



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEIKUTSERTAAN SKRINING PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA
WPS
DI RESOSIALISASI GAMBILANGU KABUPATEN
KENDAL TAHUN 2011**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Lilis Dewi Hastuti
NIM 6450406504

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2011**

ABSTRAK

Lilis Dewi Hastuti.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Skrining Penyakit Menular Seksual pada WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal 2011,

VI + 82 halaman + 18 tabel + 2 gambar + 11 lampiran

Skrining Penyakit Menular Seksual (PMS) adalah pelaksanaan pemeriksaan PMS secara rutin ketika populasi atau pasien tersebut bergejala maupun tidak. Data dari Resosialisasi Gambilangu menunjukkan keikutsertaan skrining masih rendah, yaitu 24 % dari 190 WPS. Permasalahan dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining PMS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining PMS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Jenis penelitian ini adalah penelitian *explanatory*, menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini seluruh WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal yang sebanyak 190 orang. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, diperoleh 64 sampel. Instrument yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data yang digunakan adalah *chi-square*. Kesimpulan dari penelitian ini ada hubungan antara pengetahuan ($p=0,013$), pelayanan petugas skrining ($p=0,004$), riwayat PMS ($p=0,001$), ajakan teman ($p=0,033$), dan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan ($p=0,043$).

Saran yang diberikan kepada Resosialisasi Gambilangu Kendal adalah meningkatkan kualitas pelayanan terhadap keikutsertaan skrining; kepada Dinas Kesehatan dan Instansi terkait adalah peningkatan keterampilan tenaga kesehatan, dan pemberian penyuluhan kesehatan dengan media lebih menarik; kepada WPS mematuhi jadwal pemeriksaan skrining; kepada peneliti selanjutnya adalah mencoba penelitian faktor-faktor lain seperti keadaan lingkungan, dan dukungan ibu asuh.

Kata Kunci : Skrining, PMS, WPS

Kepustakaan : 29 (1997-2010)

ABSTRACT

Lilis Dewi Hastuti

Factors Related to Participation Screening of Sexually Transmitted Diseases by WPS in resocialization Gambilangu Kendal, 2011

VI + 81 pages + 18 tables + 2 figures + 11 appendices

Screening for Sexually Transmitted Diseases (STD) is the implementation of routine STD examination when the population or the patient is symptomatic or not symptomatic. Data from the resocialization Gambilangu show screening participation is still low at 24 % from 190 WPS. The problem in the research is what factors are related with the participation of STD screening in resocialization Gambilangu Kendal. The purpose of this study was to determine the factors related with STD screening participation in resocialization Gambilangu Kendal.

This study is explanatory research, which use cross sectional design. The population in this study is 190 people of WPS in resocialization Gambilangu Kendal. Sampling technique purposive sampling, obtained 64 samples. Instrument of this study is using questionnaire. The data of the using by chi-square test.

The conclusion, of this study relationship between knowledge ($p=0,013$), for service health workers by screening ($p=0,004$), history of STD ($p=0,001$), friend invitation ($p= 0,033$), and WPS participation in health education ($p=0,043$).

The suggestion of resocialization Gambilangu Kendal is to improve the quality of service to the participation screening; for the Health Department and related are improving the skill of health workers, and providing health education to the media more attractive; for comply with the WPS screening examination schedules; for next researches are trying to study other factors such as environmental condition, and foster mother support.

Keyword : screening, STD, WPS

Literature : 29 (1997-2010)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama:

Nama : Lilis Dewi Hastuti
NIM : 6450406504
Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Skrining Penyakit Menular Seksual pada WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaen Kendal Tahun 2011

Pada hari : Rabu

Tanggal : 8 Juni 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,

Drs. H. Harry Pramono, M.Si.
NIP 19591019 198503 1 001

Widya Hary C. S.KM, M.Kes
NIP 19771227 200501 2 001

Dewan Penguji

Tanggal
Persetujuan

Ketua Penguji

1. Dr. ER. Rustiana, M.Si
NIP 19470427 198603 2 001

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)

2. dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes
NIP 19740202 200112 2 001

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)

3. Chatila Maharani, ST, M.Kes.
NIP 1982018 200812 2 003

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Dan Kami pasti akan menguji kamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa, dan buah-buahan. Dan sampaikanlah kabar gembira kepada orang-orang yang sabar” (QS Al-Baqoroh : 155)



PERSEMBAHAN

Skripsi ini ananda persembahkan kepada
Ayah dan Ibunda terkasih, serta
almamater tercinta

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWTatas segala karunia dan limpahan rahmat, hidayah- Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Skrining Penyakit Menular Seksual pada WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendalö. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Said Junaidi, M.Kes., atas ijin penelitian.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. H. Harry Pramono, M.Si., atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak dr. H. Mahalul Azam, M.Kes., atas persetujuan penelitian.
4. Dosen Pembimbing I Ibu dr. Hj. Arulita Ika Fibriana, M.Kes, atas bimbingan dan arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dosen Pembimbing II Ibu Chatila Maharani S.T, M.Kes, atas bimbingan dan arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.

6. Kepala Bidang Ormas dan Politik Badan Kesbangpolinmas Kabupaten Kendal, Bapak Subarso, S. Sos., atas ijin penelitian.
7. Kepala Bidang Penelitian, Pengembangan, dan Statistik Bappeda Kabupaten Kendal, Bapak Ir. Budi Parasusetyo, M. Si., atas ijin penelitian.
8. Ketua Lokalisasi Gambilangu Kabupaten Kendal atas pemberian ijin penelitiannya.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, atas pemberian ijin pengambilan data.
10. Kepala UPTD Puskesmas Kaliwungu, atas pemberian ijin pengambilan data.
11. Ayahanda dan Ibunda tercinta, terima kasih atas doaa, dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
12. Sahabat-sahabatku (Lia, Akang, Rizqi, Lina, Defrin, Yusuf, Ana, Chot, Wisnu Himawan, Annisa Ratna, dan T2) yang telah memberikan dukungan dan membantu dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini.
13. Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2006, atas bantuan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuan selama penyusunan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan dalam laporan ini sangat diharapkan. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, 2011

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Abstrak	ii
Abstract	iii
Pengesahan	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Daftar isi.....	viii
Daftar tabel.....	xi
Daftar gambar.....	xiii
Daftar lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
• Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu.....	10

1.6.3 Ruang Lingkup Materi	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Landasan Teori	11
2.2 Kerangka Teori	41
BAB III METODE PENELITIAN	42
3.1 Kerangka Konsep	42
3.2 Hipotesis Penelitian	42
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	43
3.4 Variabel Penelitian	44
3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	44
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	45
3.7 Sumber Data Penelitian	47
3.8 Instrumen Penelitian	47
3.9 Teknik Pengambilan Data	48
3.10 Validitas dan Reliabilitas	49
3.11 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	52
3.12 Rencana Penelitian	54
BAB IV HASIL PENELITIAN	56
4.1 Hasil Penelitian	60
4.12 Gambaran Umum	56
BAB V PEMBAHASAN	71

5.1 Pembahasan	71
5.1.1 Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan Skrining PMS.....	71
5.1.2 Hubungan Pelayanan Petugas Skrining dengan Keikutsertaan Skrining PMS.....	72
5.1.3 Hubungan Riwayat PMS dengan Keikutsertaan Skrining PMS.....	73
5.1.4 Hubungan Ajakan Teman dengan Keikutsertaan Skrining PMS.....	74
5.1.5 Hubungan Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan dengan Keikutsertaan Skrining PMS	75
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	77
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	78
6.2 Simpulan	78
6.2 Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 1.2 Matriks Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu	9
Tabel 1.3 Definisi Operasional	44
Tabel 4.1 Distribusi Umur Responden	57
Tabel 4.2 Distribusi Pendidikan Responden.....	58
Tabel 4.3 Distribusi Status Perkawinan Responden	58
Tabel 4.4 Distribusi Lama Pekerja Responden	59
Tabel 4.5 Distribusi Pengetahuan Responden tentang PMS dan Skrining	60
Tabel 4.6 Distribusi Pelayanan Petugas Skrining terhadap Responden	61
Tabel 4.7 Distribusi Riwayat PMS Responden	61
Tabel 4.8 Distribusi Ajakan Teman kepada Responden untuk Mengikuti Kegiatan Skrining	62
Tabel 4.9 Distribusi Keikutsertaan Responden dalam Penyuluhan Kesehatan	62
Tabel 4.10 Distribusi Keikutsertaan Responden dalam Skrining PMS	63
Tabel 4.11 Hubungan antara Pengetahuan WPS tentang PMS dan Skrining dengan Keikutsertaan Skrining Sebelum Penggabungan sel	64

Tabel 4.12 Hubungan antara Pengetahuan WPS tentang PMS dan Skrining dengan Keikutsertaan Skrining Setelah Penggabungan Sel	64
Tabel 4.13 Hubungan antara Pelayanan Petugas Skrining terhadap WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS Sebelum Penggabungan Sel	65
Tabel 4.14 Hubungan antara Pelayanan Petugas Skrining terhadap WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS Setelah Penggabungan Sel	66
Tabel 4.15 Hubungan antara Riwayat PMS dengan Keikutsertaan Skrining PMS	67
Tabel 4.16 Hubungan antara Ajakan Teman Sesama WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS.....	68
Tabel 4.17 Hubungan antara Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan dengan Keikutsertaan Skrining PMS	69
Tabel 4.18 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat.....	70

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	41
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	42





PDF Complete
*Your complimentary use period has ended.
 Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi	83
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk Kepala Kesbang polinmas Kabupaten Kendal	84
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari Kesbang polinmas Kabupaten Kendal .	85
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari BAPEDA Kabupaten Kendal	86
Lampiran 5 Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Ketua Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal	87
Lampiran 6 Instrumen Penelitian	88
Lampiran 7 Validitas dan Reliabilitas	96
Lampiran 8 Karakteristik Responden	107
Lampiran 9 Data Hasil Penelitian	109
Lampiran 10 Analisis Univariat	115
Lampiran 11 Analisis Bivariat	117
Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian	131



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Penyakit menular seksual adalah penyakit kelamin atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2007:20). Termasuk dalam penyakit menular seksual adalah *Syphilis*, *Chlamydia trichomatis*, *Herpes simpleks*, *AIDS*, *Kandidiasis*, *Bakterial vaginosis* dan *Trikomonas vaginalis* (Sarwono Prawihardjo, 2006:551-562)

Dari data Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2008, di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2008 kasus IMS (Infeksi Menular Seksual) diobati sebesar 98,14%. Angka ini mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2007 yang mencapai 96,85%, tetapi mengalami penurunan bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2006 yang mencapai 99,99%. Ini berarti belum seluruh kasus IMS yang ditemukan telah diobati atau belum mencapai target yaitu 100%.

Jumlah IMS di Kabupaten Kendal cukup tinggi, yaitu jumlah kasusnya pada tahun 2005 sebanyak 35 kasus, tahun 2006 sebanyak 36 kasus, tahun 2007 sebanyak 97 kasus, tahun 2008 sebanyak 966 kasus, dan tahun 2009 sebanyak 954 kasus (Data Laporan Kasus PMS Kabupaten Kendal). Ini berarti jumlah kasus PMS (Penyakit Menular Seksual) di Kabupaten Kendal masih tinggi. Untuk mengawasi penyakit-

penyakit menular seksual, maka Dinas Kesehatan Jawa Tengah melakukan surveilans di beberapa lokalisasi, yaitu Kabupaten Semarang (Bandungan), Kabupaten Banyumas (Gang Sadar Baturaden), Kabupaten Pati (Batangan), Kota Surakarta (Silir), Kabupaten Tegal (Bangun Galih) dan di Kota Semarang (Lokalisasi Sunan Kuning/Argorejo) (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2007: 21) dan termasuk juga Kabupaten Kendal (Gambilangu).

Dari hasil wawancara dengan penanggung jawab resosialisasi Gambilangu, Bapak Kasmadi yang dilakukan pada bulan Maret 2010 diperoleh informasi bahwa resosialisasi Gambilangu mulai terbentuk dan ditempati pada tahun 1971. Resosialisasi Gambilangu ini terletak di Dukuh Mlaten Atas Kelurahan Sumberejo Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Kendal. Jumlah WPS (Wanita Pekerja Seks) pada bulan Desember 2009 berjumlah 304 orang, Januari 2010 berjumlah 109 orang, Februari 2010 berjumlah 201 orang, Maret 2010 berjumlah 302 orang, April 2010 berjumlah 149 orang, Mei 2010 berjumlah 158 orang, Juni 2010 berjumlah 301 orang, Juli berjumlah 174 orang, Agustus 2010 berjumlah 133 orang, September 2010 berjumlah 114 orang, Oktober 2010 berjumlah 205 orang, November 2010 berjumlah 183 orang, Desember 2010 berjumlah 190 orang. (Laporan Bulanan IMS Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal 2009/2010)

Berdasarkan survei awal yang telah dilakukan oleh peneliti di tempat resosialisasi Gambilangu dan Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal dengan melihat data bulanan IMS, diperoleh informasi bahwa prevalensi

kejadian penyakit menular seksual pada bulan Desember 2009 adalah 46,4% (141 orang), sedangkan Januari 2010 adalah 51,38% (56 orang), Februari 2010 adalah 59,70% (120 orang), Maret 2010 adalah 32,78% (99 orang), April 2010 adalah 24,83% (37 orang), Mei 2010 adalah 26,58% (42 orang), Juni 2010 adalah 24,92% (75 orang), Juli 2010 adalah 48,85% (85 orang), Agustus 2010 adalah 43,61% (58 orang), September 2010 adalah 81,58% (93 orang), Oktober 2010 adalah 70,73% (145 orang), November 2010 adalah 81,96% (150 orang). Ini berarti jumlah kasus penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu masih tinggi (Laporan Proporsi WPS dengan Kasus PMS Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal 2009/2010).

Skrining adalah suatu usaha mendeteksi atau menemukan penderita yang tanpa gejala dalam suatu masyarakat atau kelompok melalui suatu tes atau pemeriksaan singkat dan sederhana untuk dapat memisahkan mereka yang betul-betul sehat terhadap mereka yang kemungkinan besar menderita yang selanjutnya diproses melalui diagnosis pasti dan pengobatan (Nur Nasry Noor, 2008:135).

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas klinik resosialisasi, kegiatan skrining ini dilakukan atas kerjasama dengan tim dari DKK Kendal, petugas Puskesmas Kaliwungu yang merupakan klinik *Voluntary Counseling and Test*(VCT) dan dari PKBI Semarang. Skrining ini dimulai sejak tahun 2006 dan berlanjut sampai sekarang (tahun 2010). Skrining di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal dilakukan setiap 1 minggu 2 kali, dilakukan setiap hari Selasa dan Kamis. Kegiatan di dalam skrining

adalah pertama pendaftaran meliputi pencatatan identitas dengan jaminan konfidensialitas, pemberian nomor register dan penyiapan formulir pemeriksaan oleh petugas administrasi. Selanjutnya konsultasi dan pemeriksaan yaitu melengkapi formulir pemeriksaan, pemeriksaan fisik oleh dokter dan pengambilan *specimen* (DEPKES RI, 2009:13)

Skrining PMS ini penting untuk dilakukan, karena hasil tes skrining dapat digunakan untuk memberikan gambaran kepada petugas kesehatan agar mereka dapat selalu waspada dan secara terus-menerus melakukan pengamatan terhadap setiap gejala dini yang mencurigakan (Nur Nasry Noor, 2008:136). Dampak apabila tidak melakukan skrining adalah tidak dapat terdeteksi (diagnosis) sedini mungkin apabila WPS terkena PMS, sehingga WPS yang terkena PMS tidak mendapat pengobatan dan kemungkinan WPS tersebut akan menularkan penyakitnya (akan menimbulkan wabah). Sehingga WPS harus ikut serta dalam kegiatan skrining.

Bulan Januari 2010 jumlah WPS yang mengikuti kegiatan skrining berjumlah 28 orang (25,69% dari jumlah WPS 109 orang), Februari 2010 berjumlah 36 orang (17,91% dari jumlah WPS 201 orang), Maret 2010 berjumlah 46 orang (15,23% dari jumlah WPS 302 orang), April 2010 berjumlah 11 orang (7,38% dari jumlah WPS 149 orang), Mei 2010 berjumlah 34 orang (21,52% dari jumlah WPS 158 orang), Juni 2010 berjumlah 46 orang (15,28% dari jumlah WPS 301 orang), Juli 2010 berjumlah 19 orang (10,92% dari jumlah WPS 174 orang), Agustus 2010

berjumlah 13 orang (9,78% dari jumlah WPS 133 orang), September 2010 berjumlah 19 orang (16,67% dari jumlah WPS 114 orang), Oktober 2010 berjumlah 21 orang (10,24% dari jumlah WPS 205 orang), November 2010 adalah 20 orang (10,93% dari jumlah WPS 183 orang), Desember 2010 adalah 46 orang (24,21% dari jumlah WPS 190 orang), ini berarti angka keikutsertaan WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal masih rendah yaitu kurang dari 50% dari jumlah WPS (Laporan Bulanan IMS Puskesmas Kaliwungu Tahun 2010). Upaya yang sudah dilakukan untuk peningkatan angka keikutsertaan skrining adalah dengan membentuk PE (*Peer Educator*) yang berasal dari WPS juga. PE ini bertugas untuk menyampaikan informasi dan menjemput WPS untuk mengikuti kegiatan skrining ke klinik resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Kegiatan skrining di Resosialisasi Gambilangu ini tidak dipungut biaya (gratis) karena merupakan program yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Kendal, tetapi jumlah keikutsertaan WPS pada kegiatan ini masih tergolong rendah.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka judul penelitian ini adalah **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN SKRINING PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WPS DI RESOSIALISASI GAMBILANGU KABUPATEN KENDAL.**

A.2. Rumusan Masalah

1. Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah penelitian ini yaitu faktor- faktor apa yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal ?

1. Rumusan Masalah Khusus

1.2.2.1 Adakah hubungan antara pengetahuan WPS tentang penyakit menular seksual dan manfaat skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal ?

1. Adakah hubungan pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal ?

1.2.2.3 Adakah hubungan riwayat penyakit menular seksual dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal?

1.2.2.4 Adakah hubungan ajakan teman sesama WPS untuk ikut skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal?

1.2.2.5 Adakah hubungan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan WPS tentang penyakit menular seksual dan skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.6.1 Untuk mengetahui hubungan tingkat pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.3.2.3 Untuk mengetahui hubungan riwayat penyakit menular seksual dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.3.2.4 Untuk mengetahui hubungan ajakan teman untuk ikut skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.3.2.5 Untuk mengetahui hubungan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.6.2 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Lembaga Swadaya Masyarakat

Sebagai informasi mengenai keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS.

1.1.4.2 Bagi Resosialisasi

Sebagai bahan masukan dan informasi mengenai faktor dalam keikutsertaan skrining serta referensi dalam pengambilan langkah-langkah upaya peningkatan keikutsertaan skrining pada WPS.

1.1.4.3 Bagi Jurusan IKM

Hasil penelitian ini sebagai tambahan kepustakaan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dan sebagai tambahan bahan literatur untuk penelitian selanjutnya.

- **Bagi peneliti**

Menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya tentang faktor-faktor dalam keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS dan dapat menerapkan teori yang diperoleh selama kuliah khususnya pada mata kuliah epidemiologi penyakit menular.

1.5 Keaslian Penelitian

Berikut adalah penelitian yang sejenis dengan penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian/Nama Peneliti	Tahun	Desain	Variabel	Hasil
1.	Hubungan persepsi pelayanan klinik, pengobatan sendiri, dan riwayat IMS dengan kepatuhan pemeriksaan skrining IMS pada wanita pekerja seksual di Argorejo Semarang 2007 (Lily Liana)		<i>Cross Sectional</i>	Variabel bebas: persepsi pelayanan klinik, upaya pencegahan, pengobatan sendiri & riwayat IMS Variabel terikat: kepatuhan pemeriksaan skrining IMS pada WPS	Terdapat hubungan bermakna antara persepsi pelayanan klinik, pengobatan sendiri & riwayat IMS dengan kepatuhan skrining. Sedangkan tidak ada hubungan antara upaya pencegahan dengan kepatuhan skrining.

