



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN
KESEHATAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV
PADA PEKERJA
SEKS KOMERSIAL DI MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

**FANNY CHRISNA AMBETA (C1314201062)
FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI (C1314201063)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR 2017**



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN
KESEHATAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN
HIV PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL
DI MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

**FANNY CHRISNA AMBETA (C1314201062)
FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI (C1314201063)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR 2017**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Fanny Chrisna Ambeta (C1314201062)
2. Feby Anggrayna Somalinggi (C1314201063)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dari hasil karya penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Maret 2017

Yang menyatakan,

(Fanny Chrisna Ambeta)

(Feby Anggrayna Somalinggi)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Fanny Chrisna Ambeta (C1314201062)
2. Feby Anggrayna Somalinggi (C1314201063)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada STIK Stella Maris Makassar untuk menyimpan, memformatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya .

Makassar, Maret 2017

Yang menyatakan,

(Fanny Chrisna Ambeta)

(Feby Anggrayna Somalinggi)

LEMBAR PERSETUJUAN

UJI SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV
PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL
DI MAKASSAR**

Diajukan oleh :

Fanny Chrisna Ambeta (C1314201062)

Feby Anggrayna Somalinggi (C1314201063)

Disetujui oleh :

Pembimbing



(Rosmina S, Ns., M.Kes)
NIDN. 0925117501

**Wakil Ketua 1
Bidang Akademik**



(Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN)
NIDN. 0917107402

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV
PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL
DI MAKASSAR

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Fanny Chrisna Ambeta (C.1314.201.062)
Feby Anggrayna Somalinggi (C.1314.201.063)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:



(Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes)

NIDN. 0925117501

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal
April 2017 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I



(Fransiska A. M.Kep.,SpKMB)

NIDN: 0913098201

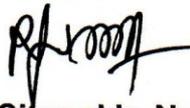
Penguji II



(Mery Sambo, Ns.,M.Kep)

NIDN: 0930058102

Penguji III



(Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes)

NIDN : 0925117501

Makassar, April 2017
Program S1 Keperawatan dan Ners
Stella Maris Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu, S.Si.S.Kep.Ns,M.Kes)

NIDS: 0928027101

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar”.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moral maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.S.Kep.Ns,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.Ns.MSN, selaku wakil ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar
3. Sr. Anita JMJ.S.kep.Ns.MAN selaku wakil ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosdewi, S.Kep.Ns.MSN, selaku wakil ketua II Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Fransiska Anita Ekawati Rahayu, Ns.,M.kep.,Sp.KMB, selaku ketua program S1 keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
6. Ns. Rosmina Situngkir, S.kep, M.kes, selaku dosen pembimbing proposal yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Segenap Civitas Akademika Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
8. Kepada Manager-Manager PAP makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
9. Teristimewa untuk kedua orang tua dan sanak saudara kami yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi dan pengorbanan yang begitu berharga yang diberikan kepada kami.
10. Semua teman-teman seperjuangan Program S1 Keperawatan angkatan 2013, terimakasih atas kebersamaan dan dukungannya kepada penulis.
11. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, Maret 2017

Penulis

ABSTRAK**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV PADA PEKERJA SEKS
KOMERSIAL DI MAKASSAR**

(dibimbing oleh Rosmina Situngkir)

FANNY CHRISNA AMBETA, FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS

(60 halaman + 41 daftar pustaka + 10 tabel + 7 lampiran)

HIV merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius saat ini, khususnya dikalangan Pekerja Seks Komersial di Makassar, dimana angka kejadiannya terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pengetahuan dan pelayanan kesehatan diperlukan untuk menunjang perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional Study*. Sampel dalam penelitian ini adalah para PSK di lokasi Nusantra Makassar, dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden yang diambil dengan menggunakan teknik *Non-probability sampling* dengan pendekatan *Consecutive Sampling*.

Hasil analisa menggunakan uji statistic *Chi-Square* dengan uji alternatif *Fhiser's Exact Test* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$), dan diperoleh hasil ada hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK dengan nilai $p=0,007$ dan ada hubungan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK dengan nilai $p=0,034$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar. Disarankan bagi para PSK untuk lebih memperhatikan perilakunya terhadap pencegahan HIV dengan cara menggunakan kondom pada saat para PSK melayani para tamunya.

Kata kunci : *pengetahuan, pelayanan kesehatan, perilaku pencegahan, HIV*

Kepustakaan : 41 daftar pustaka dari tahun 2003-2015

ABSTRACT***THE RELATION BETWEEN KNOWLEDGE AND SOCIAL SERVICE
WITH THE PREVENTION BEHAVIOUR AGAINST HIV OF
SEXUAL LABORER IN MAKASSAR***

(adviser by Rosmina Situngkir)

FANNY CHRISNA AMBETA, FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI

***S1 NURSING PROGRAM AND NERS
(60 pages + 41 library + 10 tables + 7 attachment)***

Today, HIV is disease which become a very serious health problem especially in the commercial sexual laborer in Makassar. Which is the number of genesis always get an impr ovement each years. The knowledge and health service are needed to kick prevention behavior against HIV of the sexual laborer. The aim of this study was to know the relation between knowledge and health service with the prevention behavior against HIV of sexual laborer. This study is a observation analytic study with the cross sectional study approach. Sample of this study was the sexual laborers who located in Nusantara. There were 30 respondent that were taken by consecutive sampling.

Analytic result that used the chi-square test with the fisher exact test's alternative with the probability value (0,05) and the results showed the there were relation between knowledge with the prevention behavior of sexual laborer ($p=0,007$) and the health service with prevention behavior as well (0,034). Therefore, can be concluded that there is relation between knowledge and social service with the prevention behavior against HIV of sexual laborer in Makassar. The suggested to the sexual laborer to more attention of the HIV prevention in the way use the condom when will serving her quest.

*Keywords : knowledge, social service, prevention behavior, HIV
Libraries : 41 library (2003-2015)*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI	v
HALAMAN KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
HALAMAN DAFTAR ISI	x
HALAMAN DAFTAR TABEL	xiii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xiv
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan umum.....	6
2. Tujuan khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Umum Pengetahuan.....	8
1. Pengertian.....	8
2. Tingkat pengetahuan.....	8
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	10
B. Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan.....	11
1. Pengertian.....	11
2. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan.....	11

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS	HAL
3. Kualitas pelayanan kesehatan	12
4. Tingkat pelayanan kesehatan	13
5. Lembaga pelayanan kesehatan	14
C. Tinjauan Umum Perilaku Pencegahan.....	15
1. Perilaku Pencegahan	15
2. Prinsip Pencegahan HIV/AIDS Non-medis.....	16
3. Upaya Perilaku Pencegahan.....	17
4. Tingkat Pencegahan	19
D. Tinjauan Umum HIV/AIDS	20
1. Pengertian.....	20
2. Etiologi	22
3. Patofisiologi.....	22
4. Manifestasi klinik.....	24
5. Cara penularan	25
6. Cara pencegahan.....	27
7. Pemeriksaan diagnostik	28
8. Komplikasi.....	29
E. Tinjauan Umum pekerja seks komersial	30
1. Pengertian.....	31
2. Klasifikasi PSK.....	31
3. Faktor-faktor penyebab PSK.....	32
4. Upaya penanganan yang dapat diberikan terhadap masalah PSK	32
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN.....	34
A. Kerangka Konseptual	34
B. Hipotesis Penelitian.....	35
C. Defenisis Operasional	36

BAB IV METODE PENELITIAN	38
A. Jenis Penelitian	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38
D. Instrumen Penelitian	39
E. Teknik Pengumpulan Data	39
F. Pengolahan dan Penyajian Data	41
G. Analisis Data	42
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	44
A. Hasil Penelitian	44
B. Pembahasan	50
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Defenisi Operasional Variabel Penelitian	36
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur PSK	44
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan PSK	45
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan PSK	45
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Bekerja PSK	46
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan PSK	46
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pelayanan Kesehatan PSK	47
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan HIV pada PSK	47
Tabel 5.8 Analisis Hubungan antara Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan HIV pada PSK.....	48
Tabel 5.9 Analisis Hubungan antara Pelayanan Kesehatan Dengan Perilaku Pencegahan HIV pada PSK	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual 35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Surat Ijin Penelitian
Lampiran 2	: Jadwal Kegiatan
Lampiran 3	: Permohonan Responden
Lampiran 4	: Persetujuan Responden
Lampiran 5	: Kuesioner
Lampiran 6	: Raw Data (Master Tabel)
Lampiran 7	: Analisis Data (Hasil SPSS)

DAFTAR ARTI SINGKATAN

<i>AIDS</i>	= <i>Aquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<i>ART</i>	= <i>Anti-Retroviral Therapy</i>
<i>ARV</i>	= <i>Anti-Retroviral</i>
<i>Dinkes</i>	= <i>Dinas Kesehatan</i>
<i>ELISA</i>	= <i>Enzyme-Link Immunosorbent Assay</i>
<i>HIV</i>	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<i>IFA</i>	= <i>Imunofluorescence Assay</i>
<i>LSL</i>	= <i>Lelaki Suka Lelaki</i>
<i>Kemendes R.I</i>	= <i>Kementrian Kesehatan Republik Indonesia</i>
<i>KPAN</i>	= <i>Komisi penanggulangan AIDS Nasional</i>
<i>ODHA</i>	= <i>Orang Dengan HIV/AIDS</i>
<i>Penasun</i>	= <i>Pengguna NAPZA Suntik</i>
<i>PCR</i>	= <i>Polymerase Chair Reection</i>
<i>PMS</i>	= <i>Penyakit Menular Seksua</i>
<i>PSK</i>	= <i>Pekerja Seks Komersial</i>
<i>SPSS</i>	= <i>Statistical Productand Service Solution</i>
<i>SUFA</i>	= <i>Strategic Use Of ARV</i>
<i>THM</i>	= <i>Tempat Hiburan Malam</i>
<i>UNAIDS</i>	= <i>United Nation of Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<i>VCT</i>	= <i>Voluntary Counseling Test</i>
<i>WB</i>	= <i>Western Blot</i>
<i>WHO</i>	= <i>World Health Organization</i>
<i>ZDV</i>	= <i>Zidovudine</i>

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan terbesar yang dihadapi hampir disemua negara saat ini adalah *Acequired Immune Defesiency Syndrome (AIDS)* yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui hubungan seksual, jarum suntik dari seseorang yang tertular HIV, transfusi darah yang tercemar HIV atau dengan adanya hubungan perinatal antara ibu dengan bayi yang dikandung atau disusui. Penyakit ini menjadi penyakit berbahaya karena belum ditemukannya obat yang dapat menyembuhkan penderita HIV/AIDS sehingga pada akhirnya berakhir pada kematian (Kemenkes RI, 2011).

Tahun 2007, menurut data yang dikumpulkan oleh Amerika bersama program HIV/AIDS (UNAIDS) 33 juta orang hidup dengan infeksi HIV, hampir 3 juta orang menjadi terinfeksi HIV dan 2 juta orang meninggal (UNAIDS, 2007). Menurut perkiraan UNAIDS di dunia ini terdapat lebih dari 5.000 orang pengidap baru HIV dan AIDS yang berusia antara 15-24 tahun tertular dari hubungan, serta sekitar 1.400 anak di bawah usia dibawah 15 tahun meninggal akibat mengalami fase AIDS (KPAN, 2011).

WHO dalam "Epidemiological Facet Sheet On HIV and AIDS Core Data On Epidemiology and Response Indonesia" mengungkapkan bahwa disebagian besar Negara-negara di dunia terjadinya peningkatan jumlah prevalensi HIV/AIDS berkaitan dengan tingkat pengetahuan terhadap HIV/AIDS serta perilaku yang beresiko (WHO, 2008). Sejak awal epidemic HIV/AIDS, hampir 78 juta orang di dunia telah terinfeksi HIV dan sekitar 39 juta orang meninggal akibat HIV. Secara umum, 35 juta orang hidup dengan HIV hingga akhir

tahun 2013 dan 1,5 juta orang meninggal akibat HIV pada tahun 2013. *World Health Organization (WHO)* memperkirakan 0.8% masyarakat di seluruh dunia usia 15-49 tahun hidup dengan HIV/AIDS (WHO, 2011).

