

**FAKTOR PEJAMU DAN LINGKUNGAN SOSIAL BUDAYA MEMPENGARUHI
KEJADIAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) PADA IBU RUMAH TANGGA
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang)**

Aysanti Yuliana Paulus*
Program Studi D3 Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang
aysantiyp@gmail.com

ABSTRACT

**FACTORS INFLUENCING WITH SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STIs)
TOWARDS HOUSEWIVES
(Case Study in Puskesmas Bandarharjo Semarang)**

Background : *STIs are big problem in society's health, especially as a consequences of sexual health and reproduction towards women, children and the poor. Women suffering from some STIs, such as gonorrhea and chlamydia can cause pelvic inflammatoion disease, ectopic pregnancy, and infertility, whereas HSV-2 infections can treble a risk of transmitted HIV or more. This study aim to prove the factors influencing with STIs towards housewives. Method: This study resulted mix method where quantitative was as the main approach with case-control design and qualitative, supported by qualitative method using indepth interview. The target population was all housewives using clinic of STI at Puskesmas Bandarharjo, with the sample of 88 people consisting of 44 cases and 44 controls by using consecutive sampling technique. The writter gradually analysed the data, from univariate and bivariate analysis by using chi-square, followed by multivariate analysis by using multiple logistic regression. Result: The results show the factors influencing with STIs towards housewives are history of previous STI ($p = 0.001$; $OR = 19.5$; $CI95\% = 3.4$ to 112.1), who have ever experienced domestic violence ($p = 0.042$; $OR = 4.4$; $CI95\% = 1.1$ to 18.2), and have permissive culture ($p = 0.009$; $OR = 7.8$; $CI95\% = 1.7$ to 36.1) with probability to be infection is 98.06%. Conclusion: The result of this study can beconcluded that there is a relationship between history of previous STI, who have ever experienced domestic violence, and have permissive culture with STIs at Puskesmas Bandarharjo.*

Key Words: *STIs, housewife, factor influecing.*

PENDAHULUAN

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan suatu masalah kesehatan seksual atau yang dikenal sebagai penyakit kelamin dan merupakan salah satu penyakit menular yang paling luas dan memiliki dampak besar pada kesehatan seksual dan reproduksi di seluruh dunia, dan peringkat di antara kategori 5 penyakit yang dewasa ini mencari pelayanan kesehatan⁽¹⁾. IMS disebabkan oleh lebih dari 30 bakteri yang berbeda, virus dan parasit, jamur, protozoa, atau ektoparasit⁽²⁾. Sebagian besar ditularkan melalui hubungan seksual (dapat melalui vagina, anus, dan mulut) dengan manifestasi klinis berupa timbulnya kelainan-kelainan terutama pada alat kelamin⁽³⁾. Sebagian yang terjadi karena infeksi virus tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat

dikurangi atau termodulasi melalui pengobatan: hepatitis B, herpes, HIV, dan HPV. Beberapa jenis IMS dapat menyebar melalui kontak seksual kulit ke kulit. Organisme yang menyebabkan IMS juga dapat menyebar melalui cara-cara non-seksual seperti produk darah dan transfer jaringan. IMS juga dapat ditularkan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan⁽⁴⁾.

IMS mengakibatkan masalah yang besar dalam kesehatan masyarakat terutama konsekuensi terhadap kesehatan seksual dan reproduksi yang lebih berdampak kepada kalangan perempuan, anak-anak dan orang-orang miskin⁽⁵⁾. Beberapa IMS pada perempuan seperti gonore dan klamidia dapat menyebabkan penyakit radang panggul, kehamilan ektopik, dan infertilitas, sementara

infeksi HSV-2 dapat meningkatkan risiko penularan HIV tiga kali lipat atau lebih^(6,7,8) dan infeksi HPV menyebabkan 530.000 kasus kanker serviks dan 275.000 kematian akibat kanker serviks setiap tahun⁽⁹⁾. IMS juga dapat memiliki konsekuensi serius di luar dampak langsung dari infeksi itu sendiri, melalui penularan dari ibu ke anak infeksi dan penyakit kronis. Penularan IMS dari ibu ke anak dapat menyebabkan lahir mati, kematian neonatal, berat badan lahir rendah dan prematur, sepsis, pneumonia, konjungtivitis neonatal, dan cacat bawaan⁽¹⁰⁾.