Tabel 1.2 Matriks Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu

No	Judul/Peneliti/Lokasi Penelitian	Tahun	Desain	Variabel
1	Faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal (Lilis Dewi Hastuti)	2011	<i>Cross Sectional</i>	Variabel bebas: pengetahuan, pelayanan petugas, riwayat PMS, ajakan teman, keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan. Variabel terikat: keikutsertaan skrining PMS
2	Hubungan persepsi pelayanan klinik, upaya pencegahan, pengobatan sendiri, dan riwayat infeksi menular seksual dengan kepatuhan pemeriksaan skrining IMS pada wanita pekerja seksual (studi di Resosialisasi Argorejo (Lily Liana)	2007	<i>Cross Sectional</i>	Variabel bebas: persepsi pelayanan klinik, upaya pencegahan, pengobatan sendiri, riwayat IMS Variabel terikat: kepatuhan pemeriksaan skrining IMS

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang Lingkup Tempat

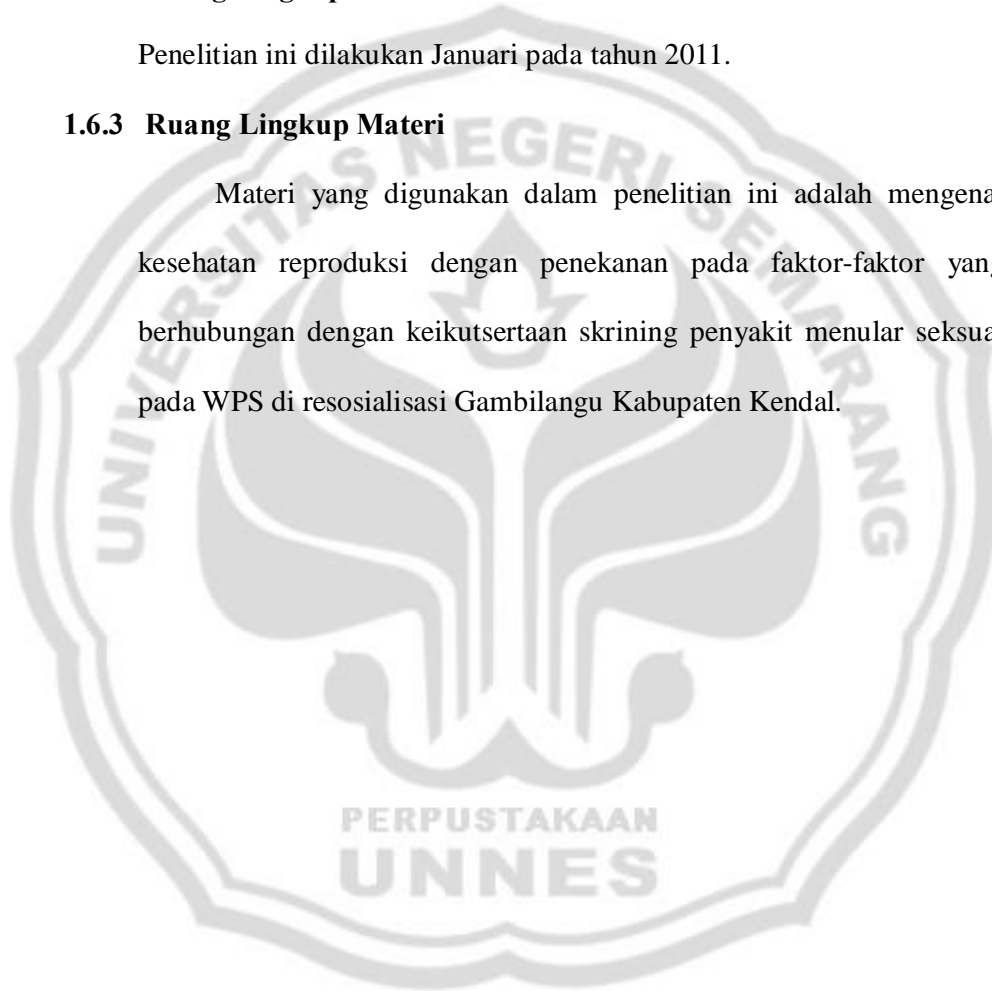
Tempat yang dijadikan objek penelitian adalah di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan Januari pada tahun 2011.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengenai kesehatan reproduksi dengan penekanan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Penyakit Menular Seksual

2.1.1.1 Definisi Penyakit Menular Seksual

Penyakit kelamin adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan kelamin tidak hanya terbatas secara genito-genital saja, tetapi dapat juga secara oro-genital, atau ano-genital, sehingga kelainan yang timbul akibat penyakit kelamin ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi dapat juga pada daerah-daerah ekstra genital.

Pada waktu dahulu penyakit kelamin dikenal sebagai *Veneral Diseases* (VD) yang berasal dari kata Venus (dewi cinta). Ternyata pada akhir-akhir ini ditemukan berbagai penyakit lain yang dapat juga timbul akibat hubungan seksual dan penemuan ini antara lain disebabkan oleh:

1. Perbaikan sarana dan teknik laboratorium.
2. Penemuan beberapa jenis penyakit secara epidemi seperti *herpes genitalis* dan Hepatitis B.
3. Penemuan penyakit yang ada akibatnya pada anak dan ibu, juga bahkan dapat menimbulkan kemandulan.

Oleh karena itu istilah VD makin lama makin ditinggalkan dan diperkenalkan istilah *Sexually Transmitted Diseases* (STD) yang berarti penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan kelamin. Istilah

STD ini telah diIndonesiakan menjadi PMS (Penyakit Menular Seksual), ada yang menyebutnya PHS (Penyakit Hubungan Seksual). Sehubungan PMS ini sebagian besar disebabkan oleh infeksi, maka kemudian istilah STD telah diganti menjadi STI (*Sexually Transmitted Infeksi*) (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005: 361)

2.1.1.2 Epidemiologi Penyakit Menular Seksual

WHO pada tahun 2001 memperkirakan penderita PMS di seluruh dunia sebanyak 340 juta orang. Sebagian besar penderita berada di Asia Selatan dan Asia Tenggara yaitu sebanyak 151 juta, diikuti Afrika sekitar 70 juta, dan yang terendah adalah Australia dan Selandia Baru sebanyak 1 juta.

Semakin lama jumlah penderita PMS semakin meningkat dan penyebarannya semakin merata di seluruh dunia. WHO memperkirakan morbiditas PMS di dunia sebesar \pm 250 juta orang setiap tahunnya. Peningkatan insidensi PMS ini terkait juga dengan perilaku berisiko tinggi yang ada di masyarakat dewasa ini. Di Indonesia, angka prevalensi PMS bervariasi menurut daerah. Hasil survei ISR (Infeksi Saluran Reproduksi) tahun 2005 melaporkan angka PMS di kalangan WTS di Bitung 35%, Jakarta 40%, dan Bandung 50%. Hasil laporan *periodic presumptive treatment* (PPT) periode I bulan Januari 2007 menunjukkan hasil yang hampir sama, yaitu angka PMS di Banyuwangi 74,5%, Denpasar 36,6%, Surabaya 61,21% dan Semarang 79,7% (Widoyono, 2008:161)

Menurut Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda (2005 : 361), di Indonesia banyak laporan mengenai penyakit ini, tetapi angka-angka yang dilaporkan tidak menggambarkan angka yang sesungguhnya.

Hal tersebut disebabkan antara lain oleh :

1. Banyak kasus yang tidak dilaporkan, karena belum ada undang undang yang mengharuskan melaporkan setiap kasus baru PMS yang ditemukan.
2. Bila ada laporan, pelaporan yang berlaku belum seragam.
3. Banyak kasus yang asimtomatik (tanpa gejala yang khas) terutama penderita wanita.
4. Pengontrolan terhadap PMS ini berjalan baik.

Secara keseluruhan dapat dilihat bahwa banyak faktor dapat mempengaruhi meningkatnya insidens PMS ini, antara lain :

1. Perubahan demografik secara luar biasa
 - a. Peledakan jumlah penduduk.
 - b. Pergerakan masyarakat yang bertambah, dengan berbagai faktor misalnya:
 - 1) Pekerjaan
 - 2) Liburan
 - 3) Pariwisata
 - 4) Rapat/kongres/seminar
 - c. Kemajuan sosial ekonomi, terutama dalam bidang industri menyebabkan lebih banyak kebebasan dan lebih banyak waktu yang terluang.
2. Perubahan sikap dan tindakan akibat perubahan-perubahan demografik di atas, terutama dalam bidang agama dan moral.
3. Kelalaian beberapa negara dalam pemberian pendidikan seks khususnya.
4. Perasaan aman pada penderita karena pemakaian obat antibiotik dan kontrasepsi.

5. Akibat pemakaian obat antibiotik tanpa petunjuk yang sebenarnya, maka timbul resistensi kuman terhadap antibiotik tersebut.
6. Fasilitas kesehatan yang kurang memadai terutama fasilitas laboratorium dan klinik pengobatan.

Banyaknya kasus asimtomatik, merasa tidak sakit, tetapi dapat menularo orang lain.

2.1.1.3 Sebab Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual dapat disebabkan oleh :

1. Bakteri

Beberapa bakteri yang dapat menyebabkan penyakit menular seksual diantaranya adalah:

- a. *Neisseria gonorrhoeae*, yang dapat menyebabkan penyakit uretritis, epididimitis, servisititis, proktitis, faringitis, konjungtivitis, bartholinitis, gonore
- b. *Chlamydia trachomatis* yang dapat menyebabkan penyakit uretritis, epididimis, servisititis, proktitis, salpingitis, limfomagranuloma venereum.
- c. *Mycoplasma hominis* yang dapat menyebabkan penyakit uretritis, epididimis, servisititis, proktitis, salpingitis.
- d. *Ureaplasma urealyticum* yang dapat menyebbkan penyakit uretritis, epididimis, servisititis, proktitis, salpingitis.
- e. *Treponema pallidum* yang dapat menyebabkan penyakit sifilis.
- f. *Gardnerella vaginalis* yang dapat menyebabkan penyakit vaginitis
- g. *Donovania granulomatis* yang menyebabkan penyakit granuloma inguinalis.

2. Virus

Beberapa virus yang dapat menyebabkan penyakit menular seksual diantaranya adalah:

- a. Herpes simplex virus yang menyebabkan penyakit herpes genitalis.
- b. Herpes B virus yang menyebabkan penyakit hepatitis fulminan akut dan kronik.
- c. Human papiloma virus yang menyebabkan penyakit kondiloma akuminatum.
- d. *Molluscum contagiosum virus* yang menyebabkan penyakit moluscum kontangiosum.
- e. Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang menyebabkan penyakit AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005: 362)

3. Protozoa

Trichomonas vaginalis yang menyebabkan penyakit trikomoniasis, vaginitis, uretritis, balanitis.

4. Fungus

Fungus yang dapat menyebabkan penyakit menular seksual adalah:

Candida albicans yang menyebabkan penyakit *vulvovaginitis*, *balanitis*, *balanopostitis*.

5. Ektoparasit

- a. *Phthirus pubis* yang menyebabkan penyakit pedikulus pubis.
- b. *Sarcoptes scabiei var. hominis* yang menyebabkan penyakit scabies

2.1.1.4 Jenis Penyakit Menular Seksual

1. *Herpes simplek*

a. Definisi

Infeksi akut yang disebabkan oleh virus herpes simpleks (virus herpes hominis) tipe I atau tipe II yang ditandai oleh adanya vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab dan eritematososa pada daerah dekat mukokutan, sedangkan infeksi dapat berlangsung baik primer maupun rekurens.

Herpes simpleks sering juga disebut dengan *fever blister*, *cold sore*, *herpes febrilis*, *herpes labialis*, *herpes progenitalis (genitalis)* (Rony P. Handoko dalam Adhi Djuanda, 2005 : 379)

b. Epidemiologi

Penyakit ini tersebar kosmopolit dan menyerang baik pria maupun wanita dengan frekuensi yang tidak berbeda. Infeksi primer oleh virus herpes simpleks (VHS) tipe I biasanya dimulai pada usia anak-anak, sedangkan infeksi VHS tipe II biasanya terjadi pada decade II atau III, dan berhubungan dengan peningkatan aktivitas seksual (Rony P. Handoko dalam Adhi Djuanda, 2005 : 379)

c. Tanda dan gejala

Infeksi VHS ini berlangsung dalam 4 tingkat:

1. Infeksi herpes oral primer

Infeksi herpes oral primer biasanya terjadi akibat kontak dengan liur pembawa asimtomatik atau seseorang yang masih memperlihatkan lesi

aktif. Muncul vesikel khas di sekitar mulut atau mata, kadang-kadang disertai demam. Ensefalitis merupakan penyulit yang jarang terjadi tetapi dapat fatal. Namun, infeksi ini biasanya ringan dan sering diabaikan.

2. Infeksi herpes oral berulang

Infeksi herpes oral rekuren (berulang) terjadi selama masa dewasa. Setelah infeksi primer, virus bermigrasi ke atas melalui saraf sensorik menuju ganglion terkait tempat virus tersebut diam secara dormant, dan kadang-kadang menjadi aktif akibat adanya gangguan pada sistem imun (pilek, influenza, atau kadang-kadang bahkan terpajan sinar matahari atau haid).

Partikel virus berjalan kembali ke bawah sepanjang saraf, dan arena saraf ini berjalan ke suatu daerah lokal di wajah, maka vesikel terbentuk di tempat yang sama, biasanya di sekitar lubang hidung atau bibir.

3. Herpes genitalis primer

Infeksi herpes genitalis primer diperoleh melalui hubungan kelamin, mungkin melalui luka-luka kecil di mukosa. Reservoir virus utama adalah serviks dan saluran genitalia pria. Terbentuk ulkus nyeri di glans dan batang penis atau vulva sehingga dapat terjadi gangguan berkemih.

Pasien merasa tubuhnya kurang sehat terutama pada masa prodroma sebelum lesi terbentuk sempurna.

4. Herpes genitalis berulang

Infeksi herpes genitalis berulang terjadi sepanjang hidup, menimbulkan rasa bersalah dan cemas yang cukup bermakna. Tidak ada pengobatan (Dinah Gould & Christine Brooker, 2003 : 301-302).

d. Diagnosis

Diagnosis tidak sulit apabila terdapat gelembung-gelembung di daerah kelamin. Ditemukannya benda-benda inklusi intranuklear yang khas di dalam sel-sel epitel vulva, vagina, atau serviks setelah dipulas menurut Papanicolaou, kepastian dalam diagnosis. Dewasa ini diagnosis secara banyak digunakan pula di samping pembiakan (Sarwono Prawihardjo, 2006 : 556).

e. Pencegahan

Sampai saat ini belum ada terapi yang memberikan penyembuhan radikal, artinya tidak ada pengobatan yang dapat mencegah episode rekurens secara tuntas. Pada lesi yang dini dapat digunakan obat berupa salep/krim. Jika timbul ulserasi dapat dilakukan kompres. Pengobatan oral berupa preparat asiklovir tampaknya memberikan hasil yang lebih baik, penyakit berlangsung lebih singkat, masa rekurensnya lebih panjang (Ronny P. Handoko dalam Adhi Djuanda, 2005:380).

2. Trikomoniasis

a. Definisi

Trikomoniasis merupakan infeksi menular seksual yang disebabkan oleh protozoa berflagela yang disebut *Trichomonas vaginalis*. Organisme ini adalah penyebab PMS yang paling lazim ditemukan di seluruh dunia (Gilly Andrews, 2009: 411).

b. Epidemiologi

Di beberapa negara ternyata insidens trikomoniasis ini termasuk tinggi,

karena termasuk dalam infeksi genital nonspesifik (I.G.N.S.). Dimana perbandingannya dengan uretritis gonore kira-kira 2:1. Golongan heteroseksual lebih banyak daripada golongan homoseksual (Sjaiful Fahmi Dailidalam Adhi Djuanda, 2005 : 340).

c. Tanda dan gejala

1. Trikomoniasis pada wanita

Bagian yang diserang terutama dinding vagina, dapat bersifat akut maupun kronik. Pada kasus akut terlihat secret vagina seropulen berwarna kekuning-kuningan, kuning-hijau, berbau tidak enak (*malodorous*), dan berbusa. Dinding vagina tampak kemerahan dan sembab. Kadang-kadang terbentuk abses kecil pada dinding vagina dan serviks, yang tampak sebagai granulasi berwarna merah dan dikenal sebagai *strawberry appearance* dan disertai gejala *disparenia*, perdarahan pascakoitus, dan perdarahan intermenstrual. Selain vaginitis dapat pula terjadi uretritis, bartholinitis, skenitis, dan sistitis yang pada umumnya tanpa keluhan. Pada kasus kronik gejala lebih ringan dan secret vagina biasanya tidak berbusa.

2. Trikomoniasis pada laki-laki

Pada laik-laki yang diserang terutama uretra kelenjar prostat, kadang-kadang preputium, vesikula seminalis, dan epididimis. Pada umumnya gambaran klinis lebih ringan dibandingkan dengan wanita. Bentuk akut gejalanya mirip uretritis non gonore, misalnya disuria, poliuria, dan secret uretra mukoid atau mukopurulen. Urin biasanya jernih, tetapi kadang-kadang ada benang-benang halus. Pada bentuk kronik

gejalanya tidak khas; gatal pada uretra, disuria, dan urin keruh pada pagi hari (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005 : 382-383).

d. Diagnosis

Kurang tepat apabila hanya didasarkan pada gambaran klinis, karena T. vaginalis dalam saluran urogenital tidak selalu menimbulkan gejala/keluhan. Untuk mendeteksinya dapat dipakai beberapa cara, misalnya pemeriksaan mikroskopi sediaan basah, dan sediaan hapus serta pembiakan (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005 : 383).

e. Pencegahan

Pencegahan dilakukan dengan pengobatan secara topikal atau sistemik. Pengobatan pilihan dapat dengan memberikan metronidazol 2 g segera atau 400 mg sehari selama 5 hari kepada klien dan pasangannya. Seluruh pasangan pria perlu diamati, diperiksa, dan diobati. 90% pria yang berhubungan seksual dengan wanita yang mengidap infeksi trichomonas asimtomatik. Pada pria, sering kali sulit mengisolasi organisme ini jika tidak terdapat diagnosis dan kontak seksual dengan wanita positif. Uji tindak lanjut kesembuhan direkomendasikan untuk kedua pasangan (Giily Andrews, 2009:412).

3. Kandidiasis

a. Definisi

Kandidiasis disebabkan oleh jamur *Candida albicans*. Kandidiasis biasanya menimbulkan gejala peradangan, gatal, dan perih di daerah kemaluan (Ronald Hutapea, 2003:83)

b. Epidemiologi

Infeksi kandidiasis pertama kali diketahui pertama kali pada tahun 1940. Ternyata penularannya mencapai 50% (Sarwono Prawihardjo, 2006 : 562).

c. Tanda dan gejala

Candida kadang-kadang menyebabkan balanitis pada laki-laki. Jamur ini tidak selalu ditularkan melalui hubungan kelamin tetapi paling sering ditemukan pada wanita yang aktif secara seksual, terutama selama masa subur. (Dinah Gould dan Christine Brooker, 2003 : 302)

Pruritus akut dengan duh vagina merupakan keluhan umum tetapi tidak spesifik VVC (kandidiasis vulvovagina). Nyeri vagina, iritasi, rasa terbakar, dyspareunia, dan dysuria eksternal juga sering menyertai bau, eritema dan bengkak pada labia serta vulva. Yang khas adalah bahwa gejala meningkat seminggu sebelum menstruasi dan sedikit menurun dengan mulainya haid (Max Joseph Herman, 1999 :15)

d. Diagnosis

Diagnosis melalui pemeriksaan sekresi, vagina atau biakan (Max Joseph Herman, 1999 :15).

e. Pencegahan

Dilakukan melalui pengobatan yang dapat dilakukan secara lokal dengan krim dan pesarium klotrimazol atau nistatin untuk mengatasi gatal. Apabila tidak berhasil, pasien wanita dapat diberi flukonazol per oral. Selama pengobatan pasien harus menggunakan kontrasepsi karena obat ini bersifat teratogenik (Dinah Gould dan Christine Brooker, 2003 : 304).