Sampai saat ini HIV/AIDS bukan saja menjadi masalah nasional akan tetapi sudah menjadi masalah global karena lebih dari 40 juta jiwa manusia di dunia telah terinfeksi HIV (KPAN, 2011). Di Indonesia, sejak pertama kali ditemukan di Bali pada tahun 1987 sampai saat ini penyebarannya terus mengalami peningkatan. Hingga maret 2012 virus ini telah tersebar 368 dari 498 kabupaten kota diseluruh propinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2012).

Meningkatnya kasus HIV/AIDS dari tahun ketahun disebabkan oleh faktor-faktor seperti industri yang berkaitan dengan seks seperti makin banyaknya THM (tempat hiburan malam) yang berkedok karaoke dan menjamurnya panti pijat, juga mobilitas penduduk yang tinggi termasuk nelayan dari Negara tetangga, meningkatnya angka kemiskinan dan pengangguran, meningkatnya penggunaan NAPZA suntik yang akan lebih mempercepat epidemic lebih lanjut, dan akan menulari ibu-ibu rumah tangga, bayi-bayi, remaja putra/putri, atau salah satu kelompok resiko tinggi adalah Wanita Tuna Susila (Profil Kesehatan Prop. Sulsel, 2015).

Kawasan timur Indonesia, Sulawesi Selatan adalah propinsi terbesar kedua setelah Papua dalam hal tingkat pandemi *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS). Semua wilayah kabupaten/kota di dalam wilayah propinsi Sulawesi Selatan telah ditemukan kasus HIV/AIDS. Bahkan, kota Makassar disebut masuk peringkat tiga kota penderita HIV/AIDS tertinggi di Indonesia, setelah Jayapura dan Jakarta. Ketika kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan tahun 1997 lalu, saat itu baru terdapat empat orang yang positif terjangkit virus HIV/AIDS. Hanya dalam 10 tahun, angkanya manembus lebih dari 2000 orang (Profil Kesehatan Prop. Sulsel, 2014).

Dinas kesehatan propinsi Sulsel menyebutkan data tahun 2010, terjadi peningkatan kasus HIV/AIDS menjadi 3.918 penderita di Sulawesi Selatan. Hingga pada tahun 2014, penderita baru HIV sebanyak 874 kasus dan penderita baru AIDS sebanyak 687 orang yang dengan jumlah kematian sebanyak 425 orang. Jika dilihat dari tahun 2009-2014, kasus HIV/AIDS terus mengalami peningkatan (Profil Kesehatan Prop. Sulsel, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh kementerian kesehatan RI pada tahun 2007 didapatkan bahwa sekalipun HIV/AIDS sudah ada sejak 2005 tahun lalu di Indonesia, akan tetapi pengetahuan masyarakat tentang HIV/AIDS masih minim. Masih dalam survey yang sama, presentase responden yang pernah mendengar HIV/AIDS hanya 44,4%. Lalu diantara yang pernah mendengar, hanya 13,9% yang memiliki pengetahuan yang benar tentang HIV dan hanya 45% responden yang mengetahui pencegahan yang benar (Iswandi, 2010).

Meskipun mereka telah mendengar tentang HIV dan sampai batas tertentu tahu sedikit tentang HIV, namun sebagian besar tidak memiliki pengetahuan tentang pencegahan dan penularan serta untuk mengidentifikasi faktor-faktor resiko sehingga informasi yang mereka peroleh tidak akurat dan tidak memadai. Ada PSK yang sudah berupaya melakukan pencegahan terhadap HIV, tetapi karena tuntutan dari pelanggan seperti menolak penggunaan kondom sehingga mereka tidak dapat melakukan tindakan pencegahan. Akibat kurangnya pengetahuan sehingga pencegahan tentang HIV/AIDS ini menyebabkan terjadinya perilaku seksual yang tidak sehat dan beresiko yang dapat memicu meningkatnya penularan HIV (Iswandi, 2010).

Perilaku pencegahan dapat diatasi dengan upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah masyarakat.

Oleh karena ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan masyarakat banyak, maka peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai bagian atau porsi yang besar. Dengan pemberian pelayanan kesehatan ini secara cepat dan tepat diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi. Dan yang berperan penting dalam pelayanan kesehatan ini adalah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung atau tidak langsung kepada klien sebagai individu, keluarga, dan masyarakat, dengan metode pendekatan pemecahan masalah yang disebut proses keperawatan. Pelayanan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Dinkes Prop. Jambi, 2014).

Menurut hasil penelitian Ta'di dkk (2014), menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpengetahuan baik dari 37 responden yang memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 19 (51,4%), berpengetahuan cukup (40,5%) berpengetahuan kurang 3 (8,1%). Dan berdasarkan hasil pengujian statistic bivariat dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan dengan sikap WTS dalam pencegahan infeksi menular seksual di desa S, kabupaten Pekalongan tahun 2014, dengan nilai p value 0,570.

Dari hasil data awal yang diperoleh dari puskesmas Andalas Kota Makassar, bahwa dari tahun 2013 pekerja seks komersial yang positif menderita HIV/AIDS di lokasi terdapat 7 orang, tahun 2014-2015 mengalami peningkatan mencapai 15 orang pekerja seks komersial yang positif HIV pada tahun yang berbeda, hingga pada bulan oktober 2016 terakhir ini penderita HIV/AIDS pada pekerja seks mengalami penurunan yaitu hanya terdeteksi 11 orang. Angka

kejadian HIV/AIDS pada PSK di Makassar dari tahun 2013 s/d 2016 terdapat peningkatan dan penurunan yang positif menderita HIV/AIDS.

Pekerja Seks Komersial merupakan kelompok beresiko karena mereka menghabiskan waktu dengan melibatkan diri pada perilaku seks bebas dengan berganti-ganti pasangan, dengan tidak melakukan proteksi atau perlindungan diri dengan pelanggannya sehingga lebih besar kemungkinan tertular virus HIV. Berdasarkan uraian dan fakta tersebut diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui “apakah ada hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Faktor permasalahan yang paling utama adalah pengetahuan pekerja seks komersial mengenai perilaku pencegahan HIV/AIDS. Salah satu faktor masih tingginya angka kejadian HIV/AIDS disebabkan karena kurangnya pengetahuan mengenai penyakit HIV/AIDS, kurangnya pengetahuan disini adalah ketidaktahuan para pekerja seks komersial akan penyakit HIV/AIDS, gejala-gejala yang ditimbulkan dari AIDS, dan cara pencegahan penyakit AIDS itu sendiri. Dalam hal ini sistem pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi perilaku pencegahan HIV/AIDS itu sendiri, khususnya kesehatan pekerja seks komersial dalam menjaga kesehatan dirinya agar terhindar dari penyakit HIV/AIDS yang dapat dilihat dari perilaku pekerja seks komersial saat berhubungan seksual dengan pelanggan. Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar?
2. Apakah ada hubungan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi pengetahuan PSK di Makassar.
- b. Untuk mengidentifikasi pelayanan kesehatan yang diperoleh PSK.
- c. Untuk mengidentifikasi perilaku pencegahan HIV pada PSK.
- d. Untuk menganalisis hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK.
- e. Untuk menganalisis hubungan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi PSK dan Pengasuhnya

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi Pekerja Seks Komersial karena akan menjadi bahan acuan sebagai perilaku pencegahan diri seperti penggunaan alat kontrasepsi agar tidak terjadi penularan HIV pada saat PSK melayani para tamunya.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi instansi kesehatan guna memberikan kontribusi sesuai sebagai evaluasi dalam memberikan promosi kesehatan dan memperhatikan system pelayanan kesehatan terhadap pekerja seks komersial.

3. Bagi Institusi STIK Stella Maris Makassar

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber dan referensi bagi institusi STIK Stella Maris guna sebagai acuan serta memperkaya referensi dan kepustakaan.

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat megembangkan wawasan dan pengetahuan peneliti, serta menjadi pengalaman berharga untuk peneliti yang kemudian menjadi sumber referensi bagi penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep, dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan segala isinya termasuk manusia dan kehidupannya. Pengetahuan berbeda dengan keyakinan maupun persepsi, hal ini karena pengetahuan mengandung suatu kebenaran sedang pada keyakinan bisa saja keliru. Apabila diketahui dalam suatu pengetahuan tersebut tidak bisa lagi dianggap sebagai pengetahuan. Apa yang dianggap sebagai pengetahuan akan berubah status keyakinan menjadi biasa. Pengetahuan adalah hasil belajar, pada saat seseorang belajar tentang sesuatu maka seseorang mengetahui sesuatu yang baru. Pengetahuan bukanlah hasil akhir melainkan lebih dari itu, pengetahuan adalah pembimbing atau pengarah bagi seseorang yang sedang belajar sesuatu yang baru (Notoatmodjo, 2010).

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2010) pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, evaluasi;

a. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkat pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari

antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham dengan objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi ini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi dan masih ada kegiatannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dan formulasi-formulasi yang ada misalnya dapat menyusun, merencanakan, dapat meringkaskan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kondom dengan yang tidak menggunakan kondom.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2010) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

a. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Pendidikan digolongkan sebagai berikut:

- 1) Tamat SD
- 2) Tamat SLTP
- 3) Tamat SLTA
- 4) Tamat perguruan tinggi

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan akan semakin mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

b. Informasi

Sesorang dengan sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

c. Budaya

Tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.

d. Pengalaman

Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

e. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi disini maksudnya adalah tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki karena dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi memungkinkannya untuk mempunyai fasilitas-fasilitas yang mendukung seseorang mendapatkan informasi dan pengalaman yang lebih banyak.

B. Tinjauan umum pelayanan kesehatan

1. Pengertian pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang di selenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat. Jadi pelayanan kesehatan adalah sub system pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, dan lingkungan. Yang dimaksud sub system disini adalah sub system dalam pelayanan kesehatan yaitu input, proses, output, dampak, dan umpan balik (Depkes RI, 2009).

2. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ada bermacam-macam, namun jika disederhanakan dibagi menjadi :

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok ini ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri atau bersama-sama dalam organisasi dengan tujuan

utama untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan. Sasaran utama adalah perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok ini ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam organisasi. Tujuan utama adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Sasaran utamanya ialah kelompok dan masyarakat.

c. Pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi dasar dan pelayanan rujukan. Dilakukan oleh perawat dalam pelayanannya memiliki tugas diantaranya, memberikan asuhan keperawatan keluarga, komunitas dan pelayanan kesehatan dasar dan asuhan keperawatan umum pada pelayanan rujukan.

Tugas perawat dalam lingkup pelayanan rujukan adalah memberikan asuhan keperawatan pada ruang lingkup rujukan seperti pada anak perata memberikan asuhan keperawatan pada anak melalui pendekatan proses keperawatan anak, lingkup keperawatan jiwa, dan lain-lain (Alimul, 2008).

3. Kualitas pelayanan kesehatan

Kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Apabila jasa atau pelayanan yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa atau pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa atau pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa atau pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa atau pelayanan yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan,

maka kualitas jasa atau pelayanan dipersepsikan buruk (Tjiptono, 2008) Dimensi kualitas pelayanan yaitu :

- a. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan dengan segera dan memuaskan serta sesuai dengan yang telah di janjikan.
 - b. *Responsiveness* (gaya tanggap), yaitu keinginan para staff untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
 - c. *Assurance* (jaminan), yaitu mencakup kemampuan, kesopanan, dan sifat yang dapat dipercaya yang dimiliki para staff, bebas dari bahaya, resiko ataupun keragu-raguan.
 - d. *Empathy* yaitu meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan perhatian dengan tulus terhadap kebutuhan pelanggan.
 - e. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
4. Tingkat pelayanan kesehatan
- a. *Health promotion* (promosi kesehatan)
Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarnya tidak terjadi gangguan kesehatan. Tingkat pelayanan ini dapat meliputi, keberhasilan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, pemeriksaan kesehatan berkala, kebiasaan hidup sehat, peningkatan status gizi, dan lain-lain.
 - b. *Specific protection* (perlindungan khusus)
Melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu/ancaman kesehatan, misalnya pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu.

c. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)

Tingginya gejala pada suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilakukan untuk mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Misalnya berupa kegiatan dalam rangka survey pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat/kelompok.

d. *Disability Limitation* (pembatasan cacat)

Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan misalnya perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi yang lebih lanjut, memberikan segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

e. *Rehabilitation* (rehabilitasi)

Pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien di diagnosa sembuh. Sering pada tahap ini di jumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali kemasyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya (Alimul, 2008).

