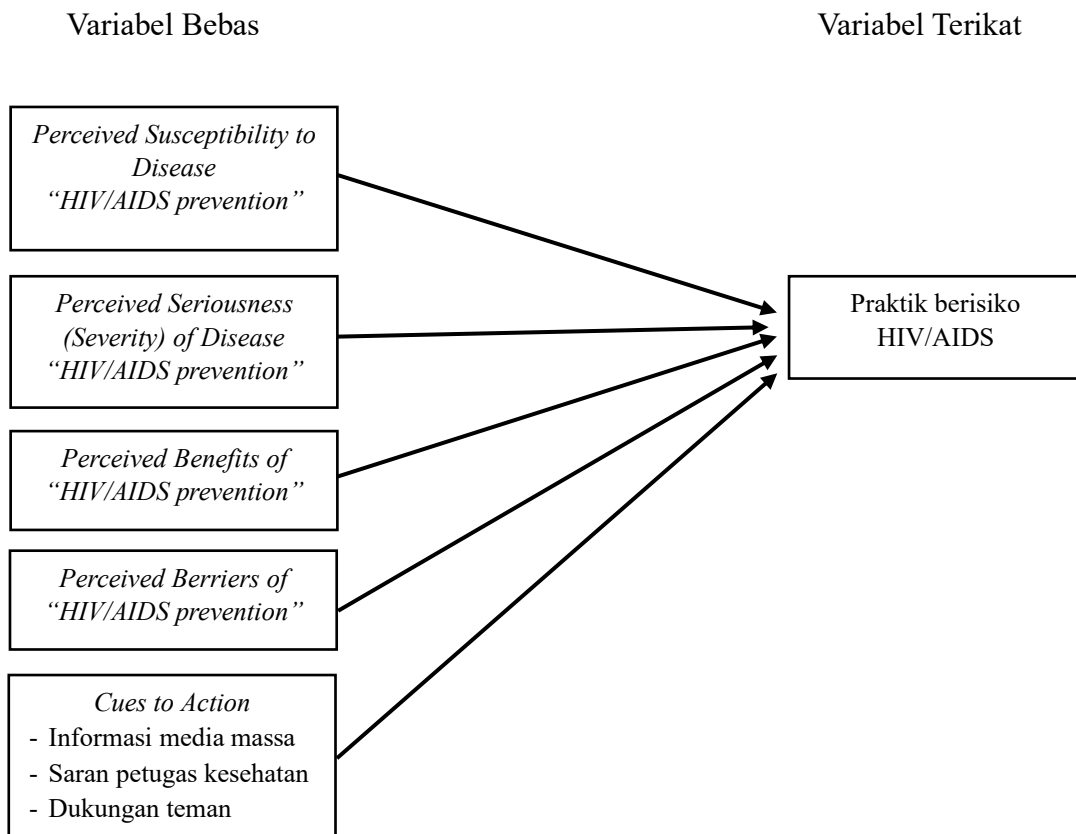


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 kerangka konsep

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara persepsi WPS di Kota Tasikmalaya akan kerentanan terinfeksi HIV/AIDS dengan praktik pencegahan HIV/AIDS.
2. Ada hubungan antara persepsi WPS di Kota Tasikmalaya akan keseriusan terinfeksi HIV/AIDS dengan praktik pencegahan HIV/AIDS.

3. Ada hubungan antara persepsi WPS di Kota Tasikmalaya akan manfaat yang didapat dari perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS dengan praktik pencegahan HIV/AIDS.
4. Ada hubungan antara persepsi hambatan pada WPS di Kota Tasikmalaya terkait dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS dengan praktik pencegahan HIV/AIDS
5. Ada hubungan antara Isyarat akan bertindak pada WPS di Kota Tasikmalaya terkait dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS dengan praktik pencegahan HIV/AIDS.

C. Variabel penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan), *perceived seriousness* (persepsi keseriusan), *perceived benefits* (persepsi manfaat), *perceived barriers* (hambatan) dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak) wanita pekerja seks (WPS).

2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Praktik berisiko HIV/AIDS.

3. Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap, umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan karena keterbatasan penelitian.

D. Definisi Operasional

Tabel 3. 1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala Ukur
Variabel Bebas				
<i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan)	Keyakinan WPS terhadap kemungkinan tertular HIV/AIDS melalui perilaku seksual yang mereka lakukan.	Kuesioner	a) Persepsi kerentanan baik (kode 2) b) Persepsi kerentanan kurang (kode 1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal
<i>Perceived Severity</i> (Persepsi keseriusan)	Sejauh mana WPS meyakini bahwa HIV/AIDS adalah ancaman serius bagi kesehatan dan kehidupan mereka	Kuesioner	a) Persepsi keseriusan baik (kode 2) b) Persepsi keseriusan kurang (kode 1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal
<i>Perceived Benefits</i> (Persepsi manfaat)	Keyakinan WPS mengenai manfaat tindakan pencegahan HIV/AIDS (misalnya, penggunaan kondom, pemeriksaan kesehatan rutin)	Kuesioner	a) Persepsi manfaat baik (kode 2) b) Persepsi manfaat kurang (kode 1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal

<i>Perceived Barriers</i> (Persepsi hambatan)	Hambatan yang dirasakan dalam menerapkan tindakan pencegahan HIV/AIDS (misalnya, stigma, akses ke kondom, tekanan dari pelanggan)	Kuesioner	a) Persepsi hambatan baik (kode 2) b) Persepsi hambatan kurang (kode 1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal
<i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk bertindak)	Faktor eksternal yang mendorong WPS untuk melakukan pencegahan HIV/AIDS, seperti kampanye kesehatan, nasihat tenaga medis, pengalaman orang lain	Kuesioner	a) persepsi hambatan baik (kode 2) b) Persepsi hambatan kurang (kode 1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal
Variabel Terikat				
Praktik pencegahan HIV/AIDS	Tindakan nyata WPS dalam praktik berisiko HIV/AIDS, seperti penggunaan kondom, pemeriksaan kesehatan, pengurangan pasangan pelanggan	Kuesioner	c) Praktik Pencegahan baik (2) d) Pencegahan kurang baik (1) (Sugiyono, & Puspandhani, 2020)	Nominal

E. Metode Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study*, di mana variabel dependen (praktik berisiko tertular HIV/AIDS) dan variabel independen (persepsi keseriusan, persepsi kerentanan, persepsi manfaat, hambatan dan isyarat untuk bertindak wanita pekerja seks (WPS)) yang diamati dan diukur pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2014).

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019). Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh WPS yang terdaftar di KPA Kota Tasikmalaya sebanyak 371 WPS.

2. Sampel

a. Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga, dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat

diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul betul representatif (mewakili) (Sugiyono, 2019).

Perhitungan sampel menggunakan rumus slovin sebagai berikut:

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

$$n = \frac{371}{1 + 371(0.05)^2}$$

$$n = \frac{371}{1,93}$$

$$n = 192,22 \approx 193$$

Keterangan:

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir; e = 5% atau 0,05.

Besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 193 responden.

b. Pengumpulan sampel

Teknik penentuan sampel penelitian ini menggunakan jenis *non probability sampling*. Menurut Sugiyono, (2018:136) merupakan teknik pengambilan sampel dengan tidak memberi peluang atau kesempatan yang sama pada setiap anggota populasi saat akan dipilih sebagai sampel. Sedangkan teknik *purposive*

sampling adalah pengambilan sampel dengan menggunakan beberapa pertimbangan tertentu sesuai dengan kriteria yang diinginkan untuk dapat menentukan jumlah sampel yang akan diteliti.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Pengumpulan data primer pada penelitian ini didapatkan dengan Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui penyebaran kuesioner secara daring menggunakan platform Google Form. Kuesioner disusun berdasarkan indikator masing-masing variabel penelitian dan telah melalui proses validasi isi untuk memastikan kelayakan dan relevansi pertanyaan.

Penyebaran kuesioner dilakukan dengan bantuan petugas Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), yang memiliki akses langsung kepada responden penelitian, yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS). Metode pengumpulan data secara online dipilih untuk mempermudah jangkauan terhadap responden yang tersebar di beberapa lokasi, serta mempertimbangkan aspek kenyamanan dan privasi.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari perantara instansi-instansi pemerintah yang terkait dengan penelitian ini atau sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpulan data yang biasanya melewati perantara orang lain atau dokumen-dokumen seperti buku-buku,

artikel-artikel serta dokumentasi berupa rekaman suara sebagai bukti penelitian benar dilakukan (Sugiyono, 2020).

Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh dari arsip data Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya yang berhubungan dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS pada wanita pekerja seks.

H. Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian kuantitatif adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian (Notoatmodjo, 2014). Pada penelitian ini instrument yang digunakan adalah data primer yang diperoleh dari kuesioner serta data sekunder yang diperoleh dari data Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan KPAD Kabupaten Ciamis. Kuesioner dibuat berdasarkan modifikasi dari penelitian sebelumnya dan peneliti sendiri, selanjutnya akan di uji validitas dan reliabilitasnya di Kabupaten Ciamis pada tanggal 15 dan 16 Juli dengan responden sebanyak 30 orang.

1. Uji Validitas

Uji validitas berguna untuk mengetahui kevalidan atau kesesuaian kuesioner yang digunakan oleh peneliti dalam mengukur dan memperoleh data penelitian dari para responden. Dasar pengambilan uji validitas ialah perbandingan r hitung dengan r tabel. Jika nilai r hitung $> r$ tabel = valid, jika r hitung $< r$ tabel = tidak valid. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian kuantitatif ini yaitu kuesioner.

a. Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Kerentanan

Untuk mneguji validitas instrument dalam penelitian, maka digunakan *corrected item total correlation* dengan bantuan SPSS 26.0 for windows. Uji validitas adalah pengujian yang dilakukan guna untuk mengetahui seberapa cermat suatu instrument dalam mengukur apa yang ingin diukur. Pengambilan keputusan pada uji validitas ini yaitu menggunakan r tabel yaitu 0,361 dengan signifikan 0,05.

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi kerentanan dengan 10 item pertanyaan ternyata semua item pertanyaan sah (valid) sebab memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 dan nilai r hitung lebih dari nilai r tabel.

Tabel 3. 2

Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Kerentanan

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,696	Valid
2	0,361	0, 731	Valid
3	0,361	0, 726	Valid
4	0,361	0,681	Valid
5	0,361	0,796	Valid
6	0,361	0,805	Valid
7	0,361	0,682	Valid
8	0,361	0,597	Valid
9	0,361	0,674	Valid
10	0,361	0,867	Valid

b. Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Keseriusan

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi keseriusan dengan 10 item pertanyaan ternyata semua item pertanyaan sah (valid) sebab

memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 dan nilai r hitung lebih dari nilai r tabel.

Tabel 3. 3
Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Keseriusan

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,660	Valid
2	0,361	0,663	Valid
3	0,361	0,771	Valid
4	0,361	0,659	Valid
5	0,361	0,724	Valid
6	0,361	0,726	Valid
7	0,361	0,769	Valid
8	0,361	0,681	Valid
9	0,361	0,678	Valid
10	0,361	0,613	Valid

c. Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Manfaat

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi manfaat dengan 10 item pertanyaan ternyata 9 item pertanyaan sah (valid) dan 1 item pertanyaan tidak sah (tidak valid) sebab memiliki nilai signifikan sama dengan 0,05 dan nilai r hitung kurang dari nilai r tabel.

Tabel 3. 4
Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Manfaat

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,427	Valid
2	0,361	0,703	Valid
3	0,361	0,360	Tidak Valid
4	0,361	0,851	Valid
5	0,361	0,689	Valid
6	0,361	0,730	Valid
7	0,361	0,666	Valid
8	0,361	0,862	Valid
9	0,361	0,786	Valid
10	0,361	0,782	Valid

d. Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Hambatan

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi keseriusan dengan 10 item pertanyaan ternyata semua item pertanyaan sah (valid) sebab memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 dan nilai r hitung lebih dari nilai r tabel.

