



Pendukung Waktu Kunjungan Dini Wanita Pekerja Seks ke Klinik Infeksi Menular Seksual di Denpasar

Enablers of Early Visit Female Sex Workers to Sexually Transmitted Infection Clinic in Denpasar

Putu Cintya Denny Yuliyatni^{1*}, Komang Ayu Kartika Sari¹

¹Departemen Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

*Email korespondensi: yuliyatni@unud.ac.id

ARTICLE INFO

Article History:

Received May, 6th, 2020

Revised form May, 28th, 2020

Accepted Sept, 4th, 2020

Published online Sept, 30th, 2020

Kata Kunci:

Pekerja seks;
infeksi menular seksual;

Keywords:

Sex worker;
sexually transmitted infection;

ABSTRAK

Wanita Pekerja Seks (WPS) direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan Infeksi Menular Seksual (IMS) secara rutin karena merupakan kelompok berisiko. Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Indonesia menunjukkan masih rendahnya kunjungan kembali WPS ke layanan IMS dalam 3 bulan terakhir. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan waktu kunjungan WPS untuk datang lebih awal ke klinik IMS. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* analitik pada 102 sampel WPS yang diambil secara konsekutif. Analisis data menggunakan uji *chi square* dan multipl regresi logistik. Hasil yang diperoleh bahwa dari keseluruhan sampel, sebagian besar (69,6%) merupakan WPS langsung, pendidikan menengah (56,9%) dan tidak memiliki asuransi kesehatan (72,5%). WPS yang memeriksakan diri kembali dalam 3 bulan hanya 23,5%. Hasil analisis multivariat menunjukkan WPS langsung ($aOR=9,11$; $IK95\%=1,835-45,283$), yang jarang/tidak pernah menggunakan kondom dengan pelanggan ($aOR=4,69$; $IK95\%=1,631-13,535$) dan yang memiliki asuransi ($aOR=3,18$; $IK95\%=1,017-9,940$) datang ke layanan IMS lebih awal dibanding kelompok lainnya. Masih rendahnya kedatangan kembali WPS dan faktor determinannya perlu menjadi perhatian. Strategi penjangkauan oleh petugas lapangan berdasarkan jenis WPS dan materi penjangkauan perlu disesuaikan guna meningkatkan kedatangan kembali WPS ke layanan IMS.

ABSTRACT

Female sex workers (FSW) are recommended routine to do screening of Sexually Transmitted Infection (STI) clinics because they are the risk group. The Integrated Biological and Behavioral Survey of Indonesia showed the low number of FSW return visits to STI services in the last 3 months. The study aimed to determine the factors of early visit of FSW to STI clinic. This research was a cross-sectional on 102 FSW samples taken consecutively. Data analysis used chi-square test and multiple logistic regression. The results was obtained that: of the total sample, the majority (69.6%) were direct FSW, secondary education (56.9%) and had no health insurance (72.5%). Only 23.5% FSWs returned screening in 3 months. Multivariate analysis results showed direct FSW ($aOR=9.11$; $CI95\%=1,835-45,283$), who rarely/never use condoms with customers ($aOR=4.69$; $CI95\%=1,631-13,535$) and who had no insurance ($aOR=3.18$; $CI95\%=1,017-9,940$) returned to STI clinic more earlier (≤ 3 months) than other groups. The low return of FSW and its determinants need an attention. Outreach strategies by field staff based on the type of FSW and the adjusted outreach materials is needed to increase the return of FSW to STI services.

PENDAHULUAN

Infeksi Menular Seksual (IMS) masih menjadi beban masalah kesehatan di dunia. Diperkirakan sekitar 376 juta kasus baru IMS yang dapat diobati (klamidia, gonorea, sifilis dan trikomoniasis) pada tahun 2016. Begitupula dengan prevalensi IMS akibat virus (herpes simplek dan *human papillomavirus*) yang juga masih tinggi. Salah satu populasi kunci yang rentan terinfeksi IMS adalah Wanita Pekerja Seks (WPS). Berdasarkan data WHO dari 38 negara tahun 2016-2017 melaporkan prevalensi sifilis pada WPS adalah 3,2% (interval=0,0-35,2%).¹ Hasil Survei Terpadu Biologi dan Perilaku Indonesia (STBP) tahun 2011 menemukan bahwa prevalensi sifilis cukup tinggi yaitu 10% pada WPS langsung dan 3% pada WPS tidak langsung. Infeksi gonore dan klamidia pada WPS juga tinggi masing-masing adalah 38% dan 41%.²