5. Lembaga pelayanan kesehatan

Lembaga pelayanan kesehatan adalah pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan dapat berupa, yaitu:

a. Rawat jalan

Bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosis dan pengobatan pada penyakit dan

mendadak dan kronis yang dimungkinkan tidak terjadi rawat inap. Dapat dilakukan pada klinik-klinik kesehatan, seperti klinik dokter spesialis, klinik perawatan spesialis dan lain-lain.

b. Institusi

Pelayanan kesehatan yang fasilitasnya cukup dalam memberikan berbagai tingkat pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, pusat rehabilitasi, dan lain-lain.

c. Hospice

Pelayanan kesehatan yang difokuskan pada klien dengan sakit terminal agar lebih tenang dan dapat melewati masa-masa terminalnya dengan tenang. Misalnya digunakan dalam home care.

d. Community Based Agency

Pelayanan kesehatan yang dilakukan kepada klien pada keluarganya sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktek perawat keluarga, dan lain-lain (Alimul, 2008).

C. Tinjauan umum perilaku pencegahan

1. Perilaku pencegahan

Menurut Green dalam buku Notoatmodjo (2003) menganalisis bahwa perilaku manusia dilihat dari tingkatan kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni faktor perilaku (*Behaviour causer*) dan faktor dari luar perilaku (*Non-behaviour causer*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu:

- a) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersediannya fasilitas-

fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.

- c) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya. Dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencengah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2007).

2. Prinsip pencegahan HIV/AIDS non-medis

Menurut Aditya (2005) prinsip pencegahan HIV/AIDS nonmedis adalah sebagai berikut:

A = *Abstaint*, artinya puasa, jangan melakukan hubungan seksual, merupakan metode paling aman untuk mencengah penularan HIV melalui hubungan seksual.

B = *Be Faithful*, artinya tidak berganti-ganti pasangan atau setia pada pasangan, melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangan yang sah.

C = *User Condom*, artinya pergunaan kondom saat melakukan hubungan seksual bila beresiko menularkan/tertular penyakit.

D = *Don't use Drugs*, artinya hindari penyalahgunaan narkoba.

E = *Education*, artinya edukasi, sebarkan informasi yang benar tentang HIV/AIDS dalam setiap kesempatan.

3. Upaya perilaku pencegahan

Pencegahan adalah mengambil suatu tindakan yang di ambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hal pengamatan/penelitian epidemiologi. Pencegahan merupakan komponen yang paling penting dan berbagai aspek kebijakan publik. Konsep pengetahuan adalah suatu bentuk upaya sosial untuk promosi, melindungi, dan mempertahankan kesehatan pada suatu populasi tertentu (Nasry, 2006). Organisasi kesehatan dunia (WHO) telah merumuskan suatu bentuk defenisi mengenai promosi kesehatan: *"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment"*. (Ottawa Charter, 1986) dalam garis besar usaha kesehatan, dapat dibagi dalam 3 golongan, yaitu:

a. Usaha pencegahan (usaha preventif)

Upaya preventif adalah sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencengah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. Preventif secara etimologi berasal dari bahasa latin, *preventive* yang artinya dating sebelum atauantisipasi atau mencengah untuk tidak terjadi sesuatu. Dalam pengertian yang sangat luas, preventif diartikan sebagai upaya secara segaja dilakukan untuk mencengah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat. Upaya preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Usaha-usaha yang dilakukan yaitu, pemakaian kondom saat berhubungan seksual bagi Wanita Pekerja Seks Komersial, jangan berganti-ganti pasangan saat berhubungan seksual, hindari pemakaian peralatan tajam secara bergantian (jarum suntik, jarum tato, jarum tindik, pisau cukur) dan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, desinfeksi dengan larutan klorin.

b. Usaha pengobatan (usaha kuratif)

Upaya kuratif bertujuan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok yang menderita penyakit atau masalah kesehatan. Usaha-usaha yang dilakukan, yaitu program *Voluntary Counseling Test (VCT)* melalui *pre test* konseling dan *post test* konseling berperan penting untuk menemukan kasus HIV, sehingga pengobatan dini dapat dilakukan.

c. Usaha rehabilitasi

Merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama. Usaha yang dilakukan yaitu, program ART atau *Strategic Use of ARV (SUFAR)* menyediakan pengobatan kepada semua orang yang terinfeksi HIV dengan $CD4 < 350$ dan semua ODHA tanpa memandang status CD4, termasuk ibu hamil, pasangan serodiskordan, pasien ko-infeksi TB-HIV atau HBV-HIV, wanita pekerja seks, LSL, penasun, dan warga binaan lapas (MoH, NAC, UNAIDS, WHO 2013). Dari ketiga jenis usaha ini, usaha pencegahan penyakit mendapat tempat yang utama, karena dengan usaha pencegahan akan diperoleh hasil yang lebih baik, serta memerlukan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan usaha pengobatan maupun rehabilitasi.

4. Tingkat pencegahan

Tingkat pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada lima tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2007) :

a. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).

- 1) Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas
- 2) Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan
- 3) Peningkatan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat seks bebas dan pelayanan keluarga berencana

b. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Spesific Portection*)

- 1) Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencengah terhadap penyakit-penyakit tertentu
- 2) Isolasi terhadap penyakit menular
- 3) Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja
- 4) Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergi

c. Menggunakan diagnose secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*)

- 1) Mencari kasus sedini mungkin
- 2) Melakukan pemeriksaan umum secara rutin
- 3) Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu misalnya HIV/AIDS, dan lain-lain
- 4) Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita
- 5) Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular
- 6) Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus

d. Pembatasan kecacatan (*Dissability Limitation*)

- 1) Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjut agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi
- 2) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan
- 3) Perbaikan fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif

e. Pemulihan kesehatan (*Rehabilitation*)

- 1) Mengembangkan lembaga-lembaga rehabilitasi dengan mengikutsertakan masyarakat
- 2) Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberikan dukungan moral, setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan
- 3) Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat maupun yang mempertahankan diri
- 4) Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah dia sembuh dari suatu penyakit

D. Tinjauan umum HIV / AIDS

1. Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) yaitu virus yang menyerang system kekebalan tubuh manusia, sedangkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah sindrom kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (Kunoli, 2013).

Acquired Immunodeficiency Syndrom atau *Acquired Immunodeficiency Syndrom* (AIDS) adalah sekumpulan gejala dan infeksi (sindrom) yang timbul karena rusaknya system kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV atau infeksi virus-virus lain yang mirip yang menyerang spesies lainnya (SIV, FIV, dan lain-lain) (Hutapea, 2011).

HIV atau *Human Immunodeficiency virus* adalah virus yang menyebabkan AIDS. Sedangkan AIDS adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh penurunan kekebalan tubuh disebabkan oleh virus HIV (Kemenkes RI, 2011).

Kerusakan progresif pada sistem kekebalan tubuh menyebabkan ODHA (orang dengan HIV/AIDS) amat rentan dan mudah terjangkit bermacam-macam penyakit. Serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama-kelamaan akan menyebabkan pasien sakit parah bahkan meninggal (Scorviani & Nugroho, 2011).

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), HIV merupakan singkatan dari '*human immunodeficiency virus*' merupakan retrovirus yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positive T-sel dan macrophages komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus menerus, yang akan menyebabkan defisiensi kekebalan tubuh (KPAN, 2012). Sedangkan AIDS adalah singkatan dari '*acquired immunodeficiency syndrome*' dan menggambarkan berbagai gejala dan infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV merupakan penyebab AIDS. Tingkat HIV dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS (KPAN, 2012).

"acquired" : tidak diturunkan dan dapat menularkan kepada orang lain.

"Immune" : sistem kekebalan tubuh manusia.

"Deficiency" : berkurangnya kekebalan tubuh terhadap penyakit.

“*Syndrome*” : adalah kumpulan tanda dan gejala penyakit (Kemenkes RI, 2011).

2. Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus yang mempunyai beberapa nama yaitu HTL II, LAV, RAV. Yang nama ilmiahnya disebut *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* yang berupa agen viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Scorviani & Nugroho, 2011).

Retrovirus mempunyai kemampuan menggunakan RNA-nya dan DNA penjamu untuk membentuk virus DNA dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. Seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi yang panjang (klinik-laten), dan utamanya menyebabkan munculnya tanda dan gejala AIDS. HIV menyebabkan beberapa kerusakan sistem imun dan menghancurkannya. Hal tersebut terjadi dengan menggunakan DNA dan CD4⁺ dan limfosit untuk mereplikasi diri. Dalam proses itu, virus HIV menghancurkan CD4⁺ dan limfosit (Nursalam, 2008).

3. Patofisiologi

Virus HIV menyerang sistem kekebalan tubuh dengan merusak sel-sel darah putih (sel T) sebagai penangkal infeksi sehingga lama kelamaan tubuh berkurang serta mudah terkena penyakit. Virus HIV terdapat dicairan tubuh dan yang terbukti menularkan adalah dara, sperma/air mani, cairan vagina dan ASI. Sementara air mata, air ludah, air kencing dan keringat belum ada laporan menularkan penyakit AIDS. Bila seseorang dalam darahnya terdapat virus HIV maka orang tersebut dikatakan positif HIV. Kerusakan pada system kekebalan tubuh seseorang akan menyebabkan seseorang rentan dan mudah terjangkit bermacam-macam penyakit. Serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama kelamaan dapat menyebabkan sakit parah bahkan berujung pada kematian (KPAI, 2010).

Sehingga AIDS disebut sebagai syndrome atau kumpulan dari berbagai gejala penyakit. Seseorang yang terinfeksi virus HIV dan menderita AIDS sering disebut ODHA, yaitu singkatan dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Penderita yang terinfeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS jika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan suatu akibat dari penurunan system kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV atau hasil tes darah menunjukkan jumlah $CD4 < 200/mm^3$ (Depkes, 2007).

HIV/AIDS dapat menular melalui beberapa cara yaitu:

a. Lewat cairan darah :

- 1) Melalui transfusi darah/produksi darah yang tercemar HIV
- 2) Lewat pemakai jarum suntik yang tercemar HIV, yang dipakai secara bergantian tanpa disterilkan, misalnya pemakaian jarum suntik pada kalangan pengguna narkoba suntikan atau penasun.
- 3) Melalui pemakaian jarum suntik yang berulang kali dalam kegiatan lain misalnya penyuntikkan imunisasi dan obat.
- 4) Pemakaian alat tusuk yang menembus kulit, misalnya alat tindik, tato dan alat facial wajah.

b. Lewat cairan sperma dan cairan vagina

Melalui hubungan seks penetrative (penis masuk kedalam vagina atau anus) tanpa menggunakan kondom, sehingga memungkinkan terjadi adanya luka (untuk hubungan seks lewat vagina), atau tercampurnya cairan sperma dengan darah, yang mungkin terjadi dalam hubungan seks lewat anus.

c. Lewat air susu ibu

Penularan ini dimungkinkan dari ibu hamil yang positif HIV dan melahirkan melalui vagina, kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan tertularnya dari ibu ke bayinya (*mother to child transmission*) ini berkisar hingga 30% artinya dari setiap sepuluh kehamilan dari ibu HIV positif

kemungkinan ada tiga yang lahir dengan HIV positif (Depkes RI, 2003).

HIV tidak menular dan menularkan dengan melalui:

- 1) Hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, asal tidak berhubungan seksual
- 2) Menjabat tangan, mengobrol, memeluk, berciuman pipi, bersenggolan badan dengan penderita HIV/AIDS
- 3) Penderita HIV/AIDS bersin, batuk, berkeringat, mengeluarkan air mata
- 4) Digigit serangga, nyamuk, dan binatang peliharaan
- 5) Berenang bersama-sama dikolam renang
- 6) Menggunakan toilet bersama-sama
- 7) Melalui makan dan minum bersama, menggunakan sisir bersama, handuk dan baju (WHO, 1992).

4. Manifestasi Klinis

a. Klinik-Laten (Kategori Klinik A)

Meskipun pasien baru saja dinyatakan terinfeksi HIV, biasanya selama beberapa tahun pasien menunjukkan periode “klinik-laten” antara infeksi HIV, dan sistem imun pejamu merusak sejak awal infeksi.