Tabel 3. 5
Hasil Uji Validitas Kuesioner Persepsi Hambatan

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,605	Valid
2	0,361	0, 712	Valid
3	0,361	0, 393	Valid
4	0,361	0,397	Valid
5	0,361	0,454	Valid
6	0,361	0,688	Valid
7	0,361	0,748	Valid
8	0,361	0,703	Valid
9	0,361	0,730	Valid
10	0,361	0,687	Valid

e. Hasil Uji Validitas Kuesioner Isyarat untuk Bertindak

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi keseriusan dengan 11 item pertanyaan ternyata semua item pertanyaan sah (valid) sebab memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 dan nilai r hitung lebih dari nilai r tabel.

Tabel 3. 6
Hasil Uji Validitas Kuesioner Isyarat untuk Bertindak

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,666	Valid
2	0,361	0, 617	Valid
3	0,361	0, 713	Valid
4	0,361	0,652	Valid
5	0,361	0,727	Valid
6	0,361	0,718	Valid
7	0,361	0,655	Valid
8	0,361	0,713	Valid

9	0,361	0,555	Valid
10	0,361	0,759	Valid
11	0,361	0,620	Valid

f. Hasil Uji Validitas Praktik Pencegahan

Hasil uji validitas untuk variabel persepsi keseriusan dengan 15 item pertanyaan ternyata 14 item pertanyaan sah (valid) dan sebab memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 dan nilai r hitung lebih dari nilai r tabel dan 1 item pertanyaan tidak sah (tidak valid) sebab memiliki nilai signifikan lebih dari 0,05 dan nilai r hitung kurang dari nilai r tabel.

Tabel 3. 7
Hasil Uji Validitas Kuesioner Praktik Pencegahan

No Item	Nilai r tabel	Nilai r hitung	Keterangan
1	0,361	0,736	Valid
2	0,361	0,844	Valid
3	0,361	0,792	Valid
4	0,361	0,819	Valid
5	0,361	0,903	Valid
6	0,361	0,836	Valid
7	0,361	0,914	Valid
8	0,361	0,509	Valid
9	0,361	0,314	Tidak Valid
10	0,361	0,673	Valid
11	0,361	0,676	Valid
12	0,361	0,722	Valid
13	0,361	0,600	Valid
14	0,361	0,819	Valid
15	0,316	0,809	Valid

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana instrumen penelitian dapat memberikan hasil yang konsisten dan stabil jika digunakan untuk mengukur konsep yang sama pada waktu yang berbeda. Menurut Sugiyono (2019), instrumen dikatakan reliabel

apabila memiliki koefisien reliabilitas yang tinggi, yaitu mendekati angka 1. Salah satu teknik yang umum digunakan untuk menguji reliabilitas instrumen yang berbentuk skala (seperti skala Likert) adalah metode *Cronbach's Alpha*.

Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap seluruh item pertanyaan dalam kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan bantuan program SPSS. Menurut Sugiyono, suatu instrumen dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,60. Adapun kriteria penilaian reliabilitas berdasarkan nilai alpha adalah sebagai berikut:

$\alpha \geq 0,90$: Sangat reliabel

$0,70 \leq \alpha < 0,90$: Cukup reliabel

$0,60 \leq \alpha < 0,70$: Dapat diterima

$\alpha < 0,60$: Kurang reliabel

Tabel 3.8
Hasil Uji Reliabelitas

No	Variabel	Nilai Cronbach Alpha	Keterangan
1	Persepsi Kerentanan	0,896	Reliabel
2	Persepsi Keseriusan	0,880	Reliabel
3	Persepsi Manfaat	0,870	Reliabel
4	Persepsi Hambatan	0,813	Reliabel
5	Isyarat Untuk Bertindak	0,879	Reliabel
6	Praktik Pencegahan	0,926	Reliabel

I. Prosedur Penelitian

1. Tahap Survey

Tahap ini dilakukan oleh peneliti sebelum mendapatkan tempat/wilayah untuk dijadikan tempat penelitian. Peneliti melakukan survey kesehatan dengan tujuan mencari dan mengulik permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat Kota Tasikmalaya. Peneliti melakukan survey data penyakit HIV/AIDS ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya pada Senin, 12 September 2024. Selanjutnya peneliti melakukan survey dan wawancara kepada Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) untuk meminta data WPS pada, 17 September 2024. Diketahui data WPS yang bersedia di wawancara. Proses selanjutnya, yaitu pada 18-20 Juni peneliti melakukan wawancara pendahuluan kepada 20 WPS yang bekerja di wilayah Kota Tasikmalaya. Setelah merekapitulasi data dan hasil wawancara tahap selanjutnya peneliti menyusun proposal penelitian.

2. Tahap Mengumpulkan Data

Pengumpulan data dalam penelitian kuantitatif yaitu menyerahkan link gform kepada petugas KPA, lalu petugas KPA menyebarkan link gform kepada responden dan menjelaskan kepada calon responden mengenai penelitian dan bila bersedia menjadi responden dipersilahkan menceklis informed consent dan mengisi kuesioner yang telah ditentukan dan melakukan pengumpulan data yang sudah di isi oleh responden.

3. Tahap Mengolah dan Menganalisis Data

Pada tahap ini penulis menyusun semua data yang telah terkumpul dari lokasi penelitian secara sistematis dan terinci, sehingga data tersebut mudah dipahami serta temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain secara jelas dan gamblang.

J. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

- a. Editing, adalah pekerjaan memeriksa validitas data yang masuk seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, konsistensi antar jawaban, relevansi dan keseragaman suatu pengukuran.
- b. Skoring, adalah kegiatan mengklarifikasikan data dan jawaban menurut kategori masing-masing. Skor yang akan diberikan sesuai dengan definisi operasional.

1) Persepsi kerentanan

Variabel persepsi kerentanan diukur dengan cara wawancara menggunakan instrument kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dan setiap soal terdapat 4 pilihan jawaban dengan skoring menggunakan skala likert.

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Merujuk pada skala likert dengan dua kategori yaitu sikap baik dan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu jawaban sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1. Serta jumlah pertanyaan keseluruhan sebanyak adalah:

Skor tertinggi: $40 = 40/40 \times 100\% = 100\%$

Skor terendah: $10 = 10/40 \times 100\% = 25\%$

$R(\text{range}) = \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}$
 $= 100\% - 25\% = 75\%$

Kategori = 2

Interval = $R/K = 75\%/2$
 $= 37,5\%$

Range Standar = $100\% - 37,5\%$
 $= 62,5\%$

Jadi kategori baik (bila skor jawaban dari responden $\geq 62,5\%$ artinya bahwa WPS memiliki persepsi kerentanan yang baik terhadap pencegahan HIV/AIDS), kategori kurang (bila skor jawaban dari responden $< 62,5\%$ artinya bahwa WPS memiliki persepsi kerentanan yang kurang terhadap pencegahan HIV/AIDS).

2) Persepsi keseriusan

Variabel persepsi keseriusan diukur dengan cara wawancara menggunakan instrument kuesioner sebanyak 10 pertanyaan

dan setiap soal terdapat 4 pilihan jawaban dengan skoring menggunakan skala likert.

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Merujuk pada skala likert dengan dua kategori yaitu sikap baik dan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu jawaban sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1. Serta jumlah pertanyaan keseluruhan sebanyak adalah:

Skor tertinggi: $40 = 40/40 \times 100\% = 100\%$

Skor terendah: $10 = 10/40 \times 100\% = 25\%$

$R(\text{range}) = \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}$

$$= 100\% - 25\% = 75\%$$

Kategori = 2

Interval = $R/K = 75\%/2$

$$= 37,5\%$$

Range Standar = $100\% - 37,5\%$

$$= 62,5\%$$

Jadi kategori baik (bila skor jawaban dari responden $\geq 62,5\%$ artinya bahwa WPS memiliki persepsi keseriusan yang baik terhadap pencegahan HIV/AIDS), kategori kurang (bila skor

jawaban dari responden <62,5% artinya bahwa WPS memiliki persepsi keseriusan yang kurang terhadap pencegahan HIV/AIDS).

3) Persepsi manfaat

Variabel persepsi manfaat diukur dengan cara wawancara menggunakan instrument kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dan setiap soal terdapat 4 pilihan jawaban dengan skoring menggunakan skala likert.

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Merujuk pada skala likert dengan dua kategori yaitu sikap baik dan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu jawaban sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1. Serta jumlah pertanyaan keseluruhan sebanyak adalah:

Skor tertinggi: $36 = 36/36 \times 100\% = 100\%$

Skor terendah: $9 = 9/36 \times 100\% = 25\%$

$R(\text{range}) = \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}$

$= 100\% - 25\% = 75\%$

Kategori = 2

Interval = $R/K = 75\%/2$

$$= 37,5\%$$

$$\text{Range Standar} = 100\% - 37,5\%$$

$$= 62,5\%$$

Jadi kategori baik (bila skor jawaban dari responden $\geq 62,5\%$ artinya bahwa WPS memiliki persepsi kerentanan yang baik terhadap pencegahan HIV/AIDS), kategori kurang (bila skor jawaban dari responden $<62,5\%$ artinya bahwa WPS memiliki persepsi kerentanan yang kurang terhadap pencegahan HIV/AIDS).

4) Isyarat untuk bertindak

Variabel Isyarat untuk bertindak diukur dengan cara wawancara menggunakan instrument kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dan setiap soal terdapat 2 pilihan jawaban dengan skoring menggunakan skala guttman.

Ya = 1

Tidak = 0

Merujuk pada skala guttman dengan dua kategori yaitu baik dan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu jawaban ya = 1, tidak = 0. Serta jumlah pertanyaan keseluruhan sebanyak adalah:

$$\text{Skor tertinggi: } 10 = 10/10 \times 100\% = 100\%$$

$$\text{Skor terendah: } 0 = 0/10 \times 100\% = 0\%$$

$$R(\text{range} = \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah})$$

$$= 100\% - 0\%$$

$$= 100\%$$

$$\text{Kategori} = 2$$

$$\text{Interval} = R/K$$

$$= 100\%/2$$

$$= 50\%$$

$$\text{Range Standar} = 100\% - 50\%$$

$$= 50\%$$

Jadi kategori baik (bila skor jawaban dari responden $\geq 50\%$ artinya bahwa WPS memiliki isyarat untuk bertindak yang baik terhadap pencegahan HIV/AIDS), kategori kurang (bila skor jawaban dari responden $< 50\%$ artinya bahwa WPS memiliki isyarat untuk bertindak yang kurang terhadap pencegahan HIV/AIDS).

5) Praktik pencegahan HIV/AIDS

Variabel persepsi kerentanan diukur dengan cara wawancara menggunakan instrument kuesioner sebanyak 14 pertanyaan dan setiap soal terdapat 5 pilihan jawaban dengan skoring menggunakan skala likert.

1 = Tidak Pernah

2 = Jarang,

3 = Kadang-kadang

4 = Sering

5 = Selalu

Merujuk pada skala likert dengan dua kategori yaitu sikap baik dan kurang, dimana setiap item mempunyai jawaban yaitu jawaban 1 = Tidak Pernah, 2 = Jarang, 3 = Kadang-kadang, 4 = Sering, 5 = Selalu. Serta jumlah pertanyaan keseluruhan sebanyak adalah:

Skor tertinggi: $70 = 70/70 \times 100\% = 100\%$

Skor terendah: $14 = 14/70 \times 100\% = 20\%$

$R(\text{range}) = \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}$

$$= 100\% - 20\% = 80\%$$

Kategori = 2

Interval = $R/K = 80\%/2$

$$= 40\%$$

Range Standar = $100\% - 40\%$

$$= 60\%$$

Jadi kategori baik (bila skor jawaban dari responden $\geq 60\%$ artinya bahwa WPS memiliki praktik pencegahan yang baik), kategori kurang (bila skor jawaban dari responden $<60\%$ artinya bahwa WPS memiliki praktik pencegahan yang kurang).

- c. Coding, yaitu merubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data atau bilangan. Pengkodean ini sangat berguna dalam memasukkan data.

