:

- a. Melakukan hubungan seks tanpa kondom dengan pekerja seks komersil ( PSK ) langsung ( PSK dilokasi pelacuran ) dan tidak langsung ( anak sekolah, cewek pub, cewek diskotik, cewek karaoke, dsb )
- b. Melakukan hubungan seks dengan waria tanpa kondom
- c. Melakukan hubungan seks tanpa kondom dengan sesama lelaki suka lelaki ( LSL )

( Kementrian Kesehatan, 2015)

### 2.6.5 Karakteristik Lelaki Seks Lelaki ( LSL )

Untuk mengidentifikasi kaum Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) tidaklah mudah, mereka sama dengan orang kebanyakan,. Hanya saja yang berbeda pada orientasi seksualnya dan cara berperilakunya, mereka memiliki ciri – ciri tertentu yang hanya diketahui oleh kelompoknya saja, ciri – ciri khusus inilah yang sering disebut sandi, yaitu tanda – tanda yang sengaja dipasang oleh kaum Lelaki Seks Lelaki ( LSL) untuk mencari pasangan seksualnya ( Siahaan, 2009 ).

Beberapa karakteristik kaum Lelaki Seks Lelaki yang dapat diidentifikasi :

1. Naluri *homoseksual* tetap naluri seorang pria
2. Dalam berkomunikasi gaya komunikasinya cenderung feminim dan ada yang seadanya.

Sebagian mereka cenderung pendiam saat berada dalam lingkungan umum namun justru aktif dalam lingkungannya.

3. *Perfeksionis*

Mereka cepat melihat ketidaksempurnaan dan cepat memperbaikinya, karena sifat mereka yang cenderung *perfeksionis* dan teliti kadang orang menilainya menjadi sangat hati – hati dan jarang mengambil keputusan beresiko.

4. Cenderung sensitif

Dia tahu pasti apa yang kita rasakan pada saat yang sangat tepat , mereka memiliki sikap empati yang lebih dalam memperlakukan wanita ketimbang pria normal yang cenderung menunjukkan ororitasnya dihadapan wanita.

5. Berpenampilan rapi, modis dan bersih

Hampir sebagian besar pria homoseksual sangat memperhatikan dan menjaga penampilannya dengan serasi dan semodis mungkin. Untuk busana mereka memang menyerupai pria normal, namun untuk celana mereka lebih menyukai *tipe press-body* atau ketat. Hal ini dilakukan agar lekuk indah tubuh dan otonya menonjol dan dapat menarik pasangannya. Karena bentuk body bagi seorang homoseksual memiliki nilai jual tersendiri.

6. Selalu memakai wewangian yang memikat.

Hal ini dilakukan agar aroma tubuhnya dapat menarik perhatian sekelilingnya, serta menyesuaikan dengan penampilannya yang rapi dan modis. Beberapa mereka kadang menggunakan parfum untuk wanita, hal ini dilakukan karena sesuai dengan kepribadian mereka yang feminim.

7. Menyukai *Fitness*

Latihan *fitness* dilakukan untuk membentuk *body* atletis, hal ini karena mereka lebih memperhatikan penampilan

8. Sering menggunakan bahasa tubuh untuk komunikasi antara sesama homoseksual yaitu :

- a. Tatapan yang teduh
- b. Mengandalkan *feling* yang dimiliki, menjadi penentu identitas sesama kaum *homoseksual*
- c. Menunjukkan posisi tangan

- d. Dengan mengapitkan kedua telapak tangan dan menyilangkan jari – jarinya dan mengerak – gerakkan ibu jarinya menandakan pemberian sandi kaum *homoseksual*

Sedangkan ciri-ciri khusus :

- a. Menggunakan anting – anting ditelinga kanan
- b. Cincin dijari kelingking kiri
- c. Sapu tangan disaku celana belakang

### **2.6.6 Perkembangan *Homoseksual***

Teori perkembangan *homoseksual* saat ini terdiri atas dua golongan ( Carool, 2007) yaitu :

#### *A. Esensialis*

*Esensialis* berpendapat bahwa *homoseksual* berbeda dengan *heteroseksual* sejak lahir, proses biologi dan perkembangan, artinya *homoseksual* merupakan abnormalitas perkembangan / suatu penyakit.

#### *B. Konstruksionis*

*Konstruksionis* berpendapat bahwa *homoseksualitas* adalah sebuah peran sosial yang telah berkembang secara berbeda dalam budaya dan waktu yang berbeda, oleh karenanya tidak ada perbedaan lahiriah antara *homoseksual* dengan *heteroseksual*.

Beberapa hal yang memaparkan latar belakang terbentuknya perilaku *homoseksual* ( Caroll, 2007 )

- a. Pendekatan Biologis

Teori biologis tentang homoseksual bersifat essentialis yang mengatakan bahwa perbedaan orientasi seks disebabkan oleh adanya perbedaan secara fisiologis, hal ini disebabkan oleh genetik.

b. Pendekatan Psikologis

Menurut Freud ( 1953 dalam caroll, 2007 ) Kepribadian sebagian besar dibentuk oleh usia lima tahun, awal masa perkembangan sangat berpengaruh untuk perilaku dikemudian hari, jika selesai dengan sukses hasilnya adalah kepribadian yang sehat. Kelengketan dengan ibu yang intens ditambah dengan ayah yang jauh atau absen dapat membuat anak laki – laki berpihak pada ibu sehingga menghambat perkembangan maskulinnya. Setelah masa pubertas, anak akan berpindah dari ketertarikan pada ibu menjadi identifikasi ibu, dan mulai mencari objek cinta yang akan dicari pada ibunya

c. Ketidaksesuaian dan ketidaksetaraan Peran Gender

Menurut Green ( 1987 dalam Caroll, 2007 ) menyatakan laki – laki yang bersifat feminim cenderung menjadi *homoseksual* atau *biseksual*. Teori ini tidak dapat dijadikan pegangan tunggal dalam menjelaskan *homoseksual*, karena banyak pria *gay* yang tidak bersifat keperempuanan diwaktu kecil.

d. Interaksi kelompok teman sebaya

Menurut Strom ( 1981 dalam Caroll, 2007 ) berpendapat bahwa orang – orang yang tumbuh lebih cepat mulai tertarik dengan seksual sebelum mereka mengalami kontak yang signifikan dengan lawan jenis. Karena pacaran biasanya mulai dilakukan pada usia 15 Tahun, anak laki – laki yang dewasa

pada usia 12 Tahun masih bermain dan berinteraksi secara umum dengan kelompok dari jenis kelamin yang sama, sehingga kemungkinan perasaan erotis yang muncul berfokus pada anak laki – laki juga. Teori ini didukung oleh fakta bahwa *homoseksual* cenderung melaporkan kontak seksual yang lebih cepat dibandingkan *heteroseksual*.

e. Teori *Behavioris*

Teori ini menyatakan perilaku *homoseksual* merupakan perilaku yang dipelajari, diakibatkan perilaku *homoseksual* yang mendatangkan hadiah atau penguat yang menyenangkan dan atau pemberian hukuman atau penguat negatif terhadap perilaku *heteroseksual*.

f. Pendekatan sosiologi

Penggunaan istilah “*Homoseksual*” yang mengacu kepada perilaku menyukai sesama jenis berkembang setelah revolusi industri yang membebaskan orang – orang secara ekonomi sehingga memberikan kesempatan untuk memilih gaya hidup yang baru dipertanian ( Adam 1987 dalam Carroll, 2007 )

## **2.7 Asuhan Keperawatan Klien dengan Penyimpangan seksual**

### **2.7.1 Proses Perkembangan Kesadaran Diri terhadap Seksualitas**

Tingkat kesadaran diri perawat terhadap seksualitas mempunyai dampak langsung pada kemampuannya melakukan intervensi keperawatan, menurut Stuart & Sundeen (1995), empat tahap proses kesadaran diri meliputi :

1. Tahap Ketidaksesuaian Kognitif, dapat diatasi dengan :

- a. Menghindari tanggung jawab profesional dan tetap berpegang pada keyakinan pribadi
- b. Memeriksa fakta bahwa seksualitas merupakan bagian integral dari keadaan manusia

## 2. Tahap Ansietas

- a. Perawat mengalami ansietas, rasa takut dan syok
- b. Perawat menyadari bahwa semua orang mengalami ketidakpastian, merasa tidak aman, bertanya-tanya dan bermasalah yang berkaitan dengan seksualitas

## c. 3. Tahap Marah

- a. Kemarahan umumnya ditujukan pada diri sendiri, klien dan masyarakat
- b. Perawat mulai mengakui bahwa masalah yang berkaitan dengan seks dan seksualitas bersifat emosional

## 4. Tahap Tindakan

- a. Pada tahap terakhir ini, perasaan marah mulai berkurang
- b. Perawat mulai menyadari bahwa menyalahkan diri sendiri atau masyarakat karena ketidaktahuannya, tidak akan membantu klien dengan masalah seksualnya

### **2.7.2 Masalah keperawatan dan pengkajian Pada Seksualitas.**

Masalah keperawatan yang terjadi pada kebutuhan seksual adalah pola seksual dan perubahan disfungsi seksual. Pola seksual mengandung arti bahwa suatu kondisi seorang individu mengalami atau berisiko mengalami perubahan kesehatan seksual, sedangkan kesehatan sendiri adalah integrasi dari aspek

somatic, emosional, intelektual, dan sosial dari keberadaan seksual yang dapat meningkatkan rasa cinta, komunikasi, dan kepribadian. *Disfungsi seksual* adalah keadaan dimana seseorang mengalami atau berisiko mengalami perubahan fungsi seksual yang negatif, yang di pandang sebagai tidak berharga dan tidak memadainya fungsi seksual.

Perlu dikaji berbagai mekanisme koping yang mungkin digunakan klien untuk mengekspresikan masalah seksualnya, antara lain :

1. *Fantasi*, mungkin digunakan untuk meningkatkan kepuasan seksual
2. *Denial*, mungkin digunakan untuk tidak mengakui adanya konflik atau ketidakpuasan seksual
3. Rasionalisasi, mungkin digunakan untuk memperoleh pembenaran atau penerimaan tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual
4. Menarik Diri, mungkin dilakukan untuk mengatasi perasaan lemah, perasaan *ambivalensi* terhadap hubungan intim yang belum terselesaikan secara tuntas ( Kusumawati, Farida . 2010 )

### **2.7.3 Penyimpangan Perilaku Seksual**

#### *1. Transeksualisme*

Rasa tidak nyaman yang menetap dan adanya ketidakwajaran seks dengan *preokupasi* yang menetap (sedikitnya untuk 2 tahun) dengan menyisihkan karakteristik seks primer dan sekunder dan memperoleh karakteristik lawan jenis

2. Gangguan identitas jender pada masa kanak-kanak, remaja dan dewasa

Tekanan yang kuat dan menetap mengenai status sebagai laki-laki atau perempuan dengan keinginan yang kuat untuk berjenis kelamin lawan seks dan penanggalan struktur anatomis individu

3. *Pedofilia*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain yang melibatkan seorang anak atau lebih yang berusia 13 tahun kebawah

4. *Eksibisionisme*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan, antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain dengan memamerkan genitalnya kepada orang asing/orang yang belum dikenal

5. *Sadisme Seksual*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain yang menimbulkan kesakitan yang nyata atau stimulasi psikologis dan penderitaan fisik

6. *Masokisme Seksual*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan, antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan *fantasi* atau rangsangan lain yang melibatkan penghinaan, pemukulan, pengikatan atau hal-hal lain yang sengaja dilakukan untuk menderita

7. *Voyeurisme*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan, antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain yang melibatkan pengamatan terhadap orang-orang yang telanjang, sedang menanggalkan pakaian atau sedang melakukan kegiatan seksual tanpa diketahui mereka

8. *Fetisisme*

Terjadi hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan, antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain dengan menggunakan objek mati

9. *Fetisisme Transvestik*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berlangsung selama 6 bulan, antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain dengan menggunakan pakaian orang lain

10. *Frotterurisme*

Terjadinya hubungan yang menetap, sedikitnya berakhir 6 bulan antara rangsangan dan keinginan seksual, tindakan, *fantasi* atau rangsangan lain meraba tanpa persetujuan pihak lain

11. Gangguan keinginan *Seksual Hipoaktif*

Defisit yang menetap/berulang atau tidak terdapatnya *fantasi* seksual dan keinginan untuk melakukan kegiatan seksual

12. Gangguan Keengganan Seksual

Keengganan yang berlebihan dan menetap dan menghindari semua atau hampir semua kontak dengan pasangan seksual

#### 13. Gangguan Rangsangan Seksual

Kegagalan yang menetap dan sebagian untuk mencapai atau mempertahankan respons fisiologis dari kegiatan seksual atau hilangnya kepuasan seksual selama kegiatan seksual dilakukan

#### 14. Hambatan *Orgasme*

Keterlambatan yang menetap atau tidak adanya *orgasme* yang menyertai pada saat fase puncak hubungan seksual, walaupun menurut tenaga profesional terhadap intensitas, lama dan fokus yang sesuai dengan usia individu ( Kusumawakti, Farida : 2005 )

### **2.7.4. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan Gangguan Seksual**

1. *Disfungsi seksual* berhubungan dengan perubahan struktur dan fungsi tubuh, penganiayaan fisik (seksual), depresi.

Batasan Karakteristik :

- a. Tidak adanya hasrat untuk aktivitas seksual
- b. Perasaan jijik, ansietas, panik sebagai respons terhadap kontak genital
- c. Tidak adanya pelumasan atau sensasi subjektif dari rangsangan seksual selama aktivitas seksual
- d. Kegagalan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi penis selama aktivitas seksual
- e. Ketidakmampuan untuk mencapai orgasme atau ejakulasi
- f. Ejakulasi prematur

- g. Nyeri genital selama koitus
- h. Konstriksi vagina yang mencegah penetrasi penis

Tujuan Jangka Pendek :

- a. Pasien akan mengidentifikasi stresor yang berperan dalam penurunan fungsi seksual dalam 1 minggu
- b. Pasien akan mendiskusikan patofisiologi proses penyakitnya yang menimbulkan disfungsi seksual dalam 1 minggu
- c. Untuk pasien dengan disfungsi permanen karenan proses penyakit : pasien akan mengatakan keinginan untuk mencari bantuan profesional dari seorang terapis seks supaya belajar alternatif cara untuk mencapai kepuasan seksual dengan pasangannya dalam dimensi waktu ditetapkan sesuai individu

Tujuan Jangka Panjang :

- a. Pasien akan mendapatkan kembali aktivitas seksual pada tingkat yang memuaskan untuk dirinya dan pasangannya (dimensi waktu ditentukan oleh situasi individu)

Intervensi :

- a. Kaji riwayat seksual dan tingkat kepuasan sebelumnya dalam hubungan seksual
- b. Kaji persepsi pasien terhadap masalah
- c. Bantu pasien menetapkan dimensi waktu yang berhubungan dengan awitan masalah dan diskusikan apa yang terjadi dalam situasi kehidupannya pada waktu itu

- d. Kaji alam perasaan dan tingkat energi pasien
  - e. Tinjau aturan pengobatan, observasi efek samping
  - f. Anjurkan pasien untuk mendiskusikan proses penyakit yang mungkin menambah disfungsi seksual
  - g. Dorong pasien untuk menanyakan hal-hal yang berkenaan dengan seksual dan fungsi yang mungkin menyusahkannya
2. Perubahan pola seksualitas berhubungan dengan pilihan seksual yang berbeda, penyesuaian diri terhadap seksual terlambat.

