

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG PENTINGNYA VAKSIN DENGAN RESIKO PENULARAN COVID-19 DI RT 007/002 DESA SEGARJAYA

TIM PENGUSUL

Ketua

Arabta Malem Peraten.P, S.Kep..Ners,M.Kep (NIDN: 0301096505)

Anggota

Atikah Laela Sari (NPM: 18.156.01.11.073)

Cariyansyah (NPM: 18.156.01.11.074)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

BEKASI

2021

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Pentingnya Vaksin Dengan Resiko Penularan Covid-19 Di Rt 007/002 Desa Segarjaya

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Arabta Malem Peraten.P, S.Kep..Ners,M.Kep
b. NIDN : 0301096505
c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
d. Program Studi : Ilmu Keperawatan
e. Nomor HP : 081387308944
f. Alamat surel (*e-mail*) : arabtapelawi65@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Atikah Laela Sari
b. NPM : 18.156.01.11.073
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Anggota Peneliti (2)

a. Nama Lengkap : Cariyansyah
b. NIDN/NPM : 18.156.01.11.074
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 6 bulan
Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.900.000,-
Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

Bekasi, 30 Desember 2022

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,



(Arabta Malem Peraten.P, S.Kep..Ners,M.Kep)

NIDN : 0301096505

Menyetujui,
Kepala UPPM



(Rotua Surrany S, SKM.,M.Kes)

NIDN : 0315018401

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR SKEMA.....	vi
RINGKASAN.....	1
BAB I PENDAHULUAN	2
A. Latar Belakang.....	2
B. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Target Luaran	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>) /AIDS (<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrom</i>)	6
1. Pengertian HIV/AIDS	6
2. Konsep Dasar HIV/AIDS	6
3. Infeksi HIV dan Reaksi Imunologi.....	8
4. Dinamika Penularan HIV	9
5. Media Penularan HIV.....	9
6. Efektifitas Penularan HIV	9
7. Proses HIV Menjadi AIDS	10
8. Gejala dan Tanda HIV/AIDS	10
9. Diagnosis HIV/AIDS	11
10. Tata Laksana HIV/AIDS	11
11. Dampak HIV/AIDS	11
12. Pencegahan.....	13
B. Wanita Pekerja Seksual (WPS).....	14
1. Pengertian.....	14
2. Faktor-Faktor Penyebab Adanya Wanita Pekerja Seksual.....	14
3. Persoalan-Persoalan Psikologis	15
4. Dampak Yang Ditimbulkan Bila Seseorang Bekerja Sebagai Wanita Pekerja Seksual.....	15
5. Penanganan Masalah Wanita Pekerja Seksual.....	15
6. Aspek Kesehatan Reproduksi	15
C. Skrining	16
1. Pengertian skrining.....	16

2. Tujuan dan sasaran skrining	17
3. Bentuk pelaksanaan skrining	17
4. Keuntungan pelaksanaan tes skrining	17
5. Kriteria dalam menyusun program skrining	17
6. Validitas	18
7. Reliabilitas	19
8. Nilai Ramal (<i>Predictive Values</i>)	19
9. Skrining bertingkat	19
10. <i>Yield</i> (Derajat Skrining)	20
D. Edukasi Kesehatan	20
1. Pengertian Edukasi kesehatan	20
2. Metode Edukasi Kesehatan	21
3. Media Edukasi Kesehatan	22
E. Kerangka Teori	23
BAB 3 METODE PENELITIAN	24
A. Desain Penelitian	24
B. Populasi, Sampel dan Sampling	24
1. Populasi Penelitian	24
2. Sampel	24
C. Variabel Penelitian	25
D. Definisi Operasional	25
E. Tempat Penelitian	26
F. Waktu Penelitian	26
G. Prosedur Pengumpulan Data	26
1. Jenis Data	26
2. Teknik Pengumpulan Data	27
H. Instrumen Penelitian	28
I. Pengolahan Data dan Analisa Data	28
1. Pengolahan Data	28
2. Analisis Data	28
J. Etika Penelitian	29
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	31
A. Anggaran Biaya	31
B. Jadwal Penelitian	31
C. Hasil Penelitian	32
BAB V PENUTUP	40
DAFTAR PUSTAKA	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional	61
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021	74
Tabel 5.2 Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan Pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021	75
Tabel 5.3 Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan Pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021	76
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021	77
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021	77
Tabel 5.5 Hasil Uji Normalitas	78
Tabel 5.6 Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS Sebelum dan Sesudah Pada Wanita Pekerja Seks Di Desa Sungai BuntuKarawang2021	79

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori	55
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	56
Skema 4.1	Desain Penelitian	58

RINGKASAN

HIV/AIDS merupakan salah satu masalah kesehatan yang menimbulkan dampak yang sangat luas dan sampai saat ini belum ditemukan vaksin penyembuhnya. Penularan infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual, maka pencegahan HIV/AIDS difokuskan pada perilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab. Pencegahan untuk kelompok berisiko tertular HIV (WPS) ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman. Intervensi program untuk meminimalisasi prevalensi HIV/AIDS adalah edukasi kesehatan, skrining VCT (*voluntary counseling and testing*). Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat khususnya WPS terhadap kesehatan dan penyakit menyebabkan sulitnya mendeteksi penyakit, sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya.

Untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap skrining awal HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021. Penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan *One Group Pretest Posttest*. Populasi adalah seluruh WPS di Sungaibuntu Karawang Tahun 2021 dengan sampel berjumlah 12 orang. Teknik pengambilan data dengan menggunakan *total sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Analisis secara bivariat dengan menggunakan uji statistik *dependent T-Test*. Didapatkan bahwa sebagian kecil responden mau melakukan skrining HIV/AIDS sebelum dilakukan edukasi kesehatan (25%), seluruh responden mau melakukan skrining HIV/AIDS sesudah dilakukan edukasi (100%). Ada perbedaan mean sebelum (17,25) dan sesudah (31,00) dilakukan edukasi kesehatan. Ada pengaruh yang signifikan dari edukasi kesehatan terhadap skrining awal HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021 dengan $p\text{-value} = 0,000$. Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat terutama WPS dengan memberikan edukasi kesehatan dengan berbagai jenis media edukasi kesehatan yang dapat menarik minat masyarakat untuk mengetahui tentang pentingnya skrining HIV/AIDS.

Kata kunci : HIV/AIDS, *One Group Pretest Posttest*, Skrining

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit menular menjadi masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia, salah satunya adalah infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). HIV/AIDS merupakan salah satu masalah kesehatan yang menimbulkan dampak yang sangat luas dan sampai saat ini belum ditemukan vaksin penyembuhnya. HIV adalah virus yang menyerang dan menghancurkan sistem kekebalan tubuh manusia. Sistem kekebalan tubuh merupakan sistem pertahanan tubuh yang alami untuk melawan segala jenis infeksi dan penyakit. AIDS merupakan kondisi pada pengidap HIV yang mengalami sakit serius karena sistem kekebalan tubuhnya tidak dapat lagi berfungsi secara efektif melawan penyakit (Marsudi, 2015).

Kejadian HIV/AIDS masih menjadi masalah global. Pada tahun 2016, di seluruh dunia terdapat 36,7 juta jiwa yang hidup dengan HIV. Kasus baru terinfeksi HIV ditemukan sebanyak 1,8 juta jiwa. Prevalensi kejadian HIV per 1000 penduduk dunia usia 15-49 tahun adalah 0,43. Jumlah kematian akibat penyakit yang berkaitan dengan AIDS di dunia adalah sebanyak 1 juta jiwa. Di Regional Asia dan Pasifik, pada tahun 2016, terdapat 5,1 juta jiwa yang hidup dengan HIV. Kasus baru terinfeksi HIV ditemukan sebanyak 270.000 jiwa, dan 170.000 jiwa meninggal akibat penyakit yang berkaitan dengan AIDS (UNAIDS, 2017).

Jumlah kumulatif infeksi HIV di Indonesia yang dilaporkan sampai dengan Maret 2017 adalah sebanyak 242.699 kasus. Kasus baru infeksi HIV pada tahun 2016 adalah sebanyak 41.250 kasus, dan dari bulan Januari hingga Maret 2017 terdapat 10.376 kasus. Jumlah infeksi HIV tertinggi yaitu di DKI Jakarta (46.758), diikuti Jawa Timur (33.043), Papua (25.588), Jawa Barat (24.650), dan Jawa Tengah (18.038). Jumlah kumulatif AIDS di Indonesia yang dilaporkan sampai dengan Maret 2017 adalah sebanyak 87.453 kasus. Kasus baru AIDS pada tahun 2016 adalah sebanyak 7.491 kasus, dan dari bulan Januari hingga Maret 2017 terdapat 673 kasus. Jumlah infeksi HIV tertinggi yaitu di Jawa Timur (17.014), Papua (13.398), DKI Jakarta (8.769), Bali (6.824), Jawa Tengah (6.531), dan Jawa Barat (5.289) (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan kelompok umur, persentase kumulatif AIDS tertinggi terdapat pada kelompok umur 20-29 tahun (31,4%). Berdasarkan jenis kelamin, kumulatif AIDS tertinggi terdapat pada laki-laki (56%). Berdasarkan pekerjaan/status, jumlah AIDS tertinggi terdapat pada ibu rumah tangga (12.302), karyawan (11.744), wiraswasta (11.176), petani/peternak nelayan (4.062), buruh kasar (3.840), penjaja seks (2.963), dan pegawai negeri sipil (2.219), dan anak sekolah/mahasiswa (2.034). Faktor risiko penularan terbanyak melalui heteroseksual (68%), penasun (11%), homoseksual (4%), dan perinatal (3%). Angka kematian AIDS menurun dari 1,11% pada tahun 2015 menjadi 0,08% pada tahun 2017 (Kemenkes RI, 2017).

Jawa Barat merupakan provinsi di Indonesia yang menempati urutan ke empat jumlah kumulatif infeksi HIV tertinggi sampai dengan bulan Maret 2017 yaitu sebanyak 24.650 kasus. Kasus baru terinfeksi HIV ditemukan sebanyak 1.171 jiwa. Kumulatif kasus AIDS di Jawa Barat pada tahun 2017 adalah sebanyak 6.531 kasus, dan menempati urutan ke enam provinsi dengan jumlah AIDS tertinggi. Kasus baru AIDS ditemukan sebanyak 38 jiwa. Jumlah AIDS per 100.000 penduduk (*case rate*) di Jawa Barat adalah sebanyak 9,57%. Jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 731 jiwa (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan kelompok risiko kasus HIV terjadi pada : WPS 8,96 %, PPS 0,39 %, Waria 1,85 %, LSL 13,10 %, IDU 4,02 %, Pasangan Risti 15,02 %, Pelanggan PS 9,46 % dan faktor lainnya 47,21 %. Kasus HIV tertinggi di Kota Bandung sebanyak 746 kasus (17,34%) dan terendah di Kab. Pangandaran 4 kasus (0,9%) (Dinkes Jabar, 2017).

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Karawang, Jawa Barat, mencatat jumlah keseluruhan kasus HIV/AIDS di Karawang telah mencapai 807 kasus dari 2001-2017. Sepanjang tahun 2017 terdapat 136 kasus HIV/AIDS dan sebanyak 17 Orang dengan HIV AIDS (ODHA) meninggal (Zuraya, 2017).