4. Vaginosis bakterialis

a. Definisi

Penyakit ini dahulu dikenal sebagai vaginitis nonspesifik tau vaginitis yang disebabkan oleh *Haemophilus vaginalis* atau *Gardnerella vaginalis*. Biasanya infeksi terjadi asimtomatik (Sarwono Prawihardjo, 2006:559).

b. Epidemiologi

Penyakit vaginosis lebih sering ditemukan pada wanita yang memeriksakan kesehatannya daripada vaginitis jenis lainnya. Penyelidikan vaginosis bakterial jarang dilakukan, sedangkan mikrobiologi dan klinis yang tepat belum jelas. Pernah disebutkan bahwa 50% wanita aktif seksual terkena infeksi *G. vaginalis*, tetapi hanya sedikit yang menyebabkan gejala. Hampir 90% laki-laki yang mitra seksual wanitanya terinfeksi *G. Vaginalis* (Jubianto Judanarso dalam Adi Djuanda, 2005 : 384).

c. Tanda dan gejala

Gejala yang paling sering dilaporkan adalah pengeluaran bau amis yang tidak enak dari daerah genitalis yang tidak berkaitan dengan hygiene yang buruk. Sebagian wanita juga mengeluh keluarnya duh abu-abu non-iritan yang berbusa (Dinah Gould dan Christine Brooker, 2003 : 305).

d. Diagnosis

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan:

1. Duh tubuh vagina berwarna abu-abu, homogen, dan berbau.
2. Pada sediaan basah sekret vagina terlihat leukosit sedikit atau tidak ada, sel epitel banyak, dan adanya basil yang berkelompok.

(Jubianto Judanarso dalam Adhi Djuanda, 2005 : 387)

e. Pencegahan

Pengobatannya adalah dengan metronidazol atau dengan mengoleskan krim klindamisin 2 % selama 7 hari (Dinah Gould dan Christine Brooker, 2003 : 305)

Selain itu ada beberapa anjuran yang perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya vaginosis bakterialis :

1. Basuhlah bagian luar kemaluan secara teratur dengan sabun ringan.
2. Pakailah celana dalam katun (bahan nilon menyimpan panas dan kelembaban yang memungkinkan vaginosis bakterialis berkembang).
3. Jangan memakai celana yang terlalu ketat pada selangkangannya.
4. Jika kehidupan seks anda aktif, yakinkan bahwa pasangan anda menjaga kebersihannya. Kondom dapat mengurangi kemungkinan terinfeksi oleh pasangan seksnya.
5. Pakai jelly atau bahan pelumas lain yang steril dan larut air dalam kegiatan seks anda. Hindarkan pemakaian vaselin.
6. Hentikan hubungan seks yang nyeri atau mengakibatkan lecet.
7. Hindari diet yang kaya gula atau karbohidrat olahan, karena dapat mengubah pH normal vagina dan memungkinkan kuman berkembang.
8. Wanita yang rentan terhadap infeksi vagina dianjurkan untuk sering membilas dengan air biasa, larutan soda, satu atau dua sendok cuka di dalam seperempat liter air. Bilasan dengan yoghurt yang tak

dipasteurisasi dan tak berasa dapat memulihkan kehadiran bakteri *öbaikö* yang biasanya terdapat di dalam vagina tetapi mungkin telah terbunuh oleh antibiotika. Jangan membilas diri bila sedang hamil atau menduga sedang hamil.

9. Peliharalah kesehatan umum anda. Diet buruk dan kurangnya tidur dapat menurunkan pertahanan anda terhadap infeksi.

5. Gonore

a. Definisi

Gonore merupakan penyakit yang mempunyai insidens yang tinggi di antara PMS. Pada pengobatannya terjadi pula perubahan karena sebagian disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae* yang telah resisten terhadap penisilin dan disebut *Penicillinase Producing Neisseria gonorrhoeae* (PPNG). Kuman ini meningkat di banyak negara termasuk Indonesia.

(Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005 : 367)

b. Epidemiologi

1. Terjadi secara luas di seluruh dunia dengan prevalensi yang lebih tinggi di berbagai negara berkembang.
2. Angka serangan paling tinggi pada orang berusia 15-24 tahun yang tinggal di kota, termasuk dalam kelompok social ekonomi rendah, tidak menikah atau homoseksual, atau memiliki riwayat PMS terdahulu
3. Penyakit ini sangat mudah ditularkan dengan infeksi 50% pada wanita dan 20% pada pria setelah sekali terpajan vagina tanpa pelindung

4. Kira-kira 75 % wanita asimtomatik, dibandingkan hanya 5% pada pria heteroseksual
5. Insidensi meningkat secara stabil antara tahun 1951 dan 1980, setelah itu insidensi menurun namun pada tahun-tahun belakangan ini mulai meningkat lagi terutama pada pria homoseksual; kira-kira terdapat 12.000 kasus per tahun di Inggris.

(Bibhat K. Mandal, 2008:187)

c. Tanda dan gejala

Masa tunas sangat singkat, pada pria umumnya bervariasi antara 2-5 hari, kadang-kadang lebih lama dan hal ini disebabkan karena penderita telah mengobati diri sendiri, tetapi dengan dosis yang tidak cukup atau gejala sangat samar sehingga tidak diperhatikan oleh penderita. Pada wanita masa tunas sulit ditentukan karena pada umumnya asimtomatik (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2005 : 367).

Apabila tetap tidak diobati, maka gonore akan menjalar melalui alat kelamin luar dan saluran kencing menuju ke organ kelamin bagian dalam. Pada pria, terjadilah kemandulan. Ginjal juga dapat terinfeksi. Pada wanita, infeksi yang tak diobati akan menyusup melalui cervix ke daerah rahim, tuba fallopi dan kemungkinan sampai ke daerah abdomen dan indung telur, sehingga menimbulkan apa yang disebut *öpelvic inflammatory disease*” (PID) atau peradangan organ pelvis.

Gejala-gejala PID meliputi nyeri dan kekakuan di daerah abdomen dan cervix, mual, muntah, demam, keluarnya cairan, terganggunya siklus mens dan nyeri sewaktu berhubungan seks (Ronald Hutapea, 2003:76-77).

d. Diagnosis

Diagnosis adalah dengan pemeriksaan sediaan basah terhadap bahan yang diambil dengan menggunakan apusan. Daya hidup *N. gonorrhoeae* di luar pejamu sedemikian kurang sehingga pemeriksaan mikroskopis harus dilakukan di klinik sesegera mungkin setelah apusan diambil.

e. Pencegahan

Pengobatan biasanya berhasil dengan menggunakan ampisilin oral ditambah probenesid untuk memperlambat bersihkan obat dari ginjal.

6. HIV/ AIDS

a. Definisi

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus penyebab AIDS (Arjatmo Tjokronegoro, 2001:81). AIDS adalah kumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang diperoleh, disebabkan, oleh infeksi HIV. AIDS ini bukan suatu penyakit saja, tetapi merupakan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai jenis mikroorganisme seperti, infeksi bakteri, virus, jamur, bahkan timbulnya keganasan akibat menurunnya daya tahan tubuh penderita (R.S. Siregar, 2004:310).

b. Epidemiologi

Secara global, lebih dari 14 juta orang meninggal karena penyakit akibat AIDS, dan UNAIDS serta WHO (1999) memperkirakan bahwa 33,6 juta orang hidup dengan HIV pada bulan Desember 1999, dan lebih dari setengah orang yang mengalami infeksi baru di seluruh dunia berusia di

bawah 25 tahun. Pada tahun 1999, 2,3 juta infeksi baru terjadi pada wanita dan 570.000 terjadi pada anak-anak yang berusia di bawah 15 tahun. Hampir semua infeksi baru pada anak-anak adalah akibat penularan dari ibu ke anak, baik setelah atau selama kelahiran atau lewat menyusui. Sedangkan di Indonesia, AIDS pertama kali di temukan pada tahun 1987 di Bali. Penderitanya adalah wisatawan asal Belanda. Setiap tahun jumlah penderita bertambah terus. Pada tahun 1991 sudah ditemukan 47 penderita (AIDS 26, HIV+21) yang ditemukan di 4 propinsi, DKI 27 (AIDS 14, HIV+ 13), Jawa Barat 3 (AIDS 1, HIV+ 2), Jawa Timur 6 (AIDS 3, HIV+3), dan Bali 11 (AIDS 3, HIV+ 8). Pada tahun 1994 dilaporkan sudah meningkat menjadi 274 penderita (AIDS 40, HIV+ 235) dan sudah menyerang 15 provinsi dari 27 provinsi yang ada di seluruh Indonesia.

c. Tanda dan gejala

Menurut Siregar (2004:313) , gejala-gejala HIV/AIDS dapat berupa:

1. Demam yang terus menerus lebih dari 37 derajat celcius
2. Kehilangan berat badan 10% atau lebih
3. Radang kelenjar getah bening yang meliputi 2 atau lebih kelenjar getah bening di luar daerah kemaluan.
4. Diare yang tidak dapat dijelaskan sebabnya
5. Berkeringat banyak pada malam hari yang terus menerus

Gejala AIDS pada umumnya merupakan gejala infeksi oportunistik atau kanker yang terkait dengan AIDS. Kanker yang terkait dengan AIDS adalah arkoma Kaposi, limfoma malignum, dan karsinoma serviks invasif (Arjatmo Tjokronegoro, 2001:82).

d. Diagnosis

Oleh karena banyak negara, terutama negara berkembang yang belum mempunyai fasilitas laboratorium yang memadai, maka dalam lokakarya di Bangui Afrika Tengah bulan Oktober 1985, WHO menetapkan kriteria diagnosis AIDS sebagai berikut. Seseorang dewasa dicurigai menderita AIDS jika paling sedikit mempunyai 2 gejala mayor dan 1 gejala minor dan tidak terdapat sebab-sebab penekanan imun yang lain yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat.

Gejala mayor adalah sebagai berikut:

1. Penurunan berat badan atau pertumbuhan lambat yang abnormal
2. Diare kronik lebih dari 1 bulan
3. Demam lebih dari 1 bulan

Sedangkan gejala minor adalah sebagai berikut:

1. Limfadenopati umum
2. Kandidiasis orofaring
3. Infeksi umum yang rekuren
4. Batuk-batuk
5. Infeksi HIV yang maternal

(Siregar, 2004:314)

e. Pencegahan

Oleh karena obat untuk pencegahan HIV sampai sekarang belum ada/belum ditemukan dan vaksin yang dapat mencegah AIDS juga belum ada, usaha untuk menangkal penyakit ini adalah dengan cara penyuluhan pendidikan kesehatan melalui program KIE (Komunikasi Informasi

Edukasi) yaitu usaha membantu seseorang untuk melangkah dan mengerti kepada öberbuatö. Program ini bertujuan untuk mengubah sikap perilaku seksual seseorang sehingga diharapkan setiap individu dapat menyehatkan dirinya sendiri dan orang lain untuk terhindar dari infeksi HIV. Jalur-jalur penularan AIDS adalah melalui jalur hubungan seksual (lebih dari 95%), jalur pemindahan darah, dan jalur ibu hamil, maka usaha-usaha yang dapat dilakukan adalah usaha menyehatkan ketiga jalur penularan itu.

Pencegahan melalui hubungan seksual adalah sebagai berikut:

1. Melakukan hubungan seks hanya dengan seorang mitra seksual yang setia dan tidak mengidap HIV
2. Jangan mengadakan hubungan seksual dengan kelompok berisiko tinggi seperti WPS, PTS, pelanggan-pelanggannya, dan wisatawan asing dari negara tempat insiden AIDS-nya tinggi
3. Melakukan hubungan seksual yang aman yaitu dengan menggunakan kondom

Pencegahan melalui darah adalah sebagai berikut:

1. Darah yang akan ditransfusikan harus bebas HIV. Jika sangat perlu transfusi darah mintalah darah yang bebas HIV
2. Produk darah/plasm darah harus dipantau dengan ketat dan dilaksanakan sesuai prosedur pembuatan yang dianjurkan
3. Alat suntik dan alat-alat tusuk lainnya harus dicucihamakan dahulu sebelum dipakai atau pakailah alat habis sekali pakai
4. Jangan menggunakan pisau cukur, gunting kuku, atau sikat gigi orang yang disangka mengidap HIV

5. Kelompok pemakai obat narkotika sering memakai jarum suntik secara bersama-sama. Untuk itu dianjurkan jangan memakai jarum suntik secara bersama-sama.

Pencegahan para petugas kesehatan adalah sebagai berikut:

Untuk pencegahan petugas kesehatan dianjurkan:

1. Menggunakan alat-alat pelindung sewaktu bekerja, seperti sarung tangan, kamar jas laboratorium, dan masker
2. Hati-hati waktu menggunakan alat-alat yang tajam, seperti jarum suntik, alat-alat operasi saat menolong persalinan
3. Bahan yang mengandung HIV atau tercemar HIV, harus dibungkus dengan plastik dua lapis dan selanjutnya dimusnahkan
4. Alat-alat lain seperti pengisap darah (pipet), alat resusitasi harus digunakan secara profesional.

Sedangkan pencegahan melalui ibu hamil adalah sebagai berikut:

Ibu yang mengidap HIV dan menderita AIDS dapat menularkan virus pada bayi yang dikandungnya baik pada saat bayi berada dalam kandungan, maupun pada saat ibu melahirkan atau pada saat bayi dilahirkan. Usaha-usaha pencegahan meliputi anjuran agar ibu pengidap HIV jangan hamil dan apabila sudah hamil segera menghubungi dokter ahli kebidanan untuk membantu mengatasinya.

(Siregar, 2004:314-315).

7. Kondiloma akuminata

a. Definisi

Kondiloma akuminata merupakan salah satu jenis penyakit menular seksual yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh negara, termasuk Indonesia. Kondiloma akuminata adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh *Human papiloma virus* (HPV) tipe tertentu dengan kelainan berupa fibroepitelioma pada kulit dan mukosa.

(Farida Aplirianingrum, 2006 : 21).

b. Epidemiologi

Laju insidens kondiloma akuminata pada populasi berbanding lurus dengan probabilitas transmisi kondiloma akuminata dari masing-masing mitra seks (30%). Insidens kondiloma akuminata dilaporkan meningkat di banyak negara termasuk Indonesia. Di negara maju, prevalensi kondiloma akuminata di masyarakat berkisar 46%. Di Indonesia, prevalensi kondiloma akuminata pada perempuan yang datang di klinik KB dan klinik universitas sebesar 19% (Farida Aplirianingrum, 2006 : 21).

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala kondiloma akuminata adalah :

1. Bintil kecil berwarna abu-abu, merah muda atau agak kemerahan pada alat kelamin dan tumbuh secara cepat.
2. Beberapa bintil berkembang saling berdekatan, hampir menyerupai bunga kol.
3. Panas di sekitar alat kelamin.

4. Nyeri, perdarahan dan rasa tidak nyaman pada saat melakukan hubungan seksual.

d. Pencegahan

Menurut Farida Aplirianingrum (2006: 21), pencegahan di masyarakat adalah:

1. Penyuluhan kesehatan
2. Deteksi dini *pap smear*. Tes pap smear dilakukan secara rutin selama tiga tahun semenjak hubungan seksual.
3. Peningkatan hygiene genital personal.
4. Surveilans rutin, guna memonitoring secara ketat laju insidensi dan prevalensi kondiloma akuminata.

2.1.2 Wanita Pekerja Seks

2.1.2.1 Definisi Wanita Pekerja Seks

Wanita Pekerja Seks adalah seorang wanita yang menawarkan jasa pelayanan hubungan seks untuk mendapatkan uang (A. A.Gde Muninjaya, 1998)

2.1.2.2 Ciri-ciri Pekerja Seks Komersial

Berdasarkan Kartono (2001:204-205) dalam Maria Ulfa (2008:11-12)

Ciri-ciri pekerja seks komersial wanita adalah sebagai berikut :

1. Wanita disebut WPS (Wanita Pekerja Seks Komersial), sedangkan pria disebut gigolo
2. Cantik, ayu, rupawan, manis, atraktif, menarik, baik wajah maupun tubuhnya. Biasanya merangsang selera seks para pria

3. Masih muda. 75% dari penjaja seks di kota-kota adalah dibawah usia 30 tahun. Terbanyak adalah 17-25 tahun.
4. Pakaian sangat mencolok, beraneka warna, sering aneh-aneh/ensentrik untuk menarik perhatian kaum pria.
5. Menggunakan teknik-teknik seksual yang cepat, tidak hadir secara psikis tanpa emosi dan afeksi, tidak pernah bias mencapai orgasme, sangat provokatif dalam ber-coitus dan biasanya dilakukan secara kasar.
6. Bersifat sangat mobile, kerap berpindah-pindah tempat/ kota yang satu ke tempat / kota yang lainnya.
7. Penjaja seks anal dari kelas rendah dan menengah sebagian besar berasal dari strata ekonomi dan strata sosial rendah
8. 60%-80% dari jumlah pelacur ini memiliki intelektual yang normal.

2.1.3 Skrining PMS (Penyakit Menular Seksual)

2.1.3.1 Definisi skrining PMS

Skrining PMS adalah pelaksanaan pemeriksaan PMS secara rutin atau berkala baik ketika populasi atau pasien tersebut bergejala maupun tidak (DEPKES RI, 2009:10). Skrining klien dapat dilakukan dengan anamnesis yang cermat atau melalui konseling. Apabila mungkin pemeriksaan organ reproduksi dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium sederhana untuk melihat mikroorganisme yang ada yaitu meliputi pemeriksaan duh kelamin dengan mikroskop dan pewarnaan Gram, larutan NaCl dan KOH (Abdul Bari Saifuddin, 2006 :43) .

2.1.3.2 Tujuan Skrining

Tujuan skrining adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus yang ditemukan (Johan Harlan, [www.gunadarma.co.id/Epidemiologi Kebidanan](http://www.gunadarma.co.id/Epidemiologi%20Kebidanan), 2006: 95)

2.1.3.3 Prosedur skrining PMS

Skrining dilakukan hanya beberapa menit. Pertama pasien berbaring diatas tempat tidur/ meja periksa dengan lutut ditekuk. Secara perlahan dokter/ petugas puskesmas akan mengambil sampel sel dan membuat apusan pada slide kaca untuk pemeriksaan mikroskopis (www.medicastore.com/artikel_kesehatan/2008/).

Menurut (Abdul Bari Saifuddin, 2006: 43) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam skrining adalah :

1. Berikan pengobatan sesuai dengan hasil temuan mikroorganisme atau dari hasil pendekatan sindrom.
2. Selalu ditanyakan pada pasien apakah ada:
 - 1) Duh vagina
 - 2) Lesi/ ulkus pada alat kelamin
 - 3) Pembengkakan pada kelenjar getah bening di daerah inguinal (selangkangan)
 - 4) Nyeri perut bagian bawah

2.6.1 Faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Adapun faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS adalah sebagai berikut:

2.6.2 Faktor Predisposisi (*predisposing factor*)

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003:13) faktor-faktor ini mencakup: pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, umur, dan sebagainya. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:121).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003:122-123) proses perubahan pengetahuan mempunyai 6 tingkatan:

(1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

(2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

(3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

(4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

(6) Evaluasi (*evaluation*)

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

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 167). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 124).