Saat ini lebih dari satu juta orang menderita infeksi menular seksual (IMS) setiap hari. Setiap tahun, sekitar 499 juta orang menjadi sakit dengan salah satu dari empat IMS: klamidia, gonore, sifilis dan trikomoniasis terjadi pada tahun 2008. Lebih dari 536 juta orang memiliki virus yang menyebabkan herpes genital (HSV2) yang sulit disembuhkan. Lebih dari 291 juta wanita memiliki infeksi human papillomavirus (HPV)⁽¹¹⁾. Pada akhir 2012, 35,3 juta orang hidup dengan HIV, dua pertiga dari mereka dalam sub-Sahara Afrika, dan 1,6 juta orang meninggal karena kondisi terkait HIV⁽¹²⁾.

Ketimpangan gender telah membuat posisi tawar perempuan sangat rendah dalam pengambilan keputusan termasuk aspek kesehatan reproduksinya. Dalam banyak kasus, para ibu rumah tangga tertular dari suaminya yang sudah lebih dahulu terpapar IMS dan HIV-AIDS karena kerap berganti pasangan atau menggunakan jarum suntik saat mengonsumsi narkoba. Di lain pihak, sebanyak 40% pria dengan HIV positif tetap berhubungan dengan pasangannya⁽¹³⁾. Dengan fakta ini, otomatis makin banyak jumlah yang tertular HIV-AIDS dari ibu rumah tangga dan setiap tahun jumlahnya terus mengalami peningkatan. Tercatat sejak 2008 jumlah penularan di kalangan ibu rumah tangga naik dari tahun ke tahun, pada 2008 terjadi 26% angka penularan, jumlah ini meningkat pada 2009 menjadi 27%, kemudian pada 2010 meningkat lagi menjadi 31,49%, dan pada 2011 jumlahnya menjadi 39,23% ibu yang terinfeksi⁽¹⁴⁾.

Data IMS dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah pada tahun 2011 Jumlah kasus sebanyak 10.752 kasus. Kasus baru IMS

0,7 per 1.000 penduduk perempuan. Jumlah tersebut dari tahun ke tahun terus meningkat. Meskipun demikian kemungkinan kasus yang sebenarnya di populasi masih banyak yang belum terdeteksi. Dan berdasarkan data dari Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi Jawa Tengah dari tahun 1993 sampai 30 September 2013, jumlah HIV & AIDS di Jawa Tengah sebanyak 7.421 kasus. Rincian HIV 3.983 dan AIDS 3.438 kasus⁽¹⁵⁾.

Jumlah kasus di Kota Semarang pada tiga tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu tahun 2011 sebanyak 2.671 kasus, tahun 2012 sebanyak 3.606 kasus dan meningkat menjadi 3.631 kasus pada tahun 2013, lebih meningkat lagi menjadi 5.749 di tahun 2014. Terjadinya peningkatan kasus yang cukup tinggi di tahun 2014 ini di keranakan mulai tahun tersebut mulai di bentuknya Klinik IMS di 6 Puskesmas yang tersebar di Kota Semarang yang mana daerah tersebut dianggap rawan untuk terjadinya kasus IMS di Kota Semarang. Puskesmas Bandarharjo adalah salah satu puskesmas yang ada di Kota Semarang dengan angka kejadian IMS yang cukup tinggi yang juga mengalami peningkatan angka kejadian dari tahun 2013 sebesar 31 kasus menjadi 50 kasus di tahun 2014 dan 90% adalah perempuan sebagai ibu rumah tangga⁽¹⁶⁾.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian IMS pada ibu rumah tangga melingkupi semua aspek epidemiologi yaitu *host*, *agent* dan *environment*. Beberapa perilaku berisiko dari perempuan maupun pasangan perempuan (laki-laki) dapat meningkatkan kerentanan perempuan untuk mengalami IMS dan atau HIV, karena dalam hubungan heteroseksual tanpa kondom, perempuan dua kali lebih mungkin untuk tertular HIV dan IMS dari pasangan laki-laki yang terinfeksi⁽¹⁷⁾. Beberapa perilaku yang berhubungan dengan peningkatan kejadian IMS adalah hubungan seks tanpa pelindung, seks anal, memiliki banyak pasangan seks (multipatner), frekuensi hubungan seksual, konsistensi dalam aktivitas seksual, dan lamanya berhubungan seksual. Kekerasan seksual, fisik dan emosi pada anak-anak atau orang dewasa dapat diprediksikan sebagai perilaku seksual berisiko dan dapat meningkatkan kejadian IMS dan masalah