Mayoritas IMS tidak menunjukkan gejala dan sering tidak terdeteksi.^{3,4} Sebagai konsekuensinya, orang dengan IMS sering menularkan penyakit ke orang lain dan terinfeksi kembali.^{5,6} Kelompok yang mudah tertular penyakit terutama pada IMS dengan prevalensi tinggi dan tingkat penggunaan kondom rendah perlu melakukan penapisan IMS secara rutin. Salah satu strategi untuk mencegah dan mengontrol penularan IMS adalah pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.⁷ Populasi kunci seperti WPS direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan secara rutin untuk HIV atau IMS lain minimal setiap tiga bulan.⁸⁻¹⁰ Namun, STBP Indonesia (2011) menunjukkan hanya 46% WPS langsung

versus 7% WPS tidak langsung mengunjungi layanan IMS lebih dari dua kali pada tiga bulan sebelumnya.²

Layanan skrining IMS tersedia baik di layanan kesehatan pemerintah maupun swasta di Provinsi Bali. Namun, tidak semua menyediakan layanan yang komprehensif untuk WPS. Hasil pengamatan di Kota Denpasar, WPS lebih cenderung datang ke klinik yang memiliki layanan IMS yaitu Klinik Amertha, layanan tersebut mengimplementasikan program penjangkauan pada WPS oleh Kemenkes RI melalui petugas lapangan. Petugas penjangkauan memiliki peran penting untuk meningkatkan kesadaran WPS dalam berperilaku pencegahan terhadap IMS.

Penelitian terkait prediktor WPS melakukan kunjungan skrining IMS ke layanan kesehatan lebih banyak merupakan penelitian kualitatif dan kuantitatif terhadap datang atau tidaknya WPS. Analisis kunjungan berdasarkan waktu kunjungan sesuai rekomendasi belum banyak terpublikasi. Beberapa penelitian tersebut menunjukkan bahwa beberapa faktor yang terbukti sebagai penghambat WPS melakukan pemeriksaan ke layanan IMS antara lain pembiayaan, jarak ke layanan, ketersediaan layanan, sikap yang negatif dari petugas kesehatan dan stigma. Sedangkan faktor individu yang menjadi prediktor WPS untuk melakukan pemeriksaan ke layanan adalah jenis WPS, pengetahuan dan persepsi yang kurang tentang pencegahan IMS dan layanan IMS.¹¹⁻¹⁵

Analisis prediktor untuk kunjungan WPS ke layanan kesehatan IMS diperlukan untuk

meningkatkan kunjungan dan skrining rutin untuk IMS. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi sistem evaluasi untuk layanan IMS, dan menjadi masukan yang baik untuk meningkatkan program penularan dan pencegahan IMS di kalangan WPS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor pendukung WPS melakukan kunjungan dini ke layanan IMS di Kota Denpasar

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dengan pengambilan sampel dilakukan di Klinik Amertha Denpasar Bali. Klinik Amertha merupakan klinik IMS yang menjangkau dan memberikan layanan komprehensif pada WPS. Populasi penelitian adalah WPS yang datang berkunjung ke klinik yang berdomisili di Denpasar. Sampel penelitian berjumlah 102 WPS yang diambil secara konsekutif, dimana telah berkunjung ke klinik sebelumnya untuk melakukan pemeriksaan IMS, berusia di atas 17 tahun dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Pengumpulan data karakteristik demografi dan perilaku berisiko dilakukan dengan wawancara sesaat sebelum melakukan pemeriksaan IMS. Data terkait hasil pemeriksaan IMS dilakukan dengan mengekstraksi rekam medis WPS. Diagnosis dan terapi IMS pada klinik ini dilakukan dengan pendekatan sindromik. Data waktu pemeriksaan IMS didapatkan dengan menghitung rentang waktu pemeriksaan sebelumnya dan pemeriksaan saat penelitian berlangsung. Variabel waktu pemeriksaan sebagai variabel tergantung dihubungkan dengan variabel karakteristik demografi dan perilaku berisiko WPS dan dianalisis secara bivariat dengan

uji *chi square* dan dilanjutkan dengan analisis multivariat menggunakan uji multipel regresi logistik. Hasil analisis univariat disajikan dalam angka frekuensi dan proporsi, sedangkan hasil bivariat dan multivariat disajikan dalam nilai *odds ratio*, *p-value* dan interval kepercayaan 95%. Penelitian ini telah mendapatkan ijin kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar No.2221/UN14.2.2.VII.14/LP/2019.