1) Persepsi kerentanan

c) Persepsi kerentanan baik (kode 2)

- d) Persepsi kerentanan kurang (kode 1)
- 2) Persepsi keseriussan
 - a) Persepsi keseriusan baik (kode 2)
 - b) Persepsi keseriusan kurang (kode 1)
- 3) Persepsi manfaat
 - a) Persepsi manfaat baik (kode 2)
 - b) Persepsi manfaat kurang (kode 1)
- 4) Isyarat untuk bertindak
 - a) Isyarat untuk bertindak baik (kode 2)
 - b) Isyarat untuk bertindak kurang (kode 1)
- 5) Praktik Pencegahan HIV/AIDS
 - e) Praktik Pencegahan baik (2)
 - f) Pencegahan kurang baik (1)
- d. Entry, adalah kegiatan memasukkan data yang telah didapat ke dalam program komputer yang telah ditetapkan (SPSS).
- e. Tabulating, adalah tahap melakukan penyajian data melalui tabel supaya lebih mudah untuk dianalisis.

2. Analisis Data

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini terdiri dari 2 jenis analisis yaitu univariat dan bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen yaitu persepsi kerentanan, persepsi

keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, isyarat untuk bertindak dan variabel dependen yaitu praktik pencegahan HIV/AIDS. Kemudian data disajikan secara deskriptif dan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, isyarat untuk bertindak dengan praktik pencegahan HIV/AIDS. Hubungan tersebut dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* pada aplikasi SPSS 26.0. Nilai yang digunakan untuk melihat ada tidaknya hubungan dua variabel adalah p (probabilitas), maka dikatakan signifikan jika $p < 0,05$.

Syarat uji chi square adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai E) kurang dari 1.
- 2) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai E) kurang dari 5, lebih dari 20% dari keseluruhan sel.
- 3) Jika menggunakan uji chi-square pada tabel 2x2 maka perlu menerapkan koreksi Yates (*Yates's continuity correction*) untuk menghindari overestimasi signifikansi statistik pada sampel kecil.

Adapun cara untuk membaca hasil uji chi square adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak ada cell dengan nilai frekuensi kenyataan atau actual count (F_o) sebesar 0 (nol).
- 2) Pada tabel 2x2 tidak dijumpai nilai *expected* (harapan) kurang dari 5 maka yang digunakan adalah *continuity correction*.

Dasar pengambilan keputusan penerimaan hipotesis berdasarkan tingkat signifikan (nilai α) sebesar 95% :

- 1) $p \text{ value} > \alpha (0,05)$, maka hipotesis penelitian (H_a) ditolak dan (H_o) diterima sehingga tidak ada hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat.
- 2) $p \text{ value} \leq \alpha (0,05)$, maka hipotesis penelitian (H_a) diterima dan (H_o) ditolak sehingga ada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.
- 3) Menentukan OR, untuk menilai keeratan hubungan antara dua variabel (variabel bebas dan variabel terikat).

Odd Ratio dipakai untuk mencari perbandingan kemungkinan peristiwa terjadi didalam satu kelompok dengan kemungkinan hal yang sama terjadi dikelompok lain. Rasio odds adalah ukuran besarnya efek dan umumnya digunakan untuk membandingkan hasil dalam uji klinik.

Syarat OR (Odds Ratio), sebagai berikut (Suryono, 2013):

- a) OR (Odds Ratio) < 1 , artinya faktor yang diteliti merupakan faktor protektif resiko untuk terjadi efek atau mengurangi risiko.
- b) OR (Odds Ratio) > 1 , artinya faktor yang diteliti merupakan faktor resiko.
- c) OR (Odds Ratio) $= 1$, artinya faktor yang diteliti bukan faktor resiko.

Derajat Kepercayaan (Confident Interval 95%), batas kemaknaan $\alpha = 0,05$ (5%).

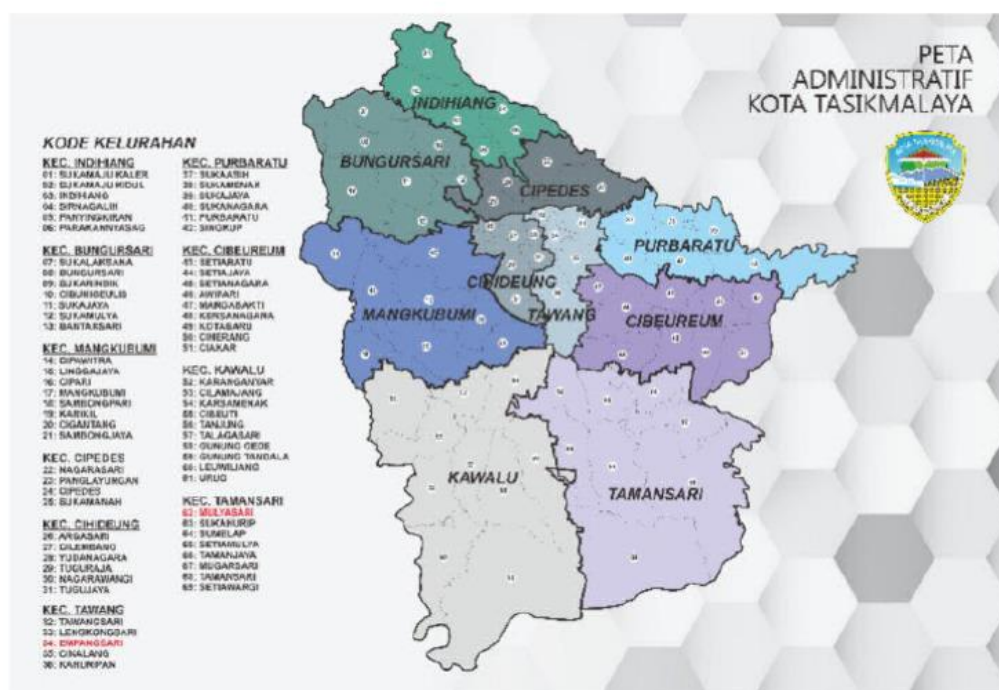
- a) Jika CI melewati angka 1 artinya faktor yang diteliti merupakan faktor resiko.
- b) Jika CI tidak melewati angka 1 artinya faktor yang diteliti bukan merupakan faktor resiko.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kota Tasikmalaya atau juga disingkat Tasik adalah sebuah kota yang terletak di Provinsi Jawa Barat, Indonesia. Kota ini berjuluk *Kota Sang Mutiara dari Priangan Timur*. Kota Tasikmalaya terletak di jalur utama selatan Pulau Jawa yang menghubungkan Kota Bandung dengan Kota Surabaya, Jawa Timur. Pada pertengahan tahun 2024, jumlah total penduduk kota Tasikmalaya sebanyak 761.080 jiwa, dengan kepadatan 4.400 jiwa/km².



Gambar 4 1 Peta Wilayah Kota Tasikmalaya

Sumber: Profil Kota Tasikmalaya 2024

1. Letak geografis

Kota Tasikmalaya adalah salah satu kota di Provinsi Jawa Barat. Kota ini terletak pada $108^{\circ} 08' 38'' - 108^{\circ} 24' 02''$ BT dan $7^{\circ} 10' - 7^{\circ} 26' 32''$ LS di bagian Tenggara wilayah Provinsi Jawa Barat. Kota ini dahulu adalah sebuah kabupaten, namun seiring dengan perkembangan, maka terbentuklah 2 buah bentuk pemerintahan yaitu Pemerintahan Kabupaten dan Pemerintahan Kota Tasikmalaya. Batasan administratif pemerintahan sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara, berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya (Kecamatan Cisayong, Sukaratu) dan dengan Kabupaten Ciamis (Kecamatan Sindangkasih, Cikoneng, Cihaubeuti), dengan batas fisik Sungai Citanduy.
- b. Sebelah Selatan, berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya (Kecamatan Jatiwaras dan Sukaraja).
- c. Sebelah Barat, berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya (Kecamatan Sukaratu, Leuwisari, Singaparna, Sukarame, Sukaraja) dengan batas fisik Sungai Ciwulan.
- d. Sebelah Timur, berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya (Kecamatan Manonjaya dan Gunung Tanjung) dengan batas fisik saluran irigasi Cikunten II dan Sungai Cileuwimunding.

Kota Tasikmalaya merupakan salah satu daerah otonom yang berada di wilayah Provinsi Jawa Barat. Semenjak berdiri pada tahun 2001 telah terjadi beberapa perkembangan atau perubahan wilayah administrasi

dan luas wilayahnya. Pada tahun 2001, luas wilayah Kota Tasikmalaya yang telah disahkan dalam Undang-undang No. 10 Tahun 2001 tentang Pembentukan Pemerintah Kota Tasikmalaya adalah 171,56 km², yang terbagi ke dalam 8 (delapan) kecamatan yang memiliki 15 kelurahan dan 54 desa.

Tabel 4. 1
Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kota Tasikmalaya

Kecamatan	Luas (Km ²)	Persentase
Purbaratu	12,63	6,86
Kawalu	42,33	22,98
Tamansari	37,00	20,08
Cibeureum	18,39	9,98
Tawang	6,91	3,75
Cihideung	5,45	2,96
Mangkubumi	23,99	13,02
Indihiang	10,86	5,9
Bungursari	17,62	9,56
Cipedes	9,04	4,91
Kota Tasikmalaya	184,22	100,00

Sumber: Kota Tasikmalaya Dalam Angka Tahun 2022

Berdasarkan 10 Kecamatan yang ada di Kota Tasikmalaya, menunjukkan bahwa dari tahun 2017 – 2021 tidak mengalami penambahan atau pengurangan. Jumlah Desa/Kelurahan di Kecamatan Kawalu yaitu 10, Kecamatan Tamansari 8, Kecamatan Cibeureum 9, Kecamatan Purbaratu 6, Kecamatan Tawang 5, Kecamatan Cihideung 6, Kecamatan Mangkubumi 8, Kecamatan Indihiang 6, Kecamatan Bungursari 7, dan Kecamatan Cipedes 4. Jumlah total keseluruhan Desa/Kelurahan yang ada di Kota Tasikmalaya adalah sebanyak 69. Berikut merupakan data mengenai jumlah Desa/Kelurahan yang ada di Kota Tasikmalata Tahun 2021 pada Tabel 4.2

Tabel 4. 2
Jumlah Desa/Kelurahan Menurut Kecamatan di Kota Tasikmalaya

Kecamatan	2017	2018	2019	2020	2021
Kawalu	10	10	10	10	10
Tamansari	8	8	8	8	8
Cibeureum	9	9	9	9	9
Purbaratu	6	6	6	6	6
Tawang	5	5	5	5	5
Cihideung	6	6	6	6	6
Mangkubumi	8	8	8	8	8
Indihiang	6	6	6	6	6
Bungursari	7	7	7	7	7
Cipedes	4	4	4	4	4
Kota Tasikmalaya	69	69	69	69	69

Sumber: Diadaptasi dari Kota Tasikmalaya dalam Angka Tahun 2022

2. Kependudukan

a. Jumlah Penduduk

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Tasikmalaya, jumlah penduduk tahun 2023 sebanyak 741.760 jiwa terdiri dari laki-laki 375.737 jiwa dan perempuan 366.023 jiwa. Penduduk terbanyak berada di Kecamatan Mangkubumi sebanyak 100.920 jiwa, diikuti Kecamatan Kawalu sebanyak 99.510 jiwa dan Kecamatan Cipedes sebanyak 82.750 jiwa. Dilihat dari tingkat kepadatannya, kecamatan dengan penduduk terpadat ialah Kecamatan Cihideung sebanyak 13.672 jiwa/Km² diikuti Kecamatan Cipedes 9.154 jiwa/Km² dan Kecamatan Tawang mencapai 9.030 jiwa/Km². Sedangkan 7 (tujuh) kecamatan lainnya berkisar 2.116 sampai dengan 5.451 jiwa/Km², sebagian besar berada dibawah rata-rata tingkat kepadatan penduduk Kota

Tasikmalaya sebesar 4.050 jiwa/Km² artinya terdapat ketimpangan sebaran penduduk yang mencolok antara 3 kecamatan kawasan perkotaan dan 7 kecamatan lainnya. Untuk lebih lengkapnya mengenai jumlah penduduk di Kota Tasikmalaya dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4. 3
Jumlah Penduduk Kota Tasikmalaya Tahun 2023 Per-Kecamatan

