



**ANALISIS FAKTOR YANG BERPENGARUH
TERHADAP KINERJA WARGA PEDULI AIDS (WPA)
DI KOTA SEMARANG**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Kesehatan

Oleh :

**CATURINTA NURCAHYANINGSIH
NIM.0613518016**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2021**

PENGESAHAN UJIAN TESIS

Tesis dengan judul “Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang” karya,

Nama : Caturinta Nurcahyaningih

NIM : 0613 518016

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

telah dipertahankan dalam sidang panitia ujian tesis, Pascasarjana Universitas Negeri Semarang pada hari Rabu , tanggal 16 Agustus 2021


Semarang,16 Agustus 2021

Panitia Ujian


 Ketua,

Prof. Dr. Agus Nuryatin, M.Hum
NIP.196008031989011001

Sekretaris,


Dr. Sulhadi, M.Si
NIP.197108161998021001


Penguji I,


Dr. Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes
NIP.197712272005012001

Penguji II,


dr. RR. Sri Rama Rahayu, M.Kes., Ph.D
NIP.197205182008012011

Penguji III,


Prof. Dr. Oktia Woro Kasmini Handayani, M.Kes
NIP. 195910011987032001

PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya

Nama : Caturinta Nurcahyaningih

NIM : 0613518016

Program studi : Kesehatan Masyarakat, S2

Menyatakan bahwa yang tertulis dalam tesis yang berjudul "Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang" ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya secara pribadi siap menanggung resiko/sanksi hukum yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 4-8-2021

Yang membuat pernyataan,



Caturinta Nurcahyaningih

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis dengan judul “Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang” karya,

Nama : Caturinta Nurcahyaningih

NIM : 0613518016

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke sidang panitia ujian tesis

Semarang,

Pembimbing I,



Prof.dr.Dr.Oktia Woro Kasmini,M.Kes.Epid

NIP. 195910011987032001

Pembimbing II,



dr. RR.Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D

NIP. 19720518200812011

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Berbuat baiklah tanpa perlu alasan
2. Setiap kesulitan selalu ada kemudahan, setiap masalah pasti ada solusi
3. Teruslah meminta apapun yang kau inginkan, Allah punya Segalanya.

Namun jika tidak diberi, Allah punya yang lebih baik lagi.

PERSEMBAHAN

Tesis ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah dan Ibu tercinta yang selalu mendoakan untuk kebahagiaan saya,
2. Suami dan anakku tercinta, Indra Adi Nugroho dan Faiz Adi Wicaksono
3. Teman - teman di Puskesmas Sekaran, Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang dan Dinas Kesehatan Kota Semarang serta Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Unnes 2018.

ABSTRAK

Caturinta Nurcahyaningih. 2021."Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (AIDS) di Kota Semarang ". *Tesis*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I Prof.dr.Dr.Oktia Woro Kasmini,M.Kes.Epid, Pembimbing II dr. RR.Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D.

Kata Kunci: *Kinerja, Warga Peduli Acquired Immune Deficiency Syndrome*

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) tetap menjadi tantangan dan masalah kesehatan masyarakat di dunia. Hambatan terbesar dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah stigma dan diskriminasi. Warga Peduli AIDS (WPA) merupakan wujud peran serta masyarakat dalam menggerakkan masyarakat untuk terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Data dari KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) Kota Semarang bahwa sebagian besar WPA belum memiliki program kerja, dan belum melaksanakan kegiatan administrasi, sehingga KPA sulit untuk melakukan monitoring dan evaluasi. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tingkat pengetahuan, stigma dan diskriminasi), faktor pemungkin (ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan layanan kesehatan) dan faktor penguat (dukungan stake holder, regulasi, sosial budaya). Penelitian ini menggunakan metode *Cross Sectional Study*. Sampel penelitian berjumlah 100 orang dengan teknik *Proporsionate Stratified Random Sampling*. Teknik pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan dengan uji *chi-square* dan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pengetahuan ($p=0,002$), stigma diskriminasi ($p=0,000$), dukungan stake holder ($p=0,000$), sosial budaya ($p=0.016$) terhadap kinerja WPA. Variabel yang paling berpengaruh adalah dukungan stake holder ($p=0,000$. OR = 3,656). Peran dari Stake holder mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam merealisasikan program penanggulangan HIV dan AIDS. Pelibatan dukungan stake holder secara nyata sangat dibutuhkan untuk kinerja WPA yang lebih baik.

ABSTRACT

Caturinta Nurcahyaningih. 2021."Analysis of the Performance Factors of Citizens Who Care about AIDS (*WPA*) in Semarang City " Thesis. Public Health Study Program. Postgraduate. Semarang State University. Supervisor I Prof.dr.Dr.Oktia Woro Kasmini,M.Kes.Epid, Supervisor II dr. RR.Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D.

Key words : Performance, Citizens Who Care about Acquired Immuno Deficiency Syndrome

Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) remain a challenge and public health problem in the world. The biggest obstacle to encounter HIV and AIDS is stigma and discrimination. Citizens Who Care about AIDS (*WPA*) is a form of community participation in mobilizing the society to be involved in HIV-AIDS prevention and control. Data from the KPA (AIDS Prevention Commission) Semarang City shows that most *WPA* do not have work programs and have not carried out administrative activities, therefore making it difficult for KPA to conduct monitoring and evaluation. The purpose of this study was to analyze predisposing factors (age, gender, marital status, occupation, education, level of knowledge, stigma and discrimination), enabling factors (availability of health facilities, support for health services) and reinforcing factors (stakeholder support, regulation, social culture). This study used the Cross Sectional Study method. The research sample consisted of 100 people using the Proporsionate Stratified Random Sampling technique. The technique of collecting data by interview using a questionnaire. Data analysis was performed using the chi-square test and logistic regression. The results showed that there was an effect of knowledge ($p = 0.002$), stigma of discrimination ($p = 0,000$), stakeholder support ($p = 0,000$), socio-culture ($p = 0.016$) on *WPA* performance. The most influential variable is stake holder support ($p = 0.000$. OR = 3.656). The role of the Stake holder has a very important position in realizing the HIV and AIDS prevention program. The involvement of stakeholder support is really needed for better *WPA* performance.

PRAKATA

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang”. Tesis ini sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Negeri Semarang.

Penelitian ini dapat selesai berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini. Ucapan terimakasih peneliti pertama kali kepada para pembimbing: Prof.dr.Dr.Oktia Woro Kasmini,M.Kes.Epid (Pembimbing I) dan dr. RR. Sri Ratna Rahayu, M.Kes. Ph.D. (Pembimbing II) yang telah dengan sabar membimbing, mengarahkan, dan membantu dalam proses tesis ini.

Ucapan terimakasih peneliti sampaikan juga kepada semua pihak yang telah membantu selama proses penyelesaian studi, di antaranya:

1. Direksi Pascasarjana Unnes, yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian, dan penulisan tesis ini.

2. Koordinator Program Studi dan Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Unnes yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penulisan tesis ini.
3. Bapak dan Ibu Dosen Pascasarjana Unnes, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada peneliti selama menempuh pendidikan.
4. Kepala Puskesmas di Kota Semarang yang telah memberikan izin peneliti untuk melakukan penelitian.
5. Camat dan Lurah di wilayah lokasi penelitian yang telah memberikan izin penelitian dan mendukung penelitian ini sehingga dapat berjalan dengan lancar.

Peneliti sadar bahwa dalam tesis ini masih terdapat kekurangan, baik isi maupun tulisan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Semarang, 2021

Caturinta Nurcahyaningih

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	i
PENGESAHAN UJIAN TESIS	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRAKATA.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Identifikasi Masalah	4
1.3. Cakupan Masalah	5
1.4. Rumusan Masalah	5
1.5. Tujuan Penelitian.....	6
1.6. Manfaat Penelitian.....	8
1.7. Keaslian Penelitian	8

BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA BERPIKIR, DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	12
2.1. Kajian Pustaka.....	12
2.1.1. Pengertian HIV-AIDS.....	12
2.1.2. Pengertian Warga Peduli AIDS (WPA).....	17
2.2. KERANGKA TEORETIS.....	39
2.3. KERANGKA BERPIKIR.....	40
2.4. Hipotesa Penelitian.....	41
BAB III METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Populasi dan Sampel.....	43
3.3 Variabel Penelitian.....	45
3.4 Teknik Dan Instrumen Pengumpul.....	49
3.5 Teknis Analisis Data.....	51
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	53
4.1 Hasil Penelitian.....	53
4.2 Pembahasan.....	58
BAB V PENUTUP.....	84
5.1. Simpulan.....	84
5.2. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	86
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	89

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 3.1 Jumlah sampel tiap jabatan WPA	45
Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	46
Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Faktor Predisposisi yang Berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang.....	50
Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Faktor Pemungkin yang Berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang.....	50
Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Faktor Penguat yang Berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang.....	50
Tabel 4.1 Analisis Faktor Predisposisi terhadap Kinerja WPA	54
Tabel 4.2 Analisis Faktor Pendukung terhadap Kinerja WPA	55
Tabel 4.3 Analisis Faktor Penguat terhadap Kinerja WPA	55
Tabel 4.4 Analisis multivariat Variabel yang Berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Struktur Organisasi WPA.....	19
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	39
Gambar 2.3 Kerangka Berpikir.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) tetap menjadi salah satu tantangan dan masalah paling signifikan kesehatan masyarakat di dunia, khususnya di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pandemi HIV dan AIDS terus menyebar ke seluruh dunia berkembang. Ketimpangan struktural terus memicu epidemi HIV di seluruh masyarakat (terkonsentrasi Epidemi HIV tidak hanya berpengaruh pada kesehatan individu tetapi juga berdampak pada tatanan keluarga, masyarakat dan pembangunan serta pertumbuhan ekonomi suatu negara (WHO,2018). Target global HIV dan AIDS UNAIDS pada tahun 2020 adalah mendiagnosis 90% dari semua orang HIV positif, menyediakan Anti Retroviral Therapi (ART) untuk 90% dari mereka yang didiagnosis dan mempertahankan 90% dari mereka yang terapi ART (target 90-90-90) (Bertman et al., 2019).

Data World Health Organization (WHO), jumlah yang terinfeksi HIV tahun 2018 berjumlah 37,9 juta orang dengan 36,2 juta adalah usia dewasa (18,8 juta berjenis kelamin perempuan dan 17,4 juta laki-laki) dan 1,7 juta adalah anak-anak berusia ≤ 15 tahun .

Laporan perkembangan kasus HIV dan AIDS Kementerian Kesehatan RI tahun 2019 bahwa kasus HIV di Indonesia dari tahun 1987-Maret 2019 berjumlah 338.363

orang dan jumlah AIDS 15.601 orang dengan persentase kematian 0,17%. Jumlah kasus AIDS tertinggi pada umur 20-29 tahun (32,2%), berjenis kelamin laki-laki (58%), mempunyai pekerjaan sebagai karyawan 217.414 orang, dengan faktor risiko heteroseksual (70,2%). Kasus HIV Provinsi Jawa Tengah menduduki peringkat ke 5 (29.048 orang), sedangkan jumlah kasus AIDS menduduki urutan ke 3 (10.548 orang). Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, jumlah kasus HIV dan AIDS dari tahun 1993-2018 berjumlah 25.543 orang. Laporan perkembangan program pengendalian penyakit menular Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2019, kasus HIV dari 1998-Mei 2019 berjumlah 5.486 orang, sedangkan AIDS dari 1998- Februari 2019 berjumlah 590 orang dengan angka kematian 73 orang. Jumlah kasus AIDS tertinggi pada umur 31-40 tahun (47%), berjenis kelamin laki-laki (58%), mempunyai pekerjaan sebagai karyawan (112 orang), dengan faktor risiko tertinggi heteroseksual (77%).

Salah satu hambatan paling besar dalam pencegahan dan penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV dan AIDS) di Indonesia adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) (Shaluhyah. et al., 2015). Salah satu bentuk stigma dan diskriminasi yang dilakukan pada lingkungan komunitas diantaranya pengucilan, tidak mau berjabat tangan atau melakukan kontak dengan ODHA (Nurhayati., 2013). Kualitas ODHA dipengaruhi oleh stigma, depresi , kelompok dukungan sebaya, dukungan sosial dan perilaku sehat (Fajriyah et al., 2018). Stigma terkait HIV dapat menghambat ODHA untuk mendapatkan perawatan. Dalam menjalankan

pengobatannya ODHA ada yang mangkir dan dukungan dari teman sebaya dapat membantu ODHA untuk memulai

pengobatannya lagi. Dukungan sosial sebagai salah satu cara untuk membantu orang dengan HIV dan AIDS menurunkan tingkat stresnya (Sari et al., 2017). ODHA perlu mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang benar tentang HIV dan AIDS agar berani mengungkapkan status HIV positifnya (Ibanez et al., 2019). Adanya ketakutan akan stigma dan diskriminasi jika mengungkapkan masalah terkait HIV pada teman atau orang yang mereka kenal (Yuli. et al., 2013). Stigma dan perilaku diskriminatif merupakan penghalang terbesar dalam upaya pencegahan dan penularan HIV dan AIDS (Wati et al., 2017). Munculnya stigma dan diskriminasi dapat disebabkan karena kurangnya keterlibatan masyarakat dalam setiap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Keberadaan ODHA dianggap sebagai ancaman bagi masyarakat sehingga masyarakat memilih menghindari kontak sosial dengan ODHA (Mills et al., 2012). Maka sudah saatnya masyarakat dilibatkan secara langsung dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dengan cara mengoptimalkan masyarakat dalam pengelolaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS secara efektif dan komprehensif (Guma et al., 2011). Diharapkan tidak ada lagi kesulitan bagi ODHA untuk diakui dan diterima sebagai bagian dari kehidupan sosial (Butt et al., 2010).

Permasalahan WPA salah satunya adalah kurangnya peran aktif WPA. Hal ini terjadi karena kurang efektifnya dalam penerapan koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini (Anggraini et al., 2017). Masyarakat belum banyak terlibat secara langsung dalam kegiatan pencegahan HIV (Masruri et al., 2016). Keterlibatan masyarakat dalam kegiatan penyuluhan HIV dan AIDS

diasumsikan dapat mengubah persepsi ke arah yang lebih positif terhadap ODHA dan, tidak ada lagi stigma dan diskriminasi ODHA (Widayati et al., 2019).

Kota Semarang terdapat WPA di 177 Kelurahan. Menurut data dari KPA Kota Semarang, WPA sudah dibentuk di seluruh kelurahan dengan komponen PKK (Pembinaan Kesehatan Keluarga), FKK (Forum Kesehatan Kelurahan), LPMK (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Kelurahan), Tokoh Masyarakat, Tokoh agama, dan Karang Taruna. WPA di Kota Semarang belum semuanya aktif, dari 177 WPA baru 155 (87%) WPA memiliki surat keputusan (SK) kelurahan, 20 (11%) WPA baru memiliki media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), serta 29 (16%) WPA baru memiliki program kerja, dari 177 WPA belum membuat pelaporan kegiatan ke KPA Kota Semarang secara rutin, sehingga KPA Kota Semarang belum bisa memonitor dan mengevaluasi kinerja WPA .

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka identifikasi masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) HIV dan AIDS di Kota Semarang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus yang terus meningkat, dan masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.
- 2) WPA di Kota Semarang sebagian besar belum memiliki kinerja yang optimal
- 3). Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja WPA yaitu umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, stigma dan diskriminasi, ketersediaan fasilitas kesehatan, layanan

fasilitas kesehatan, dukungan stake holder , regulasi dan nilai sosial budaya yang ada di wilayahnya kerja WPA.

1.3. Cakupan Masalah

Pada penelitian ini cakupan masalah difokuskan pada :

1. Faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, pengetahuan, stigma dan diskriminasi);
2. Faktor pemungkin (ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan layanan kesehatan);
3. Faktor penguat (dukungan stake holder, regulasi, sosial budaya).

1.4. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, identifikasi masalah dan cakupan masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah umur berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
2. Apakah jenis kelamin berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
3. Apakah status perkawinan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
4. Apakah status pekerjaan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
5. Apakah tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?

6. Apakah pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
7. Apakah stigma dan diskriminasi berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
8. Apakah ketersediaan fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
9. Apakah dukungan layanan kesehatan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
10. Apakah dukungan stake holder berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
11. Apakah regulasi berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?
12. Apakah sosial budaya berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang ?