Individu yang terinfeksi HIV tidak akan menunjukkan tanda dan gejala infeksi HIV. Pada orang dewasa yang terinfeksi HIV, fase ini berlangsung selama 8-10 tahun. HIV-ELISA dan *Western Blot* atau *Imunofluorescence Assay* (IFA) menunjukkan hasil positif dengan jumlah limfosit CD4⁺ > 500 sel/ μ l.

b. Tanda dan gejala awal HIV (Kategori Klinis B)

Individu yang terinfeksi HIV dapat nampak sehat selama beberapa tahun dan tanda dan gejala minor dari infeksi HIV mulai nampak. Individu mulai menunjukkan *candidiasis*, limfadenopati, kanker serviks, *Herpes zoster*, dan atau neuropati

perifer. Jumlah virus dalam darah akan menunjukkan peningkatan sementara pada saat yang sama jumlah limfosit CD4⁺ menurun hingga mencapai 500 sel/ μ l. Individu dengan kondisi kategori B, akan tetap dalam kategori B. Tapi keadaan ini bersifat tidak tetap karena dapat berkembang menjadi kategori C apabila kondisinya semakin parah, dan juga tidak dapat kembali lagi ke kategori A bila bersifat asimtomatik.

c. Tanda dan gejala lanjut HIV (Kategori Klinis C)

Individu yang terinfeksi HIV menunjukkan infeksi dan keganasan yang mengancam kehidupan. Perkembangan pneumonia (*Pneumocystis Carinii*), toxoplasmosis, *cryptosporidiosis* dan infeksi oportunistik lainnya yang biasa terjadi, individu dapat pula mengalami kehilangan atau penurunan berat badan, jumlah virus terus meningkat, jumlah limfosit CD4⁺ menurun hingga <200 sel/ μ l. Pada keadaan ini individu akan dinyatakan sebagai penderita AIDS.

d. Tahap akhir penyakit HIV (Kategori Klinis C)

Individu yang terinfeksi HIV menunjukkan perkembangan infeksi oportunistik baru seperti infeksi sitomegalovirus, kompleks *Mycobacterium avium*, *Meningitis cryptococcal*, *Leukoencephalopathy multifocal* yang progresif dan infeksi lain yang biasanya terjadi sekunder terhadap penurunan sistem imun. Jumlah virus sangat meningkat dan jumlah limfosit CD4⁺ < 50 sel/ μ l. Kematian bisa dikatakan sudah sangat dekat. Sekali kondisi kategori C ini terjadi, maka individu akan tetap pada kategori ini walaupun ada kemungkinan kondisi ini dapat berubah (Nursalam, 2008).

5. Cara Penularan

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu cara vertical, horizontal dan transeksual. Jadi HIV dapat mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dan diperantai benda

tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intake seperti terjadi kontak seksual. Begitu mencapai atau berada dalam sirkulasi sistemik, 4 – 11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah (Kunoli, 2013).

HIV/AIDS ditularkan melalui darah, cairan mani, dan vagina orang yang tertular. Orang yang mengalami kontak dengan cairan-cairan ini melalui hubungan seks vaginal dan anal (hubungan anal adalah dimasukkannya penis ke dalam lubang dubur, yaitu cara penularan pada pria gay), transfusi dengan darah tercemar (dengan cara inilah petenis Wimbledon terkenal Arthur Ashe terkena infeksi HIV), transplantasi dengan organ atau jaringan yang sudah terinfeksi, menggunakan jarum suntik bekas (sering di kalangan pengguna jarum suntik liar), atau secara tidak sengaja tersuntik jarum bekas seseorang yang mengandung HIV (kadang-kadang dapat terjadi pada petugas kesehatan) (Hutapea, 2011).

Determinan utama dari penularan melalui hubungan seksual adalah pola dan prevalensi dari orang-orang dengan "Sexual Risk Behavior" seperti melakukan hubungan seks yang tidak terlindung dengan banyak pasangan seks. Tidak ada bukti epidemiologis atau laboratorium yang menyatakan bahwa gigitan serangga dapat menularkan infeksi HIV, risiko penularan melalui seks oral tidak mudah diteliti, tetapi diasumsikan sangat rendah. Dari 15-30% bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HIV (+) terinfeksi sebelum, selama atau segera sesudah dilahirkan.

Penyakit ini menular melalui berbagai cara, antara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan genitalia, dan ASI. Virus terdapat juga dalam saliva, air mata, dan urin (sangat rendah) HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah disunat memiliki resiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak disunat (Kunoli, 2013).

6. Cara Pencegahan

Program pencegahan HIV/AIDS hanya dapat efektif bila dilakukan dengan komitmen masyarakat dan komitmen politik yang tinggi untuk mencegah dan atau mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Upaya pencegahan meliputi:

- a. Pemberian penyuluhan kesehatan di sekolah dan di masyarakat harus menekankan bahwa mempunyai pasangan seks yang berganti-ganti serta penggunaan obat suntik bergantian dapat meningkatkan resiko terkena infeksi HIV.
- b. Tidak melakukan hubungan seks atau hanya berhubungan seks dengan satu orang yang diketahui tidak mengidap infeksi.
- c. Memperbanyak fasilitas pengobatan bagi pecandu obat terlarang akan mengurangi penularan HIV. Begitu pula program "*Harm reduction*" yang menganjurkan para pengguna jarum suntik untuk menggunakan metode dekontaminasi dan menghentikan penggunaan jarum bersama telah terbukti efektif.
- d. Menyediakan fasilitas konseling HIV di mana identitas penderita dirahasiakan atau dilakukan secara anonimus serta menyediakan tempat-tempat untuk melakukan pemeriksaan darah. Konseling, tes HIV secara sukarela dan rujukan medis dianjurkan dilakukan secara rutin pada klinik keluarga berencana dan klinik bersalin, klinik bagi kaum homo dan terhadap komunitas dimana seroprevalens HIV tinggi. Orang yang aktifitas seksualnya tinggi disarankan untuk mencari pengobatan yang tepat bila menderita Penyakit Menular Seksual (PMS).
- e. Setiap wanita hamil sebaiknya sejak awal kehamilan disarankan untuk dilakukan tes HIV sebagai kegiatan rutin dari standar perawatan kehamilan. Ibu dengan HIV positif harus dievaluasi untuk memperkirakan kebutuhan mereka terhadap terapi

zidovudine (ZDV) untuk mencegah penularan HIV melalui uterus dan perinatal.

- f. Berbagai peraturan dan kebijakan telah dibuat oleh USFDA, untuk mencegah kontaminasi HIV pada plasma dan darah. Semua darah donor harus diuji antibodi HIV nya.

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium

1. Anti-HIV secara *Enzim Linked Immunosorbent Assay* (ELISA).

Dasar cara ini ada mereaksikan antigen (HLN) yang dilekatkan pada benda padat dengan serum. Apabila didalam serum terdapat antibodi-HIV, maka akan terjadi ikatan antigen-antibodi. Pemeriksaan dengan cara ini merupakan tes penyaring pertama yang apabila positif dilanjutkan dengan tes lanjutan yang berbeda.

- 2) Anti-HIV secara Immunoblot (western blot WB)

Uji WB merupakan uji yang sangat spesifik dan mempunyai sensitivitas sama dengan uji ELISA. Pada dasarnya uji WB merupakan pemeriksaan lanjutan dari uji ELISA.

- 3) PCR test

PCR dapat digunakan untuk mendeteksi seluen DNA HIV dari *established cell lines* dalam jaringan get, semen, sel mononuklear dan suipermatan dari penderita HIV AIDS. Studi lebih lanjut menunjukkan adanya kemungkinan untuk mendeteksi HIV dalam DNA langsung yang diisolir dari sel darah, sel mononuklear, individu seropositif, tetapi tidak dalam DNA individu seronegatif. Sampai saat ini, PCR test adalah uji HIV AIDS yang sangat mahal sehingga penggunaannya masih belum luas di negara indonesia.

b. Pemeriksaan penunjang

Merupakan pemeriksaan yang mendukung pemeriksaan laboratorium. Pada kasus HIV/AIDS, seperti pemeriksaan fotothorax, untuk mengetahui adanya virus HIV dalam thorox, pemeriksaan sputum BTA, dan CT Scan.

Dalam melakukan diagnosis terhadap penyakit pasien, seorang dokter yang kompeten tidak akan serta merta mendiagnosis hanya berdasarkan anamnesis atau tanda-tanda yang tampak dari pasien saja, tetapi ia akan melakukan pemeriksaan lebih lanjut yang benar-benar dapat digunakan untuk memastikan jenis penyakit yang diderita pasien yaitu perlu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang. Lalu bukti-bukti dari hasil-hasil pemeriksaan pasien dan dokter baru dapat menentukan jenis penyakit pasien.

8. Komplikasi

a. Oral

Lesi karena kandidia, herpes simplek, sarcoma kaposi, HPV oral, gingivitis, peridontitis *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), leukoplakia oral, nutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, kelelahan dan cacat.

b. Neurologik

1) Kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) pada sel saraf, berefek perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfagia, dan isolasi sosial.

2) Enselophaty akut, karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis/ensefalitis. Dengan efek: sakit kepala, malaise, demam, paralise, total/parsial.

3) Infark serebral kornea sifilis meningovaskuler, hipotensi sistemik, dan maranik endokarditis.

4) Neuropati karena inflamasi demielinasi oleh serangan HIV.

c. Gastrointestinal

1) Diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal, limfoma, dan sarcoma kaposi. Dengan efek, penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi, dan dehidrasi.

2) Hepatitis karena bakteri dan virus, limfoma, sarcoma kaposi, obat illegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam atritis.

3) Penyakit anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi, dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rektal, gatal-gatal, dan diare.

d. Respirasi

Infeksi karena pneumocystic carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides dengan efek nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, kelelahan, gagal nafas.

e. Dermatologik

Lesi kulit stafilokokus: virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena xerosis, reaksi otot, lesi scabies/tuma, dan dekubitus dengan efek nyeri, gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis.

f. Sensorik

1) Pandangan: sarkoma kaposi pada konjungtiva berefek kebutaan.

2) Pendengaran: otitis eksternal akut dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri.

E. Tinjauan umum pekerja seks komersial (PSK)

Pekerja seks komersial pada umumnya adalah seorang wanita. Wanita adalah makhluk bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai

dengan tingkat perkembangannya. Wanita/ibu adalah penerus generasi keluarga dan bangsa sehingga keberadaan wanita sehat jasmani dan rohani serta sosial sangat diperlukan. Wanita/ibu adalah pendidik pertama dan utama dalam keluarga (Ikatan Bidan Indonesia, 2006).

1. Pengertian pekerja seks komersial

PSK adalah seseorang yang menjual dirinya dengan melakukan hubungan seks dengan tujuan kebutuhan ekonomi. Pelacuran atau prostitusi adalah penjualan jasa seksual. Pelacuran adalah profesi yang menjual jasa untuk memuaskan kebutuhan seksual pelanggan, biasanya pelayanan ini dalam bentuk penyerahan tubuhnya (WIKIPEDIA, 2007).

WTS (wanita tuna susila) mempunyai peranan penting dan secara tidak langsung menjadi katub penyelamat bagi kehidupan ekonomi keluarganya, walau dilihat dari resikonya sangat besar. Akan tetapi, pada kenyataan sebagian kelompok-kelompok tertentu yang menganggap WTS sebagai makhluk kotor, hina dan jahat. Sehingga keberadaan WTS sudah menjadi kuadrat atau ketentuan yang tidak bisa berubah dan pada akhirnya diterima oleh masyarakat umum tanpa melalui proses berfikir kritis analitis dan kurang dilihat secara bijak. Para WTS bagian dari kelompok sosial yang ingin mendapatkan pengakuan sama dan tidak selayaknya stigma baik dan buruk terus dilontarkan sehingga WTS mempunyai hak untuk membela dirinya sendiri. Sebenarnya eksistensi WTS sangat tergantung pada permintaan dan penawaran (Ta'di dkk, 2014).