No	Kecamatan	Penduduk (Ribuan Jiwa)	Persentase Penduduk	Kepadatan Penduduk per km ²	Rasio Jenis Kelamin
1.	Kawalu	97,59	13,48	2.305	105,57
2.	Tamansari	78,25	10,81	2.115	104,74
3.	Cibeureum	69,06	9,54	3.755	102,51
4.	Purbaratu	44,85	6,20	3.551	104,36
5.	Tawang	60,81	8,40	8.801	99,65
6.	Cihideung	72,73	10,05	13.345	101,60
7.	Mangkubumi	98,81	13,65	4.119	102,82
8.	Indihiang	58,39	8,07	5.377	102,25
9.	Bungursari	61,55	8,50	3.493	103,50
10.	Cipedes	81,88	11,31	9.057	103,44
Kota Tasikmalaya		723,92	100,00	3.930	103,14

Sumber: Disdukcapil DKB Semester II Tahun 2023

b. Laju Pertumbuhan Penduduk

Berdasarkan data BPS, laju pertumbuhan penduduk (LPP)

Kota Tasikmalaya dalam tahun terakhir rata-rata sebesar 1,32%.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4. 4
Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Kota Tasikmalaya

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk (Ribuan)	Laju Pertumbuhan Penduduk Per Tahun 2023-2023 (%)
1.	Kawalu	98,64	1,07
2.	Tamansari	79,62	1,76
3.	Cibeureum	69,69	0,91
	Purbaratu	45,42	1,28

Tawang	61,61	1,32
Cihideung	73,69	1,32
Mangkubumi	99,96	1,16
Indihiang	59,36	1,67
Bungursari	63,09	2,49
Cipedes	82,39	0,62
Kota Tasikmalaya	733,47	1,32

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Tasikmalaya 2023

c. Struktur Perekonomian

Dari besaran PDRB (Produk Domestik Regional Bruto), dapat digambarkan kontribusi nilai tambah setiap kategori dalam pembentukan PDRB atau distribusi persentase kategorial terhadap pembentukan PDRB sehingga terlihat struktur perekonomiannya. Semakin besar persentase suatu kategori semakin besar pengaruh kategori tersebut dalam perkembangan ekonomi suatu daerah, sehingga akan tampak kategori-kategori yang menjadi pemicu pertumbuhan di wilayah bersangkutan. Lengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4. 5
Peranan Kategorial dalam PDRB Kota Tasikmalaya

	Kategori	2021	2022	2023
A	Pertanian, Kehutanan, dan Perikanan	1.100,18	1.202,36	1.319,54
B	Pertambangan dan Penggalian	1,91	1,99	1,99
C	Industri Pengolahan	3.159,59	3.450,78	3.669,23
D	Pengadaan Listrik dan Gas/	2,99	3,15	3,30
E	Pengadaan Air; Pengelolaan Sampah, Limbah, dan Daur Ulang	96,31	97,44	100,96
F	Konstruksi	3.700,54	3.975,54	4.397,55
G	Perdagangan Besar dan Eceran; Reparasi Mobil dan Sepeda Motor	4.954,11	5.416,72	5.929,52
H	Transportasi dan Pergudangan	2.072,51	2.320,07	2.763,40
I	Penyediaan Akomodasi dan Makan Minum	1.209,65	1.440,33	1.650,46
J	Informasi dan Komunikas	978,57	1.038,06	1.121,25

K	Jasa Keuangan dan Asuransi	2.396,31	2.596,50	2.708,69
L	Real Estat	397,89	438,12	472,71
MN	Jasa Perusahaan Activities	240,39	288,50	321,67
O	Administrasi Pemerintahan, Pertahanan, dan Jaminan Sosial Wajib	921,48	918,53	954,97
P	Jasa Pendidikan	511,52	534,79	592,35
Q	Jasa Kesehatan	547,86	605,46	669,84
RSTU	, Jasa Lainnya	553,75	646,33	733,97
	Produk Domestik Bruto	22.845,56	24.974,68	27.411,43

Sumber: BPS Kota Tasikmalaya Tahun 2024

3. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), praktik pengobatan tradisional, laboratorium kesehatan serta sarana produksi dan distribusi kefarmasian. Seluruhnya berjumlah 844 unit.

FKTP terdiri dari 22 Puskesmas beserta jaringannya, 48 klinik pratama dan 7 klinik utama. Puskesmas dengan fasilitas rawat inap sebanyak 9 unit dan 13 Puskesmas non rawat inap. FKRTL terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus sebanyak 14 unit, salah satu diantaranya adalah rumah sakit umum milik pemerintah daerah Kota Tasikmalaya. Seluruh rumah sakit telah memiliki kemampuan pelayanan gawat darurat (GADAR).

Adapun sarana produksi dan distribusi kefarmasian meliputi 5 usaha mikro obat tradisional, 13 pedagang besar farmasi, 263 apotik, 12 toko obat dan 14 toko alat kesehatan. Dinas kesehatan sendiri memiliki 1 unit

gudang farmasi yaitu unit pelaksana teknis gudang farmasi (UPTD Gudang Farmasi).

Sarana penting lainnya yaitu laboratorium kesehatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan kesehatan, pencegahan dan pengobatan serta pemulihan. Laboratorium yang ada di Kota Tasikmalaya sebanyak 27 unit terdiri dari 22 unit laboratorium Puskesmas, 1 unit UPTD laboratorium kesehatan daerah dan 7 unit laboratorium milik swasta. Selain itu terdapat sarana pelayanan kesehatan yang dikelola oleh masyarakat atau Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Beberapa bentuk UKBM yang dikenal adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) dan Posbindu (Pos Pelayanan Terpadu). Posyandu adalah wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing petugas terkait, tujuannya untuk menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu hamil, melahirkan dan nifas. Jumlah Posyandu yang ada di Kota Tasikmalaya pada tahun 2023 sebanyak 901 terdiri dari 4 strata yaitu strata Pratama 0 Posyandu, strata Madya 185 Posyandu (20.5%), Strata Purnama 382 Posyandu (42.4%) dan strata Mandiri 326 Posyandu (36.2%).

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Tasikmalaya. Proses pengumpulan data dimulai pada tanggal 20 Mei 2025 - 10 Juni 2025. Pengumpulan data dan

informasi diperoleh dengan menggunakan kuesioner untuk mengetahui data terkait dengan praktik pencegahan terpapar HIV/AIDS. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan program SPSS komputer dan selanjutnya disajikan kedalam bentuk tabel frekuensi dan tabulasi silang (*crosstab*) sesuai dengan tujuan penelitian yang disertai dengan narasi sebagai penjelasan tabel. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh, jumlah responden sesuai dengan jumlah sampel yang telah ditentukan yaitu sebanyak 193 responden. Adapun hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi responden berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, kualitas hidup, depresi, stigma, infeksi oportunistik, dukungan sosial dan lama menderita.

a. Karakteristik Responden

1) Usia

Tabel 4. 6
Distribusi Frekuensi Usia Wanita Pekerja Seks di
Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
19-24 tahun	60	31,3
25-29 tahun	97	50,3
30-34 tahun	29	15,0
≥35 tahun	7	3,6
Jumlah	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kelompok usia 25–29 tahun, yaitu sebanyak 50,3%.

2) Tingkat Pendidikan

Tabel 4. 7
Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Wanita Pekerja
Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak sekolah/tidak tamat SD	6	3,1
SD/Sederajat	10	5,2
SMP/Sederajat	42	21,8
SMA/Sederajat	112	58,0
Perguruan tinggi	23	11,9
Jumlah	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.7, sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA/ sederajat, yaitu sebanyak 58,0%.

3) Lama Bekerja sebagai WPS

Tabel 4. 8
Distribusi Frekuensi Lama Bekerja sebagai Wanita Pekerja
Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Lama bekerja	Frekuensi	Persentase (%)
<1 tahun	3	1,6
1-5 tahun	150	77,7
>5 tahun	40	20,7
Jumlah	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki lama bekerja sebagai WPS selama 1–5 tahun, yaitu sebanyak 77,7%.

4) Status Marital

Tabel 4. 9
Distribusi Frekuensi Status Marital Wanita Pekerja Seks di
Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Status	Frekuensi	Persentase (%)
Lajang	84	43,5
Menikah	14	7,3
Cerai	52	26,9
Mempunyai pacar	43	22,3
Jumlah	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan frekuensi jawaban yang berpartisipasi paling dominan yaitu responden berstatus lajang sebanyak 43,5%.

5) Frekuensi Pemeriksaan Kesehatan

Tabel 4. 10
Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Kesehatan Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Pemeriksaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak pernah	5	2,6
1 kali	32	16,6
2 kali	74	38,3
3 kali	39	20,2
≥4 kali	43	22,3
Jumlah	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan frekuensi jawaban yang berpartisipasi paling dominan yaitu responden melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 2 kali pertahun sebanyak 38,3%.

b. Variabel Bebas

1) Persepsi Kerentanan

Tabel 4. 11
Distribusi jawaban Variabel Persepsi Kerentanan WPS di Kota Tasikmalaya

Pertanyaan	F	%
1). Saya merasa berisiko tinggi tertular HIV/AIDS karena pekerjaan saya.		
1. STS	3	1,6
2. TS	13	6,7
3. S	120	62,2
4. SS	57	29,5
Total	193	100,0
2). Saya percaya bahwa setiap WPS memiliki kemungkinan besar tertular HIV/AIDS.		
1. STS	8	4,1
2. TS	8	4,1

3. S	84	43,5
4. SS	93	48,2
Total	193	100,0
3). Saya merasa rentan terhadap HIV/AIDS karena sering berinteraksi dengan pelanggan yang berbeda.		
1. STS	4	2,1
2. TS	19	9,8
3. S	86	44,6
4. SS	84	43,5
Total	193	100,0
4). Saya berpikir bahwa hubungan seksual tanpa kondom meningkatkan risiko tertular HIV/AIDS.		
1. STS	9	4,7
2. TS	20	10,4
3. S	106	54,9
4. SS	58	30,1
Total	193	100,0
5). Saya merasa rentan tertular HIV/AIDS meskipun saya terlihat sehat.		
1. STS	15	7,8
2. TS	22	11,4
3. S	89	46,1
4. SS	67	34,7
Total	193	100,0
6). Saya percaya bahwa seseorang bisa tertular HIV/AIDS meskipun hanya sekali melakukan hubungan seksual tanpa pengaman.		
1. STS	10	5,2
2. TS	20	10,4
3. S	95	49,2
4. SS	68	35,2
Total	193	100,0
7). Saya khawatir bahwa pelanggan saya bisa menjadi sumber penularan HIV/AIDS.		
1. STS	13	6,7
2. TS	15	7,8
3. S	104	53,9
4. SS	61	31,6
Total	193	100,0
8). Saya merasa bahwa pasangan tetap saya juga bisa berisiko menularkan HIV/AIDS kepada saya.		
1. STS	10	5,2
2. TS	20	10,4
3. S	95	49,2
4. SS	68	35,2

Total	193	100,0
9). Saya khawatir terkena HIV/AIDS karena kurangnya akses terhadap layanan kesehatan.		
1. STS	13	6,7
2. TS	13	6,7
3. S	103	53,4
4. SS	64	33,2
Total	193	100,0
10). Saya merasa semakin lama saya bekerja sebagai WPS, semakin tinggi risiko saya tertular HIV/AIDS.		
1. STS	3	1,6
2. TS	14	7,3
3. S	85	44,0
4. SS	91	47,2
Total	193	100,0

Berdasarkan Tabel 4.11, mayoritas responden menunjukkan persepsi kerentanan yang tinggi terhadap HIV/AIDS. Sebanyak 62,2% WPS setuju dan menyadari bahwa pekerjaan mereka berisiko tinggi dan percaya semua WPS berpotensi tertular. Selain itu, 46,1% WPS setuju dan menyadari bahwa orang yang tampak sehat tetap bisa menularkan HIV/AIDS, dan 49,2% WPS percaya satu kali hubungan tanpa pelindung cukup untuk tertular.