kesehatan mental. Umur juga mempengaruhi perilaku seksual dan kejadian IMS, seperti infeksi klamidia dan gonore terbanyak pada kelompok umur 15-24 tahun⁽¹⁸⁾. Tujuan dari penelitian ini adalah membuktikan faktor pejamu dan lingkungan sosial budaya yang mempengaruhi kejadian infeksi menular seksual pada ibu rumah tangga.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan *mix method* dimana kuantitatif sebagai pendekatan utama dengan menggunakan desain *case control* dan kualitatif sebagai pendukung dengan menggunakan metode *indepth interview*. Pada studi ini total sampel adalah 88 ibu rumah tangga yang terdiri dari 44 kasus dan 44 kontrol. Data yang dijadikan sampel diambil berdasarkan catatan rekam medis yang terdapat di Puskesmas Bandarharjo. Cara pengumpulan sampel adalah dengan *consecutive sampling* yaitu setiap subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi.

Kriteria inklusi kasus adalah ibu rumah tangga yang terdiagnosa menderita IMS melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo dan memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandarharjo. Kontrol adalah ibu rumah tangga yang terdiagnosa tidak menderita IMS melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo. Kriteria eksklusi kasus dan kontrol yaitu ibu rumah tangga yang terdiagnosa menderita IMS maupun yang tidak menderita IMS tetapi tidak berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo dan memiliki pekerjaan sampingan sebagai WPS.

Pengolahan dan analisis data menggunakan sistem komputer dengan bantuan *SPSS for windows* yang terdiri dari analisa univariat, bivariat menggunakan uji *chi-square* dan multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rata-rata responden berusia 36 tahun dan pertama kali menikah rata-rata diusia 21 tahun. Dengan tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh adalah SMA sebesar 46,6% tetapi memiliki tingkat pengetahuan yang rendah baik pada kelompok kasus (52,3%) maupun kelompok kontrol (61,4%). Berdasarkan tingkat pendapatan kelompok kasus memiliki tingkat pendapatan yang rendah (65,9%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (36,4%). Distribusi tempat tinggal responden tersebar secara merata baik untuk kelompok kasus maupun kontrol untuk masing-masing kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo yaitu Bandarharjo, Kuningan, Dadapsari dan Tanjung Mas, dengan kondisi rumah sedang.

Sebagian besar responden menggunakan kontrasepsi hormonal (69,6%) dengan jenis suntik yang paling banyak digunakan (53,6%). Berdasarkan riwayat IMS sebelumnya kelompok kasus memiliki persentase lebih besar (59,1%) dibandingkan kelompok kontrol (41,9%). Sedangkan untuk konsistensi penggunaan kondom baik kelompok kasus maupun kelompok kontrol tidak konsisten menggunakan kondom dengan alasan telah menggunakan kontrasepsi lainnya dan ketidaknyamanan dalam HUS. Perilaku berganti pasangan dari suami (*multipartner*) pada kelompok kasus lebih besar (52,3%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (9,1%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
1. Tingkat Pendidikan						
a. Tidak Sekolah	4	9,1	1	2,3	5	5,7
b. SD	5	11,4	9	20,5	14	15,9
c. SMP	12	27,3	11	25,0	23	26,1
d. SMA	21	47,7	20	45,5	41	46,6
e. Akademik/PT	2	4,5	3	6,8	5	5,7
2. Tingkat Pengetahuan						
a. Rendah	23	52,3	27	61,4	50	61,4
b. Tinggi	21	47,7	17	38,6	38	38,6