Batasan Karakteristik :

- a. Laporan adanya kesukaran, pembatasan atau perubahan dalam perilaku atau aktivitas seksual
- b. Laporan bahwa getaran seksual hanya dapat dicapai melalui praktik yang berbeda
- c. Hasrat untuk mengalami hubungan seksual yang memuaskan dengan individu lain tanpa butuh getaran melalui praktik yang berbeda

Tujuan Jangka Pendek :

- a. Pasien akan mengatakan aspek-aspek seksualitas yang ingin diubah
- b. Pasien dan pasangannya akan saling berkomunikasi tentang cara-cara dimana masing-masing meyakini hubungan seksual mereka dapat diperbaiki

Tujuan Jangka Panjang :

- a. Pasien akan memperlihatkan kepuasan dengan pola seksualitasnya sendiri

- b. Pasien dan pasangannya akan memperlihatkan kepuasan dengan hubungan seksualnya

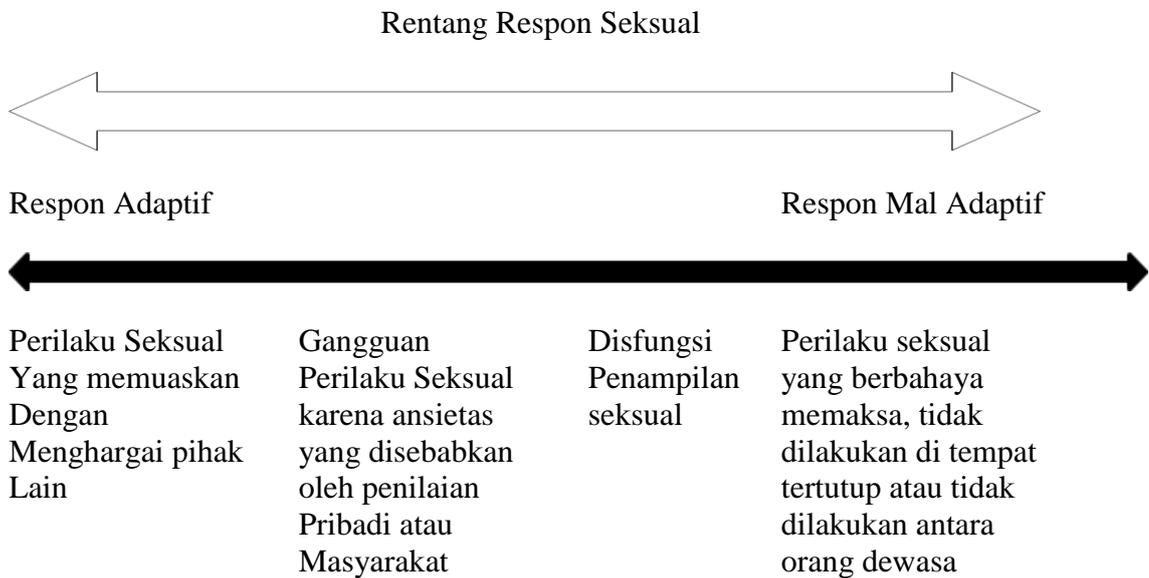
Intervensi :

- a. Ambil riwayat seksual, perhatikan ekspresi area ketidakpuasan pasien terhadap pola seksual
- b. Kaji area-area stress dalam kehidupan pasien dan periksa hubungan dengan pasangan seksualnya
- c. Catat faktor-faktor budaya, sosial, etnik dan religius yang mungkin menambah konflik yang berkenaan dengan praktik seksual yang berbeda
- d. Terima dan jangan menghakimi
- e. Bantu therapy dengan perencanaan modifikasi perilaku untuk membantu pasien yang berhasrat untuk menurunkan perilaku-perilaku seksual yang berbeda

Jika perubahan pola seksualitas berhubungan dengan penyakit atau pengobatan medis, berikan informasi untuk pasien dan pasangannya berkenaan dengan hubungan antara penyakit dan perubahan seksual( Kusumawakti, Farida : 2005)

Stuart & Sundeen ( 1995 ) membagi rentang respon seksual adaptif dan mal adaptif sebagai berikut :

**Gambar 2.7.4 Rentang Respon Seksual**



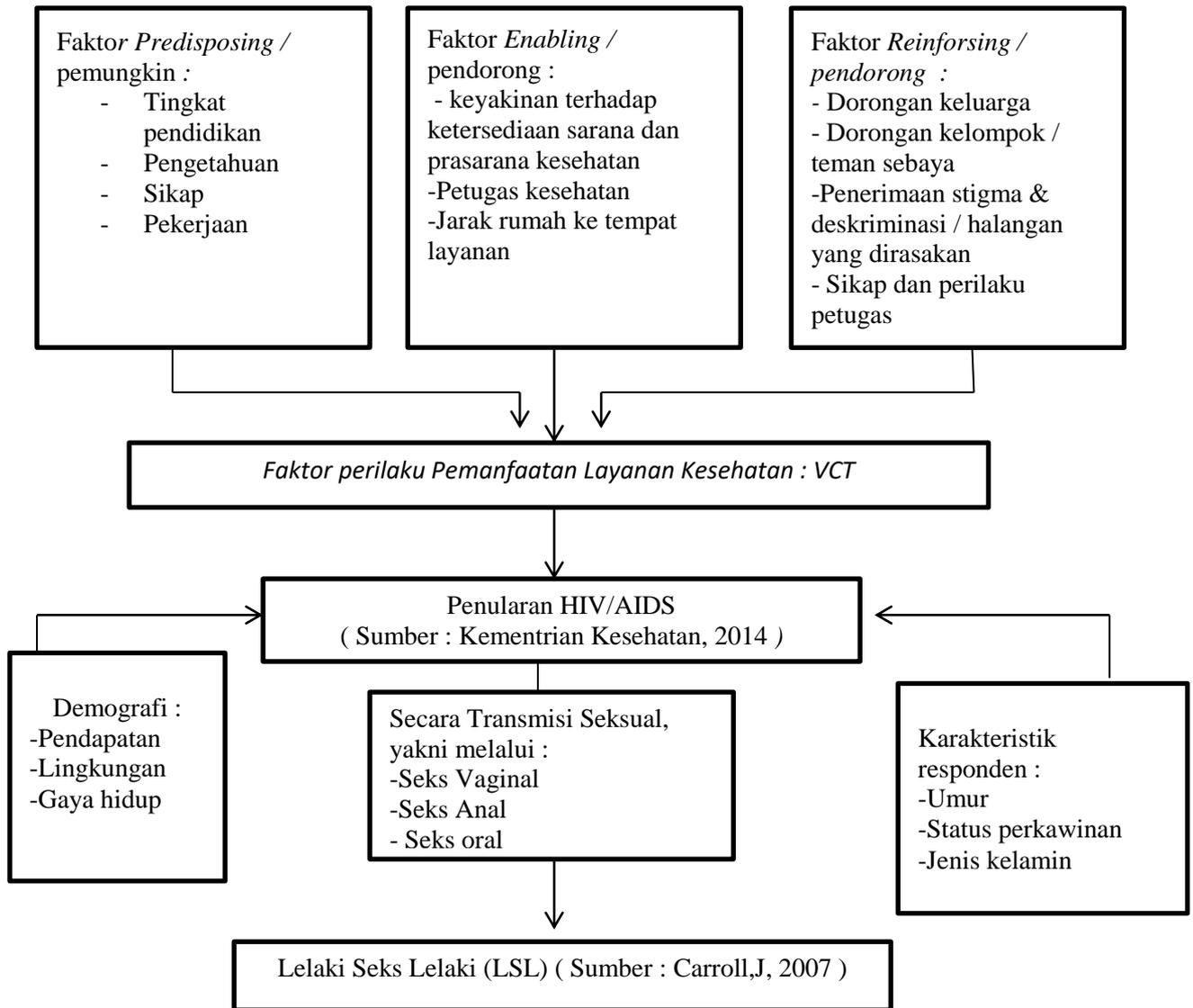
( Yani, Achir. Hamid,MN, DNSc , 2009 )

## **2.8 KERANGKA TEORI**

### **2.8.1 Bagan Kerangka Teori**

Berdasarkan teori banyak hal yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan layanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan penelitian menggunakan konsep teori Model Perilaku pemanfaatan layanan model perilaku Green ( 1980 ) yang dimodifikasi dengan model promosi kesehatan Pender, adapun kerangka teori penelitian dapat dilihat pada gambar berikut :

### Bagan 2.8.1 Kerangka Teori



( Sumber : Dikutip dari teori perilaku Green dalam Notoatmodjo, 2007 dan Pender, 2012 )

## 2.9 Hipotesis

Hipotesis adalah rumusan jawaban sementara atau dugaan sehingga untuk membuktikan benar atau tidaknya dugaan tersebut perlu diuji terlebih dahulu. ( Anggoro,M.Toha, 2014, ).

Hipotesa dalam penelitian ini adalah : .

1. Ha diterima dan Ho ditolak, Terbuktiada hubungan antara faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL) di kota Bukittinggi Tahun 2017.
2. Ha diterima dan Ho ditolak, Terbuktiada hubungan antara faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) dengan pemanfaatan layanan VCT ( *Voluntary Counseling and Testing* ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017.
3. Ha ditolak dan Ho diterima , Tidak ada hubungan antara faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma & deskriminasi HIV dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL) di kota Bukittinggi Tahun 2017.

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

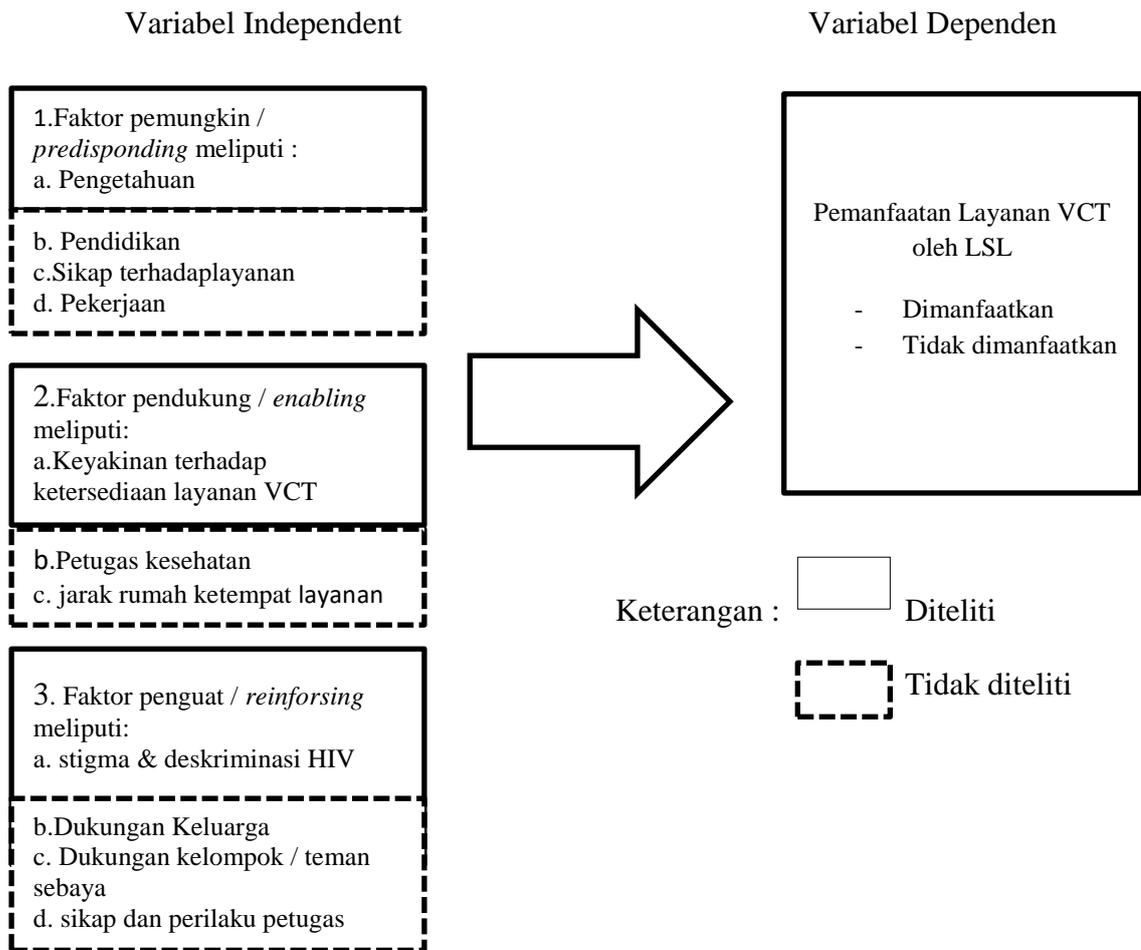
#### **3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka Konsep adalah sesuatu yang abstrak, logika secara harfiah dan akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan *body of knowledge* ( Nursalam, 2001 )

Kerangka Konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep terhadap konsep lainnya, atau variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti ( Notoatmodjo, 2010 )

Pada penelitian ini kerangka konsep digunakan untuk menghubungkan dua variabel yaitu variabel independent dan variabel dependent. Variabel Independen meliputi faktor pemungkin / *predisposing* meliputi : pengetahuan, faktor pendukung / *enabling* meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT dan faktor penguat / *reinforcing* meliputi : stigma & deskriminasi HIV . Variabel dependen pemanfaatan layanan VCT oleh LSL.

### Bagan 3.1 Kerangka Konsep



### 3.2 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang diidentifikasi ( Nursalam, 2001 ). Defenisi operasional adaah uraian tentang baasan variabel yang diteliti berdasarkan pengukuran ( Notoatmodjo, 2010 )

**Tabel 3.2 Defenisi Operasional**

No	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	<b>Variabel Independen</b> (Faktor Pemungkin / <i>Predisposing</i> ) Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang HIV/AIDS dan layanan VCT	Responden mengisi pertanyaan I.B tentang pengetahuan HIV/AIDS dan layanan VCT Yang diberikan ilihan jawaban Benar : 1 Salah : 0	Kuesioner	Ordinal	-Pengetahuan baik jika nilai mean $\geq 5$  -Pengetahuan cukup jika nilai mean $< 5$
	(Factor Pendukung / <i>Enabling</i> ) Keyakinan ketersediaan layanan VCT	Keyakinan akan ketersediaan , manfaat yang didapat responden dari layanan VCT	Responden mengisi daftar pertanyaan IB tentang keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT yang diberikan pilihan	Kuesioner	Ordinal	-Positif / yakin jika nilai mean $\geq 14$  -Negatif / kurang yakin jika nilai mean $< 14$

	(Faktor Penguat / <i>reisforsing</i> ) Stigma dan deskriminasi HIV	Penilaian persepsi perlakuan dari pengalaman responden terhadap resiko penyakit dan layanan VCT	<p>jawaban :</p> <p>a.Sangat Tidak Setuju b.Tidak Setuju c.Setuju d.Sangat setuju</p> <p>pertanyaan positif diberi nilai STS :1,TS:2, S:3,SS:4</p> <p>Pertanyaan negatif diberi nilai : STS: 4, TS: 3 S: 2, SS: 1</p> <p>Responden mengisi pertanyaan II.B tentang stigma dan deskriminasi HIV yang diberikan pilihan jawaban :</p> <p>a.Sangat Tidak Setuju b.Tidak Setuju c.Setuju d.Sangat setuju</p> <p>pertanyaan positif diberi nilai STS :1,TS:2, S:3,SS:4</p> <p>Pertanyaan negatif diberi nilai : STS: 4, TS: 3 S: 2, SS:1</p>	Kuesioner	Ordinal	<p>Positif / yakin jika nilai mean <math>\geq 15</math></p> <p>-Negatif / kurang yakin jika nilai mean <math>&lt; 15</math></p>
	<b>Variabel Dependen</b>					

1	Pemanfaatan Layanan VCT	Pernah mendatangi dan mengikuti konseling dan tes HIV	Mengisi pertanyaan IV. tentang Pemanfaatan layanan VCT Pertanyaan positif, pilihan jawaban tidak pernah :1, Jarang: 2, Sering : 3, Selalu : 4 Pertanyaan negatif , pilihan jawaban Tidak Pernah: 4, Jarang : 3, Sering : 2, Selalu : 1	Kuesioner	Ordinal	-Jika nilai mean $\geq 14$ Artinya memanfaatkan  -Jika nilai mean < 14 Artinya tidak memanfaatkan
---	-------------------------	---	--	-----------	---------	---

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan oleh peneliti adalah deskriptif korelasi yaitu suatu metoda penelitian yang bertujuan untuk menemukan aditidaknya hubungan antara dua variabel dan apabila ada, berapa erat hubungannya( Arikunto, 2006 ). Dengan pendekatan *Cross sectional study*. Analisis Bivariat menggunakan *Chi-Square* dan Analisis Multivariat menggunakan *Regesi Linear* untuk menentukan variabel yang memiliki hubungan paling berpengaruh. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017.

#### **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kota Bukittinggi. Peneliti memilih melakukan penelitian di Kota Bukittinggi karena Kota Bukittinggi merupakan kota yang memiliki populasi komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) cukup tinggi, yang meningkat dari tahun ke tahun. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 19 April – 20 Mei 2017

### 4.3 Populasi, Sampel, Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti ( Notoatmodjo, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah Komunitas Lelaki Seks Lelaki di Kota Bukittinggi Tahun 2017 yang berjumlah 400 orang ( KPA Bukittinggi, 2016 )

#### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi ( Arikunto, 2006 ). Sampel pada penelitian ini adalah komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi .

Untuk penelitian kuantitatif pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus proporsi binomunal yakni :

$$s = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan :

s = Sampel

$\lambda^2$  = derajat dk = 1 taraf kesalahan 10 %

P=Q = 0,5

D = 0,05

N = Populasi

Berdasarkan perhitungan sampel diatas jumlah sampel adalah 50 responden dengan derajat kepercayaan 95%. Cara pengambilan sampel dengan teknik *counsecutive sampling* yakni dimana pengambilan sampel dengan memilih responden yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu pada komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL ) yang mengunjungi maupun yang tidak mengunjungi layanan Voluntary Counseling and Testing ( VCT ) kota Bukittinggi.

Dalam pengambilan sampel terdapat kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi penelitian :

1. Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :
  - a. Responden yang bersedia diteliti
  - b. Responden yang berada ditempat waktu penelitian
  - c. Responden dengan riwayat Lelaki Seks Lelaki ( LSL )
2. Kriteria Eksklusi ( kriteria yang tidak diteliti )
  - a. Responden yang tidak kooperatif

#### **4.3.3 Teknik Sampling**

Teknik sampling adalah cara menentukan sampel. Teknik sampling yang digunakan adalah *counsecutif sampling*, dimana pengambilan sampel dengan memilih responden yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang datang kelayanan secara teratur maupun yang tidak datang kelayanan VCT ( *Voluntary Counseling and Testing* ) diwilayah Kerja Puskesmas Kota Bukittinggi

#### **4.4 Pengumpulan Data**

Jenis dari data penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

##### **a. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti melalui penyebaran angket menggunakan kuesioner yang dirancang oleh peneliti sendiri berdasarkan Tinjauan Pustaka.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari lapangan. Contohnya Data dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bukittinggi.

#### **4.4.1 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dan informasi yang dibutuhkan peneliti. Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner dalam bentuk pertanyaan yang berkaitan dengan faktor – faktor perilaku yang mempengaruhi kurangnya pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) .

#### **4.4.2 Prosedur pengumpulan data**

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat izin dari Dinas Kesehatan Kota dan Komisi Pemberantasan AIDS ( KPA ) Kota Bukittinggi, selanjutnya peneliti melakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan dengan tahap memberikan penjelasan tujuan, manfaat dan tata cara pengisian pertanyaan kepada responden yang telah sesuai kriteria. Setelah itu responden diminta untuk mengisi “*informed consent* “ dan mengisi pertanyaan yang telah diberikan. Dalam pengumpulan data peneliti awalnya bersifat menunggu responden yang datang kelayanan, karena jumlah responden tidak mencukupi hanya 30 orang maka peneliti menggunakan teman penjangkau untuk membantu mengumpulkan responden disuatu tempat dengan jumlah 20 orang sehingga mencukupi jumlah responden yang telah ditetapkan. Peneliti mendatangnya untuk menyebarkan

kuesioner, peneliti juga mengumpulkan data melalui wawancara kepada teman penjangkau dilapangan untuk mengetahui siapa saja yang termasuk dalam komunitas Lelaki Seks Lelaki di Kota Bukittinggi. Selanjutnya peneliti menyerahkan kuesioner dengan pemberian penjelasan tentang tata cara pengisian kuesioner, peneliti atau teman penjangkau menyerahkan *informed consent* terlebih dahulu, Jika ada hal yang kurang jelas bisa langsung ditanyakan kepada peneliti atau teman penjangkau. Selanjutnya responden diminta memberikan jawaban terhadap kuesioner yang diberikan dan mengisi sendiri dan apabila telah selesai dapat menyerahkan kepada peneliti atau teman penjangkau yang memberikan kuesioner. Waktu pengisian diberikan selama 35 menit.

#### **4.5 Pengolahan dan Analisa Data**

##### **a. Cara pengolahan data**

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan cara manual dengan tahap – tahap sebagai berikut :

##### **1. *Editing* ( pemerksaaan data )**

Semua kuesioner yang telah diisi diperiksa kembali, apakah pertanyaan sudah diisi dengan lengkap. Kegiatan ini bertujuan untuk menjaga kualitas data, kebenaran dan kelengkapan data agar dapat diproses lebih lanjut.

##### **2. *Coding*( pengkodean data )**

Memberi kode pada setiap dua atau lebih variabel yang terkumpul. Kegunaan dari coding ini adalah mempermudah pada saat analisa data dan mempercepat entry data. Dalam pengolahan data menggunakan SPSS, peneliti menggunakan kode dengan penjelasan sebagai berikut :

- Tingkat pendidikan : 1= SD, 2= SLTP, 3= SLTA, 4= PT
- Status perkawinan : 1= Belum menikah, 2= Sudah Menikah,  
3= Bercerai

### 3. *Scoring* ( Penskoran)

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai pada masing – masing item pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Peneliti memberi nilai pada lembar questioner dengan menggunakan skala Linkert, dengan nilai bobot 1 sampai 4.

#### Pertanyaan Positif

- 1. Sangat Setuju ( SS) : bobot nilai 4
- 2. Setuju ( S) : bobot nilai 3
- 3. Tidak Setuju ( TS ) : bobot nilai 2
- 4. Sangat Tidak Setuju (STS) : bobot nilai 1

#### Pertanyaan Negatif

- 1. Sangat Setuju ( SS) : bobot nilai 1
- 2. Setuju ( S) : bobot nilai 2
- 3. Tidak Setuju ( TS ) : bobot nilai 3
- 4. Sangat Tidak Setuju (STS) : bobot nilai 4

#### Pertanyaan Positif

- 1. Selalu : bobot nilai 4
- 2. Sering : bobot nilai 3
- 3. Jarang : bobot nilai 2
- 4. Tidak pernah : bobot nilai 1

#### Pertanyaan Negatif

1. Tidak pernah : bobot nilai 1
2. Jarang : bobot nilai 2
3. Sering : bobot nilai 3
4. Selalu : bobot nilai 4

Jika nilai  $x \geq \text{mean} / \text{median}$  artinya responden memiliki faktor yang mempengaruhi, jika nilai  $x \leq \text{mean} / \text{median}$  artinya responden memiliki faktor yang kurang mempengaruhi. Untuk pertanyaan tentang pemanfaatan layanan , peneliti memberikan nilai pada lembar kuesioner dengan menggunakan skala Gutman , dengan nilai bobot 0 sampai 1

#### Pertanyaan Positif

1. Benar : bobot nilai 1
2. Salah: bobot nilai 0

#### Pertanyaan Negatif

1. Salah : bobot nilai 0
2. Benar : bobot nilai 1
4. *Processing* ( memproses )

Data yang sudah diedit dan diberi kode, dimasukkan ke komputer untuk dianalisa menggunakan SPSS. Pada tahap ini dilakukan proses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolahan data, dengan membuat lembar kode.

## 5. *Cleaning* ( pembersihan )

Data *cleaning* memastikan bahwa data yang telah masuk sesuai dengan yang sebenarnya. Proses dilakukan dengan cara melakukan perbaikan kesalahan pada kode yang tidak jelas atau tidak mungkin ada akibat salah memasukkan kode.

### 4.5.1 Teknik Analisis Data

#### a. *Analisis Univariat*

Analisa ini dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing – masing variabel yang diteliti. Analisa univariat yang dilakukan dengan menggunakan analisis statistik deskriptif untuk melihat variabel independent ( faktor pemungkin meliputi : Pengetahuan, faktor pendukung meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT dan, faktor penguat meliputi : dukungan teman sebaya serta penerimaan stigma & deskriminasi HIV ) dan variabel dependen ( pemanfaatan layanan VCT oleh LSL ). Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran ( distribusi frekuensi ) dari masing – masing variabel.

Untuk faktor pemungkin :pengetahuan dengan kategori baik dan cukup yaitu :

Baik jika  $\geq$  mean / median

Kurang baik jika  $<$  mean / median

Untuk faktor pendukung : keyakinan ketersediaan layanan VCT dengan kategori positif / yakin dan negatif / kurang yakin yaitu :

Positif / yakin jika  $\geq$  mean / median

Negatif / kurang yakin jika  $<$  mean / median

Untuk faktor penguat : Stigma dan deskriminasi HIV dengan kategori positif / yakin dan negatif / kurang yakin yaitu :

Posif / yakin jika  $\geq$  mean / median

Negatif / kurang yakin jika  $<$  mean / median

Untuk faktor pemanfaatan layanan VCT dengan kategori memanfaatkan dan tidak memanfaatkan.

Memanfaatkan jika  $\geq$  mean / median

Tidak memanfaatkan jika  $<$  mean / median

Rumus persentase jawaban responden :

$$P = \frac{F}{N} \times 100$$

N

Keterangan :

P = Persentase

F = Jumlah

N = Jumlah Responden

#### *b. Analisis Bivariat*

Analisa data yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel antara variabel independen dengan variabel dependen. Adapun uji hipotesa yang akan digunakan untuk menguji kemaknaan hubungan dengan analisis chi-square test dengan tingkatan kepercayaan 95%. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga bila nilai p ( probabilitas )  $\leq$  0,05 maka secara statistik disebut “bermakna” ( signifikan ) dan jika p ( Probabilitas )  $>$ 0,05 maka hasil peritungan statistik terebut “tidak bermakna.”

Rumus Chi-Square :

$$X^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Chi Square

O = Hasil evaluasi

E = Hasil yang diharapkan

Apabila  $p$  ( probabilitas)  $\leq 0,05$ , maka ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Apabila  $p$  (probabilitas)  $> 0,05$ , maka tidak ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

### *c. Analisis Multivariat*

Untuk menguji hubungan antara keseluruhan variabel independen dengan variabel dependen, sehingga didapatkan faktor perilaku yang paling dominan berhubungan dengan pemanfaatan layanan Voluntary and Testing ( VCT ). Langkah pertama yang akan dilakukan adalah melakukan seleksi bivariat masing – masing variabel independent dan variabel dependen. Karena variabel dependen adalah kategorik dikolom yaitu memanfaatkan dan tidak memanfaatkan maka uji yang digunakan adalah uji regresi dengan rumus :

$$Y = a + bX$$

Keterangan :

Y = Variabel terikat

A = Konstanta regresi

bX = Nilai turunan atau peningkatan variabel bebas

Pengambilan keputusan dalam uji regresi dapat mengacu pada dua hal yakni : jika nilai  $t$  hitung lebih besar dari nilai  $t$  tabel, artinya variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat. Jika nilai  $t$  hitung lebih besar dari nilai  $t$  tabel, artinya variabel bebas tidak berpengaruh terhadap variabel terikat. Atau

dengan cara membandingkan nilai signifikansi dengan probability 0,05. Jika nilai signifikansi tidak lebih dari nilai probabilitas 0,05 artinya variabel bebas berpengaruh secara signifikan terhadap variabel terikat. Dan Jika nilai signifikansi lebih besar dari nilai probabilitas 0,05 artinya variabel bebas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel terikat. ( Sugiono, 2011)

## **4.6 Etika Penelitian**

### 4.6.1 Proses pengambilan data

Setelah mendapatkan surat pengantar dari STIKES Perintis Sumbar, peneliti melapor kepada KPA Kota Bukittinggi. Penelitian ini dilakukan pada bulan April – Mai 2017. Sebelum penelitian dilakukan semua responden penelitian diberi informasi tentang tujuan penelitian. Setiap responden berhak menolak atau menyetujui sebagai subjek penelitian. Bagi mereka yang setuju akan diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi subjek penelitian yang telah ditetapkan. Selanjutnya peneliti memberikan kuesioner, pada saat pengisian kuesioner responden di dampingi oleh peneliti agar responden tidak bingung, penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi :

### 4.6.2 *Informed Consent* ( lembar persetujuan )

Lembaran persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria sebagai responden. Bila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak – hak responden. Bagi responden yang bersedia langsung menandatangani lembaran persetujuan penelitian.

#### 4.6.3 *Anonymity* ( tanpa nama )

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode masing – masing lembar tersebut . Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi harus juga dihilangkan.

#### 4.6.4 *Confidentiality* ( kerahasiaan )

Kerahasiaan informasi responden tersebut dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilampirkan sebagai hasil penelitian .

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini akan memaparkan tentang pembahasan hasil penelitian, keterbatasan peneliti baik dari segi aspek metodologi maupun proses pelaksanaan dan implementasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, keilmuan dan penelitian berikutnya

#### **5.1 Hasil Penelitian**

Penelitian tentang faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan kurangnya pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017. Telah dilakukan pada tanggal 19 April – 20 Mei 2017 dengan jumlah sampel 50 orang.

Pengumpulan data dari hasil penelitian yang telah dilakukan dengan cara membagikan kuesioner pada responden yang dipilih sesuai kriteria sampel dan alat ukurnya adalah kuesioner dan pengolahan data melalui komputerisasi didapatkan dari tiga faktor yang diteliti yaitu : faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ), dan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ).

## 5.2 Hasil Analisis Univariat

Analisa Univariat melihat gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari masing – masing variabel independen yaitu faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) dan variabel dependen pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi, dengan sampel sebanyak 50 orang. Peneliti mendapatkan data univariat tentang faktor – faktor perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yakni : faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) sebagai berikut :

### 5.2.1 Karakteristik Responden

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Status Perkawinan dan Pendidikan Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

<b>Komponen</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
Umur		
Remaja	27	54
Dewasa awal	22	44
Dewasa Akhir	1	2
Status Perkawinan		
Belum Menikah	47	94
Berceraai	3	6
Tingkat Pendidikan		
Rendah	14	28
Menengah	32	64
Tinggi	4	8

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia sebahagian besar komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) adalah usia remaja yakni 27 orang ( 54%), Status perkawinan belum menikah yakni 47 orang ( 94%), dan tingkat pendidikan lebih dari separoh adalah menengah yakni 32 orang ( 64% ).

### 5.2.2 Faktor Pemungkin (*Predisposing factor*) : Pengetahuan

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Faktor Pemungkin (*Predisposing factor*) : Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

<b>Pengetahuan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
Baik	43	86
Cukup	7	14
Jumlah	50	100

Tabel 5.4 menunjukkan hampir keseluruhan komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memiliki Faktor Pemungkin / *Predisposing factor* : pengetahuan yang

baik tentang HIV/ AIDS dan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT) yaitu sebanyak 43 orang ( 86% ).

### 5.2.3 Faktor Pendukung (*Enabling factor*): Keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Faktor Pendukung (*Enabling factor*) : Keyakinan Terhadap Ketersediaan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT), Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

Keyakinan	Frekuensi	%
Positif	39	78
Negatif	11	22
Jumlah	50	100

Tabel 5.3 menunjukkan sebagian besar komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL) memiliki faktor pendukung / *enabling factor* : keyakinan yang positif terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) yaitu sebanyak 39 orang ( 78% ).

### 5.2.4 Faktor Penguat (*Reinforcing factor*) : Stigma dan Deskriminasi

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Faktor Penguat (*Reinforcing factor*) : Stigma dan Deskriminasi Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

Stigma	Frekuensi	%
Positif	41	82
Negatif	9	18
Jumlah	50	100

Tabel 5.4 menunjukkan hampir keseluruhan komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memiliki faktor penguat / *Reinforcing factor* : stigma dan deskriminasi positif yaitu sebanyak 41 orang ( 82% ).

### 5.2.5 Pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )  
Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017

Pemanfaatan	Frekuensi	%
Memanfaatkan	29	58
Tidak Memanfaatakan	21	42
Jumlah	50	100

Tabel 5.5 menunjukkan lebih dari separoh komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) di Kota Bukittinggi yaitu sebanyak 29 orang ( 58% )

### 5.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen yaitu faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan, faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) dengan variabel dependen yaitupemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi. Pengujian hipotesis untuk pengambilan keputusan apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk diterima atau ditolak dengan menggunakan pengujian statistik *Chi-Square*. Hubungan variabel dependen dan variabel independen dikatakan bermakna apabila nilai p yang

diperoleh  $\leq 0,05$ . Hasil dari analisa bivariat pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

**5.3.1 Hubungan faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi :  
pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )**

**Tabel 5.6**  
**Hubungan Faktor Pemungkin ( *Predisposing factor* ) Meliputi : Pengetahuan Dengan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

Pengetahuan	Pemanfaatan Layanan VCT				Total		OR ( CI	P Value
	memanfaatkan		Tidak memanfaatkan		n	%		
	n	%	n	%			n	%
<b>baik</b>	28	65.1	15	34.9	43	100	11.200	0.033
<b>cukup</b>	1	14.3	6	85.7	7	100	(1.231-	
<b>Total</b>	29	58.0	21	42.0	50	100	101.886 )	

Tabel 5.6 menunjukkan dari 43 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki pengetahuan baik dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 28 orang ( 65.1 % ). Selanjutnya dari 7 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan cukup dan tidak memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 6 orang ( 85.7% ).