Peningkatan secara dramatis jumlah populasi penderita HIV/AIDS menimbulkan krisis kesehatan di dunia. Penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok-kelompok masyarakat. Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik wanita maupun pria, pelanggan penjaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria penjaja seks dan pencegahannya serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini (Noviana, 2016).

Tingginya jumlah pekerja seks mengakibatkan semakin banyak ditemukan penyakit menular seksual khususnya HIV/AIDS. Profesi sebagai pekerja seksual dengan penyakit menular seksual merupakan satu lingkaran setan yang saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Penyakit HIV/AIDS pada umumnya diderita pekerja seks karena dalam menjajakan dirinya mereka melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan dan tanpa menggunakan kondom (Noviana, 2016).

Pekerja seks dalam hal ini Wanita Pekerja Seks (WPS) merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terinfeksi HIV karena transmisi HIV melalui hubungan seksual merupakan transmisi penularan paling tinggi diantara cara penularan HIV lainnya. Informasi tentang HIV/AIDS menjadi sangat penting bagi WPS untuk mencegah HIV/AIDS mengingat semakin meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS (Dewi, 2010).

Cara pencegahan penularan HIV yang paling efektif adalah dengan memutus rantai penularan yang dikaitkan dengan cara-cara penularan HIV. Penularan infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual. Berdasarkan cara penularan tersebut, maka pencegahan HIV/AIDS difokuskan pada perilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab, yaitu hanya melakukan hubungan seksual dengan pasangan sendiri (suami/istri sendiri). Apabila salah seorang pasangan sudah terinfeksi, maka dalam melakukan hubungan seksual harus menggunakan kondom secara benar. Pencegahan untuk kelompok berisiko tertular HIV ditunjukkan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman (Noviana, 2016).

Salah satu upaya pencegahan penularan HIV/AIDS adalah diagnosis dini melalui program skrining. Salah satu tujuan program skrining HIV adalah untuk mendeteksi penderita sedini mungkin sebelum timbul gejala klinis yang jelas. Melalui program skrining tersebut, maka penderita dapat segera diberikan pengobatan, dan dapat mencegah meluasnya HIV dalam masyarakat. Skrining juga dapat berfungsi untuk mendidik dan membiasakan masyarakat untuk memeriksakan diri secara teratur dan sedini mungkin (Noor, 2008).

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat khususnya WPS terhadap kesehatan dan penyakit menyebabkan sulitnya mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal tersebut menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan diperlukan dalam tahap skrining. Pencegahan HIV/AIDS sangat penting dilakukan melalui edukasi kesehatan dan peningkatan pengetahuan yang benar mengenai patofisiologi HIV dan cara penularannya (Noviana, 2016).

Edukasi kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Secara operasional edukasi kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2015). Menurut Fatmah (2014) konsep edukasi kesehatan mempunyai dua fungsi utama

yang meliputi pencegahan penyakit pada tingkat primer dan sekunder, serta mempertahankan derajat kesehatan. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) adalah suatu cara pemberian informasi atau pesan terkait masalah tertentu oleh komunikator kepada komunikan melalui media tertentu. KIE dalam program kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kepedulian dan menghasilkan perubahan perilaku yang spesifik.

Menurut Lestari (2010) yang menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan WPS dalam pencegahan infeksi menular seksual sebelum dan sesudah diberi edukasi kesehatan Penelitian Dewi (2008) menunjukkan bahwa edukasi kesehatan sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Penelitian Ellen (2016) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS pada remaja setelah dilakuka edukasi kesehatan.

Sepanjang sejarah infeksi HIV/AIDS, program pencegahan ditujukan untuk menurunkan risiko penularan pada individu yang negatif HIV atau tidak mengetahui status HIVnya. Salah satu prioritas kegiatan penanggulangan HIV/AIDS adalah perubahan perilaku risiko tinggi pada kelompok rentan (*susceptible* aktif-seksual), kelompok berisiko tertular (*infected* HIV tanpa gejala AIDS) dan kelompok tertular (*infected* HIV dengan gejala AIDS).

Salah satu intervensi program untuk meminimalisasi prevalensi HIV/AIDS adalah edukasi kesehatan, skrining VCT (*vonluntary counseling and tasting*) dan terapi ARV bagi orang yang terdeteksi positif HIV maupun orang yang negatif HIV. Sampai saat ini banyak penelitian menggunakan program atau strategi-strategi untuk mengendalikan penyebaran HIV/AIDS misalnya mengkaji pengaruh skrining dan treatment kesehatan publik dalam penyebaran HIV.

Permasalahan yang timbul adalah bagaimana mengukur aktivitas dari program pengendalian tersebut. Saat ini, perkembangan efektivitas program edukasi, skrining dan terapi HIV belum memadai meskipun cakupan program meningkat. Banyak aspek penanggulangan yang belum diketahui (Marsudi, 2015).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 20 April 2021 didapatkan jumlah WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021 adalah sebanyak 12 orang. Usia WPS yang ada di Sungaibuntu Karawang adalah dari 22-43 tahun. Seluruh WPS belum pernah melakukan skrining awal.

Keadaan-keadaan tersebut di atas melatarbelakangi peneliti untuk memberikan Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021. Pemberian edukasi kesehatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan WPS sehingga dapat merubah sikap sehat WPS dalam ketaatan penggunaan alat kontrasepsi (kondom) sebagai bentuk terhadap penyakit HIV/AIDS serta perubahan perilaku WPS menuju *safe sex* dalam melayani para pelanggan dan kesadaran bahaya HIV/AIDS dapat dicegah dengan meningkatnya angka prevalensi kasus HIV/AIDS (Anjar, 2010).

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap skrining awal HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi skrining awal HIV/AIDS sebelum dilakukan edukasi kesehatan pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi skrining awal HIV/AIDS sesudah dilakukan edukasi kesehatan pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021.
- c. Mengetahui pengaruh skrining awal HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021.

C. Target Luaran

Luaran penelitian ini adalah publikasi dan penerapan kegiatan pengabdian kepada masyarakat

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) /AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrom*)

1. Pengertian HIV/AIDS

HIV singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yaitu sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Virus HIV akan masuk ke dalam sel darah putih dan merusaknya. sehingga sel darah putih yang berfungsi sebagai pertahanan terhadap infeksi akan menurun jumlahnya. Akibatnya sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan penderita mudah terkena berbagai penyakit. Kondisi ini disebut AIDS (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015).

AIDS singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrom*, yaitu kumpulan gejala penyakit (sindrom) yang didapat akibat turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh. maka semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh dengan mudah (infeksi opportunist). Oleh karena itu sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah. maka penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015).

2. Konsep Dasar HIV/AIDS

a. Proses Replikasi HIV

1) Struktur dan Materi Genetik HIV

Secara struktural morfologinya, bentuk HIV terdiri atas sebuah silinder yang dikelilingi pembungkus lemak yang melingkar-melebar. Pada pusat lingkaran terdapat untaian RNA. HIV mempunyai 3 gen yang merupakan komponen fungsional dan struktural. Tiga gen tersebut yaitu *gag*, *pol*, dan *env*. *Gag* berarti grup antigen, *pol* mewakili polymerase, dan *env* adalah kepanjangan dari *envelope*. Gen *gag* mengode protein inti. Gen *pol* mengode enzim *reverse transcriptase*, *protease* dan *integrase*. Gen *env* mengode komponen struktural HIV yang dikenal dengan glikoprotein. Gen lain yang ada dan juga penting dalam replikasi virus, yaitu : *rev*, *nef*, *vif*, *vpu*, dan *vpr* (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015).

2) Siklus Hidup HIV

Sel pejamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup sangat pendek; hal ini berarti HIV secara terus menerus menggunakan sel pejamu baru untuk mereplikasi diri. Sebanyak 10 milyar virus dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan tertangkap oleh sel dendrit pada membrane mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah paparan. Sel yang terinfeksi akan membuat jalur ke nodus limfa dan kadang-kadang ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah paparan, dimana replikasi virus menjadi cepat.

Siklus hidup HIV dapat dibagi menjadi 5 fase, yaitu (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015):

- a) Masuk dan mengikat,
- b) *Reverse transcriptase*,
- c) Replikasi,
- d) Budding,
- e) Maturasi,

3) Proses Replikasi HIV

Sel CD4 berperan sebagai koordinator sistem imun menjadi sasaran

utama HIV. HIV merusak sel-sel CD4 sehingga sistem kekebalan tubuh menjadi porak poranda. Berbeda dengan bakteri misalnya : *Mycobacterium tuberculosis* yang berkembang biak dengan membelah diri maka HIV sebagai retrovirus butuh sel hidup untuk memperbanyak dirinya. Sel yang jadi sasaran adalah sel-sel CD4. HIV akan menempel di Sel CD4 memasuki dan menggunakannya sebagai mesin fotokopi untuk memperbanyak diri. Replikasinya begitu cepat, bisa mencapai jutaan setiap harinya sekaligus merusakkan Sel CD4 yang digunakan sebagai *host* atau inang. Replikasi HIV di dalam sel CD4 terjadi melalul 7 tahap, yaitu (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015):

- a) HIV menempelkan diri (fusi) ke sel inang yang dalam hal ini adalah Sel CD4.
 - b) Setelah berfusi, selanjutnya RNA HIV, enzim *reverse transkriptase* dan integrase serta protein-protein virus lainnya memasuki Sel inang (CD4).
 - c) DNA Virus terbentuk dengan bantuan enzim *reverse transcriptase*.
 - d) DNA Virus bergerak ke *nucleus* Sel CD4 dan dengan bantuan enzim *integrase* berintegrasi dengan DNA sel inang (CD4).
 - e) Virus RNA baru digunakan sebagai genom (genetik informasi) RNA untuk membuat protein virus.
 - f) Virus RNA baru dan protein bergerak ke permukaan sel dan terbentuklah virus muda yang baru.
 - g) Virus HIV baru dimatangkan oleh enzim protease yang dilepas dari protein HIV, dan siap memasuki sel CD4 lainnya.
- b. Stadium HIV/AIDS

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100% pasien HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015).

Pembagian stadium (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015):

- 1) Stadium pertama: HIV
Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.
- 2) Stadium kedua: Asimptomatik (tanpa gejala). Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung sekitar 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.
- 3) Stadium ketiga: pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan.
- 4) Stadium keempat: AIDS
Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit

konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.

3. Infeksi HIV dan Reaksi Imunologi

Banyak bagian dari tubuh kita yang melindungi diri kita dari penyakit, antara lain: kulit, mulut, saluran pernapasan, saluran kencing, usus, dan aliran darah. HIV harus memasuki aliran darah untuk dapat mengganggu kita. Kulit biasanya menjadi tameng terhadap HIV dan kuman penyebab penyakit lainnya. Jika kulit kita terkena air liur, darah, cairan vagina atau air mani yang mengandung HIV, virus itu biasanya mati dan tetap disana hingga terbuang. Namun apabila kulit itu mengalami luka, maka HIV akan dapat masuk ke dalam aliran darah.

Jika liur, darah, cairan vagina, dan mani masuk ke rongga mulut, maka sebagian akan dibuang. Tetapi apabila terdapat luka-luka kecil di dalamnya seperti dalam keadaan pilek atau akibat menyikat gigi maka HIV akan memasuki aliran darah pula. Bila cairan itu tertelan, umumnya HIV akan dihancurkan oleh suasana asam yang ada di dalam saluran pencernaan makanan.