2. Klasifikasi pekerja seks komersial

Berdasarkan modus operasinya, pekerja seks komersial dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu, Subadara (2007):

a) Terorganisasi

Yaitu mereka yang terorganisasi dengan adanya pimpinan, pengelola atau mucikari, dan para pekerjanya mengikuti aturan yang mereka tetapkan. Dalam kelompok ini adalah mereka yang bekerja di lokalisasi, panti pijat, salon kecantikan.

b) Tidak terorganisasi

Yaitu mereka yang beroperasi secara tidak tetap, serta tidak terorganisasi secara jelas. Misalnya pekerja seks di jalanan, klub malam, diskotik.

3. Faktor-faktor penyebab PSK

Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang menjadi pekerja seks komersial (Koenjoro, 2004), antara lain:

- a) Faktor ekonomi (seperti, ingin hidup mewah, kemiskinan, dan lain-lain).
- b) Faktor sosiologis (seperti urbanisasi, keadaan sosial, dan lain-lain).
- c) Faktor psikologis (seperti rasa ingin balas dendam, malas bekerja, histeris, dan lain).

4. Upaya penanganan yang dapat diberikan terhadap masalah PSK

Dalam upaya menangani masalah wanita tuna susila atau yang dikenal sebagai sebutan PSK ini dapat dilakukan dengan berbagai cara. Beberapa program yang digunakan untuk menangani masalah PSK dan perlu adanya pelayanan sosial yang tepat dengan tujuan menolong individu-individu (PSK) untuk memulihkan, memelihara, dan meningkatkan fungsi sosial dimasyarakat seperti seharusnya.

Sebenarnya pemerintah telah menempuh berbagai upaya untuk mengatasi masalah pelacuran dan akibat yang ditimbulkannya, diantaranya dengan sering mengadakan razia oleh satpol PP untuk menangkap dan kemudian memberi pengarahan

kepada para PSK. Namun, cara ini tidak efektif menekan perkembangan prostitusi.

Upaya-upaya yang dilakukan pemerintah dalam menanggulangi masalah PSK antara lain dengan cara:

- a) Melarang dengan undang-undang, diikuti oleh razia-razia/penangkapan
- b) Dengan pencatatan dan pengawasan kesehatannya
- c) Ditampung di tempat-tempat jauh di luar kota dengan pengawasan dan perawatan serta diberikan penerangan-penerangan agama atau pendidikan, juga diadakan larangan-larangan terhadap anak-anak muda yang mengunjungi tempat tersebut
- d) Rehabilitasi dalam asrama-asrama dimana para PSK yang tertangkap diseleksi, yang dianggap dapat diperbaiki ditampung dalam asrama, mereka dididik dalam keterampilan, agama dan lain-lain dipersiapkan untuk dapat kembali ke masyarakat sebagai warga yang baik kembali.

BAB III**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****A. Kerangka Konseptual**

HIV atau *Human Immunodeficiency virus* adalah virus yang menyebabkan AIDS. Sedangkan AIDS adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh penurunan kekebalan tubuh disebabkan oleh virus HIV (Kemenkes RI, 2011). HIV/AIDS merupakan suatu penyakit yang mematikan karena penyebarannya tidak pandang bulu dan dapat menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, status, dan tingkat sosial. Salah satunya pada kelompok yang beresiko.

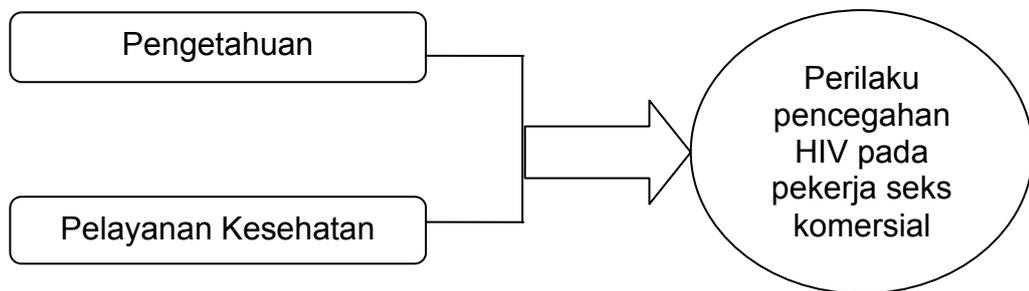
Perempuan pekerja seks komersial (PSK) merupakan kelompok beresiko karena PSK menghabiskan waktu mereka dengan melibatkan diri pada perilaku seks resiko tinggi terhadap penularan HIV yaitu berhubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan. Kemungkinan bahwa PSK tertular virus ini oleh pelanggannya, penyebabnya karena PSK tidak selalu dapat memenuhi anjuran untuk mempraktikkan seks aman untuk mengurangi resiko terjadi infeksi HIV. Permasalahannya adalah pandangan pelanggan (laki-laki) pada umumnya tidak suka memakai kondom dan bahkan menolak untuk memakainya.

Kepedulian pada pencegahan HIV sangat bergantung pada pelayanan kesehatan dan pengetahuan. Pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam mengatasi suatu masalah. Sedangkan tindakan pencegahan dapat meminimalkan akibat dari faktor-faktor resiko terjadinya HIV, oleh karena itu membutuhkan bantuan individu yang mempunyai pengetahuan luas tentang pencegahan HIV. Semakin tinggi atau semakin baik pengetahuan seseorang terhadap suatu objek maka akan semakin baik pula perilaku seseorang terhadap suatu objek. Menurut Notoatmodjo (2005) perilaku

yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Dibawah ini merupakan kerangka konsep dari penelitian hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada pekerja seks komersial.

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

-  = Variabel Independen
-  = Variabel Dependen
-  = Garis penghubung antara 2 variabel independen
-  = Hubungan

B. Hipotesis Penelitian

Adapun pada penelitian ini, peneliti mengangkat sebuah hipotesis, yaitu:

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial.
2. Ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial.

C. Defenisi Oprasional**Tabel 3.1 Defenisi Oprasional Variable Penelitian**

Varia bel	Defenisi Oprasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Peng etahu an HIV/A IDS	Segala informasi yang diketahui dan dipahami oleh responden tentang HIV/AIDS.	1.Pengertian 2.Etiologi 3.Manifestasi klinis 4. Cara penularan 5.Cara Pencegahan 6.Pemeriksaan diagnostik 7. komplikasi	Kuesio ner	Ordinal	Pengetah uan dikatakan baik jika nilai 16- 20, dan dikatakan kurang apabila nilai 10- 15.
Pelay anan Keseh atan	Segala bentuk aktifitas untuk memuaskan dan memenuhi harapan pelanggan yang menggunakan jasa kesehatan	Dimensi kualitas pelayanan : <i>1.Tangibles</i> <i>2.Reliability</i> <i>3.Responsive ness</i> <i>4.Assurance</i> <i>5.Empathy</i>	Kuesio ner	Ordinal	Pelayanan kesehatan dikatakan baik jika nilai 11-14, dan dikatakan kurang apabila nilai 7-10.
Perila ku pence	Upaya yang dilakukan individu untuk	<i>1. Be faithful</i> <i>2. User condom</i>	Kuesio ner	Ordinal	Perilaku pencegahan

gahan	memelihara dan meningkatkan kesehatannya termasuk dalam pencegahan penyakit.	3. <i>Don't use drugs</i> 4. <i>Education</i>			dikatakan baik apabila nilai 13-18, dan dikatakan kurang apabila nilai 6-12.
-------	--	--	--	--	--

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

penelitian ini merupakan desain penelitian *Observasional analitik*, yang tergolong dalam jenis penelitian *non-eksperimental* dengan pendekatan *cross sectional study*. Digunakannya desain observasional analitik adalah untuk menganalisa hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Sedangkan metode pendekatan *cross sectional* adalah melakukan observasi, yang dilaksanakan sekaligus pada saat yang sama terhadap variabel-variabel (variabel independen dan variabel dependen).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di tempat lokalisasi Pekerja Seks Komersial di Makassar. Alasan peneliti memilih tempat ini karena PSK termasuk kategori kelompok beresiko tinggi terjadinya penularan HIV, selain itu tempat ini belum pernah diadakan penelitian tentang hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2017.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah Pekerja Seks Komersial di lokasi Nusantra Makassar yang jumlahnya hingga pada periode Oktober 2016 sejumlah 50 orang.

2. Sampel

Jumlah/besar sampel pada penelitian ini sebanyak 30 responden dengan menggunakan teknik non-probability sampling dengan pendekatan *sampling consecutive*, yaitu memilih individu

yang ditemui dan memenuhi kriteria sampai jumlahnya terpenuhi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi responden adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi: bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent, responden yang pernah mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Kriteria eksklusi: sudah terjangkit HIV/AIDS.

D. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini baik variabel bebas (independen) maupun variabel terikat (dependen) dilakukan dengan menggunakan kuisisioner. Kuisisioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden. Kuisisioner ini dibuat oleh peneliti kemudian masing-masing calon responden diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara mengisi lembar kuisisioner penelitian. Untuk variabel pengetahuan tipe skala pengukuran yang digunakan berupa skala yang terdiri dari 10 item pertanyaan. Jawaban "Benar" diberi nilai 2 sedangkan jawaban "Salah" diberi nilai 1. Variabel pelayanan kesehatan menggunakan skala yang terdiri dari 7 pertanyaan. Jawaban "Ya" diberi nilai 2 sedangkan jawaban "Tidak" diberi nilai 1. Dan pada variabel perilaku pencegahan menggunakan skala ukur yang terdiri dari 6 pertanyaan. Jawaban "Sering" diberi nilai 3, jawaban "Jarang" diberi nilai 2, sedangkan jawaban "Tidak Pernah" diberi nilai 1.

E. Teknik Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta surat izin penelitian dari pihak kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang ditujukan ke tempat penelitian dalam hal ini adalah pekerja seks komersial di Makassar. Setelah mendapat

persetujuan, dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan menjadi sampel dalam penelitian. Subjek yang menjadi sampel penelitian akan mendapat penjelasan tentang maksud penelitian, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati keputusan tersebut.

2. *Anomity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3. *Justice*

Peneliti menjunjung tinggi keadilan terhadap responden dengan menghargai hak atau memberikan pengobatan secara adil, hak menjaga privasi responden, dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap responden.

4. *Benefience*

Peneliti menghargai keputusan responden untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.

5. *Veracity*

Peneliti memberikan informasi secara tepat kepada responden.

6. *Confidentially* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a. Data primer

Data yang secara langsung diperoleh dari subjek yang diteliti. Aplikasinya dalam penelitian ini adalah melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b. Data sekunder

Data yang diperoleh melalui informasi yang diberikan berupa identitas responden, umur, status perkawinan, dan lama bekerja dari tempat lokalisasi PSK di Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Pengolahan data meliputi tahapan *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning*. Data *editing* dengan mengecek kelengkapan jawaban kuisisioner, *coding* dilakukan untuk menganalisis statistik dengan menggunakan *SPSS 20.0 for windows*, data *entry* dilakukan dengan memasukkan data dalam program statistik SPSS dan *cleaning* yaitu memeriksa kembali data *entry* untuk memastikan data bebas dari kesalahan sehingga mudah dianalisis. Analisis data dilakukan untuk mendapatkan hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar. Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah pengumpulan data.

2. *Coding*

Data yang berbentuk huruf kemudian diubah menjadi data yang berbentuk angka atau bilangan yang bertujuan untuk memudahkan pada saat melakukan analisa data dan juga dapat mempercepat pada saat *entry* data sehingga membantu beban pekerjaan *entry* data.

3. *Entry data*

Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi.

4. *Cleaning*

Setelah data dimasukkan atau di-*entry* maka dilakukan pengecekan kembali pada data tersebut apakah terdapat kesalahan atau tidak.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan menggunakan metode komputer program SPSS versi 20.0 *for windows*.

1. Analisis *Univariat*

Analisis pertama yang dilakukan adalah analisa *Univariat* untuk mengetahui distribusi, frekuensi dan proporsi dari variabel-variabel yang diamati yaitu pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan.

2. Analisis *Bivariat*

Analisis kedua yang dilakukan adalah analisis *Bivariat*, dilakukan untuk mengetahui kekuatan hubungan sebab akibat dengan menghitung menggunakan skala jenis kategorik dan menggunakan uji statistik yaitu Chi-Square, dengan nilai kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$). Adapun rumus Chi-Square yang akan digunakan adalah :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 = Chi-Square

O = Nilai Observasional

E = Nilai yang diharapkan

Σ = jumlah data

Interpretasi :

- a. Apabila $p < 0,05$ maka H_a diterima H_o ditolak artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar.
- b. Apabila $p \geq 0,05$ maka H_a ditolak H_o diterima artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar.