Hasil uji *Chi-Square* didapatkan  $p = 0.033$  (  $p < 0.05$  ), ini berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak, dengan OR = 11.200 artinya Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan baik

berpeluang 11.2 kali untuk memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ), dibandingkan dengan Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan cukup.

**5.3.2 Hubungan faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )**

**Tabel 5.7**  
**Hubungan Pendukung ( *Enabling factor* ) Meliputi : Keyakinan Terhadap Ketersediaan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) Dengan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

Keyakinan ketersediaan layanan VCT	Pemanfaatan layanan VCT				Total	OR ( CI 95%)	P Value
	memanfaatkan		Tidak memanfaatkan				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Positif</b>	26	66.7	13	33.3	39	100	5.333
<b>Negatif</b>	3	27.3	8	72.7	11	100	(1.209 - 0.036)
<b>Total</b>	29	58.0	21	58.0	50	100	23.536)

Tabel 5.7 menunjukkan dari 39 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT positif dan telah memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 26 orang ( 66.7 % ). Dan dari 11 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT negatif dan tidak memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 8 orang ( 72.7% ).

Uji *Chi-Square* didapatkan hasil  $p = 0.036$  (  $p < 0.05$  ), ini berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara keyakinan ketersediaan layanan VCT dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas

Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka Ha diterima dan Ho ditolak, dengan OR = 5.333 artinya Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT positif berpeluang 5.3 kali untuk memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) , dibandingkan dengan Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT negatif .

### 5.3.3 Hubungan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi HIV dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

**Tabel 5.8**  
**Hubungan Faktor Penguat ( *Reinforcing factor* ) Meliputi : Stigma dan Deskriminasi HIV Dengan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017**

Stigma dan Deskriminasi	Pemanfaatan layanan VCT				Total	OR (CI 95 %)	P value
	memanfaatkan		Tidak memanfaatkan				
	n	%	n	%			
<b>Positif</b>	23	56.1	18	43.9	41	100	0.639
<b>negatif</b>	6	66.7	3	33.3	9	100	( 0.140-
<b>Total</b>	29	58.0	21	42.0	50	100	2.912 )

Tabel 5.8 menunjukkan dari 41 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki stigma dan deskriminasi positif dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 23 orang ( 56.1 % ). Selanjutnyadari 9 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki stigma & deskriminasi negatif dan tidak memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT) adalah sebanyak 3 orang ( 33.3% ).

Uji *Chi-Square* didapatkan hasil  $p = 0.716$  ( $p > 0.05$ ), ini berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara stigma & deskriminasi dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki (LSL) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka  $H_a$  ditolak,  $H_o$  diterima.

### 5.3.4 Kesimpulan Analisis Bivariat

Ringkasan dari hasil analisis bivariat terhadap variabel – variabel yang dapat berhubungan dengan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

**Tabel 5.9**  
**Ringkasan Hasil Analisis Bivariat**

V.Indepen	V.Dependen	P value	Signifikasi
Pengetahuan	Pemanfaatan Layanan VCT	0.033	Ada hubungan signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT
Keyakinan Ketersediaan layanan VCT		0.036	Ada hubungan signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT
Stigma dan Deskriminas		0.716	Tidak ada hubungan signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT

### 5.3.5 Seleksi Bivariat

Variabel – variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel independen. Bila hasil bivariat menghasilkan nilai  $p \text{ value} < 0,25$  maka variabel tersebut bisa langsung masuk ke tahap multivariat. Untuk tabel independen yang menghasilkan  $p \text{ value} > 0.25$  dan dianggap penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan juga kedalam model multivariat. Setelah dilakukan

seleksi bivariat dengan menggunakan model *regresi linear*, kita dapat melihat hasil nilai p value pada kolom sebagai berikut :

**Tabel 5.10**  
**Hasil seleksi Bivariat menggunakan variabel independen dengan pemanfaatan layanan**

No	Variabel independen	P value
1	Pengetahuan	0.033
2	Keyakinan Ketersediaan layanan VCT	0.036

Tabel 5.10 menunjukkan variabel pengetahuan dan variabel keyakinan ketersediaan layanan VCT berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan VCT.

#### 5.4 Hasil Analisis Multivariat

Analisis Multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Uji analisis menggunakan analisis *regresi linear* sederhana karena semua variabel adalah kategorik.

##### 5.4.1 Uji Regresi Linear

Hasil analisis bivariat semua variabel yang menunjukkan nilai p value < 0,25 diikuti dalam analisis multivariat. Dari uji analisis korelasi dan regresi maka nilai p value stigma dan deskriminasi dikeluarkan dari permodelan .

**Tabel 5.11**  
**Hasil Analisis korelasi dan regresi Pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT**

Variabel	r	R2	Persamaan garis	P value
Pengetahuan	0.357	0.128	Pemanfaatan layanan VCT = 0.635 + 0.508* Pengetahuan	0.011

Semakin besar nilai R square, makin tepat variabel independen memprediksi variabel dependen

Hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan layanan VCT menunjukkan hubungan kuat (  $r=0.357$  ) dan berpola positif. Artinya semakin besar pengetahuan

semakin besar pemanfaatan layanan VCT. Nilai koefisien dengan determinasi 0.128 artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 12.8% variasi pengetahuan yang diperoleh cukup baik. Hasil uji statistik ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan ( $P=0.011$ )

**Tabel 5.12**  
**Hasil Analisis korelasi dan regresi Keyakinan dengan pemanfaatan layanan VCT**

Variabel	r	R2	Persamaan garis	P value
Keyakinan ketersediaan layanan	0.331	0.109	Pemanfaatan layanan VCT = $0.879 + 0.394*$ Pengetahuan	0.019

Semakin besar nilai R square, makin tepat variabel independen memprediksi variabel dependen

Hubungan Keyakinan ketersediaan layanan dengan pemanfaatan layanan menunjukkan hubungan yang kuat ( $r=0.331$ ) dan pola positif. Artinya semakin bertambah keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT semakin besar pemanfaatan layanan VCT. Nilai Koefisien dengan determinasi 0.109 artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 12.8% variasi pengetahuan yang diperoleh cukup baik. Hasil uji statistik ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan ( $P=0.019$ )

**Tabel 5.13**  
**Hasil Analisis korelasi dan regresi Stigma dengan pemanfaatan layanan VCT**

Variabel	r	R2	Persamaan garis	P value
Stigma dan deskriminasi	-0.82	0.007	Pemanfaatan layanan VCT = $1.772 - 0.106*$ Pengetahuan	0.570

$P \text{ value} > 0.05$

Hubungan stigma dan deskriminasi dengan pemanfaatan layanan menunjukkan hubungan yang lemah  $r = -0.82$  dan pola negatif. Artinya semakin bertambah stigma dan deskriminasi tidak menambah pemanfaatan layanan VCT.

## 5.4.2 Regresi linear berganda

Setelah dilakukan analisis korelasi dan regresi dilakukan permodelan multivariat dengan mengeluarkan p value > 0.05 sebagai berikut :

**Tabel 5.14**  
**Regresi linear berganda**

Variabel	R Square	P value
Pengetahuan	0.128	0.011
Keyakinan ketersediaan layanan	0.109	0.019
Stigma dan deskriminasi	0.007	0.570

Stigma dan deskriminasi p value 0.570 lebih > p value 0.05. Setelah dikeluarkan kita dapat melihat variabel lainnya dengan menggunakan uji regresi regresi berganda sebagai berikut:

**Tabel 5.15**  
**Hasil uji regresi linearakhir antara Variabel Independen dengan pemanfaatan layanan Voluntary Counseling and Testing ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi**

Variabel	B	Beta	Sig	R Square	P Value
Constant	0.208		0.614		
Kategori Pegetahuan	0.431	0.303	0.028*	0.197	0.006
Kategori keyakinan ketersediaan layanan VCT	0.321	0.269	0.049		

\*Bermakna pada sig <0.05

Tabel 5.11 menunjukkan hasil analisis terlihat variabel – variabel yang menunjukkan nilai probabilitas ( Sig ) < 0.05 menunjukkan variabel berpengaruh. Tabel 5.11 menunjukkan kategori pengetahuan lebih signifikan berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan VCT. Kategori keyakinan ketersediaan layanan VCT mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan layanan VCT

## 5.5 Pembahasan

### 5.5.1 Analisa Univariat

#### a. Faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan

Tabel 5.2 menunjukkan , hampir keseluruhan komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memiliki Faktor Pemungkin / *Predisposing factor* : pengetahuan yang Baik tentang HIV/ AIDS dan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT) yaitu sebanyak 43 orang ( 86% ) dan 7 orang ( 14% ) memiliki pengetahuan cukup.

Menurut Notoatmodjo ( 2007 ) pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tidak saja didapat dari pendidikan formal namun juga bisa didapat melalui pengalaman. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yakni aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap seseorang dalam menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Teori Pender menyatakan pentingnya promosi dan pencegahan kesehatan untuk dilakukan guna peningkatan kesehatan klien atau masyarakat yang lebih baik dan optimal.

Hasil penelitian Wahyuni Syahrir Tahun 2013 , 83,5 % responden memiliki pengetahuan tinggi dan ada hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan klinik VCT. Hasil penelitian Zelalem Tahun 2010, 86.3% responden memiliki pengetahuan yang baik tentang VCT dengan responden mayoritas penduduk yang tinggal di daerah urban.

Asumsi peneliti, seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik akan memiliki pemahaman yang lebih tinggi, sehingga akan menimbulkan kesadaran pada dirinya untuk melaksanakan tindakan pencegahan agar terhindar dari penyakit HIV, sehingga mereka akan memanfaatkan secara maksimal layanan kesehatan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ). Bagi mereka yang memiliki pengetahuan kurang dan cukup, maka kesadaran untuk melakukan tindakan pencegahan juga kurang sehingga kurang memanfaatkan layanan VCT dengan baik. .

**b. Faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )**

Tabel 5.3 menunjukkan , Sebagian besar komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memiliki faktor pendukung / *enabling factor* : keyakinan yang positif terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) yaitu sebanyak 39 orang ( 78%), 11 orang ( 22 %) memiliki keyakinan negatif.

Keyakinan terhadap pemanfaatan layanan merupakan salah satu faktor kesiapan seseorang untuk berperilaku atau bertindak ( Notoatmodjo, 2007) .Sikap dan keyakinan individu akan ketersediaan, manfaat yang didapat dari layanan kesehatan.Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar .Hasil penelitian Mujiati Tahun 2013, di kota Bandung menginformasikan sebanyak 69.0 % responden memiliki sikap yang baik terhadap klinik VCT , sejalan dengan itu

hasil penelitian Suriyani Tahun 2014 menginformasikan ada hubungan faktor ketersediaan dan faktor penerimaan terhadap pemanfaatan layanan VCT.

Asumsi peneliti seseorang Lelaki Seks Lelaki yang memiliki keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT) akan lebih bersifat terbuka terhadap layanan dan lebih memanfaatkan layanan yang tersedia agar status kesehatannya tetap terjaga dengan baik.

### **c. Faktor Penguat (*Reinforcing factor*) : Stigma dan Deskriminasi**

Tabel 5.4 menunjukkan , hampir keseluruhan komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memiliki faktor penguat / *Reinforcing factor* : stigma & deskriminasi positif yaitu sebanyak 41 orang( 82%), 9 orang ( 18 % ) memiliki stigma dan deskriminasi negatif.

Stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma yang terkait dengan HIV/AIDS adalah semua sikap yang tidak menyenangkan dan ditunjukkan kepada mereka yang hidup dengan HIV/AIDS ( ODHA) dan terhadap mereka yang dicintai, rekan dekat, kelompok sosial dan masyarakat ( Kementrian Kesehatan, 2015 ). UNAIDS mendefenisikan stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status HIVnya. Hasil penelitian Risanita Tahun 2014 di Yayasan IGAMA Malang menginformasikan tidak ada stigma dan deskriminasi terhadap LSL oleh petugas kesehatan.

Menurut analisis peneliti stigma dan deskriminasi pada Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) merupakan salah satu tantangan yang bila tidak teratasi akan menjadi

penghambat upaya penanggulangan HIV/AIDS. Stigma yang sudah menjadi hukuman sosial dari masyarakat dan atau petugas kesehatan membuat komunitas ini enggan untuk melakukan pemeriksaan dan enggan untuk mengetahui hasil tes dan membuat mereka cenderung menyembunyikan penyakitnya.

#### **d.Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )**

Tabel 5.5 menunjukkan , lebih dari separuh komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) memanfaatkan Layanan VCT yakni 29 orang ( 58%), dan 21 orang (42%) tidak memanfaatkan layanan VCT.

Banyak faktor yang mempengaruhi individu untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Perilaku pada manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari diri maupun dari luar ( Green, 1980 ). Faktor perilaku pemanfaatan layanan bisa berupa pengetahuan, motivasi, persepsi, emosi, proses pembelajaran dan sebagainya ( Notoatmodjo, 2006 ). Hasil penelitian Suriyani Tahun 2014 menginformasikan tidak ada hubungan aksesibilitas dan faktor keterjangkauan dalam pemanfaatan layanan VCT di Jayapura. Hasil penelitian Mujiati Tahun 2013 menginformasikan 69.0 % responden memiliki persepsi yang baik terhadap klinik VCT dengan tingkat pemanfaatan sedang.

Asumsi peneliti jadwal pelayanan yang terbatas membuat komunitas Lelaki Seks Lelaki enggan datang ke Layanan, Hal ini bisa diatasi dengan membuat jadwal layanan di luar jam dinas biasa. Serta adanya pemahaman yang salah dari komunitas atas perilaku mereka merupakan faktor pendorong mereka kurang memanfaatkan layanan VCT.

## 5.5.2 HASIL ANALISA BIVARIAT

### a. Hubungan faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi :

pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

Tabel 5.6 menunjukkan 43 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki pengetahuan baik dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*(VCT) adalah sebanyak 28 orang ( 65.1 % ). Dan dari 7 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan cukup dan tidak memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 6 orang ( 85.7% ).

Setelah dilakukan uji statistic dengan uji *Chi-Square* didapatkan hasil  $p = 0.033$  (  $p < 0.05$  ), ini berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka  $H_a$  diterima, dengan  $OR = 11.200$  artinya Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan baik berpeluang 11.2 kali untuk memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) , dibandingkan dengan Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki pengetahuan cukup.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyunita dkk Tahun 2013 dengan responden sebanyak 133 orang , dimana 111 orang ( 63.4%) memiliki pengetahuan tinggi dan memanfaatkan klinik VCT dengan baik. Hasil penelitian Risanita Diah Fatmala di Yayasan IGAMA Malang dimana 9 responden dari 11 responden yang diwawancarai memiliki pengetahuan baik dan

ada hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT. Menurut Notoatmodjo ( 2007 ) pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tidak saja didapat dari pendidikan formal namun juga bisa didapat melalui pengalaman. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang, Pengetahuan merupakan suatu hasil tahu, dan hasil penginderaan terhadap suatu objek, sesuai pendapat Notoatmodjo (2007) Pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman akan berjangka lebih panjang jika dibandingkan pengetahuan yang diperoleh dari media. Dimana Individu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih menyadari pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan.

Hasil penelitian Zelalem Addis, dkk yang dilakukan pada bulan mai 2010 di Ethiopia menyatakan 86,3% respondennya memiliki pengetahuan yang baik tentang VCT sehingga memiliki sikap yang positif terhadap layanan yakni 73.3% dengan rerata responden berusia 20 tahun.

Asumsi peneliti, adanya hubungan Faktor pemungkin / Presdiposing factor meliputi pengetahuan dengan pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ). Semakin tinggi pengetahuan seseorang akan membuatnya lebih mudah memahami pemanfaatan layanan kesehatan. Hal ini dapat dilihat masih ada satu orang Lelaki Seks Lelaki (LSL) yang memiliki pengetahuan cukup namun masih memanfaatkan layanan VCT.

**b. Hubungan faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT )**

Tabel 5.7 menunjukkan dari 39 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT positif dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 26 orang ( 66.7 % ). Dan dari 11 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT negatif dan tidak memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 8 orang ( 72.7% ).