Tabel 4. 12
Distribusi Frekuensi akan Persepsi Kerentanan WPS di Kota Tasikmalaya

Persepsi Kerentanan	Frekuensi	Persentase
Persepsi kerentanan baik	186	96,4
Persepsi kerentanan kurang	7	3,6
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang berpartisipasi paling banyak adalah kategori persepsi kerentanan baik sebanyak 96,4%.

2) Persepsi Keseriusan

Tabel 4. 13
Distribusi Jawaban Variabel Persepsi Kerentanan WPS di
Kota Tasikmalaya

Pertanyaan	F	%
1). Saya percaya bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang sangat berbahaya.		
1. STS	5	2,6
2. TS	15	7,8
3. S	117	60,6
4. SS	56	29,0
Total	193	100,0
2). Jika saya tertular HIV/AIDS, saya merasa hidup saya akan berubah drastis.		
1. STS	6	3,1
2. TS	17	8,8
3. S	92	47,7
4. SS	78	40,4
Total	193	100,0
3). Saya merasa HIV/AIDS dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati.		
1. STS	4	2,1
2. TS	24	12,4
3. S	84	43,5
4. SS	81	42,0
Total	193	100,0
4). Saya percaya bahwa HIV/AIDS dapat menyebabkan berbagai komplikasi kesehatan serius.		
1. STS	10	5,2
2. TS	21	10,9
3. S	103	53,4
4. SS	59	30,6
Total	193	100,0
5). Saya berpikir bahwa HIV/AIDS tidak hanya menyerang tubuh, tetapi juga kesehatan mental		
1. STS	4	2,1
2. TS	19	9,8
3. S	95	49,2
4. SS	75	38,9
Total	193	100,0
6). Jika saya tertular HIV/AIDS, saya takut akan dikucilkan oleh orang-orang di sekitar saya.		
1. STS	11	5,7
2. TS	18	9,3
3. S	96	49,7

4. SS	68	35,2
Total	193	100,0
7). Saya berpikir bahwa HIV/AIDS dapat merusak masa depan saya.		
1. STS	6	3,1
2. TS	18	9,3
3. S	107	55,4
4. SS	62	32,1
Total	193	100,0
8). Saya percaya bahwa HIV/AIDS akan menghambat pekerjaan saya sebagai WPS.		
1. STS	7	3,6
2. TS	17	8,8
3. S	95	41,5
4. SS	73	46,1
Total	193	100,0
9). Saya khawatir HIV/AIDS akan membuat saya kehilangan kepercayaan diri dalam bekerja.		
1. STS	8	4,1
2. TS	17	8,8
3. S	95	49,2
4. SS	73	37,8
Total	193	100,0
10). Saya merasa HIV/AIDS adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan dan itu menakutkan bagi saya.		
1. STS	6	3,1
2. TS	18	9,3
3. S	83	43,0
4. SS	86	44,6
Total	193	100,0

Berdasarkan Tabel 4.13 menunjukan bahwa 60,6% WPS setuju bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang serius dan 44,6% WPS sangat setuju bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang menakutkan dan tidak bisa disembuhkan. Secara keseluruhan, WPS memiliki persepsi tinggi terhadap keseriusan HIV/AIDS dari berbagai aspek. Hal ini menjadi dasar penting dalam

perancangan program pencegahan, edukasi, dan dukungan psikososial yang lebih efektif.

Tabel 4. 14
Distribusi Frekuensi akan Persepsi Keseriusan WPS di Kota Tasikmalaya

Persepsi Keseriusan	Frekuensi	Persentase
Persepsi keseriusan baik	186	96,4
Persepsi keseriusan kurang	7	3,6
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.14 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang berpartisipasi paling banyak adalah kategori persepsi keseriusan baik sebanyak 96,4%.

3) Persepsi Manfaat

Tabel 4. 15
Distribusi Jawaban Variabel Persepsi Manfaat WPS di Kota Tasikmalaya

Pertanyaan	F	%
1). Saya percaya bahwa menggunakan kondom dapat mencegah HIV/AIDS.		
1. STS	6	3,1
2. TS	22	11,4
3. S	119	61,7
4. SS	46	23,8
Total	193	100,0
2). Saya percaya bahwa melakukan pemeriksaan kesehatan rutin akan membantu saya tetap sehat.		
1. STS	6	3,1
2. TS	17	8,8
3. S	80	41,5
4. SS	90	46,6
Total	193	100,0
3). Saya merasa lebih aman jika pelanggan saya bersedia menggunakan kondom.		
1. STS	6	3,1
2. TS	15	7,8
3. S	89	46,1
4. SS	83	43,0
Total	193	100,0

4). Saya percaya bahwa mengikuti edukasi tentang HIV/AIDS bermanfaat bagi saya.		
1. STS	8	4,1
2. TS	19	9,8
3. S	107	55,4
4. SS	59	30,6
Total	193	100,0
5). Saya merasa lebih percaya diri dalam bekerja jika saya tahu bahwa saya melakukan tindakan pencegahan.		
1. STS	7	3,6
2. TS	21	10,9
3. S	104	53,9
4. SS	61	31,6
Total	193	100,0
6). Saya yakin bahwa menghindari hubungan seksual dengan pelanggan berisiko tinggi dapat melindungi saya.		
1. STS	10	5,2
2. TS	28	14,5
3. S	88	45,6
4. SS	67	34,7
Total	193	100,0
7). Saya merasa bahwa mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan tentang HIV/AIDS sangat bermanfaat.		
1. STS	11	5,7
2. TS	17	8,8
3. S	95	49,2
4. SS	70	36,3
Total	193	100,0
8). Saya yakin bahwa perilaku pencegahan HIV/AIDS akan membantu saya hidup lebih sehat.		
1. STS	12	6,2
2. TS	17	8,8
3. S	86	44,6
4. SS	78	40,4
Total	193	100,0
9). Saya merasa bahwa melakukan tes HIV secara rutin akan membantu saya mengetahui kondisi kesehatan saya lebih cepat.		
1. STS	2	1,0
2. TS	16	8,3
3. S	91	47,2
4. SS	84	43,5
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.15, mayoritas responden menunjukkan persepsi positif terhadap upaya pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar setuju bahwa penggunaan kondom 61,7% dan pemeriksaan kesehatan rutin 47,2% efektif mencegah penularan. Penggunaan kondom juga dianggap memberi rasa aman secara psikologis 46,1%.

Tabel 4. 16
Distribusi Frekuensi akan Persepsi Manfaat WPS di Kota Tasikmalaya

Persepsi Manfaat	Frekuensi	Persentase
Persepsi manfaat baik	180	93,3
Persepsi manfaat kurang	13	6,7
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.16 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang paling banyak adalah kategori persepsi manfaat baik sebanyak 93,3%.

4) Persepsi Hambatan

Tabel 4. 17
Distribusi Jawaban Variabel Persepsi Kerentanan WPS di Kota Tasikmalaya

Pertanyaan	F	%
1). Saya merasa sulit meminta pelanggan untuk menggunakan kondom.		
1. SS	74	38,3
2. S	116	60,1
3. TS	2	1,0
4. STS	1	0,5
Total	193	100,0
2). Saya takut kehilangan pelanggan jika saya memaksa mereka menggunakan kondom.		
1. SS	102	52,8
2. S	89	46,1
3. TS	2	1,0
4. STS	0	0
Total	193	100,0

3). Saya pernah mendapatkan ancaman dari pelanggan karena meminta mereka menggunakan kondom.		
1. SS	92	47,7
2. S	92	47,7
3. TS	9	4,7
4. STS	0	0
Total	193	100,0
4). Saya merasa sulit mendapatkan layanan kesehatan yang ramah terhadap WPS.		
1. SS	79	40,9
2. S	107	55,4
3. TS	7	3,6
4. STS	0	0
Total	193	100,0
5). Saya khawatir bahwa biaya pemeriksaan HIV/AIDS terlalu mahal.		
1. SS	85	44,0
2. S	105	54,4
3. TS	3	1,6
4. STS	0	0
Total	193	100,0
6). Saya merasa bahwa ketersediaan kondom di tempat kerja saya masih terbatas.		
1. SS	93	48,2
2. S	92	47,7
3. TS	6	3,1
4. STS	2	1,0
Total	193	100,0
7). Saya tidak nyaman membawa kondom sendiri setiap saat.		
1. SS	77	39,9
2. S	109	56,5
3. TS	7	3,6
4. STS	0	0
Total	193	100,0
8). Saya merasa bahwa menggunakan kondom mengurangi kenikmatan hubungan seksual.		
1. SS	99	51,3
2. S	87	45,1
3. TS	4	2,1
4. STS	3	1,6
Total	193	100,0
9). Saya percaya bahwa pelanggan tidak akan tertarik jika saya terlalu banyak membicarakan HIV/AIDS.		
1. SS	86	44,6

2. S	102	52,8
3. TS	5	2,6
4. STS	0	0
Total	193	100,0
10). Saya merasa malu membeli atau meminta kondom di apotek atau klinik.		
1. SS	87	45,1
2. S	98	50,8
3. TS	7	3,6
4. STS	1	0,5
Total	193	100,0

Berdasarkan Tabel 4.17, mayoritas responden menghadapi berbagai hambatan dalam pencegahan HIV/AIDS. Sebagian besar merasa sulit meminta pelanggan menggunakan kondom (98,4%) dan takut kehilangan pelanggan jika memaksa (98,9%), menunjukkan tekanan ekonomi dan relasi kuasa yang kuat. Selain itu, 95,4% pernah menerima ancaman saat meminta penggunaan kondom, menandakan risiko kekerasan sebagai hambatan nyata.

Tabel 4. 18
Distribusi Frekuensi akan Persepsi Hambatan WPS di Kota Tasikmalaya

Persepsi Hambatan	Frekuensi	Persentase
Persepsi hambatan baik	191	99,5
Persepsi hambatan kurang	1	0,5
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.18 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang berpartisipasi paling banyak adalah kategori persepsi hambatan baik sebanyak 99,5%.

5) Isyarat untuk Bertindak

Tabel 4. 19
Distribusi Jawaban Variabel akan Isyarat untuk Bertindak
WPS di Kota Tasikmalaya

Pertanyaan	F	%
1). Saya pernah mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari tenaga kesehatan.		
1. Ya	28	85,5
2. Tidak	165	14,5
Total	193	100,0
2). Saya pernah mengikuti sosialisasi atau penyuluhan tentang HIV/AIDS.		
1. Ya	171	88,6
2. Tidak	22	11,4
Total	193	100,0
3). Saya pernah membaca brosur, poster atau pamflet tentang HIV/AIDS.		
1. Ya	143	74,1
2. Tidak	50	25,9
Total	193	100,0
4). Saya pernah menonton iklan atau video edukasi tentang HIV/AIDS.		
1. Ya	149	77,2
2. Tidak	44	22,8
Total	193	100,0
5). Saya memiliki teman atau kenalan yang pernah tertular HIV/AIDS.		
1. Ya	148	76,7
2. Tidak	45	23,3
Total	193	100,0
6). Saya pernah diajak oleh seseorang untuk melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.		
1. Ya	152	78,8
2. Tidak	41	21,2
Total	193	100,0
7). Saya pernah mendapatkan layanan kesehatan yang mengedukasi tentang HIV/AIDS.		
1. Ya	149	77,2
2. Tidak	44	22,8
Total	193	100,0
8). Saya pernah berbicara dengan sesama WPS tentang cara mencegah HIV/AIDS.		
1. Ya	158	81,9
2. Tidak	35	18,1

Total	193	100,0
9). Saya pernah menerima SMS atau pesan online tentang pentingnya pencegahan HIV/AIDS.		
1. Ya	161	83,4
2. Tidak	32	16,6
Total	193	100,0
10). Saya pernah mendapat edukasi dari organisasi yang peduli terhadap WPS.		
1. Ya	163	84,5
2. Tidak	30	15,5
Total	193	100,0
11). Saya pernah membaca artikel atau berita tentang HIV/AIDS di internet atau media sosial.		
1. Ya	139	72,0
2. Tidak	54	28,0
Total	193	100,0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi pada Tabel 4.19, diketahui bahwa mayoritas responden telah menerima berbagai bentuk isyarat untuk bertindak dalam upaya pencegahan HIV/AIDS, baik melalui media informasi, edukasi langsung, maupun pengalaman sosial.