Virus adalah salah satu organisme terkecil yang dapat menimbulkan penyakit pada makhluk hidup. Mereka terdiri dari bahan genetik yang dibungkus oleh protein. Mereka terdiri dari bahan genetik yang dibungkus oleh protein. Virus memiliki jenis kehidupan yang paling primitif, sehingga banyak peneliti yang meragukan apakah makhluk ini hidup atau tidak. Namun hidup atau tidak, mereka dapat mengancam kehidupan hewan atau tanaman yang besarnya bertriliun kali lipat dibandingkan ukuran virus.

Walaupun virus demikian kuat hingga dapat melumpuhkan kita, mereka tidak dapat berkembang biak dengan sendirinya. Mereka hanya dapat bereproduksi (atau berlipat ganda) di dalam sel-sel dari tanaman atau hewan hidup termasuk manusia. Apabila virus menyerang suatu sel dalam tubuh, mereka dapat mengendalikan mekanisme reproduksi sel tubuh itu sedemikian rupa sehingga menghasilkan partikel-partikel virus yang baru, yang kemudian dapat disebarkan ke sel-sel lainnya.

Virus memasukkan kode genetik yang diperlukan untuk replikasi, dan sel tuan rumah akan menyediakan energi dan bahan baku yang dibutuhkan untuk pembentukan partikel-partikel virus yang baru. Lebih dari 200 macam virus yang menimbulkan penyakit pada manusia telah diidentifikasi. Sebagian diantara penyakit tersebut bersifat ringan, dan penderitanya biasanya sembuh total dari penyakitnya. Akan tetapi ada juga penyakit lain yang sangat berbahaya.

Suatu serangan virus seperti gondongan, cacar dan campak memberi seseorang kekebalan menetap, tetapi banyak juga penyakit akibat virus yang tidak demikian, karena virusnya tidak beredar didalam sirkulasi darah, sehingga tuan rumahnya tidak memperoleh kekebalan. Antibodi hanya terbentuk apabila virus ada dalam darah, namun antibodi itu tidak mampu mencegah HIV dan proses multiplikasi dan perusakan terhadap sel-sel tubuh.

HIV menyerang sistem imun dengan menyerbu dan menghancurkan jenis sel darah putih tertentu, yang sering disebut dalam berbagai nama seperti sel T pembantu (*helper T cell*), sel T4 atau sel CD4. Sel CD4 ini juga diberi julukan sebagai panglima dari sistem imun. CD4 mengenali patogen yang menyerang dan memberi isyarat pada sel darah putih lainnya untuk segera membentuk antibodi yang dapat mengikat patogen tersebut. Sesudah diikat, patogen itu dilumpuhkan dan diberi ciri untuk selanjutnya dihancurkan. Lalu CD4 kemudian memanggil lagi jenis sel darah putih lainnya, sel T algojo (*killer T cell*), untuk memusnahkan sel yang telah ditandai tadi.

HIV mampu melawan sel CD4. Dengan menyerang dan mengalahkan sel CD4, maka HIV berhasil melumpuhkan kelompok sel yang justru aniat diandalkan untuk menghadapi HIV tersebut beserta kuman-kuman jenis lainnya. Itulah sebabnya

mengapa HIV membuat tubuh kita menjadi sangat rentan terhadap infeksi kuman-kuman lainnya dan jenis-jenis kanker yang umumnya dapat dikendalikan. Tanpa adanya sistem imun yang efektif, penyakit yang menyertai disebut infeksi oportunistik merajalela dan berakibat dengan kematian.

Jumlah normal sel CD4 dalam sirkulasi darah kita adalah sekitar 800 hingga 1.200 per milimeter kubik darah. Selama tahun-tahun pertama infeksi HIV jumlah ini masih dapat dipertahankan. Orang yang tertular HIV pada mulanya tidak merasakan dan tidak kelihatan sakit selama sel CD4-nya masih dalam jumlah lumayan. Setelah 5 tahun jumlah sel CD4 ini mulai menurun hingga kira-kira separuhnya. Pada tahap ini pun banyak penderita yang belum menunjukkan gejala-gejala penyakit. Sesudah jumlah sel CD4 ini kurang dari 200 per milimeter kubik darah, mulailah penderita memperlihatkan berbagai gejala penyakit yang nyata.

4. Dinamika Penularan HIV

Cara penularan HIV/AIDS melalui 3 cara:

- a. Transmisi seksual.
Penularan HIV/AIDS dengan cara transmisi seksual paling sering terjadi. Penularannya terjadi melalui hubungan seks (homoseksual dan heteroseksual) melalui mani (semen), cairan vagina dan serviks.
- b. Transmisi non seksual.
Terbagi menjadi 2 cara:
 - 1) Transmisi Parental.
 - 2) Penggunaan jarum suntik dan alat tusuk (alat tindik) yang telah terkontaminasi.
 - 3) Transmisi Transplasental.
 - a) Penularan dari ibu HIV+ ke bayi (berisiko 50%).
 - b) Penularan dapat terjadi waktu hamil, melahirkan, menyusui.
- c. Penularan masa prenatal.
HIV yang ditularkan dari ibu ke bayi melalui 3 cara:
 - 1) Dalam uterus (lewat plasenta).
 - 2) Sewaktu persalinan.
 - 3) Melalui air susu ibu.

5. Media Penularan HIV

Cairan tubuh yang menjadi media penularan adalah darah, mani, cairan vagina dan air susu ibu (ASI). HIV dalam jumlah yang cukup dan berpotensi untuk menginfeksi orang lain dapat ditemukan pada darah, air mani, dan cairan vagina pengidap HIV. HIV menular melalui darah terjadi dengan cara: penggunaan jarum suntik yang tidak steril, alat tindik telinga, alat tato atau alat tusuk yang tercemar HIV dan transfusi darah yang mengandung HIV. HIV menular melalui cairan tubuh lain dari ibu hamil ke janin melalui plasenta, melalui darah dan cairan saat melahirkan bayi, melalui ASI ketika menyusui dan melalui hubungan seks dengan pengidap HIV secara genital, oral dan anal. Penularan HIV terjadi melalui luka pada bagian tubuh.

6. Efektifitas Penularan HIV

- a. Transfusi → 90%
 - b. Perinatal → 25-45%
 - c. Seksual → 0.1-1%
 - d. **Injection Drug Use (IDU)** → 0.5-1%
- Transinisi perinatal:
- a. Dalam kandungan → 5%-10% terutama pada Trimester III

- b. Waktu persalinan → 10%-20%
- c. Waktu menyusui/nifas → 10%— 15%

Penularan seksual:

- a. 80%
- b. Tergantung:
 - 1) Cara hubungan seksual:
 - a) Heteroseksul
 - b) Homoseksual
 - c) Biseksual
 - 2) Status PMS
 - 3) Pelindung (kondom)
 - 4) MSM = *Man Having Sex With Man* (MSM)

HIV tidak menular melalui kegiatan sosial seperti:

- a. Gigitan serangga
- b. Bersalaman, bersentuhan
- c. Berpelukan bahkan berciuman
- d. Menggunakan peralatan makan bersama
- e. Menggunakan jamban bersama
- f. Tinggal serumah dengan orang yang terinfeksi HIV

7. Proses HIV Menjadi AIDS

- a. Tahap awal: HIV memasuki tubuh; tidak ada tanda khusus; belum dapat diketahui dari tes HIV; berkisar 1- 3 bln -> periode jendela
- b. Tahap kedua: HIV berkembang biak dalam tubuh; bisa diketahui melalui tes HIV; berkisar 5-10 thn -> masa laten
- c. Tahap ketiga: sistem kekebalan tubuh menurun; gejala AIDS mulai timbul; berkisar 1 bulan
- d. Tahap akhir: AIDS; sistem kekebalan tubuh tidak dapat melawan berbagai penyakit; penderita makin lemah kondisinya

8. Gejala dan Tanda HIV/AIDS

- a. Gejala-gejala utama AIDS
 - 1) Demam berkepanjangan → s.d 3 bulan
 - 2) Diare kronis → 1 bulan
 - 3) Penurunan berat badan > 1/10 berat badan semula dalam 3 bulan
- b. Gejala-gejala minor AIDS
 - 1) Batuk kronis → 1 bulan
 - 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan → *Candida albicans*
 - 3) Pembengkakan kelenjar getah bening
 - 4) Muncul *herpes zoster* berulang
 - 5) Bercak-bercak gatal di seluruh tubuh

Tanda dan gejala HIV menurut *Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) 2008*:

- a. Fase awal
 - 1) Tidak ditemukan gejala dan tanda-tanda infeksi
 - 2) Kadang-kadang ditemukan gejala mirip flu, seperti: demam, sakit kepala, sakit tenggorokan, ruam dan pembengkakan kelenjar getah bening
 - 3) Dapat menularkan virus kepada orang lain
- b. Fase lanjut
 - 1) Penderita bebas dari gejala infeksi selama 8 atau 9 tahun lebih
 - 2) Penderita mulai memperlihatkan gejala yg kronis, seperti: pembesaran kelenjar getah bening (gejala khas), diare, berat badan menurun, demam, batuk dan

pernafasan pendek

- c. Fase akhir
 - 1) Terjadi sekitar 10 tahun atau lebih
 - 2) Gejala yang lebih berat mulai timbul
 - 3) Berakhir pada penyakit AIDS

9. Diagnosis HIV/AIDS

Tes untuk mendiagnosis infeksi HIV yang akurat adalah dengan tes darah standar (serologi), laboratorium pertama kali melakukan enzyme-linked immunoassay (ELISA atau EIA). Hasil ELISA yang negatif biasanya berarti tidak terinfeksi, walaupun mungkin hasil negatif itu bila anda baru terinfeksi belum lama berselang. Bila hasilnya positif, laboratorium secara otomatis melakukan tes kedua yang disebut *Western Blot* (WB). Bila tes kedua hasilnya positif, berarti anda terinfeksi. Hasil tes positif yang palsu amat jarang terjadi dan biasanya karena kesalahan administratif, seperti memberikan kepada anda hasil tes orang lain (Gallant, 2010).

Kadang-kadang ELISA positif dan WB tidak dapat menentukan dengan pasti—tidak sepenuhnya negatif namun tidak positif juga. Ada dua kemungkinan penyebab tes tidak dapat menentukan dengan pasti. Pertama, anda mungkin baru-baru ini terinfeksi dan sedang dalam proses *seroconverting* (pengembangan serologi positif), kalau demikian keadaannya tes yang diulang tidak lama berselang akan menjadi sepenuhnya positif, biasanya dalam waktu 1 bulan. Kedua, anda mungkin negatif tetapi hasil tesnya tidak pasti dengan alasan yang mungkin tidak akan pernah diketahui. Bila tesnya tetap tidak pasti selama 1 sampai 3 bulan, anda tidak terinfeksi (Gallant, 2010).

Serologi mungkin negatif bila anda baru saja terinfeksi. Pada umumnya orang yang terinfeksi mengembangkan antibodi dalam waktu 2 sampai 8 minggu: 97% positif dalam waktu 3 bulan dan 100% dalam waktu 6 bulan. Selama periode inkubasi ini, jumlah virus yang amat tinggi selalu menunjukkan infeksi. Tetapi menghitung jumlah virus bukan tes diagnosis sempurna karena hasilnya dapat negatif (tidak terdeteksi) pada orang yang terinfeksi, dan hasilnya mungkin positif (dapat terinfeksi) di tingkat rendah pada orang yang tidak terinfeksi. Ini adalah tes yang bermanfaat untuk mendiagnosis sindrom retroviral akut pada orang yang menunjukkan gejala-gejala (Gallant, 2010).