HASIL

Hasil analisis dari 102 sampel menunjukkan sebagian besar adalah WPS langsung (69,6%), berusia > 30 tahun (67,6%), berpendidikan menengah (SMP dan SMA) sebesar 56,9%, berpenghasilan cukup (73,5%), dengan lama bekerja ≤ 3 tahun (61,8%), status pernikahan adalah bercerai (72,5%) dan tidak memiliki asuransi kesehatan (75,5%). Berdasarkan Tabel 1 juga dapat dilihat gambaran perilaku berisiko WPS yaitu sebagian besar memiliki pasangan tetap (58,8%), dengan hubungan seks terakhir 0-3 hari sebelum datang ke klinik (92,2%), mengaku menggunakan kondom saat terakhir berhubungan (72,5%), jumlah pelanggan ≤ 7 orang (54,9%), jarang/tidak pernah menggunakan kondom dengan pasangan (91,2%), tetapi sebagian besar mengaku selalu menggunakan kondom dengan pelanggan (59,8%).

Tabel 1. Gambaran Karakteristik dan Perilaku Berisiko IMS pada WPS

Karakteristik	n=102	%
Tipe WPS		
Langsung	71	69,6
Tidak Langsung	31	30,4
Umur		
≤ 30 tahun	33	32,4
> 30 tahun	69	67,6
Pendidikan		
Rendah (SD)	44	43,1
Menengah (SMP-SMA)	58	56,9
Penghasilan		
Kurang (< 2.553.000)	27	26,5
Cukup (≥ 2.553.000)	75	73,5
Lama Kerja		
≤ 3 tahun	63	61,8
> 3 tahun	39	38,2
Status pernikahan		
Belum menikah	10	9,8
Menikah	18	17,6
Cerai	74	72,5
Kepemilikan asuransi		
Ya	25	24,5
Tidak	77	75,5
Perilaku Berisiko		
Memiliki pasangan tetap		
Ya	60	58,8
Tidak	42	41,2
Hubungan sex terakhir (hari)		
0-3 hari	94	92,2
> 3 hari	8	7,8
Penggunaan kondom terakhir		
Ya	74	72,5
Tidak	28	27,5
Jumlah pelanggan (dalam seminggu)		
≤ 7 orang	56	54,9
> 7 orang	46	45,1
Penggunaan kondom pada pasangan (dalam seminggu)		
Selalu	9	8,8
Jarang/Tidak pernah	93	91,2
Penggunaan kondom pada pelanggan (dalam seminggu)		
Selalu	61	59,8
Jarang/tidak pernah	41	40,2

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan hasil pemeriksaan IMS dimana WPS yang melakukan pemeriksaan kembali dalam tiga bulan hanya 23,5%. Hanya 27,5% WPS mengeluh adanya gejala IMS seperti keputihan, gatal, dan lainnya. Hasil pemeriksaan sindromik ditemukan 41,2% dinyatakan terdiagnosis IMS yaitu urethritis dan vaginitis.

Waktu pemeriksaan IMS dihubungkan dengan karakteristik dan perilaku berisiko WPS. Hasil analisis pada Tabel 3 menunjukkan tipe WPS, penggunaan kondom pada pelanggan dan jumlah pelanggan dalam seminggu terakhir secara signifikan berhubungan dengan waktu pemeriksaan IMS ($p < 0,05$). Hasil analisis multivariat terbukti bahwa jenis WPS, perilaku penggunaan kondom dan kepemilikan asuransi sebagai determinan waktu pemeriksaan IMS. Hasil menunjukkan bahwa WPS langsung memiliki kecenderungan 9,11 kali lebih tinggi (95%CI=1,835<aOR < 45,283) untuk melakukan pemeriksaan IMS lebih awal (≤3 bulan) dibandingkan WPS tidak langsung.