1.5. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Tujuan Umum dari penelitian ini untuk menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
2. Tujuan Khusus
 1. Menganalisis apakah umur berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
 2. Menganalisis apakah jenis kelamin berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang

3. Menganalisis apakah status perkawinan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
4. Menganalisis apakah status pekerjaan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
5. Menganalisis apakah tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
6. Menganalisis apakah pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
7. Menganalisis apakah stigma dan diskriminasi berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
8. Menganalisis apakah ketersediaan fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
9. Menganalisis apakah dukungan layanan kesehatan berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
10. Menganalisis apakah dukungan stake holder berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
11. Menganalisis apakah regulasi berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang
12. Menganalisis apakah social budaya berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang

1.6. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Guna teoritis pada perspektif akademis, penelitian ini akan menghasilkan tesis mengenai kesehatan masyarakat sebagai sumbangan teoritis bagi perkembangan kajian ilmu pemberdayaan masyarakat khususnya mengenai penerapan teori faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keaktifan Warga Peduli AIDS di Kota Semarang

2. Manfaat Praktisi

1. Bagi Layanan Kesehatan

Bahan masukan dan monitoring dalam meningkatkan layanan kesehatan terhadap Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

2. Bagi Warga Peduli AIDS (WPA)

Bahan masukan dan monitoring kinerja WPA dalam mendukung program pengendalian HIV dan AIDS di Kota Semarang

3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan tentang faktor yang berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang

1.7. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Perilaku Warga Peduli AIDS Terhadap Penanggulangan HIV - AIDS Di Kota Kupang	Wenzel Fernandez, Imelda F.E. Manurung, Sarci M. Toy , Honey I.	Jenis Penelitian Survey Deskriptif	Sikap Tindakan	Pada Variabel Sikap Menunjukkan 100% responden memiliki nilai sikap positif terhadap Penanggulangan HIV dan AIDS di

		Ndoen			Kota Kupang Pada Variabel Tindakan: 60,2% responden memiliki tindakan yang positif mengenai Penanggulangan HIV dan AIDS
2.	Community patterns of stigma towards persons living with HIV: A population-based latent class analysis from rural Vietnam	Anastasia Pharris, Nguyen Phuong Hoa, Carol Tishelman, Gaetano Marrone, Nguyen Thi Kim Chuc, Ruairi Brugh, Anna Thorson	Survei berbasis populasi eksplorasi	Jenis kelamin, Pendidikan Mobilisasi	Wanita pedesaan memiliki peluang lebih besar untuk mendapatkan stigma daripada laki-laki Mobilisasi keluar kota mempunyai peluang lebih besar untuk mendapatkan stigma Pendidikan rendah memiliki peluang lebih besar untuk mendapatkan stigma Terdapat Pengaruh Koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS Dengan Kader Warga Peduli AIDS Terhadap Efektivitas Pencapaian Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Sumedang Sebesar 47,2%
3.	Pengaruh Koordinasi Terhadap Efektivitas Penanggulangan HIV-AIDS Kabupaten Sumedang Tahun 2019	Irma Hermayanty* & Dhesti Widya Nurhasanah Ningrum	Deskriptif analisis		
4.	Hubungan Antara Persepsi Masyarakat Terhadap Program “Warga Peduli AIDS” Dengan Perilaku Pencegahan Penularan HIV-AIDS Di Kelurahan Peterongan, Kota Semarang Tahun 2015	Nizaar Ferdian	Penelitian Analitik Dengan Analisis Teknik Kuantitatif Dan Pendekatan Cross Sectional	Umur, Tingkat pendidikan, pengetahuan, keyakinan	Hasil Penelitian Antara Lain Umur, Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, Keyakinan Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS Sedangkan Faktor Yang Tidak Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS pada masyarakat yaitu tingkat pendapatan

dan keyakinan					
5.	Analisis Peran Penerapan Warga Peduli AIDS (WPA) Pada Kader Di Desa Karangtengah Cilongok, Banyumas Tahun 2019	Colti Sistiarani1, Arif Kurniawan2, Bambang Hariyadi3	Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Cross Sectional	Persepsi Pengetahuan Peran kader	Hasil Penelitian yaitu kader WPA sebagian besar memiliki persepsi baik sebesar 56,5%, pengetahuan yang baik sebesar 54,3%, serta peran dalam kegiatan WPA sebagian besar kurang baik sebesar 47,8%.
6.	Pengaruh Peran Warga Peduli AIDS Terhadap Perilaku Diskriminatif Pada ODHA Tahun 2017	Novi Sulistia Wati, Kusyogo Cahyo, Ratih	Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Potong Lintang.	Lama bergabung Pengetahuan Sikap Akses penyuluhan Akses VCT Dukungan pokja	Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Diskriminatif Pada ODHA Adalah Sikap Terhadap Perilaku Diskriminatif Pada ODHA
7.	Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Persepsi Anggota WPA Tentang HIV dan AIDS Dengan Stigma Pada ODHA Di Surakarta Tahun 2019	Rena Nirindah Wahyu Prastiwi	Penelitian Analitik Observasional Dengan Rancangan Penelitian Cross Sectional	Pengetahuan , Sikap dan Persepsi	Tidak Ada Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Persepsi Anggota WPA Tentang HIV dan AIDS Dengan Stigma Pada ODHA Di Surakarta
8.	Analisis Peran Pengurus Warga Peduli AIDS Pada Penanggulangan HIV Di Kota Surakarta Tahun 2016	Muhammad Iqbal Masruri	Analisa deskriptif dengan pendekatan kualitatif		- Pengetahuan Pengurus WPA Tentang HIV dan AIDS belum baik, karena masih munculnya kasus stigma di masyarakat. - Sumber Daya adalah pengurus inti yang di sah kan oleh Kepala Desa setempat.

9.	WPA Wujud Peran Serta Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS	Argyo Demartoto	Studi kasus		Ada warga yang peduli tentang AIDS dan aktif, namun masih banyak warga yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS, karena minimnya pengetahuan, kesadaran dan takut test HIV
10.	Stigma masyarakat terhadap ODHA	Zahroh Shaluhayah, Syamsulhuda Budi Musthofa, Bagoes Widjanarko	Explanatory dengan pendekatan potong lintang	Pengetahuan Persepsi Akses sumber informasi	49,7% responden memiliki sikap negative terhadap ODHA
11.	Peran Kepala Desa “Desa Siaga” dalam Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Pemalang	Susi Kusumawati Laksmono Widagdo Harbandinah	Deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional	Pengetahuan Sikap Ketersediaan fasilitas dan sarana Peran FKD	Ada hubungan antara pendidikan, masa kerja, sikap, ketersediaan fasilitas dengan Penanggulangan HIV dan AIDS

Hal yang membedakan dengan penelitian sebelumnya (Nizaar Ferdian,2015) adalah lokasi 1 kelurahan, sedangkan penelitian ini meliputi seluruh kelurahan di Kota Semarang. Variabel bebas yang belum diteliti (Nizaar Ferdian,2015) adalah faktor predisposisi (status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, stigma dan diskriminasi); Faktor pemungkin (ketersediaan fasilitas kesehatan, kemudahan akses); Faktor penguat (dukungan stake holder, kebijakan/aturan, pelibatan instansi lain, sosial budaya).

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA BERPIKIR, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Pengertian HIV-AIDS

1. Pengertian HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

Adalah sejenis virus yang menyerang system kekebalan tubuh manusia dan dapat menimbulkan AIDS. HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menangkal infeksi. Sel darah putih tersebut terutama limfosit yang memiliki CD4 sebagai sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel limfosit. Karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam mengatasi infeksi yang masuk ketubuh manusia. Pada orang dengan system kekebalan yang baik, nilai CD4 berkisar antara 1400-1500. Sedangkan pada orang dengan system kekebalan yang terganggu (misal pada orang yang terinfeksi HIV) nilai CD4 semakin lama akan semakin menurun (bahkan pada beberapa kasus bias sampai nol) (KPA., 2007c). Virus HIV diklasifikasikan kedalam golongan lentivirus atau retroviridae. Virus ini secara material genetika adalah virus RNA yang tergantung pada enzim reverse transcriptase untuk dapat menginfeksi sel mamalia, termasuk manusia, dan menimbulkan kelainan patologi secara lambat. Virus ini terdiri dari 2 grup, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Masing-masing grup mempunyai lagi berbagai subtype, dan masing-masing subtype secara evolusi

yang cepat mengalami mutasi. Diantara kedua grup tersebut, yang paling banyak menimbulkan kelainan dan lebih ganas di seluruh dunia adalah grup HIV.

2. Pengertian AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, yang berarti kumpulan gejala atau sindroma akibat menurunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi virus HIV. Tubuh manusia mempunyai kekebalan untuk melindungi diri dari serangan luar seperti kuman, virus, dan penyakit. AIDS melemahkan atau merusak system pertahanan tubuh ini, sehingga akhirnya berdatanglah berbagai jenis penyakit lain. HIV adalah jenis parasitobligat yaitu virus yang hanya dapat hidup dalam sel atau media hidup. Seorang pengidap HIV lambat laun akan jatuh ke dalam kondisi AIDS, apalagi tanpa pengobatan. Umumnya keadaan AIDS ini ditandai dengan adanya berbagai infeksi baik akibat virus, bakteri, parasit maupun jamur. Keadaan infeksi ini yang dikenal dengan infeksi oportunistik (Zein., 2006).

3. Cara Penularan

HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu (KPA, 2007c). Penularan HIV dapat terjadi melalui berbagai cara, yaitu :kontak seksual, kontak dengan darah atau sekret yang infeksius, ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan dan pemberian ASI (Air SusuIbu). (Zein., 2006)

1). Seksual

Penularan melalui hubungan hetero seksual adalah yang paling dominan dari semua cara penularan. Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama senggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki. Senggama berarti kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal (anus), oral (mulut) antara dua individu. Resiko tertinggi Adalah penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindung dari individu yang terinfeksi HIV.

- 2). Melalui transfusi darah atau produk darah yang sudah tercemar dengan virus HIV.
- 3). Melalui jarum suntik atau alat kesehatan lain yang ditusukkan atau tertusuk ke dalam tubuh yang terkontaminasi dengan virus HIV, seperti jarum tato atau pada pengguna narkotik suntik secara bergantian. Bisa juga terjadi ketika melakukan prosedur tindakan medic ataupun terjadi sebagai kecelakaan kerja (tidaksengaja) bagi petugas kesehatan.
- 4). Melalui silet atau pisau, pencukur jenggot secara bergantian hendaknya dihindarkan karena dapat menularkan virus HIV kecuali benda-benda tersebut disterilkan sepenuhnya sebelum digunakan.
- 5). Melalui transplantasi organ pengidap HIV
- 6). Penularan dari ibu ke anak
 Kebanyakan infeksi HIV pada anak didapat dari ibunya saat ia dikandung, dilahirkan dan sesudah lahir melalui ASI.
- 7). Penularan HIV melalui pekerjaan: Pekerja kesehatan dan petugas laboratorium.

Terdapat resiko penularan melalui pekerjaan yang kecil namun defenitif, yaitu pekerja kesehatan, petugas laboratorium, dan orang lain yang bekerja dengan spesimen/bahan terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam (Fauci., 2000).

Tidak terdapat bukti yang meyakinkan bahwa air liur dapat menularkan infeksi baik melalui ciuman maupun pajanan lain misalnya sewaktu bekerja pada pekerja kesehatan. Selain itu air liur terdapat inhibitor terhadap aktivitas HIV (Fauci., 2000).

Menurut WHO (1996), terdapat beberapa cara dimana HIV tidak dapat ditularkan antara lain:

- 1). Kontak fisik Orang yang berada dalam satu rumah dengan penderita HIV dan AIDS, bernapas dengan udara yang sama, bekerja maupun berada dalam suatu ruangan dengan pasien tidak akan tertular. Bersalaman, berpelukan maupun mencium pipi, tangan dan kening penderita HIV dan AIDS tidak akan menyebabkan seseorang tertular.
- 2). Memakai milik penderita, Menggunakan tempat duduk toilet, handuk, peralatan makan maupun peralatan kerja penderita HIV dan AIDS tidak akan menular.
- 3). Digigit nyamuk maupun serangga dan binatang lainnya.
- 4). Mendonorkan darah bagi orang yang sehat tidak dapat tertular HIV.

4. Gejala Klinis

Gejala klinis terdiri dari 2 gejala yaitu

1). Gejala mayor (umum terjadi) dan gejala minor (tidak umum terjadi):

Gejala mayor:

- (1). Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan
- (2). Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- (3). Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- (4). Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
- (5). Demensia/ HIV ensefalopati

2). Gejala minor:

- (1). Batuk menetap lebih dari 1 bulan
- (2). Dermatitis generalisata
- (3). Adanya herpes zoster multi segmental dan herpes zoster berulang
- (4). Kandidiasis orofaringeal
- (5). Herpes simpleks kronis progresif
- (6). Limfadenopati generalisata
- (7). Retinitis virus Sitomegalo

5. Pengobatan

Pemberian anti retroviral (ARV) telah menyebabkan kondisi kesehatan para penderita menjadi jauh lebih baik. Infeksi penyakit oportunistik lain yang berat dapat disembuhkan. Penekanan terhadap replikasi virus menyebabkan penurunan produksi token dan protein virus yang dapat menstimulasi pertumbuhan. Obat ARV terdiri dari beberapa golongan seperti nucleoside reverse transkriptase inhibitor, nucleotide reverse transcriptase inhibitor, non nucleotide reverse

transcriptase inhibitor dan inhibitor protease. Obat-obat ini hanya berperan dalam menghambat replikasi virus tetapi tidak bias menghilangkan virus yang telah berkembang (Djauzi et al., 2006).

6. Pencegahan

Berikut adalah prinsip pencegahan HIV dan AIDS yang telah diperkenalkan, yaitu : a. *Abstinence*, yaitu absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi orang yang belum menikah; b. *Be faithful*, yaitu setia kepada satu pasangan seks dengan tidak berganti-ganti pasangan; c. *Use condom*, yaitu cegah dengan menggunakan kondom saat berhubungan seksual; d. *No drugs*, yaitu tidak menggunakan narkoba e. *Equipment*, yaitu tidak menggunakan alat seperti alat suntik, potong kuku, tato, atau alat-alat lainnya yang dapat berhubungan dengan darah secara bergantian (Mayer et al., 2009).

2.1.2. Pengertian Warga Peduli AIDS (WPA)

1. Pengertian

Warga Peduli AIDS merupakan suatu wadah dari wujud peran serta masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Pembentukan Warga Peduli AIDS tertuang dalam pasal 51 ayat (1) huruf (d) “masyarakat dapat berperan serta dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS dengan cara membentuk dan mengembangkan WPA”. Warga Peduli AIDS dibentuk di tingkat kecamatan, kelurahan/desa, dusun/kampung, rukun warga (RW) dan rukun tetangga (RT). Peran utama Warga Peduli AIDS itu sendiri yaitu

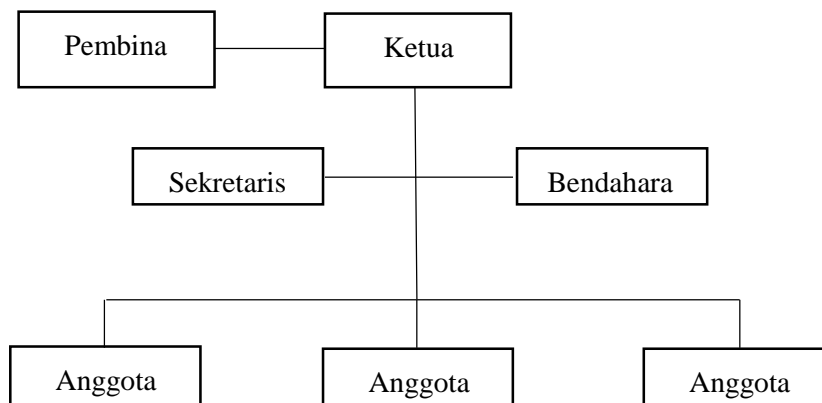
menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penanggulangan HIV dan AIDS (Demartoto et al., 2018).

Warga Peduli AIDS terdiri dari kelompok masyarakat, baik itu dari tingkatan desa, kelurahan, rukun warga, dusun, blok maupun tingkatan lain yang sejenisnya. Berdasarkan data dari KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) Kota Semarang yang tergabung dalam WPA ialah Lurah sebagai penanggung jawab, perwakilan dari tokoh masyarakat sekitar, perwakilan dari karang taruna, perwakilan dari anggota PKK, perwakilan dari Kader, perwakilan dari masyarakat biasa ataupun ODHA (Demartoto et al., 2018). Masyarakat umum sangat berperan dalam membantu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan tempat tinggal dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Oleh karena itu, masyarakat berhak mendapatkan dan menerima informasi yang benar tentang masalah narkoba suntik, Infeksi Menular Seksual (IMS), dan HIV dan AIDS (Card et al., 2008).

Berdasarkan laporan Kegiatan Komisi Penanggulangan AIDS tahun 2018 fungsi dan tugas WPA itu sendiri adalah memberikan edukasi HIV-AIDS kepada masyarakat, memfasilitasi rujukan test HIV ke pelayanan kesehatan, mempromosikan perilaku hidup sehat, meningkatkan ketahanan keluarga, mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan keluarga serta terhadap komunitas populasi kunci, mendorong warga masyarakat yang berpotensi melakukan perbuatan beresiko tertular HIV untuk memerikaskan diri ke fasilitas pelayanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) di wilayah kerjanya.

2. Struktur Organisasi WPA

Berikut adalah susunan kepengurusan WPA:



Gambar 2 1. Struktur Organisasi Warga Peduli AIDS (WPA)

3. Kinerja Warga Peduli AIDS

Kinerja merupakan suatu rencana yang diimplementasikan dan telah disusun. Implementasi kinerja dilakukan oleh sumber daya manusia yang berkompeten, memiliki kemampuan (skill), memiliki motivasi, serta yang berkepentingan. Suatu organisasi yang menghargai serta memperlakukan sumber daya manusianya dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam menjalankan kinerja.

Warga Peduli AIDS (WPA) bertugas menggerakkan masyarakat untuk ikut serta berpartisipasi atau terlibat langsung dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu kinerja WPA sangat diperlukan untuk pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat dan diharapkan dengan adanya program tersebut, masyarakat menjadi lebih tahu, mau dan mampu

berkontribusi dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, karena permasalahan HIV dan AIDS tidak hanya di bidang medis saja melainkan melibatkan faktor-faktor sosial maka diperlukan WPA untuk membantu mengatasi permasalahan tersebut, dan yang paling penting adalah segala aktifitas yang berhubungan dengan pencegahan penanggulangan HIV dan AIDS lebih banyak melibatkan masyarakat. Karena di dalam masyarakat terdapat struktur pemerintahan yaitu Lurah, Kepala Desa, Ketua RT dan Ketua RW, maka sangat tepat jika upaya pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS memanfaatkan struktur yang sudah ada. Dalam hal ini, mereka wajib untuk memimpin upaya penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya bersama dengan anggota WPA, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, karang taruna dan sebagainya. Adapun peran dari WPA adalah identifikasi potensial masalah yaitu mendata masalah atau potensi masalah yang berkaitan dengan masalah HIV dan AIDS dan narkoba di lingkungannya. Merujuk ke layanan yaitu mendorong dan memfasilitasi warga yang dianggap memiliki masalah atau potensi masalah dengan HIV dan AIDS ke fasilitas layanan kesehatan (baik untuk mendapatkan informasi yang lebih lengkap maupun untuk mengikuti test HIV, pemeriksaan IMS, pengobatan dan sebagainya). Menjaga lingkungan kondusif yaitu menciptakan suasana yang aman, tenang serta kondusif bagi anggota masyarakat (baik yang berpotensi terinfeksi HIV maupun yang telah terinfeksi HIV) hidup harmonis dalam lingkungan warga (Demartoto, 2018). Dalam mengidentifikasi potensi masalah perlu memperhatikan siapa di lingkungannya yang tergolong berperilaku beresiko atau berpotensi tertular HIV, misalnya indikasi anak-anak

muda yang terlibat penggunaan narkoba, pekerja seks (perempuan, laki-laki/waria) di lingkungannya, warga yang berprofesi sebagai pelaut, sopir jarak jauh, pedagang atau profesi lainnya (yang sering pergi lama meninggalkan keluarga), warga yang bekerja di industry hiburan malam. Data dari Puskesmas misalnya jumlah kasus HIV dan AIDS, IMS atau penyakit lainnya. Perlu diingat bahwa identifikasi bukan untuk mendiskriminasikan mereka tetapi hanyalah sebuah pendekatan saja. Tidak semua orang yang tersebut di atas melakukan perilaku yang beresiko, tetapi pendekatan tersebut hanya untuk memudahkan warga (WPA) dalam memprioritaskan penyampaian informasi. Dibutuhkan kearifan untuk melakukan identifikasi potensi masalah sehingga tidak menimbulkan ketersinggungan dan diskriminasi dalam masyarakat (Demartoto et al., 2018). Adapun secara lengkap beberapa kinerja dari WPA , yakni :

- 1) Melakukan identifikasi potensi masalah dan wilayah beresiko Melihat atau mengidentifikasi indikasi-indikasi di wilayah beresiko, seperti perilaku seks bebas, penggunaan napza, pekerja seks, pekerja supir dan pelaut, serta identifikasi permasalahan kesehatan bersama kader atau petugas kesehatan.
- 2) Menyusun program dan rencana kerja
Setelah melakukan identifikasi potensi masalah dan wilayah beresiko, langkah selanjutnya adalah menyusun program dan rencana tindak lanjut untuk diterapkan. Berupa kegiatan atau program apa yang akan dilakukan, waktu, tempat, penanggung jawab dll.
- 3) Edukasi dan memfasilitasi ke layanan kesehatan . WPA (Warga Peduli AIDS) mengetahui pasti materi HIV dan AIDS serta mampu mendidik

warganya agar mengerti dan paham terkait pencegahan penanggulangan HIV dan AIDS (melalui pertemuan desa, arisan, perkumpulan karang taruna, dll) dan WPA mendorong serta memfasilitasi warganya berupa pelayanan kesehatan. Kegiatan diatas perlu mendapat dukungan dana, baik itu dana dari swadaya (iuran), alokasi dana desa, atau dan dari FKK.