Uji *Chi-Square* didapatkan hasil  $p = 0.036$  (  $p < 0.05$  ), ini berarti bahwa terdapat hubungan bermakna antara keyakinan ketersediaan layanan VCT dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka  $H_0$  diterima, dengan  $OR = 5.333$  artinya Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT positif berpeluang 5.3 kali untuk memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) , dibandingkan dengan Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki keyakinan ketersediaan layanan VCT negatif

Menurut Notoatmodjo ( 2007 ) perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu, kelompok maupun penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara sedang berkembang sangat bervariasi .Keyakinan terhadap pemanfaatan layanan merupakan salah satu faktor kesiapan seseorang untuk berperilaku atau. Sikap dan

keyakinan individu akan ketersediaan, manfaat yang didapat dari layanan kesehatan.

Hasil penelitian Mujiati Tahun 2013 di Bandung ada hubungan signifikan antara sikap dan keyakinan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan yakni 69,0 %. Hasil penelitian Risanita diah fatmala di Yayasan IGAMA Malang melalui wawancara juga menyatakan ketersediaan layanan , fasilitas dan sarana memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Ilesanmi Ayodele,dkk Tahun 2014 yang telah melakukan penelitian di Nigeria dengan hasil adanya hubungan pemanfaatan layanan VCT dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS ( $F(1.266)=1.754:P<0.05$ )

Asumsi peneliti , ketersediaan layanan kesehatan merupakan faktor penting dalam pemanfaatan layanan kesehatan, Jadwal pelayanan VCT yang terbatas, ketersediaan sarana dan prasarana dilayanan juga merupakan faktor penghambat dalam hal pemanfaatan layanan VCT oleh komunitas Lelaki Seks Lelaki (LSL).Hal ini dikarenakan jam kegiatan komunitas yang berbeda dengan pemberi layanan. Sehingga membuat mereka lebih menunda pemeriksaan dari pada meninggalkan aktifitas mereka.

**c.Hubungan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi HIV dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )**

Tabel 5.8menunjukkan 41 orang Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), yang memiliki stigma & deskriminasi positif dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) adalah sebanyak 23 orang ( 56.1 % ). Dan dari 9 orang Lelaki

Seks Lelaki ( LSL ) yang memiliki stigma dan deskriminasi negatif dan memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT) adalah sebanyak 6 orang ( 66.7% ).

Uji *Chi-Square* didapatkan hasil  $p = 0.716$  (  $p > 0.05$  ), ini berarti bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara stigma & deskriminasi dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing*( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017 maka  $H_a$  ditolak dan  $H_o$  diterima

Stigma yang terkait dengan HIV/AIDS adalah semua sikap yang tidak menyenangkan dan ditunjukkan kepada mereka yang hidup dengan HIV/AIDS ( ODHA) dan terhadap mereka yang dicintai, rekan dekat, kelompok sosial dan masyarakat ( Kementrian Kesehatan, 2015 ). Penelitian yang dilakukan oleh Yeni Tesa Tahun 2015 menginformasikan responden yang memiliki stigma diri rendah 52.7 % lebih memanfaatkan layanan dari pada responden yang memiliki stigma diri tinggi, dan ada hubungan stigma diri sendiri dengan pemanfaatan layanan VCT. UNAIDS mendefenisikan stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status HIVnya. Hasil survey Kemenkes lebih dari 50% ODHA pernah mendapatkan tindakan diskriminasi dari layanan kesehatan. Hasil penelitian Julie Abimanyi di Kenya Tahun 2003, menginformasikan stigma masih merupakan kendala bagi pelayanan kesehatan dalam penanggulangan pencegahan kasus HIV/ AIDS. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Leni Syafitri, Tahun 2012 yang

menginformasikan terdapat hubungan signifikan antara stigma dan deskriminasi dengan pemanfaatan layanan PITC di poli klinik Rutan Cipinang.

Asumsi peneliti, banyak faktor lain yang menyebabkan seseorang enggan datang kelayanan, salah satunya ketakutan akan hasil tes labor HIV, resiko kebocoran hasil tes darah juga merupakan salah satu penghalang seseorang datang untuk memnafaatkan layanan. Dari penelitian ini stigma tidak mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan layanan *Voluntary Couseling and Testing* ( VCT ) di Kota Bukittinggi.

### **5.3 HASIL ANALISIS MULTIVARIAT**

Tabel 5.11 hasil analisa multivariat ternyata variabel yang memiliki kekuatan hubungan lebih berpengaruh dengan Pemanfaatanlayanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) adalah Pengetahuan, sedangkan variabel keyakinan terhadap ketersediaan layanan memiliki hubungan berpengaruh. Sedangkan Stigma dan deskriminasi tidak diikut sertakan karena memiliki uji regresi linear dengan nilai signifikan  $> 0.05$  dan p value  $< 0.25$  yakni 0,033.

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Semakin tinggi pengetahuan seseorang akan lebih meningkatkan pemahaman mereka tentang sesuatu sehingga merangsang untuk mengambil keputusan untuk melakukan tindakan dan melakukan pemanfaatan layanan kesehatan guna peningkatan status kesehatan

Asumsi peneliti, pengetahuan adalah domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang, semakin tinggi pengetahuan seseorang maka kemungkinan untuk mencari layanan kesehatan akan semakin tinggi juga, dimana individu yang memiliki pengetahuan baik akan lebih menyadari pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan.

#### 5.4 Keterbatasan Penelitian

Setelah dilakukan penelitian ini ada terdapat beberapa keterbatasan yang peneliti temukan :

##### a.Keterbatasan dari segi waktu penelitian

Waktu yang dialokasikan oleh kampus tidak dapat dialokasikan dengan baik , karena banyaknya waktu yang bersamaan dengan pekerjaan peneliti yang sama dan seiring dengan berjalannya penyelesaian skripsi ini. Responden yang cukup sulit ditemui, ketergantungan peneliti terhadap teman penjangkau lapangan yang cukup tinggi dengan batasan waktu yang kampus berikan juga menjadi penyebab agak terlambatnya waktu pengolahan data oleh peneliti.

##### b.Keterbatasan dari diri peneliti

Penelitian ini merupakan penelitian awal bagi peneliti, sehingga mungkin masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, beban kerja yang cukup berat dan tuntutan keluarga juga menambah keterbatasan bagi peneliti dalam menyelesaikan penelitian. Kurangnya sumber literatur khususnya jurnal penelitian terkait yang pernah dilakukan yang cukup terbatas membuat keterlambatan dari penyelesaian penelitian ini.

##### c.Keterbatasan dari segi instrumen penelitian

Peneliti menyadari, hasil penelitian ini belum tentu valid 100% kebenarannya, karena keterbatasan pengetahuan penelititerutama dalam uji validitas dan SPSS.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah peneliti lakukan pada 50 orang Komunitas Lelaki Seks Lelaki tentang Faktor – Faktor Perilaku yang berhubungan dengan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017, dapat disimpulkan sebagai berikut :

6.1 Hampir keseluruhan Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017 memiliki pengetahuan baik tentang HIV .

6.2 Hampir keseluruhan Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017 memiliki keyakinan positif terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

6.3 Hampir keseluruhan Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017 memiliki Stigma dan Diskriminasi positif terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

6.4 Lebih dari separoh separoh Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017 melakukan Pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT )

6.5 Ada hubungan faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017

6.6 Ada hubungan antara faktor pendukung ( *Enabling factor* ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017

6.7 Tidak ada hubungan faktor penguat ( *Reinforcing factor* ) meliputi : stigma dan deskriminasi HIV dengan pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi Tahun 2017

6.8 Faktor yang lebih mempengaruhi lebih signifikan Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di Kota Bukittinggi Tahun 2017 adalah faktor pemungkin ( *Predisposing factor* ) meliputi : pengetahuan , sedangkan faktor yang signifikan mempengaruhi pemanfaatan layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) adalah faktor pendukung ( *enabling factor* )

## **6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang dikemukakan diatas beberapa saran yang ingin peneliti sampaikan diantaranya :

### 6.2.1 Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan pada peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian lebih lanjut tentang Faktor – faktor Perilaku yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) untuk meneliti faktor lainnya seperti sikap ,

perilaku petugas kesehatan, pekerjaan dan dukungan orang tua atau teman sebaya dengan desain yang berbeda.

#### 6.2.2 Bagi Instansi Pendidikan

Agar hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan referensi kepustakaan terutama dalam mengkhususkan pembelajaran atau sebagai tinjauan teori dan sumber informasi.

#### 6.2.3 Bagi lahan penelitian

- a. Agar petugas kesehatan lebih menguatkan kegiatan penyuluhan atau pendidikan, dan lebih meningkatkan pemahaman tentang HIV / AIDS khususnya pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ), baik melalui kegiatan penjurusan dengan jadwal yang terencana, media diskusi, metoda penyuluhan dan pemahaman perilaku beresiko, serta melakukan kerjasama dengan lintas sektor dan lintas program terkait, seperti psikologi, Perawat jiwa dan keagamaan.
- b. Agar petugas di klinik layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) lebih menjelaskan lagi tujuan, manfaat dan langkah – langkah alur layanan konseling serta jadwal pemeriksaan ulang agar klien lebih memanfaatkan klinik VCT dengan baik
- c. Agar petugas lebih memberikan pengertian yang baik kepada klien khususnya dalam hal persiapan klien dalam menghadapi penyampaian hasil testing dan menciptakan suasana konseling yang nyaman

- d. Agar klien yang sudah pernah mengikuti layanan *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) menyebarkan informasi tentang HIV dan layanan kepada pasangan atau komunitasnya .

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggoro, M.Toha (et.al).2014. *Metodologi Penelitian*.Tangerang Selatan : Universitas Terbuka
- Alwisol. 2004. *Psikologi Kepribadian*, malah : UMM Press
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta
- Azwar.A.2006. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan* : Aplikasi Prinsip Pemecahan Masalah. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta
- Adsis, Zalalaem .2010. Knowledge, Attitude and Practice Towards Voluntary Counseling and Testing Among University Student in Nort West Ethiopia : a cross sectional Study. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/714/prepub>. *BMC Public Health*. 2013. 13:714
- Caroll, Jenell L. 2007. *Sexuality Now Embracing Diversity*. Belmont : Wadsworth-Thompson, Inc

- DepKes. 2006. *Modul Pelatihan Konseling dan Tes Suka Rela HIV*. Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan .Jakarta
- Hudak & Gallo. 2012. *Keperawatan kritis pendekatan holistik* Vol. I. Jakarta : EGC
- Ilyas, Y .2006. *Asuransi Kesehatan-review Utilisasi manajemen klaim & Fraud ( Kecurangan asuransi kesehatan )* FKM, UI. Jakarta
- Irianto,K. 2010 *Memahami Seksologi*. Bandung : Sinar Baru Algensindo
- Isaacs,Ann.RN,CS, MSN. 2004. *Panduan belajar : Keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Jakarta : EGC
- Kementrian Kesehatan. 2011. *Modul Pelatihan Konseling dan Tes HIV*. Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan. Jakarta
- 2011. *Pedoman Konseling dan Tes HIV* . Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan. Jakarta
- . 2014. *Buku saku informasi HIV-AIDS dan IMS*.Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan .Jakarta
- . 2015. *Infeksi Menular Seksual Pedoman Praktis Diagnosis dan Tatalaksana*. Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan .Jakarta
- . 2015.*Intervensi Penurunan Stigma dan Diskriminasi pada Pelayanan HIV dan IMS bagi Petugas FasYan Kes*. Direktorat Jenderal Penyehatan Lingkungan. Jakarta
- . Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS. 2007-2010
- Hastono, Sutanto Priyo. 2016 : *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada.
- Kholic, Galin. 2011: Orientasi seksual dalam kacamata Psikologi, diakses tanggal 5 juli 2011 ( [galinkholic.blogspot.co.id/2011/07/orientasi seksual dalam kacamata psikologi.html](http://galinkholic.blogspot.co.id/2011/07/orientasi-seksual-dalam-kacamata-psikologi.html) )
- Koening Blais, Kathleen ( et.al ). 2012. *Praktik Keperawatan Profesional Konsep & Persepsi*. Jakarta : EGC
- Kusumawati, Farida. 2010. *Buku ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Laporan P2P .2016. Daftar jumlah Konselor Kota Bukittinggi.

- Media, Yulfira, M.Si. 2014. *Laporan Penelitian, Kajian Pengembangan HIV/AIDS Melalui Pendekatan Sosial Budaya*. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Bidang Penelitian dan Pengembangan. Prvinsi Sumatera Barat.
- Mujiati, Julianty Pradono, 2013. Faktor persepsi dan sikap dalam pemanfaatan layanan Voluntary Counseling and Testing ( VCT ) oleh kelompok beresiko HIV/AIDS di Kota Bandung, *Jurnal Kesehatan Reproduksi* Vol.5 No1, April 2014 : 49-57
- Monev HIV/AIDS .2016. Dinas Kesehatan Kota. Bukittinggi
- Namazzi, Julie Abimanyi. 2003. Determinants of Using Voluntary Counselling and Testing for HIV/ AIDS in Kenya. *Journal of Management Policy and Practice*
- Nugroho, A,(2012 ). Peran faktor harga diri dan pusat pengendalian diri terhadap perilaku seksual lelaki seks dengan lelaki di Jakarta Timur. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia* Vol.1.1.2012 : 21-29
- Notoatmodjo,S 2006. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta  
----- . 2007. Promosi Kesehatan dan ilmu perilaku : Jakarta. Rineka Cipta  
----- . 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Infomedika
- Pedoman Penetapan Tes dan Konseling HIV Terintegrasi di Sarana Kesehatan ( KTIP ), 2010
- Olisola, Ilesanmi Ayodele, dkk. 2014. Sexual Behaviour, HIV/ Striprevention Knowledge, and Utilisation of VCT among the Residents in Sagamu Metropolis of Ogun State, Nigeria. *Internasional Journal of Prevention and Treatment* 2015 , 4 (1); 8-13
- Risanita Diah Fatmala, 2015. Faktor Predisposing, Enabling dan Reinforcing dalam pemanfaatan layanan VCT oleh laki – laki seks dengan laki – laki ( LSL ) di Malang. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol 4, No.1 Januari 2016 : 138-150

- Singgalang Padang. 2016 # HIV/AIDS-Portal berita singgalang /berita terkini Sumatera Barat, diakses tanggal 8 oktober 2016. ( <http://hariansinggalang.co.id/tag/hiv aids> )
- Siahaan, Jokie MS. 2009. *Perilaku menyimpang : Pendekatan Sosiologi*. Jakarta : PT Indeks
- Sugiono, 2011. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suriyani, Mappeaty Nyorong, Sudirman Natsir, 2014, *Faktor pendorong terhadap pemanfaatan layanan VCT HIC & AIDS* di Kabupaten Jayapura .Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makasar
- Syafitri, Leni. 2012. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Pemanfaatan Pelayanan PITC Bagi Tahanan dan Warga Binaan Perumahan (WBP) Beresiko Tinggi HIV/AIDS di Poloklinik Rutan Kelas I Cipinang. Tesis. UI
- Yani, Achir .S.Hamid, MN,DNSc, 2009. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa* . Jakarta : EGC

Lampiran 1

**PERMOHONAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
LEMBARAN KUESIONER**

Kepada Yth.

Calon Responden Penelitian

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang

Nama : Rina Novita

NIM : 1514202072

Alamat : Puhun Pintu Kabun Bukittinggi

Akan mengadakan penelitian dengan judul “ **FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017** “. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang akan merugikan bagi Saudara sebagai responden . Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab kuesioner yang saya ajukan.

Atas kesediaan Saudara menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi,                      2017

Peneliti

Lampiran 2

**FORMAT PERSETUJUAN  
( *INFORMED CONSENT* )**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Rina Novita, mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar dengan judul “ FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing* ( VCT ) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017 “.