Tes cepat dapat memberikan hasil dalam beberapa menit, menggunakan darah atau air ludah. Tes di rumah dapat dikirimkan, dan hasilnya diberikan lewat telepon. Tes ini akurat bila hasilnya negatif, namun hasil tes positif harus selalu ditegaskan dengan tes serologi standar (Gallant, 2010).

10. Tata Laksana HIV/AIDS

- a. Melakukan *abstinensi sex*, melakukan hubungan kelamin dengan pasangan yang tidak terinfeksi.
- b. Memeriksa adanya virus paling lambat 6 bulan setelah hubungan seks terakhir yang tidak terlindungi.
- c. Menggunakan pelindung jika berhubungan dengan orang yang tidak jelas status HIVnya.
- d. Tidak bertukar jarum suntik, jarum tato, dan sebagainya.
- e. Mencegah infeksi ke janin/bayi baru lahir.

11. Dampak HIV/AIDS

Menurut NANDA (*North American Nursing Diagnosis*) Internasional Taksonomi II (dalam Nursalam & Kurniawati, 2007), masalah kesehatan yang kemungkinan ditemukan pada pasien dengan HIV/ AIDS antara lain:

- a. Intoleransi aktivitas. Hal ini berhubungan dengan kelemahan, kelelahan, efek samping pengobatan, demam, malnutrisi, dan gangguan pertukaran gas (sekunder terhadap infeksi paru atau keganasan).
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif. Hal ini berhubungan dengan penurunan energi, kelelahan, infeksi respirasi, sekresi trakeobronkial, keganasan paru, dan pneumotoraks.
- c. Kecemasan, adalah hal berhubungan dengan prognosis yang tidak jelas, persepsi tentang efek penyakit, dan pengobatan terhadap gaya hidup.
- d. Gangguan gambaran diri. Hal ini berhubungan dengan penyakit kronis, alopesia, penurunan berat badan, dan gangguan seksual.
- e. Ketegangan peran pemberi perawatan (aktual atau risiko) berhubungan dengan keparahan penyakit penerima perawatan, tahap penyakit yang tidak dapat diprediksi atau ketidakstabilan dalam perawatan kesehatan penerima perawatan, durasi perawatan yang diperlukan, lingkungan fisik yang tidak adekuat untuk menyediakan perawatan, kurangnya waktu santai dan rekreasi bagi pemberi perawatan, serta kompleksitas dan jumlah tugas perawatan.
- f. Konfusi (akut atau kronis) berhubungan dengan infeksi susunan saraf pusat (misalnya toksoplasmosis), infeksi sitomegalovirus, limfoma, dan perkembangan HIV.
- g. Koping keluarga berkaitan dengan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan informasi atau pemahaman yang tidak adekuat atau tidak tepat tentang, penyakit kronis, dan perasaan yang tidak terselesaikan secara kronis.
- h. Koping tidak efektif berhubungan dengan kerentanan individu dalam situasi krisis (misalnya penyakit terminal).
- i. Diare, berhubungan dengan pengobatan, diet, dan infeksi.
- j. Kurangnya aktivitas pengalihan, berhubungan dengan sering atau lamanya pengobatan medis, perawatan di rumah sakit dalam waktu yang lama, *bed rest* yang lama.
- k. Kelelahan, berhubungan dengan proses penyakit serta kebutuhan psikologis dan emosional yang sangat banyak.
- l. Takut, berhubungan dengan ketidakberdayaan, ancaman yang nyata terhadap kesejahteraan diri sendiri, kemungkinan terkucil, dan kemungkinan kematian.
- m. Volume cairan kurang, berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat sekunder terhadap lesi oral dan diare.
- n. Berduka disfungsi/diantisipasi, berhubungan dengan: kematian atau perubahan gaya hidup yang segera terjadi, kehilangan fungsi tubuh, perubahan penampilan, dan ditinggal mati oleh orang yang berarti (orang terdekat).
- o. Perubahan pemeliharaan rumah, berhubungan dengan sistem pendukung yang tidak adekuat, kurang pengetahuan, dan kurang akrab dengan sumber-sumber komunitas.
- p. Keputusan, berhubungan dengan perubahan kondisi fisik dan prognosis yang buruk.
- q. Risiko infeksi berhubungan dengan imunodefisiensi seluler.
- r. Risiko penyebaran infeksi faktor risiko: sifat cairan tubuh yang menular.
- s. Risiko injuri (jatuh), berhubungan dengan kelelahan, kelemahan, perubahan kognitif, ensefalopati, dan perubahan neuromuskular.
- t. Pengelolaan pengobatan yang tidak efektif, berhubungan dengan kompleksitas bahan-bahan pengobatan, kurang pengetahuannya tentang penyakit, obat, dan sumber komunitas, depresi, sakit, atau malaise.
- u. Ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh), berhubungan

- dengan kesulitan mengunyah, kehilangan nafsu makan, lesi oral dan esofagus, malabsorpsi gastrointestinal, dan infeksi oportunistik (kandidiasis dan herpes).
- v. Nyeri akut, berhubungan dengan: perkembangan penyakit, efek samping pengobatan, odem limfe, sakit kepala sekunder terhadap infeksi SSP (Sistem Saraf Pusat), neuropati perifer, dan mialgia parah.
 - w. Ketidakberdayaan, berhubungan dengan penyakit terminal, bahan pengobatan, dan perjalanan penyakit yang tidak bisa diprediksi.
 - x. Kurang perawatan diri yang terdiri atas berhias, *toileting*, instrumental, makan/minum, dan mandi, berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan.
 - y. Harga diri rendah (kronis dan situasional), berhubungan dengan penyakit kronis dan krisis situasional.
 - z. Perubahan persepsi sensori (pendengaran/penglihatan), berhubungan dengan kehilangan pendengaran sekunder efek pengobatan, kehilangan penglihatan akibat infeksi CMV.
 - aa. Pola seksual tidak efektif, berhubungan dengan tindakan seks yang lebih aman, takut terhadap penyebaran infeksi HIV, tidak berhubungan seks, impoten sekunder akibat efek obat.
 - bb. Kerusakan integritas kulit, berhubungan dengan kehilangan otot dan jaringan sekunder akibat perubahan status nutrisi, ekskoriasi perineum sekunder akibat diare dan lesi (kandidiasis dan herpes), dan kerusakan mobilitas fisik.
 - cc. Perubahan pola tidur, berhubungan dengan nyeri, berkering di malam hari, obat-obatan, efek samping obat, kecemasan, depresi, dan putus obat (heroin, kokain).
 - dd. Isolasi sosial, berhubungan dengan stigma, ketakutan orang lain terhadap penyebaran infeksi, ketakutan diri sendiri terhadap penyebaran HIV, moral, budaya, agama, penampilan fisik, serta gangguan harga diri dan gambaran diri.
 - ee. Distres spiritual, berhubungan dengan tantangan sistem keyakinan dan nilai dan tes keyakinan spiritual.
 - ff. Adanya risiko kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri, seperti adanya ide bunuh diri akibat rasa keputusasaan.

12. Pencegahan

HIV sepenuhnya adalah penyakit yang dapat dicegah. Cara pencegahannya secara langsung berkaitan dengan cara penularannya. Pencegahan HIV berdasarkan cara penularannya adalah (Gallant, 2010):

- a. Penularan seksual. Pencegahannya dengan tidak melakukan hubungan seksual sama sekali. Alternatif terbaik berikutnya adalah membatasi jumlah pasangan seksual, melakukan aktivitas seksual hanya melalui vagina, menggunakan kondom, tidak memasukkan air mani, cairan pra-seminal, dan cairan vagina ke dalam mulut atau mata.
- b. Penggunaan narkoba. Cara paling baik untuk mencegah infeksi dari penggunaan narkoba adalah mencari pengobatan dan berhenti menggunakan narkoba. Alternatif lainnya yaitu tidak menggunakan jarum suntik bersama dengan orang lain.
- c. Penularan kepada bayi. Semua ibu hamil perlu dites untuk infeksi HIV, dan melakukan pengobatan jika positif HIV. Pengobatan selama kehamilan efektif untuk mencegah penularan kepada bayi, tetapi ibu yang positif HIV tidak boleh menyusui bayinya sama sekali.

B. Wanita Pekerja Seksual (WPS)

1. Pengertian

Wanita Pekerja Seksual (WPS) adalah suatu pekerjaan dimana seorang perempuan menggunakan atau mengeksploitasi tubuhnya untuk mendapatkan uang. Wanita pekerja seksual, sebelumnya lebih dikenal dengan istilah pelacuran. Namun oleh kalangan feminis diubah untuk mencoba mengangkat posisi sosial pelacur menjadi setara dengan orang pencari nafkah lainnya, dan tidak berlaku tidak hanya bagi perempuan saja tetapi juga laki-laki dan kaum transvertit dan laki-laki homoseksual. Transvertit adalah seseorang yang secara anatomis laki-laki, tetapi secara psikologis merasa dan menganggap dirinya seorang perempuan. Ia akan berperilaku dan berpakaian seperti perempuan (Noviana, 2016).

Saat ini tingkat kemoralan bangsa Indonesia semakin terpuruk, hal ini terbukti dengan tingginya jumlah wanita pekerja seksual. Akibatnya, semakin banyak ditemukan penyakit menular seksual. Profesi sebagai wanita pekerja seksual dengan penyakit menular seksual merupakan satu lingkaran setan. Biasanya penyakit menular seksual ini sebagian besar diidap oleh WPS, dimana dalam menjajakan dirinya terhadap pasangan kencan yang berganti-ganti tanpa menggunakan pengaman seperti kondom (Noviana, 2016).

Permasalahan yang berkenaan dengan pekerja seks di Indonesia adalah tingkat perekonomian yang semakin mencekik kehidupan masyarakat Indonesia. Hal ini sangat dirasakan oleh masyarakat miskin, yang memaksa mereka untuk menghalalkan segala cara untuk memenuhi kebutuhan hidup (Noviana, 2016).

2. Faktor-Faktor Penyebab Adanya Wanita Pekerja Seksual

a. Kemiskinan

Diantara alasan penting yang melatarbelakangi adalah kemiskinan yang sering bersifat struktural. Struktur kebijakan tidak memihak kepada kaum yang lemah sehingga yang miskin semakin miskin, sedangkan orang yang kaya semakin menumpuk harta kekayaannya. Kebutuhan yang semakin banyak pada seorang perempuan memaksa dia untuk mencari sebuah pekerjaan dengan penghasilan yang memuaskan namun kadang dari beberapa mereka harus bekerja sebagai WPS untuk pemenuhan kebutuhan tersebut (Noviana, 2016).

b. Kekerasan seksual

Penelitian menunjukkan banyak faktor penyebab perempuan menjadi WPS diantaranya adalah kekerasan seksual seperti perkosaan oleh bapak kandung, paman, guru dan sebagainya (Noviana, 2016).

c. Penipuan

Faktor lain yaitu, penipuan dan pemaksaan dengan berkedok agen penyalur kerja. Kasus penjualan anak perempuan oleh orang tua sendiripun juga kerap ditemui (Noviana, 2016).

d. Pornografi

Menurut definisi Undang-undang Anti Pornografi, pornografi adalah bentuk ekspresi visual berupa gambar, lukisan, tulisan, foto, film, atau yang dipersamakan dengan film, video, tayangan atau media komunikasi lainnya yang sengaja dibuat untuk memperlihatkan secara terang-terangan atau tersamar kepada publik alat vital dan bagian-bagian tubuh serta gerakan-gerakan erotis yang menonjolkan sensualitas dan/atau seksualitas, serta segala bentuk perilaku seksual dan hubungan seks manusia yang patut diduga menimbulkan rangsangan nafsu birahi pada orang lain (Noviana, 2016).