3. Tingkat Pendapatan						
a. Rendah (<UMR (Rp.1.685.000)	29	65,9	16	36,4	45	51,1
b. Tinggi (\geq UMR (Rp.1.685.000)	15	31,1	28	63,6	43	48,9
4. Kontrasepsi						
a. Ya	35	79,5	34	77,3	69	78,4
b. Tidak	9	20,5	10	22,7	19	21,6
5. Jenis Kontrasepsi						
a. Pil	4	11,4	2	5,9	6	8,7
b. Suntik	19	54,3	18	52,9	37	53,6
c. Implan/Susuk	4	11,4	2	5,9	6	8,7
d. Kondom	0	0,0	2	5,9	2	2,9
e. IUD	6	17,1	8	23,5	14	20,3
f. AKDR	2	5,7	2	5,9	4	5,8
6. Riwayat IMS sebelumnya						
a. Pernah	26	59,1	2	4,5	28	31,8
b. Tidak Pernah	18	40,9	42	95,5	60	68,2
7. Konsistensi Penggunaan Kondom						
a. Tidak konsisten	28	63,6	29	65,9	57	64,8
b. Konsisten	16	36,4	15	34,1	31	35,2
8. Multipatner dari pasangan/suami						
a. pernah	23	52,3	4	9,1	27	30,7
b. tidak pernah	21	47,7	40	90,9	61	69,3
9. Budaya permisif : a. Ya	15	31,8	6	13,6	21	23,9
b. Tidak	29	68,2	38	86,4	67	76,1
10. Kekerasan dalam Rumah Tangga						
a. Ya	25	56,8	5	11,4	30	34,1
b. Tidak	19	43,2	39	88,6	58	65,9
11. Jenis kekerasan						
a. Seksual : Ya	27	61,4	8	18,2	35	39,8
Tidak	17	38,6	36	81,8	53	60,2
b. Fisik : Ya	4	9,1	2	4,5	6	6,8
Tidak	40	90,9	42	95,5	82	93,2
c. Psikis : Ya	22	50,0	5	11,4	27	30,7
Tidak	22	50,0	39	88,6	61	69,3
d. Emosional : Ya	26	59,1	5	11,4	31	35,2
Tidak	18	40,9	39	88,6	57	64,8
Jumlah	44	100,0	44	100,0	88	100,0

Hasil akhir analisis multivariat membuktikan bahwa terdapat 3 variabel yang merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian IMS pada ibu rumah tangga yaitu riwayat IMS sebelumnya, berbudaya

permisif dan pernah mendapatkan kekerasan dalam rumah tangga dengan probabilitas untuk mengalami kejadian infeksi menular seksual sebesar 98,06%.

Tabel 2. Variabel untuk model akhir pada analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda

No	Variabel	B	Wald	Nilai p	OR	95%CI
1	Pernah IMS sebelumnya (+)	2,972	11,120	0,001	19,5	3,4 - 112,1
2	Berbudaya Permisif (+)	2,049	6,819	0,009	7,8	1,7 - 36,1
3	Kekerasan Dalam Rumah Tangga (+)	1,480	4,154	0,042	4,4	1,1 - 18,2
	Konstanta	-2,576				

PEMBAHASAN

Variabel riwayat IMS sebelumnya yang pernah diderita oleh responden terbukti

memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kejadian IMS ($p=0,0001$) dan merupakan faktor risiko terjadinya IMS pada ibu rumah

tangga (OR=19,5; CI95% =3,4-112,1), artinya ibu rumah tangga yang pernah memiliki riwayat IMS sebelumnya memiliki risiko terjadi IMS 19,5 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang tidak pernah memiliki riwayat IMS sebelumnya.

Proporsi responden yang pernah memiliki riwayat IMS sebelumnya pada kelompok kasus sebesar 59,1% jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya sebesar 4,5%, sebaliknya proporsi responden yang tidak pernah memiliki riwayat IMS sebelumnya lebih banyak pada kelompok kontrol 95,5% dibandingkan kelompok kasus hanya 40,9%. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang membuktikan bahwa ada hubungan antara IMS dengan dengan servitis di antaranya *candidiasis* (OR=1,8; CI95% =1,1-3,0), *trikomoniiasis* (OR=1,1; CI95% =1,9-5,4)⁽¹⁹⁾. Bakterial vaginosis juga dapat menjadi faktor risiko terjadi servitis ($p=0,01$; OR=2,3; CI95% =0,2-4,0)⁽²⁰⁾.