Sebagian besar responden (85,5%) menyatakan pernah mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari tenaga kesehatan. Demikian pula, 77,2% menyatakan pernah menonton iklan atau video edukasi terkait HIV/AIDS, yang menunjukkan bahwa media audio-visual turut memainkan peran penting dalam menyampaikan pesan pencegahan.

Tabel 4. 20
Distribusi Frekuensi akan Isyarat untuk Bertindak WPS di Kota Tasikmalaya

Isyarat untuk Bertindak	Frekuensi	Persentase
Isyarat untuk Bertindak baik	8	4,1
Isyarat untuk Bertindak kurang	185	95,9
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.20 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang berpartisipasi paling banyak adalah kategori isyarat untuk bertindak kurang sebanyak 95,9%.

c. Variabel Terikat

1) Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Tabel 4. 21
Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik Pencegahan Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Pertanyaan	F	%
1). Saya selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan pelanggan.		
1. Tidak pernah	53	27,5
2. Jarang	108	56,0
3. Kadang-kadang	19	9,8
4. Sering	9	4,7
5. Selalu	4	2,1
Total	193	100,0
2). Saya rutin memeriksakan diri untuk mengetahui status kesehatan saya.		
1. Tidak pernah	83	43,0
2. Jarang	66	34,2
3. Kadang-kadang	36	18,7
4. Sering	2	1,0
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0
3). Saya menolak berhubungan seksual tanpa kondom meskipun pelanggan membayar lebih.		
1. Tidak pernah	90	46,6
2. Jarang	65	33,7
3. Kadang-kadang	27	14,0
4. Sering	4	2,1
5. Selalu	7	3,6
Total	193	100,0
4). Saya selalu membawa kondom untuk digunakan saat bekerja.		
1. Tidak pernah	67	34,7
2. Jarang	87	45,1
3. Kadang-kadang	27	14,0
4. Sering	6	3,1
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0

5). Saya mencari informasi terbaru tentang HIV/AIDS dari tenaga kesehatan atau media.		
1. Tidak pernah	78	40,4
2. Jarang	84	43,5
3. Kadang-kadang	21	10,9
4. Sering	8	4,1
5. Selalu	2	1,0
Total	193	100,0
6). Saya pernah mengikuti pelatihan atau seminar terkait pencegahan HIV/AIDS.		
1. Tidak pernah	81	42,0
2. Jarang	66	34,2
3. Kadang-kadang	36	18,7
4. Sering	4	2,1
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0
7). Saya mengajak rekan sesama WPS untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin.		
1. Tidak pernah	70	36,3
2. Jarang	86	44,6
3. Kadang-kadang	28	14,5
4. Sering	7	3,6
5. Selalu	2	1,0
Total	193	100,0
8). Saya menghindari berbagi alat pribadi yang berisiko menularkan HIV/AIDS.		
1. Tidak pernah	72	37,3
2. Jarang	78	40,4
3. Kadang-kadang	25	13,0
4. Sering	12	6,2
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0
9). Saya menghindari mengonsumsi alkohol atau narkoba yang dapat meningkatkan risiko perilaku seksual berisiko.		
1. Tidak pernah	71	36,8
2. Jarang	87	45,1
3. Kadang-kadang	22	11,4
4. Sering	6	3,1
5. Selalu	7	3,6
Total	193	100,0
10). Saya selalu memperhatikan kebersihan diri sebelum dan sesudah berhubungan seksual.		
1. Tidak pernah	79	40,9
2. Jarang	61	31,6

3. Kadang-kadang	31	16,1
4. Sering	11	5,7
5. Selalu	11	5,7
Total	193	100,0
11). Saya menggunakan layanan kesehatan yang menyediakan konseling terkait HIV/AIDS.		
1. Tidak pernah	79	40,9
2. Jarang	78	40,4
3. Kadang-kadang	26	13,5
4. Sering	4	2,1
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0
12). Saya menyarankan pelanggan saya untuk menggunakan kondom sebelum berhubungan		
1. Tidak pernah	64	33,2
2. Jarang	89	46,1
3. Kadang-kadang	27	14,0
4. Sering	7	3,6
5. Selalu	6	3,1
Total	193	100,0
13). Saya melakukan komunikasi terbuka dengan pasangan tetap tentang risiko HIV/AIDS.		
1. Tidak pernah	84	43,5
2. Jarang	73	37,8
3. Kadang-kadang	24	12,4
4. Sering	9	4,7
5. Selalu	3	1,6
Total	193	100,0
14). Saya pernah mendiskusikan strategi pencegahan HIV/AIDS dengan tenaga kesehatan atau organisasi terkait.		
1. Tidak pernah	92	47,7
2. Jarang	80	41,5
3. Kadang-kadang	12	6,2
4. Sering	5	2,6
5. Selalu	4	2,1
Total	193	100,0

Berdasarkan Tabel 4.21, terlihat bahwa praktik pencegahan penularan HIV/AIDS di kalangan responden masih bervariasi, dan belum sepenuhnya konsisten dilakukan oleh sebagian besar responden. Dapat dilihat bahwa pertanyaan yang paling banyak

dijawab “Tidak Pernah” adalah no 14 sebanyak 47,7%. Sedangkan pertanyaan yang paling banyak dijawab “Selalu” adalah no 10 sebanyak 5,7%.

Tabel 4. 22
Distribusi Frekuensi Variabel akan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS pada WPS di Kota Tasikmalaya

Praktik Pencegahan	Frekuensi	Persentase
Praktik pencegahan baik	182	94,3
Praktik pencegahan kurang	11	5,7
Total	193	100,0

Berdasarkan tabel 4.22 menunjukkan bahwa frekuensi jawaban responden yang berpartisipasi paling banyak adalah kategori praktik pencegahan kurang sebanyak 94,3%.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018:183).

a. Hubungan antara Persepsi Kerentanan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Tabel 4. 23
Tabulasi silang Persepsi Kerentanan dengan Praktik Pencegahan pada Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Persepsi Kerentanan	Praktik pencegahan				Total	p- value	OR	95% CI
	Praktik pencegahan kurang		Praktik pencegahan baik					
	F	%	F	%				
Persepsi Kerentanan kurang	2	28,6	5	71,4	7	100	0,000	0,013
Persepsi Kerentanan baik	180	96,8	6	3,2	186	100		
Jumlah	182	94,3	11	5,7	193	100		

Berdasarkan Tabel di atas, diketahui bahwa responden yang memiliki persepsi kerentanan kurang menunjukkan praktik pencegahan baik sebesar 71,4%, dan praktik pencegahan kurang sebesar 28,6%. Sebaliknya, responden yang memiliki persepsi kerentanan baik justru menunjukkan praktik pencegahan kurang yang jauh lebih tinggi, yaitu sebesar 96,8%, dan hanya 3,2% yang melakukan praktik pencegahan yang baik.

Berdasarkan hasil uji chi-square, diperoleh nilai p-value sebesar 0,000, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan secara statistik ($p < 0,05$) antara persepsi kerentanan dan praktik pencegahan. Selain itu, nilai Odds Ratio (OR) = 0,013, yang berarti bahwa WPS dengan persepsi kerentanan yang rendah memiliki kemungkinan 0,013 kali lebih kecil untuk melakukan praktik pencegahan dibandingkan dengan WPS yang memiliki persepsi kerentanan yang baik. Karena nilai $OR < 1$, hal ini menunjukkan bahwa persepsi kerentanan yang baik berfungsi sebagai faktor protektif terhadap perilaku berisiko. Dengan kata lain, semakin baik persepsi kerentanan seseorang, semakin tinggi peluangnya untuk melakukan praktik pencegahan terhadap HIV/AIDS.

b. Hubungan antara Persepsi Keseriusan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS.

Tabel 4. 24
Tabulasi silang Persepsi Keseriusan dengan Praktik Pencegahan pada Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Persepsi Keseriusan	Praktik pencegahan				Total		p-value	OR	95% CI
	Praktik pencegahan kurang		Praktik pencegahan baik						
	F	%	F	%	F	%			
Persepsi Keseriusan kurang	4	57,1	3	42,9	7	100	0,004	0,060	0,011
Persepsi Keseriusan baik	178	95,7	8	4,3	186	100			- 0,314
Jumlah	182	94,3	11	5,7	193	100			

Berdasarkan Tabel 4.24, terlihat bahwa responden dengan persepsi keseriusan kurang memiliki praktik pencegahan kurang sebesar 57,1%, dan praktik pencegahan baik sebesar 42,9%. Sementara itu, pada responden dengan persepsi keseriusan baik, sebanyak 95,7% memiliki praktik pencegahan kurang, dan hanya 4,3% yang melakukan praktik pencegahan yang baik.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value sebesar 0,004, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan terhadap HIV/AIDS dengan praktik pencegahan yang dilakukan oleh WPS (karena $p < 0,05$). Selain itu, nilai odds ratio (OR) sebesar 0,060 menunjukkan bahwa responden dengan persepsi keseriusan baik memiliki peluang yang lebih besar untuk melakukan praktik pencegahan

yang baik dibandingkan mereka yang persepsinya terhadap keseriusan rendah.

- c. Hubungan antara Persepsi Manfaat WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS.

Tabel 4. 25
Tabulasi silang Persepsi Manfaat dengan Praktik Pencegahan pada Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Persepsi Manfaat	Praktik pencegahan				Total		p- value	OR	95% CI
	Praktik pencegahan kurang		Praktik pencegahan baik						
	F	%	F	%	F	%			
Persepsi Manfaat kurang	10	76,9	3	23,1	13	100	0,029	0,155	0,036 - 0,676
Persepsi Manfaat baik	172	95,6	8	4,4	180	100			
Jumlah	182	94,3	11	5,7	193	100			

Berdasarkan Tabel 4.25, terlihat bahwa responden dengan persepsi manfaat kurang sebagian besar melakukan praktik pencegahan yang kurang sebesar 76,9%, dan 23,1% lainnya melakukan praktik pencegahan yang baik. Sementara itu, pada responden dengan persepsi manfaat baik, sebanyak 95,6% memiliki praktik pencegahan yang kurang, dan hanya 4,4% yang melakukan praktik pencegahan yang baik.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,029 ($p < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat dan praktik pencegahan HIV/AIDS. Selain itu, diperoleh nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,155 (< 1), sehingga dalam konteks ini merupakan faktor protektif. Artinya, WPS yang memiliki persepsi manfaat yang baik memiliki peluang lebih besar dalam melakukan praktik pencegahan

tertular HIV/AIDS dibandingkan dengan mereka yang persepsi manfaatnya kurang.

d. Hubungan antara Persepsi Hambatan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Tabel 4. 26
Tabulasi Silang Persepsi Hambatan dengan Praktik Pencegahan Wanita Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Persepsi Hambatan	Praktik pencegahan				Total	
	Praktik pencegahan kurang		Praktik pencegahan baik			
	F	%	F	%	F	%
Persepsi hambatan kurang	182	95,1	10	4,9	192	100
Persepsi hambatan baik	0	75	1	25	8	100
Jumlah	182	94,3	11	5,7	193	100

Berdasarkan Tabel 4.26, diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki persepsi hambatan kurang cenderung memiliki praktik pencegahan yang kurang baik, yaitu sebanyak 95,1%, sedangkan hanya 4,9% yang memiliki praktik pencegahan baik. Sebaliknya, pada responden yang memiliki persepsi hambatan baik, sebanyak 25% memiliki praktik pencegahan yang kurang, dan 75% memiliki praktik pencegahan yang baik.

e. Hubungan antara Isyarat untuk Bertindak WPS dengan Praktik Pencegahan
Tertular HIV/AIDS

Tabel 4. 27
Tabulasi silang Isyarat untuk Bertindak dengan Praktik Pencegahan Wanita
Pekerja Seks di Kota Tasikmalaya Tahun 2025

Isyarat untuk Bertindak	Praktik pencegahan				Total		p- value
	Praktik pencegahan kurang		Praktik pencegahan baik				
	F	%	F	%	F	%	
Isyarat untuk bertindak kurang	176	95,1	9	4,9	192	100	0,069
Isyarat untuk bertindak baik	6	75	2	25	8	100	
Jumlah	182	94,3	11	5,7	193	100	

Berdasarkan Tabel 4.27, diketahui bahwa sebagian besar responden yang memiliki isyarat untuk bertindak kurang, cenderung memiliki praktik pencegahan yang kurang pula, yaitu sebanyak 95,1%, sedangkan hanya 4,9% yang melakukan praktik pencegahan yang baik. Sebaliknya, pada responden dengan isyarat untuk bertindak baik, sebanyak 75% melakukan praktik pencegahan yang kurang, dan 25% melakukan praktik pencegahan yang baik.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value sebesar 0,069, yang berada sedikit di atas batas signifikansi 0,05. Hal ini mengindikasikan bahwa hubungan antara isyarat untuk bertindak dan praktik pencegahan tidak signifikan secara statistik.