Nama :

Umur :

Alamat :

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif bagi diri saya sehingga jawaban yang saya berikan adalah benar dan akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, 2017

Yang membuat pernyataan

( )

**Lampiran 3**

**KISI – KISI KUESIONER**  
**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN**  
**PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*(VCT) PADA**  
**KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki( LSL)**  
**DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017**

<b>Tujuan</b>	<b>Variabel</b>	<b>Jumlah Soal</b>	<b>No Soal</b>
---------------	-----------------	--------------------	----------------

Melihat Faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan <i>voluntary counseling and testing</i> ( VCT ) pada komunitas Lelaki Seks Lelaki ( LSL ) di kota Bukittinggi tahun 2017	<b>Independen</b>		
	Faktor- faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan VCT		
	1. faktor pemungkin ( <i>Predisposing factor</i> ) meliputi :- pengetahuan,	5	1-5
	2. faktor pendukung( <i>Enabling factor</i> ) meliputi : keyakinan terhadap ketersediaan layanan VCT ( <i>Voluntary Counseling and Testing</i> )	5	6-10
	3.faktor penguat ( <i>Reinforcing factor</i> ) meliputi : -stigma & deskriminasi HIV	5	11-15
	<b>Dependen</b>		
	pemanfaatan layanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> ( VCT )	5	16-20

### PERTANYAAN PENELITIAN

Variabel	Pertanyaan Positif	Jumlah Soal	Pertanyaan Negatif	Jumlah soal
Pengetahuan	1,2,4,5,	4	3	1
Keyakinan Terhadap Manfaat Layanan VCT	7,8,10	3	6,9	2

Stigma & deskriminasi HIV	15	1	11,12,13,14	4
Faktor Pemanfaatan layanan VCT	16,17,18,19	4	20	1

Lampiran 4

No. Responden

**FAKTOR – FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN LAYANAN *Voluntary Counseling and Testing*  
( VCT) PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki ( LSL )  
DI KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017**

### **Petunjuk Pengisian Soal**

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti
2. Berilah tanda silang ( X ) atau checklis ( √ ) pada jawaban yang dianggap benar.
3. Jika anda ingin perbaiki jawaban berilah garis dua ( = ) pada jawaban yang salah dan silang atau checklis pada jawaban yang benar.
4. Jika ada yang meragukan tanyalah kepada peneliti.
5. Lembar kuesioner yang telah diisi mohon dikembalikan kembali pada peneliti.

#### **I. Karakteristik Responden :**

1. Nama / Inisial Responden : .....

2. Umur :  Thn

3. Alamat : .....

4. Status Perkawinan :

Belum Menikah       Sudah Menikah

Bercerai

5. Status Pendidikan :

: SD                                       : SLTP

: SLTA                                       : PT

#### **II. Pertanyaan Untuk mengetahui Variabel Independen**

Petunjuk Pengisian :

Pilih salah satu jawaban dibawah ini , untuk setiap pertanyaan ( Berikan tanda X )  
Pada salah satu jawaban yang saudara anggap benar.

Misal : Benar ( x ) atau Salah ( x )

Berilah tanda garis lurus jika jawaban saudara salah , misal (X)

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
	<b>1.Faktor Pemungkin / <i>Presdiponsing</i> Pengetahuan</b>		
1	Virus HIV terdapat dalam darah, cairan vagina dan air mani		
2	Virus HIV membutuhkan waktu yang lama hingga menunjukkan gejala yakni 5-10 Tahun ?		
3	HIV/AIDS dapat ditularkan melalui nyamuk		
4	Yang menjadi gejala jika tubuh terserang infeksi HIV adalah penurunan berat badan > 10% dalam waktu singkat, demam selama 1 bulan lebih, diare kronik selama 1 bulan dan batuk selama 1 bulan		
5	Penularan HIV dapat dicegah melalui menjauhi hubungan seks yang tidak aman, penggunaan jarum suntik yang bergantian dan transfusi darah yang tidak steril		

Petunjuk pengisian

Pilih salah satu jawaban dibawah ini untuk setiap pertanyaan :

( Berikan tanda X )

1. STS : Sangat Tidak Setuju
2. TS : Tidak Setuju
3. S : Setuju
4. SS : Sangat Setuju

No	Pertanyaan	Jawaban			
		STS	TS	S	SS
	<b>2.Faktor Pendukung /<i>enabling</i> Keyakinan Terhadap Ketersediaan Layanan VCT</b>				
6	Memanfaatkan layanan VCT tidak akan mengubah status kesehatan saya terhadap penyakit HIV/ AIDS				
7	Mengikuti program layanan VCT membuat saya merasa tenang				
8	Setelah mengunjungi layanan VCT saya mengetahui cara mengurangi resiko tertular HIV / AIDS				
9	Kegiatan / Perilaku saya tidak beresiko , sehingga saya merasa tidak perlu mengunjungi layanan VCT				
10	Setelah mengunjungi layanan VCT saya mengetahui status kesehatan saya, sehingga saya berniat untuk mengajak pasangan saya untuk ikut memeriksakan diri				

	<b>3. Faktor penguat / <i>reinforcing</i> Stigma &amp; deskriminasi HIV</b>	STS	TS	S	SS
11	Saya takut datang ke layanan VCT karena cemas status HIV/AIDS saya diketahui orang lain				
12	Saya merasa tidak nyaman saat harus berkunjung ke layanan VCT , terutama saat dianjurkan untuk Tes				

	laboratorium ( HIV/AIDS )				
13	Pandangan masyarakat yang merendahkan pasien HIV/AIDS membuat saya enggan datang ke layanan VCT				
14	Petugas menyatakan hasil pemeriksaanya bersifat rahasia, namun saya tetap merasa khawatir akan banyak orang mengetahui status kesehatan saya				
15	Petugas dan team HIV/ AIDS tidak membedakan saya dengan pasien lainnya, mereka tetap ramah dalam memberikan layanan				

### III.Pertanyaan Untuk Variabel Dependen

Pilih salah satu jawaban dibawah ini , untuk setiap pertanyaan ( Berikan tanda X )

Pada salah satu jawaban yang saudara anggap benar.

1. TP : Tidak Pernah
2. J : Jarang
3. S : Sering
4. SS : Selalu

No	Pertanyaan	Jawaban			
		TP	J	S	SL
	<b>Faktor Pemanfaatan layanan : Klinik VCT</b>				
16	Saya mengikuti kegiatan Penyuluhan dan konsultasi HIV / AIDS di klinik VCT Kota Bukittinggi				
17	Sayamelakukan pemeriksaan darah HIV/AIDS di klinik VCT Kota Bukittinggi				
18	Saya melakukan pemeriksaan ulang HIV/AIDS setelah 3 bulan dari pemeriksaan awal				
19	Petugas di layanan VCT membantu memberikan solusi untuk masalah kesehatan saya				
20	Saya merasa tidak nyaman jika kegiatan konseling dilakukan di Klinik / Unit layanan kesehatan				

# JADWAL PENELITIAN

## FAKTOR - FAKTOR PERILAKU YANG BERTHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN LAYANAN Voluntary Counseling and Testing (VCT)

### PADA KOMUNITAS Lelaki Seks Lelaki (LSL) DIKOTA BUKITTINGGI TAHUN 2017

No	Uraian Kegiatan	Waktu																															
		Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mai				Juni				Juli			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
1	Penelitian Peminatan & Pengajuan Tema Penelitian																																
2	Registrasi Judul																																
3	Penulisan Proposal																																
4	Ujian Seminar Proposal																																
5	Perbaikan Proposal Penelitian																																
6	Pengumpulan Proposal Penelitian																																
7	Penelitian																																
8	Penulisan Hasil Skripsi																																
9	Ujian Skripsi																																
10	Revisi Skripsi																																
11	Pengumpulan Skripsi																																

Faktor - Faktor Perilaku Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) Pada Komunitas Lelaki Seks Lelaki (LSL) Di Kota Bukittinggi Tahun 2017

No	Data Demografi				Variabel Independen																		Variabel dependen													
	Umur	Alamat	Perkawinan	Pendidikan	Faktor Pemungkin / Pengetahuan					Faktor Pendukung / Keyakinan terhadap ketersediaan layanan					Faktor Penguat / Stigma & deskriminasi HIV					Faktor Pemanfaatan Layanan : Klinik VCT																
					1	2	3	4	Jlh	ket	6	7	8	9	10	Jlh	ket	11	12	13	14	15	Jlh	ket	16	17	18	19	20	Jlh	ket					
1	42	Tengah sawah	3	1	1	1	0	0	1	3	Cukur	2	2	3	3	2	2	12	negatif	1	3	3	3	3	3	15	positif	2	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
2	30	Bukit Cangan	3	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	4	4	3	2	15	positif	2	3	3	3	3	4	16	positif	2	3	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
3	19	Belakang Balok	1	4	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	4	4	3	4	17	positif	2	3	2	3	3	4	15	positif	3	2	3	3	4	4	15	memanfaatkan	2
4	21	Birugo	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	2	14	positif	2	3	4	3	3	4	17	positif	2	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
5	20	Tengah sawah	1	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	2	2	12	negatif	1	2	2	2	3	3	12	negatif	1	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
6	19	Tengah sawah	1	1	1	0	0	1	1	3	Cukur	1	2	4	4	3	3	16	positif	2	2	3	2	3	4	14	negatif	2	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
7	20	Tengah sawah	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	3	3	4	16	positif	2	3	2	2	3	3	14	memanfaatkan	2
8	23	Mandiangan	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	2	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	3	2	3	4	15	memanfaatkan	2
9	25	Bukit Api	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	2	14	positif	2	3	3	3	3	3	15	positif	2	2	3	2	3	4	14	memanfaatkan	2
10	23	Bukit Api	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	3	3	2	3	3	14	negatif	2	3	3	3	3	4	14	memanfaatkan	2
11	30	Tembok	3	2	1	1	0	0	1	3	Cukur	1	2	3	3	2	2	12	negatif	1	3	3	3	3	4	16	positif	2	2	2	2	3	2	11	Memanfaatkan	1
12	21	Garegeh	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	2	3	4	15	positif	2	3	3	3	3	3	15	memanfaatkan	2
13	20	Tembok	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	2	2	3	4	13	negatif	1	2	3	3	3	3	14	memanfaatkan	2
14	21	Garegeh	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	2	3	4	15	positif	2	3	2	3	3	3	14	memanfaatkan	2
15	23	Garegeh	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	3	3	3	15	positif	2	2	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
16	17	Mandiangan	1	2	1	0	1	0	1	3	Cukur	1	3	3	3	3	2	14	positif	2	3	3	3	3	3	15	positif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
17	26	Belakang Balok	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	2	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	3	3	4	4	16	memanfaatkan	2
18	19	Tembok	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	2	3	3	13	negatif	1	3	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
19	17	Aur Kuning	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	13	negatif	1	3	3	2	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
20	25	Birugo	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	3	2	3	4	15	memanfaatkan	2
21	19	Aur Kuning	1	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
22	27	Panganak	1	4	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	4	3	3	2	14	positif	2	3	3	3	3	4	16	positif	2	2	3	3	4	4	16	memanfaatkan	2
23	25	Bukit Api	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	2	3	2	3	3	13	negatif	1	2	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
24	20	Bukit Api	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	2	3	3	13	negatif	1	3	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
25	19	Tengah sawah	1	2	1	0	1	1	1	4	baik	1	3	3	3	3	2	14	positif	2	1	2	2	2	3	10	negatif	1	2	2	3	3	2	14	memanfaatkan	2
26	21	Tengah sawah	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	2	2	2	3	3	12	Memanfaatkan	1
27	22	Birugo	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	3	14	memanfaatkan	2
28	23	Gulai Bancan	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	3	3	3	15	positif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
29	20	Tengah sawah	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	3	3	4	3	16	memanfaatkan	2
30	23	Mandiangan	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	3	3	4	4	16	memanfaatkan	2
31	21	Tigo Baleh	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	3	3	3	3	3	15	positif	2	2	2	3	3	3	13	Memanfaatkan	1
32	23	Tengah sawah	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	2	3	3	3	4	15	positif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
33	24	Belakang Balok	1	4	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	2	13	negatif	1	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
34	20	Gulai Bancan	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	3	15	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	3	14	memanfaatkan	2
35	20	Bukit Api	1	3	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	2	14	positif	2	3	3	2	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	3	13	Memanfaatkan	1
36	23	Mandiangan	1	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14	positif	2	3	3	3	3	3	15	positif	2	2	2	3	3	3	13	Memanfaatkan	1
37	24	Gulai Bancan	1	4	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	4	4	3	3	15	positif	2	2	3	3	3	3	14	negatif	2	3	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
38	24	Tanah Jua	1	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	4	3	3	15	positif	2	2	3	2	3	3	13	negatif	1	3	2	2	3	4	14	memanfaatkan	2
39	21	Tengah sawah	1	2	1	1	1	1	1	5	baik	2	2	3	3	3	3	14																		

## ANALISA UNIVARIAT

### Frequencies

#### Statistics

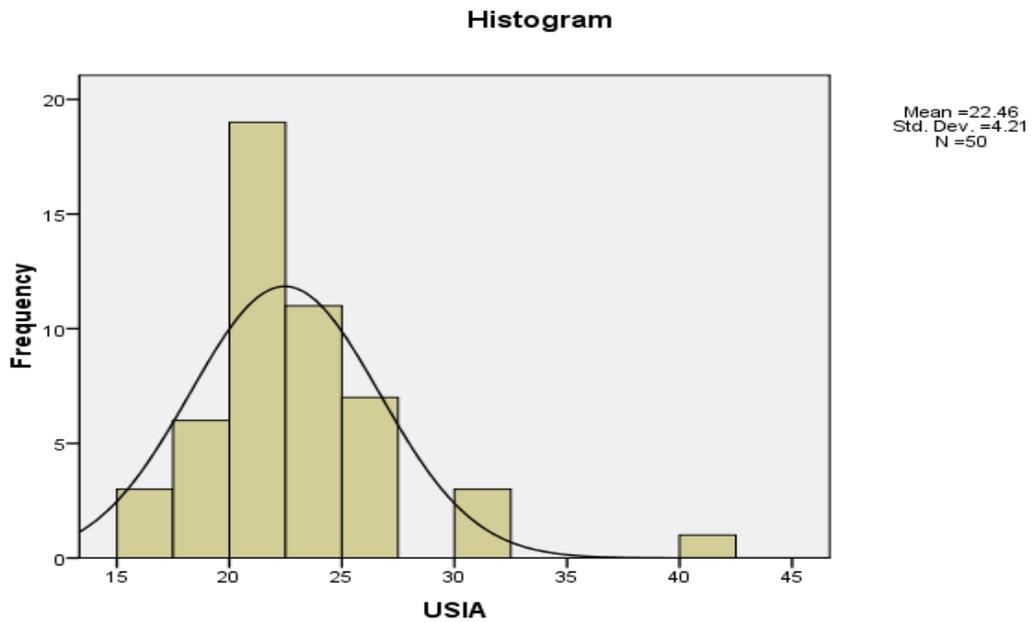
USIA

N	Valid	50
	Missing	0
Mean		22.46
Median		21.00
Mode		20 <sup>a</sup>
Minimum		17
Maximum		42
Sum		1123

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

#### USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	17	3	6.0	6.0	6.0	
	19	6	12.0	12.0	18.0	
	20	9	18.0	18.0	36.0	
	21	9	18.0	18.0	54.0	
	22	1	2.0	2.0	56.0	
	23	8	16.0	16.0	72.0	
	24	3	6.0	6.0	78.0	
	25	4	8.0	8.0	86.0	
	26	2	4.0	4.0	90.0	
	27	1	2.0	2.0	92.0	
	30	3	6.0	6.0	98.0	
	42	1	2.0	2.0	100.0	
	Total		50	100.0	100.0	



### Frequency Table

#### STATUS PERKAWINAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BELUM MENIKAH	47	94.0	94.0	94.0
	BERCERAI	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

#### PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	4.0	4.0	4.0
	SLTP	12	24.0	24.0	28.0
	SLTA	32	64.0	64.0	92.0
	PT	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**KATEGORI PEMUNGKIN : PENGETAHUAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CUKUP	7	14.0	14.0	14.0
	BAIK	43	86.0	86.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**KATEGORI PENDUKUNG : KEYAKINAN TERHADAP KETERSEDIAAN LAYANAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NEGATIF	11	22.0	22.0	22.0
	POSITIF	39	78.0	78.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**KATEGORI PENGUAT : STIGMA & DESKRIMINASI**

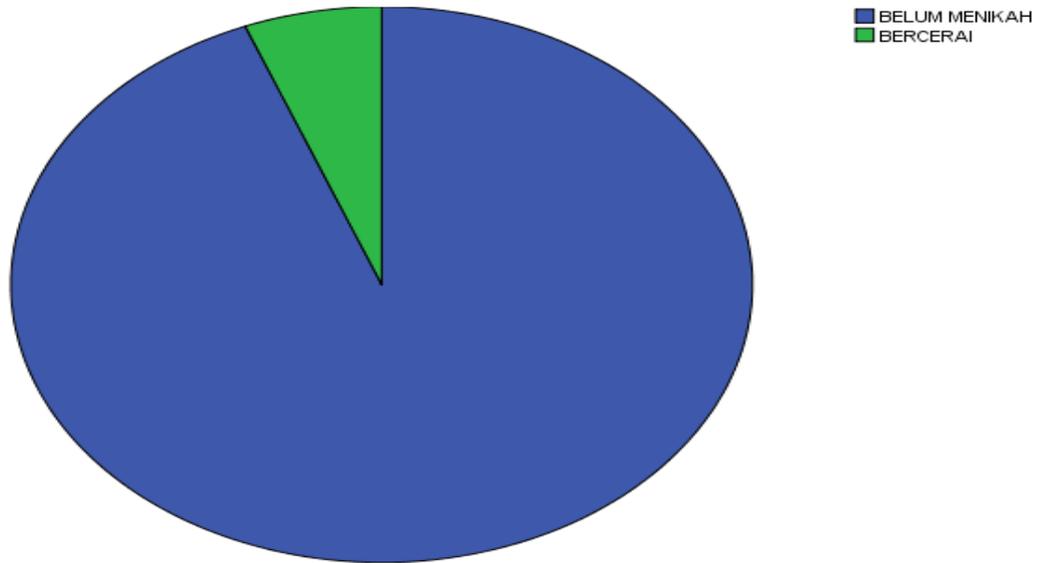
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NEGATIF	9	18.0	18.0	18.0
	POSITIF	41	82.0	82.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN**