BAB V**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN****A. Hasil Penelitian****1. Pengantar**

Penelitian ini dilakukan di tempat lokalisasi Pekerja Seks Komersial di makassar, yang dilaksanakan pada tanggal 16 Januari sampai 16 Februari 2017. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non-probability sampling* dengan pendekatan *sampling consecutive*, dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang.

Pengumpulan data menggunakan kuisisioner sebagai alat ukur. Sedangkan pengolahan data dengan menggunakan komputer program *SPSS for windows versi 20.0*. kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square*. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan apabila $p < 0,05$ maka H_a diterima H_0 ditolak.

2. Gambaran umum lokasi penelitian

Kawasan prostitusi di makassar dikenal terletak di jalan Nusantara. Puluhan tempat hiburan malam (THM) menjajakan ratusan pekerja seks komersial (PSK) yang berjejeran di depan pelabuhan Soekarno-Hatta. Kawasan prostitusi ini awalnya didirikan pada tahun 1980-an yang dulunya berada ditepi pantai depan benteng Fort Rotterdam, jalan pasar ikan. Tempat prostitusi ini dulunya dikenal sebagai Jembatan Bassi (Jambas). Jambas merupakan jembatan besi yang menjulur ke luar dari tepi ke laut sepanjang ratusan meter. Di tempat itulah para PSK mangkal dan menjajakan dirinya kepada pria hidung belang. Pada tahun 1990-an, jambas dirobohkan dan para PSK pindah ke depan pelabuhan Soekarno Hatta yang berada di jalan Nusantara yang hanya berjarak sekitar satu kilometer dari jambas.

Saat ini kawasan Nusantara sendiri yang terdiri dari rumah bernyanyi, pub, panti pijat dan penginapan menyerap lebih dari 400 karyawan.

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

Adapun gambaran karakteristik pekerja seks komersial berdasarkan, umur, pendidikan, dan status perkawinan adalah:

a. Distribusi frekuensi umur responden

Tabel 5.1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017.

Umur PSK	Frekuensi	Persentase (%)
20-25	7	23,3
26-34	8	26,7
35-40	15	50,0
Total	30	100

Sumber: data primer

Dari penelitian yang telah dilaksanakan, diperoleh data terbesar subjek penelitian berusia 35-40 tahun sebanyak 15 orang (50,0%).

b. Distribusi frekuensi tingkat pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017.

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	7	23,3
SMP	16	53,3
SMA	7	23,3
Total	30	100

Sumber: data primer

Dari penelitian yang telah dilaksanakan, diperoleh data terbesar subjek penelitian dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 16 orang (53,3%).

c. Distribusi frekuensi status perkawinan

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017.

Status perkawinan	Frekuensi	Persentase (%)
Menikah	20	66,7
Belum Menikah	10	33,3
Total	30	100

Sumber: data primer

Dari penelitian yang telah dilaksanakan, diperoleh data terbesar subjek penelitian dengan status perkawinan sudah menikah sebanyak 20 orang (66,7%).

d. Distribusi frekuensi lama bekerja

Tabel 5.4

Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017.

Lama Bekerja	Frekuensi	Persentase (%)
3-8 Bulan	7	23,3
1-5 Tahun	19	63,3
6-14 Tahun	4	13,3
Total	30	100

Sumber: data primer

Dari penelitian yang dilaksanakan, diperoleh data terbesar subjek penelitian dengan lama bekerja 1-5 tahun sebanyak 19 orang (63,3%).

4. Penyajian Hasil yang Diukur

a. Analisa univariat

1) Pengetahuan PSK tentang HIV

Tabel 5.5

Distribusi frekuensi pengetahuan PSK di Makassar tentang HIV, bulan Januari tahun 2017

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	7	23,3
Kurang	23	76,7
Total	30	100

Sumber: data primer

Berikut distribusi responden berdasarkan pengetahuan pekerja seks komersial tentang HIV, diperoleh data bahwa dari 30 responden terdapat 7 orang (23,3%) menunjukkan pengetahuan dengan kategori baik, dan terdapat 23 orang (76,7%) menunjukkan pengetahuan dengan kategori kurang. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5

2) Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.6

Distribusi frekuensi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017

Pelayanan kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	12	40,0
Kurang	18	60,0
Total	30	100

Sumber: data primer

Berikut distribusi responden berdasarkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pekerja seks komersial, diperoleh data bahwa dari 30 responden terdapat 12 orang (40,0%) yang mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, dan terdapat 18 orang (60,0%) yang mendapatkan

pelayanan kesehatan yang kurang. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.6

3) Perilaku pencegahan HIV

Tabel 5.7

Distribusi frekuensi perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017

Perilaku pencegahan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	8	26,7
Kurang	22	73,3
Total	30	100

Sumber: data primer

Berikut distribusi responden pekerja seks komersial tentang perilaku pencegahan HIV, diperoleh data bahwa dari 30 responden terdapat 8 orang (26,7%) dengan perilaku pencegahan yang baik, dan terdapat 22 orang (73,3%) dengan perilaku pencegahan yang kurang. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.7

b. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan, dan hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada pekerja seks komersial di makassar.

Tabel 5.8

Analisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017

Pengetahuan tentang HIV	Perilaku pencegahan HIV						p
	Baik		Kurang		Total		
	F	%	f	%	n	%	
Baik	5	16,7	2	6,7	7	23,3	0,007
Kurang	3	10,0	20	66,7	23	76,7	
Total	8	26,7	22	73,3	30	100	

Sumber: data primer

Analisis ini menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tabel 2 x 2. Namun karena hasil yang diperoleh belum memenuhi syarat dari uji *chi-square* dimana sampel pada penelitian ini hanya 30 responden, maka hasilnya dilihat di uji *chi-square* dengan uji alternatif *Fisher's Exact Test*.

Tabel 5.9

Analisis hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar, bulan Januari tahun 2017

Pelayanan kesehatan	Perilaku pencegahan HIV						p
	Baik		Kurang		Total		
	F	%	f	%	n	%	
Baik	6	20,0	6	20,0	12	40,0	0,034
Kurang	2	6,7	16	53,3	18	60,0	
Total	8	26,7	22	73,3	30	100	

Sumber: data primer

Dengan uji alternatif *Fisher's Exact Test* maka diperoleh nilai $p = 0,007$ dan $p = 0,034$ ini menunjukkan bahwa H_0 diterima H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV dan ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di makassar. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.8 dan 5.9

B. Pembahasan

1. Hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di makassar.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada pekerja seks komersial di makassar dengan 30 responden, maka didapatkan data sebanyak 5 (16,7%) responden berada pada kategori pengetahuan baik dan perilaku pencegahan yang baik. Menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil dari “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sedangkan perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan arti yang sangat luas. Adapun faktor yang mempengaruhi pengetahuan, antara lain: tingkat pendidikan, informasi, budaya dan pengalaman. Dari uraian tersebut bisa disimpulkan bahwa perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar Notoadmodjo (2003).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan atau sikap seseorang, karena dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahuan. Sedangkan menurut widodo (2009), sesuai teori adaptasi apabila pengetahuan baik setidaknya mendukung untuk mempunyai perilaku yang baik pula.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Aditya (2015), tingkat pengetahuan yang tinggi dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS tidak selalu berarti bahwa responden pernah bersinggungan dengan HIV/AIDS melainkan bisa juga dipengaruhi oleh informasi yang mereka peroleh tentang HIV/AIDS dan membentuk perilaku pencegahan terhadap HIV/AIDS.

Menurut asumsi peneliti, sebagian pengetahuan dan perilaku pencegahan HIV pada PSK baik, hal ini didukung karena mereka cukup tahu memahami tentang HIV dari berbagai informasi yang mereka dapatkan atau dari media massa baik dari pendidikan formal maupun nonformal dan pengalaman yang mereka dapatkan dilapangan yang dapat memberikan pengaruh sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan seseorang yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Dan dari penelitian ini, hampir sebagian besar yang memiliki pengetahuan yang baik serta perilaku pencegahan yang baik adalah mereka dari latar belakang pendidikan Menengah Pertama.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 20 (66,7%) responden dengan pengetahuan kurang dan perilaku pencegahan yang kurang. Menurut Notoadmodjo (2007) salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah informasi, pengetahuan, dan tingkat pendidikan. Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dan perilaku seseorang dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Sesuai yang dikemukakan oleh Green bahwa pengetahuan merupakan faktor penting namun tidak memadai dalam perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dewi (2008), bahwa tingkat pengetahuan yang kurang serta

pencegahan HIV yang rendah terdapat sebagai responden dengan tingkat pendidikan SMP dan SMA artinya pendidikan masih menjadi unsur paling penting dalam meningkatkan pengetahuan. Namun ditemukan fakta walaupun pendidikan tinggi (tamat SMA) belum menjamin memiliki pengetahuan yang baik dalam mengetahui HIV/AIDS itu sendiri, para WPS hanya mengetahui apa itu HIV/AIDS dan tidak mengetahui apa saja dampak, penularan dan bagaimana cara penyebaran HIV/AIDS secara mendetail.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan tingkat pengetahuan yang kurang serta perilaku pencegahan yang kurang disebabkan karena kurangnya kesadaran dan minat yang dimiliki oleh PSK untuk mencari informasi tentang HIV dan dalam penelitian ini didapatkan bahwa hampir sebagian responden yang memiliki pengetahuan yang kurang serta perilaku pencegahan yang kurang adalah mereka dari latar belakang pendidikan Sekolah Dasar dimana tingkat pendidikan ini masuk pada kategori pendidikan yang rendah, sehingga semakin sulit menerima informasi dan semakin kurang juga perilaku terhadap pencegahan HIV.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 3 (10,0%) responden yang mempunyai pengetahuan kurang dan perilaku pencegahan yang baik. Perilaku pencegahan dapat dipengaruhi oleh lingkungan pengetahuan dan pengalaman, Notoadmodjo (2007). Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik atau pun yang tidak akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Sedangkan pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan pengetahuan mengambil keputusan.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kustriyanti, dkk (2015), mengatakan bahwa berdasarkan hasil penelitian ditemukan pengetahuan partisipan kurang dikarenakan kurangnya sumber informasi yang diserap tentang HIV/AIDS dan hasil penelitian ditemukan bahwa partisipan tahu tentang upaya pencegahan terhadap HIV/AIDS, juga dilihat dari pengalaman kerja para responden yang cukup lama. Upaya pencegahan ini dilakukan oleh partisipan dalam bentuk penggunaan kondom setiap kali melakukan hubungan seksual dengan tamunya.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan tingkat pengetahuan yang kurang tetapi dapat mengambil perilaku pencegahan yang baik dikarenakan mereka mempunyai pengalaman kerja yang cukup lama sehingga banyak informasi yang mereka ketahui meskipun pengetahuan mereka tentang HIV/AIDS masih kurang.

Dari hasil penelitian menunjukkan sebanyak 2 (6,7%) responden yang mempunyai pengetahuan baik dan perilaku pencegahan yang kurang. Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai, adanya faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, dan faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau orang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Notoadmodjo menyimpulkan bahwa perilaku seseorang atas masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang-orang masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan

terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kustriyanti, dkk (2015), mengatakan bahwa para PSK, umumnya memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV termasuk bahayanya, cara penularan, dan pencegahannya. Namun dalam praktiknya dilapangan, pelanggan jauh lebih sulit untuk diberi pengertian. Pelanggan merasa sudah membayar, sehingga umumnya tidak mau repot-repot menggunakan kondom. Bagi sebagian besar pelanggan, kondom masih dianggap mengurangi kenikmatan saat berhubungan seks padahal kontak cairan tubuh yang terjadi bisa mengeluarkan HIV.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan tingkat pengetahuan yang baik tetapi perilaku pencegahannya masih kurang disebabkan karena para PSK sebenarnya tahu dan memahami tentang HIV/AIDS tetapi dalam aktivitasnya, mereka sering mengabaikan perlindungan dirinya terhadap penularan HIV karena dipengaruhi oleh orang lain, yang dimaksudkan disini adalah para pelanggan yang kadang menolak menggunakan kondom saat berhubungan seksual, karena mereka merasa sudah membayar sehingga mereka tidak mau menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.