3. Persoalan-Persoalan Psikologis

a. Akibat gaya hidup modern

Seorang perempuan pastinya ingin tampil dengan keindahan tubuh dan barang-barang yang dikenakannya. Namun ada dari beberapa mereka yang terpojok karena masalah keuangan untuk pemenuhan keinginan tersebut maka mereka mengambil jalan akhir dengan menjadi wanita pekerja seksual untuk pemuasan dirinya (Noviana, 2016).

b. Broken home

Kehidupan keluarga yang kurang baik dapat memaksa seorang remaja untuk melakukan hal-hal yang kurang baik di luar rumah dan itu dimanfaatkan oleh seseorang yang tidak bertanggung jawab dengan mengajaknya bekerja sebagai wanita pekerja seksual (Noviana, 2016).

c. Kenangan masa kecil yang buruk

Tindak pelecehan yang semakin meningkat pada seorang perempuan bahkan adanya pemerkosaan pada anak kecil bisa menjadi faktor seorang tersebut menjadi seorang wanita pekerja seksual (Noviana, 2016).

4. Dampak Yang Ditimbulkan Bila Seseorang Bekerja Sebagai Wanita Pekerja Seksual

Dampak yang ditimbulkan bila seseorang bekerja sebagai wanita pekerja seksual menurut Noviana (2016):

- a. Keluarga dan masyarakat tidak dapat lagi memandang nilainya sebagai seorang perempuan.
- b. Stabilitas sosial pada dirinya akan terhambat, karena masyarakat hanya akan selalu mencemooh dirinya.
- c. Memberikan citra buruk bagi keluarga.
- d. Mempermudah penyebaran penyakit menular seksual, seperti gonore, klamidia, herpes kelamin, sifilis, hepatitis B, HIV/AIDS

5. Penanganan Masalah Wanita Pekerja Seksual

Penanganan masalah wanita pekerja seksual menurut Noviana (2016):

a. Keluarga

- 1) Meningkatkan pendidikan anak-anak, terutama mengenalkan pendidikan seks secara dini agar terhindar dari perilaku seks bebas.
- 2) Meningkatkan bimbingan agama sebagai tameng agar terhindar dari perbuatan dosa.

b. Masyarakat

Meningkatkan kepedulian dan melakukan pendekatan terhadap kehidupan wanita pekerja seksual.

c. Pemerintah

- 1) Memperbanyak tempat atau panti rehabilitasi.
- 2) Meregulasi undang-undang khusus WPS.
- 3) Meningkatkan keamanan dengan lebih menggiatkan razia lokalisasi WPS untuk dijaring dan mendapatkan rehabilitasi.

6. Aspek Kesehatan Reproduksi

Tidak dapat disangkal bahwa masalah wanita pekerja seksual sangat erat kaitannya dengan kesehatan reproduksi dan masalah ketimpangan status sosial kaum perempuan. Perilaku seksual yang selalu berganti pasangan membuat para wanita pekerja seksual mempunyai risiko yang tinggi untuk tertulari dan menularkan penyakit seksual (Noviana, 2016).

Di sebagian besar lokalisasi, pemeliharaan kesehatan bagi pekerjanya dilakukan oleh paramedis atas inisiatif sendiri. Mengingat kualitas paramedik Indonesia pada umumnya, sangat sulit diharapkan bahwa mereka akan melakukan penyuluhan dan konseling tentang penyakit menular seksual ke lokasi-lokasi WPS. Pengabaian terhadap masalah ini hanya karena WPS secara resmi dianggap “tidak ada”, padahal pengabaian ini akan memperbesar risiko mereka dan para pelanggan mereka untuk tertular penyakit seksual. Pada gilirannya para pelanggan itu akan menularkan penyakit pada keluarganya sendiri. Pemerintah sendiri mengalami kesulitan untuk mendeteksi perilaku seksual masyarakat, terutama kaum remaja, yang mencari pemuasan seksual dengan WPS (Noviana, 2016).

Ada hal yang menarik untuk dicatat dari laporan MHR Sianturi, yang mengungkapkan bahwa diantara remaja putri berusia 11-15 tahun, yang ditelitinya, ada beberapa yang mengidap penyakit menular seksual *Trikhomonas* dan *Human Papilloma Virus*. Ini mengisyaratkan bahwa kalangan remaja putri dalam usia yang masih sangat muda sudah melakukan hubungan seks dengan laki-laki, bahkan tertular penyakit. Yang lebih menarik lagi adalah penelitian ini dilakukan di klinik spesialis swasta. Ini menunjukkan bahwa mereka yang datang di sana adalah kalangan menengah ke atas. Kembali hendak dikemukakan disini, bahwa bukan masalah ekonomi yang mendorong remaja putri menjadi WPS, tetapi lebih karena pengaruh selera hedonistik. Dampak perilaku seksual yang sudah merambah dalam usia yang masih sangat muda ini akan mempengaruhi kondisi kesehatan reproduksi mereka di kemudian hari. Akibatnya bisa terjadi kemandulan atau beberapa penyakit saluran reproduksi lainnya, terutama mereka yang sudah pernah terinfeksi oleh HPV (*Human Papilloma Virus*) (Noviana, 2016).

C. Skrining

Salah satu usaha pencegahan tingkat kedua adalah diagnosis dini melalui program skrining (penyaringan). Sasarannya mereka yang mungkin menderita suatu penyakit tertentu, tetapi tidak memberikan gejala yang nyata/jelas (Noor, 2008).

1. Pengertian skrining

Skrining adalah suatu usaha mendeteksi/menemukan penderita penyakit tertentu yang tanpa gejala (tidak tampak) dalam suatu masyarakat atau kelompok penduduk tertentu melalui suatu tes/pemeriksaan secara singkat dan sederhana untuk dapat memisahkan mereka yang betul-betul sehat terhadap mereka yang kemungkinan besar menderita, yang selanjutnya diproses melalui diagnosis pasti dan pengobatan. Skrining bukan diagnosis sehingga hasil yang diperoleh betul-betul hanya didasarkan pada hasil pemeriksaan tes skrining tertentu, sedangkan kepastian diagnosis klinis dilakukan kemudian secara terpisah (Noor, 2008).

Tes skrining merupakan suatu tes yang sederhana dan relatif murah yang diterapkan pada sekelompok populasi tertentu (yang relatif sehat) dan bertujuan untuk mendeteksi mereka yang mempunyai kemungkinan cukup tinggi menderita penyakit yang sedang diamati (*disease under study*) sehingga kepada mereka yang dapat dilakukan diagnosis lengkap dan selanjutnya bagi mereka yang menderita penyakit tersebut dapat diberikan pengobatan secara dini (Noor, 2008).

Sebenarnya ada sejumlah tes/pemeriksaan yang secara langsung tes tunggal) telah dapat menegakkan diagnosis pasti yang cukup kuat antara lain pemeriksaan darah hapus untuk malaria. Namun demikian, sejumlah tes hanya mampu memisahkan mereka yang kemungkinan menderita penyakit tertentu terhadap mereka yang kemungkinan besar bebas dari penyakit tersebut pada suatu populasi tertentu (Noor, 2008).

2. Tujuan dan sasaran skrining

Ada beberapa keuntungan dapat diperoleh melalui tes skrining, tergantung pada tujuan utama tes tersebut. Salah satu tujuan tes skrining yang bersifat umum adalah untuk mendeteksi penderita sedini mungkin sebelum timbul gejala klinis yang jelas. Dengan diagnosis dini tersebut dapat dengan segera diberikan pengobatan kepada penderita. Khusus untuk penyakit menular, dengan skrining dapat dilakukan diagnosis dini sehingga dapat diberikan pengobatan secara cepat, dan dapat pula mencegah meluasnya penyakit dalam masyarakat sehingga dapat mencegah terjadinya wabah (Noor, 2008).

Selain itu, melalui tes skrining kita dapat memperoleh keterangan epidemiologis yang berguna bagi petugas kesehatan terutama bagi dokter/klinisi dan bagi peneliti. Hasil tes skrining dapat pula digunakan untuk memberikan gambaran kepada petugas kesehatan tentang sifat-sifat penyakit tertentu sehingga mereka dapat selalu waspada dan secara terus-menerus melakukan pengamatan terhadap setiap gejala dini yang mencurigakan (Noor, 2008).

Khusus untuk kepentingan masyarakat banyak maka selain berbagai hal tersebut di atas, tes skrining dapat berfungsi untuk mendidik dan membiasakan masyarakat untuk memeriksakan diri secara teratur dan sedini mungkin (Noor, 2008).

3. Bentuk pelaksanaan skrining

Tes skrining pada umumnya dilakukan secara massal pada suatu kelompok populasi tertentu yang menjadi sasaran skrining. Namun demikian bila suatu penyakit diperkirakan mempunyai sifat risiko tinggi pada kelompok populasi tertentu maka tes ini dapat pula dilakukan secara selektif (umpamanya khusus pada wanita dewasa) maupun secara random yang sasarannya ditujukan kepada mereka dengan risiko tinggi. Tes ini dapat dilakukan khusus untuk satu jenis penyakit tertentu, tetapi dapat pula dilakukan secara serentak untuk lebih dari satu penyakit (Noor, 2008).

4. Keuntungan pelaksanaan tes skrining

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya bahwa tes skrining ini memiliki beberapa keuntungan dalam pelaksanaannya di samping sejumlah kelemahan-kelemahannya. Tes ini dapat dilakukan dengan biaya yang relatif murah serta dapat dilaksanakan secara sangat efektif. Di samping itu, dengan tes ini kita dapat lebih cepat memperoleh keterangan tentang sifat dan situasi penyakit dalam masyarakat untuk usaha penanggulangannya. Pelaksanaan tes skrining ini cukup sederhana dan relatif mudah serta mempunyai sifat fleksibilitas yang cukup dalam penerapannya (Noor, 2008).

Hasil tes ini cukup baik dan dapat dipercaya selama pelaksanaannya tetap memperhatikan beberapa nilai-nilai berikut (Noor, 2008):

- a. Reliabilitas,
- b. Validitas, dan
- c. Kekuatan tes berdasarkan nilai sensitivitas dan spesifisitasnya.

5. Kriteria dalam menyusun program skrining

Untuk dapat menyusun suatu program skrining, diharuskan memenuhi beberapa kriteria atau ketentuan-ketentuan khusus yang merupakan persyaratan suatu tes skrining (Noor, 2008).

- a. Penyakit yang dituju harus merupakan masalah kesehatan yang berarti dalam masyarakat dan dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat tersebut.
- b. Tersedianya obat yang potensial dan memungkinkan pengobatan bagi mereka yang dinyatakan menderita penyakit yang mengalami tes. Keadaan penyediaan obat dan

keterjangkauan biaya pengobatan dapat mempengaruhi tingkat/kekuatan tes yang dipilih.