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan IMS pada WPS

Variabel	n=102	%
Waktu Pemeriksaan IMS		
≤ 3 bulan	24	23,5
> 3 bulan	78	76,5
Keluhan IMS		
Tidak ada	74	72,5
Ada	28	27,5
Duh tubuh/Keputihan	16	15,6
Lainnya (bintil, gatal, nyeri perut, lecet)	12	11,9
Diagnosis Sindromik IMS		
Tidak ada	60	58,8
Ada	42	41,2
Urethritis	30	29,4
Vaginitis	12	11,8

Sumber: Data Primer, 2019

WPS yang jarang atau tidak pernah menggunakan kondom pada pelanggan juga berisiko 4,69 kali lebih awal melakukan pemeriksaan (95%CI=1,631 < aOR < 13,535) dibandingkan mereka yang mengaku selalu menggunakan kon-

dom saat dengan pelanggan. Temuan lainnya terlihat mereka yang memiliki jaminan asuransi berisiko 3,18 kali (95%CI=1,017 < aOR < 9,940) untuk datang lebih awal ke klinik IMS dibandingkan WPS yang tidak memiliki asuransi.

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat dan Multivariat Determinan Waktu Pemeriksaan IMS pada WPS

Variabel	Skrining				OR (IK95%)	p	aOR (IK95%)	p
	<= 3 bln		> 3 bln					
	n	%	n	%				
Jenis WPS								
Langsung	22	31,0	49	69,0	6,51 (1,426-29,725)	0,007	9,11 (1,835-45,283)	0,007
Tidak langsung	2	6,5	29	93,5	ref		Ref	
Kelompok Umur								
<= 30 tahun	10	30,3	23	69,7	1,708 (0,663-4,400)	0,265		
> 30 tahun	14	20,3	55	79,7				
Pendidikan								
Rendah	11	25,0	33	75,0	1,154 (0,460-2,895)	0,760		
Menengah	13	22,4	45	77,6				
Penghasilan								
Kurang	6	22,2	21	77,8	0,905 (0,316-2,587)	0,852		
Cukup	18	24,0	57	76,0				
Lama Kerja								
<= 3 tahun	16	25,4	47	74,6	1,319 (0,504-3,453)	0,572		
> 3 tahun	8	20,5	31	79,5				
Jaminan Asuransi								
Ya	9	36,0	16	64,0	2,33(0,862-6,273)	0,091	3,18 (1,017-9,940)	0,047
Tidak	15	19,5	62	80,5	ref		ref	
Status Pernikahan								
Belum menikah	3	30,0	7	70,0	2,143(0,342-13,420)	0,694		
Menikah	3	16,7	15	83,3	1,333(0,312-5,701)			
Cerai/pisah	18	24,3	56	75,7				
Memiliki Pasangan Tetap								
Ya	17	28,3	43	71,7	1,977 (0,737-5,303)	0,172		
Tidak	7	16,7	35	83,3				
Hubungan Sex Terakhir								
0-3 hari	23	24,5	71	75,5	2,268(0,265-19,417)	0,444		
>3 hari	1	12,5	7	87,5				
Penggunaan Kondom Terakhir								
Ya	20	27,0	54	73,0	2,222 (0,685-7,205)	0,176		
Tidak	4	14,3	24	85,7				
Penggunaan Kondom pada Pasangan								
Jarang/tdk pernah	22	23,7	71	76,3	1,085 (0,210-5,606)	0,923		
Selalu	2	22,2	7	77,8				
Penggunaan Kondom pada Pelanggan								
Jarang/tdk pernah	15	36,6	26	63,4	3,33 (1,288-8,628)	0,011	4,69 (1,631-13,535)	0,004
Selalu	9	14,8	52	85,2	ref		ref	
Jumlah Pelanggan								
> 7 pelanggan	15	32,6	31	67,4	2,53 (0,984-6,486)	0,050	2,28 (0,789 - 6,566)	0,128
0-7 pelanggan	9	16,1	47	83,9	ref		ref	
Keluhan IMS								
Ada	15	20,3	59	79,7	0,537 (0,202-1,423)	0,207		
Tidak	9	32,1	19	67,9				
Diagnosis Sindromik IMS								
Ada	11	26,2	31	73,8	1,283 (0,510-3,226)	0,596		
Tidak	13	21,7	47	78,3				