2. Hubungan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada PSK di Makassar dengan 30 responden, maka didapatkan data sebanyak 6 (20,0%) dengan kategori pelayanan kesehatan baik dan perilaku pencegahan yang baik. Hal ini sesuai apa yang disampaikan oleh Notoadmojo (2003), hal yang penting didalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan

atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang kesehatan lainnya. Perilaku seseorang ditentukan oleh 3 faktor yaitu, faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, faktor pendukung yang terwujud dalam kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, dan faktor-faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Seseorang yang mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik tentu akan menunjukkan perilaku pencegahan yang baik pula.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Saam dan Wahyuni (2013) yang menyatakan bahwa seorang individu akan termotivasi untuk melakukan suatu perilaku dan akan memprioritaskannya dengan adanya keberadaan pelayanan kesehatan yang pernah dirasakan partisipan khususnya dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ketersediaan kondom yang sebagai alat perlindungan diri bagi para PSK saat melakukan hubungan seksual sangat menunjang terbentuknya perilaku dalam pencegahan HIV.

Menurut asumsi peneliti, sebagian pelayanan kesehatan dan perilaku pencegahan berada pada kategori baik. Hal ini dibuktikan dari sebagian para PSK yang mendapatkan penyuluhan kesehatan oleh tenaga kesehatan juga dilihat dari lama bekerjanya yang sudah bertahun-tahun sehingga mereka cukup banyak mendapatkan penyuluhan tentang HIV. Disamping itu didukung pula oleh ketersediaan fasilitas oleh tenaga kesehatan yang juga dimanfaatkan baik oleh sebagian para PSK.

Dari hasil penelitian yang didapatkan bahwa sebanyak 16 (53,3%), responden dengan kategori pelayanan kesehatan kurang

dan perilaku pencegahan yang kurang. Menurut Depkes RI (2009), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat. Adapun hubungannya dengan upaya perilaku pencegahan yaitu dengan usaha preventif yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan dengan usaha-usaha yang dilakukan yaitu, pemakaian kondom saat melakukan hubungan seksual, jangan berganti-ganti pasangan saat berhubungan seksual, hindari pemakaian tajam (seperti tato dan narkoba) secara bergantian. Sesuai dengan teori, disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan yang tidak diterima baik akan mempengaruhi seseorang dalam perilaku pencegahan suatu penyakit. Pelayanan kesehatan tentang HIV yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang masih kurang tentunya dapat memberikan dampak yang kurang juga terhadap perilaku pencegahan HIV terhadap para PSK itu sendiri.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Tsurouya (2009), yang mengatakan bahwa tingkat kesadaran mereka menggunakan kondom juga rendah, sehingga pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan untuk pencegah penyakit menular seksual membuat mereka sering lalai untuk menggunakannya. Selain itu para PSK belum tentu menghentikan aktivitasnya apabila pelanggan menolak untuk menggunakan kondom, karena PSK justru berusaha menutupi keadaan sesungguhnya untuk tetap bisa mendapatkan uang. Alasan sosial dan ekonomi sering memaksa orang bisa berbuat apa saja demi memenuhi kebutuhannya termaksud salah satunya menjadi PSK.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan pelayanan kesehatan yang kurang dan perilaku pencegahan yang kurang. Hal

ini dibuktikan dari data yang kami dapatkan dari sebagian para PSK yang mengatakan bahwa mereka jarang mendapatkan perhatian terhadap keluhan yang mereka rasakan dari petugas kesehatan, dan sebagian lagi dari mereka yang baru satu kali mendapatkan penyuluhan kesehatan terkait HIV, dan hal ini yang akan mempengaruhi perilaku mereka terhadap pencegahan HIV.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 2 (6,7%) responden dengan kategori pelayanan kesehatan kurang dan perilaku pencegahan baik. Kualitas pelayanan kesehatan memiliki tingkat keunggulan yang diharapkan dan dapat mengendalikan tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Apabila jasa atau pelayanan yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik, jika jasa atau pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan maka kualitas jasa atau pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya, jika jasa atau pelayanan yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan maka kualitas jasa atau pelayanan dipersepsikan buruk. Menurut Notoadmodjo (2003), perilaku kesehatan merupakan hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit. Adapun tujuan yang ingin dicapai dalam perilaku kesehatan yaitu promotif (peningkatan kualitas atau derajat kesehatan), preventif (upaya untuk memelihara kesehatannya dengan mencegah datangnya penyakit), dan protective (melindungi tubuh dari penyakit HIV seperti menggunakan kondom).

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Marni Karo (2011) yang mengatakan bahwa mayoritas responden berperilaku baik dalam pencegahan HIV disebabkan sudah banyak responden yang sudah terpapar dengan informasi tentang HIV dan

tingkat pengetahuan sudah pada tahap aplikasi, namun mereka masih kurang mendapatkan penyuluhan dan promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan setempat.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan pelayanan kesehatan kurang dan perilaku pencegahan baik disebabkan karena sebagian dari mereka memiliki keinginan dan kemampuan untuk mencari tahu informasi sendiri bagaimana cara mereka untuk menghindari resiko atau penyebab terjadinya penularan HIV tanpa adanya pelayanan kesehatan. Dari 30 responden hanya 2 orang yang memiliki perilaku pencegahan yang baik meskipun pelayanan kesehatan yang mereka terima atau dapatkan kurang. Jika dilihat dari segi lamanya bekerja, ada yang baru 3 bulan bekerja dan belum maksimal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tetapi karena responden tersebut memiliki pengetahuan yang baik sehingga mereka memahami akibat dari perilaku pencegahan terhadap HIV juga baik.

Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 6 (20,0%) responden dengan kategori pelayanan kesehatan baik dan perilaku pencegahan yang kurang. Menurut Notoadmojo (2007), bahwa pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (appropriate) dan dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat. Diantara faktor tersebut perilaku manusia merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sukar ditanggulangi. Hal ini disebabkan oleh karena faktor perilaku lebih dominan dibandingkan dengan lingkungan karena lingkungan hidup seseorang juga sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat itu sendiri. Menurut Solita Sarwono (2007), perilaku kesehatan merupakan bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya meyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakanya yang berhubungan dengan kesehatan, dan perilaku kesehatan inilah yang menentukan aspek derajat

kesehatan masyarakat. Adapun faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seperti: status kesehatan, fasilitas kesehatan, dan lingkungan fisik dan sosial.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ngatimin Rusli (2005), yang mengatakan bahwa para PSK tidak berpikir terhadap peluang terkena penyakit menular seksual, yang penting adalah mereka sehat dan bisa tetap mendapatkan uang. Mereka mengakui memang bekerja seperti itu tetap ada resiko jika tidak dapat menjaga kesehatan. Tetapi hal itu tidak berpengaruh besar bagi mereka. Justru mereka merasa tidak suka atau mereka pikir akan berakibat buruk jika mereka tidak mendapatkan uang. Padahal mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi yang perlu diwaspadai.

Menurut asumsi peneliti, 6 responden dengan pelayanan kesehatan baik dan perilaku pencegahan kurang, sebagian besar diketahui status sudah menikah, tetapi karena ingin memenuhi kebutuhan ekonominya sehingga mereka memutuskan untuk bekerja sebagai PSK. Dan mereka masih sering mengabaikan fasilitas yang sudah disediakan oleh petugas kesehatan seperti kondom yang diberikan kepada para PSK, karena menurut para responden mereka bisa melakukan apa saja yang diinginkan untuk memenuhi kebutuhannya dengan melayani para pelanggannya. Meskipun kebanyakan tamu yang dilayaninya tidak mau menggunakan kondom, dan terkadang para PSK tetap saja melayani para tamunya. Keinginan tersebut kebanyakan dari kemauan para PSK maupun para pelanggan itu sendiri.

BAB VI**KESIMPULAN DAN SARAN****A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 responden tentang hubungan antara pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada pekerja seks komersial di makassar, dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat pengetahuan PSK tentang HIV/AIDS sebagian besar berada pada kategori kurang.
2. Pelayanan kesehatan tentang HIV pada PSK sebagian besar berada pada kategori kurang.
3. Perilaku pencegahan HIV pada PSK sebagian besar berada pada kategori kurang.
4. Dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* dan hasilnya dibaca di *Fisher's Exact Test* dengan perolehan hasil:
 - a. Ada hubungan pengetahuan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di makassar.
 - b. Ada hubungan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada PSK di makassar.

B. Saran

1. Bagi para Pekerja Seks Komersial

Diharapkan bagi para PSK untuk lebih memperhatikan perilakunya terhadap pencegahan HIV dengan cara menggunakan kondom pada saat para PSK melayani para tamunya.

2. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan untuk dapat meningkatkan sarana-prasarana, serta dukungan fasilitas yang memadai untuk dapat menunjang keselamatan serta dapat mempertahankan perlindungan diri bagi

para PSK dalam melayani para tamunya. Dan memberikan konseling bagi para PSK atas setiap keluhan yang mereka rasakan.

3. Bagi institusi Stik Stella Maris

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber referensi pada institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar dan dapat dijadikan dokumentasi ilmiah untuk merangsang minat peneliti selanjutnya.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan bisa dijadikan pedoman dalam melakukan penelitian oleh peneliti-peneliti lain dengan memperluas setiap variable-variabel independen dan dependen dalam penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, B. J. (2005). *Kerentanan Perempuan Terhadap HIV/AIDS*. Yayasan Jurnal Perempuan
- Aditya, A. P. (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan HIV & AIDS Pada Siswi SMAN 1 Wonosari 2015*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta.
- Aziz, H. A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* (Vol. Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Desmon Kantiagho, S. M. (2015). *Epidemiologi HIV/AIDS*. Bogor.
- Departemen Kemenkes RI. (2003). *Pedoman Nasional Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA Buku Pedoman Untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2M & pi.
- _____. (2009). *Permodelan Matematika Epidemic di Indonesia Tahun 2008-2014*.
- _____. (2011). *Condom Use Among Prothel - Based Seks Workers and Cliends in Bali*. Jakarta.
- Dewi. (2008). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Dalam Pencegahan HIV/AIDS Pada Pekerja Seks Komersial di Resosialisasi Semarang Tahun 2008*.
- Dinkes Prov. Jambi. (2014). *Provil Kesehatan Provinsi Jambi*. Jakarta Selatan.
- Hutapea, R. (2011). *AIDS & PMS DAN PERKOSAAN*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ikatan Bidan Indonesia. (2006). *50 Tahun IBI Menyongsong Masa Depan*. IBI.
- Iswandi, E. (2010). *Informasi Dasar Cerdas HIV di Tempat Kerja*.
- Karo, M. B. (2011). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan HIV Pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Kecamatan Patokbeusi Kabupaten Subang Tahun 2011*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia.
- Kemenkes Republik RI. (2011). *Condom Use Among Brothel - Based Seks Workers and Clients in Bali*. Indonesia.

- _____ (2012). *Laporan Perkembangan HIV-AIDS, Triwulan II 2012*.
- Koenjoro. (2004). *Tutur dari sarang Pelacur*.
- KPAN. (2011). *Laporan KPA Nasional 2010. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*.
- Kunoli, F. J. (2013). *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular: Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: TIM.
- Wiputra, G. S., Hastuti, W., & Kustryanti, D. (2015). *Pengetahuan dan Upaya Pencegahan HIV/AIDS Pada Wanita Pekerja Sosial (WPS) di Lokalisasi Sunan Kuning Semarang*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang.
- Mubarak, I. W. (2011). *Promosi kesehatan untuk kebidanan*. Jakarta: Salemba media.
- Nasry, D. R. 2006. *Epidemiologi Untuk Kebidanan*, Yogyakarta: EGC
- Ngatimin, Rusli. (2005). *Sari dan Aplikasi Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yayasan PK3, Makassar.
- Notoadmojo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____.(2007). *pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- _____(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____(2010). *Promosi Kesehatan; Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Noviana, N. (2013). *Catatan Kuliah Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS*. Jakarta Timur.
- Profil Kesehatan Prov. Sulsel. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Makassar, Sulawesi Selatan.
- _____. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Makassar, Sulawesi Selatan.