BAB 5

PEMBAHASAN

A. Hubungan antara Persepsi Kerentanan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Berdasarkan hasil analisis bivariat, terlihat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan terhadap HIV/AIDS dengan praktik pencegahan yang dilakukan oleh WPS, dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Responden yang memiliki persepsi kerentanan rendah, sebagian besar (71,4%) justru melakukan praktik pencegahan yang baik. Sebaliknya, responden yang memiliki persepsi kerentanan baik sebagian besar (96,8%) melakukan praktik pencegahan yang kurang baik. Hal ini menunjukkan bahwa mereka tidak merasa dirinya berisiko tinggi untuk tertular virus, meskipun berada dalam pekerjaan yang secara langsung berkaitan dengan aktivitas seksual berisiko tinggi. Rendahnya persepsi ini dapat berdampak negatif terhadap praktik pencegahan yang mereka lakukan, seperti penggunaan kondom secara konsisten, pemeriksaan kesehatan secara berkala, atau penghindaran perilaku berisiko lainnya.

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan terhadap HIV/AIDS dengan praktik pencegahan tertular HIV/AIDS pada WPS, dengan nilai **p-value sebesar 0,000**. Hal ini berarti bahwa tingkat persepsi seseorang terhadap kerentanan dirinya terhadap HIV/AIDS berkaitan erat dengan keputusan dan perilakunya dalam melakukan tindakan pencegahan.

Nilai OR sebesar 0,013, yang merupakan nilai kurang dari 1, mengindikasikan bahwa persepsi kerentanan yang baik bertindak sebagai faktor protektif. Artinya, WPS yang memiliki persepsi kerentanan yang baik berpeluang jauh lebih besar untuk melakukan praktik pencegahan daripada mereka yang merasa dirinya tidak rentan. Sebaliknya, persepsi kerentanan yang rendah menjadi faktor risiko yang melemahkan dorongan untuk menerapkan perilaku pencegahan seperti penggunaan kondom, tes kesehatan rutin, atau menghindari hubungan seksual yang berisiko.

Menurut teori Health Belief Model (HBM), persepsi individu tentang kerentanan terhadap suatu penyakit merupakan prediktor utama perilaku pencegahan. Jika seseorang merasa bahwa dirinya tidak berisiko, maka motivasi untuk mengambil tindakan pencegahan pun rendah. Sebaliknya, persepsi bahwa dirinya berisiko tinggi mendorong individu untuk lebih waspada dan melindungi diri.

Persepsi kerentanan yang rendah dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, adanya keyakinan keliru bahwa pelanggan mereka “terlihat sehat” sehingga dianggap tidak membawa virus. Kedua, beberapa WPS mungkin mengandalkan pada pengalaman masa lalu yang belum pernah tertular meskipun sering tidak menggunakan kondom, yang kemudian memperkuat rasa aman palsu (*false sense of security*). Ketiga, rendahnya pengetahuan dan pemahaman mengenai cara penularan HIV/AIDS juga dapat memperkuat persepsi kerentanan yang rendah tersebut.

Hasil ini menunjukkan adanya fenomena paradoks yang menarik. Secara teori Health Belief Model (HBM), persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) merupakan salah satu konstruksi kunci yang memengaruhi keputusan individu dalam mengambil tindakan pencegahan (Glanz et al., 2015). Individu yang merasa dirinya rentan terhadap penyakit tertentu, dalam hal ini HIV/AIDS, diharapkan akan lebih terdorong untuk melakukan tindakan preventif guna melindungi dirinya. Namun, dalam temuan ini, meskipun sebagian besar responden memiliki persepsi kerentanan yang baik, praktik pencegahan justru masih rendah. Hal ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain dalam konstruk HBM, seperti persepsi hambatan (*perceived barriers*), persepsi manfaat (*perceived benefits*), maupun lemahnya isyarat untuk bertindak (*cue to action*) dan efikasi diri (*self-efficacy*).

Penelitian oleh Wong et al. (2020) menyatakan bahwa persepsi kerentanan saja tidak cukup untuk mendorong perilaku preventif jika tidak diikuti oleh persepsi manfaat dan efikasi diri yang tinggi. Dalam konteks WPS, bisa jadi meskipun mereka menyadari bahwa mereka berisiko tinggi tertular HIV/AIDS, praktik pencegahan seperti penggunaan kondom secara konsisten terhambat oleh kekhawatiran kehilangan pelanggan, tekanan ekonomi, atau kurangnya akses terhadap layanan kesehatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Fitriana dan Suryoputro (2023) di Yogyakarta yang menemukan bahwa meskipun WPS memiliki pengetahuan dan kesadaran yang tinggi mengenai risiko HIV/AIDS, tingkat penggunaan

kondom secara konsisten tetap rendah karena adanya faktor relasi kuasa dengan pelanggan dan rendahnya persepsi kontrol diri.

Berdasarkan penelitian oleh Zhao et al. (2022) di China, dalam kelompok WPS ditemukan bahwa kesenjangan antara persepsi risiko dan tindakan nyata seringkali dipengaruhi oleh norma sosial dan stigma terhadap penggunaan kondom, serta adanya praktik kompensasi ekonomi dari pelanggan yang menolak menggunakan kondom.

Hal ini memperkuat pentingnya pendekatan holistik dalam promosi kesehatan, tidak hanya mengandalkan peningkatan pengetahuan dan persepsi kerentanan, namun juga perlu memperkuat persepsi manfaat, mengurangi hambatan, dan meningkatkan dukungan sosial serta lingkungan kondusif untuk tindakan pencegahan.

Dengan demikian, intervensi yang hanya menekankan pada peningkatan persepsi kerentanan tidak akan efektif apabila tidak diiringi dengan penguatan dimensi HBM lainnya. Diperlukan intervensi berbasis komunitas, pelibatan pelanggan dalam edukasi HIV, serta peningkatan akses terhadap layanan kesehatan yang ramah WPS.

B. Hubungan antara Persepsi Keseriusan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara persepsi keseriusan WPS terhadap HIV/AIDS dengan praktik pencegahan penularan HIV/AIDS ($p = 0,004$) menunjukkan hubungan dalam kategori sedang. Hasil ini juga menunjukkan bahwa tingkat

persepsi terhadap keseriusan penyakit dapat memengaruhi perilaku pencegahan yang dilakukan oleh WPS. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,060 menunjukkan bahwa persepsi manfaat yang baik merupakan faktor protektif, karena $OR < 1$. Artinya, WPS dengan persepsi manfaat yang baik memiliki peluang yang jauh lebih besar untuk melakukan praktik pencegahan dibandingkan mereka yang memiliki persepsi manfaat rendah. Sebaliknya, persepsi manfaat yang rendah meningkatkan kemungkinan mereka tidak melakukan tindakan pencegahan.

Responden yang memiliki persepsi keseriusan rendah terhadap HIV/AIDS berjumlah 7 orang. Dari jumlah tersebut, 57,1% menunjukkan praktik pencegahan yang kurang, sedangkan 42,9% menunjukkan praktik pencegahan yang baik. Sementara itu, dari 186 responden yang memiliki persepsi keseriusan yang baik, mayoritas sebesar 95,7% tetap menunjukkan praktik pencegahan yang kurang, dan hanya 4,3% yang melakukan praktik pencegahan dengan baik. Secara keseluruhan, meskipun persepsi keseriusan tergolong tinggi pada sebagian besar responden, namun hal ini belum sepenuhnya tercermin dalam perilaku pencegahan yang optimal.

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM), khususnya komponen persepsi keseriusan (*perceived severity*), yaitu persepsi individu mengenai sejauh mana suatu penyakit dapat berdampak serius terhadap kehidupan. Dalam konteks HIV/AIDS, persepsi keseriusan mencakup pemahaman akan risiko kematian, komplikasi penyakit, stigma sosial, serta dampaknya terhadap pekerjaan dan kehidupan sosial. Teori HBM menyatakan bahwa persepsi

keseriusan yang tinggi seharusnya memotivasi individu untuk mengambil tindakan preventif. Namun, hasil penelitian ini justru memperlihatkan bahwa persepsi keseriusan saja tidak cukup untuk mendorong praktik pencegahan yang efektif.

Fenomena ini menunjukkan bahwa WPS mungkin menyadari bahwa HIV/AIDS adalah penyakit serius, tetapi berbagai faktor lain menghambat mereka dalam melakukan tindakan pencegahan. Beberapa faktor tersebut antara lain: tekanan ekonomi, ketergantungan terhadap pelanggan, rendahnya kemampuan untuk menegosiasikan penggunaan kondom, serta kurangnya dukungan lingkungan atau fasilitas kesehatan yang ramah terhadap WPS. Selain itu, stigma dan diskriminasi sosial terhadap WPS juga dapat menjadi faktor penghalang dalam mengakses layanan pencegahan.

Penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasution dan Nurbaiti (2020), yang menemukan bahwa meskipun sebagian besar WPS memiliki persepsi bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang berbahaya, praktik pencegahan mereka masih rendah. Hal ini juga diperkuat oleh temuan Mahmudah et al. (2019), yang menunjukkan bahwa persepsi keseriusan saja tidak cukup untuk memengaruhi perilaku pencegahan, tanpa adanya dukungan dari faktor lain seperti persepsi manfaat, isyarat bertindak, dan efikasi diri.

Namun, temuan ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Phrasisombath et al. (2012) di Laos, yang menunjukkan bahwa persepsi keseriusan yang tinggi berkorelasi positif dengan perilaku pencegahan yang

lebih baik. Perbedaan ini mungkin disebabkan oleh perbedaan konteks sosial, ekonomi, dan dukungan layanan kesehatan yang tersedia di masing-masing lokasi penelitian.

Dengan demikian, temuan dalam penelitian ini menekankan pentingnya intervensi yang tidak hanya meningkatkan pengetahuan tentang keseriusan HIV/AIDS, tetapi juga mengatasi hambatan struktural dan psikososial yang dihadapi WPS. Program pencegahan HIV/AIDS yang efektif perlu dirancang secara holistik, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti pemberdayaan ekonomi, pelatihan keterampilan negosiasi, serta akses terhadap layanan kesehatan yang ramah WPS. Selain itu, keterlibatan komunitas dan pendekatan edukasi yang berkelanjutan juga penting dalam membentuk persepsi dan praktik pencegahan yang lebih baik.

C. Hubungan antara Persepsi Manfaat WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara persepsi manfaat dengan praktik pencegahan HIV/AIDS pada Pekerja Seks Perempuan (WPS), dengan nilai *p-value* sebesar 0,029 ($p < 0,05$). Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,155 menunjukkan bahwa WPS dengan persepsi manfaat yang baik memiliki kemungkinan lebih besar untuk melakukan praktik pencegahan dibandingkan dengan yang persepsi manfaatnya kurang. Karena nilai $OR < 1$, maka persepsi manfaat yang baik dikategorikan sebagai faktor protektif terhadap perilaku berisiko.

Meskipun demikian, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden dengan persepsi manfaat baik justru belum menunjukkan praktik pencegahan yang optimal 95,6% masih memiliki praktik pencegahan yang kurang). Di sisi lain, proporsi WPS dengan persepsi manfaat kurang yang memiliki praktik pencegahan baik justru sedikit lebih tinggi 23,1%.