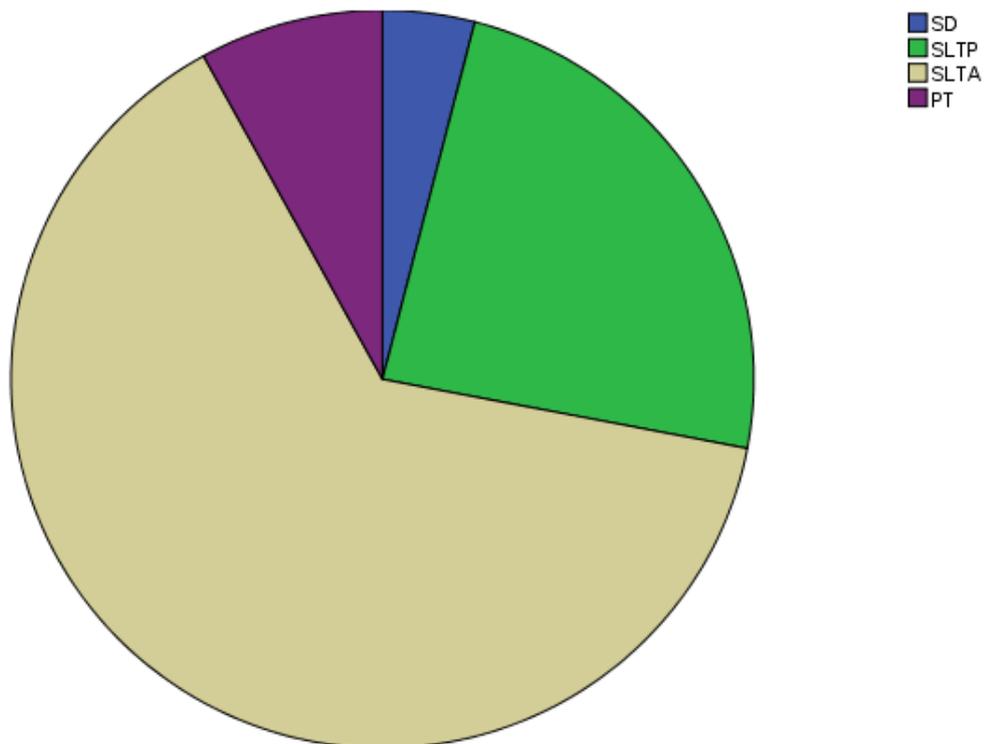
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK MEMANFAATKAN	21	42.0	42.0	42.0
	MEMANFAATKAN	29	58.0	58.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

## Pie Chart

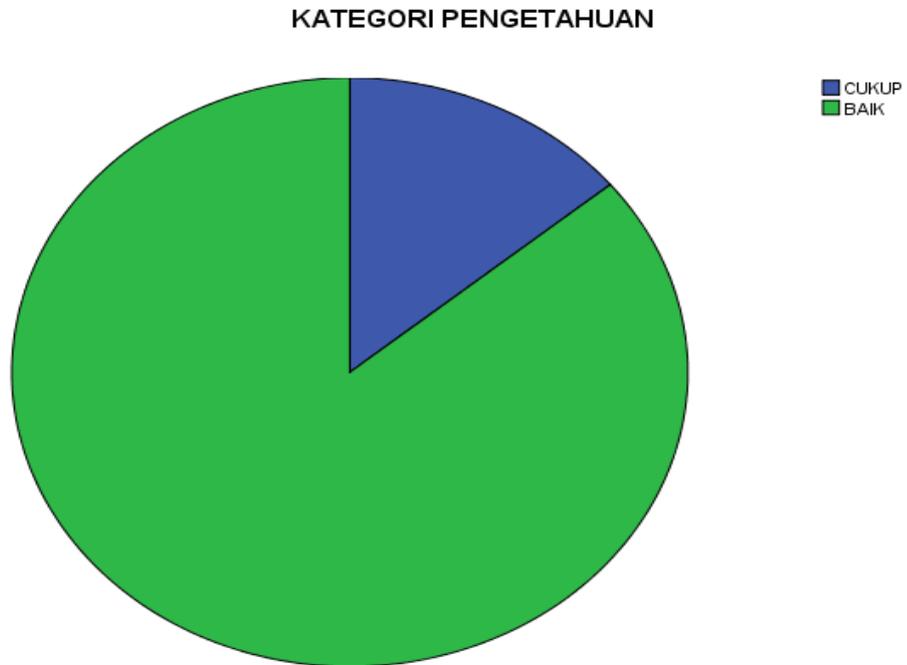
STATUS PERKAWINAN



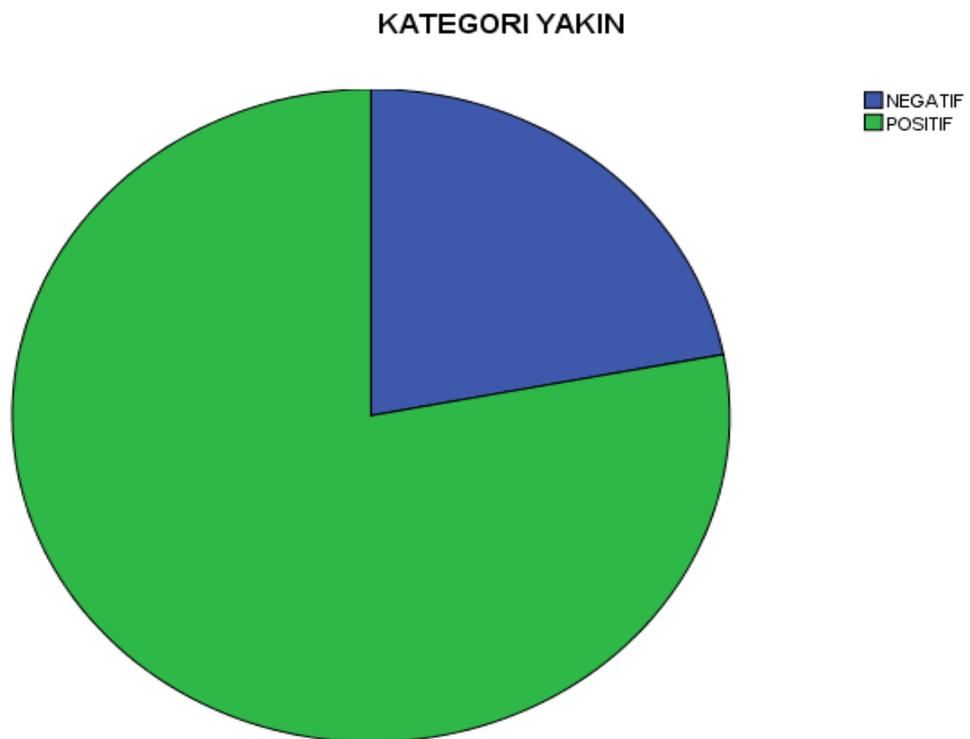
PENDIDIKAN



FAKTOR PEMUNGKIN / PRESIDIPOSING : PENGETAHUAN

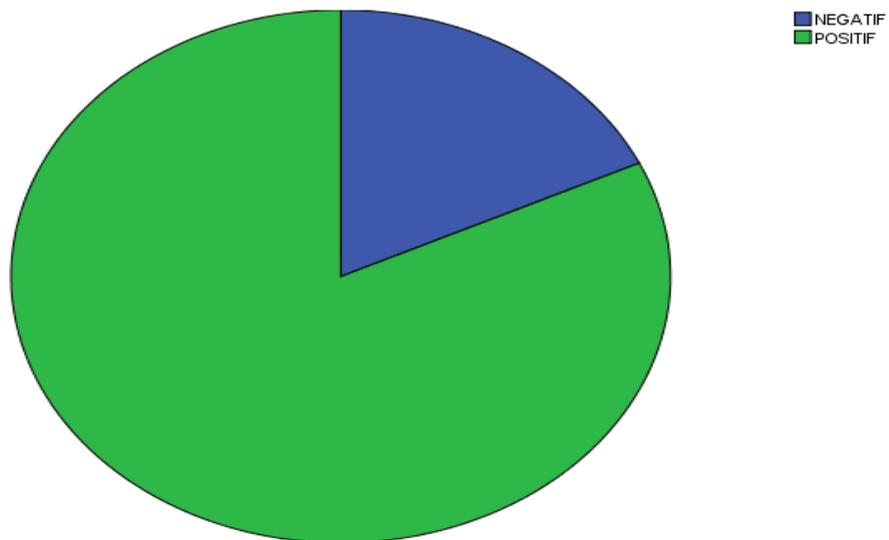


FAKTOR PENDUKUNG / ENABLING : KEYAKINAN TERHADAP KETERSEDIAAN LAYANAN



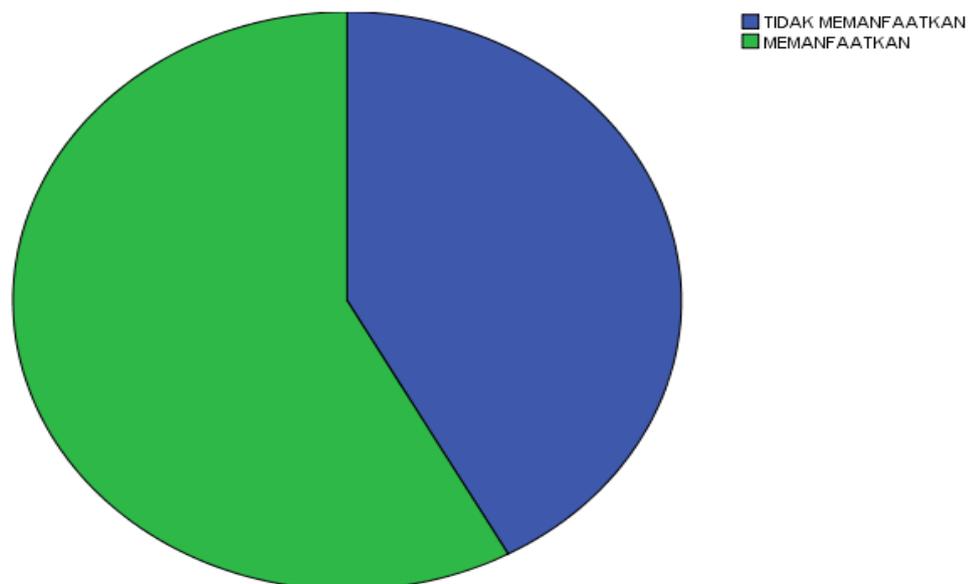
## FAKTOR PENGUAT / REINFORCHING : STIGMA & DESKRIMINASI

KATEGORI PERLAKUAN



## PEMANFAATAN LAYANAN VCT

KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN



## ANALISA BIVARIAT

### Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KATEGORI PENGETAHUAN * KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
KATEGORI KEYAKINAN * KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
KATEGORI STIGMA * KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

### KATEGORI PENGETAHUAN \* KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Crosstab**

			KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN		Total
			TIDAK MEMANFAATKAN	MEMANFAATKAN	
KATEGORI PENGETAHUAN	CUKUP	Count	6	1	7
		% within KATEGORI PENGETAHUAN	85.7%	14.3%	100.0%
	BAIK	Count	15	28	43
		% within KATEGORI PENGETAHUAN	34.9%	65.1%	100.0%
Total		Count	21	29	50
		% within KATEGORI PENGETAHUAN	42.0%	58.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.385 <sup>a</sup>	1	.012		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.469	1	.035		
Likelihood Ratio	6.669	1	.010		
Fisher's Exact Test				<u>.033</u>	.017
Linear-by-Linear Association	6.257	1	.012		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	50				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,94.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KATEGORI PENGETAHUAN (CUKUP / BAIK)	<u>11.200</u>	1.231	101.886
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = TIDAK MEMANFAATKAN	2.457	1.478	4.084
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = MEMANFAATKAN	.219	.035	1.365
N of Valid Cases	50		

## KATEGORI KEYAKINAN \* KATEGORI PEMANFAATAN LAYANA N

Crosstab

			KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN		Total
			TIDAK MEMANFAATKAN	MEMANFAATKAN	
KATEGORI KEYAKINAN	NEGATIF	Count % within KATEGORI KEYAKINAN	8 72.7%	3 27.3%	11 100.0%
	POSITIF	Count % within KATEGORI KEYAKINAN	13 33.3%	26 66.7%	39 100.0%
Total		Count % within KATEGORI KEYAKINAN	21 42.0%	29 58.0%	50 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.466 <sup>a</sup>	1	.019		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.968	1	.046		
Likelihood Ratio	5.490	1	.019		
Fisher's Exact Test				<u>.036</u>	.023
Linear-by-Linear Association	5.357	1	.021		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	50				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,62.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KATEGORI KEYAKINAN (NEGATIF / POSITIF)	<u>5.333</u>	1.209	23.536
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = TIDAK MEMANFAATKAN	2.182	1.231	3.868
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = MEMANFAATKAN	.409	.152	1.101
N of Valid Cases	50		

**KATEGORI PENGUAT/ STIGMA & DESKRIMINASI \* KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN**

**Crosstab**

			KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN		Total
			TIDAK MEMANFAATKAN	MEMANFAATKAN	
KATEGORI STIGMA	NEGATIF	Count	3	6	9
		% within KATEGORI STIGMA	33.3%	66.7%	100.0%
	POSITIF	Count	18	23	41
		% within KATEGORI STIGMA	43.9%	56.1%	100.0%
Total		Count	21	29	50
		% within KATEGORI STIGMA	42.0%	58.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.338 <sup>a</sup>	1	.561		.423
Continuity Correction <sup>b</sup>	.044	1	.835		
Likelihood Ratio	.345	1	.557		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.332	1	.565		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	50				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,78.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KATEGORI STIGMA (NEGATIF / POSITIF)	.639	.140	2.912
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = TIDAK MEMANFAATKAN	.759	.283	2.036
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = MEMANFAATKAN	1.188	.696	2.030
N of Valid Cases	50		

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	50	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	50	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		50	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

## Block 1: Method = Enter

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN		
			TIDAK MEMANFAATKAN	MEMANFAATKAN	
Step 1	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	TIDAK MEMANFAATKAN	10	11	47.6
		MEMANFAATKAN	3	26	89.7
Overall Percentage					72.0

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	KTGTAHU	2.503	1.221	4.201	1	.040	12.218
	KTGKEYAKINAN	1.729	.844	4.194	1	.041	5.634
	KTGSTIGMA	-1.181	.989	1.425	1	.233	.307
	Constant	-5.292	2.879	3.379	1	.066	.005

a. Variable(s) entered on step 1: KTGTAHU, KTGKEYAKINAN, KTGSTIGMA.