4) Menjaga Lingkungan tetap Kondusif

Kepemimpinan wilayah setempat dan WPA bekerja sama untuk menjaga lingkungan tetap kondusif. Kondusif disini memiliki arti bebas stigma dan diskriminasi.

4. Faktor-Faktor yang berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS

Dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan, Lawrence Green merencanakan pendidikan kesehatan melalui kerangka kerja PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) (Green et al., 2008).

4.1. Faktor Predisposisi

1) Umur

Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti keterampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Dikaitkan dengan tingkat kedewasaan teknis, anggapan yang berlaku ialah bahwa makin lama seseorang bekerja, kedewasaan teknisnya pun mestinya meningkat. Pengalaman seseorang melaksanakan tugas

tertentu secara terus menerus untuk waktu yang lama meningkatkan kedewasaan teknisnya (Sondang et al., 2014). Semakin cukup umur seseorang maka perilaku seseorang lebih matang dalam bekerja. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum tinggi kedewasaannya. Berkaitan dengan peran serta WPA maka dengan umur yang semakin bertambah, produktivitas dan peran serta WPA akan cenderung meningkat.

2) Jenis kelamin

Menurut Yonandha jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Perbedaan ini terjadi karena mereka memiliki alat-alat untuk meneruskan keturunan yang berbeda, yang disebut alat reproduksi. Sebagian besar program yang menggunakan kader, biasanya lebih sering mempekerjakan kader perempuan, khususnya untuk bidang kesehatan. Pemegang kebijakan umumnya beranggapan bahwa perempuan akan lebih mampu memberikan layanan secara efektif. Berdasarkan hasil evaluasi program KDPA di Denpasar tahun 2011 diperoleh hasil rasio kader laki-laki terhadap populasi laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan rasio kader perempuan terhadap populasi perempuan (Yuli et al., 2013)

3) Status Perkawinan

Pernikahan adalah penerimaan status baru, dengan sederetan hak dan kewajiban yang baru, serta pengakuan akan status baru oleh orang lain. Pernikahan yang sah melegalkan suatu status sosial dan menciptakan seperangkat hak dan kewajiban yang diakui secara hukum. Yang dimaksud status pernikahan disini adalah apakah Warga Peduli AIDS itu menikah atau tidak menikah yang dibuktikan dengan surat nikah dari Kantor Urusan Agama

4) Status Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang dilakukan responden untuk menghasilkan pendapatan dan dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari.

5) Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan. Untuk mempengaruhi orang lain, baik individual atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Tingkat pendidikan yang cukup merupakan dasar pengembangan wawasan serta sarana untuk memudahkan seseorang untuk menerima pengetahuan, sikap, dan perilaku baru. Secara umum pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat. Pendidikan merupakan dasar dalam pengembangan atau pembangunan wawasan seseorang.

Di bidang kesehatan, tingkat pendidikan seseorang terutama berperan dalam kemudahan penerimaan informasi atau pesan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka seseorang telah mendapatkan dan

menyerap berbagai ilmu pengetahuan sehingga lebih baik dan banyak menerima pesan kesehatan (Badwi et al., 2016).

6) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor pada diri seseorang yang dapat mempengaruhi suatu tindakan atau perilaku. Seperti pendapat Rosenstock dalam teori HBM, kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung dari penilaian ancaman serta pertimbangan keuntungan dan kerugiannya yang sangat dipengaruhi oleh variabel struktural yaitu pengetahuan tentang permasalahan kesehatan. Pengetahuan dibidang kesehatan merupakan satu hal yang penting sebelum timbulnya perilaku kesehatan, akan tetapi perilaku kesehatan tidak akan muncul kecuali adanya dorongan yang kuat sehingga mampu menggerakkan seseorang untuk berperilaku. Pengetahuan tentang HIV dan AIDS sangat memengaruhi sikap seseorang terhadap penderita HIV dan AIDS. Jika seseorang mempunyai persepsi kurang tentang HIV dan AIDS mempunyai peluang memberikan stigma sebesar 2.861 kali dibandingkan jika seseorang mempunyai persepsi baik tentang HIV dan AIDS (Hati et al., 2017). Kesalahpahaman atau kurangnya pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS sering kali berdampak pada ketakutan masyarakat terhadap ODHA, sehingga memunculkan penolakan terhadap ODHA. Dibuktikan dengan hasil penelitian Shaluhayah, dkk. (2014), menyatakan apabila terdapat ODHA yang meninggal akan sulit mencari orang yang bersedia untuk melaksanakan pemulasaran jenazah. Walaupun

tidak sampai terjadi pengusiran ODHA dari lingkungan, namun masih banyak masyarakat yang enggan melibatkan ODHA dalam kegiatan masyarakat. Sedangkan seseorang yang memiliki pengetahuan cukup tentang faktor risiko, transmisi, pencegahan dan pengobatan HIV dan AIDS cenderung tidak takut dan tidak memberikan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

7) Kondisi Geografis

Kondisi geografis adalah kondisi atau keadaan suatu wilayah dengan dilihat dari keadaannya yang berkaitan dengan aspek geografis. Aspek-aspek itu meliputi : Letak, terkait dengan lokasi geografis, luas, bentuk dan posisi koordinat dari peta. Bagaimana jenis tanah yang ada di sebuah lokasi. Kondisi geografis menggambarkan suatu daerah atau lokasi, apakah jalanan datar, curam, terjal, daerah perbukitan dan sebagainya. Kondisi geografis mempengaruhi kesulitan seseorang untuk mencapai lokasi tersebut.

8) Stigma dan Diskriminasi

Stigma atau pemberian label atau persepsi adalah suatu identitas yang diberikan oleh seseorang atau kelompok lain atas dasar atribut atau ciri-ciri yang dimiliki. Identitas yang diberikan ini sifatnya membedakan seseorang atau kelompok tersebut. Seseorang yang diberi label akan cenderung berbuat seperti label yang diberikan kepadanya dan akan terkurung dalam label tersebut (Mulyati et al., 2010). Istilah labeling merupakan pemberian label kepada seseorang atas ciri-ciri yang melekat pada dirinya. Ciri-ciri

tersebut dapat berasal dari ciri fisik yang menonjol, penyakit menetap yang diderita, karakter seseorang, orientasi seksual, ciri kolektifras, etnik dan golongan (Nur et al., 2012). Stigma keluarga terdiri dari perasaan keluarga dan sikap masyarakat. Respon masyarakat yang dirasakan keluarga antara lain menghindar, menyalahkan, menghina, tidak menghargai, dijauhi, tidak suka dan membicarakan kepada orang lain di belakang keluarga. Akibatnya respon keluarga menjadi malu dan membatasi hubungan sosial dengan masyarakat (Yusuf. dkk., 2016). Sedangkan diskriminasi mengandung arti perlakuan yang tidak seimbang terhadap sekelompok orang, yang pada hakekatnya adalah sama dengan kelompok perilaku diskriminasi (Baron et al., 2003). Stigma terhadap ODHA tersebut seringkali tergambar dalam sikap sinis atau perasaan takut berlebihan jika berada dekat dengan ODHA. Sementara diskriminasi terjadi ketika keyakinan atas cap buruk atau prasangka sudah berubah menjadi aksi nyata. Diskriminasi adalah tindakan memperlakukan orang lain tidak adil hanya karena dia berasal dari kelompok sosial tertentu. Bentuk diskriminasi yang sering dialami ODHA adalah berupa isolasi sosial, penyebarluasan status HIV dan AIDS dan penolakan dalam berbagai lingkup kegiatan kemasyarakatan, seperti dunia pendidikan, pekerjaan, dan layanan kesehatan (Pharris et al., 2011). Stigma terhadap ODHA biasanya dapat terjadi karena adanya persepsi masyarakat yang menyatakan bahwa HIV dan AIDS adalah penyakit mematikan, tidak dapat disembuhkan, dan penyakit kutukan karena perilaku menyimpang (Herek et al., 2002). Warga Peduli AIDS yang sudah mempunyai stigma

dan diskriminasi terhadap ODHA, maka akan mempengaruhi keaktifan dari WPA itu sendiri. Pemikirannya selalu dipenuhi hal-hal yang negative yang membatasi gerak dari WPA. Individu yang memiliki sikap positif atau tidak mendukung terhadap perilaku diskriminatif pada ODHA memiliki kemungkinan 20,693 kali lebih besar untuk tidak terjadinya perilaku diskriminatif pada ODHA dibandingkan dengan individu yang memiliki sikap negative atau mendukung perilaku diskriminatif pada ODHA (Wati. et al., 2017).

4.2. Faktor Pemungkin

1) Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Ketersediaan akses pelayanan ini penting dalam upaya pencegahan penyakit HIV dan AIDS, dalam model Green disebutkan bahwa faktor ketersediaan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Puadi & Qomaruddin, 2018). Ketersediaan sarana dan prasarana juga merupakan hal yang sangat penting, karena ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai akan percuma jika tidak mudah untuk diakses. Hal itu tidak akan berdampak kepada efektivitas dan efisiensi dari upaya menanggulangi dan mencegah keberadaan penyakit HIV dan AIDS (Saputri et al., 2015). Tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung program kesehatan merupakan salah satu komponen promosi kesehatan dalam masyarakat. Ketersediaan sarana dan prasarana dapat dilihat langsung disekitar masyarakat sehingga memilihnya sebagai alternatif melakukan perawatan. (Wibawati et al., 2014).

2) Dukungan layanan kesehatan

Dukungan petugas kesehatan sangat mempengaruhi kinerja dari WPA. Kebutuhan primer agar memperoleh kemudahan akses pelayanan yang efektif adalah ketersediaan fasilitas dan petugas, jarak dan finansial terjangkau serta masalah sosial budaya yang dapat diterima oleh pengguna (Suharmiati et al., 2013). Pemberian informasi lengkap baik melalui penyuluhan, konseling maupun sosialisasi tentang HIV dan AIDS kepada masyarakat berperan penting dalam mengurangi stigma dan diskriminasi ODHA. Pemberian informasi tersebut merupakan pemberian informasi secara langsung terjun ke masyarakat. Dengan perkembangan teknologi di era globalisasi, terdapat pula pemberian informasi dengan bantuan media. Hasil penelitian Shaluhyah menjelaskan terkait dengan akses media informasi tentang HIV dan AIDS, media televisi merupakan akses informasi yang dipilih sebagian besar responden untuk mendapatkan informasi tentang HIV. Selain media televisi, responden juga memperoleh informasi terkait HIV dan AIDS melalui koran, radio, majalah, dan internet.

Media telah lama digunakan untuk memberikan informasi terkait HIV dan AIDS dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS. Masyarakat di daerah perkotaan cenderung lebih banyak memanfaatkan media dibandingkan dengan masyarakat pedesaan. Kelompok masyarakat dengan akses media lebih akan memperoleh stigma dan diskriminasi yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok masyarakat dengan akses

media yang kurang. Perlu diketahui bahwa selama ini, mayoritas penyuluhan dan penjangkaran lebih diutamakan kepada kelompok berisiko, sedangkan pada masyarakat umum juga perlu ditingkatkan pengetahuannya agar mereka peduli dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS. Upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS dapat dilakukan dengan forum pertemuan rutin warga (misalnya arisan bulanan warga, PKK atau karangtaruna), dimana berguna dalam menjelaskan pentingnya mengenal HIV dan AIDS serta menginformasikan alamat atau telepon dari Puskesmas/ Rumah Sakit/ Klinik sehingga akan membuka akses test HIV dan konseling termasuk melawan pengedar narkoba dengan mudah. Selain itu dengan menyediakan ARV di Puskesmas/RS/Klinik lebih memudahkan ODHA untuk mendapatkan pengobatan. Upaya lainnya berupa kegiatan *door to door* atau mendatangi rumah warga satu persatu yang memiliki anggota keluarga yang berisiko untuk membicarakan secara bijaksana dan penuh kekeluargaan terkait HIV dan AIDS serta narkoba. Jika sudah ada pecandu narkoba atau pekerja seks di lingkungan, maka perlu diajak bicara dan didorong untuk mengunjungi Puskesmas/ Rumah Sakit/ Klinik yang menyediakan layanan (minimal dianjurkan mengikuti konseling dan test HIV serta pengobatan kecanduan). Jika ada warga miskin/tidak mampu yang sakit maka dibantu untuk mendapatkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) atau sejenisnya agar mereka bisa mengakses layanan. Jika layanan sangat jauh, sementara banyak warga yang membutuhkan layanan terkait test HIV dan

pengobatan, maka dapat diupayakan advokasi bersama warga untuk mendorong Pemerintah Kota menyediakan layanan yang dekat dengan warga atau meminta Puskesmas yang menyediakan layanan mobile VCT. Berbagai upaya tersebut tentunya dilakukan oleh kelompok masyarakat yang dipercaya dapat melakukannya dengan bijak dan aktif, seperti Warga Peduli AIDS (WPA).

3) Sumber Informasi

Informasi adalah pengetahuan atau ilmu komunikasi yang disebarluaskan. Dalam hal ini adalah ilmu atau pengetahuan tentang HIV dan AIDS yang diterima Warga Peduli AIDS (WPA). Sumber informasi bermacam-macam, dapat berasal dari petugas kesehatan, LSM, media cetak dan lain-lain.

5.3. Faktor Penguat

1) Dukungan *stake holder*

Peran *stake holder* mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam merealisasikan program penanggulangan HIV dan AIDS yang akan dilaksanakan. *Stake holder* dalam kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS tersebut terdiri dari, pertama *Stake holder* sekunder yang terdiri dari beberapa lembaga pemerintah, kelompok kerja, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Kedua, *Stake holder* primer yakni seseorang atau kelompok yang memiliki risiko tinggi dan rentan akan tertular (*vulnerable*

people), orang yang tertular (*infected people*), dan masyarakat umum (Purnomo et al., 2015).

Pada dasarnya, tokoh masyarakat berperan penting dalam menurunkan terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA sebab tokoh-tokoh lokal merupakan model atau contoh yang biasanya menjadi panutan masyarakat, terutama pada masyarakat di daerah pedesaan. Tindakan dan sikap mereka dijadikan referensi oleh masyarakat dalam mengubah perilaku sehat, termasuk terkait dengan penularan HIV dan menurunkan stigma terhadap ODHA. Suhendi A. Peranan tokoh masyarakat lokal dalam pembangunan kesejahteraan sosial. *Media Informasi*. 2013; 18 (02) :105 – 16 . Lurah/Kepala Desa/Ketua RT/Ketua RW dalam penanggulangan AIDS berperan dalam mengidentifikasi potensi masalah dan melakukan pendataan terkait AIDS dan narkoba di lingkungannya, memberikan rujukan kepada warga yang berpotensi HIV dan AIDS ke fasilitas layanan kesehatan (baik untuk mendapatkan informasi yang lebih lengkap maupun untuk mengikuti test HIV, pemeriksaan IMS, pengobatan dan sebagainya) serta menjaga lingkungan yang kondusif yaitu menciptakan suasana aman dan tenang (baik yang berpotensi maupun yang telah terinfeksi HIV) sehingga dicapainya hidup harmonis dalam lingkungan warga. Dalam mengidentifikasi potensi masalah perlu memperhatikan siapa yang tergolong berperilaku berisiko atau berpotensi tertular HIV misalnya indikasi anak-anak muda akan/sudah terlibat penggunaan narkoba, pekerja seks (perempuan, waria atau laki-laki) di

lingkungannya, warga berprofesi sebagai pelaut, supir jarak jauh, pedagang atau profesi lainnya (yang sering pergi lama meninggalkan keluarga), warga yang bekerja diindustri hiburan malam (sering pulang sangat larut malam misalnya), lingkungannya terdata (misalnya oleh Puskesmas setempat) banyak kasus penyakit kelamin atau penangkapan narkoba oleh polisi. Perlu diingat bahwa identifikasi bukan untuk mendiskriminasi mereka tetapi hanyalah sebuah pendekatan saja.

Tokoh agama dapat berperan melalui ceramah agama baik di masjid, gereja, kuil, klenteng tentang penanggulangan AIDS (terutama mendorong umatnya untuk *Abstinent* (tidak melakukan hubungan seks) dan *Be Faithfull* (setia pada satu pasangan yang sah), saling mengingatkan agar tidak tergoda oleh narkoba, seks berisiko dan perilaku menyimpang lainnya. Harapannya, tokoh agama dapat membantu masyarakat dalam mengurangi diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci (mereka yang berisiko terinfeksi HIV) di lingkungan warga serta ikut mendorong mereka mengakses layanan kesehatan. Selain itu, dapat memberikan dorongan kepada umatnya terkait makna kasih sayang yang diajarkan oleh agama sehingga dapat meringankan beban sosial dan mereka yang terinfeksi maupun populasi kunci.

Sedangkan karang taruna/kelompok remaja dapat membantu melindungi generasi muda dan bahaya narkoba dan HIV dan AIDS melalui diskusi-diskusi kepada kelompok mereka. Sementara itu, tokoh masyarakat (termasuk tokoh adat) dapat mensosialisasikan HIV dan AIDS serta

narkoba dalam kelompok keluarga untuk mendorong keterlibatan mereka dalam penanggulangan AIDS (tidak hanya terkait pencegahan tetapi juga untuk mengurangi diskriminasi terhadap anggota masyarakat, pelaksanaan perawatan berbasis masyarakat bagi orang terinfeksi HIV yang sudah sakit dan untuk mengakses layanan).