2.1.4.2 Faktor Pemungkin (*Enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi kesehatan masyarakat. Fasilitas tersebut misalnya, puskesmas, rumah sakit, poliklinik, dokter. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung, atau faktor pemungkin (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:14).

1) Akses Informasi tentang Skrining

Informasi tentang penyakit menular seksual dapat diperoleh melalui media cetak (majalah, buku, jurnal dan artikel kesehatan), televisi, tau radio. Hal ini tentunya akan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit menular seksual. Dalam proses informasi diperlukan adanya koordinasi, yaitu kerjasama antara sesama dan dari departemen terkait (Ewllis&Simnet,1994:164). Dalam hal ini informasi dari petugas

kesehatan dari dinas kesehatan Kabupaten tentang pentingnya skrining sangat diperlukan.

2) Fasilitas Kesehatan

Adanya fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:14). Fasilitas kesehatan yang diperlukan diantaranya adalah: tersedianya klinik kesehatan (seperti klinik, puskesmas), tersedianya tenaga kesehatan, dan tersedianya obat-obatan serta kondom. Fasilitas kesehatan sangat diperlukan untuk memantau orang yang berada di sekitar daerah sarana tersebut (Depkes RI, 2000: 76).

2.1.4.3 Faktor Penguat (*Reinforcing*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas-petugas kesehatan.

1) Pelayanan Petugas Skrining

Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap yang positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:14). Peranan pelayanan didukung oleh peran serta aktif petugas, seperti yang telah dijelaskan dalam UU Kesehatan, Bab VII : Peran Serta Masyarakat bahwa setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga dan lingkungannya. Oleh karena itu peran aktif petugas skrining

sangat diperlukan.

Kepuasan pasien diukur berdasarkan indikator keramahan, kecepatan pelayanan, dan kenyamanan pasien. Kepuasan pasien merupakan bagian dari mutu pelayanan, karena upaya pelayanan haruslah dapat memberikan kepuasan, tidak semata-mata kesembuhan belaka. Layanan petugas yang baik dapat diukur melalui keramahan, komunikatif, suportif, cekatan, kesopanan, dan waktu tunggu saat pemeriksaan (Boy.S. Sabarguna, 2008: 4,12). Dalam hal ini pelayanan petugas skrining sangat diperhatikan sebagai penguat akan keikutsertaan WPS dalam kegiatan skrining.

2) Riwayat Penyakit Menular Seksual

Penyakit Menular Seksual merupakan penyakit hubungan seksual yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual (Sjaiful Fahmi Daili dalam Adhi Djuanda, 2007:363). Riwayat seksual menyadarkan akan kemungkinan infeksi yang perlu dilakukan penapisan selama pengkajian fisik dan juga membantu memberitahu mengenai kebutuhan pendidikan kesehatan seksual (Gilly Andrews, 2009:402). WPS merupakan kelompok berisiko untuk terkena PMS. Seorang WPS yang sudah terinfeksi PMS akan mempengaruhi dalam keikutsertaan skrining, karena dengan ia terinfeksi PMS maka WPS tersebut akan rutin dalam skrining.

3) Faktor Ajakan Teman

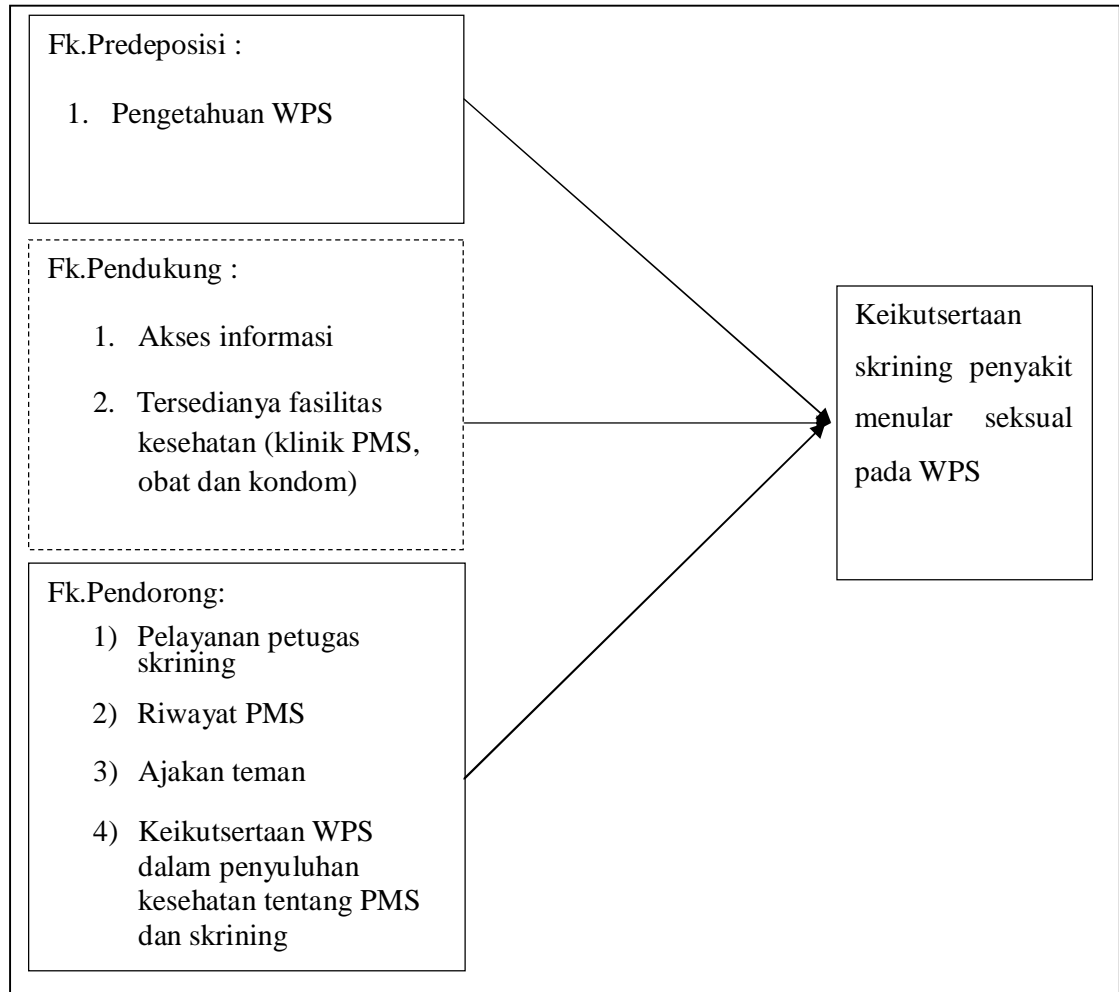
Seorang PE (*Peer Educator*) ikut terlibat dalam pengembangan program pengendalian PMS di kalangan WPS. PE berasal dari teman sebaya WPS, dan melaksanakan promosi kondom dan KIE dengan informasi akurat tentang HIV dan PMS kepada rekan sebaya. Mereka

membantu dan menggerakkan teman sebaya mereka dalam memanfaatkan pelayanan klinis baik di puskesmas atau di luar puskesmas (DEPKES RI, 2009:5).

4) Faktor Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan tentang PMS dan Skrining



Informasi tentang penyakit menular seksual dapat diperoleh melalui media cetak (majalah, buku, jurnal dan artikel kesehatan), elektronik, ataupun media papan (*biilboard*). Media-media tersebut adalah alat bantu pendidikan yang tujuannya digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan dan mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 70-71). Menurut Budioro, B (1998:17) penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif daripada individu/ kelompok terhadap kesehatan agar yang bersangkutan menerapkan cara hidup yang sehat sebagai bagian dari cara hidupnya.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

Keterangan :

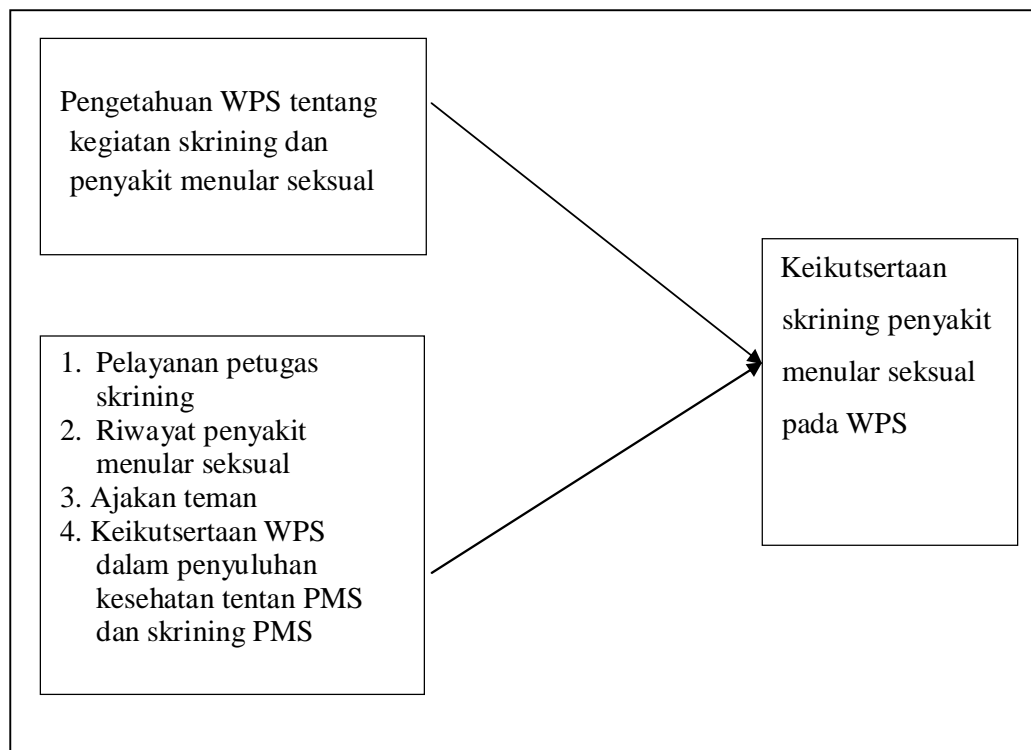
-  : yang diteliti
 : yang tidak diteliti

Sumber : (Soekidjo Notoatmojo, 2005: 69), (Eunike R. Rustiana, 2005: 105),
 (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 13-15), (Boy.S. Sabarguna, 2008: 4,12),
 (Depkes RI, 1997: 2), (Ewlis&Simnet, 1994:164)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 : Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Mayor

Ada faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada hubungan antara pengetahuan WPS dengan keikutsertaan skrining

PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.2.2.2 Ada hubungan antara pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan

skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.2.2.3 Ada hubungan riwayat penyakit menular seksual dengan keikutsertaan

skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.2.2.4 Ada hubungan ajakan teman sesama WPS untuk ikut skrining dengan

keikutsertaan skrining PMS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.2.2.5 Ada hubungan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang

PMS dan pentingnya skrining dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional. Rancangan penelitiannya adalah *cross sectional* yaitu variabel-variabel yang termasuk faktor risiko dan variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada saat yang sama (Ahmad Watik Pratiknya, 2003:168).

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi pengetahuan tentang PMS dan kegiatan skrining, pelayanan petugas, riwayat PMS, ajakan teman, dan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keikutsertaan WPS dalam kegiatan skrining

3.5 Definisi Operasional

Tabel 1.3 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala	Alat Ukur
1.	Pengetahuan WPS	Pemahaman WPS tentang PMS, meliputi: definisi, cara penularan, gejala, akibat, dan cara pencegahan: tentang skrining, meliputi definisi, tata cara melakukan, tujuan dan manfaat.	1. Kurang: (<60% dari jawaban benar) 2. Cukup: (60-80% dari jawaban benar) 3. Baik (>80% jawaban benar) (Baliwati, Yayuk Farida, 2004)	Ordinal	Kuesioner
2.	Pelayanan petugas skrining terhadap WPS	Pelayanan petugas skrining (dokter, petugas administrasi, petugas laboratorium) yang melayani WPS mulai dari pendaftaran WPS, pemeriksaan fisik sampai pengambilan <i>specimen</i> dalam kegiatan skrining.	1. Kurang: (<60% dari jawaban benar) 2. Cukup: (60-80% dari jawaban benar) 3. Baik (>80% jawaban benar) (Baliwati, Yayuk Farida)	Ordinal	Kuesioner

3.	Riwayat penyakit menular seksual	Suatu keadaan dimana WPS sebelumnya sudah terinfeksi penyakit menular seksual dengan gejala-gejala yang pernah diderita sebelumnya	1. Pernah menderita PMS 2. Tidak pernah menderita PMS	Ordinal	Kuesioner
4.	Kemitraan/ajakan teman	Ajakan sesama WPS untuk mengikuti skrining dan penyampaian informasi mengenai skrining	1. Ada ajakan teman 2. Tidak ada ajakan teman	Ordinal	Kuesioner
5.	Keberadaan promosi kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining	Adanya promosi kesehatan tentang PMS& pentingnya skrining yang diadakan di resosialisasi Gambilangu	1. Mengikuti penyuluhan kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining 2. Tidak mengikuti penyuluhan kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining	Ordinal	Kuesioner
6.	Keikutsertaan kegiatan skrining PMS	Peran aktif WPS yang ditandai dengan kedatangan WPS dalam kegiatan skrining	1. Rutin (8 kali dalam 1 bulan) 2. Tidak rutin (<8 kali dalam 1 bulan)	Ordinal	Kuesioner dan <i>cross check</i> absensi pada data kunjungan skrining

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:79). Populasi wanita pekerja seks di resosialisasi Gambilangu Kabupaten

Kendal pada bulan Desember 2010 sebanyak 190 WPS. Jadi Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 190 WPS.

3.6.2 Sampel Penelitian

Pelaksanaan pengambilan sampel dengan *Porpositive Sampling* yaitu dilakukan dengan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:88).

3.6.2.1 Kriteria Inklusi

- 1) WPS yang bekerja di resosialisasi Gambilangu minimal 1 bulan

3.6.2.2 Kriteria Eksklusi

- 1) WPS yang sedang pulang ke kampung halaman saat dilakukan penelitian.

Besarnya sampel menurut Stanley Lemeshow, dkk (1997: 54) dengan menggunakan rumus:

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

keterangan:

n : sampel

$Z^2_{1-\alpha/2}$: standar deviasi normal untuk 1,64 dengan convidence 90%

N : jumlah populasi

P : target populasi (0,5)

d : derajat kesalahan 10%

Maka besar sampelnya adalah:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) \cdot 190}{0,1^2 (190-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)} \\
 &= \frac{182,476}{1,89 + 0,9604} \\
 &= \frac{182,476}{2,8504} \\
 &= 64,01 \hat{=} 64
 \end{aligned}$$

Jadi, banyaknya sampel untuk penelitian ini adalah 64 WPS.

3.7 Sumber Data Penelitian

3.7.1 Data Primer

Data primer (berupa data jumlah WPS, prevalensi PMS) diperoleh dari observasi langsung dan wawancara dengan WPS melalui kuesioner, petugas kesehatan/ dokter klinik, dan ketua resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder (data jumlah WPS) diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Mitra Husada dan PKBI Semarang yang bekerja sama dengan resosialisasi Gambilangu, Puskesmas Kaliwungu (sebagai klinik VCT).

3.8 Instrumen Penelitian

Adapun alat yang digunakan untuk menyusun data penelitian pengetahuan

(tentang PMS dan skrining), pelayanan petugas skrining, kemitraan/ajakan teman sesama WPS dan keberadaan promosi kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining adalah:

1) Kuesioner

a. Kisi-kisi pertanyaan pengetahuan

- Definisi penyakit menular seksual, gejala, akibat, penularan, dan cara pencegahan.
- Definisi skrining, manfaat, cara melakukan, dan tujuan.

b. Kisi-kisi pertanyaan pelayanan petugas skrining

- Sarana dan prasarana di klinik resosialisasi Gambilangu.
- Cara melayani WPS saat skrining (ramah atau tidak)
- Proses pelayanan

c. Kisi-kisi pertanyaan riwayat PMS

- Gejala-gejala yang pernah dialami sebelumnya

d. Kisi-kisi pertanyaan ajakan teman

- Ajakan teman saat dilaksanakan program skrining
- Pemberitahuan oleh PE jika ada perubahan jadwal skrining

e. Kisi-kisi pertanyaan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang PMS dan skrining

- Mengikuti / tidak mengikuti penyuluhan kesehatan tentang PMS dan skrining

3.9 Teknik Pengambilan Data

3.9.1 Metode Observasi

Metode observasi adalah suatu prosedur berencana yang antara lain

meliputi melihat, dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 93).

Metode observasi dalam penelitian ini terdiri atas uraian rinci aktivitas penelitian dan interaksi antara peneliti, WPS, dan petugas skrining.

Metode observasi digunakan untuk memperoleh gambaran situasi kawasan resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal dan kondisi WPS untuk mendapatkan waktu yang tepat dalam penelitian.

3.9.2 Metode Wawancara

Wawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang menyangkut masalah umur, pendidikan, pengetahuan WPS dan pelayanan petugas pada WPS saat kegiatan skrining.

3.9.3 Metode Dokumentasi

Metode dokumentasi dalam penelitian ini untuk memperoleh dokumentasi resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Dokumentasi dilakukan sebagai penunjang data primer berupa dokumentasi gambar, transkrip dan catatan hasil wawancara.

3.10 Validitas dan Reliabilitas

3.10.1 Uji validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Pengukuran dilakukan dengan cara melakukan

korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan rumus *Product Moment* karena instrumen yang digunakan adalah kuesioner (Soekidjo Notoatmojo, 2005:131)

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

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Resosialisasi Gambilangu Kota Semarang. Karakteristik pada Resosialisasi Gambilangu Kota Semarang adalah dalam resosialisasi tersebut terdapat kegiatan yang rutin setiap 2 kali dalam 1 minggu, pendidikan WPS (tamat SD, SMP dan SMA). Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 20 WPS. Hasil uji validitas pada variabel pengetahuan menunjukkan signifikansi 5% dengan n =20, maka diketahui r_{tabel} : 0,444. Syarat pertanyaan valid adalah $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$. Dari tabel *Correlation*, maka pertanyaan yang tidak valid adalah pertanyaan nomor 8. Karena r_{hitung} : 0,263, artinya $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka tidak valid, sehingga pertanyaan tersebut dihilangkan. Sedangkan pada hasil uji validitas variabel pelayanan petugas skrining menunjukkan signifikansi 5% dengan n =20, maka diketahui r_{tabel} : 0,444. Syarat pertanyaan valid adalah $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$. Dari tabel *Correlation*, maka pertanyaan yang tidak valid adalah : pertanyaan nomor 9, karena r_{hitung} : -0,095 , artinya $(-0,095 < 0,444) r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka tidak valid; pertanyaan nomor 11, karena r_{hitung} : 0,186 , artinya $(0,186 < 0,444) r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka

tidak valid; pertanyaan nomor 15, karena $r_{hitung} : -0,025$, artinya $(-0,025 < 0,444) r_{hitung} < r_{tabel}$ maka tidak valid. Sehingga pertanyaan nomor 9, 11, dan 15 dihilangkan.

3.10.2 Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat pengukur yang sama.

Cara mengukur reliabilitas dapat dilakukan dua cara :

1. Repeated Measure atau ukur ulang. Pertanyaan ditanyakan pada responden berulang pada waktu yang berbeda (misalnya sebulan kemudian).
2. One Shot atau diukur sekali saja. Pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain.