Sumber : Data Primer, 2019

PEMBAHASAN

Wanita Pekerja Seks (WPS) yang melakukan pemeriksaan IMS kembali dalam 3 bulan hanya 23,5%. Namun, dilihat jenis WPS, WPS langsung yang datang kembali untuk skrining sebesar 31% dan WPS tidak langsung sebesar 6,5%. Angka ini tidak berbeda jauh dengan survei IBBS 2011 dimana didapatkan WPS langsung yang datang kembali dalam 3 bulan terakhir lebih banyak adalah sebesar 46% dan 7% WPS tidak langsung yang datang kembali untuk skrining.²

WPS langsung cenderung untuk datang lebih awal melakukan pemeriksaan IMS dibandingkan WPS tidak langsung. Hal ini terkait dengan adanya program penjangkauan dan upaya pencegahan IMS terutama HIV AIDS pada WPS oleh Kemenkes RI dibantu oleh Lembaga Swadaya Masyarakat. Yayasan Kerti Praja yang merupakan pengelola Klinik Amertha juga ditunjuk untuk melaksanakan program ini. Berdasarkan pengalaman petugas lapangan, penjangkauan oleh petugas lapangan lebih mudah dilakukan pada WPS langsung karena terkait tempat kerja dan komitmen pemilik usaha. Beberapa penelitian juga menunjukkan tipe WPS langsung cenderung untuk lebih awal melakukan pemeriksaan IMS dibandingkan WPS tidak langsung.¹⁴ Rendahnya proporsi kedatangan kembali ke layanan IMS terutama pada WPS tidak langsung, perlu ditingkatkan dengan model penjangkauan yang lebih sesuai berdasarkan jenis WPS.

WPS yang jarang/tidak pernah menggunakan kondom pada pelanggan juga berisiko

lebih awal melakukan pemeriksaan disbandingkan mereka yang mengaku selalu menggunakan kondom saat dengan pelanggan. Penelitian ini menemukan proporsi penggunaan kondom yang konsisten pada pelanggan lebih besar dibandingkan pada pasangan tetap, sejalan dengan beberapa penelitian dengan setting yang berbeda.¹⁶⁻¹⁸ Meskipun hasil penelitian ini tidak menemukan hubungan yang signifikan penggunaan kondom pada pasangan tetap dan waktu mencari layanan IMS. Perilaku penggunaan kondom yang buruk cenderung akan meningkatkan risiko terjadinya penularan IMS.^{15,19} Perilaku penggunaan kondom yang buruk dihubungkan dengan pengetahuan dan persepsi terkait IMS yang buruk.^{17,18} Hasil penelitian ini, WPS yang memiliki perilaku kondom yang buruk, mereka lebih peduli untuk memeriksa diri lebih awal. WPS cenderung ke klinik untuk mendapatkan paket pencegahan IMS salah satunya kondom. WPS umumnya mendapatkan informasi tentang IMS dari petugas kesehatan, kelompok sebaya, sesama teman dan mucikari. Adanya program penjangkauan dari petugas lapangan dan pemberdayaan teman sebaya sebagai jembatan informasi terkait IMS pada WPS merupakan salah satu upaya peningkatan kesadaran WPS untuk memeriksakan diri rutin ke layanan IMS.^{20,21} Gambaran temuan perilaku WPS diatas sejalan dengan pendekatan *Health Belief Model*, dimana individu akan berperilaku untuk melindungi diri atau melakukan pencegahan dari masalah kesehatan jika mereka merasa rentan terhadap suatu masalah kesehatan, percaya bahwa hal tersebut akan memberikan konsekuensi yang serius, tindakan pencegahan yang dilakukan akan mem-