2) Regulasi

Sebagai negara hukum, pembentukan peraturan perundang-undangan merupakan suatu hal yang sangat penting demi terselenggaranya roda pemerintahan yang baik terlebih bagi negara yang menerapkan sistem parlementer dan desentralisasi seperti di Indonesia. Keberadaan Perda ini amat penting dikarenakan kedudukan Perda yang lebih tinggi dibanding produk hukum daerah lainnya. Perda memiliki sifat mengikat secara yuridis ke luar dan ke dalam, sehingga mengikat masyarakat luas untuk menaatinya. Perda juga mempunyai konsekuensi tinggi terhadap pengalokasian anggaran belanja daerah (APBD). Telah diketahui bahwa salah satu sifat utama dari fenomena HIV dan AIDS terletak pada keunikannya dalam penularan dan pencegahannya. Berbeda dengan beberapa penyakit menular lain yang penularannya dibantu serta dipengaruhi oleh alam sekitar, pada HIV dan AIDS justru penularan dan pencegahannya berhubungan dengan dan atau tergantung pada perilaku manusia. Perilaku manusia selalu bersentuhan dengan hukum dan HAM. Aspek hukum dan

HAM merupakan dua komponen yang sangat penting dan ikut berpengaruh terhadap berhasil tidaknya program penanggulangan yang

dilaksanakan. Hukum adalah suatu alat dengan dua fungsi utama, yakni sebagai social control dan social engineering. Sebagai social control, hukum dipakai sebagai alat untuk mengontrol perilaku tertentu dalam masyarakat sehingga perilaku tersebut tidak merugikan diri sendiri dan anggota masyarakat lainnya. Sebagai social engineering, hukum dijadikan sebagai alat yang dapat merekayasa sebuah masyarakat sesuai keinginan dan cita-cita hukum. Berdasarkan hasil penelitian Wahyuningsih (2017), Pemerintah Surakarta dalam upaya untuk mencegah dan menanggulangi kasus HIV dan AIDS telah membuat regulasi melalui Peraturan Walikota Nomor 4 A Tahun 2008 Tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus* dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV dan AIDS) yang kemudian diperbaharui dengan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 12 Tahun 2014 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus dan Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Namun pada praktiknya, kebijakan pelaksanaan dari ketentuan peraturan tersebut belum cukup efektif dalam upaya mencegah dan menanggulangi kasus HIV dan AIDS di Kota Surakarta. Sebab jumlah kasus HIV dan AIDS yang terdata melebihi estimasi KPA Nasional. Hal tersebut dikarenakan Pemerintah Daerah belum memprioritaskan HIV dan dan AIDS ke dalam permasalahan daerah yang serius. Selain itu, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) melalui Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) belum optimal dalam penganggaran

dana bagi program penanggulangan HIV dan AIDS. Pemerintah memandang dukungan asing sudah mencukupi sehingga tidak memberi kapasitas besar APBD bagi program penanggulangan HIV dan AIDS. Ketika dukungan asing tidak lagi ada, pemerintah tidak menyiapkan dana penanggulangan HIV dan AIDS dengan baik. Penanggulangan HIV dan AIDS selama ini hanya dilihat sebagai persoalan medis semata yang menjadi tanggung jawab Dinkes dan unit-unit pelayanan kesehatan, sehingga keterlibatan dari SKPD atau instansi pemda non-kesehatan menjadi minimal.

Indikasi ini terlihat dari dua hal, pertama ialah tidak adanya atau minimnya alokasi APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS bagi SKPD non-kesehatan, dan kedua ialah ketidak aktifan SKPD dalam. Dengan konteks politik daerah seperti ini, HIV dan AIDS sulit menjadi isu yang diprioritaskan oleh daerah. Selain masalah akses, hambatan terkait hukum lainnya muncul karena tidak adanya sanksi terhadap pengabaian kewajiban yang dilakukan oleh SKPD sebagai penanggungjawab upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Perda tentang Penanggulangan HIV dan AIDS hanya mengatur pemberian sanksi kepada petugas kesehatan, penyedia fasilitas kesehatan, dan pengelola atau pemilik tempat hiburan. Tidak ada insentif dan disinsentif bagi SKPD untuk melakukan kewajibannya dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Sudah ada pendanaan dari sektor swasta melalui *Corporate Social Responsibility* (CSR) pun, pengelolaannya masih

dilakukan oleh sektor swasta secara sendiri-sendiri dan hanya difokuskan pada kegiatan-kegiatan yang berorientasi pada pencegahan dalam bentuk sosialisasi dan pengelolaan pendanaan terbatas pada kegiatan yang sifatnya insidental dan belum dijadikan bagian dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang strategis dan berkelanjutan.

3) Sosial budaya

Sosial adalah cara tentang bagaimana para individu saling berhubungan (Enda et al., 2010). Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa Sanskerta yaitu buddhayah, yang merupakan bentuk jamak dari buddhi (budi atau akal) di artikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Menurut ilmu antropologi, kebudayaan adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar . Berdasarkan wujudnya tersebut, Budaya memiliki beberapa elemen atau komponen, menurut ahli antropologi Cateora, yaitu :

(1) Lembaga Sosial

Lembaga Sosial dan pendidikan memberikan peran yang banyak dalam konteks berhubungan dan berkomunikasi di alam masyarakat. Sistem Sosial yang terbantuk dalam suatu Negara akan menjadi dasar dan konsep yang berlaku pada tatanan Sosial masyarakat. Contoh Di Indonesia pada kota dan desa di beberapa wilayah, wanita tidak perlu sekolah yang tinggi apalagi bekerja pada satu instansi atau perusahaan.

Tetapi di kota – kota besar hal tersebut terbalik, wajar seorang wanita memiliki karir.

(2) Sistem kepercayaan

Bagaimana masyarakat mengembangkan dan membangun system kepercayaan atau keyakinan terhadap sesuatu, hal ini akan mempengaruhi system penilaian yang ada dalam masyarakat. Sistem keyakinan ini akan mempengaruhi dalam kebiasaan, bagaimana memandang hidup

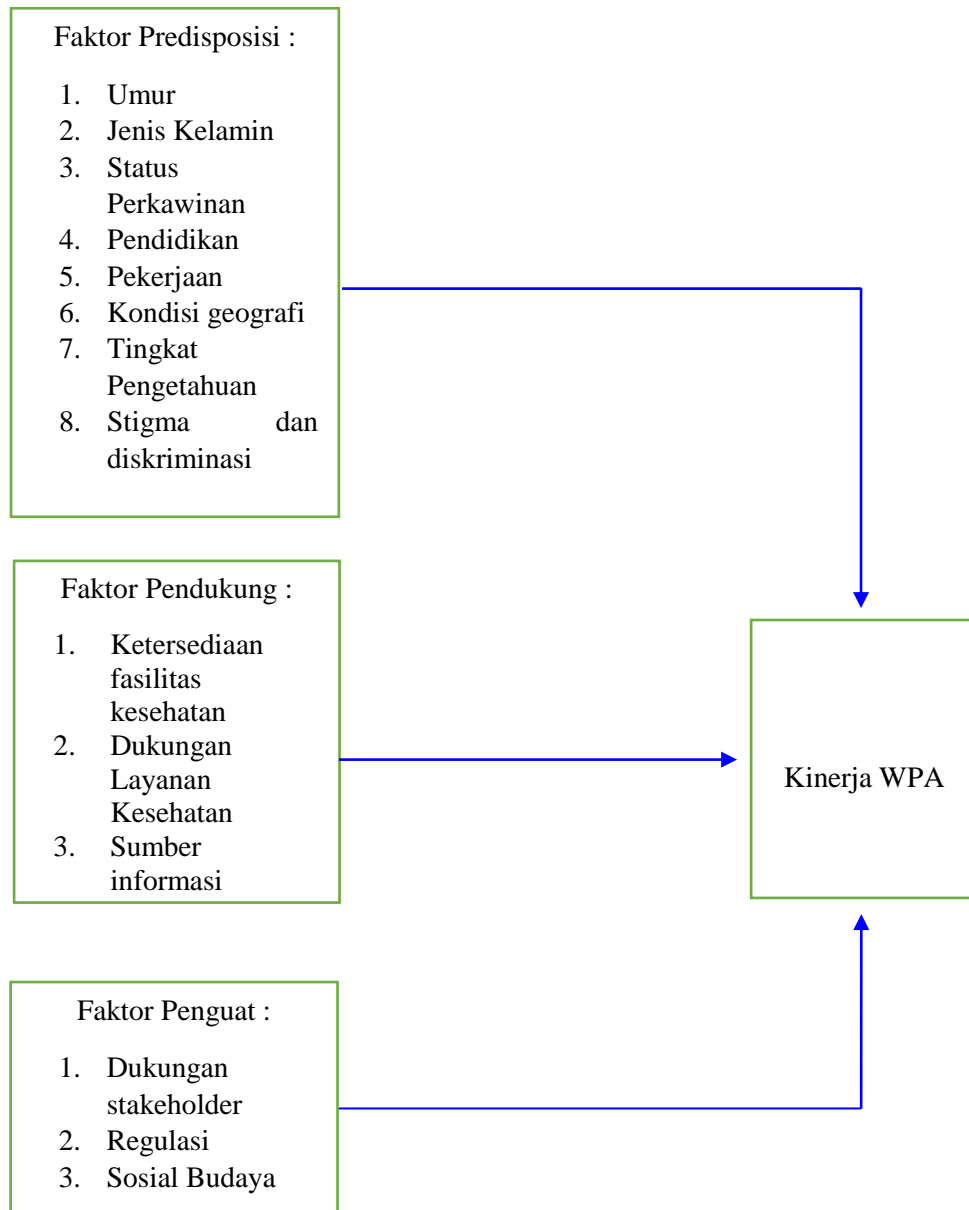
(3) Estetika

Berhubungan dengan seni dan kesenian, music, cerita, dongeng, hikayat, drama dan tari –tarian, yang berlaku dan berkembang dalam masyarakat. Seperti di Indonesia setiap masyarakatnya memiliki nilai estetika sendiri. Nilai estetika ini perlu dipahami dalam segala peran, agar pesan yang akan kita sampaikan dapat mencapai tujuan dan efektif.

(4) Bahasa

Bahasa merupakan alat pengantar dalam berkomunikasi, bahasa untuk setiap wilayah, bagian dan Negara memiliki perbedaan yang sangat kompleks. Dalam ilmu komunikasi bahasa merupakan komponen komunikasi yang sulit dipahami. Bahasa memiliki sidat unik dan kompleks, yang hanya dapat dimengerti oleh pengguna bahasa tersebut. Jadi keunikan dan kekomplekan bahasa ini harus dipelajari dan dipahami agar komunikasi lebih baik dan efektif dengan memperoleh nilai empati dan simpati dari orang lain. kehidupan, cara merekaberkonsumsi, sampai dengan cara bagaimana berkomunikasi.

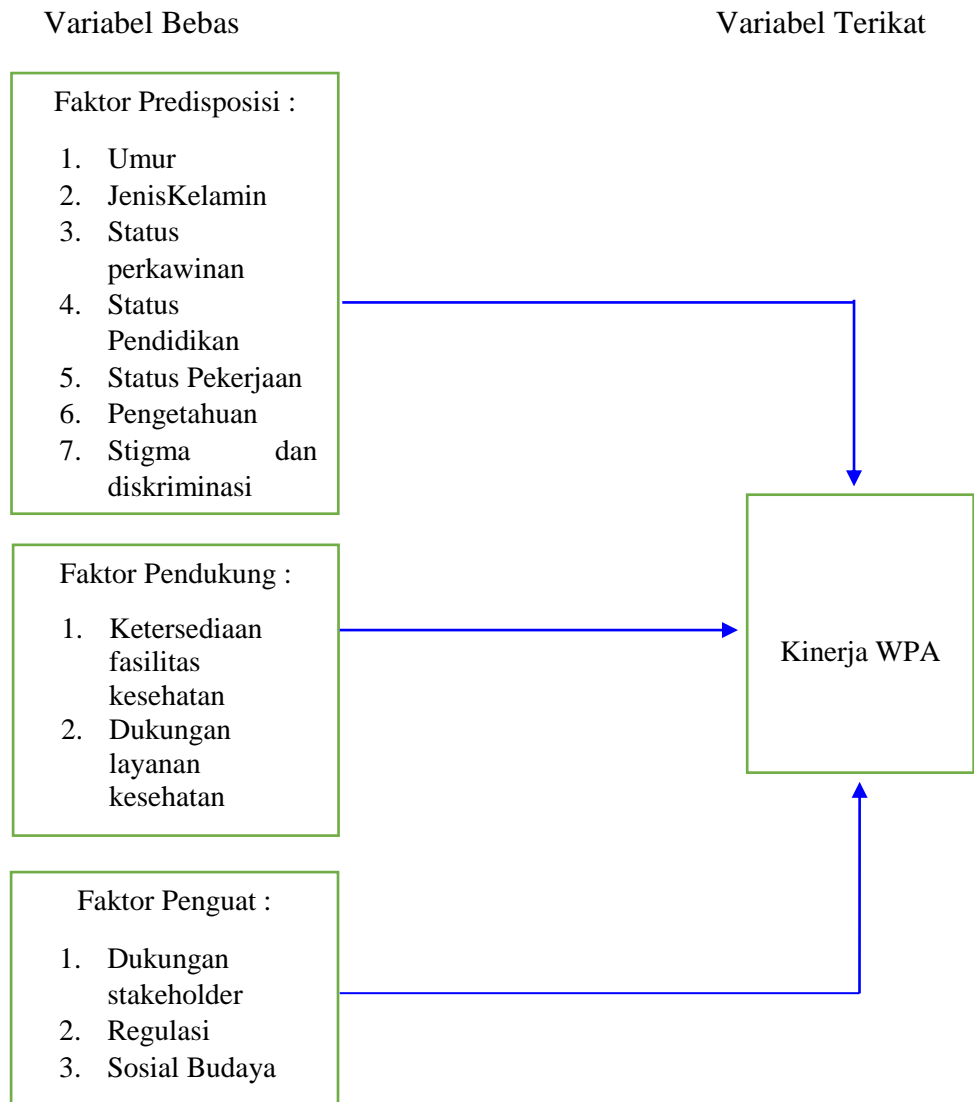
2.2. KERANGKA TEORETIS



Gambar 2.2.Kerangka Teori

Sumber : Teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo 2007

2.3. KERANGKA BERPIKIR



Gambar 2.3. Kerangka Berpikir

2.4. Hipotesa Penelitian

1. Ada pengaruh antara umur dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
2. Ada pengaruh antara jenis kelamin dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
3. Ada pengaruh antara status perkawinan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
4. Ada pengaruh antara status pekerjaan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
5. Ada pengaruh antara tingkat pendidikan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
6. Ada pengaruh antara pengetahuan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
7. Ada pengaruh antara stigma dan diskriminasi dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
8. Ada pengaruh antara ketersediaan fasilitas kesehatan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
9. Ada pengaruh antara dukungan layanan kesehatan dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
10. Ada pengaruh antara dukungan stake holder dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
11. Ada pengaruh antara regulasi dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

12. Ada pengaruh antara sosial budaya dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional Study*.

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1. Populasi

Populasi adalah suatu kelompok yang terdiri dari objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono., 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anggota WPA yang terdaftar di wilayah penelitian yang berjumlah 885 orang, yang terdiri dari Ketua (177 orang) dan anggota WPA (708 orang)

3.2.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang memiliki karakteristik yang sama dengan populasi. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *Proporsionate Stratified Random Sampling*. Adapun besar sampel ditetapkan dengan menggunakan rumus Slovin , yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Keterangan :

n = Perkiraan besar sampel

N = Jumlah populasi dalam setahun

e = Batas toleransi kesalahan (0,1)

Berdasarkan rumus diatas maka dapat ditentukan besar sampel sebagai

$$\begin{aligned} \text{berikut: } n &= \frac{885}{9,85} \\ &= 89,8 \text{ dibulatkan } 90 \text{ sampel} \end{aligned}$$

Cadangan 10% = $90 + 10 = 100$ sampel

Berdasarkan hasil perhitungan, jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 100 responden. Adapun jumlah proporsi sampel dengan rumus sbagai berikut :

$$n = \frac{x}{N} \cdot Ni$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel jabatan X

N = Jumlah total populasi

x = Jumlah populasi tiap jabatan

Ni = Jumlah sampel

Berdasarkan rumus di atas maka besar pembagian sampel tiap jabatan sebagai berikut :

Tabel 3.1. Jumlah sampel tiap jabatan WPA di Kota Semarang

No	Jabatan	Jumlah Populasi	Rumus	Jumlah
1.	Ketua	177	$\frac{177}{885} \times 100$	20
2.	Anggota	708	$\frac{708}{885} \times 100$	80

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1. Variabel bebas dan variabel terikat

Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, stigma dan diskriminasi, ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan layanan kesehatan, dukungan *stake holder*, regulasi dan social budaya.

Variabel Terikat dalam penelitian ini adalah kinerja WPA di Kota Semarang

3.3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.2. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Alat Ukur	Skala Ukur
1	Umur	Usia di hitung dari waktu lahir sampai terakhir dalam satuan tahun	1. Produktif (15 - 64 tahun) 2. Tidak Produktif (> 64 tahun) (KhairilAnwar,2018)	Kuesioner	Ordinal
2	Jenis Kelamin	Jenis kelamin berdasarkan KTP.	1. Laki – Laki 2. Perempuan	Kuesioner	Nominal
3	Status Pernikahan	Status perkawinan yang dimiliki oleh responden saat penelitian dilakukan	1. Tidak Menikah, Duda, Janda 2. Menikah	Kuesioner	Ordinal
4	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah selesai ditempuh sampai dengan penelitian dilakukan.	1. Pendidikan Rendah (Tidak sekolah, SD /MI, SMP /MTs) 2. Pendidikan Tinggi (SMU /SMA/ MA, Akademi/PT)	Kuesioner	Ordinal
5	Status Pekerjaan	Pekerjaan pasien saat penelitian di lakukan.	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	Kuesioner	Ordinal
6	Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS dan tugas pokok dan fungsi WPA.	1. Kurang (skor ≤ 7) 2. Baik (skor > 7) (Colti,2019)	Kuesioner	Ordinal
7	Stigma dan Diskriminasi	Sikap dan perilaku yang tidak menyenangkan atau diskriminasi WPA kepada ODHA (Shahuliyah,et al)	1. Tidak mendukung (jika WPA melakukan salah satu perilaku menjauhi ODHA, tidak mau berjabat tangan , tidak mau melakukan kegiatan sosial bersama ,tidak mau makan bersama ODHA) 2. Mendukung (jika	Kuesioner	Ordinal

			WPA tidak melakukan perilaku seperti tersebut di atas)		
8	Ketersediaan Fasilitas Kesehatan	Ketersediaan fasilitas kesehatan (Puskesmas/RS/Klinik) yang berfungsi baik dan dimanfaatkan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.(Fuady,2014)	1. Tidak ada (jika tidak terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan Kecamatan) 2. Ada (jika terdapat fasilitas kesehatan yang berjarak < 2 km dan transportasi mudah dijangkau)	Kuesioner	Ordinal
9	Dukungan layanan kesehatan	Layanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan dalam mendukung kinerja WPA (Fuady,2014)	1. Tidak mendukung (jika Puskesmas tidak memfasilitasi KIE, tidak ada layanan test HIV,tidak menyediakan ARV,tidak memberikan penyuluhan,tidak melibatkan WPA dalam kegiatan HIV-AIDS) 2. Mendukung (JIKA Puskesmas memberikan fasilitas salah satu layanan tersebut di atas)	Kuesioner	Ordinal
10	Dukungan Stakeholder	Peran serta dan kontribusi kelurahan dan lembaga masyarakat (LPMK,FKK,PKK) dalam kinerja WPA.(Ratna Kusumasari, 2019)	1. Tidak mendukung (jika Kelurahan/LPMK/PKK/FKK tidak terlibat dalam layanan HIV-AIDS, tidak ada kegiatan yang difasilitasi Kelurahan/LPMK/FKK/PKK, tidak ada kantor Sekretariat WPA) 2. Mendukung((Kelurahan/LPMK/PKK/FKK terlibat dalam layanan HIV-AIDS,	Kuesioner	Ordinal

			ada kegiatan yang difasilitasi Kelurahan/LPMK/FKK/PKK, ada kantor Sekretariat WPA)		
11	Regulasi	Produk hukum yang dikeluarkan oleh Kelurahan untuk mendukung kinerja WPA.	1. Tidak mendukung (Jika tidak ada SK WPA, Surat edaran untuk mendukung kegiatan WPA termasuk penganggaran) 2. Mendukung (jika Jika ada SK WPA, Ada Surat edaran untuk mendukung kegiatan WPA termasuk penganggaran)	Kuesioner	Ordinal
12	Sosial Budaya	Tata nilai yang berlaku di masyarakat yang menjadi ciri khas dari masyarakat (gotong royong, kekeluargaan, swadaya) yang mendukung kinerja WPA.	1. Tidak mendukung (jika tidak ada nilai - nilai sosial budaya (gotong royong, kekeluargaan, swadaya) yang dilibatkan dalam kegiatan WPA) 2. Mendukung (jika ada nilai sosial budaya (gotong royong, kekeluargaan, swadaya) yang dilibatkan dalam kegiatan WPA	Kuesioner	Ordinal
	Kinerja WPA	Capaian dan integrasi kader kesehatan/WPA dalam melaksanakan tugas, pokok dan fungsi (Javanparast et al., 2018).	1. Kurang Baik (<60%) 2. Baik ($\geq 60\%$) (Sistiarani et al., 2018)	Kuesioner	

3.4 Teknik Dan Instrumen Pengumpul

3.4.1. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini kuesioner yang berisi tentang pertanyaan yang terkait dengan variabel mengenai faktor-faktor yang berhubungan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka perlu diuji coba kemudian digunakan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur yang telah disusun memiliki validitas. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. (Sukidjo, 2005:129). Untuk menguji validitas dilakukan uji coba terhadap instrumen, kemudian dihitung dengan rumus korelasi product moment, sebagai berikut : jika r hitung lebih besar dari r tabel maka item pertanyaan tersebut valid, begitu pula sebaliknya, jika r hitung lebih kecil dari r tabel maka item pertanyaan tersebut tidak valid (Bisma Murti., 1997).