- Saam, Z., & Wahyuni, S. (2013). *Psikologi Keperawatan Ed. 1*. Jakarta: Rajawali Pers
- Sarwono, Solita. (2007). *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Scorviani, V., & Nugroho, D. T. (2011). *Mengungkap Tuntas 9 Jenis PMS (Penyakit Menular Seksual)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Subadara, I. N. (2007, 11 06). *Bali Tourism Watch: Keberadaan Pekerja Seks Komersial sebagai dampak negatif Pariwisata di Bali*. Retrieved from <http://www.subadara.wordpress.com>.
- Ta'di, Handayani, N., & Handayani, S. R. (2014). *Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Wanita Tuba Susila Dalam Pencegahan Infeksi Menular Seksual di Desa S Kabupaten Pekalongan Tahun 2014*. Artikel Penelitian. Ciptono.
- Tjiptono, Fandy. (2008). *Service Management: Mewujudkan Pelayanan Prima*. Yogyakarta. Andi.
- Tsuroyya, (2009). *Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Tentang HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS)*. Dampingan Yayasan Abdi Asih Surabaya.
- UNAIDS. (2007). HIV and Sexually Transmitted Infection Prevention Among Seks Workers in Eastern Europe and Central Asia. *UNAIDS Best Practice Collection*. May.
- Wikipedia. (2007, 11 6). *PELACURAN*. Retrieved from <http://id.wikipedia.org/wiki/pelacuran#pelacur>.
- World Health Organization. (2008). *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Indonesia Update 2008*.
- _____. (2011). *Global HIV/AIDS Respons. Epidemic Update and Health Sector Progress To-wards Universal Access*. Progress Report 2011.

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamarismks.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 013 / STIK-SM / S1.010 / 1 / 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa

Kepada,
Yth. Kepala/Ketua
Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Kota Makassar
Provinsi Sulawesi Selatan
Di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan tugas akhir skripsi Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat IV (empat) Semester VII (tujuh) STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2016/2017, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:

Nama : Fanny Chrisna Ambeta
NIM : C1314201062
Nama : Feby Anggrayna Somalinggi
NIM : C1314201063

Judul Penelitian : Hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar

Untuk melaksanakan penelitian di Kota Makassar, sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut di atas untuk dapat melakukan penelitiannya. Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 12 Januari 2017



Ketua,

[Signature]
Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0012106501



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
KECAMATAN WAJO
KELURAHAN MELAYU BARU**

Jalan Sarappo No.54 Makassar 90171

SURAT KETERANGAN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 070/073/KMB/III/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **ANDI ARIFIN, SE**
Jabatan : Lurah

Dengan ini menerangkan bahwa :

1. Nama : **FANNY CHRISNA AMBETA**
NIM : C1314201062
Tempat/Tgl. Lahir : Wasuponda, 11 Mei 1995
Jurusan : S1 (Keperawatan)
Alamat : Jl. Terong No.34 Kabo Jaya
Kel. Swarga Bara Kec. Sangatta Utara
2. Nama : **FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI**
NIM : C1314201063
Tempat/Tgl. Lahir : Ujung Pandang, 06 Februari 1996
Jurusan : S1 (Keperawatan)
Alamat : Jl. Lamadukelleng No.8 Makassar

Benar yang bersangkutan tersebut diatas telah melaksanakan Penelitian dengan judul : **Hubungan pengetahuan dan pelayanan kesehatan dengan perilaku pencegahan HIV pada Pekerja Seks komersial di Makassar.**

Waktu penelitian pada tanggal 16 Januari s/d 16 Februari 2017 di Jl. Nusantara Kelurahan Melayu Baru Kecamatan Wajo Kota Makassar.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 01 Maret 2017

Lurah Melayu Baru



ANDI ARIFIN, SE

Pangkat : Penata Tk.I

Nip. 19630703 198603 1 030



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 358/S.01P/P2T/01/2017
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua STIK Stella Maris Makassar Nomor : 013/STIK-SM/S1.010/II/2017 tanggal 12 Januari 2017 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **FANNY CHRISNA AMBETA/FEBY ANGGRAYNA SOMALINGGI**
Nomor Pokok : C1314201062/C1314201063
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Maipa No. 19 Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL DI MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **18 Januari s/d 18 Februari 2017**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 17 Januari 2017

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
1. Ketua STIK Stella Maris Makassar
2. *Pertinggal.*

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Saudari calon responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa program studi keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Nama : Fanny C. Ambeta (C1314201062)

Feby A. Somalinggi (C1314201063)

Alamat : Jl. Maipa No. 19

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku Pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar”.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan pengaruh negatif pada responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudari tidak bersedia menjadi responden maka saudari diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya mengerti sepenuhnya resiko dan manfaat dari ketidakikutsertaan dalam penelitian ini yang akan dilakukan oleh Fanny Chrisna Ambeta dan Feby Anggrayna Somalinggi, mahasiswa keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku Pencegahan HIV pada Pekerja Seks Komersial di Makassar”. Dengan demikian saya setuju dan ikut serta sebagai responden penelitian.

Nama (inisial) :

Usia :

Jenis Kelamin :

Tanda Tangan : (.....)

Nama Peneliti : Fanny C. Ambeta dan Feby A. Somalinggi

Hari/Tanggal :

Jam :

Tanda Tangan : (.....)(.....)

Apabila saudara menyetujui, maka kami mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya sertakan pada surat ini.

Atas perhatian saudara sebagai responden, kami ucapkan banyak terima kasih.

Makassar, Januari 2017

KUESIONER

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV PADA PEKERJA SEKS
KOMERSIAL DI MAKASSAR**

Petunjuk :

1. Identitas

- Nama responden (inisial) : _____
- Umur :Thn.
- Status perkawinan : Menikah Belum Menikah
- Pendidikan : _____
- Pekerjaan : _____
- Lama bekerja : _____

2. Penjelasan

beri tanda cek (√) pada pernyataan berikut yang sesuai dengan
saudari rasakan atau alami di tempat ini :

Variabel Pengetahuan

NO.	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	HIV merupakan virus penyebab AIDS.		
2.	AIDS merupakan kumpulan gejala-gejala akibat penurunan system kekebalan tubuh manusia.		
3.	Seseorang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan tanda dan gejala infeksi HIV seperti berat badan menurun secara drastic.		
4.	Penderita HIV/AIDS dapat menularkan HIV melalui batuk atau bersin.		

5.	Bertukar pakaian dengan penderita HIV/AIDS dapat menyebabkan seseorang tertular HIV.		
6.	Dengan melakukan pemeriksaan darah secara rutin dapat mengetahui resiko HIV/AIDS.		
7.	Satu-satunya jalan agar tidak terinfeksi adalah dengan tidak melakukan hubungan seks atau hanya berhubungan seks dengan satu orang yang diketahui tidak mengidap infeksi.		
8.	Seseorang tidak dapat tertular HIV/AIDS dengan menggunakan alat makan bersama penderita HIV/AIDS.		
9.	Test darah (mengambil sampel darah) merupakan salah satu test untuk mendeteksi antibody virus HIV di dalam serum/darah.		
10.	HIV/AIDS dapat menyebabkan komplikasi pada mulut dengan adanya tanda seperti bintik-bintik putih atau sariwan yang tidak biasa pada lidah atau mulut.		

Variabel pelayanan kesehatan

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) melakukan pemeriksaan kesehatan (darah) secara rutin.		
2.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) memberikan penyuluhan kesehatan secara berkala.		
3.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) jujur dalam memberikan informasi tentang keadaan anda.		
4.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) memberi perhatian terhadap keluhan yang anda rasakan.		
5.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) dapat menjawab pertanyaan tentang tindakan perawatan yang diberikan kepada anda.		
6.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) menjaga kebersihan dan kesiapan alat-alat kesehatan yang digunakan.		
7.	Petugas kesehatan (dokter/perawat) menanyakan dan berbincang-bincang tentang keadaan anda.		

Variable perilaku pencegahan HIV/AIDS

NO.	PERNYATAAN	SERING	JARANG	TIDAK PERNAH
1.	Saya melakukan hubungan seksual dengan pelanggan lebih dari tiga kali dalam satu malam dengan pasangan yang berbeda			
2.	Saya akan menolak jika melakukan hubungan seksual dengan pelanggan yang sudah terinfeksi HIV			
3.	Saya menolak melakukan hubungan seksual apabila pelanggan saya tidak mau menggunakan kondom			
4.	Saya menggunakan jarum suntik (obat-obatan maupun tato) secara bergantian			
5.	Saya melakukan test darah untuk pemeriksaan HIV			
6.	Saya berupaya mencari informasi terkait HIV/AIDS			

HASIL SPSS**Frequencies****Statistics**

		UMUR	PENDIDIKAN	STATUSPERKAW INAN	LAMABEKERJA
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.27	2.00	1.67	1.90
Median		2.50	2.00	2.00	2.00
Mode		3	2	2	2
Std. Deviation		.828	.695	.479	.607

Frequency Table**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25	7	23.3	23.3	23.3
	26-34	8	26.7	26.7	50.0
	35-40	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	7	23.3	23.3	23.3
	SMP	16	53.3	53.3	76.7
	SMA	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

STATUSPERKAWINAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BELUM MENIKAH	10	33.3	33.3	33.3
	MENIKAH	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

LAMABEKERJA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-8 bulan	7	23.3	23.3	23.3
Valid 1-5 tahun	19	63.3	63.3	86.7
Valid 6-14 tahun	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Statistics

	pengetahuan	pelayanan kesehatan	perilaku pencegahan
N Valid	30	30	30
N Missing	0	0	0
Mean	1.23	1.40	1.27
Median	1.00	1.00	1.00
Mode	1	1	1
Std. Deviation	.430	.498	.450

Frequency Table

pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KURANG	23	76.7	76.7	76.7
Valid BAIK	7	23.3	23.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

pelayanan kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KURANG	18	60.0	60.0	60.0
Valid BAIK	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

perilaku pencegahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KURANG	22	73.3	73.3	73.3
Valid BAIK	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * perilakupencegahan	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

pengetahuan * perilakupencegahan Crosstabulation

		perilakupencegahan		Total	
		KURANG	BAIK		
pengetahuan	KURAN G	Count	20	3	23
		Expected Count	16.9	6.1	23.0
		% within pengetahuan	87.0%	13.0%	100.0%
		% within perilakupencegahan	90.9%	37.5%	76.7%
		% of Total	66.7%	10.0%	76.7%
	BAIK	Count	2	5	7
		Expected Count	5.1	1.9	7.0
		% within pengetahuan	28.6%	71.4%	100.0%
		% within perilakupencegahan	9.1%	62.5%	23.3%
		% of Total	6.7%	16.7%	23.3%
Total	Count	22	8	30	
	Expected Count	22.0	8.0	30.0	
	% within pengetahuan	73.3%	26.7%	100.0%	
	% within perilakupencegahan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	73.3%	26.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.355 ^a	1	.002	.007	.007
Continuity Correction ^b	6.607	1	.010		
Likelihood Ratio	8.607	1	.003		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.043	1	.003		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.87.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelayanan kesehatan * perilaku pencegahan	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

pelayanan kesehatan * perilaku pencegahan Crosstabulation

		perilaku pencegahan		Total
		KURANG	BAIK	
Pelayanan kesehatan	Count	16	2	18
	Expected Count	13.2	4.8	18.0
	% within	88.9%	11.1%	100.0%
	KURANG pelayanankesehatan			
	% within	72.7%	25.0%	60.0%
	perilakupencegahan			
	% of Total	53.3%	6.7%	60.0%
	Count	6	6	12
	Expected Count	8.8	3.2	12.0
	% within	50.0%	50.0%	100.0%
	BAIK pelayanankesehatan			
	% within	27.3%	75.0%	40.0%
perilakupencegahan				
% of Total	20.0%	20.0%	40.0%	
Count	22	8	30	
Expected Count	22.0	8.0	30.0	
% within	73.3%	26.7%	100.0%	
Total pelayanankesehatan				
% within	100.0%	100.0%	100.0%	
perilakupencegahan				
% of Total	73.3%	26.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.568 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.757	1	.053		
Likelihood Ratio	5.601	1	.018		
Fisher's Exact Test				.034	.027
Linear-by-Linear Association	5.383	1	.020		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.20.

b. Computed only for a 2x2 table