**KATEGORI PENGUAT / STIGMA DAN DESKRIMINASI \*KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KATEGORI PERLAKUAN * KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

**KATEGORI PERLAKUAN \* KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN Crosstabulation**

			KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN		Total
			TIDAK MEMANFAATKA N	MEMANFAATKA N	
KATEGORI PERLAKUAN	NEGATIF	Count % within KATEGORI PERLAKUAN	3 33.3%	6 66.7%	9 100.0%
	POSITIF	Count % within KATEGORI PERLAKUAN	18 43.9%	23 56.1%	41 100.0%
Total		Count % within KATEGORI PERLAKUAN	21 42.0%	29 58.0%	50 100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.338 <sup>a</sup>	1	.561		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.044	1	.835		
Likelihood Ratio	.345	1	.557		
Fisher's Exact Test				.716	.423
Linear-by-Linear Association	.332	1	.565		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	50				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,78.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KATEGORI PERLAKUAN (NEGATIF / POSITIF)	.639	.140	2.912
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = TIDAK MEMANFAATKAN	.759	.283	2.036
For cohort KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN = MEMANFAATKAN	1.188	.696	2.030
N of Valid Cases	50		

## UJI REGRESI SEDERHANA

## Correlations

Correlations

		KATEGORI PENGETAHUAN	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN
KATEGORI PENGETAHUAN	Pearson Correlation	1	.357*
	Sig. (2-tailed)		.011
	N	50	50
KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	Pearson Correlation	.357*	1
	Sig. (2-tailed)	.011	
	N	50	50

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Correlations

Correlations

		KATEGORI YAKIN	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN
KATEGORI YAKIN	Pearson Correlation	1	.331*
	Sig. (2-tailed)		.019
	N	50	50
KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	Pearson Correlation	.331*	1
	Sig. (2-tailed)	.019	
	N	50	50

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Correlations

Correlations

		KATEGORI PERLAKUAN	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN
KATEGORI PERLAKUAN	Pearson Correlation	1	-.082
	Sig. (2-tailed)		.570
	N	50	50
KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	Pearson Correlation	-.082	1
	Sig. (2-tailed)	.570	
	N	50	50

## Regresi linear sederhana

### Regression

Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	KATEGORI PENGETAHUAN <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.357 <sup>a</sup>	.128	.110	.470

a. Predictors: (Constant), KATEGORI PENGETAHUAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.555	1	1.555	7.027	.011 <sup>a</sup>
	Residual	10.625	48	.221		
	Total	12.180	49			

a. Predictors: (Constant), KATEGORI PENGETAHUAN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.635	.363		1.749	.087
	KATEGORI PENGETAHUAN	.508	.192	.357	2.651	.011

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Regression****Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	KATEGORI YAKIN <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.331 <sup>a</sup>	.109	.091	.475

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.332	1	1.332	5.891	.019 <sup>a</sup>
	Residual	10.848	48	.226		
	Total	12.180	49			

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.879	.297		2.963	.005
	KATEGORI YAKIN	.394	.162	.331	2.427	.019

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

## Regression

### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	KATEGORI PERLAKUAN <sup>a</sup>		. Enter

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	KATEGORI PERLAKUAN <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.082 <sup>a</sup>	.007	-.014	.502

a. Predictors: (Constant), KATEGORI PERLAKUAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.082	1	.082	.327	.570 <sup>a</sup>
	Residual	12.098	48	.252		
	Total	12.180	49			

a. Predictors: (Constant), KATEGORI PERLAKUAN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.772	.344		5.156	.000
	KATEGORI PERLAKUAN	-.106	.185	-.082	-.572	.570

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

## Regresi berganda

### Correlations

		Correlations			
		KATEGORI PENGETAHUAN	KATEGORI YAKIN	KATEGORI PERLAKUAN	KATEGORI PEMANFAATAN TANPA LAYANAN
KATEGORI PENGETAHUAN	Pearson Correlation	1	.203	.111	.303
	Sig. (2-tailed)		.157	.443	.000
	N	50	50	50	50
KATEGORI YAKIN	Pearson Correlation	.203	1	.128	.303
	Sig. (2-tailed)	.157		.375	.000
	N	50	50	50	50
KATEGORI PERLAKUAN	Pearson Correlation	.111	.128	1	-.000

	Sig. (2-tailed)	.443	.375	.5
	N	50	50	50
KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	Pearson Correlation	.357*	.331*	-.082
	Sig. (2-tailed)	.011	.019	.570
	N	50	50	50

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.444 <sup>a</sup>	.197	.163	.456

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2.401	2	1.201	5.771	.006 <sup>a</sup>
	Residual	9.779	47	.208		

Total	12.180	49		
-------	--------	----	--	--

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.208	.410		.508	.614
	KATEGORI PENGETAHUAN	.431	.190	.303	2.268	.028
	KATEGORI YAKIN	.321	.159	.269	2.016	.049

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

## Uji ASUMSI

### Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
-------	-------------------	-------------------	--------



1	(Constant)	.208	.410		.508	.614		
	KATEGORI PENGETAHUAN	.431	.190	.303	2.268	.028	.959	1.043
	KATEGORI YAKIN	.321	.159	.269	2.016	.049	.959	1.043

a. Dependent Variable: KATEGORI  
PEMANFAATAN LAYANAN

#### Coefficient Correlations<sup>a</sup>

Model			KATEGORI YAKIN	KATEGORI PENGETAHUAN
1	Correlations	KATEGORI YAKIN	1.000	-.203
		KATEGORI PENGETAHUAN	-.203	1.000
	Covariances	KATEGORI YAKIN	.025	-.006
		KATEGORI PENGETAHUAN	-.006	.036

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>

Model	Dimensi on	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	KATEGORI PENGETAHUAN	KATEGORI YAKIN
1	1	2.949	1.000	.00	.00	.01
	2	.036	9.102	.03	.29	.87
	3	.016	13.667	.96	.71	.12

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N

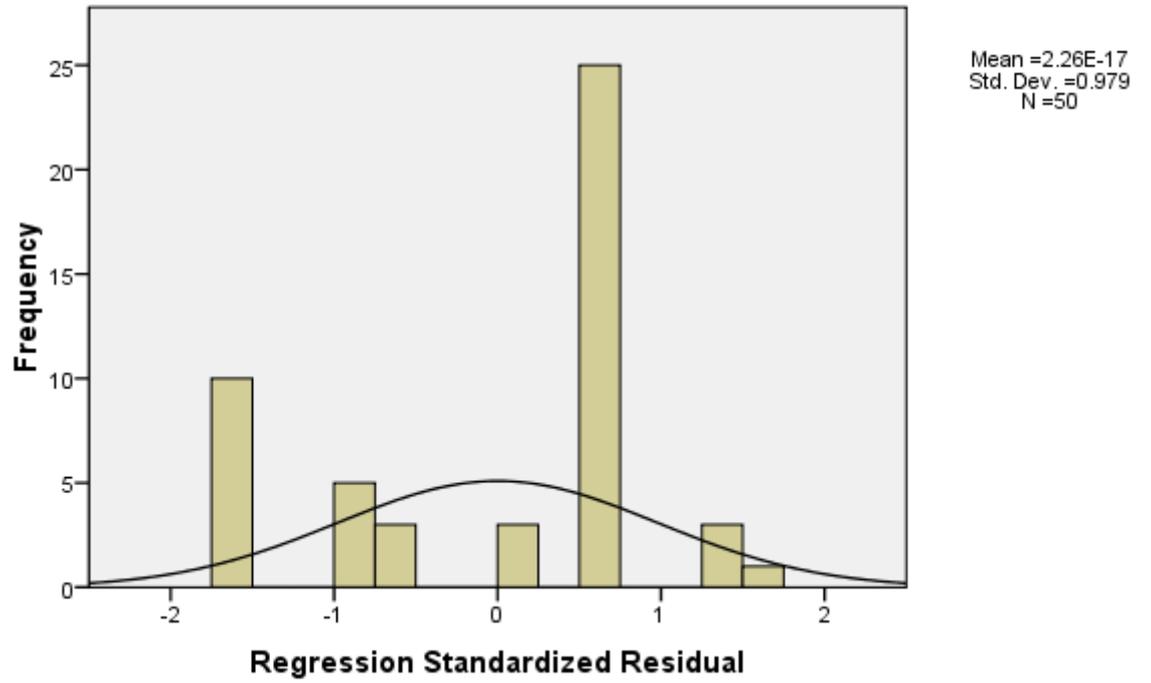
Predicted Value	.96	1.71	1.58	.221	50
Std. Predicted Value	-2.802	.591	.000	1.000	50
Standard Error of Predicted Value	.076	.195	.103	.044	50
Adjusted Predicted Value	.95	1.73	1.58	.225	50
Residual	-.711	.720	.000	.447	50
Std. Residual	-1.558	1.578	.000	.979	50
Stud. Residual	-1.580	1.727	.000	1.007	50
Deleted Residual	-.731	.862	.000	.473	50
Stud. Deleted Residual	-1.607	1.765	-.005	1.017	50
Mahal. Distance	.366	7.965	1.960	2.635	50
Cook's Distance	.001	.197	.020	.032	50
Centered Leverage Value	.007	.163	.040	.054	50

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

## Charts

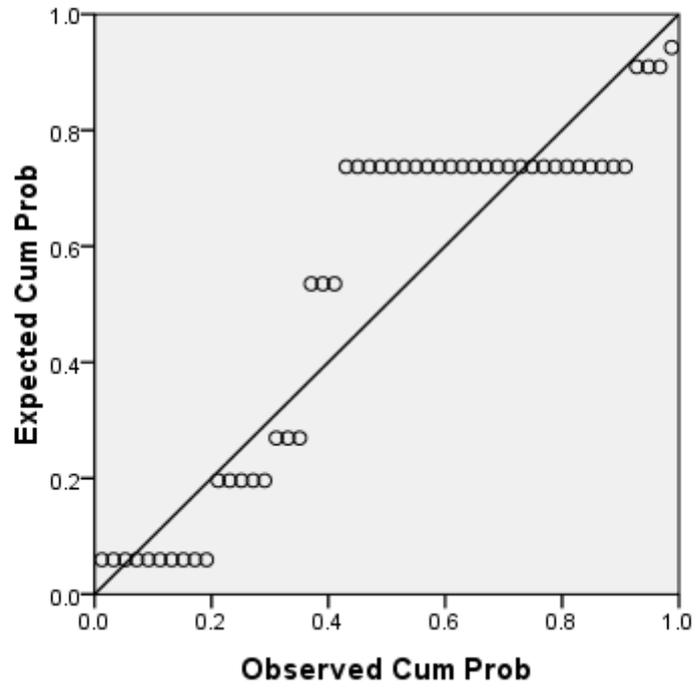
## Histogram

Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN



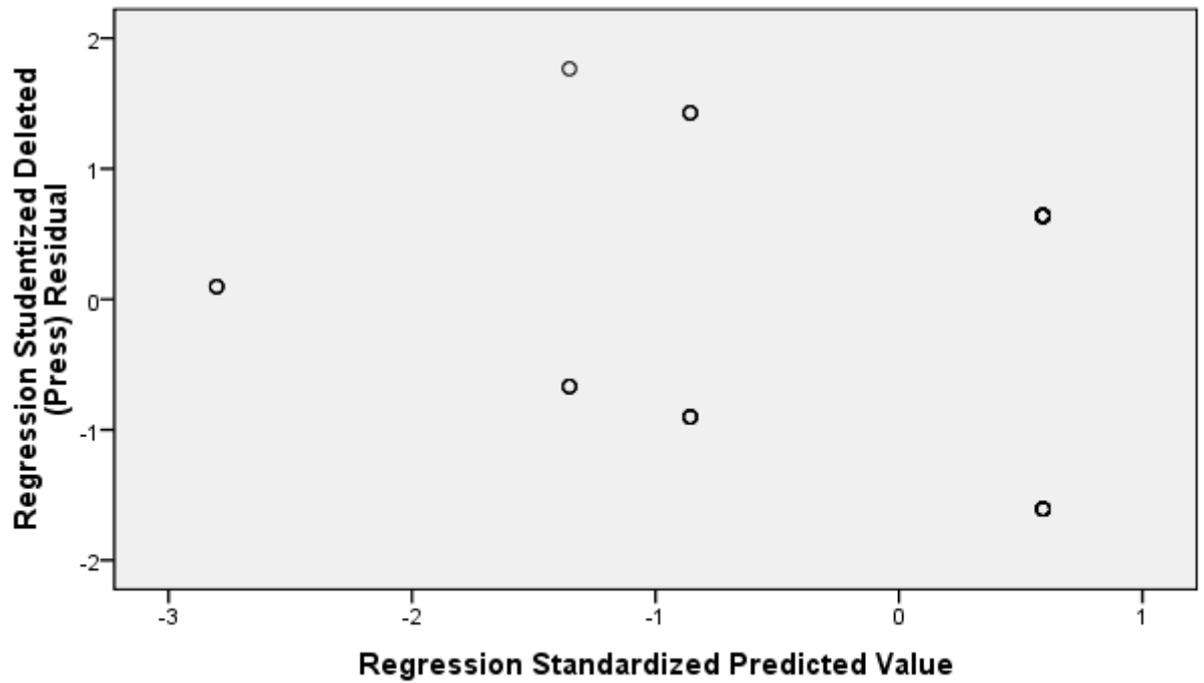
### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN



### Scatterplot

Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN



## REGRESI BERGANDA

### Regression

#### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	1.58	.499	50

KATEGORI PENGETAHUAN	1.86	.351	50
KATEGORI YAKIN	1.78	.418	50

**Correlations**

		KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	KATEGORI PENGETAHUAN	KATEGORI YAKIN
Pearson Correlation	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	1.000	.357	.331
	KATEGORI PENGETAHUAN	.357	1.000	.203
	KATEGORI YAKIN	.331	.203	1.000
Sig. (1-tailed)	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	.	.005	.010
	KATEGORI PENGETAHUAN	.005	.	.079
	KATEGORI YAKIN	.010	.079	.
N	KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN	50	50	50
	KATEGORI PENGETAHUAN	50	50	50
	KATEGORI YAKIN	50	50	50

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
-------	-------------------	-------------------	--------

1	KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN <sup>a</sup>		. Enter
---	---	--	---------

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.444 <sup>a</sup>	.197	.163	.456

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2.401	2	1.201	5.771	.006 <sup>a</sup>
	Residual	9.779	47	.208		
	Total	12.180	49			

a. Predictors: (Constant), KATEGORI YAKIN, KATEGORI PENGETAHUAN

b. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.208	.410		.508	.614
	KATEGORI PENGETAHUAN	.431	.190	.303	2.268	.028
	KATEGORI YAKIN	.321	.159	.269	2.016	.049

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

#### Residuals Statistics<sup>a</sup>

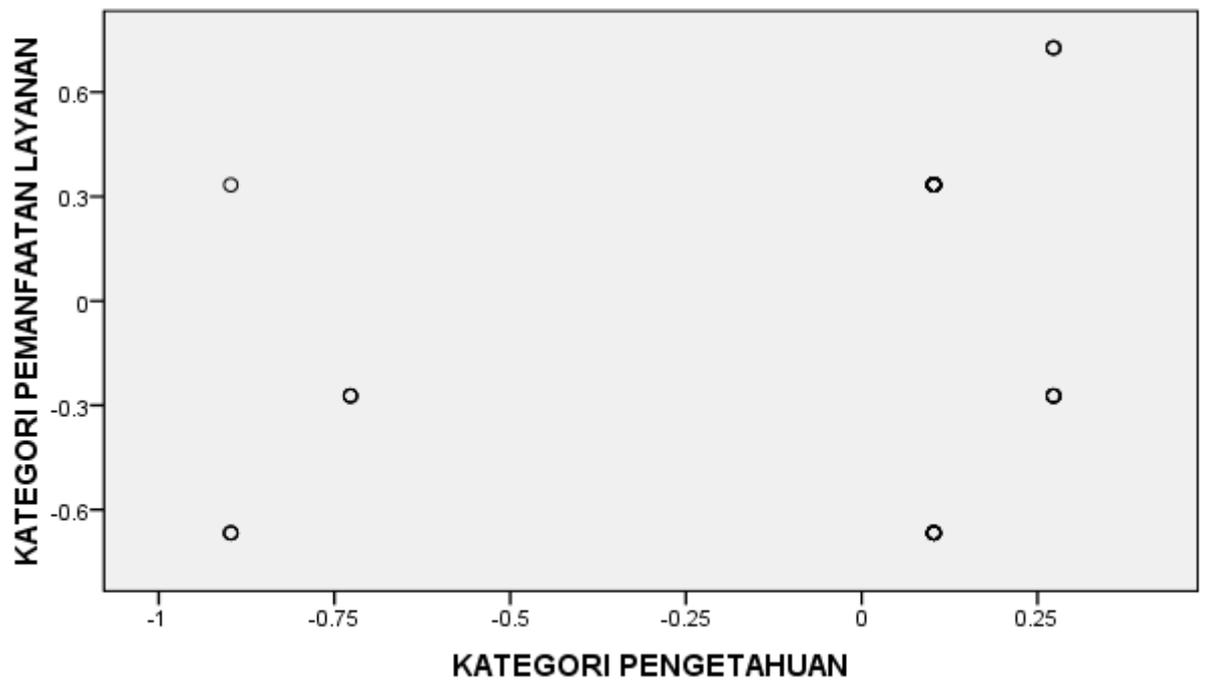
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.96	1.71	1.58	.221	50
Residual	-.711	.720	.000	.447	50
Std. Predicted Value	-2.802	.591	.000	1.000	50
Std. Residual	-1.558	1.578	.000	.979	50

a. Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

## Charts

### Partial Regression Plot

Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN



## Partial Regression Plot

Dependent Variable: KATEGORI PEMANFAATAN LAYANAN