Secara klinis pada vaginosis bakterial yang sekretnya berwarna kekuningan atau hijau purulen erat hubungannya dengan trikomoniiasis atau servitis, karena dapat timbul bersama traktus genital bawah. Seseorang yang sudah menderita IMS dan terjadi infeksi atau peradangan pada organ genitalnya dan masih aktif dalam hubungan seksual akan semakin terjadi perlukaan yang dapat menyebabkan masuknya bakteri, jamur atau virus penyebab IMS lainnya. Apabila tidak diobati maka akan terjadi peningkatan konsentrasi bakteri didalam vagina, bersamaan dengan pergeseran ke flora virulen yang lebih banyak dapat merupakan prediposisi komplikasi obstetrik dan ginekologik tertentu, seperti penyakit radang panggul, kelahiran prematur, dan lain-lain⁽²¹⁾. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan responden, sebagian besar dari mereka yang pernah merasakan gejala sebelumnya dan sudah didiagnosa menderita IMS tetapi tidak patuh untuk melakukan pengobatan hingga sembuh total. Hal ini dapat terjadi kekambuhan sewaktu-waktu terlebih pada saat berhubungan seksual dengan suami dan akan terjadi peradangan dan timbul lagi infeksi. Oleh

karena itu, jika telah didiagnosa menderita IMS maka harus mengobatinya hingga tuntas.

Variabel kekerasan dalam rumah tangga terbukti memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kejadian IMS ($p=0,042$) dan merupakan faktor risiko terjadinya IMS pada ibu rumah tangga (OR=4,4; CI95% =1,1-18,2), artinya ibu rumah tangga yang pernah mengalami kekerasan baik secara seksual, fisik, psikis dari pasangan atau suaminya memiliki risiko terjadi IMS 4,4 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang tidak pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga.

Proporsi untuk kekerasan yang dialami oleh ibu rumah tangga tertinggi selalu dialami oleh kelompok kasus, yaitu berturut-turut adalah kekerasan seksual pada kelompok kasus 61,4% sedangkan pada kelompok kontrol 18,2%, kekerasan fisik pada kelompok kasus 9,1% sedangkan kelompok kontrol 4,5%, kekerasan psikis pada kelompok kasus 50,0% sedangkan pada kelompok kontrol hanya 11,4%, dan kekerasan emosional pada kelompok kasus sebesar 59,1% sedangkan pada kelompok kontrol hanya 11,4%.

Secara biologis struktur didalam vagina yang terdapat banyak lipatan membuat permukaannya menjadi luas dan dinding vagina sendiri memiliki lapisan tipis yang mudah terluka. Anatomi ini memudahkan air mani bertahan lebih lama dalam rongga vagina bila terjadi infeksi, sehingga air mani yang terinfeksi dapat segera menulari wanita. Hal ini akan meningkat jika terjadi kekerasan atau pemaksaan saat berhubungan seksual sehingga lebih mudah lecet atau luka dan kemungkinan terinfeksi dua hingga empat kali lebih besar⁽²²⁾.

Wanita yang sudah menikah mereka rata-rata mengalami kekerasan baik secara fisik, seksual dan emosional dan hasilnya memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian IMS atau gejala IMS yang dialami, di mana kekerasan fisik (OR=1,364 CI95%=1,171-1,588, kekerasan seksual (OR=1,649 CI95%=1,323-2,054), dan kekerasan emosional (OR=1,273; CI95%=1,117-1,450)⁽²³⁾ dan pengalaman mengalami kekerasan emosional (AOR: 4,09), fisik (AOR: 2,59), dan pelecehan seksual

(AOR: 4,10) dari pacar berkaitan dengan risiko kejadian IMS⁽²⁴⁾. Pasangan intim dan kekerasan seksual memiliki masalah kesehatan fisik, mental, seksual dan reproduksi jangka panjang-pendek dan serius untuk korban dan anak-anak mereka, dan menyebabkan biaya sosial dan ekonomi yang tinggi.