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Kuesioner sebagai alat ukur harus memiliki reliabilitas yang tinggi. Untuk itu sebelum digunakan untuk penelitian harus diuji coba sekurang-kurangnya dua kali. Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan yang sudah memiliki validitas. (Sukidjo., 2005). Uji reliabilitas menggunakan program komputer, dengan $N=30$, taraf signifikansi 1% diketahui r tabel (0,463). Soal dikatakan reliabel jika $r_{\alpha} > r$ tabel (0,463) (Bhisma Murti., 1997).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada responden (WPA) Kelurahan yang tidak masuk dalam sampel tetapi mempunyai karakteristik yang sama.

Jumlah sampel sebesar 30 responden dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas faktor Predisposisi yang berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

No	Item Pertanyaan	R Tabel	R Hitung	Kesimpulan
1	Apakah usia saudara saat ini?	0.463	0.487	Valid
2	Apakah status perkawinan saudara saat ini?	0.463	0.556	Valid
3	Apakah pekerjaan saudara saat ini?	0.463	0.551	Valid
4	Apakah pendidikan saudara saat ini?	0.463	0.551	Valid
5	Bagaimana pengetahuan responden tentang pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS dan tugas pokok dan fungsi WPA.?	0.463	0.556	Valid
6	Apakah saudara bersikap dan berperilaku yang tidak menyenangkan/ diskriminasi terhadap ODHA?	0.463	0.523	Valid

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas faktor Pemungkin yang berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

No	Item Pertanyaan	R Tabel	R Hitung	Kesimpulan
1	Apakah di wilayah saudara ada fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan HIV-AIDS?	0.463	0.472	Valid
2	Apakah fasilitas kesehatan yang ada di wilayah saudara mendukung kinerja WPA?	0.463	0.487	Valid

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas faktor Penguat yang berpengaruh terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

No	Item Pertanyaan	R Tabel	R Hitung	Kesimpulan
1	Apakah ada peran serta dan kontribusi Kelurahan dan Lembaga Masyarakat (LPMK,FKK,PKK)	0.463	0.482	Valid

	dalam mendukung kinerja WPA?			
2	Apakah Kelurahan mengeluarkan kebijakan/peraturan yang mendukung program kegiatan WPA?	0.463	0.470	Valid
3	Apakah ada tata nilai (gotong royong, kekeluargaan,swadaya) yang berlaku di masyarakat yang mendukung kinerja WPA?	0.361	0.575	Valid

3.4.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Pengumpulan data sekunder dengan menggunakan laporan Warga Peduli AIDS yang ada di KPA Kota Semarang.

3.5 Teknis Analisis Data

3.5.1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan pada masing-masing variabel, yang disajikan dalam bentuk distribusi dan prosentase dari tiap variabel (Notoatmodjo., 2005).

3.5.2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis ini dilakukan dengan pengujian statistik yaitu dengan uji *chi-square*. Dengan taraf signifikansi yang digunakan 90% dan nilai kemaknaan 10% (Sopiyudin Dahlan., 2004).

3.5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk menghubungkan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat pada waktu bersamaan sehingga dapat diketahui variabel bebas mana yang paling dominan terhadap variabel terikat. Pada penelitian ini metode statistik yang digunakan adalah analisis regresi logistik karena variabel terikatnya merupakan variabel kategorik dikotom (Sopiyudin., 2010).

Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik (*logistic regression*). Uji ini digunakan untuk menganalisis beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menyajikan hasil analisis faktor yang berpengaruh terhadap kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang. Lokasi penelitian meliputi Kecamatan Tembalang (Kedungmundu, Sambiroto, Mangunharjo, Tandang, Janggli, Sendangguwo dan Sendangmulyo); Kecamatan Banyumanik (Kelurahan Banyumanik, Padangsari, Jabungan, Pedalangan dan Gedawang); Kecamatan Semarang Selatan (Peterongan, Lamper Tengah, Lamper Lor, Lamper Kidul); Semarang Utara (Tanjung Mas, Kuningan, Dadapsari, Bulu Lor, Panggung Kidul); Gunungpati (Kelurahan Sekaran, Patemon, Ngijo, Kalisegoro); dan Kecamatan Genuk (Kudu, Penggaron Lor, Genuksari, Banjardowo, Gebangsari, Muktiharjo Lor, Terboyo Wetan, Trimulyo dan Terboyo Kulon).

Responden penelitian adalah Warga Peduli AIDS (AIDS) yang ada di Kelurahan tersebut berjumlah 100 orang.

4.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa mayoritas responden berusia produktif berjumlah 92 orang (92%), berjenis kelamin perempuan 81 orang (81%), menikah 83 orang (83%), tidak bekerja 61 orang (61%), mempunyai pendidikan tinggi 84 orang (84%), berpengetahuan baik 63 orang (63%), dan melakukan stigma dan diskriminasi 53 orang (53%).

Tabel 4.1 Analisis Faktor Predisposisi Terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

Variabel	Kinerja WPA				<i>P-value</i>
	Kurang Baik		Baik		
	F	%	F	%	
Umur					
Tidak Produktif (>64 tahun)	4	4	4	4	0.255
Produktif (15-64 tahun)	64	64	28	28	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	14	14	5	5	0.555
Perempuan	54	54	27	27	
Status Perkawinan					
Tidak Menikah/janda/duda	11	11	6	6	0.749
Menikah	57	57	26	26	
Status Pekerjaan					0.833
Tidak Bekerja	41	41	20	20	
Bekerja	27	27	12	12	
Tingkat Pendidikan					0.607
Pendidikan Rendah	10	10	6	6	
Pendidikan Tinggi	58	58	26	26	
Tingkat Pengetahuan					
Kurang baik (skor ≤ 7)	32	32	5	5	0.002
Baik (skor > 7)	36	36	27	27	
Stigma diskriminasi					
Ya	45	45	9	9	0.000
Tidak	23	23	23	23	

Berdasarkan tabel 4.1 dapat di ketahui bahwa faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap kinerja WPA di Kota Semarang adalah variabel tingkat pengetahuan $p\text{-value } 0.002 < \alpha$ dan stigma diskriminasi $p\text{-value } 0.000 < \alpha$, sedangkan variabel umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan,

status pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kinerja warga peduli AIDS di Kota Semarang.

Tabel 4.2 Analisis Faktor Pendukung Terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

Variabel	Kinerja WPA				<i>P-value</i>
	Kurang Baik		Baik		
	F	%	F	%	
Ketersediaan fasyankes					0.672
Tidak	13	13	5	5	
Ya	55	55	27	27	
Dukungan Fasyankes					0.523
Tidak	4	4	3	3	
Ya	64	64	29	29	

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa tersedia fasilitas layanan kesehatan 82 orang (82 %) dan fasilitas layanan kesehatan mendukung kegiatan Warga Peduli AIDS 93 orang (93%). Dari hasil bivariante didapatkan bahwa variabel ketersediaan fasilitas layanan kesehatan dan dukungan fasilitas layanan kesehatan tidak berpengaruh terhadap kinerja warga peduli AIDS di Kota Semarang.

Tabel 4.3 Analisis Faktor Penguat Terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

Variabel	Kinerja WPA				<i>P-value</i>
	Kurang Baik		Baik		
	F	%	F	%	
Dukungan stake holder					0.000
Tidak	45	45	8	8	
Ya	23	23	24	24	
Regulasi					0.621
Tidak	18	18	7	7	

Ya	50	50	25	25
Sosial budaya				0.016
Tidak	43	43	12	12
Ya	25	25	20	20

B

erd

asarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa tidak ada dukungan stake holder 52 orang (52 %), ada regulasi tentang WPA 75 orang (75%) dan tidak ada nilai sosial budaya 55 orang (55%). Variabel dukungan stake holder mempunyai *p-value* $0.000 < \alpha$ dan sosial budaya (*p-value* 0,016) artinya ada pengaruh terhadap kinerja WPA, sedangkan regulasi tidak berpengaruh terhadap kinerja warga peduli AIDS di Kota Semarang.

Tabel 4.4 Analisis Multivariat Variabel yang Berpengaruh Terhadap Kinerja WPA di Kota Semarang

No	Variabel	OR	<i>P-Value</i>
1	Tingkat Pengetahuan	3,082	0,066
2	Stigma diskriminasi	1,414	0,635
3	Dukungan Stakeholder	3,656	0,070
4	Sosial budaya	1,965	0,173

Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik. Berdasarkan hasil uji *chi-square*, variable yang memiliki *p-value* $< \alpha$ dimasukkan ke dalam yaitu tingkat pengetahuan ($p=0,006$), stigma diskriminasi ($p=0,635$), dukungan stake holder ($p=0,070$), sosial budaya ($p=0,173$).

Tingkat pengetahuan dengan OR 3,082, artinya WPA yang mempunyai pengetahuan baik memiliki 3,082 lebih besar untuk mempunyai kinerja yang baik

dibandingkan dengan WPA yang pengetahuannya kurang baik. Pengetahuan WPA yang kurang akan mempengaruhi WPA dalam memperoleh dan mencerna informasi dalam meningkatkan kinerja WPA.

Stigma dan diskriminasi dengan $OR=1,414$ yang berarti WPA yang tidak melakukan stigma dan diskriminasi memiliki 1,414 mempunyai kinerja yang baik dibandingkan dengan WPA yang melakukan stigma dan diskriminasi.

Dukungan stake holder dengan $OR=3,656$ artinya WPA yang mendapatkan dukungan stakeholder memiliki 3,656 lebih besar untuk mempunyai kinerja baik dibandingkan dengan WPA tanpa dukungan stake holder.

Nilai sosial budaya dengan $OR=1,965$ yang berarti WPA yang mengakomodir nilai-nilai sosial yang ada di wilayahnya mempunyai 1,965 lebih besar untuk mempunyai kinerja yang baik dibandingkan WPA yang mengabaikan nilai social budaya local yang ada di daerahnya.

Variabel yang mempunyai pengaruh terbesar terhadap kinerja WPA di Kota Semarang adalah dukungan stake holder artinya bahwa dukungan stakeholder sangat menentukan kinerja baik atau tidaknya kinerja WPA di Kota Semarang. Bentuk dukungan yang diberikan stake holder berupa koordinasi rutin kepada WPA di masing-masing Kelurahan, memberikan bimbingan teknis dan memantau kegiatan yang dilakukan oleh WPA sehingga secara tidak langsung dapat melakukan pengawasan program-program yang dilaksanakan apakah efektif, apakah WPA sudah melakukan perannya secara benar sekaligus dapat menjadi bahan evaluasi bagi stake holder untuk merencanakan program dan kegiatan ke depan.

4.2 Pembahasan

1) Pengaruh umur terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti keterampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Semakin cukup umur seseorang maka perilaku seseorang lebih matang dalam bekerja. Berkaitan dengan peran serta WPA maka dengan umur yang semakin bertambah, produktivitas dan peran serta WPA akan cenderung meningkat.

Berdasarkan hasil analisis bivariat antara karakteristik umur dengan kinerja WPA didapatkan bahwa dari 100 orang, 92 orang berusia produktif (<64 tahun), 70% yang mempunyai kinerja kurang dan sebanyak 30% mempunyai kinerja baik. Sedangkan pada kelompok tidak produktif (>64 tahun) sebanyak 8 orang, 50% mempunyai kinerja kurang baik. Persentase kinerja WPA yang tergolong kurang baik paling banyak terdapat di kelompok umur produktif, yaitu sebanyak 68 orang (70%). Hal ini disebabkan oleh pengetahuan WPA yang belum cukup terhadap tupoksi WPA dan program Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS. Kurangnya keterlibatan WPA dalam mengikuti pelatihan dan kegiatan Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS sehingga menyebabkan kinerja WPA kurang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value}$ $0.255 > \alpha$ (0.1) bahwa tidak ada pengaruh umur terhadap kinerja WPA di Kota Semarang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amalia (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur

kader dengan kinerja kader kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Rohmani yang menyatakan Tidak terdapat hubungan umur dengan kinerja kader kesehatan. Sejalan juga dengan hasil penelitian Andriyani & Zunaidah (2010) yang menemukan bahwa karakteristik biografis tidak memiliki pengaruh terhadap kinerja individual. Peningkatan usia, masa kerja, dan tingkat pendidikan tidak mempengaruhi kinerja individu dalam bekerja. Walaupun usia tergolong masih muda, tapi tetap melaksanakan kewajibannya sesuai tugasnya. Begitupula dengan yang sudah senior , tetap melaksanakan tugasnya dengan baik (Farla et al., 2018). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lilis (2015) bahwa usia tidak mempengaruhi aktivitas seorang kader dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini disebabkan karena meskipun usia produktif tetapi WPA tersebut sama sekali belum pernah mendapatkan edukasi atau pelatihan terkait pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS sehingga kinerjanya tidak optimal, sebaliknya yang usia tidak produktif pernah mendapatkan edukasi atau pelatihan terkait HIV dan AIDS sehingga berpengaruh terhadap kinerjanya. WPA yang berusia produktif mempunyai keanggotaan sosial yang lebih besar dibandingkan yang berusia kurang produktif sehingga akan mempengaruhi kinerjanya. Tetapi tidak sejalan dengan yang dikemukakan oleh Paryati (2012) bahwa umur akan berpengaruh terhadap kinerja dan perilaku seseorang. Hal ini sesuai dengan Havighurts Developmental Theory yang menyebutkan bahwa usia tersebut masuk kedalam kategori usia produktif dimana tanggungjawab yang ada pada kategori usia tersebut adalah tanggungjawab kemasyarakatan. Sehingga, pada usia tersebut seseorang lebih banyak memilih

berperan aktif terhadap kegiatan sosial kemasyarakatan. Umur juga mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia produktif atau dewasa, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Tidak sejalan juga dengan hasil penelitian Sofiana (2006) dimana semakin tua umur maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Usia yang semakin meningkat akan meningkat pula kebijaksanaan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain, sehingga berpengaruh terhadap peningkatan kinerjanya.

2) Pengaruh jenis kelamin terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Jenis kelamin pada penelitian ini didominasi oleh perempuan. Perempuan cenderung lebih peduli terhadap kesehatan, sehingga tingkat partisipasi perempuan terhadap program kesehatan akan lebih tinggi. Selain itu, perempuan juga memiliki waktu luang lebih banyak dibandingkan laki-laki, sehingga lebih

mudah untuk memanfaatkan dengan terlibat dalam pelayanan kesehatan (Yustina et al., 2015).

Hasil penelitian diperoleh bahwa tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap kinerja WPA di Kota Semarang ($p = 0.555$). Anggota WPA terbanyak berjenis kelamin perempuan (81%) dibanding laki-laki (19%) . Jenis kelamin merupakan pengkategorian seks secara biologis yang dapat diketahui dari identitas diri sebagai laki-laki dan perempuan . Jenis kelamin tidak dapat di pertukarkan.dan memiliki banyak perbedaan.(Soeprodjo et al., 2017). Perempuan lebih teliti, lebih sabar dalam menghadapi segala persoalan, sehingga lebih banyak yang diminati untuk membantu tugas Puskesmas. Laki-laki memiliki mobilitas yang tinggi (Alvarez-uria et al., 2013). Hal ini juga sejalan dengan penelitian Robbins & Judge (2013) bahwa usia dan masa kerja berpengaruh terhadap kinerja karyawan, sedangkan jenis kelamin tidak mempengaruhi kinerja karyawan . Hasil penelitian di RS Jiwa Prof. Dr. V.L. Ratumbusang Povinsi Sulawesi Utara menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh pernyataan Priansa (2014) yang menyatakan bahwa kinerja seseorang bukan merupakan karakteristik individu, melainkan perwujudan dari bakat dan kemampuan seseorang. Usia dan masa kerja berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan kinerja seseorang sedangkan jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan kinerja (Farla et al., 2018).