berikan banyak manfaat dan menurunkan kerentanan atau konsekuensi yang serius.²²

Hubungan waktu pemeriksaan IMS dan adanya jaminan asuransi tidak terlihat signifikan pada analisis bivariat. Namun, pada hasil multivariat terlihat WPS yang memiliki jaminan kesehatan 3,18 kali lebih awal untuk datang ke layanan IMS setelah dikontrol oleh jenis WPS dan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan. Beberapa studi jelas membuktikan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan terutama dari pemerintah lebih rutin dan lebih awal untuk melakukan skrining IMS dibandingkan WPS yang tidak memiliki ataupun yang memiliki jaminan kesehatan swasta. Hasil ini diperkuat dengan studi multisenter di 7 negara yang menemukan bahwa terlambatnya WPS ke layanan testing HIV salah satunya karena tidak memiliki jaminan kesehatan.²³ Penelitian pada wanita muda di Amerika mendapatkan kepemilikan asuransi pemerintah meningkatkan peluang untuk memeriksakan diri ke layanan IMS dibandingkan mereka yang memiliki asuransi swasta.²⁴ Ditemukan pula bahwa layanan kesehatan IMS dari pemerintah secara gratis atau pembayaran melalui pihak ketiga merupakan suatu sistem yang penting dalam pengembangan layanan di klinik IMS.²⁵ Teori perilaku oleh Lawrence W Green menemukan bahwa faktor predisposisi (pengetahuan dan persepsi), faktor pemungkin (ketersediaan akses ke layanan, termasuk jaminan kesehatan) dan faktor penguat (perilaku petugas kesehatan, petugas lapangan, kelompok sebaya) akan mendorong individu berperilaku yang baik untuk meningkatkan

kesehatannya. Dengan adanya pengetahuan yang baik, persepsi kerentanan dan adanya manfaat, penjangkauan yang baik dari petugas, pelayanan gratis dan jaminan kesehatan maka lebih mendorong WPS untuk mengakses layanan IMS.²²

Adapun kelemahan dari penelitian ini adalah kurangnya menggali pengetahuan dan persepsi WPS tentang IMS juga faktor kepuasan pelayanan sebagai faktor penentu WPS untuk datang kembali ke layanan. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik konsektif yang mungkin saja tidak dapat mewakili populasi secara keseluruhan.

KESIMPULAN DAN SARAN

WPS yang kembali melakukan pemeriksaan IMS dalam waktu 3 bulan masih cukup rendah. Faktor yang terbukti sebagai prediktor kedatangan kembali WPS ke layanan IMS adalah jenis WPS (aOR=9,11; $p=0,007$), perilaku penggunaan kondom pada pelanggan (aOR=4,69, $p=0,004$) dan kepemilikan jaminan kesehatan (aOR=3,18, $p=0,047$). Pendekatan penjangkauan oleh petugas lapangan berdasarkan jenis WPS merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kedatangan ke layanan IMS dan mengubah perilaku penggunaan kondom pada WPS. Informasi tambahan terkait jaminan kesehatan perlu disampaikan oleh petugas lapangan untuk meningkatkan kepemilikan asuransi pada WPS dan selanjutnya dapat meningkatkan kedatangan kembali ke layanan IMS.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Yayasan Kerti Praja dan Klinik Amertha sebagai

tempat penelitian. Kemudian terima kasih ditujukan pada Unit Penelitian dan Pengabdian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana yang telah mendanai penelitian ini, serta semua pihak yang membantu hingga penelitian ini terselesaikan dengan baik.