Atau dapat pula dilakukan dengan membandingkan nilai r_{tabel} dengan r_{hitung} hasil.

$R_{hitung} > r_{tabel}$, maka pertanyaan tersebut reliabel.

Hasil uji reliabilitas variabel pengetahuan menunjukkan nilai alpha adalah $= 0,7560$, hal ini menunjukkan bahwa nilai $alpha > 0,7$ sehingga kuesioner tersebut dikatakan reliabel. Angket atau kuesioner dikatakan reliabel jika memiliki nilai alpha minimal 0,7 (Djemari Mardapi, 2003 dalam Handoko Riwidikdo, 2010:161).

Hasil uji reliabilitas variabel pelayanan petugas skrining menunjukkan nilai alpha adalah = 0.7517, hal ini menunjukkan bahwa nilai alpha > 0,7 maka kuesioner tersebut dikatakan reliabel.

3.11 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.11.1 Teknik Pengolahan Data

Menurut Eko Budiarto (2001, 29-30) data penelitian yang diperoleh kemudian diolah dengan langkah ó langkah sebagai berikut:

1. *Editing*

Langkah ini bertujuan untuk meneliti kelengkapan, kejelasan dan konsistensi serta kesinambungan data.

2. *Coding*

Memberi kode angka pada atribut variabel untuk memudahkan analisis data

3. *Entri Data*

Entri data adalah kegiatan memasukkan data ke dalam media komputer agar diperoleh data masukan yang siap diolah.

4. *Tabulasi Data*

Pada tahap ini data dikelompokkan ke dalam tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya sesuai dengan tujuan penelitian.

3.11.2 Teknik Analisis Data

3.11.2.1 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan terhadap tiap variabel terhadap hasil penelitian.

Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan prosentase

dari tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188).

Dari hasil penelitian didistribusikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat gambaran data yang diperlukan dan untuk analisis lebih lanjut.

3.11.2.2 Analisis Bivariat

Analisis yang digunakan untuk menguji hubungan antara pengetahuan, pelayanan petugas, riwayat PMs, ajakan teman, dan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang PMS dan skrining di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS adalah dengan menggunakan uji *Chi Square*), jika tidak memenuhi syarat uji *Chi Square* maka dipakai penggabungan sel sebagai uji alternatifnya. Syarat uji *Chi-Square* adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada sel yang nilai observed yang bernilai nol.
2. Sel yang mempunyai nilai expected kurang dari 5, maksimal 20 % dari jumlah sel (Sopiyudin Dahlan, 2004:18)

Kriteria hubungan berdasarkan nilai *p* value (probabilitas) yang dihasilkan dibandingkan dengan nilai kemaknaan, dengan kriteria :

1. Jika *p* value $\times 0,05$ maka H_0 diterima.
2. Jika *p* value $< 0,05$ maka H_0 ditolak (Sopiyudin Dahlan, 2008 : 236).

Menurut Sugiyono (2007: 216) untuk mengetahui tingkat keeratan

hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, maka digunakan CC (*Coefficient Contingency*) koefisiensi kontingensi. Kriteria keeratan hubungan dengan menggunakan koefisiensi kontingensi, yaitu sebagai berikut :

- 1) 0,00 ó 0,199 maka hubungan sangat rendah
- 2) 0,20 ó 0,399 maka hubungan rendah
- 3) 0,40 ó 0,599 maka hubungan cukup kuat
- 4) 0,60 ó 0,799 maka hubungan kuat
- 5) 0,80 ó 1,00 maka hubungan sangat kuat

3.12 Rencana Penelitian

Adapun rencana penelitian ini adalah :

1) Tahap pra lapangan

Tahap persiapan dimulai dengan melakukan kegiatan melalui :

- a. Menyusun proposal penelitian dan konsultasi
- b. Memilah lapangan yang akan dilakukan penelitian ini
- c. Perkenalan diri dengan lingkungan terkait
- d. Mengurus perijinan dan perlengkapan yang diperlukan dalam penelitian

2) Tahap pekerjaan lapangan

- a. Menemukan informan-informan yang diperlukan dan menentukan sampel
- b. Menentukan jadwal pelaksanaan pengumpulan data
- c. Mencari waktu yang tepat untuk pengumpulan data

d. Pelaksanaan pengumpulan data

3) Tahap analisis data

a. Mengumpulkan data

b. Merekap data

c. Menyajikan data dalam bentuk naratif, tabel dan gambar

d. Penarikan kesimpulan



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum

4.1.1 Keadan Geografis

Resosialisasi Gambilangu terletak di Dukuh Mlaten Atas Kelurahan Sumberejo Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Kendal. Resosialisasi Gambilangu ini terletak diantara kawasan pemukiman penduduk dengan batas wilayah sebagai berikut:

- Sebelah utara : Area persawahan penduduk dan rel kereta api
- Sebelah timur : Kelurahan Mangkang Kulon
- Sebelah selatan : Dukuh Rowosari Bawah
- Sebelah barat : Kelurahan Sumberejo

Resosialisasi gambilangu terdiri dari 1 RW yang terbagi menjadi 4 RT. Resosialisasi Gambilangu letaknya sangat strategis karena dekat dengan terminal Mangkang Kota Semarang, terdapat pabrik-pabrik yang letaknya tidak jauh . sehingga konsumen dari Resosialisasi Gambilangu adalah para sopir, PNS, pegawai pemerintah, pekerja pabrik, pekerja tambak, pelajar, dan mahasiswa.

4.1.2 Karakteristik Responden

Jumlah penghuni yang tercatat bermukim di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal pada bulan Desember 2010 sebanyak 190 WPS. Angka ini

dapat berubah setiap waktu karena tingginya mobilitas WPS. Sampel dalam penelitian ini 64 responden. Para WPS ini berasal dari berbagai daerah yang tersebar di Propinsi Jawa Tengah.

4.1.2.1 Distribusi Umur Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi data usia responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Umur Responden

No (1)	Kelompok Umur (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	13-21 tahun	7	10,94%
2.	22-39 tahun	55	85,94%
3.	× 40 tahun	2	3,12%
	Jumlah	64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui mengenai umur responden. Dari 64 responden yang diteliti, jumlah kelompok umur 22-39 tahun (dewasa) merupakan kelompok umur terbanyak yaitu 55 orang dengan persentase sebesar 85,94%, umur 13-21 tahun sebanyak 7 orang dengan persentase sebesar 10,94% dan distribusi terkecil adalah umur × 40 tahun (dewasa lanjut) yaitu sebanyak 2 orang (3,12%).

4.1.2.2 Distribusi Pendidikan Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi data pendidikan responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Pendidikan Responden

No (1)	Pendidikan (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Tamat SD	30	46,88%
2.	Tamat SLTP	25	39,06%
3.	Tamat SLTA	9	14,06%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui mengenai umur responden.

Dari 64 responden yang diteliti, jumlah kelompok pendidikan tamat SD merupakan kelompok terbanyak yaitu 30 orang dengan persentase sebesar 46,88%, pendidikan tamat SLTP sebanyak 25 orang dengan persentase sebesar 39,06% dan distribusi terkecil adalah responden dengan pendidikan tamat SLTA yaitu sebanyak 9 orang dengan persentase 14,06%.

4.1.2.3 Distribusi Status Perkawinan Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi status perkawinan responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3. Distribusi Status Perkawinan Responden

No (1)	Status Perkawinan (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Menikah	20	31,25%
2.	Belum Menikah	13	20,31%
3.	Cerai Hidup	26	40,63%
4.	Cerai Mati	5	7,81%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui mengenai status perkawinan responden. Dari 64 responden yang diteliti, jumlah kelompok responden dengan status perkawinan cerai hidup merupakan jumlah terbanyak yaitu 26 orang dengan persentase sebesar 40,63%, responden

menikah sebanyak 20 orang dengan persentase 31,25%, responden belum menikah sebanyak 13 orang dengan persentase sebesar 20,31%, dan distribusi terkecil adalah kelompok responden dengan status perkawinan cerai mati yaitu sebanyak 5 orang dengan persentase sebesar 7,81%.

4.1.2.4 Distribusi Lama Bekerja Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi data lama bekerja responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4. Distribusi Lama Bekerja Responden

No (1)	Lama Bekerja (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	<1 tahun	9	14,06%
2.	1-5 tahun	48	75 %
3.	>5 tahun	7	10,94%
	Jumlah	64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui mengenai lama bekerja responden. Dari 64 responden yang diteliti, jumlah responden yang bekerja 1-5 tahun sebagai WPS di Resosialisasi Gambilangu merupakan kelompok terbanyak yaitu 48 orang dengan persentase 75%, kelompok responden yang bekerja <1 tahun yaitu 9 orang dengan persentase sebesar 14,06%, dan distribusi terkecil adalah responden dengan lama bekerja >5 tahun yaitu 7 orang dengan persentase 10,94%.

4.1.3 Keadaan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diperoleh WPS adalah pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal yang bekerja sama dengan Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal. Di Resosialisasi Gambilangu juga

terdapat sebuah klinik IMS yang dikoordinir oleh LSM Mitra Husada dan kerja sama Puskesmas Kaliwungu, Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Pengetahuan Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi pengetahuan responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5. Distribusi Pengetahuan Responden tentang PMS dan Skrining

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Kurang	2	3,13%
2.	Cukup	21	32,81%
3.	Baik	41	64,06%
	Jumlah	64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 41 responden dengan persentase sebesar 64,06% memiliki pengetahuan baik, sebanyak 21 responden dengan persentase 32,81% memiliki pengetahuan cukup, dan responden yang memiliki pengetahuan kurang yaitu 2 responden dengan persentase sebesar 3,13%.

4.2.1.2 Pelayanan Petugas Skrining terhadap Responden

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi pelayanan petugas skrining terhadap responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.6. Distribusi Pelayanan Petugas Skrining terhadap Responden

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Kurang	3	4,69%
2.	Cukup	24	37,5%
3.	Baik	37	57,81%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 37 responden dengan persentase sebesar 57,81% menilai bahwa pelayanan petugas skrining baik, sebanyak 24 responden dengan persentase 37,5% menilai bahwa pelayanan petugas skrining cukup, dan responden yang menilai pelayanan petugas skrining kurang yaitu 3 responden dengan persentase 4,69%.

4.2.1.3 Riwayat PMS

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi riwayat PMS responden di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.7. Distribusi Riwayat PMS Responden

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Pernah Menderita	35	54,69%
2.	Tidak Pernah Menderita	29	45,31%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 35 responden dengan persentase sebesar 54,69% pernah menderita PMS sebelumnya, dan responden yang tidak pernah menderita PMS sebelumnya yaitu 29 responden dengan persentase 45,31%.

4.2.1.4 Ajakan teman

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi ajakan teman (sesama WPS) kepada responden untuk mengikuti skrining di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8. Distribusi Ajakan Teman kepada Responden untuk Mengikuti Skrining

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Ada Ajakan Teman	38	59,38%
2.	Tidak Ada Ajakan Teman	26	40,62%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 38 responden dengan persentase sebesar 59,38% ada ajakan teman untuk mengikuti skrining, dan responden yang tidak ada ajakan dari teman saat ada kegiatan skrining yaitu 26 responden dengan persentase 40,62%.

4.2.1.5 Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.9. Distribusi Keikutsertaan Responden dalam Penyuluhan Kesehatan

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Mengikuti Penyuluhan Kesehatan	48	75%
2.	Tidak Mengikuti Penyuluhan	16	25%
Jumlah		64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 48 responden dengan persentase sebesar 75% mengikuti penyuluhan

kesehatan, dan responden yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan yaitu 16 responden dengan persentase 25%.

4.2.1.6 Keikutsertaan Responden dalam Skrining PMS

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 64 responden maka dapat diperoleh distribusi keikutsertaan WPS dalam skrining PMS di Resosialisasi Gambilangu adalah sebagai berikut:

Tabel 4.10. Distribusi Keikutsertaan Responden dalam Skrining PMS

No (1)	Kategori (2)	Frekuensi (3)	Persentase (4)
1.	Rutin Skrining PMS	30	46,87%
2.	Tidak Rutin Skrining PMS	34	53,13%
	Jumlah	64	100,0%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 34 responden dengan persentase sebesar 53,13% tidak rutin skrining PMS, dan responden yang rutin skrining PMS yaitu 30 responden dengan persentase 46,87%.

4.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap data hasil penelitian untuk menjawab hipotesis penelitian yang disusun sebelumnya. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*, uji tersebut digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan program SPSS diperoleh hasil analisis bivariat sebagai berikut:

4.2.2.1 Hubungan antara Pengetahuan WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Adapun untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan keikutsertaan skrining PMS dapat dilihat dalam tabulasi sebagai berikut:

Tabel 4.11. Hubungan antara Pengetahuan WPS tentang PMS dan skrining dengan Keikutsertaan Skrining Sebelum Penggabungan Sel.

No	Pengetahuan tentang PMS dan Skrining	Keikutsertaan Skrining				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%			
		n	%	n	%	n	%			
1.	Kurang	2	100	0	0	2	100	0,05	0,013	0,033
2.	Cukup	15	71,4	6	28,6	21	100			
3.	Baik	17	41,5	24	58,5	41	100			
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100			

Karena ada nilai *observed* yang bernilai nol, maka alternatifnya adalah menggunakan penggabungan sel dan uji tetap menggunakan *chi-square* (Sopiyudin Dahlan, 2004: 18). Penggabungan sel adalah pada kategori pengetahuan kurang dan cukup.

Tabel 4.12. Hubungan antara Pengetahuan WPS tentang PMS dan skrining dengan Keikutsertaan Skrining Setelah Penggabungan Sel.

No	Pengetahuan tentang PMS dan Skrining	Keikutsertaan Skrining				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>	<i>OR</i>	<i>%95 CI</i>
		Tidak Rutin		Rutin		n	%				
		n	%	n	%	n	%				
1.	Cukup	17	73,9	6	26,1	23	100	0,05	0,013	0,298	4,000 - 12,248
2.	Baik	17	41,5	24	58,5	41	100				
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100				

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 23 sampel yang memiliki pengetahuan cukup terdapat 17 (73,9%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 6 (26,1%) sampel yang rutin skrining PMS. Dari 41 sampel yang

memiliki pengetahuan yang baik terdapat 17 (41,5%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 24 (58,5%) yang rutin skrining PMS.

Berdasarkan uji *Chi-square* diperoleh nilai $p = 0,013$ pada taraf kepercayaan 5%. Karena nilai $p = 0,013$ kurang dari 0,05 ($0,013 < 0,05$). Sehingga H_0 diterima yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan WPS tentang PMS dan skrining dengan keikutsertaan skrining PMS. Berdasarkan *Symmetric Measure* didapatkan *Contingency Coefficient* (*CC*) sebesar 0,298. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang rendah antara pengetahuan tentang PMS dan skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS. Dan dari hasil analisis di atas diperoleh nilai $OR = 4,00$ ($CI : 1,306-12,248$) artinya WPS yang mempunyai pengetahuan baik mempunyai peluang 4,00 kali melaksanakan keikutsertaan skrining PMS dibandingkan dengan WPS yang mempunyai pengetahuan cukup.

4.2.2.2 Hubungan antara Pelayanan Petugas Skrining dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Adapun untuk mengetahui hubungan antara pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS dapat dilihat dalam tabulasi sebagai berikut:

Tabel 4.13. Hubungan antara Pelayanan Petugas terhadap WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS Sebelum Penggabungan Sel.

No	Pelayanan petugas terhadap WPS	Keikutsertaan Skrining				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%			
		n	%	n	%					
1.	Kurang	2	66,7	1	33,3	3	100	0,05	0,004	0,338
2.	Cukup	18	75,0	6	25,0	24	100			
3.	Baik	14	37,8	23	62,2	37	100			
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100			

Karena ada sel nilai *expected* (lampiran 10) mempunyai nilai yang kurang dari 5, maka dilakukan penggabungan sel (Sopiyudin Dahlan, 2008:18). Penggabungan sel adalah pada pelayanan petugas terhadap WPS dengan kategori kurang dan cukup.

Tabel 4.14. Hubungan antara Pelayanan Petugas terhadap WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS Setelah Penggabungan Sel.

No	Pelayanan petugas terhadap WPS	Keikutsertaan Skrining				Total		p	CC	OR %95 CI	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%				
		n	%	n	%						
1.	Cukup	20	74,1	7	25,9	27	100	0,05	0,004	0,338	4,694 1,582 - 13,923
2.	Baik	14	37,8	23	62,2	37	100				
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100				

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 27 sampel yang menilai pelayanan petugas skrining cukup terdapat 20 (74,1%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 7 (25,9%) sampel yang rutin skrining PMS. Dari 37 sampel yang menilai pelayanan petugas skrining baik terdapat 14 (37,8%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 23 (62,2%) yang rutin skrining PMS.

Berdasarkan uji *Chi-square* diperoleh nilai $p = 0,004$ pada taraf kepercayaan 5%. Karena nilai $p = 0,004$ kurang dari 0,05 ($0,004 < 0,05$). Sehingga H_a diterima yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pelayanan petugas skrining terhadap WPS dengan keikutsertaan skrining PMS. Berdasarkan *Symmetric Measure* didapatkan *Contingency Coefficient* (CC) sebesar 0,338. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang rendah antara pelayanan petugas skrining terhadap WPS dengan keikutsertaan skrining PMS. Dan dari hasil analisis di atas diperoleh nilai OR= 4,694 (CI :

1,582-13,923) artinya WPS yang menilai pelayanan petugas baik mempunyai peluang 4,694 kali melaksanakan kerutinan skrining PMS dibandingkan dengan WPS yang menilai pelayanan petugas cukup.

4.2.2.3 Hubungan antara Riwayat PMS dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Adapun untuk mengetahui hubungan antara riwayat PMS sebelumnya dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS dapat dilihat dalam tabulasi sebagai berikut:

Tabel 4.15. Hubungan antara Riwayat PMS dengan Keikutsertaan Skrining PMS.

No	Riwayat PMS Sebelumnya	Keikutsertaan Skrining				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>	<i>OR</i> %95 <i>CI</i>	
		Tidak Rutin		Rutin		<i>n</i>	<i>%</i>				
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>						
1.	Tidak Pernah	25	71,4	10	28,6	35	100	0,05	0,001	0,374	5,556 1,895 - 16,286
2.	Pernah Menderita	9	31,0	20	69,0	29	100				
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100				

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 35 sampel yang tidak pernah menderita PMS sebelumnya terdapat 25 (71,4%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 10 (28,6%) sampel yang rutin skrining PMS. Dari 29 sampel yang pernah menderita PMS sebelumnya terdapat 9 (31,0%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 20 (69,0%) sampel yang rutin skrining PMS.

Berdasarkan uji *Chi-square* diperoleh nilai $p = 0,001$ pada taraf kepercayaan 5%. Karena nilai $p = 0,001$ kurang dari 0,05 ($0,001 < 0,05$). Sehingga H_a diterima yang menyatakan bahwa ada hubungan antara riwayat PMS sebelumnya pada WPS dengan kerutinan skrining PMS. Berdasarkan

Symmetric Measure didapatkan *Contingency Coefficient (CC)* sebesar 0,374. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang rendah antara riwayat PMS sebelumnya pada WPS dengan keikutsertaan skrining PMS. Dan dari hasil analisis di atas diperoleh nilai $OR = 5,556$ ($CI : 1,895-16,286$) artinya WPS yang memiliki riwayat PMS sebelumnya mempunyai peluang 5,556 kali melaksanakan keikutsertaan skrining dibandingkan dengan WPS yang tidak memiliki riwayat PMS sebelumnya.

4.2.2.4 Hubungan antara Ajakan Teman sesama WPS dengan keikutsertaan Skrining PMS

Adapun untuk mengetahui hubungan antara ajakan teman sesama WPS untuk ikut skrining dengan keikutsertaan skrining PMS dapat dilihat dalam tabulasi sebagai berikut:

Tabel 4.16. Hubungan antara Ajakan Teman Sesama WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS.