3) Pengaruh status perkawinan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Hasil penelitian diperoleh bahwa tidak ada pengaruh status perkawinan terhadap kinerja WPA di Kota Semarang ($p = 0.749$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Andriyani & Zunaidah (2010) yang menemukan bahwa karakteristik biografis yang meliputi jenis kelamin (gender), umur, status perkawinan, dan lama bekerja tidak memiliki pengaruh terhadap kinerja. Warga Peduli AIDS yang belum menikah dan sudah menikah seberapa lama dia bekerja juga perlu sebuah motivasi. Stake holder atau Ketua WPA harus selalu memberikan dorongan kerja atau motivasi kerja yang tinggi kepada WPA guna melaksanakan tugas-tugasnya. Sekalipun harus diakui motivasi bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Purbadi dan Sofiana (2006) bahwa individu yang telah menikah akan meningkat dalam kinerja karena mempunyai pemikiran yang lebih matang dan bijaksana. Status pernikahan seseorang sangat berpengaruh pada kualitas kerja yang dihasilkan seseorang. Pernikahan menyebabkan peningkatan tanggung jawab dan pekerjaan tetap menjadi lebih berharga dan penting. Mayoritas pekerja yang loyal dan puas terhadap pekerjaannya adalah pekerja yang telah menikah. Hal ini juga tidak sejalan dengan hasil penelitian Ambarwati . Status perkawinan berpengaruh terhadap kinerja. Karena bagi yang sudah menikah akan banyak meluangkan waktu di rumah bersama keluarganya dan itu akan mempengaruhi kinerjanya dibandingkan dengan yang belum/tidak menikah (Ambarwati et al., 2016)

4) Pengaruh pekerjaan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Hasil penelitian dengan menggunakan uji chi-square diperoleh nilai $p=0,833>0,1$ menunjukkan tidak ada pengaruh pekerjaan terhadap kinerja WPA. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Christy Tulandi. Karakteristik pekerjaan, kesejahteraan karyawan, dan lingkungan kerja berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan. Kesejahteraan merupakan penghargaan yang diberikan perusahaan sesuai dengan peraturan atas kinerja karyawannya. Lingkungan kerja baik fisik maupun non fisik secara tidak langsung juga berpengaruh terhadap kinerja. Pemberian kesejahteraan akan memberikan ketenangan, kenyamanan, meningkatkan kedisiplinan dan loyalitas (Tulandi et al., 2015). Hal ini sejalan dengan teori Notoadmodjo (2007) yang mengatakan bahwa adanya hubungan jenis pekerjaan dengan keaktifan dan kinerja kader kesehatan . Ada hubungan terbalik antara kinerja dengan stress pekerjaan..Semakin tinggi tingkat stress dalam pekerjaan maka semakin turun kinerjanya. Sebaliknya kinerja akan meningkat seiring dengan meningkatnya stress pada pekerjaan, karena orang merasa tertantang, khawatir serta terjadinya persaingan sehingga memotivasi untuk meningkatkan kinerjanya (Ozden., 2018).

Diperoleh hasil bahwa WPA yang tidak bekerja mempunyai kinerja yang kurang baik sebesar 41% dan mempunyai kinerja baik sebesar 20%, sedangkan WPA yang bekerja mempunyai kinerja kurang baik sebesar 27% dan kinerja baik 12%. Hal ini dapat terjadi karena adanya pekerjaan lain menyebabkan WPA

harus mampu mengalokasikan waktu sebaik-baiknya untuk tugasnya sebagai WPA dan pekerjaannya sendiri. Sebagai seorang karyawan, tentunya juga harus bertanggung jawab secara profesional terhadap perusahaan/Institusi/lembaganya. Akibatnya akan lebih memprioritaskan pekerjaannya dibandingkan dengan tugasnya sebagai WPA yang bersifat sukarela. Selain itu ada lingkungan dalam pekerjaan juga akan menentukan kinerja dari WPA.. WPA adalah anggota masyarakat yang dipilih untuk membantu menangani masalah kesehatan, baik kemauan perseorangan maupun di pilih oleh masyarakat, serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat pelayanan kesehatan dasar. Mereka tidak keberatan, menyesal atau terpaksa menjadi WPA, meskipun dalam kondisi bekerja ataupun tidak bekerja. Perlu diciptakan lingkungan kerja yang positif, berkualitas, dan memotivasi para anggota WPA agar dapat memiliki kinerja kerja yang lebih baik, serta perlunya dukungan dari stakeholder setempat.

5) Pengaruh tingkat pendidikan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Pendidikan merupakan faktor penting dalam menentukan kemampuan kinerja seseorang. Pendidikan merupakan indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan (Hasibuan, 2011). Hasil penelitian dengan menggunakan uji chi-square diperoleh nilai $p=0,067>0,1$, menunjukkan tidak ada pengaruh pendidikan terhadap kinerja WPA di Kota Semarang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Azril (2010)

dan Kotur (2014) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja seseorang. Hal ini dapat terjadi karena WPA adalah tenaga sukarela yang direkrut tidak berdasarkan tingkat pendidikan seseorang. Namun tidak sejalan dengan Notodmodjo (2003), menyatakan bahwa orang-orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi pula jika dibandingkan dengan orang-orang yang memiliki pendidikan yang rendah dan melalui pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektual sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua sarana yang ada di sekitar kita untuk kelancaran berpendidikan tinggi motivasinya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas.

6) Pengaruh tingkat pengetahuan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Berdasarkan analisa univariat diperoleh data bahwa terdapat 37 responden yang pengetahuannya kurang baik (37%) dan 63 orang (63%) yang pengetahuannya baik. Warga Peduli AIDS dengan tingkat pengetahuan kurang baik terdistribusi dalam kinerja kurang baik yaitu 32 responden (86%) dan kinerja baik sebanyak 5 responden (14%). Sedangkan untuk WPA yang mempunyai tingkat pengetahuan baik terdistribusi dalam kinerja kurang baik sebanyak 36 responden (57%) dan kinerja baik sebanyak 27 responden (84%).

Dari hasil bivariat menggunakan chi-square diperoleh nilai *p-value* $0.066 < \alpha$ (0.1) yang berarti ada pengaruh terhadap kinerja WPA di Kota Semarang dan $OR=3,082$ artinya WPA yang mempunyai pengetahuan baik memiliki 3,082 lebih besar untuk memiliki kinerja yang baik. Pengetahuan WPA yang kurang akan mempengaruhi WPA dalam memperoleh dan mencerna informasi dalam meningkatkan kinerja WPA. Dengan tingkat pengetahuan yang kurang mendukung akan menyebabkan rendahnya kinerja WPA. Diantara responden yang memiliki pengetahuan baik masih ada yang mempunyai kinerja kurang baik yaitu sebesar 36%. Hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian Dewi Nurdiana (2009) mengatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan kader kesehatan dengan kinerja kader kesehatan. Tingginya tingkat pengetahuan kader kesehatan menjadikan kinerja kader kesehatan semakin baik dan berdampak terhadap pelaksanaan program. Menurut Notoatmojo (2014) tingkat pengetahuan kader kesehatan dapat mempengaruhi secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku serta kepatuhan kader untuk mendukung pelaksanaan program. Sesuai juga dengan penelitian Happinasari dan Suryandari (2016), menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan keaktifan dan kepatuhan kader. Hasil penelitian ini juga selaras dengan hasil penelitian Suhat dan Hasanah (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keaktifan kader kesehatan. Menurut Latif (2010), pengetahuan yang cukup dapat meningkatkan kinerja seseorang kader. Kinerja yang dilakukan berdasarkan seberapa banyak pengetahuan yang dimiliki oleh seorang kader tersebut. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki maka

kinerja yang dilakukan juga menjadi semakin baik. Oleh karena itu kader kesehatan perlu dibekali dengan pengetahuan yang cukup dengan pelatihan. Pengetahuan yang baik akan menunjang terwujudnya tindakan yang baik pula. Semakin tinggi pengetahuan WPA, semakin luas pemahaman tentang tugas , peran dan fungsinya sebagai WPA dalam mengambil langkah-langkah strategis sebagai WPA. Ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja kader kesehatan. Pengetahuan WPA sangat erat hubungannya dengan pendidikan, bahwa pendidikan WPA yang tinggi maka pengetahuan WPA semakin luas . Pengetahuan tentang HIV dan AIDS dapat mempengaruhi bagaimana seseorang akan bersikap terhadap ODHA (Paryati. et al., 2012). Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang penularan HIV dan AIDS berhubungan dengan adanya stigma masyarakat. Penelitian ini sejalan dengan Ningsih (2012) yang menunjukkan pendidikan kesehatan efektif untuk merubah pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap ODHA. Pengetahuan tidak hanya didapat dari pendidikan formal saja, tetapi dapat diperoleh dari pelatihan-pelatihan yang diikuti WPA sehingga dapat meningkatkan kinerja dari WPA . Kecenderungan ini didukung dengan teori Gibson (2011) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor individu yaitu pengetahuan. Apabila pengetahuan yang dimiliki WPA sangat minim maka akan menghasilkan kinerja yang rendah. Hal ini juga sejalan dengan hasil Penelitian Ilham, Irmayani & Agustina (2013) bahwa pengetahuan merupakan domain yang paling penting dalam membentuk tindakan seseorang. Karena perilaku yang didasari oleh

pengetahuan maka akan lebih baik jika dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

7) Pengaruh stigma diskriminasi terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Dari hasil bivariat menggunakan chi-square diperoleh nilai *p-value* $0,635 < \alpha$ yang berarti ada hubungan yang bermakna antara stigma dan diskriminasi dengan kinerja WPA di Kota Semarang dan $OR=1,414$ yang berarti WPA yang tidak melakukan stigma dan diskriminasi memiliki 1,414 lebih besar untuk mempunyai kinerja yang baik dibandingkan dengan WPA yang melakukan stigma dan diskriminasi. Adanya norma subjektif dan *believe normatif* dapat mempengaruhi seseorang yang sudah mempunyai pandangan baik mengenai HIV/AIDS dapat melakukan stigma pada ODHA karena pengaruh norma tersebut dan lingkungan yang ada disekitarnya. Aspek sosial dari penyakit HIV dan AIDS termasuk stigma diskriminasi yang terus mengancam emosi, kesehatan mental, dan fisik ODHA. Konsep stigma adalah kompleks dan berdampak pada penyimpangan dari nilai-nilai dan norma-norma sosial masyarakat. Kerangka teori stigma berasal dari literatur sosiologis dan antropologis mengkonseptualisasikan stigma sebagai proses sosial dan telah diterapkan pada penyakit mental, epilepsi, dan HIV dan AIDS di antara penyakit lain. Proses stigma melibatkan identifikasi dan pelabelan perbedaan manusia/diskriminasi, menghubungkan orang-orang berlabel dengan stereotip negatif, dan kategorisasi untuk memfasilitasi diskriminasi dan hasil yang tidak setara. Stigma diskriminasi dapat mempengaruhi mental dan akses

perawatan kesehatan yang buruk dan bisa berakhir terjadinya LTFU (Sayles et al., 2009), (Li et al., 2009). Hasil Penelitian Hati., Shaluhiyah., dan Suryoputro (2017) bahwa stigma terhadap ODHA di Kota Kupang dipengaruhi kuat oleh budaya, norma dan agama. Hasil penelitian ini menunjukkan usia yang paling memiliki stigma tinggi adalah 36-45 tahun dengan frekuensi 36 responden (48 %). Umur akan berpengaruh terhadap kinerja fisik dan perilaku seseorang (Paryati. et al., 2012) . Menurut Cao H (2011) mengatakan bahwa umur seseorang berhubungan dengan sikap dan pengetahuan terhadap stigma. Sikap menjadi salah satu penyebab adanya stigma, sikap yang ditunjukkan ke arah negatif seperti memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui norma norma yang berlaku dimana individu berada (Ambaretnani, et al., 2019). Akan tetapi, penelitian ini bertentangan dengan Latifah (2011) yang menyatakan masyarakat madani berperan besar dalam mengatasi persoalan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hasil studi kasus di Indramayu menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap ODHA tidak lagi negatif berkat peran dari tokoh agama yang menyosialisasikan bahwa penyakit tersebut bukan kutukan dari Tuhan serta penelitian Sasono (2017) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah ODHA bergabung mengikuti kegiatan WPA Cahaya Care Turen di Wilayah Kerja Puskesmas Turen Kabupaten Malang sebanyak 17 orang (74%). Menurut Paryati, dkk (2011) faktor lain yang dapat mempengaruhi peran WPA terhadap stigma adalah tingkat pengetahuan, persepsi, pendidikan dan lama bekerja ini mempengaruhi terjadinya stigma dan diskriminasi . Stigma dan diskriminasi tidak hanya dilakukan oleh masyarakat

awam yang tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit HIV dan AIDS, tetapi dapat juga dilakukan oleh petugas kesehatan (Andrewin, 2008) yang akan berdampak ODHA dalam menerima perawatan dan pengobatan. Stigma dan diskriminasi memiliki efek yang negatif baik terhadap ODHA maupun terhadap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV, sementara intervensi untuk mengurangi stigma masih sedikit. Negara Vietnam adalah negara yang memberikan perhatiannya terhadap ODHA. Bahkan sejak tahun 2006 sudah ada Undang-Undang perlindungan bagi ODHA dan melarang adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Negara juga mempromosikan hak-hak ODHA (Annastasia Pharris, et al., 2017

8) Pengaruh ketersediaan fasilitas layanan kesehatan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Kemudahan mendapat akses pelayanan ini penting dalam upaya pencegahan penyakit HIV & AIDS, dalam model Green disebutkan bahwa faktor kemudahan akses pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Pradipta, 2013). Kemudahan dalam mengakses sarana dan prasarana juga merupakan hal yang sangat penting, karena ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai akan percuma jika tidak mudah untuk diakses. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value } 0.672 > \alpha (0.1)$ bahwa tidak ada pengaruh ketersediaan fasilitas kesehatan terhadap kinerja WPA di Kota Semarang. Hal ini disebabkan karena di Kota Semarang sudah terdapat fasilitas kesehatan di setiap Kecamatan. Ada Puskesmas, RS, Klinik 24 jam, Dokter

praktek swasta ataupun Praktek Mandiri Bidan (PMB), sehingga tidak menjadikan masalah dalam hal pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat memilih fasilitas kesehatan yang sesuai dengan keinginannya. Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sebagian besar dapat ditempuh dengan alat transportasi mobil/motor/transportasi umum (94%), dan hanya 6% daerah yang sulit ditempuh dengan transportasi . Jarak ke fasilitas kesehatan sebagian besar < 2 km (64%), sehingga WPA tidak memerlukan waktu tempuh yang lama dan semakin memudahkan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam melakukan koordinasi program-program kesehatan . Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Ladifire (2010), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jarak tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan di Kenya, salah satunya dengan meningkatkan kolaborasi dari lintas sector. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang belum optimal masih menjadi tantangan utama . Faktor-faktor yang mempengaruhi adalah pembiayaan kesehatan, petugas pemberi layanan kesehatan, kualitas pelayanan, aksesibilitas dan pemerataan . Sehingga pemerintah harus mengalokasikan anggaran yang memadai untuk pelayanan kesehatan, tersedia petugas kesehatan yang terlatih dan memadai, infrastruktur fasilitas kesehatan dan obat-obatan (Otieno et al., 2014) . Menurut Mardiah (2010) menyatakan ada beberapa alasan seseorang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan antara lain karena jauh, petugas tidak simpatik dan tidak responsif. Akses terhadap pelayanan tidak hanya terkait dengan permasalahan seberapa jauh dan dekat jarak, namun terdapat dua faktor penentu (determinan) yaitu determinan penyediaan

yang merupakan faktor pelayanan dan determinan permintaan yang merupakan faktor pengguna. Determinan penyediaan terdiri atas organisasi pelayanan dan infrastruktur fisik, tempat pelayanan, ketersediaan, pemanfaatan dan distribusi petugas, biaya pelayanan serta mutu pelayanan. Sedangkan determinan permintaan yang merupakan faktor pengguna meliputi rendahnya pendidikan dan kondisi sosial budaya masyarakat serta tingkat pendapatan masyarakat yang rendah atau miskin. Kebutuhan primer agar memperoleh akses pelayanan yang efektif adalah ketersediaan fasilitas dan petugas, jarak dan finansial terjangkau serta masalah sosial budaya yang dapat diterima oleh pengguna (Suharmiati,2013). Pelayanan kesehatan yang bermutu di Indonesia saat ini memang harus diakui hanya dapat diperoleh oleh kalangan masyarakat yang memiliki akses ke sarana pelayanan kesehatan berkualitas. Yaitu dilihat dari akses geografis, yang hanya dapat diakses di beberapa kota besar yang memiliki sarana dan klinisi yang lengkap dan kompeten. Akses pembiayaan yang hanya kalangan menengah atas yang dapat membayar out-of-pocket. Akses hubungan baik, yaitu hanya sejawat dokter atau keluarga dokter yang mampu mendapatkan pelayanan “seperti keluarga sendiri”. Serta akses informasi yang hanya orang-orang tertentu yang dapat memperoleh informasi dari kualitas sarana pelayanan kesehatan tertentu dan berbagai kemampuan terhadap akses khusus lainnya (Utarini, 2011).Program Kerja WPA mengenai HIV dan AIDS sangat mempengaruhi individu tersebut dalam melakukan stigma dan diskrimiasi terhadap ODHA. Ini dikarenakan faktor lain seperti pengetahuan kurang (62,7%), persepsi negatif tidak pernah berinteraksi dengan ODHA (92%), status ekonomi keluarga rendah (58%) dan

orang yang berjenis kelamin perempuan (67,9%) (Febrianti, 2016), Akan tetapi, dari hasil analisis yang telah dilakukan ada atau tidaknya program kerja WPA dalam penanggulangan HIV dan AIDS tidak mengurangi stigma dan diskriminasi yang terjadi pada ODHA, padahal stigma dan perilaku diskriminatif merupakan penghalang terbesar dalam upaya pencegahan dan penularan HIV dan AIDS. Sehingga, salah satu upaya untuk mengurangi stigma dan diskriminasi masyarakat pada ODHA adalah dengan memberikan informasi yang lengkap mengenai HIV dan AIDS, khususnya mengenai stigma dan diskriminasi baik melalui penyuluhan maupun konseling (Wati, 2017)

9) Pengaruh dukungan fasilitas layanan kesehatan terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Fasilitas adalah suatu sarana atau peralatan yang disediakan oleh pemimpin untuk bekerja. Fasilitas yang tidak lengkap atau kurang memadai akan mempengaruhi kelancaran dari pekerjaan. Semakin baik fasilitas yang didapat oleh kader akan mempengaruhi kinerjanya semakin baik. Sesuai dengan teori Gibson, bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja individu adalah fasilitas pendukung yang memadai untuk menjalankan operasional organisasi (Gibson J., James I., 2011). Hasil penelitian didapatkan bahwa fasilitas kesehatan menyediakan KIE terkait HIV dan AIDS (98%), layanan VCT mobile (73%), menyediakan ARV (62%), pendampingan terhadap ODHA (93%), Penyuluhan HIV dan AIDS (97%) dan keterlibatan WPA (99%) . Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value } 0.523 > \alpha (0.1)$ bahwa tidak

terdapat hubungan antara dukungan fasilitas kesehatan dengan kinerja WPA di Kota Semarang. Meskipun dukungan fasilitas sudah cukup baik namun kurangnya pengetahuan, kesadaran, ketakutan melakukan tes HIV, minimnya sosialisasi dari petugas kesehatan dan WPA yang tidak berkelanjutan menyebabkan masyarakat kurang mendapatkan informasi HIV/AIDS secara maksimal. Masih adanya stigma dan perlakuan diskriminasi pada ODHA dan kurangnya keterlibatan masyarakat dalam pengendalian program HIV dan AIDS juga akan mempegaruhi kinerja WPA. Penjangkauan layanan VCT membutuhkan keterlibatan sosial masyarakat dalam ikut serta melakukan upaya deteksi dini terhadap penyebaran HIV dan AIDS di wilayahnya masingmasing (Zhang, 2012). Selain itu motivasi memiliki pengaruh terhadap kinerja dari kader. Motivasi merupakan keinginan atau kemauan seseorang dalam melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan yang diinginkannya. Semakin baik motivasi kader maka semakin baik juga kinerjanya