- c. Tersedianya fasilitas dan biaya untuk diagnosis pasti bagi mereka yang dinyatakan positif serta tersedianya biaya pengobatan bagi mereka yang dinyatakan positif melalui diagnosis klinis.
- d. Tes skrining terutama ditujukan pada penyakit yang masa latennya cukup lama dan dapat diketahui melalui pemeriksaan/tes khusus.
- e. Tes skrining hanya dilakukan bila memenuhi syarat untuk tingkat sensitivitas dan spesifisitasnya.
- f. Semua bentuk/teknis dan cara pemeriksaan dalam tes skrining harus dapat diterima oleh masyarakat secara umum.
- g. Sifat perjalanan penyakit yang akan dilakukan tes harus diketahui dengan pasti.
- h. Adanya suatu nilai standar yang telah disepakati bersama tentang mereka yang dinyatakan menderita penyakit tersebut.
- i. Biaya yang digunakan dalam melaksanakan tes skrining sampai pada titik akhir pemeriksaan harus seimbang dengan risiko biaya bila tanpa melakukan tes tersebut.
- j. Harus dimungkinkan untuk diadakan pemantauan (*follow up*) terhadap penyakit tersebut serta penemuan penderita secara berkesinambungan dapat dilaksanakan.

Melihat hal tersebut di atas maka bagi penyakit yang belum didapatkan obatnya seperti HIV/AIDS dan Ca paru-paru serta penyakit yang tidak diketahui pasti perjalanan penyakitnya tidak dibenarkan untuk dilakukan tes skrining (Noor, 2008).

6. Validitas

Validitas adalah kemampuan daripada tes skrining untuk memisahkan mereka yang betul-betul menderita terhadap mereka yang betul-betul sehat atau dengan kata lain besarnya kemungkinan untuk menempatkan setiap individu pada keadaan yang sebenarnya. Validitas ditentukan dengan melakukan pemeriksaan di luar tes skrining untuk diagnosis pasti, dengan ketentuan bahwa biaya dan waktu yang digunakan pada setiap pemeriksaan diagnostik lebih besar daripada yang dibutuhkan pada skrining. Ada dua komponen yang menentukan tingkat validitas, yakni: (1) nilai sensitivitas yaitu kemampuan dari suatu tes skrining yang secara benar menempatkan mereka yang betul-betul menderita pada kelompok penderita, dan (2) nilai spesifisitas yaitu kemampuan daripada tes tersebut yang secara benar menempatkan mereka yang betul-betul tidak menderita pada kelompok sehat (Noor, 2008).

Besarnya nilai kedua parameter tersebut tentunya ditentukan dengan alat diagnostik di luar tes skrining. Kedua nilai tersebut saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya, yakni bila nilai sensitivitas meningkat maka nilai spesifisitas akan menurun dan sebaliknya. Untuk menentukan batas standar yang digunakan pada tes skrining, harus ditentukan tujuan skrining apakah mengutamakan semua yang dicurigai menderita dapat terjaring, termasuk yang tidak menderita, ataukah mengarah ke memilih hanya mereka yang betul-betul sehat (Noor, 2008).

Untuk kepentingan validitas diperlukan beberapa perhitungan tertentu (Noor, 2008):

- a. Positif sebenarnya, yaitu mereka yang oleh tes skrining dinyatakan menderita dan yang kemudian didukung oleh diagnosis klinis yang positif.
- b. Positif palsu, yaitu mereka yang oleh tes skrining dinyatakan menderita, tetapi pada diagnosis klinis dinyatakan sehat/negatif.
- c. Negatif sebenarnya, yaitu mereka yang pada skrining dinyatakan sehat dan pada diagnosis klinis ternyata betul sehat.

- d. Negatif palsu, yaitu mereka yang pada tes skrining dinyatakan sehat, tetapi oleh diagnosis klinis ternyata menderita.

Untuk menetapkan besarnya nilai sensitivitas dan spesifisitas suatu tes, harus dipertimbangkan beberapa hal tertentu:

- a. Risiko adanya kasus yang tidak terjaring/lolos dari seleksi karena menolak diperiksa/tidak ikut berpartisipasi.
- b. Besarnya biaya diagnosis klinis untuk menentukan penderita secara klinis terutama pada mereka dengan positif palsu.
- c. Frekuensi skrining artinya kemungkinan pada skrining berikutnya akan mengambil kasus yang tidak terjaring pada saat ini.
- d. Besarnya prevalensi penyakit dalam masyarakat yang menjadi sasaran tes.

7. Reliabilitas

Reliabilitas adalah kemampuan tes memberikan hasil yang sama/konsisten bila tes diterapkan lebih dari satu kali pada sasaran (objek) yang sama dan pada kondisi yang sama pula. Dalam hal tingkat reliabilitas maka ada dua faktor utama yang perlu mendapatkan perhatian khusus (Noor, 2008):

- a. Variasi dari cara skrining yang sangat dipengaruhi oleh stabilitas alat tes atau regensia yang digunakan, serta fluktuasi keadaan dari nilai yang akan diukur (umpamanya tekanan darah yang sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor dan alat yang digunakan).
- b. Kesalahan pengamatan atau perbedaan pengamat yang meliputi adanya nilai yang berbeda karena dilakukan oleh pengamat yang berbeda, atau adanya nilai yang berbeda walaupun dilakukan oleh pengamat yang sama.

Untuk meningkatkan nilai reliabilitas tersebut di atas maka dapat dilakukan beberapa usaha tertentu (Noor, 2008):

- a. Pembakuan/standarisasi cara skrining.
- b. Peningkatan dan pemantapan keterampilan pengamat melalui training.
- c. Pengamatan yang cermat pada setiap nilai hasil pengamatan.
- d. Menggunakan dua atau lebih pengamat untuk setiap pengamatan
- e. Memperbesar klasifikasi (kelompok) kategori yang ada, terutama bila kondisi penyakit juga bervariasi/bertingkat.

8. Nilai Ramal (*Predictive Values*)

Nilai ramal adalah besarnya kemungkinan dengan menggunakan nilai sensitivitas dan spesifisitas serta prevalensi terhadap proporsi penduduk yang menderita. Nilai ini dapat positif pada tes positif, dan negatif pada tes negatif. Nilai ramal positif adalah besarnya proporsi mereka yang dengan tes positif juga menderita penyakit (dengan diagnosa positif), sedangkan nilai ramal negatif adalah besarnya proporsi mereka yang dinyatakan negatif dan ternyata tidak menderita penyakit. Nilai ramal positif sangat dipengaruhi oleh besarnya prevalensi penyakit dalam masyarakat di mana makin tinggi prevalensi penyakit dalam masyarakat, makin tinggi pula nilai ramal positif, dan sebaliknya. Dengan demikian nilai ramal positif dipengaruhi oleh besarnya prevalensi penyakit dalam masyarakat serta besarnya nilai spesifisitas tes (Noor, 2008).

9. Skrining bertingkat

Skrining bertingkat adalah bentuk skrining yang dilakukan dengan menggunakan dua jenis tes terhadap satu penyakit tertentu. Skrining bertingkat dapat dilakukan dalam dua bentuk, yakni dalam bentuk seri dan bentuk paralel. Bentuk seri ialah skrining yang menggunakan dua macam tes secara bersamaan sehingga seseorang dapat dinyatakan positif, apabila hasil tes memberikan hasil positif pada kedua tes skrining yang selanjutnya diadakan pemeriksaan klinis untuk diagnosis.

Jadi, pada bentuk ini bila hanya satu hasil tes yang positif maka hasilnya dinyatakan negatif. Sedangkan bentuk tes skrining paralel adalah skrining dengan dua macam tes terhadap satu penyakit tertentu dan bagi mereka yang positif pada satu skrining tersebut dapat dinyatakan positif dan dilanjutkan dengan pemeriksaan klinis untuk diagnosis (Noor, 2008).

Dari kedua cara tersebut, tampak bahwa pada bentuk seri, positif palsu akan lebih rendah dan sebaliknya negatif palsu akan meningkat. Sedangkan pada tes bentuk paralel, jumlah positif palsu akan lebih besar dan negatif palsu akan lebih kecil. Cara ini dipilih tergantung dari tujuan skrining, bentuk penyakit serta keadaan dana dan fasilitas yang tersedia (Noor, 2008).

Salah satu contoh bentuk tes bertingkat yang bersifat seri adalah tes darah untuk pemeriksaan HIV. Pada tahap pertama dilakukan tes elisa (yang relatif lebih murah) dan bila hasilnya positif, dilanjutkan dengan tes *western block* yang jauh lebih mahal (Noor, 2008).

10. Yied (Derajat Skrining)

Derajat skrining adalah besarnya kemungkinan untuk menjaring (menemukan) melalui tes skrining mereka yang sebenarnya menderita, tetapi tanpa gejala sehingga bagi mereka dapat dilakukan diagnosis pasti serta pengobatan dini. Derajat skrining ditentukan oleh beberapa faktor tertentu (Noor, 2008).

- a. Tingkat sensitivitas tes skrining.
- b. Besarnya prevalensi penyakit (yang mengalami skrining) dalam masyarakat.
- c. Frekuensi skrining dalam masyarakat.
- d. Konsep sehat serta kehidupan kesehatan masyarakat sehari-hari.

D. Edukasi Kesehatan

1. Pengertian Edukasi kesehatan

Edukasi atau pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni; input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2015).

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain; sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2015).

Edukasi kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Secara operasional edukasi kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2015).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), edukasi kesehatan adalah kegiatan di bidang penyuluhan kesehatan umum dengan tujuan menyadarkan dan mengubah sikap serta perilaku masyarakat agar tercapai tingkat kesehatan yang diinginkan.

Menurut Fatmah (2014) konsep edukasi kesehatan dapat diperluas menjadi promosi kesehatan. Promosi kesehatan mempunyai dua fungsi utama yang meliputi pencegahan penyakit pada tingkat primer dan sekunder, serta mempertahankan derajat kesehatan. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) adalah suatu cara pemberian

informasi atau pesan terkait masalah tertentu oleh komunikator kepada komunikan melalui media tertentu. KIE dalam program kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kepedulian dan menghasilkan perubahan perilaku yang spesifik. Oleh karena itu perlu tahapan-tahapan yang perlu dipersiapkan, yaitu *assessment* (identifikasi/penilaian masalah), *plan* (perencanaan media intervensi), *pre-test* (uji coba media intervensi), *deliver message* (penyuluhan dengan media intervensi), dan *monitor* (pemantauan/supervisi pelaksanaan kegiatan intervensi).

2. Metode Edukasi Kesehatan

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (dalam Supriasa, 2014), metode adalah cara kerja yang bersistem untuk memudahkan pelaksanaan suatu kegiatan guna mencapai tujuan yang ditentukan. Menurut Santoso Karo Karo (dalam Supriasa, 2014), metode edukasi kesehatan adalah setiap cara, teknik, maupun media yang terencana yang diterapkan berdasarkan prinsip-prinsip yang dianut. Dalam edukasi kesehatan sertas berdasarkan atas komunikasi, secara umum para pakar tersebut menyimpulkan bahwa metode pendidikan adalah suatu cara atau teknik atau strategi untuk mencapai tujuan sesuai dengan situasi dan kondisi serta sumber daya yang tersedia (Supriasa, 2014).