Kekerasan terhadap perempuan dapat memiliki hasil yang fatal seperti pembunuhan atau bunuh diri. Hal ini dapat menyebabkan luka, dengan 42% dari wanita yang mengalami dari pasangan intim melaporkan cedera sebagai konsekuensi kekerasan ini. Kekerasan pasangan intim atau suami dan kekerasan seksual dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi diinduksi, masalah ginekologi, dan infeksi menular seksual, termasuk HIV. Tahun 2013 analisis menemukan bahwa wanita yang secara fisik atau pelecehan seksual 1,5 kali lebih mungkin untuk memiliki infeksi menular seksual dan HIV di beberapa daerah, dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami kekerasan dari pasangan. Mereka juga dua kali lebih mungkin untuk melakukan aborsi. Kekerasan pasangan intim di kehamilan juga meningkatkan kemungkinan keguguran, lahir mati, persalinan prematur dan bayi berat lahir rendah⁽²⁵⁾.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan responden, sebagian besar responden pada kelompok kasus mengalami kekerasan dalam rumah tangga bahkan ada yang dengan jelas-jelas memperkenalkan pacar atau wanita idaman lain kepada responden yang masih merupakan istri sah. Perempuan adalah kelompok yang paling rentan terinfeksi IMS dan dengan adanya stigma dan diskriminasi serta ketimpangan gender, perempuan memiliki derajat yang rendah dibandingkan dengan laki-laki. Hal tersebut menyebabkan perempuan tidak berani berkata “tidak” untuk setiap keinginan dari pasangan seksualnya, termasuk keengganan menanyakan status kesehatan reproduksi pasangannya dan tidak berani menolak hubungan seksual meskipun mengetahui bahwa pasangannya memiliki hubungan dengan sejumlah perempuan lain diluar perkawinannya⁽²²⁾.

Variabel budaya permisif terbukti memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kejadian IMS ($p=0,009$) dan merupakan faktor

risiko terjadinya IMS pada ibu rumah tangga (OR=7,8; CI95% =1,7-36,1), artinya ibu rumah tangga yang memiliki budaya permisif berisiko terjadi IMS 7,8 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang tidak memiliki budaya permisif.