- 10) Pengaruh dukungan stake holder terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut melaksanakan kegiatan. Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS membutuhkan dukungan dan pendekatan yang diselenggarakan oleh Stake holder yang saling terintegrasi. Masyarakat ditempatkan sebagai pemegang peran utama dengan pembinaan dan arahan dari berbagai sektor pemerintah terkait. Dari hasil penelitian didapatkan

bahwa adanya keterlibatan lembaga lain (PKK, FKK, LPMK, Karang Taruna) dalam kegiatan WPA sebesar 96%, adanya kegiatan pengendalian HIV dan AIDS oleh lembaga lain sebesar 79%, adanya kantor Sekretariat KPA sebesar 28%. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value } 0.000 < \alpha (0.1)$ bahwa ada hubungan antara dukungan stake holder dengan kinerja WPA di Kota Semarang. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sari dan Lele (2017), naiknya trend HIV dan AIDS karena buruknya relasi yang terbangun antar stakeholder, baik stakeholder kunci, stakeholder primer maupun stakeholder sekunder. Hal ini juga dipengaruhi dengan power dan interest masing-masing stakeholder, sehingga secara tidak langsung mempengaruhi kinerja dari WPA. Peran menurut Soekamto (2010) merupakan sebuah aspek yang dinamis dari kedudukan (status). Apabila hak dan kewajiban telah dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan kedudukannya, maka seseorang tersebut dapat dikatakan telah menjalankan sebuah peran. Lebih lanjut dijelaskan peran mencakup tiga hal yaitu : Pertama, peran meliputi berbagai norma yang dihubungkan dengan posisi atau tempat seseorang dalam masyarakat. Peran dalam pengertian ini merupakan rangkaian dari sebuah sistem atau peraturan yang menjadi pedoman dan membimbing seseorang dalam kehidupan bermasyarakat. Kedua, peran merupakan suatu konsep tentang hal apa yang dapat dilakukan oleh seseorang dalam kehidupan bermasyarakat sebagai bagian organisasi. Terakhir, peran adalah perilaku seseorang yang menjadi bagian penting dalam struktur sosial masyarakat. Memahami permasalahan HIV dan AIDS tidak lagi hanya bisa dipandang sebagai masalah kesehatan semata, akan tetapi juga harus dipandang sebagai

permasalahan sosial yang sangat kompleks (Ananda, 2014). Perlunya mengidentifikasi lembaga terkait HIV dan AIDS di masyarakat sipil, publik dan sektor swasta. Dukungan yang paling efektif berasal dari keluarga, tetangga, tenaga kesehatan, relawan dan kelompok sebaya (Campbell et al., 2013). Hal ini sesuai dengan penelitian Nhamo (2010), dinamika sosial yang sudah ada dapat mempengaruhi —kesiapan masyarakatl untuk mendapatkan manfaat optimal dari intervensi program pencegahan HIV di perdesaan Zimbabwe. Hasil penelitian menunjukkan kurangnya kesempatan untuk dialog di lingkungan sosial di luar intervensi mungkin memiliki kesempatan terbatas untuk menerjemahkan pengetahuan AIDS faktual ke dalam rencana aksi, atau berbagi pengalaman individu yang tersembunyi dari anggota keluarga atau teman yang terkena HIV dan AIDS, diberikan stigma dan penolakan. Selanjutnya faktor penghambat lain adalah peran Stake holder yang masih kurang. Peran dari Stake holder mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam merealisasikan program penanggulangan HIV dan AIDS yang akan dilaksanakan. Stake holder dalam kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS tersebut terdiri dari, pertama Stake holder sekunder yang terdiri dari beberapa lembaga pemerintah, kelompok kerja, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Kedua, Stake holder primer yakni seseorang atau kelompok yang memiliki risiko tinggi dan rentan akan tertular (vulnerable people), orang yang tertular (infected people), dan masyarakat umum (Purnomo, dkk, 2015). Menurut Sari dan Lele (2017), naiknya tren HIV dan AIDS karena buruknya relasi yang terbangun antar Stakeholders, baik Stakeholders kunci, Stakeholders primer dan Stakeholders sekunder. Buruknya relasi yang

terbangun di antara stakeholders juga dipengaruhi oleh power dan interest dari masing-masing stakeholders.

Berdasarkan situasi yang ada, perencanaan strategis yang dirangkum dari stakeholder yang menjadi informan dan juga dokumen yang ada yaitu berupa agenda kebijakan dan exit strategy dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Dalam hal ini, baik individu, pemerintah, media massa dan sektor lainnya, semua memiliki tanggung jawab yang penting untuk mencegah penyebaran virus HIV dan AIDS (Hiola, 2011). Dari hasil penelitian Puadi (2016), peran KPAD Kabupaten Kotawaringin Timur dalam pencegahan HIV kebijakan dan berbagai kegiatan yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS baik secara program maupun kegiatan yang dilakukan dengan melibatkan peran serta masyarakat.

11) Pengaruh regulasi terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value}$ $0.621 > \alpha$ (0.1) bahwa tidak ada pengaruh antara dukungan regulasi dengan kinerja WPA di Kota Semarang. Sedangkan regulasi yang ada adalah adanya Surat Keputusan Warga Peduli AIDS tk.Kelurahan sebanyak 85%, surat edaran tentang penganggaran untuk kegiatan pengendalian HIV dan AIDS sebesar 8% dan surat edaran dukungan terhadap kegiatan WPA sebesar 67%.

Menurut Scott (2009) ada dua teori regulasi yaitu public interest theory dan interest group theory. Public interest theory menyatakan bahwa regulasi seharusnya dapat memaksimalkan kesejahteraan sosial dan lebih memihak pada

kepentingan publik dan memaksimalkan kesejahteraan sosial sedang menurut interest group theory maka regulasi adalah hasil lobi dari beberapa individu atau kelompok yang mempertahankan dan menyampaikan kepentingan kepada pemerintah. Regulasi berisi petunjuk dan instruksi mengenai apa yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan serta sanksi yang didapat apabila seseorang melakukan kesalahan. Regulasi seharusnya memuat secara terperinci, jelas dan mengikat bagi semua orang yang terlibat dalam kegiatan pengawasan pengelolaan keuangan daerah. Di lain pihak, regulasi yang terlalu longgar memberikan celah bagi seseorang untuk melakukan tindakan menyimpang. Sebagai negara hukum, pembentukan peraturan perundang-undangan merupakan suatu hal yang sangat penting demi terselenggaranya roda pemerintahan yang baik terlebih bagi negara yang menerapkan sistem parlementer dan desentralisasi seperti di Indonesia. Pada konteks daerah, terdapat beberapa jenis produk hukum daerah dan salah satu diantaranya adalah Perda, yang menurut Undang-undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundangundangan, Perda adalah Peraturan Perundang-undangan yang dibentuk atas persetujuan bersama antara Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) bersama Kepala Daerah. Keberadaan Perda ini amat penting dikarenakan kedudukan Perda yang lebih tinggi dibanding produk hukum daerah lainnya. Perda memiliki sifat mengikat secara yuridis ke luar dan ke dalam, sehingga mengikat masyarakat luas untuk menaatinya. Perda juga mempunyai konsekuensi tinggi terhadap pengalokasian anggaran belanja daerah (APBD).

12) Pengaruh sosial budaya terhadap kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan $p\text{-value}$ $0,173 < \alpha$ bahwa ada pengaruh nilai sosial budaya terhadap kinerja WPA di Kota Semarang dan $OR = 1,965$ bahwa WPA yang mengakomodir nilai-nilai sosial yang ada di wilayahnya mempunyai 1,965 lebih besar untuk mempunyai kinerja yang baik dibandingkan dengan WPA yang tidak mengakomodir nilai-nilai social budaya yang ada di wilayahnya. Nilai sosial budaya yang ada di masyarakat yaitu nilai kekeluargaan (4%), nilai gotong royong (44%), rukun (4%), swadaya (9%) dan kerjasama (12%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Anwar Ikhsan, 2016) bahwa terdapat pengaruh positif budayaterhaap kinerja karyawan. Juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Agustin (2010) menyatakan dukungan sosial yang cukup bermakna mampu meningkatkan kinerja karyawan secara positif. Sejalan juga dengan penelitian faktor yang mempengaruhi nilai kebudayaan Bali dan perilaku birokrasi turut memberikan andil terhadap baik buruknya kinerja organisasi.

Gotong royong sebagai salah satu sistem nilai budaya yang hidup dalam dunia mempunyai hubungan erat dengan kehidupan sosial budaya di masyarakat. Unsur utama dalam gotong royong adalah kerjasama antar individu di dalam masyarakat untuk mencapai tujuan tertentu yang dilandasi azas timbal balik. Dengan asas timbal balik maka kerja sama itu bukan semata-mata maka kerja sama itu bukan semata-mata untuk kepentingan sepihak saja, tetapi pada dasarnya

sikap memberi dibarengi pula oleh adanya keinginan untuk menerima (Riwanto, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku terhadap penanggulangan HIV dan AIDS adalah pengetahuan, sikap dan dukungan sosial (Yuliza, Hardisman & Nursal, 2019). Pengetahuan akan mempengaruhi sikap seseorang dalam mengambil tindakan preventif terhadap HIV dan AIDS (Septyanarindri, 2011). Niat seseorang untuk bertindak dipengaruhi oleh sikap dan keyakinan (Sulaeman, Murti, Setyawan dan Rinawati, 2018). Seseorang akan melakukan upaya penanggulangan HIV jika didukung oleh sikap, keyakinan dan niat yang baik (Satar, Suryoputro, & Shaluhiyah, 2011). Sikap positif dan keyakinan akan lebih banyak memperoleh keuntungan daripada kerugian bila tidak melakukan pencegahan HIV (Jambak, 2018). Niat merupakan prediktor untuk terwujudnya perilaku yang mendukung upaya pencegahan HIV (Arisona, mendukung upaya pencegahan HIV (Arisona, Demartoto dan Murti, 2017).

Menurut Koentjaraningrat budaya gotong royong yang dikenal oleh masyarakat Indonesia dapat dikategorikan ke dalam dua jenis, yakni gotong royong tolong menolong dan gotong royong kerja bakti. Budaya gotong royong tolong menolong terjadi pada setiap aktivitas sosial lainnya seperti bidang pertanian, kematian, hajatan dan pembangunan fasilitas umum dengan azas timbal balik atau balas jasa, seperti yang diungkapkan Koentjaraningrat bahwa kegiatan yang dilakukan secara bersama-sama dengan azas timbal balik dengan berbagai aturan main yang telah disepakati bersama antar sesama anggota dalam kegiatan terkait dengan pelayanan kesehatan. Jika dilihat sekilas, gotong royong

tampaknya hanya terlihat seperti suatu hal yang mudah dan sederhana. Namun dibalik kesederhanaannya tersebut, gotong royong menyimpan berbagai nilai yang mampu memberikan nilai positif bagi masyarakat. Nilai-nilai gotong royong tersebut antara lain: 1. Nilai Kebersamaan: Manusia memiliki kesadaran penuh bahwa dia tidak dapat hidup sendiri dan tanpa bantuan dari orang lain. Secara psikologis setiap insan membutuhkan komunikasi dengan orang lain baik dengan sesama anggota keluarga (istri, kakak, adik anak dan orang tua) dengan tetangga, dengan masyarakat dalam komunitas bernegara. Sejak dulu sampai pada masa modern dan canggih manusia tetap membutuhkan rasa keberamaan, rasa kekeluargaan dan rasa saling peduli, rasa tolong menolong, Aktivitas gotong royong yang ada dalam suatu masyarakat membentuk mentalitas bangsa menjadi lebih berkarakter dan melahirkan banyak nilai-nilai luhur yang bermanfaat bagi kehidupan, termasuk dalam tanggung jawabnya dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya. 2. Nilai Persatuan Persatuan dan kesatuan : kita rasakan saat ini, itu terjadi dalam proses yang dinamis dan berlangsung lama, karena persatuan dan kesatuan bangsa terbentuk dari proses yang tumbuh dari unsur-unsur sosial budaya masyarakat Indonesia sendiri, yang ditempa dalam jangkauan waktu yang lama sekali. Unsur-unsur sosial budaya itu antara lain seperti sifat. kekeluargaan dan jiwa gotong-royong. Kedua unsur itu merupakan sifat-sifat pokok bangsa Indonesia yang dituntun oleh asas kemanusiaan dan kebudayaan. Kebersamaan yang terjalin dalam gotong royong sekaligus melahirkan persatuan antar anggota masyarakat. Dengan persatuan yang ada, masyarakat menjadi lebih kuat dan mampu menghadapi berbagai permasalahan yang muncul. Gotong royong dapat

memupuk persatuan dan kesatuan antar manusia. Dalam menjaga keutuhan dan persatuan dalam masyarakat maka diperlukan sikap saling menghormati dan saling menghargai, sehingga gesekan-gesekan yang dapat menimbulkan pertikaian dapat dihindari. Masyarakat juga dituntut untuk menjaga hak dan kewajiban diantara mereka antara yang satu dengan yang lainnya

3. Nilai Tolong-Menolong

Gotong royong membuat masyarakat saling bahu-membahu untuk menolong satu sama lain. Sekecil apapun kontribusi seseorang dalam gotong royong, selalu dapat memberikan pertolongan dan manfaat untuk orang lain. Sebagai sebuah kehidupan kolektif, setiap kelompok masyarakat mengembangkan kebudayaan yang sesuai dengan kondisi dan kompleksitas masyarakatnya. Pada masing-masing kelompok masyarakat, hal tersebut dikonstruksi menjadi sebuah pranata. Dalam prosesnya, tolong-menolong menjalankan prinsip timbal balik (reciprocities) dan merupakan sebuah bentuk pertukaran sosial. Pertolongan yang diberikan oleh seseorang menimbulkan kewajiban kepada pihak yang ditolong untuk membalasnya secara seimbang, dan pada diri pihak pemberi pun muncul harapan akan adanya balasan yang seimbang pemberiannya. Jadi unsur kerelaan dalam memberi sangat relatif tingkatnya kecuali untuk tolong-menolong pada situasi kematian atau musibah yang cenderung rela. Pranata tolong-menolong ini terkait dan saling mempengaruhi dengan pranata lainnya sebagai sebuah sistem.

4. Nilai Sosialisasi Sistem Pokadulu

ini cukup diikuti oleh seluruh masyarakat. Keadaan demikian merupakan salah satu faktor pendukung yang dapat membangun satu tatanan nilai dalam ruang lingkup masyarakat dengan terbentuknya kerjasama dan kekompakan diantara mereka. Ketika suatu kelompok

berkumpul dengan tujuan yang sama, tentu dapat melahirkan ikatan emosional antar sesama manusia maupun masyarakat pada umumnya dan bermuara pada kesadaran tentang pentingnya orang lain terhadap dirinya. Kepribadian seseorang dipengaruhi nilai dan norma sosial kebudayaanyang berlaku di lingkungan sekitar. Nilai dan norma sosial yang berlaku dalam masyarakat diperkenalkan kepada generasi selanjutnya melalui proses sosialisai. Melalui proses sosialisasi ini, masyarakat dapat mewariskan nilai dan norma yang ada di masyarakat. Maka, tidak bisa disanggah bahwa nilai-nilai sosial budaya menjadi sebuah alat penyatu, atau pemicu solidaritas antara anggota masyarakat satu dengan masyarakat lainnya. Lebih jauh lagi, fungsi yang dapat dihasilkan dari sistem sosial budaya seperti yang dikatakan Ranjabar (2013) bahwa “sistem nilai tersebut tidak saja merupakan sumber yang menyebabkan integrasi sosial, tetapi sekaligus juga merupakan unsur yang menstabilisasi sistem sosial budaya itu sendiri”. Hal tersebut dapat diupayakan dengan pelestarian yang dilakukan oleh setiap anggota dari suatu masyarakat yang meyakini sistem nilai sosial budaya tersebut. Salah satunya dengan mewariskan kembali nilai nilai leluhur kepada generasi berikutnya (Demartoto, & Murti, 2017).

BAB V

PENUTUP

5.1. Simpulan

1. Ada pengaruh yang signifikan antara variabel tingkat pengetahuan, stigma dan diskriminasi, dukungan stake holder dan sosial budaya dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
2. Tidak ada pengaruh antara variabel umur, jenis kelamin, status menikah, pekerjaan, pendidikan, ketersediaan fasilitas kesehatan, dukungan fasilitas kesehatan dan regulasi dengan kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.
3. Variabel yang paling berpengaruh pada kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang adalah dukungan stakeholder

5.2. Saran

1. Saran untuk Puskesmas supaya memberikan edukasi dan pelatihan secara komprehensif tentang HIV dan AIDS kepada WPA serta melibatkan WPA dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS
2. Saran untuk KPA Kota Semarang dan Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk menginstruksikan kepada stake holder wilayah untuk mendukung dan memantau kinerja WPA

3. Saran untuk WPA agar dapat mengimplementasikan nilai-nilai sosial budaya yang ada di wilayah untuk meningkatkan kinerja WPA.
4. Saran untuk peneliti selanjutnya, perlu untuk dilakukan penelitian kualitatif faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja Warga Peduli AIDS di Kota Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, N., Jati, S., & Fatmasari, E. (2017). Analisis Peran Kepemimpinan Kepala Puskesmas Dalam Pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan Hiv-Ims Di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(2), 9–15.
- Adam, Badwi., Gafur, Abdul., & Munadhir. (2016). Pengaruh Intervensi Program Pencegahan HIV dan AIDS terhadap Pengetahuan dan Sikap Buruh Di Proyek Pembangunan Fakultas Tehnik Unhas Gowa. *Al-Fikr*, 2(1), 1-19.
- Bertman, V., Petracca, F., Makunike-Chikwinya, B., Jonga, A., Dupwa, B., Jenami N., Nartker, A., Wall, L., Reason, L., Kundhlande, P., & Downeret, A. (2019). Health worker text messaging for blended learning, peer support, and mentoring in pediatric and adolescent HIV/AIDS care: A case study in Zimbabwe. *Human Resources for Health*, 17(1), 1–8.
- Butt, L., Morin, J., Numbery, G., Peyon, I., & Goo, A. (2010). Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua. *Kerjasama Penelitian Antara Pusat Studi Kependudukan–UNCEN, Abepura, Papua Dan University of Victoria, Canada*.
- Demartoto, A. (2018). Warga Peduli Aids Wujud Peran Serta Masyarakat Dalam Penanggulangan HIV/Aids. *Jurnal Analisa Sosiologi*, 4(2), 117–128.
- Fajriyah, Yuli, Lutfatu., Demartoto, Argyo., & Murti, Bhisma. (2018). The Effect of Depression, Stigma, and Peer Support Group, on the Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in Solo Plus Peer Support Group, Surakarta