Secara teoritis, menurut kerangka Health Belief Model (HBM), persepsi manfaat (*perceived benefits*) merupakan salah satu komponen utama yang mendorong perilaku preventif seseorang (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Seseorang yang menyadari manfaat suatu tindakan dalam hal ini penggunaan kondom, pemeriksaan kesehatan rutin, atau membatasi jumlah pasangan seksual akan lebih cenderung melaksanakan perilaku pencegahan. Namun, sebagaimana dijelaskan dalam teori ini, persepsi manfaat tidak berdiri sendiri, tetapi berinteraksi erat dengan elemen lain seperti persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keparahan (*perceived severity*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat untuk bertindak (*cues to action*), dan efikasi diri (*self-efficacy*). Walaupun persepsi manfaat tinggi, bila seseorang merasakan hambatan (*barriers*) yang signifikan seperti takut kehilangan pelanggan bila meminta penggunaan kondom, atau mengalami intimidasi dari pihak manajemen tempat kerja seks maka tindakan pencegahan bisa tetap rendah. Dalam penelitian ini, ketidaksesuaian antara persepsi manfaat dan praktik menunjukkan bahwa hambatan struktural dan sosial memainkan peran yang sangat penting.

Selain itu, *cue to action* seperti penyuluhan kesehatan, dukungan dari LSM, atau informasi dari layanan kesehatan yang mudah diakses, juga sangat menentukan apakah seseorang menerjemahkan persepsinya menjadi tindakan nyata. Kurangnya isyarat atau dorongan untuk bertindak membuat persepsi manfaat hanya berhenti pada tingkat kognitif, tanpa aktualisasi dalam perilaku. Demikian juga, efikasi diri sangat berperan dalam konteks ini. Meskipun seseorang meyakini pentingnya pencegahan, tanpa kepercayaan diri untuk menegosiasikan penggunaan kondom kepada pelanggan, praktik pencegahan tetap tidak dilakukan.

Dalam konteks pekerja seks, praktik pencegahan tidak hanya ditentukan oleh faktor individu tetapi juga oleh relasi kuasa antara WPS dan pelanggan, serta norma sosial yang berlaku di lingkungan kerja. Penelitian oleh Decker et al. (2015) menunjukkan bahwa pekerja seks yang menghadapi kekerasan atau kontrol ekonomi dari pihak ketiga (misalnya mucikari atau pelanggan tetap) lebih sulit menerapkan praktik pencegahan meskipun memiliki pemahaman yang baik tentang manfaatnya. Lebih lanjut, norma budaya yang menganggap permintaan penggunaan kondom sebagai bentuk ketidakpercayaan atau tidak menghormati pelanggan dapat menjadi hambatan psikososial. Dalam beberapa kasus, WPS merasa bahwa menggunakan kondom justru mengurangi kenyamanan pelanggan, yang bisa berujung pada kehilangan pendapatan atau bahkan kekerasan verbal dan fisik (Hargreaves et al., 2013).

Studi yang dilakukan oleh Wulandari & Kurniawan (2020) di Surabaya menemukan bahwa meskipun tingkat pengetahuan dan persepsi manfaat WPS

tentang penggunaan kondom tinggi, praktik konsisten tetap rendah karena adanya tekanan ekonomi dan hambatan interpersonal. Temuan serupa juga disampaikan oleh Phrasisombath et al. (2012) di Laos, yang menyebutkan bahwa ketidaksesuaian antara persepsi manfaat dan perilaku disebabkan oleh kurangnya akses terhadap alat pencegah, stigma dari tenaga kesehatan, serta keterbatasan efikasi diri. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan berbasis persepsi manfaat saja tidak cukup efektif. Perlu pendekatan yang lebih komprehensif melalui penguatan efikasi diri: pelatihan keterampilan negosiasi untuk WPS, reduksi hambatan struktural dengan memastikan akses kondom gratis dan aman di lokasi kerja, lalu intervensi berbasis komunitas dengan pemberdayaan melalui *peer educator* dan pendampingan rutin dan pendekatan multisektor yaitu melibatkan LSM, dinas kesehatan, dan pihak tempat kerja.

D. Hubungan antara Persepsi Hambatan WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada Tabel 4.26, persepsi hambatan menunjukkan distribusi yang sangat tidak seimbang antara kelompok, di mana hampir seluruh responden dengan persepsi hambatan baik sebanyak 75% melakukan praktik pencegahan yang baik, dan tidak satupun dari mereka yang melakukan praktik pencegahan yang kurang. Sementara itu, hampir semua responden dengan persepsi hambatan kurang sebanyak 95,1% melakukan praktik pencegahan yang kurang.

Namun, secara statistik, variabel ini tidak ideal untuk dianalisis dengan uji bivariat seperti *chi-square*, karena adanya sel dengan nilai nol (0) pada salah satu kelompok sel tabel kontingensi. Kondisi ini melanggar salah satu asumsi dasar uji *chi-square*, yaitu bahwa semua *expected frequency* dalam tabel harus ≥ 5 . Jika ada sel dengan nilai yang terlalu kecil (terutama nol), maka hasil uji dapat menjadi tidak valid atau bias.

Hal ini menunjukkan bahwa meskipun secara teori persepsi hambatan seharusnya berpengaruh terhadap perilaku pencegahan, seperti pada penelitian Wulandari (2023) yang menunjukkan adanya pengaruh persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, efikasi diri, dan stimulus tindakan (*cues to action*) terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS pada WPS. Pada hasil penelitian ini struktur distribusi data yang tidak seimbang membuat analisis bivariat formal tidak dapat dilakukan secara optimal. Oleh karena itu, analisis terhadap variabel ini lebih tepat diposisikan sebagai temuan deskriptif dan eksploratif, bukan inferensial.

E. Hubungan antara Isyarat untuk Bertindak WPS dengan Praktik Pencegahan Tertular HIV/AIDS

Berdasarkan analisis bivariat, diketahui bahwa tidak ada hubungan antar isyarat untuk bertindak (*cues to action*) dengan praktik pencegahan tertular HIV/AIDS pada WPS. Isyarat untuk bertindak tidak berpengaruh secara nyata terhadap praktik pencegahan dalam konteks penelitian ini. Ketidakhadiran hubungan signifikan dalam penelitian ini dapat disebabkan oleh rendahnya kualitas atau intensitas isyarat yang diterima, atau karena individu tidak

menganggap informasi tersebut relevan atau mendesak. Selain itu, bisa juga karena adanya faktor internal lain yang lebih dominan, seperti sikap personal atau keyakinan yang belum terbentuk. Temuan ini juga menunjukkan bahwa adanya informasi, ajakan, atau dorongan dari luar seperti penyuluhan, media informasi, ataupun pengalaman orang lain, belum tentu cukup untuk mendorong seseorang melakukan tindakan pencegahan HIV/AIDS. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor lain yang lebih dominan dalam memengaruhi perilaku, seperti tingkat pengetahuan, sikap pribadi, persepsi risiko, dan efikasi diri.

Dalam konteks *Health Belief Model* (HBM), *cue to action* merupakan komponen yang bersifat pemicu, namun efektivitasnya sangat bergantung pada keberadaan persepsi lain yang mendasari perubahan perilaku. Bila individu tidak memiliki kesadaran akan risiko atau tidak merasa terdorong secara internal, maka keberadaan isyarat dari luar tidak akan cukup untuk menghasilkan tindakan preventif. Isyarat ini dapat berupa penyuluhan oleh petugas kesehatan, informasi melalui media (seperti poster, video, iklan layanan masyarakat), pengalaman pribadi atau pengalaman orang lain (misalnya melihat teman tertular HIV), atau peringatan dari penyuluh lapangan di tempat kerja. Tanpa keberadaan isyarat yang cukup kuat, meskipun seseorang memiliki persepsi risiko tinggi, persepsi manfaat, dan merasa mampu melakukan tindakan (*self-efficacy*), ia bisa tetap tidak bertindak karena tidak merasa terdorong secara internal maupun eksternal.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam kondisi kurang isyarat untuk bertindak, yang mengindikasikan lemahnya intervensi edukatif dan komunikatif yang diarahkan kepada mereka. Hal ini selaras dengan teori bahwa perubahan perilaku tidak akan optimal tanpa stimulus yang jelas dan berulang.

Menurut penelitian Mattson (1999) peneliti menganalisis peran komunikasi konseling sebagai *cue to action* untuk tindakan berisiko seks yang lebih aman. Hasil menunjukkan bahwa konstruk HBM seperti persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat-hambatan, dan efikasi diri memiliki hubungan signifikan dengan tindakan. Namun, hubungan antara komunikasi konseling (*cue to action*) dan adopsi jangka pendek fokus pada *safer-sex* tidak konsisten, menegaskan bahwa *cue to action* tradisional tidak selalu cukup untuk memicu perubahan perilaku yang diharapkan. Sementara itu, studi oleh Oo *et al.*, (2024) Studi ini mengukur efek penyediaan HIV self-testing (HIVST) kepada sopir truk sebagai *cue to action*. Hasilnya menunjukkan bahwa walaupun terjadi penurunan hambatan, tidak ada peningkatan yang signifikan dalam praktik pengujian setelah enam bulan. Hal ini disebabkan oleh rendahnya persepsi risiko, efikasi diri, dan sikap fatalistik dari responden, sehingga *cue to action* saja tidak cukup untuk mendorong perubahan perilaku.

Hasil serupa juga ditemukan oleh Tarkang (2015) dalam studi mereka pada penggunaan VCT mobile HIV/AIDS di Kota Palu, menunjukkan bahwa *cues to action* tidak berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan layanan tersebut. Hasil analisis *Chi-Square* menunjukkan $p = 0,139 (> 0,05)$, berarti

isyarat untuk bertindak tidak menjadi faktor penentu signifikan penerimaan layanan VCT *mobile*.

Meskipun secara statistik hubungan antara isyarat bertindak dan praktik pencegahan belum signifikan, data menunjukkan kecenderungan yang patut diperhatikan. Rendahnya jumlah WPS dengan isyarat bertindak yang baik menjadi tantangan serius dalam program penanggulangan HIV/AIDS. Oleh karena itu, intervensi yang bersifat edukatif dan komunikatif perlu ditingkatkan baik dari sisi kualitas maupun kuantitas agar dapat mendorong perubahan perilaku secara nyata di lapangan.

F. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan yang perlu dicermati dan menjadi pertimbangan dalam menafsirkan hasil serta dalam merancang penelitian lanjutan ke depan:

Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner yang disebarakan secara daring melalui Google Form (*GForm*), yang disalurkan melalui perantara petugas Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Hal ini dilakukan untuk mempermudah jangkauan responden yang tersebar dan sulit dijangkau secara langsung. Namun, metode ini menimbulkan keterbatasan tersendiri, karena tidak semua WPS dapat diwawancarai secara tatap muka. Kurangnya kontak langsung memungkinkan terjadinya kesalahpahaman dalam interpretasi pertanyaan, serta mengurangi peluang peneliti untuk mengeksplorasi lebih dalam respons-respons yang diberikan responden. Selain itu, interaksi tatap muka dapat membangun kepercayaan, yang sangat penting dalam

mengumpulkan data sensitif seperti perilaku seksual dan persepsi terhadap HIV/AIDS. Oleh karena itu, keabsahan jawaban yang diberikan secara daring berpotensi dipengaruhi oleh interpretasi pribadi responden terhadap pertanyaan tanpa klarifikasi langsung dari peneliti.

Dengan demikian, hasil penelitian ini tetap memberikan kontribusi penting dalam memahami faktor-faktor yang memengaruhi praktik pencegahan HIV/AIDS pada WPS, namun harus ditafsirkan dengan mempertimbangkan keterbatasan-keterbatasan di atas. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan penggunaan metode campuran (*mix method*) dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam secara tatap muka agar diperoleh pemahaman yang lebih menyeluruh dan kontekstual terhadap motivasi, hambatan, dan dinamika perilaku pencegahan yang dilakukan oleh WPS.