REFERENSI

1. WHO. Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2018. World Health Organization; 2018.
2. Kemenkes RI. Integrated Biological and Behavioural Survey 2011. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
3. Turek EM, Fairley CK, Bradshaw CS, Chen MY, Vodstrcil LA, Snow A, et al. Are Genital Examinations Necessary for STI Screening for Female Sex Workers? An Audit of Decriminalized and Regulated Sex Workers in Melbourne, Australia. *PLoS One*. 2020; 15(4):12–17.
4. Svigals V, Blair A, Muller S, Sahu Khan A, Faktaufon D, Kama M, et al. Hyperendemic Chlamydia Trachomatis Sexually Transmitted Infections among Females Represent a High Burden of Asymptomatic Disease and Health Disparity among Pacific Islanders in Fiji. *PLoS Neglected Tropical Disease*. 2020; 14(1):1-18.
5. Hsu KK, Molotnikov LE, Roosevelt KA, Elder HR, Klevens RM, Alfred DJ, et al. Characteristics of Cases with Repeated Sexually Transmitted Infections, Massachusetts, 2014-2016. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;67(1):99–104.
6. Kenyon C, Buyze J, Klebanoff M, Brotman RM. The Role of Sexual Networks in Studies of How BV and STIs Increase The Risk of Subsequent Reinfection. *Epidemiology Infection*. 2018;146(15):2003–2009.
7. WHO. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infection 2016-2021. World Health Organization; 2016.
8. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Kementerian Kesehatan RI; 2015.
9. ASHA. Australian STI Management Guidelines for Use In Primary Care. Australian Sexual Health Alliance. 2016: 1–3.
10. BASHH. 2015 BASHH CEG Guidance on Tests for Sexually Transmitted Infections. British Association for Sexual Health and HIV. 2015: 1–6.
11. Wahed T, Alam A, Sultana S, Rahman M, Alam N, Martens M, et al. Barriers to Sexual and Reproductive Healthcare Services as Experienced by Female Sex Workers and Service Providers in Dhaka City, Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(7):1–19.
12. Chanda MM, Perez-brumer AG, Ortblad KF, Kanchele C, Fullem A, Barresi L. Barriers and Facilitators to HIV Testing Among Zambian. *AIDS Patient Care STDS*. 2017; 31(7):290–296.
13. Avuvika E, Masese LN, Wanje G, Wanyonyi J, Nyaribo B, Omoni G, et al. Barriers and Facilitators of Screening for Sexually Transmitted Infections in Adolescent Girls and Young Women in Mombasa , Kenya : A Qualitative Study. *PLoS One*. 2017;12 (1):1–12.
14. Kohler PK, Campos PE, Garcia PJ, Carcamo CP, Buendia C, Hughes JP, et al. STI Screening Uptake and Knowledge of STI Symptoms among Female Sex Workers Participating in a Community Randomized Trial in Peru. *International Journal of STD & AIDS*. 2016;27(5):402–410.
15. Wong HTH, Lee KCK, Chan DPC. Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital Chlamydia Trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae Infections in Female Sex Workers in Hong Kong. *Sex Transmitted Diseases*. 2015;42(4): 185–191.
16. Fehrenbacher AE, Chowdhury D, Jana S, Ray P, Dey B, Ghose T, et al. Consistent Condom Use by Married and Cohabiting Female Sex Workers in India: Investigating Relational Norms with Commercial versus Intimate Partners. *AIDS and Behavior*. 2018;22(12): 4034–4047.
17. Karamouzian M, Sadeghirad B, Sharifi H,

- Sedaghat A, Haghdoost AA, Mirzazadeh A. Consistent Condom Use with Paying and Nonpaying Partners among Female Sex Workers in Iran: Findings of a National Biobehavioral Survey. *Journal of the International Association Providers of AIDS Care*. 2017;16(6):572-578.
18. Ma Q, Jiang J, Pan X, Cai G, Wang H, Zhou X, et al. Consistent Condom Use and its Correlates among Female Sex Workers at Hair Salons: a Cross-sectional Study in Zhejiang Province, China. *BMC Public Health*. 2017;17(910):1-12.
 19. Szwarcwald CL, Damascena GN, Souza-Junior PRB de, Guimarães MDC, Almeida W da S de, Ferreira AP de S, et al. Factors Associated with HIV Infection among Female Sex Workers in Brazil. *Medicine*. 2018;97:54-61.
 20. Januraga PP, Sutrisna A, Darmawi V. Model Pencegahan Melalui Transmisi Seksual di Tingkat Pelayanan Primer Puskesmas dan Jejaringnya. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
 21. Boon R, Lim T, Kam D, Tham T, Cheung ONY. Efficacy of Human Immunodeficiency Virus/Sexually Transmitted Infection Prevention Interventions Targeting Female Entertainment Workers : A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior*. 2017;21(8):2341-2361.
 22. Nutbeam D, Harris E, Wise M. Theory in A Nutshell. A Practical Guide to Health Promotion Theories. *McGraw-Hill Australia*. 2010.
 23. Koirala S, Deuba K, Nampaisan O, Marrone G, Ekström AM, Satti A, et al. Facilitators and Barriers for Retention in HIV Care between Testing and Treatment in Asia - A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS One*. 2017; 12(5):1-20.
 24. Wiehe SE, Rosenman MB, Wang J, Katz BP, Fortenberry JD. Chlamydia Screening among Young Women: Individual and Provider Level Differences in Testing. *Pediatrics*. 2011;127(2).
 25. Kovar CL, Bynum S. Sexually Transmitted Disease Services and Third-Party Payer Reimbursement: Attitudes, Knowledge, and Current Practices among 60 health Departments/Districts. Why does this Matter to Public Health Nurses?. *Public Health Nursing*. 2019;36(3):357-362.