No	Ajakan Teman	Keikutsertaan Skrining				Total		p	CC	OR %95 CI	
		Tidak Rutin		Rutin							
		n	%	n	%	n	%				
1.	Tidak Ada	18	69,2	8	30,8	26	100	0,05	0,033	0,258	3,094 - 8,865
2.	Ada Ajakan Teman	16	42,1	22	57,9	38	100				
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100				

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 26 sampel yang tidak ada ajakan dari teman sesama WPS untuk ikut skrining terdapat 18 (69,2%) yang tidak rutin skrining PMS dan 8 (30,8%) sampel yang rutin skrining PMS. Dari 38 sampel yang ada ajakan teman sesama WPS untuk ikut skrining terdapat 16 (42,1%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 22 (57,9%) sampel yang rutin skrining PMS.

Berdasarkan uji *Chi-square* diperoleh nilai $p = 0,033$ pada taraf kepercayaan 5%. Karena nilai $p = 0,033$ kurang dari 0,05 ($0,033 < 0,05$). Sehingga H_0 diterima yang menyatakan bahwa ada hubungan antara ajakan sesama teman WPS dengan keikutsertaan skrining PMS. Berdasarkan *Symmetric Measure* didapatkan *Contingency Coefficient (CC)* sebesar 0,258. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang rendah antara ajakan teman dengan keikutsertaan skrining PMS. Dan dari hasil analisis di atas diperoleh nilai $OR = 3,094$ ($CI : 1,080-8,865$) artinya WPS yang ada ajakan teman untuk ikut skrining mempunyai peluang 3,094 kali melaksanakan keikutsertaan skrining dibandingkan dengan WPS yang tidak ada ajakan teman.

4.2.2.5 Hubungan antara Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Adapun untuk mengetahui hubungan antara keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan dengan keikutsertaan skrining PMS dapat dilihat dalam tabulasi sebagai berikut:

Tabel 4.17. Hubungan antara Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan dengan Keikutsertaan Skrining PMS.

No	Keikutsertaan di Penyuluhan Kesehatan	Keikutsertaan Skrining				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>	<i>OR</i> %95 <i>CI</i>	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%				
		n	%	n	%						
1.	Tidak Mengikuti	12	75,0	4	25,0	16	100	0,05	0,043	0,245	3,545
2.	Mengikuti	22	45,8	26	54,2	48	100				1,000 - 12,575
	Total	34	53,13	30	46,87	64	100				

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 16 sampel yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan terdapat 12 (75%) yang tidak rutin skrining PMS dan 4 (25%) sampel yang rutin skrining PMS. Dari 48 sampel yang mengikuti penyuluhan kesehatan terdapat 22 (45,8%) sampel yang tidak rutin skrining PMS dan 26 (54,2%) sampel yang rutin skrining PMS.

Berdasarkan uji *Chi-square* diperoleh nilai $p = 0,043$ pada taraf kepercayaan 5%. Karena nilai $p = 0,043$ kurang dari 0,05 ($0,043 < 0,05$). Sehingga H_a diterima yang menyatakan bahwa ada hubungan antara keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan dengan keikutsertaan skrining PMS. Berdasarkan *Symmetric Measure* didapatkan *Contingency Coefficient (CC)* sebesar 0,245. Hal ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang rendah antara keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan dengan keikutsertaan skrining PMS. Dan dari hasil analisis di atas diperoleh nilai $OR=3,545$ ($CI:1,000- 12,575$) artinya WPS mengikuti penyuluhan kesehatan mempunyai peluang 3,545 kali melaksanakan keikutsertaan skrining PMS dibandingkan dengan WPS yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan.

Tabel 4.18. Rangkuman Hasil Analisis Bivariat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat	<i>p</i> <i>value</i>	<i>CC</i>	Ket
1	Riwayat PMS	Keikutsertaan WPS dalam skrining PMS	0,001	0,374	Hubungan rendah
2	Pelayanan petugas		0,004	0,338	Hubungan rendah
3	Pengetahuan WPS		0,013	0,033	Hubungan rendah
4	Ajakan Teman		0,033	0,258	Hubungan rendah
5	Keikutsertaan WPS dalam penyuluhan		0,043	0,245	Hubungan rendah

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan WPS dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui dari 23 responden yang pengetahuannya cukup, terdapat 6 (26,1%) responden yang rutin skrining. Sedangkan dari 41 responden yang pengetahuannya baik, terdapat 24 (58,5%) responden yang rutin skrining.

Menurut Soekidjo Notoatmojo (2003:121) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Berdasarkan hasil analisis hubungan pengetahuan tentang PMS dan skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS menunjukkan p value $=0,013 < = 0,05$ ($CC =0,298$), dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dengan keikutsertaan skrining pada WPS. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dihasilkan WPS yang berpengetahuan baik berpeluang melakukan skrining 4,000 ($CI = 1,306 - 12,248$) dibanding WPS yang berpengetahuan cukup/kurang. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan

responden tentang PMS dan skrining mempunyai hubungan dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Trisilia (2009:1) yang menunjukkan bahwa pengetahuan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap keikutsertaan wanita dalam skrining alternatif kanker serviks. Sedangkan dalam penelitian Azizah Nurmala Dewi (2010:7) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,000$) antara pengetahuan dengan partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks, semakin tinggi tingkat pengetahuan tentang kanker serviks semakin baik pula partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks.

5.1.2 Hubungan antara Pelayanan Petugas Skrining dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui dari 27 responden yang menilai pelayanan petugas skrining cukup, terdapat pengetahuannya cukup terdapat 7 (25,9%) responden yang rutin skrining. Sedangkan dari 37 responden yang menilai pelayanan petugas skrining baik, terdapat 23 (62,2%) responden yang rutin skrining.

Berdasarkan hasil analisis hubungan pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS menunjukkan $p\ value = 0,004 < = 0,05$ ($CC = 0,338$), dapat disimpulkan ada hubungan antara pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining pada WPS. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dihasilkan WPS yang menilai pelayanan petugas skrining baik berpeluang melakukan skrining 4,694 ($CI = 1,582 \text{ ó } 13,923$) dibanding WPS

yang menilai pelayanan petugas skrining cukup/kurang. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan petugas skrining terhadap WPS mempunyai hubungan dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS.

Menurut Trisilia (2009:1) sikap petugas tidak berpengaruh signifikan terhadap keikutsertaan wanita dalam skrining alternatif kanker serviks. Sedangkan menurut DEPKES RI (2009:48) tim klinik / puskesmas perlu menjalin hubungan yang baik dengan PSP (Penjaja Seks Komersial Perempuan). Tim klinik / puskesmas harus sudah mengikuti pelatihan dasar tatalaksana PMS sesuai kurikulum dan modul nasional. Tiap anggota tim puskesmas dalam skrining perlu memahami benar dasar pemikiran layanan PMS dan penapisan (skrining). Alat, obat, bahan habis pakai yang akan digunakan untuk tempat layanan perlu dipersiapkan agar sesuai dengan standar minimal, demikian pula ruangan yang akan dipakai. Tata ruang klinik PMS diatur sedemikian rupa sehingga nyaman dan dapat menjamin privasi klien baik fisik ataupun suara sehubungan dengan jaminan konfidensialitas. Tim klinik memiliki peran kunci untuk edukasi, fasilitasi dan mobilisasi agar PSP hadir untuk penapisan sesuai jadwal secara rutin (DEPKES RI, 2009:54).

5.1.3 Hubungan antara Riwayat PMS dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui dari 35 responden yang tidak pernah menderita PMS, terdapat 10 (28,6%) responden yang rutin skrining. Sedangkan dari 29 responden yang pernah menderita PMS, terdapat 20 (69,0%) responden yang rutin skrining

Dari WPS yang pernah menderita PMS sebelumnya mereka mengikuti pengobatan PMS di klinik Gambilangu dan di Puskesmas Kaliwungu dan mereka mengikuti pengobatan rutin setiap bulan. Mereka menderita PMS kurang dari 1 tahun yang lalu.

Menurut Gilly Andrews (2009:402) riwayat seksual menyadarkan akan kemungkinan infeksi yang perlu dilakukan penapisan selama pengkajian fisik dan juga membantu memberitahu mengenai kebutuhan pendidikan kesehatan seksual

Berdasarkan hasil analisis hubungan riwayat penyakit menular seksual sebelumnya dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS menunjukkan p value = 0,001 < α = 0,05 ($CC = 0,374$), dapat disimpulkan ada hubungan antara riwayat PMS dengan keikutsertaan skrining pada WPS. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dihasilkan WPS yang memiliki riwayat PMS sebelumnya berpeluang melakukan skrining 5,556 ($CI = 1,895 \text{ ó } 16,286$) dibanding WPS yang tidak memiliki riwayat PMS sebelumnya.

Hal ini sesuai dengan penelitian Lily Liana (2007) disebutkan bahwa riwayat PMS memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan skrining.

5.1.4 Hubungan antara Ajakan Teman sesama WPS dengan keikutsertaan Skrining PMS

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui dari 26 responden yang tidak ada ajakan dari teman untuk ikut skrining, terdapat 8 (30,8%) responden yang rutin skrining. Sedangkan dari 38 responden yang ada ajakan teman untuk ikut skrining, terdapat 22 (57,9%) responden yang rutin skrining.

Berdasarkan hasil analisis hubungan ajakan teman sesama WPS dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS menunjukkan $p\text{ value} = 0,033 < = 0,05$ ($CC = 0,258$), dapat disimpulkan ada hubungan antara ajakan teman sesama WPS dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dihasilkan WPS yang ada ajakan teman sesama WPS untuk datang ke skrining berpeluang melakukan skrining 3,094 ($CI = 1,080 \text{ ó } 8,865$) dibanding WPS yang tidak ada ajakan teman untuk datang ke kegiatan skrining.

Menurut DEPKES RI (2009:5) seorang PE (*Peer Educator*) ikut terlibat dalam pengembangan program pengendalian PMS di kalangan WPS. PE berasal dari teman sebaya WPS, dan melaksanakan promosi kondom dan KIE dengan informasi akurat tentang HIV dan PMS kepada rekan sebaya. Mereka membantu dan menggerakkan teman sebaya mereka dalam memanfaatkan pelayanan klinis baik di puskesmas atau di luar puskesmas

5.1.5 Hubungan antara Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan dengan Keikutsertaan Skrining PMS

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui dari 16 responden yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan, 4 (25,0%) responden yang rutin skrining. Sedangkan dari 48 responden yang mengikuti penyuluhan kesehatan, terdapat 26 (54,2%) responden yang rutin skrining.

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 64 responden, dapat diketahui bahwa sejumlah 16 sampel WPS yang tidak

mengikuti penyuluhan kesehatan terdapat 12 (75%) sampel yang tidak rutin skrining dan 4 (25%) sampel yang rutin skrining. Sedangkan dari 48 sampel WPS yang mengikuti penyuluhan kesehatan terdapat 22 (45,8%) yang tidak rutin skrining dan 26 (54,2%) sampel yang rutin skrining.

WPS yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan mengemukakan alasan karena mereka tidak diberitahu ada penyuluhan di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal oleh ibu asuh mereka (mucikari). Dari jumlah 48 sampel yang mengikuti penyuluhan hanya 5 WPS yang memberikan tanggapan dengan mengajukan pertanyaan pada tim penyuluh kesehatan. Sedangkan yang 43 WPS hanya mendengarkan dalam penyuluhan kesehatan tersebut, tetapi mereka memahami dan mengerti mengenai masalah yang dibahas pada penyuluhan kesehatan tersebut. Penyuluhan kesehatan diadakan di Gedung pertemuan Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Yang memberikan penyuluhan adalah petugas dari PKBI Semarang dan petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.

Berdasarkan hasil analisis hubungan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan di resosialisasi Gambilangu dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS menunjukkan $p\ value = 0,043 < = 0,05$ ($CC = 0,245$), dapat disimpulkan ada hubungan antara keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan di Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dihasilkan WPS yang mengikuti penyuluhan kesehatan di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal berpeluang melakukan skrining 3,545 ($CI = 1,000 \text{ } \hat{=} 12,575$) dibanding WPS yang tidak mengikuti penyuluhan kesehatan di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Hal ini sesuai dengan penelitian Trisilia (2009:1) menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara penyuluhan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) dengan keikutsertaan wanita dalam skrining alternatif kanker serviks. Menurut Budioro, B (1998:17) penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif daripada individu/ kelompok terhadap kesehatan agar yang bersangkutan menerapkan cara hidup yang sehat sebagai bagian dari cara hidupnya. Dalam hal ini sesuai bahwa WPS yang mengikuti dan mencermati penyuluhan kesehatan di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal diharapkan dapat menerapkan cara hidup yang sehat dengan memeriksakan kesehatannya di klinik kesehatan resosialisasi Gambilangu.

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Hambatan dan kelemahan dalam penelitian ini adalah :

1. Banyak faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan skrining penyakit menular seksual pada WPS, dan dalam penelitian ini hanya meneliti pengetahuan, pelayanan petugas skrining, riwayat penyakit menular seksual, ajakan teman, dan keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan. Sedangkan faktor-faktor lain tidak diteliti karena keterbatasan penelitian.
2. Desain / rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, yang mana data yang diambil selama penelitian berlangsung. Sehingga hasil yang didapatkan hanya mencerminkan pengetahuan, pelayanan petugas, ajakan teman,

dan penyuluhan kesehatan dalam jangka waktu tersebut serta

serta keikutsertaan skrining dalam jangka waktu tersebut sa

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

6.1.1 Ada hubungan antara pengetahuan WPS dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Semakin baik pengetahuan WPS, semakin rutin pula keikutsertaan WPS dalam skrining PMS.

6.1.2 Ada hubungan antara pelayanan petugas skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Semakin baik pelayanan petugas skrining terhadap WPS, semakin rutin pula keikutsertaan WPS dalam skrining PMS.

6.1.3 Ada hubungan antara riwayat PMS dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Adanya WPS yang pernah menderita PMS, semakin rutin pula keikutsertaan WPS dalam skrining PMS.

6.1.4 Ada hubungan antara ajakan teman dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

Adanya ajakan teman untuk mengikuti skrining, semakin rutin pula keikutsertaan WPS dalam skrining PMS.

6.1.5 Ada hubungan antara keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan tentang PMS dan skrining dengan keikutsertaan skrining PMS pada WPS di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal. Adanya keikutsertaan WPS dalam penyuluhan kesehatan, semakin rutin pula keikutsertaan WPS dalam skrining PMS.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Resosialisasi Gambilangu Kabupaaten Kendal

Meningkatkan kualitas pelayanan terhadap peningkatan keikutsertaan skrining pada WPS dengan pemberian informasi mengenai PMS dan pentingnya skrining secara rutin melalui *PE (Peer Educator)*.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan dan Instansi Kesehatan terkait

Meningkatkan kualitas pelayanan melalui peningkatan keterampilan tenaga kesehatan. Meningkatkan pengetahuan WPS melalui pemberian penyuluhan kesehatan tentang PMS dan skrining dengan menggunakan media yang lebih menarik misalnya dengan pemutaran film yang mengenai PMS dan pentingnya skrining PMS secara berkala.

6.2.3 Bagi Wanita Pekerja Seks

Meningkatkan upaya pencegahan primer khususnya dengan pemakaian kondom dan mematuhi jadwal pemeriksaan skrining yang telah ditentukan di resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Mencoba penelitian faktor-faktor lain seperti upaya pencegahan PMS, keadaan lingkungan resosialisasi, dan dukungan ibu asuh yang mungkin berhubungan dengan keikutsertaan skrining.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari Saifuddin, 2006, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Adhi Djuanda, dkk, 2005, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Jakarta : FKUI
- Ahmad Watik Pratiknya, 2003, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Anonim, 2008, *Pap Smear: Tes Skrining Kanker Serviks*, (Online), www.medicastoremayoclinic.com/ media informasi obat_ penyakit/ artikel kesehatan/2008//, diakses 2 September 2010.
- Arjatmo Tjokronegoro, 2001, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jakarta: FKUI.
- Azizah Noormala Dewi, 2010, *Hubungan Pengetahuan tentang Kenker Serviks dengan Partisipasi Wanita dalam Program Deteksi Dini Kanker Serviks di Kelurahan JohoKecamatan Mojolaban Kabupaten Sukoharjo*, Skripsi: Universitas Sebelas Maret Surakarta.<http://etd.eprints.fk.uns.ac.id/135/2010>, diakses 23 Oktober 2010.
- Baliwati, Yayuk Farida, dkk, 2004, *Pengantar Pangan dan Gizi*, Jakarta: Penebar Swadaya.
- Bibhat K.Mandal, 2008, *Lecture Notes: Penyakit Infeksi*, Edisi Keenam. Jakarta : Erlangga
- Boy S. Sabarguna, 2008, *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta: CV. Agung Seto.
- Budioro Budisaputro, 1998, *Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan*

Masyarakat, Semarang: FKM UNDIP.

Depkes RI, 1997, *Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*, Jakarta: DEPKES RI.

Depkes RI, 2009, *Pengendalian Infeksi Menular Seksual dengan Pengobatan Presumtif Berkala*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Penyehatan Lingkungan,

Dinah Gould dan Christine Brooker, 2003, *Mikrobiologi Terapan Untuk Perawat*, Jakarta : EGC.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008, *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*,(Online), <http://dinkes.jatengprov.go.id/dokumen/2008/profil2008.pdf>, diakses 23 Oktober 2010.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, 2009, *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal*

Eko Budiarto, 2001, *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : EGC.

Ewlis&Simnet, 1994, *Promosi Kesehatan*, Jogjakarta : Gadjah Mada University Press.

Eunike R. Rustiana, 2005, *Psikologi Kesehatan*, Semarang: Universitas Negeri Semarang Press.

Farida Aprillianingrum, 2006, *Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) Kondiloma Akuminata, Vaksin IMS Kondiloma Akuminata*, Volume I, No 13, Desember 2006.

Gilly Andrews, 2009, *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*, Jakarta: EGC.

Handoko Riwidikdo, 2010, *Statistik Kesehatan*, Jogjakarta : Mitra Cendekia Press.

Hutapea Ronald , 2003, *AIDS & PMS dan Pemerksaan*, Rineka Cipta : Jakarta

Jay H Stein, 1998, *Panduan Klinik Ilmu Penyakit Dalam, Edisi 3*, Jakarta : EGC.

Johan Harlan, 2006, *Buku Ajar Epidemiologi Kebidanan*, Jakarta, <http://www.gunadarma.co.id/2006/> diakses 23 Oktober 2010

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2010, *Petunjuk Penyusunan Skripsi*

Mahasiswa Program Strata I, Semarang: UNNES

Lily Liana, 2007, *Hubungan Persepsi Pelayanan Klinik, Upaya Pencegahan, Pengobatan Sendiri, dan Riwayat Infeksi Menular Seksual dengan Kepatuhan Pemeriksaan Skrining IMS pada WPS (Studi di Resosialisasi Argorejo Semarang Tahun 2007)*, Skripsi: Universitas Diponegoro Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/4306/1/3226.pdf>, diakses 23 Januari 2011.

Maria Ulfa, 2008, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS (Studi di Kawasan Argorejo Semarang Barat)*, Skripsi : Ilmu Kesehatan Masyarakat UNNES.

Muninjaya A.A Gde, 1998, *AIDS di Indonesia Masalah dan Kebijakan Penanggulangannya*, Jakarta : EGC

Nur Nasry Noor, 2008, *Epidemiologi*, Jakarta : Rineka Cipta.