Faktor sosial budaya yang mempengaruhi relasi timbal balik antara laki-laki dan perempuan membuat perempuan lebih sering disalahkan sebagai penyebab infeksi. Padahal, banyak perempuan yang tertular HIV dan AIDS dari pasangan yang berperilaku seks bebas. Faktor budaya yang menyebabkan perempuan patuh pada “fungsi sosial” yang salah hasil dari sosial budaya yang tidak berpihak pada perempuan, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan seks tabu untuk dibicarakan. Selain memarjinalkan perempuan, apalagi yang tidak bersuami, norma budaya mengajarkan perempuan menjadi sasaran kesalahan ketika terjadi hubungan seks sebelum nikah dan kehamilan. Stigmatisasi lebih berat yang memungkinkan mereka mengalami kekerasan⁽²⁶⁾. Ditambah dengan adanya budaya permisif laki-laki merasa mendapatkan kebebasan untuk melakukan apa yang mereka mau, wanita (istri) selalu menjadi objek dari pemuasan kebutuhan biologis semata tanpa memperhatikan dan memperdulikan status kesehatan reproduksi keduanya. Dipihak lain wanita juga tidak peduli dengan apa yang dilakukan suami diluar rumah. Mereka juga tidak berani mempertanyakan status kesehatan reproduksi dari suaminya.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam sebagian besar dari responden mengetahui bahwa suaminya memiliki partner seks lain selain dirinya namun membiarkannya melakukan hal tersebut, hal ini dikarenakan masih banyak wanita pada umumnya dan ibu rumah tangga pada khususnya yang menggantungkan kehidupan ekonomi diri dan keluarga semata-mata pada suami. Sehingga meskipun suaminya berselingkuh ia tidak dapat berbuat apa-apa hanya karena memikirkan masa depan anak-anak dan ekonomi keluarga.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang terbukti merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian IMS pada ibu rumah tangga adalah riwayat IMS sebelumnya ($p=0,001$; $OR=19,5$; $CI95\% =3,4-112,1$), pernah mendapatkan kekerasan dalam rumah tangga ($p=0,042$; $OR=4,4$; $CI95\% =1,1-18,2$), dan berbudaya permisif ($p=0,009$; $OR=7,8$; $CI95\% =1,7-36,1$). Dengan probabilitas untuk terkena IMS sebesar 98,06%. Penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat khususnya ibu rumah tangga yang belum mengetahui akan bahaya dari IMS yang berkaitan dengan permisifitas dan kekerasan dalam rumah tangga. Dengan demikian dapat menghindari dan melindungi diri dan keluarga dari infeksi.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Sexual Health. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/prees. 2006. (April 2015)
2. WHO. Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infection: 2006-2015. Geneva: WHO; 2007. (April 2015)
3. Mulyani, 2013
4. Kliegman RM. Essentials of pediatrics. 5th, editor. New York: Elsevier; 2007.
5. Jennings JM, Hensel DJ. Are social organizational factors independently associated with a current bacterial sexually transmitted infection among urban adolescents and young adults? *Social Science & Medicine*. 2014;118:52-60.
6. Gottlieb S, Newman LM, Amin A, Temmerman M, Broutet N. Sexually transmitted infections and women's sexual and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;123:183-4.
7. WHO. Sexually Transmitted Infections (STIs). Media centre Fact sheet N°110; 2013 November 2013 (April 2015)
8. Freeman EE, WHO, Glynn J.R., Cross P.L., Whitworth J.A., Hayes R.J. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS* 2006. 2006;20(1):73-83.
9. Globocan. Cervical cancer incidence and mortality worldwide in 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>. 2014 (April 2015)
10. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):100-396.
11. WHO. STIs: Large Burden and Serious Consequences. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_1302_eng.pdf?ua=1. 2014. (April 2015)
12. Mabey, 2014
13. Ainur A. Permasalahan Gender dalam Kasus HIV-AIDS di Indonesia. *Egalita J Kesetaraan dan Keadilan Gender*. 2011;6(2):177-91.
14. UNIFEM. Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS; 2012
15. DKP. Dinkes Propinsi Jawa Tengah. Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Semarang: Dinas Kesehatan; 2014
16. DKK. Dinkes Kota Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang. Semarang: Bidang P2PL; 2014
17. Dewi DSK, Wulandari L, Karmaya NM. Kerentanan perempuan terhadap penularan IMS dan HIV: gambaran perilaku seksual berisiko di Kota Denpasar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*. 2013;1(1):1-8.
18. Gill AR, Ravanfar P, Mendoza N, Tyring SK. Sexual Behavior and Psychological Aspects Associated with Sexually Transmitted Infections. In: Gross G, Tyring SK, editors. *Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases*. New York: Springer; 2011. p. 35-42.
19. Romoren M, Sundby J, Velauthapillai. Chlamydia and Gonorrhoea in Pregnant Batswana Women: time to discard the Syndromic Approach? . *BMC infect Dis*. 2007;7(27).
20. Yoshimura K, Yoshimura M, Kaboyashi T, Kubo T, Hachisuga T, Kashimura M.

- Can Bakteral Vaginosis help to Find Sexually Transmitted Disease, Especially Chlamydial Cervicitis? *Int Jour of STD and AIDS*. 2009;20:108-11.
21. Adam AM, Zainuddin AS, Maskur Z, Makalew HL. Vaginosis Bakterial. In: Daili SF, Makes WI, Zubier F, editors. *Infeksi Menular Seksual*. Jakarta: FKUI; 2014. p. 118.
 22. Dalimoenthe I. Perempuan dalam Cengkrama HIV/AIDS, Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga. *Jurnal Sosiologi*. 2011;5(1):41-7.
 23. Sudha S, Morrison S. Marital Violence and Women's Reproductive Health Care in Uttar Pradesh, India. *Women's Health Issues*. 2011;21(3):214-21.
 24. Swartzendruber A, Brown JL, Sales JM, Murray CC, DiClemente RJ. Sexually Transmitted Infections, Sexual Risk Behavior, and Intimate Partner Violence Among African American Adolescent Females With a Male Sex Partner Recently Released from Incarceration. *Journal of Adolescent Health*. 2012;51:156–63.
 25. WHO. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/2014>(Juli 2015).
 26. KNPPRI. Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan Penyebaran HIV-AIDS. Jakarta: Bidang Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan; 2008. Mulyani NS. Kanker Payudara dan PMS pada Kehamilan. ketiga, editor. Yogyakarta: Nuha Medika; 2013.