- Central Java. *Journal of Health Promotion and Behavior*. 3(1): 27-36
- Guma, J. A. (2011). Health workers stigmatise HIV and AIDS patients. *Ssmj*, 4(4), 92–93.
- Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371–377.
- Javanparast, S., Windle, A., Freeman, T., & Baum, F. (2018). Community health worker programs to improve healthcare access and equity: Are they only relevant to low-and middle-income countries? *International Journal of Health Policy and Management*, 7(10), 943–954.
- Masruri, M. I. (2016). Analisis Peran Pengurus Warga Peduli Aids Pada Penanggulangan Hiv Di Kota Surakarta, 36–48.
- Mills, E. J., Beyrer, C., Birungi, J., & Dybul, M. R. (2012). Engaging men in prevention and care for HIV/AIDS in Africa. *PLoS Medicine*, 9(2), 1–4.
- Nur, Hasanah Hasna, S., & Ika, H. (2012). Konsep diri orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang menerima label negatif dan diskriminasi dari lingkungan sosial. *Psikologia-Online: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 7(1), 29–40.
- Pharris, A., Hoa, N., Tishelman, C., Marrone, G., Kim Chuc, N., Brugha, R., & Thorson, A. (2011). Community patterns of stigma towards persons living with HIV: A population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Public Health*, 11(705), 1-16.
- Puadi, A. R. A., & Qomaruddin, M. B. (2018). Peran Komisi Penanggulangan

- AIDS Daerah (KPAD) dalam Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Kotawaringin Timur. *Jurnal PROMKES*, 4(2), 117–128.
- Sari, Y. K., & Wardani, I. Y. (2017). Dukungan Sosial Dan Tingkat Stres Orang Dengan HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(2), 85–93.
- Shaluhiah, Zahroh., Musthofa, Budi, Syamsulhuda., & Widjanarko, Bagoes. (2015). Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. *Kesmas: National Public Health Journal*, 9(4), 333.
- Sistiarani, Colti., , Kurniawan, Arif., & Bambang Hariyadi. (2019). Analisis Peran Penerapan Warga Peduli AIDS (WPA) pada Kader di Desa Karangtengah Cilongok, Banyumas. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 6(1), 7.
- Sistiarani, C., Hariyadi, B., Munasib, & Sari, S. M. (2018). Peran Keluarga Dalam Pencegahan HIV / AIDS Di Kecamatan Purwokerto Selatan Family Role to Prevent HIV / AIDS at South Purwokerto Subdistrict Abstract. *Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 11(2), 96–107.
- Wati, Sulistia, Novi ., Cahyo, Kusyogo., & Indraswari, Ratih. (2017). Pengaruh Peran Warga Peduli Aids Terhadap Perilaku Diskriminatif Pada Odha. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(2), 198–204.
- Nopiyani, N, M, S., Kurniati, D, P, Y., Indrayathi, P.A., Listyowati, R. (2013). Akseptabilitas, Utilisasi Dan Adopsi Upaya Penanggulangan HIV Melalui Kader Desa Peduli Aids Dari Perspektif Masyarakat Di Kota Denpasar. *Archive of Community Health (Arc.Com.Health)*, 3 (1), 70-82.

Lampiran 1. *Ethical Clearance* penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE **Nomor:157/KEPK/EC/2020**

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang

Nama Peneliti Utama : Caturinta Nurcahyaningih
Alamat Institusi Peneliti : Prodi Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana, UNNES
Lokasi Penelitian : Kota Semarang, Jawa Tengah
Tanggal Persetujuan : 21 September 2020
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 22 September 2020



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

**KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP KINERJA
WARGA PEDULI AIDS (WPA) DI KOTA SEMARANG
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PASCA SARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

I. Data Sosio Demografis

Nama Responden :

- | | | |
|------------------------|--|--------------------------|
| 1. Umur : | 1. Tidak produktif : >64 th
2. Produktif : 15-64 tahun | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jenis Kelamin : | 1. Laki-laki
2. Perempuan | <input type="checkbox"/> |
| 3. Status Perkawinan: | 1. Tidak Menikah/Duda/Janda
2. Menikah | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pekerjaan : | 1. Tidak Bekerja
2. Bekerja | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pendidikan terakhir | 1. Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah, SD/MI, SMP/MTS
2. Pendidikan Tinggi (SMA/MA, Akademi/Perguruan Tinggi) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tingkat Pengetahuan | | |

Berilah jawaban menurut Saudara yang dianggap benar, dengan cara membubuhkan tanda silang (X) pada kolom jawaban yang tersedia dari masing-masing pertanyaan

PENGETAHUAN TENTANG HIV-AIDS			
No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Seseorang sudah dapat diketahui terinfeksi HIV hanya dengan cara melihatnya saja		
2.	HIV adalah virus yang menyerang system kekebalan tubuh		
3.	Seorang tenaga kesehatan dapat tertular HIV akibat bersentuhan kulit pada saat memeriksa pasien		
4.	HIV-AIDS hanya ditularkan melalui hubungan seks dan menggunakan narkoba		
5.	Penderita HIV tahap <i>window periode</i> tidak berbahaya untuk penularan, karena belum muncul gejala		
6.	Memberikan edukasi ke masyarakat tentang dapat mencegah terjadinya penularan HIV-AIDS		
7.	Obat antiretroviral (ARV) kalau diminum secara teratur dapat menyembuhkan penderita HIV		
PENGETAHUAN TENTANG TUPOKSI WARGA PEDULI AIDS (WPA)			
8.	Tugas utama WPA adalah menggerakkan masyarakat untuk terlibat dalam pengendalian HIV-AIDS		
9.	Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dapat menjadi WPA		
10.	Memberi motivasi masyarakat untuk mau test HIV bukan merupakan tugas WPA		
11.	Identifikasi potensi masalah yang berkaitan dengan HIV-AIDS dan narkoba adalah salah satu peran dari WPA		
12.	WPA dapat dibentuk di tiap Kelurahan dan Kecamatan		
13.	WPA dapat mendampingi ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS)		
14.	Dalam melaksanakan tugasnya WPA hanya berkoordinasi dengan Kelurahan		

7. Stigma dan Diskriminasi :

Apakah Saudara bersikap dan berperilaku yang tidak menyenangkan/diskriminasi terhadap ODHA?

1. Tidak mendukung
2. Mendukung

Kalau iya, isikan (V) pada sikap dan perilaku dibawah ini :

No.	Sikap dan perilaku	
1.	ODHA adalah orang yang harus dijauhi	
2.	Tidak mau berjabat tangan dengan ODHA	
3.	Tidak melakukan kegiatan sosial bersama ODHA	
4.	ODHA tidak perlu diusir dari tempat tinggalnya	
5.	ODHA tidak boleh makan bersama dengan orang lain	

8. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Apakah di wilayah Saudara ada fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan HIV-AIDS

1. Tidak Ada
2. Ada

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Alat transportasi ke fasilitas kesehatan mudah (dapat ditempuh dengan mobil/motor/kendaraan umum lainnya)		
2.	Jarak ke fasilitas kesehatan < 2 km		

9. Dukungan Layanan Kesehatan

Apakah fasilitas kesehatan yang ada di wilayah Saudara mendukung kinerja WPA?

1. Tidak mendukung
2. Mendukung

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Fasilitas kesehatan memfasilitasi KIE		
2.	Fasilitas kesehatan memberikan layanan test HIV/mobile VCT		
3.	Fasilitas kesehatan menyediakan ARV		
4.	Fasilitas kesehatan menyediakan pendamping ODHA		
5.	Fasilitas kesehatan ada kegiatan penyuluhan ke masyarakat		
6.	Fasilitas kesehatan melibatkan WPA dalam kegiatan Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS		

10. Dukungan Stake holder

Apakah ada peran serta dan kontribusi kelurahan dan lembaga masyarakat (LPMK, FKK, PKK) dalam mendukung kinerja WPA?

1. Tidak Mendukung
2. Mendukung

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Keterlibatan Lembaga lain (LPMK,FKK,PKK, Karang Taruna) dalam kegiatan WPA		
2.	Adanya kegiatan Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS yang dilaksanakan oleh lembaga lain di tingkat Kelurahan		
3.	Kegiatan WPA sebagian difasilitasi Kelurahan		
4.	Ada Kantor Sekretariat WPA		

11. Regulasi

Apakah Kelurahan mengeluarkan kebijakan/peraturan yang mendukung program kegiatan WPA ?

1. Tidak
2. Ya

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Surat Keputusan Warga Peduli AIDS		
2.	Surat Edaran penganggaran HIV-AIDS		
3.	Surat Edaran dukungan terhadap kegiatan WPA		

12.Sosial Budaya

Apakah ada tata nilai (gotong royong, kekeluargaan, swadaya) yang berlaku di masyarakat yang mendukung kinerja WPA

1. Tidak
2. Ya

Sebutkan tata nilai yang ada.....

No	Indikator	Ada/Tidak	Ada Skor = 10 Tidak Ada = 0
I	Kelengkapan Organisasi		
1	Surat Keputusan		
2	Profil WPA		
3	Administrasi Surat Menyurat		
II	Pelaksanaan Kegiatan WPA		
4	Penyuluhan tentang HIV dan AIDS		
5	Test HIV di masyarakat		
6	Pendampingan pada ODHA		
7	Pembiayaan untuk Kegiatan Warga Peduli AIDS.		
III	Penunjang Pelaksanaan Program WPA		
8	Program Kerja		

9	Rapat Koordinasi		
10	Inovasi Kegiatan		
	Jumlah		
	Kategori		1. Kurang Baik 2. Baik

Kuesioner Kinerja WPA.

Terimakasih atas partisipasi anda dalam penelitian ini, semoga memberi manfaat bagi kesehatan masyarakat di Kota Semarang

Lampiran 3. Lembar *Inform Consent*

INFORMED CONSENT

<p>Peneliti :Caturinta Nurcahyaningsih, SKM</p> <p>Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Warga Peduli AIDS (WPA) di Kota Semarang</p>
<p>PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN</p> <p>Yang bertanda tangan dibawah ini saya :</p> <p>Nama :.....</p> <p>Umur :..... Tahun</p> <p>Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan</p> <p>Alamat :.....</p> <p>dengan ini saya menyatakan setuju untuk menjadi responden penelitian. saya memahami manfaat penelitian tersebut, termasuk risiko yang mungkin timbul di kemudian hari.</p> <p style="text-align: right;">Semarang,....., 2020</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>
<p>PENOLAKAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN</p> <p>Yang bertanda tangan dibawah ini saya,</p> <p>Nama :.....</p> <p>Umur :..... tahun</p> <p>Jenis kelamin : laki-laki/ perempuan</p> <p>Alamat :.....</p> <p>Dengan ini saya menyatakan tidak setuju untuk menjadi responden penelitian. Saya memahami manfaat penelitian tersebut, termasuk risiko yang mungkin timbul di kemudian hari. Dengan sadar saya menolak untuk menjadi responden penelitian ini.</p> <p style="text-align: right;">Semarang,....., 2020</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>

Lampiran 4. Hasil Uji Statistik

Frequencies**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Produktif (>64 tahun)	8	8.0	8.0	8.0
Produktif (15-64 tahun)	92	92.0	92.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	19	19.0	19.0	19.0
Perempuan	81	81.0	81.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Menikah/Janda/Duda	17	17.0	17.0	17.0
Menikah	83	83.0	83.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	61	61.0	61.0	61.0
Bekerja	39	39.0	39.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah,SD,SMP)	16	16.0	16.0	16.0
Pendidikan Tinggi (SMA,Akademi/per guruan tinggi)	84	84.0	84.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik (skor ≤ 7)	37	37.0	37.0	37.0
	Baik (Skor > 7)	63	63.0	63.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Stigma dan Diskriminasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	53	53.0	53.0	53.0
	Tidak	47	47.0	47.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Ketersediaan Faskes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	18	18.0	18.0	18.0
	Ya	82	82.0	82.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Dukungan Layanan Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	7	7.0	7.0	7.0
	Ya	93	93.0	93.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Dukungan Stake Holder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	52	52.0	52.0	52.0
	Ya	48	48.0	48.0	100.0

Dukungan Stake Holder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	52	52.0	52.0	52.0
	Ya	48	48.0	48.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Regulasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	25	25.0	25.0	25.0
	Ya	75	75.0	75.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sosial Budaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	55	55.0	55.0	55.0
	Ya	45	45.0	45.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Kinerja WPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik (<60%)	68	68.0	68.0	68.0
Baik (>=60%)	32	32.0	32.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Crosstabs

Umur * Kinerja WPA Crosstabulation

Count		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Umur Tidak Produktif (>64 tahun)		4	4	8
Produktif (15-64 tahun)		64	28	92
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	1.295 ^a	1	.255		
Continuity Correction ^b	.552	1	.458		
Likelihood Ratio	1.215	1	.270		
Fisher's Exact Test				.264	.224
Linear-by-Linear Association	1.282	1	.258		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.56.

b. Computed only for a 2x2 table

Status Perkawinan * Kinerja WPA

Crosstab

Count				
		Kinerja WPA		Total
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	
Status Perkawinan	Tidak Menikah/Janda/Duda	11	6	17
	Menikah	57	26	83
Total		68	32	100

Status Pekerjaan * Kinerja WPA

Crosstab

Count				
		Kinerja WPA		Total
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	41	20	61
	Bekerja	27	12	39
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.045 ^a	1	.833		

Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.045	1	.833		
Fisher's Exact Test				1.000	.506
Linear-by-Linear Association	.044	1	.834		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.48.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pendidikan * Kinerja WPA

Crosstab

Count

--	--	--	--

		Kinerja WPA		Total
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	
Tingkat Pendidikan	Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah,SD,SMP)	10	6	16
	Pendidikan Tinggi (SMA,Akademi/pe rguruan tinggi)	58	26	84
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.265 ^a	1	.607		
Continuity Correction ^b	.049	1	.824		
Likelihood Ratio	.259	1	.611		
Fisher's Exact Test				.771	.403
Linear-by-Linear Association	.262	1	.609		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.12.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pengetahuan * Kinerja WPA**Crosstab**

Count		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Tingkat Pengetahuan	Kurang Baik (skor <=7)	32	5	37
	Baik (Skor>7)	36	27	63
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.224 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.925	1	.005		
Likelihood Ratio	10.021	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.132	1	.003		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.84.

b. Computed only for a 2x2 table

Stigma dan Diskriminasi * Kinerja WPA Crosstabulation

Count		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Stigma dan Diskriminasi	Ya	45	9	54
	Tidak	23	23	46
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.684 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.198	1	.001		
Likelihood Ratio	12.944	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.557	1	.000		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.72.

b. Computed only for a 2x2 table

Ketersediaan Faskes * Kinerja WPA**Crosstab**

Count				
		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Ketersediaan Faskes	Tidak	13	5	18
	Ya	55	27	82
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.180 ^a	1	.672		
Continuity Correction ^b	.021	1	.885		
Likelihood Ratio	.183	1	.668		
Fisher's Exact Test				.785	.451
Linear-by-Linear Association	.178	1	.673		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.76.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.180 ^a	1	.672		
Continuity Correction ^b	.021	1	.885		
Likelihood Ratio	.183	1	.668		
Fisher's Exact Test				.785	.451
Linear-by-Linear Association	.178	1	.673		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.76.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

Count		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Dukungan Layanan Kesehatan	Tidak	4	3	7
	Ya	64	29	93
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.408 ^a	1	.523		
Continuity Correction ^b	.048	1	.827		
Likelihood Ratio	.390	1	.532		
Fisher's Exact Test				.677	.398
Linear-by-Linear Association	.404	1	.525		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.24.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Stake Holder * Kinerja WPA

Dukungan Stake Holder * Kinerja WPA Crosstabulation

Count				
		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Dukungan Stake Holder	Tidak	45	8	53
	Ya	23	24	47
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.811 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.204	1	.000		
Likelihood Ratio	15.259	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.663	1	.000		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.04.

b. Computed only for a 2x2 table

Regulasi * Kinerja WPA**Crosstab**

Count		Kinerja WPA		
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Total
Regulasi	Tidak	18	7	25
	Ya	50	25	75
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.245 ^a	1	.621		
Continuity Correction ^b	.061	1	.804		
Likelihood Ratio	.249	1	.618		
Fisher's Exact Test				.805	.408
Linear-by-Linear Association	.243	1	.622		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Statistics

Kinerja WPA

N	Valid	100
	Missing	0

Kinerja WPA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik (<60%)	68	68.0	68.0	68.0
Baik (>=60%)	32	32.0	32.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Sosial Budaya * Kinerja WPA Crosstabulation

Count		Kinerja WPA		Total
		Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	
Sosial Budaya Tidak		43	12	55
Ya		25	20	45
Total		68	32	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.823 ^a	1	.016		
Continuity Correction ^b	4.830	1	.028		
Likelihood Ratio	5.842	1	.016		
Fisher's Exact Test				.019	.014
Linear-by-Linear Association	5.765	1	.016		
N of Valid Cases ^b	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a	N	Percent
Selected Cases Included in Analysis	100	100.0
Missing Cases	0	.0
Total	100	100.0
Unselected Cases	0	.0
Total	100	100.0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Kurang Baik (<60%)	0
Baik (>=60%)	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed	Predicted	
	Kinerja WPA	Percentage

			Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	Correct
Step 0	Kinerja WPA	Kurang Baik (<60%)	68	0	100.0
		Baik (>=60%)	32	0	.0
Overall Percentage					68.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.754	.214	12.363	1	.000	.471

Variables not in the Equation

		Score	df	Sig.
Step 0	Variables pengetahuan	9.224	1	.002

stigmadiskriminasi	12.684	1	.000
dukungastakeholder	14.811	1	.000
sosialbudaya	5.823	1	.016
Overall Statistics	21.827	4	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	23.652	4	.000
Block	23.652	4	.000
Model	23.652	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	101.721 ^a	.211	.295

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Kinerja WPA		Percentage Correct
			Kurang Baik (<60%)	Baik (>=60%)	
Step 1	Kinerja WPA	Kurang Baik (<60%)	60	8	88.2
		Baik (>=60%)	18	14	43.8
		Overall Percentage			74.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	99.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a pengetahuan	1.126	.613	3.377	1	.066	3.082	.636	14.930
stigmatdiskriminasi	.347	.730	.226	1	.635	1.414	.216	9.261
dukungastakeholder	1.296	.716	3.278	1	.070	3.656	.578	23.125
sosialbudaya	.676	.496	1.857	1	.173	1.965	.548	7.049
Constant	-6.219	1.404	19.626	1	.000	.002		

a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan, stigmatdiskriminasi, dukungastakeholder, sosialbudaya.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	99.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a pengetahuan	1.126	.613	3.377	1	.066	3.082	.636	14.930
stigmatiskriminasi	.347	.730	.226	1	.635	1.414	.216	9.261
dukungastakeholder	1.296	.716	3.278	1	.070	3.656	.578	23.125
sosialbudaya	.676	.496	1.857	1	.173	1.965	.548	7.049
Constant	-6.219	1.404	19.626	1	.000	.002		

a. Variable(s) entered on step 1: pengetahuan, stigmatiskriminasi, dukungastakeholder, sosialbudaya.

DOKUMENTASI