Siregar R.S, 2004, *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*, Jakarta: EGC

Sarwono Prawihardjo, 2006, *Ilmu Kebidanan, Edisi 3, Cetakan 8*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

Sopiyudin Dahlan, 2004, *Statistik Untuk Kedokteran*, Jakarta : ARKANS

Sopiyudin Dahlan, 2008, *Statistik Untuk Kedokteran*, Jakarta : ARKANS

Soekidjo Notoatmojo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta : RINEKA CIPTA

Soekidjo Notoatmojo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : RINEKA CIPTA

Stanley Lameshow, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Sugiyono, 2000, *Statistik Untuk Penelitian*, Bandung: CV Alfabeta

Trisilia Riesa, 2009, *Analisis Keikutsertaan Wanita dalam Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) sebagai Metode Skrining Alternatif Kanker Serviks di Puskesmas Alun-alun Kabupaten Gresik Tahun 2009*, Surabaya: Universitas Airlangga. <http://adln.lib.unair.ac.id/files/disk1/24>. PDF, diakses 23 Januari 2011.

Widoyono, 2008, *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasan*, Jakarta: Erlangga



KUESIONER
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN
SKRINING PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WPS
DI GAMBILANGU KABUPATEN KENDAL



Nama Responden :
Umur :
Alamat :

Selamat Mengerjakan

KUESIONER

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN
SKRINING PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WPS
DI RESOSIALISASI GAMBILANGU KABUPATEN KENDAL

NOMOR RESPONDEN :

TANGGAL WAWANCARA :

A. Data Responden

Berilah Jawaban pada kotak yang telah tersedia

- Untuk soal nomor 1 ditulis dalam satuan tahun pada kotak yang tersedia
- Untuk soal nomor 2, 3 dan 5 ditulis dengan angka yang sesuai dengan karakteristik responden pada kotak yang tersedia

1. Umur

- 2. Pendidikan
 - 1) Tamat SD
 - 2) Tamat SLTP
 - 3) Tamat SLTA
 - 4) Akademi/PT
- 3. Status Perkawinan
 - 1) Menikah
 - 2) Belum Menikah
 - 3) Cerai Hidup
 - 4) Cerai Mati
- 4. Lama Bekerja : í í í í í í í ..
- 5. Keikutsertaan Skrining
 - 1) Rutin 8 kali dalam 1 bulan
 - 2) Tidak rutin <8 kali dalam 1 bulan

B. Pengetahuan tentang Penyakit Menular Seksual dan Kegiatan Skrining

Berilah tanda check (ç) pada salah satu kolom pada lembar jawaban yang tersedia.

Jangan ada pertanyaan yang terlewatkan atau tidak dijawab.

Selamat Mengerjakan.

No	Pernyataan	Jawaban		Skor
		Benar	Salah	
1	Penyakit Menular Seksual (PMS) sama dengan penyakit kelamin.			
2	Penyakit Menular Seksual (PMS) adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual			
3	Sifilis, gonore, dan AIDS merupakan jenis penyakit			

	menular seksual			
4	Sering berganti-ganti pasangan seksual berisiko terkena penyakit menular seksual			
5	AIDS disebabkan oleh virus HIV			
6	Penyakit manular seksual akan merusak organ reproduksi dalam jika tidak diobati, bahkan akan menyebabkan kemandulan dan kematian			
7	Gonore dan sifilis dapat diobati dengan antibiotik			
8	Gejala sifilis adalah luka pada alat kelamin, nyeri dan demam			
9	Gejala penyakit menular seksual yang paling awal adalah gangguan saat buang air kecil, terasa nyeri dan perih.			
10	Apabila terinfeksi PMS maka vagina akan iritasi, terasa terbakar dan disertai bau			
11	Bayi dapat tertular AIDS dari ibunya yang penderita			
12	Skrining merupakan suatu kegiatan yang ditujukan untuk mendeteksi secara dini penyakit menular seksual			
13	Skrining harus dilakukan secara rutin			
14	Skrining hanya boleh dilakukan oleh petugas kesehatan yang berkompetensi di bidang skrining			
15	Skrining sangat perlu dilakukan pada Wanita Pekerja Seks			
16	Bagian tubuh yang diperiksa saat skrining adalah organ reproduksi bagian dalam			
17	Tujuan skrining adalah untuk mendeteksi secara dini adanya penyakit menular seksual			
18	Setelah skrining biasanya diberi obat antibiotik bagi WPS yang terkena PMS			
19	Kondom merupakan alat yang digunakan untuk mencegah penularan PMS yang dipakai saat hubungan seksual			
20	Saat skrining, ditanyakan pula gejala-gejala yang telah dialami WPS menyangkut kesehatan seksual			

Sumber : (Adhi Djuanda, 2005), (Hanifa Wiknjosastro, 1997), (Bibhat K. Mandal, 2006), (Ronald Hutapea, 2003), (Beth. G. Goldstein, 2001), (Abdul Bari Saifudin, 2006)

C. Pelayanan petugas skrining terhadap WPS

Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang anda anggap benar.

I. Sarana dan Prasarana di klinik Resosialisasi Gambilangu

1. Apakah menurut anda fasilitas di klinik skrining resosialisasi Gambilangu (ruang tunggu, toilet, parkir) sudah memadai?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah di loket pendaftaran resosialisasi Gambilangu disediakan nomor antrian?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah saat pengambilan obat dipungut biaya?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah menurut Anda penerangan di ruang periksa klinik skrining resosialisasi Gambilangu sudah cukup?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah menurut anda ruang periksa pasien skrining resosialisasi Gambilangu sudah rapi dan bersih?
 - a. Ya
 - b. Tidak

II. Proses Pelayanan

6. Apakah sebelum masuk ke ruang skrining petugas skrining (yang bertugas pada pencatatan) menanyakan identitas anda?

- a. Ya
- b. Tidak
- 7. Apakah saat pemeriksaan anda mengantri lama dalam menunggu giliran?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 8. Apakah petugas pendaftaran melayani sesuai dengan urutan antrian?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 9. Apakah dokter klinik ramah dalam melayani anda dalam kegiatan skrining?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 10. Apakah dokter/ perawat menjawab pertanyaan yang anda ajukan dengan ramah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 11. Apakah dokter/ perawat memberikan sedikit pengetahuan terhadap anda tentang PMS dan skrining saat kegiatan skrining ini?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 12. Apakah anda percaya terhadap kerahasiaan hasil test anda?
 - a. Ya
 - b. Tidak
- 13. Apakah anda puas dengan penanganan petugas dalam melayani anda saat skrining ?
 - a. Ya
 - alasan nya.....
 - í
 - í
 - b. Tidak
 - alasan nya.....
 - í

D. Riwayat Penyakit Menular Seksual sebelumnya.

Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang anda anggap benar

1. Gejala-gejala:

1. Nyeri pada alat kelamin, demam
2. Gangguan pada saat buang air kecil, perih dan nyeri
3. Terjadi iritasi pada alat kelamin, rasa terbakar dan berbau tidak enak
4. Nyeri, perdarahan, dan rasa tidak nyaman pada saat hubungan seksual
5. Keputihan yang berlebih
6. Luka pada alat kelamin

Apakah anda pernah mengalami diantara gejala tersebut di atas?

- a. Ya
- b. Tidak

2. (Jika Ya) Apakah anda mengikuti pengobatan?

- a. Ya,
 - a. Dimana anda mengikuti pengobatan PMS ?
.....
 - b. Bagaimana kerutinan anda dalam mengikuti pengobatan PMS?
.....
.....

- b. Tidak
Alasan anda mengapa tidak mengikuti pengobatan ?
.....
.....

3. Jika Ya (anda pernah menderita gejala tersebut di atas) Kapan anda menderita gejala tersebut?
.....
.....

E. Ajakan teman (sesama WPS) untuk ikut skrining PMS

Berilah tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang anda anggap benar

1. Apakah teman anda mengajak anda untuk pergi ke kegiatan skrining saat ada jadwal skrining di resosialisasi Gambilangu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah PE/ teman sesama WPS anda memberitahukan apabila ada perubahan jadwal atau info tentang skrining?
 - a. Ya
 - b. Tidak

F. Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan tentang PMS dan Pentingnya Skrining

1. Apakah di resosialisasi Gambilangu ini pernah diadakan penyuluhan tentang pentingnya skrining penyakit menular seksual?
 - a. Ya
 - 1.1. Siapa yang memberikan penyuluhan?
.....
 - 1.2. Dimana mengadakannya?
.....
 - b. Tidak
2. Apakah jika ada penyuluhan kesehatan tentang PMS dan pentingnya skrining anda mengikutinya?
 - a. Ya
 - a. Apakah anda mengerti apa yang dibahas dalam penyuluhan tersebut?.....
 - b. Apakah anda mendengarkan dan mencermati tentang materi yang dibahas dalam penyuluhan tersebut?
.....
 - c. Bagaimana cara anda menanggapi dalam penyuluhan tersebut?

1. Dengan mengajukan pertanyaan kepada petugas penyuluh kesehatan
 2. Diam saja
- b. Tidak

Mengapa anda tidak mengikuti penyuluhan tersebut?

.....
.....

**TERIMAKASIH ATAS PARTISIPASI ANDA
DALAM PENELITIAN INI**

Validitas pengetahuan

Correlation

Correlation

		JUMLAH
pertanyaan 1	Pearson Correlation	,966**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 2	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 3	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 4	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 5	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 6	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 7	Pearson Correlation	,540*
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	20
pertanyaan 8	Pearson Correlation	,263
	Sig. (2-tailed)	,262
	N	20

pertanyaan 9	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 10	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 11	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 12	Pearson Correlation	,732**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 13	Pearson Correlation	,679**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 14	Pearson Correlation	,585**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 15	Pearson Correlation	,655**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 16	Pearson Correlation	,713**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 17	Pearson Correlation	,681**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 18	Pearson Correlation	,564**
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	20
pertanyaan 19	Pearson Correlation	,535*
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	20
pertanyaan 20	Pearson Correlation	,810**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 21	Pearson Correlation	,810**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
JUMLAH	Pearson	1000
Correlation		-
	Sig. (2-tailed)	20
	N	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

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

Interpretasi data:

- Signifikansi 5% dengan $n = 20$, maka diketahui $r_{\text{tabel}} : 0,444$.

Syarat pertanyaan valid adalah $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$

Dari tabel Correlation di atas, maka pertanyaan yang tidak valid adalah pertanyaan nomor 8. Karena $r_{\text{hitung}} : 0,263$, artinya $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}} \rightarrow$ tidak valid

Validitas pengetahuan Correlation

		JUMLAH
pertanyaan 1	Pearson Correlation	,966**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 2	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 3	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 4	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 5	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 6	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 7	Pearson Correlation	,540*
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	20
pertanyaan 9	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 10	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002

	N	20
pertanyaan 11	Pearson Correlation	,644**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 12	Pearson Correlation	,732**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 13	Pearson Correlation	,679**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 14	Pearson Correlation	,585**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 15	Pearson Correlation	,655**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
pertanyaan 16	Pearson Correlation	,713**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 17	Pearson Correlation	,681**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
pertanyaan 18	Pearson Correlation	,564**
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	20
pertanyaan 19	Pearson Correlation	,535*
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	20
pertanyaan 20	Pearson Correlation	,810**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 21	Pearson Correlation	,810**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
JUMLAH	Pearson Correlation	1000
	Sig. (2-tailed)	-
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

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

Reliabilitas Pengetahuan

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PERT.1	.8000	.4104	20.0
2.	PERT.2	.9000	.3078	20.0
3.	PERT.3	.9000	.3078	20.0
4.	PERT.4	.9000	.3078	20.0
5.	PERT.5	.9000	.3078	20.0
6.	PERT.6	.9000	.3078	20.0
7.	PERT.7	.7000	.4702	20.0
8.	PERT.8	.9000	.3078	20.0
9.	PERT.9	.9000	.3078	20.0
10.	PERT.10	.9000	.3078	20.0
11.	PERT.11	.9000	.3078	20.0
12.	PERT.12	.8000	.4104	20.0
13.	PERT.13	.9000	.3078	20.0
14.	PERT.14	.7000	.4702	20.0
15.	PERT.15	.8000	.4104	20.0
16.	PERT.16	.9000	.3078	20.0
17.	PERT.17	.8000	.4104	20.0
18.	PERT.18	.8500	.3663	20.0
19.	PERT.19	.8500	.3663	20.0
20.	PERT.20	.8000	.4104	20.0
21.	PERT.21	.8000	.4104	20.0
22.	JUMLAH	17.8000	4.9375	20.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of variables
SCALE	35.6000	97.5158	9.8750	22

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PERT.1	34.8000	89.8526	.9633	.7348
PERT.2	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.3	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.4	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.5	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.6	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.7	34.9000	92.7263	.5045	.7452
PERT.8	34.7000	96.0105	.2338	.7542
PERT.9	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.10	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.11	34.7000	93.6947	.6254	.7469
PERT.12	34.8000	91.7474	.7123	.7413
PERT.13	34.7000	93.4842	.6614	.7462
PERT.14	34.9000	92.3053	.5523	.7438
PERT.15	34.8000	92.3789	.6298	.7434
PERT.16	34.7000	93.2737	.6976	.7455
PERT.17	34.8000	92.1684	.6572	.7427
PERT.18	34.7500	93.5658	.5384	.7469
PERT.19	34.7500	93.7763	.5081	.7476
PERT.20	34.8000	91.1158	.7954	.7392
PERT.21	34.8000	91.1158	.7954	.7392
JUMLAH	17.8000	24.3789	1.0000	.9310

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0

N of Items = 22

Alpha = .7560

Interpretasi hasil :

- Angket atau kuesioner dikatakan reliabel jika memiliki nilai alpha minimal 0,7(Djemari Mardapi, 2003 dalam Handoko Riwidikdo, 2010:161). Nilai alpha di atas adalah = 0.7560, hal ini menunjukkan bahwa nilai alpha > 0,7 sehingga kuesioner tersebut dikatakan reliabel.

Validitas Pelayanan Petugas

Correlation

Correlation

		JUMLAH
pertanyaan 1	Pearson Correlation	,730**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 2	Pearson Correlation	,730**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 3	Pearson Correlation	,598**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	20
pertanyaan 4	Pearson Correlation	,863**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 5	Pearson Correlation	,524**
	Sig. (2-tailed)	,018
	N	20
pertanyaan 6	Pearson Correlation	,748**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 7	Pearson Correlation	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 8	Pearson Correlation	,557**
	Sig. (2-tailed)	,011
	N	20
pertanyaan 9	Pearson Correlation	-,095

	Sig. (2-tailed)	,692
	N	20
pertanyaan 10	Pearson Correlation	,880**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 11	Pearson Correlation	,186
	Sig. (2-tailed)	,433
	N	20
pertanyaan 12	Pearson Correlation	,725**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 13	Pearson Correlation	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 14	Pearson Correlation	,880**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 15	Pearson Correlation	-,025
	Sig. (2-tailed)	,918
	N	20
pertanyaan 16	Pearson Correlation	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
JUMLAH	Pearson Correlation	1000
	Sig. (2-tailed)	-
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

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

Interpretasi data:

- Signifikansi 5% dengan $n = 20$, maka diketahui $r_{\text{tabel}} : 0.444$.

Syarat pertanyaan valid adalah $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$

Dari tabel Correlation di atas, maka pertanyaan yang tidak valid adalah

- ❖ Pertanyaan nomor 9, karena $r_{\text{hitung}} : -0,095$, artinya $(-0,095 < 0,444)$ $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka \rightarrow tidak valid
- ❖ Pertanyaan nomor 11, karena $r_{\text{hitung}} : 0,186$, artinya $(0,186 < 0,444)$ $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka \rightarrow tidak valid
- ❖ Pertanyaan nomor 15, karena $r_{\text{hitung}} : -0,025$, artinya $(-0,025 < 0,444)$ $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka \rightarrow tidak valid

Validitas Pelayanan Petugas

Correlation

Correlation

		JUMLAH
pertanyaan 1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,730** ,000 20
pertanyaan 2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,730** ,000 20
pertanyaan 3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,598** ,005 20
pertanyaan 4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,863** ,000 20
pertanyaan 5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,524** ,018 20
pertanyaan 6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,748** ,000 20
pertanyaan 7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,746** ,000 20
pertanyaan 8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,557** ,011 20
pertanyaan 10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,880** ,000 20

pertanyaan 12	Pearson Correlation	,725**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 13	Pearson Correlation	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 14	Pearson Correlation	,880**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
pertanyaan 16	Pearson Correlation	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
JUMLAH	Pearson Correlation	1000
	Sig. (2-tailed)	-
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

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

Reliabilitas Pelayanan petugas

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PERT.1	.7000	.4702	20.0
2.	PERT.2	.7000	.4702	20.0
3.	PERT.3	.6000	.5026	20.0
4.	PERT.4	.8000	.4104	20.0
5.	PERT.5	.9000	.3078	20.0
6.	PERT.6	.8000	.4104	20.0
7.	PERT.7	.9500	.2236	20.0
8.	PERT.8	.8000	.4104	20.0
9.	PERT.9	.9500	.2236	20.0
10.	PERT.10	.9000	.3078	20.0
11.	PERT.11	.9500	.2236	20.0
12.	PERT.12	.8500	.3663	20.0
13.	PERT.13	.9500	.2236	20.0
14.	PERT.14	.9000	.3078	20.0
15.	PERT.15	.9500	.2236	20.0
16.	PERT.16	.9500	.2236	20.0
17.	JUMLAH	13.6500	3.3604	20.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	27.3000	45.1684	6.7207	17

Item-total Statistics
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PERT.1	26.6000	40.7789	.6942	.7269
PERT.2	26.6000	40.7789	.6942	.7269
PERT.3	26.7000	41.3789	.5470	.7326
PERT.4	26.5000	40.5789	.8456	.7238
PERT.5	26.4000	43.0947	.4897	.7420
PERT.6	26.5000	41.2105	.7192	.7291
PERT.7	26.3500	42.9763	.7307	.7400
PERT.8	26.5000	42.2632	.5129	.7375
PERT.9	26.3500	45.5026	-.1274	.7582
PERT.10	26.4000	41.6211	.8694	.7305
PERT.11	26.3500	44.6605	.1532	.7523
PERT.12	26.4500	41.7342	.6972	.7325
PERT.13	26.3500	42.9763	.7307	.7400
PERT.14	26.4000	41.6211	.8694	.7305
PERT.15	26.3500	45.2921	-.0577	.7567
PERT.16	26.3500	42.9763	.7307	.7400
JUMLAH	13.6500	11.2921	1.0000	.8855

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Items = 17

Alpha = .7517

Interpretasi hasil :

- Angket atau kuesioner dikatakan reliabel jika memiliki nilai alpha minimal 0,7 (Djemari Mardapi, 2003. Dikutip dari Handoko Riwidikdo, 2010:161).

Nilai alpha di atas adalah = 0.7517, hal ini menunjukkan bahwa nilai alpha > 0,7 sehingga kuesioner tersebut dikatakan reliabel.

DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode	Umur	Pendidikan	Status Perkawinan	Lama Bekerja
R -1	28 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	1 tahun
R -2	25 tahun	Tamat SD	Menikah	1 tahun
R -3	21 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	1,5 tahun
R -4	24 tahun	Tamat SD	Menikah	3 bulan
R -5	32 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -6	26 tahun	Tamat SLTA	Menikah	3 tahun
R -7	39 tahun	Tamat SD	Menikah	3 tahun
R -8	25 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	2 tahun
R -9	21 tahun	Tamat SLTA	Menikah	2 tahun
R -10	18 tahun	Tamat SD	Belum Menikah	4 bulan
R -11	37 tahun	Tamat SD	Menikah	2 tahun
R -12	27 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	5 bulan
R -13	20 tahun	Tamat SLTP	Menikah	3 bulan
R -14	26 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -15	30 tahun	Tamat SLTA	Cerai Hidup	1 bulan
R -16	26 tahun	Tamat SLTA	Cerai Hidup	3 tahun
R -17	30 tahun	Tamat SD	Belum Menikah	1 tahun
R -18	28 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	4 bulan
R -19	28 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	2 tahun
R -20	24 tahun	Tamat SD	Belum Menikah	5 bulan
R -21	32 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	3 bulan
R -22	24 tahun	Tamat SLTA	Belum Menikah	1 tahun
R -23	30 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -24	20 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	2 tahun
R -25	36 tahun	Tamat SD	Menikah	2 tahun
R -26	19 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	1 tahun
R -27	26 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	2 tahun
R -28	19 tahun	Tamat SLTP	Menikah	1 tahun
R -29	42 tahun	Tamat SD	Cerai Mati	6 bulan
R -30	22 tahun	Tamat SLTP	Menikah	1 tahun

R -31	30 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	2 tahun
R -32	25 tahun	Tamat SD	Menikah	2 tahun
R -33	28 tahun	Tamat SLTA	Cerai Hidup	1,5 tahun
R -34	24 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	2 tahun
R -35	26 tahun	Tamat SLTP	Menikah	1 tahun
R -36	30 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	1 tahun
R -37	38 tahun	Tamat SD	Menikah	6 tahun
R -38	23 tahun	Tamat SLTA	Cerai Mati	1 tahun
R -39	22 tahun	Tamat SLTP	Menikah	2 bulan
R -40	27 tahun	Tamat SLTP	Menikah	3 tahun
R -41	29 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	2 tahun
R -42	29 tahun	Tamat SD	Menikah	3 tahun
R -43	29 tahun	Tamat SLTP	Menikah	6 tahun
R -44	29 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	3 tahun
R -45	22 tahun	Tamat SLTA	Belum Menikah	1 tahun
R -46	32 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	6 tahun
R -47	29 tahun	Tamat SD	Belum Menikah	1 tahun
R -48	27 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	1 tahun
R -49	21 tahun	Tamat SLTP	Menikah	1 tahun
R -50	25 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -51	29 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	2 tahun
R -52	31 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -53	25 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	1 tahun
R -54	35 tahun	Tamat SD	Cerai Mati	3 tahun
R -55	32 tahun	Tamat SD	Menikah	2 tahun
R -56	26 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	1 tahun
R -57	28 tahun	Tamat SLTP	Belum Menikah	6 tahun
R -58	30 tahun	Tamat SD	Cerai Mati	6 tahun
R -59	30 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	2 tahun
R -60	26 tahun	Tamat SLTA	Cerai Hidup	2 tahun
R -61	40 tahun	Tamat SD	Cerai Hidup	6 tahun
R -62	29 tahun	Tamat SLTP	Cerai Hidup	1 tahun
R -63	20 tahun	Tamat SLTA	Menikah	2 tahun
R -64	28 tahun	Tamat SLTP	Cerai Mati	2 tahun



DATA HASIL PENELITIAN

Kode	Pengetahuan tentang PMS & Kegiatan Skrining																				JML	Kriteria	Prosentase	Kerutinan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
R-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	19	baik	95%	Tidak
R-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	cutkup	65%	Rutin
R-4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-5	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	baik	90%	Tidak
R-6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	baik	90%	Rutin
R-7	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	cutkup	60%	Rutin
R-8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-12	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	baik	95%	Rutin
R-13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-14	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	cutkup	65%	Tidak
R-15	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	baik	95%	Tidak
R-16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	baik	90%	Rutin
R-17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	17	baik	85%	Rutin
R-20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17	baik	85%	Rutin
R-21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Tidak
R-23	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	15	cutkup	75%	Rutin
R-24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16	cutkup	80%	Tidak
R-25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-26	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	baik	85%	Rutin
R-27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin
R-28	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	13	cutkup	65%	Tidak
R-29	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	baik	90%	Rutin
R-30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	baik	100%	Rutin

Kode	Pelayanan petugas Skriming terhadap WPS													JML	Kriteria	Prosentase	Kerutniam	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
R-1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Tidak
R-2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	10	cukup	76,92%	Tidak
R-3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Rutin
R-4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Tidak
R-5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9	cukup	69,23%	Tidak
R-6	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Rutin
R-7	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10	cukup	76,92%	Rutin
R-8	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Tidak
R-9	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	7	kurang	53,85%	Rutin
R-10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	baik	100%	Rutin
R-11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Rutin
R-12	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Rutin
R-13	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Tidak
R-14	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	10	cukup	76,92%	Tidak
R-15	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Tidak
R-16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Rutin
R-17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik	100%	Rutin
R-18	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	cukup	76,92%	Tidak
R-19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik	100%	Rutin
R-20	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	9	cukup	69,23%	Rutin
R-21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik	100%	Rutin
R-22	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Tidak
R-23	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	cukup	69,23%	Rutin
R-24	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	cukup	76,92%	Tidak
R-25	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Rutin
R-26	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	baik	84,61%	Rutin
R-27	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	baik	92,30%	Rutin
R-28	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	cukup	76,92%	Tidak
R-29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik	100%	Rutin
R-30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik	100%	Rutin

Kode	Riwayat PMS	Ajakan Teman	Penyuluhan kesehatan	Kerutinan
R-1	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-2	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-3	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-4	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-5	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-6	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-7	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-8	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-9	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-10	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-11	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-12	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-13	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-14	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-15	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-16	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-17	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-18	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-19	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-20	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-21	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-22	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-23	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-24	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-25	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-26	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-27	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-28	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-29	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Rutin
R-30	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Rutin

R-31	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-32	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-33	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-34	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Rutin
R-35	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-36	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-37	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-38	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-39	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-40	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-41	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-42	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-43	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-44	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-45	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-46	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-47	Tidak Pernah	Tidak ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-48	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-49	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-50	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-51	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Rutin
R-52	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-53	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-54	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-55	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-56	Pernah Menderita	Tidak ada ajakan teman	Tidak mengikuti penyuluhan	Tidak
R-57	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-58	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-59	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-60	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-61	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-62	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak
R-63	Pernah Menderita	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Rutin
R-64	Tidak Pernah	Ada ajakan teman	Mengikuti penyuluhan	Tidak



ANALISIS UNIVARIAT

Frequencies

Statistic

	Pengetahuan WPS	Pelayanan Petugas Skrining	Riwayat PMS	Ajakan teman untuk Skrining	Keikutsertaan dalam Penyuluhan Kesehatan	Keikutsertaan Skrining PMS
N Valid	64	64	64	64	64	64
Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Pengetahuan WPS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	23	35.9	35.9	35.9
	baik	41	64.1	64.1	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Pelayanan Petugas Skrining

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup	27	42.2	42.2	42.2
	baik	37	57.8	57.8	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Riwayat PMS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak pernah menderita PMS	35	54.7	54.7	54.7
	pernah menderita PMS	29	45.3	45.3	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Ajakan teman untuk skrining

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada ajakan teman	26	40.6	40.6	40.6
	ada ajakan teman	38	59.4	59.4	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Keikutsertaan WPS dalam Penyuluhan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ikut penyuluhan kesehatan	16	25.0	25.0	25.0
ikut penyuluhan kesehatan	48	75.0	75.0	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Keikutsertaan Skrining PMS pada WPS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak rutin skrining	34	53.1	53.1	53.1
rutin skrining	30	46.9	46.9	100.0
Total	64	100.0	100.0	



ANALISIS BIVARIAT

CROSSTABS PENGETAHUAN DENGAN KEIKUTSERTAAN SKRINING

Sebelum penggabungan sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan WPS * keikutsertaan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

pengetahuan WPS * keikutsertaan skrining Crosstabulation

			keikutsertaan skrining		Total
			tidak rutin	rutin	
pengetahuan WPS	kurang	Count	2	0	2
		Expected Count	1.1	.9	2.0
		% within pengetahuan WPS	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	3.1%	.0%	3.1%
	cukup	Count	15	6	21
		Expected Count	11.2	9.8	21.0
		% within pengetahuan WPS	71.4%	28.6%	100.0%
		% of Total	23.4%	9.4%	32.8%
	baik	Count	17	24	41
		Expected Count	21.8	19.2	41.0
		% within pengetahuan WPS	41.5%	58.5%	100.0%
		% of Total	26.6%	37.5%	64.1%
Total	Count	34	30	64	
	Expected Count	34.0	30.0	64.0	
	% within pengetahuan WPS	53.1%	46.9%	100.0%	
	% of Total	53.1%	46.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.829 ^a	2	.033
Likelihood Ratio	7.708	2	.021
Linear-by-Linear Association	6.721	1	.010
N of Valid Cases	64		

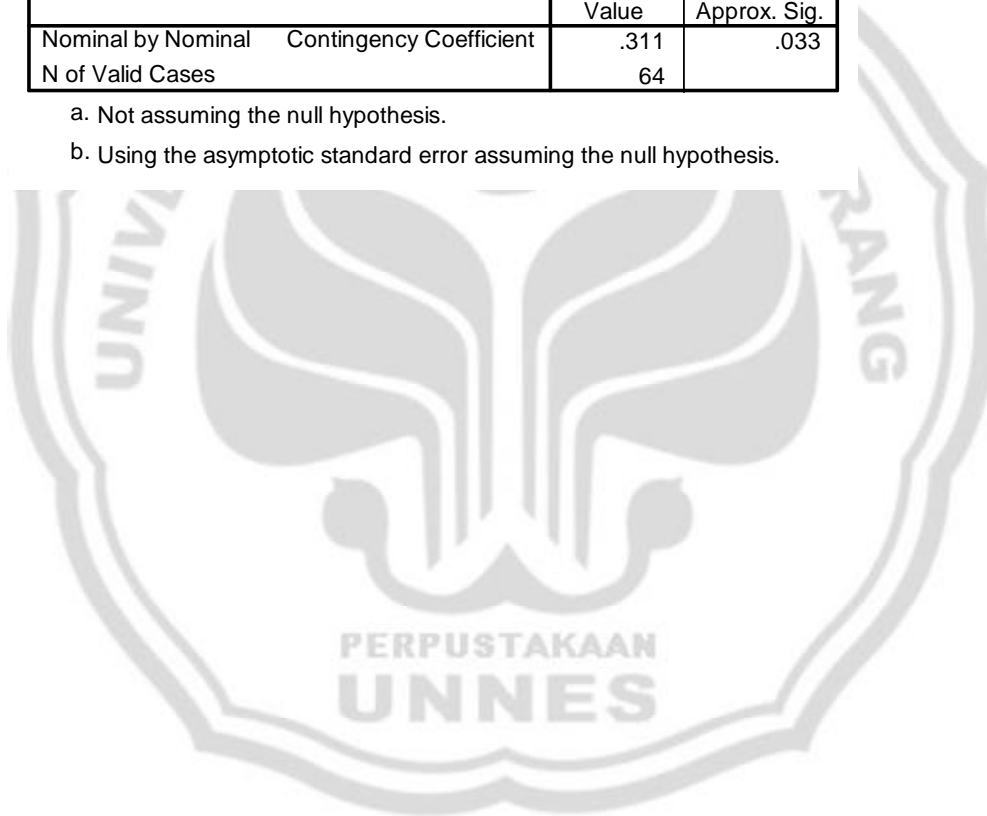
a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .94.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.311	.033
N of Valid Cases	64	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



CROSSTABS PENGETAHUAN WPS dengan KEIKUTSERTAAN SKRINING

Setelah penggabungan sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * kerutinan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

pengetahuan * kerutinan skrining Crosstabulation

			kerutinan skrining		Total
			tidak rutin	rutin	
Pengetahuan WPS	cukup	Count	17	6	23
		Expected Count	12.2	10.8	23.0
		% within pengetahuan	73.9%	26.1%	100.0%
		% of Total	26.6%	9.4%	35.9%
	baik	Count	17	24	41
		Expected Count	21.8	19.2	41.0
		% within pengetahuan	41.5%	58.5%	100.0%
		% of Total	26.6%	37.5%	64.1%
Total	Count	34	30	64	
	Expected Count	34.0	30.0	64.0	
	% within pengetahuan	53.1%	46.9%	100.0%	
	% of Total	53.1%	46.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.230 ^b	1	.013		
Continuity Correction ^a	4.995	1	.025		
Likelihood Ratio	6.433	1	.011		
Fisher's Exact Test				.019	.012
Linear-by-Linear Association	6.133	1	.013		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.78.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.298	.013
N of Valid Cases		64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (cukup/ kurang)	4.000	1.306	12.248
For cohort kerutinan skrining = tidak rutin	1.783	1.151	2.760
For cohort kerutinan skrining = rutin	.446	.214	.929
N of Valid Cases	64		



**CROSSTABS Pelayanan Petugas Skrining dengan
Keikutsertaan Skrining**
Sebelum penggabungan sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
peayanan petugas * keikutsertaan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

peayanan petugas * keikutsertaan skrining Crosstabulation

			keikutsertaan skrining		Total
			tidak rutin skrining	rutin skrining	
peayanan petugas	kurang	Count	2	1	3
		Expected Count	1.6	1.4	3.0
		% within peayanan petugas	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	3.1%	1.6%	4.7%
	cukup	Count	18	6	24
		Expected Count	12.8	11.3	24.0
		% within peayanan petugas	75.0%	25.0%	100.0%
		% of Total	28.1%	9.4%	37.5%
	baik	Count	14	23	37
		Expected Count	19.7	17.3	37.0
		% within peayanan petugas	37.8%	62.2%	100.0%
		% of Total	21.9%	35.9%	57.8%
Total	Count	34	30	64	
	Expected Count	34.0	30.0	64.0	
	% within peayanan petugas	53.1%	46.9%	100.0%	
	% of Total	53.1%	46.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.305 ^a	2	.016
Likelihood Ratio	8.580	2	.014
Linear-by-Linear Association	6.623	1	.010
N of Valid Cases	64		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.41.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.339	.016
N of Valid Cases	64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



CROSSTABS Pelayanan Petugas Skrining dengan Keikutsertaan Skrining
Setelah penggabungan sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelayanan * keikutsertaan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

pelayanan * keikutsertaan skrining Crosstabulation

		keikutsertaan skrining		Total
		tidak rutin skrining	rutin skrining	
pelayanan cukup	Count	20	7	27
	Expected Count	14.3	12.7	27.0
	% within pelayanan	74.1%	25.9%	100.0%
	% of Total	31.3%	10.9%	42.2%
baik	Count	14	23	37
	Expected Count	19.7	17.3	37.0
	% within pelayanan	37.8%	62.2%	100.0%
	% of Total	21.9%	35.9%	57.8%
Total	Count	34	30	64
	Expected Count	34.0	30.0	64.0
	% within pelayanan	53.1%	46.9%	100.0%
	% of Total	53.1%	46.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.231 ^b	1	.004		
Continuity Correction ^a	6.840	1	.009		
Likelihood Ratio	8.488	1	.004		
Fisher's Exact Test				.005	.004
Linear-by-Linear Association	8.102	1	.004		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.66.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.338	.004
N of Valid Cases		64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pelayanan (cukup / baik)	4.694	1.582	13.923
For cohort keikutsertaan skrining = tidak rutin skrining	1.958	1.224	3.130
For cohort keikutsertaan skrining = rutin skrining	.417	.210	.828
N of Valid Cases	64		



CROSSTABS RIWAYAT PMS dengan KEIKUTSERTAAN SKRINING pada WPS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat PMS * kerutinan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

Riwayat PMS * kerutinan skrining Crosstabulation

		kerutinan skrining		Total	
		tidak rutin skrining	rutin skrining		
Riwayat PMS	tidak pernah menderita	Count	25	10	35
		% within Riwayat PMS	71.4%	28.6%	100.0%
		% of Total	39.1%	15.6%	54.7%
pernah menderita PMS		Count	9	20	29
		% within Riwayat PMS	31.0%	69.0%	100.0%
		% of Total	14.1%	31.3%	45.3%
Total		Count	34	30	64
		% within Riwayat PMS	53.1%	46.9%	100.0%
		% of Total	53.1%	46.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.392 ^b	1	.001		
Continuity Correction ^a	8.833	1	.003		
Likelihood Ratio	10.670	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.229	1	.001		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.59.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.374	.001
N of Valid Cases		64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat PMS (tidak pernah menderita / pernah menderita PMS)	5.556	1.895	16.286
For cohort kerutinan skrining = tidak rutin skrining	2.302	1.287	4.117
For cohort kerutinan skrining = rutin skrining	.414	.232	.738
N of Valid Cases	64		



CROSSTABS AJAKAN TEMAN dengan KEIKUTSERTAAN SKRINING PMS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ajakan teman * keikutsertaan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

ajakan teman * keikutsertaan skrining Crosstabulation

		keikutsertaan skrining		Total	
		tidak rutin skrining	rutin skrining		
ajakan teman	tidak ada ajakan teman	Count	18	8	26
		% within ajakan teman	69.2%	30.8%	100.0%
		% of Total	28.1%	12.5%	40.6%
ada ajakan teman		Count	16	22	38
		% within ajakan teman	42.1%	57.9%	100.0%
		% of Total	25.0%	34.4%	59.4%
Total		Count	34	30	64
		% within ajakan teman	53.1%	46.9%	100.0%
		% of Total	53.1%	46.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.561 ^b	1	.033		
Continuity Correction ^a	3.537	1	.060		
Likelihood Ratio	4.648	1	.031		
Fisher's Exact Test				.043	.029
Linear-by-Linear Association	4.490	1	.034		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.19.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.258	.033
N of Valid Cases		64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ajakan teman (tidak ada ajakan teman / ada ajakan teman)	3.094	1.080	8.865
For cohort keikutsertaan skrining = tidak rutin skrining	1.644	1.046	2.585
For cohort keikutsertaan skrining = rutin skrining	.531	.281	1.005
N of Valid Cases	64		



CROSSTABS KEIKUTSERTAAN WPS dalam PENYULUHAN KESEHATAN dengan KEIKUTSERTAAN SKRINING PMS pada WPS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
penyuluhan kesehatan * keikutsertaan skrining	64	100.0%	0	.0%	64	100.0%

penyuluhan kesehatan * keikutsertaan skrining Crosstabulation

			keikutsertaan skrining		Total
			tidak rutin skrining	rutin skrining	
penyuluhan kesehatan	tidak mengikuti penyuluhan kesehatan	Count	12	4	16
		% within penyuluhan kesehatan	75.0%	25.0%	100.0%
		% of Total	18.8%	6.3%	25.0%
penyuluhan kesehatan	mengikuti penyuluhan kesehatan	Count	22	26	48
		% within penyuluhan kesehatan	45.8%	54.2%	100.0%
		% of Total	34.4%	40.6%	75.0%
Total		Count	34	30	64
		% within penyuluhan kesehatan	53.1%	46.9%	100.0%
		% of Total	53.1%	46.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.099 ^b	1	.043		
Continuity Correction ^a	3.012	1	.083		
Likelihood Ratio	4.270	1	.039		
Fisher's Exact Test				.050	.040
Linear-by-Linear Association	4.035	1	.045		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.245	.043
N of Valid Cases		64	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for penyuluhan kesehatan (tidak mengikuti penyuluhan kesehatan / mengikuti penyuluhan kesehatan)	3.545	1.000	12.575
For cohort keikutsertaan skrining = tidak rutin skrining	1.636	1.077	2.485
For cohort keikutsertaan skrining = rutin skrining	.462	.190	1.121
N of Valid Cases	64		



DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Responden sedang mengikuti kegiatan suntik di gedung Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal



Gambar 2. Responden sedang menunggu antrian saat kegiatan olahraga dan pembagian kondom oleh PE di Gedung Resosialisasi Gambilangu Kabupaten Kendal



Gambar 3. Peneliti sedang mewawancarai responden



Gambar 4. Peneliti sedang mewawancarai responden



Gambar 5. Peneliti sedang mewawancarai responden