Menurut Supriasa (2014), tidak ada satu metode pun yang cocok untuk semua tujuan. Tujuan pendidikan dan penyuluhan sangat menentukan metode yang akan digunakan, apakah tujuan ingin mengubah pengetahuan saja, apakah ingin mengubah sikap saja, apakah ingin mengubah tingkah laku saja, atau gabungan dari ketiganya. Jika tujuan pendidikan hanya untuk mengubah pengetahuan atau pemahaman saja, dapat digunakan metode ceramah, seminar dan presentasi. Apabila tujuan pendidikan mengubah sikap dapat digunakan metode diskusi kelompok, bermain peran, dan konsultasi. Jika tujuan pendidikan adalah mengubah keterampilan, metode yang dapat dipilih adalah studi kasus, *learning by doing*, dan demonstrasi.

a. Metode pendidikan Individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk:

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)
- 2) Wawancara (*Interview*)

b. Metode Pendidikan Kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

- a) Ceramah ; metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- b) Seminar ; hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil

- a) Diskusi kelompok ; dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.
- b) Curah pendapat (*Brain Storming*) ; merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung

dan ditulis dalam *flipchart*/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

- c) Bola salju (*Snow Balling*) ; tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.
- d) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*) ; kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.
- e) Memainkan peranan (*Role Play*) ; beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.
- f) Permainan simulasi (*Simulation Game*) ; merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

c. Metode pendidikan Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa.

3. Media Edukasi Kesehatan

Media edukasi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3: cetak, elektronik, media papan (*bill board*)

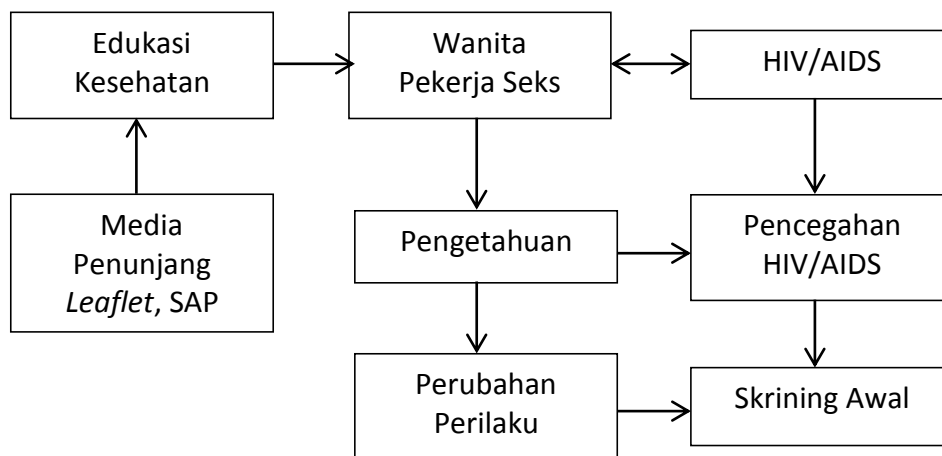
a. Media cetak

- 1) Booklet : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) Leaflet : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- 3) Flyer (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) Flip chart (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

- 7) Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.
- b. Media elektronik
- 1) Televisi ; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.
 - 2) Radio ; bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
 - 3) Video Compact Disc (VCD)
 - 4) Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
 - 5) Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.
- c. Media papan (*bill board*)
- Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi) (Notoatmodjo, 2014).

E. Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori



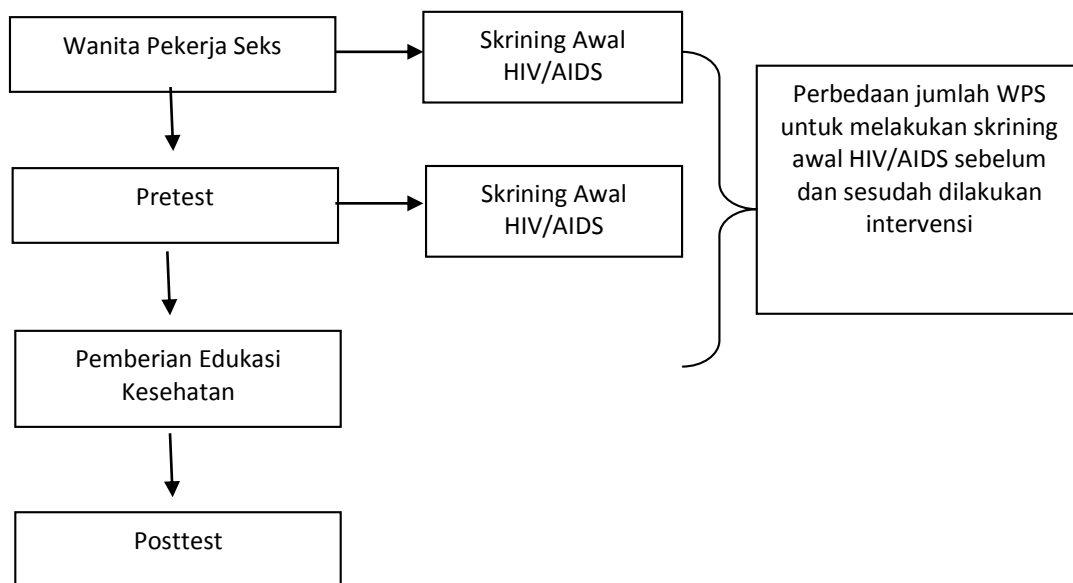
Sumber: Modifikasi dari Ardhiyanti, Lusiana & Megasari (2015) Noviana (2016), Gallant (2010), Noor (2008), dan Notoatmodjo (2014).

BAB 3 METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimental semu (*quasi experiment*). Metode penelitian yang digunakan adalah *One Group Pretest Posttest Design* yaitu suatu penelitian yang dilakukan pada satu group atau kelompok yang diberi perlakuan tertentu, kemudian diobservasi sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) perlakuan (Hidayat, 2009). *Pretest* merupakan pengukuran awal cara mengetahui keinginan WPS untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS sebelum dilakukan intervensi. Selanjutnya *post-test* dilakukan setelah diberikan edukasi kesehatan pada WPS.

Skema 4.1 Desain Penelitian



B. Populasi, Sampel dan Sampling

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan jumlah anggota dari suatu himpunan yang ingin diketahui karakteristiknya berdasarkan inferensi atau generalisasi (Supardi & Rustika, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh WPS di Sungaibuntu Karawan Tahun 2021 yang berjumlah 12 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebuah gugus atau sejumlah tertentu anggota himpunan/populasi yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Supardi & Rustika, 2013). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Total Sampling* yaitu menggunakan seluruh unsur populasi sebagai sampel, sehingga dapat diperoleh gambaran yang komprehensif tentang objek penelitian. Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah WPS di Sungaibuntu Karawan Tahun 2021 yang berjumlah 12 orang.

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh anggota kelompok tersebut. Variabel merupakan karakteristik subyek penelitian atau fenomena yang dapat memiliki beberapa nilai (variasi nilai). Variabel yang dikumpulkan harus mengacu pada tujuan dan kerangka konsep (Supardi & Rustika, 2013).

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel penelitian yang dapat mempengaruhi variabel terikat (Supardi & Rustika, 2013). Variabel independen dalam penelitian ini adalah edukasi kesehatan.

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang variasi nilainya diakibatkan oleh satu atau lebih variabel bebas (Supardi & Rustika, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah skrining awal HIV/AIDS.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan dan cara pengukuran variabel yang akan diteliti, disusun dalam bentuk matrik, dan dibuat untuk memudahkan dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindarkan perbedaan interpretasi, serta membatasi ruang lingkup variabel (Supardi & Rustika, 2013).

Definisi operasional dan variabel-variabel yang terdapat dalam penelitian ini beserta cara pengukurannya, dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definsi Konseptual	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Edukasi kesehatan	Edukasi kesehatan adalah kegiatan di bidang penyuluhan kesehatan umum dengan tujuan menyadarkan dan mengubah sikap serta perilaku masyarakat agar tercapai tingkat kesehatan yang diinginkan.	Penyuluhan kesehatan kepada WPS tentang skrining awal HIV/AIDS	Satuan Acara Penyuluhan	-	-

Skrining Awal HIV/AIDS	Skrining atau penyaringan adalah suatu usaha mendeteksi/menemukan penderita penyakit tertentu yang tanpa gejala (tidak tampak) dalam suatu masyarakat atau kelompok penduduk tertentu melalui suatu tes/pemeriksaan secara singkat dan sederhana untuk dapat memisahkan mereka yang betul-betul sehat terhadap mereka yang kemungkinan besar menderita, yang selanjutnya diproses melalui diagnosis pasti dan pengobatan.	Keinginan WPS untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan.	Kuesioner 1. Tidak Mau Melakukan Skrining Awal HIV/AIDS 2. Mau Melakukan Skrining Awal HIV/AIDS	Nominal
Pengetahuan	Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2011).	Pengetahuan WPS tentang HIV/AIDS termasuk penularan, pencegahan serta skrining atau test yang diperlukan untuk mendeteksi status HIV.	Kuesioner 1. Kurang jika skor < 56% 2. Cukup jika skor 56-75% 3. Baik jika skor 76-100%.	Ordinal

E. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Desa Sungaibuntu Karawang.

F. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Juni 2021.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data diperoleh langsung dari responden melalui teknik kuesioner yang berpedoman pada kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya. Data data

primer dalam penelitian ini adalah Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS Pada Wanita Pekerja Seks.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dengan menggunakan studi pustaka yaitu, mengambil data yang diperoleh dari literature yang berkaitan dengan judul, dari referensi buku-buku yang terkait serta sumber-sumber lain yang mendukung penelitian ini.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu rangkaian kegiatan penelitian yang mencakup data yang dikumpulkan untuk menjawab masalah penelitian, cara pengumpulan data dan alat pengumpul data. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui cara angket, yaitu cara pengumpulan data penelitian dengan mengirimkan atau memberikan kuesioner kepada responden untuk mengisinya sendiri (Supardi & Rustika, 2013).

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar *kuesioner* berdasarkan hasil pengamatan pada WPS saat menjawab pertanyaan pertama kali (*pre-test*/sebelum diberikan edukasi kesehatan) dan pada saat WPS menjawab pertanyaan pada tahap akhir (*post-test*/setelah diberikan edukasi kesehatan). Peneliti mendampingi ibu selama proses penelitian berlangsung, dari mulai *pretest* hingga *posttest*.

Langkah-langkah penelitian lebih jelasnya dilakukan sebagai berikut:

- a. Penelitian dilakukan setiap hari kerja di Desa Sungaibuntu
- b. Penelitian dilakukan dengan mengumpulkan WPS yang ada di tempat penelitian. Penelitian akan dilakukan selama 1 minggu.
- c. Peneliti terlebih dahulu memperkenalkan diri, dan mengucapkan terima kasih atas waktu dan kesempatan yang diberikan oleh responden.
- d. Peneliti kemudian memberikan penjelasan maksud, tujuan penelitian, dan pelaksanaan penelitian, memberikan *informed consent* dan meminta kesediaan responden untuk menjadi subjek penelitian.
- e. Peneliti memberikan lembar pernyataan bersedia menjadi responden untuk ditandatangani.
- f. Responden diminta untuk melakukan pretest dengan mengisi kuesioner sesuai dengan keinginannya untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS. Responden diberikan waktu selama 1 jam untuk mengisi lembar jawaban kuesioner.
- g. Peneliti akan menunggu responden hingga selesai mengisi kuesioner dan memberikan penjelasan jika ada pertanyaan yang tidak dimengerti oleh responden.
- h. Responden kemudian diberikan edukasi kesehatan tentang skrining awal HIV/AIDS selama 15 menit.
- i. Peneliti memberikan waktu kepada responden untuk bertanya mengenai materi yang disampaikan, jika tidak ada, maka peneliti melakukan posttest.
- j. Responden diminta untuk melakukan posttest dengan mengisi kuesioner sesuai dengan keinginannya untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS setelah mendapatkan edukasi kesehatan. Responden diberikan waktu selama 1 jam untuk mengisi lembar jawaban kuesioner.
- k. Peneliti berterimakasih kepada reponden atas kesediannya berpartisipasi dalam penelitian ini.
- l. Peneliti mengumpulkan data penelitian dengan memisahkan data pretest dan posttest untuk di olah dan dianalisa.

H. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah menggunakan lembar kuesioner. Dalam pengumpulan data ini, responden diberi kebebasan untuk mengisi dengan jawaban yang sesuai menurut responden dan kuesioner berbentuk pilihan, dimana jawaban telah disediakan sehingga responden tinggal memilih jawabannya (Notoatmodjo, 2015).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner pertanyaan tertutup untuk mengukur keinginan WPS untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS. Kuesioner tertutup atau angket adalah sejumlah pertanyaan atau pernyataan tertulis, yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dengan memilih alternatif jawaban yang disediakan. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2013).

I. Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Pada penelitian ini pengolahan data menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

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

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Variabel pengetahuan diberi kode 1 untuk kategori "kurang", diberi kode 2 untuk kategori "cukup", dan diberi kode 3 untuk kategori "baik", sedangkan variabel edukasi kesehatan tidak diberi kode karena merupakan intervensi.

c. *Data Entry*

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontigensi.

d. *Cleaning*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, tidak lengkap, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembedulan atau koreksi.

e. Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

2. Analisis Data

Analisis data dilakukan terhadap hasil observasi atau pengukuran variabel penelitian dengan menentukan jumlah atau frekuensi dan distribusi (Nugrahaeni & Mauliku, 2011). Teknik analisa yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis univariat dan bivariat, yaitu:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi dan frekuensi dari variabel dependen dan independen. Data disajikan dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan (Riyanto, 2011). Analisis univariat dilakukan berdasarkan gambaran umum variabel pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan keinginan responden untuk melakukan skrining awal HIV/AIDS sebelum dan sesudah edukasi kesehatan.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisis uji-t yaitu membandingkan beda dua kelompok atau sampel apakah berbeda atau tidak. Uji-t yang digunakan adalah uji-t beda dua mean dependen karena kelompok data yang dibandingkan datanya saling mempunyai ketergantungan dan subjeknya sama diukur dua kali. Rumus uji-t dependen yang digunakan adalah (Riyanto, 2011).

$$T = \left(\frac{d}{\left(\frac{S_d}{\sqrt{n}} \right)} \right)$$

Keterangan :

d : Rata-rata deviasi/selisih sampel 1 dengan sampel 2

S_d : Standar deviasi deviasi/selisih sampel 1 dengan sampel 2

n : Jumlah sampel kelompok

Syarat yang harus dipenuhi yaitu (Dahlan, 2012):

a. Distribusi data harus normal

b. Skala pengukuran variabel harus variabel numerik

Untuk mengetahui suatu data memiliki distribusi normal atau tidak, maka dilakukan uji normalitas dengan metode analitik. Uji normalitas yang digunakan adalah nilai *skewness* dibagi *standar error*. Dengan ketentuan bilamana hasilnya normal (nilai *skewness* dibagi *standar error* hasilnya kurang dari 2) maka menggunakan uji-t dependen parametrik, dan bilamana hasilnya tidak normal (nilai *skewness* dibagi *standar error* hasilnya kurang dari 2) maka data diolah dengan menggunakan uji Wilcoxon (Riyanto, 2011).

Setelah data terkumpul dan dilakukan pengolahan, maka data akan dianalisis sesuai dengan teknik atau uji analisis yang digunakan. Setelah data diperoleh hasilnya, maka dilakukan penyimpulan atau kesimpulan data, dimana, jika *p value* ≤ 0,05 maka *H₀* ditolak, artinya terdapat perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan.

Nilai *p value* dapat dilihat di *equal variances assumed* pada kolom “*sig (2-tailed)*” atau dilihat pada *equal variances not assumed* pada kolom “*Asymp.sig (2-tailed)*”. Uji statistik yang digunakan pada analisis ini menggunakan tingkat kemaknaan 5% (*alpha* = 0,05).

J. Etika Penelitian

Terdapat empat prinsip utama etika penelitian yang perlu dipahami, yaitu (Nugrahaeni & Mauliku, 2011):

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebiasaan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Salah satu tindakan yang terkait dengan prinsip tersebut adalah persetujuan subyek (*informed consent*).

Dalam penelitian ini, peneliti akan memberikan *informed consent* dan Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden Penelitian yang mencakup :

- a. Penjelasan manfaat penelitian
 - b. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan
 - c. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
 - d. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan
 - e. Subyek berkaitan dengan prosedur penelitian
 - f. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

Dalam penelitian ini peneliti hanya akan menampilkan nomor urut responden dalam hasil pengolahan data.

3. Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*).

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Dalam prosedur penelitian, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan gender dan hak subyek untuk mendapatkan perlakuan yang sama baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

Dalam penelitian ini, peneliti akan memperlakukan responden dengan baik, baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*non beneficence*).

Dalam penelitian ini tidak dilakukan tindakan apapun terhadap responden.

BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

A. Anggaran Biaya

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp2.700.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp3.200.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.000.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
Jumlah		Rp9.900.000,-

B. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 6 bulan dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Penyusunan Laporan						

BAB V
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Setelah melakukan penelitian Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021, dengan pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober 2021 terhadap 12 responden, didapatkan hasil sebagai berikut : Puskesmas Sungaibuntu merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama BPJS Kesehatan di Kabupaten Kawarang, yang beralamat di Jl. Sungaibuntu Pedes Kab Karawang, Jawa Barat. Puskesmas Sungaibuntu termasuk ke dalam wilayah Kecamatan Pedes, dan terdiri dari wilayah Desa Sungaibuntu, Desa Dongkal, Desa Kendal Jaya, dan Desa Puspasari. UPTD Puskesmas Sungaibuntu Kecamatan Pedes yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kabupaten berupaya untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

B. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk menjelaskan distribusi frekuensi karakteristik responden (usia, lama kerja, dan pendidikan).

- a. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Lama Kerja, dan Pendidikan

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia	< 20 Tahun	0	0
	20-29 Tahun	7	58,3
	30-39Tahun	4	33,3
	≥ 40 Tahun	1	8,3
	Total	12	100
Lama Kerja	< 5 Tahun	3	25
	≥ 5 Tahun	9	75
	Total	12	100
Pendidikan	SD	8	66,7
	SMP	2	16,7
	SMA	2	16,7
	PT	0	0
	Total	12	100

Sumber: kuesioner Karakteristik Responden,2021

Berdasarkan Tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 12 responden kategori usia terbanyak berusia 20-39 tahun sebanyak 7 responden (58,3%), kategori usia 30-39 tahun sebanyak 4 responden (33,3%), kategori usia ≥ 40 tahun sebanyak 1 responden (8,3%), dan tidak ada responden dengan kategori usia < 20 tahun, kategori lama kerja terbanyak berprofesi sebagai WPS lebih dari 5 tahun sebanyak 9 responden (75%), dan < 5 tahun sebanyak 3 responden (25%), kategori pendidikan terbanyak adalah berpendidikan SD sebanyak 8 responden (66,7%), SMP sebanyak 2 responden (16,7%), SMA sebanyak 2 responden (16,7%), dan tidak ada yang berpendidikan Perguruan Tinggi.

- b. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Tabel 5.2
Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan Pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	0	0
Cukup	0	0
Kurang	12	100
Total	12	100

Sumber : kuesioner Pengetahuan HIV/AIDS,2021

Berdasarkan Tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa pengetahuan responden tentang HIV/AIDS sebelum dilakukan edukasi kesehatan, dari 12 responden seluruhnya berada dalam kategori kurang sebanyak 12 orang (100%).

- c. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Tabel 5.3
Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan Pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	2	16,7
Cukup	10	83,3
Kurang	0	0
Total	12	100

Sumber : kuesioner Pengetahuan,2021

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa pengetahuan responden tentang HIV/AIDS sesudah dilakukan edukasi kesehatan dari 12 responden sebagian besar berada dalam kategori cukup sebanyak 10 responden (83,3%), 2 responden (16,7%) dengan kategori baik dan tidak ada satu respondenpun (0%) yang mempunyai pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS.

- d. Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sebelum Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Skrining HIV/AIDS	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pernah	3	25
Tidak Pernah	9	75
Total	12	100

Sumber: Hasil Olah Data Penelitian Tahun 2021

Berdasarkan Tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 12 responden sebelum dilakukan edukasi kesehatan sebagian besar tidak pernah melakukan skrining

HIV/AIDS sebanyak 9 responden (75%) dan yang pernah melakukan skrining HIV/AIDS sebanyak 3 responden (25%).

- e. Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Skrining Awal HIV/AIDS Sesudah Dilakukan Edukasi Kesehatan pada WPS di Desa Sungaibuntu Karawang Tahun 2021

Skrining HIV/AIDS	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mau Melakukan	12	100
Tidak Mau Melakukan	0	0
Total	12	100

Sumber: Hasil Olah Data Penelitian Tahun 2021

Berdasarkan Tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 12 responden sesudah dilakukan edukasi kesehatan seluruh responden mau melakukan skrining HIV/AIDS sebanyak 12 responden (100%) dan tidak ada responden yang tidak mau melakukan skrining.

2. Analisis Bivariat

- a. Uji Normalitas Data

Tabel 5.5

Hasil Uji Normalitas

(n=12)

		<i>P Value</i>	Frekuensi
Skrining	Sebelum	0.065	12
	Setelah	0.074	12

Sumber: Hasil Uji Normalitas Penelitian Tahun 2021

Berdasarkan pada Tabel 5.5 Hasil uji normalitas dengan menggunakan analisa uji *shaper-owilk test* dengan jumlah sampel 12 responden (n=12) pada tingkat kemaknaan 95% (α 0,05) sebelum dilakukan skrining didapatkan *P value* 0,65. Setelah dilakukan edukasi diperoleh *P value* sebesar 0,074. *P value* sebelum dan sesudah dilakukan edukasi dengan hasil skrining lebih besar dari nilai *alpha* yaitu 0,05. Halini menunjukkan bahwa uji normalitas sebelum dan sesudah dilakukan edukasi kesehatan terhadap skrining tersebut dinyatakan terdistribusi normal, sehingga dapat dilanjutkn Uji *paired samples t test* .

b. Uji *Paired samples T-Test*

Uji *Paired samples T-Test* dilakukan untuk mengetahui perbedaan sekering awal sebelum dan sesudah diberikan edukasi tentang HIV/ADS.

Tabel 5.6

Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS Sebelum dan Sesudah Pada Wanita Pekerja Seks Di Desa Sungai BuntuKarawang2021

	Mean	Std. Deviation	Min	Max	<i>P value</i>	<i>T hitung</i>	<i>T table (df=11)</i>
<i>Pretest</i>	1.00	0.389	-1.081	-.586	0,000	7.416	2.200
<i>Posttest</i>	1.83						

Sumber : hasil pengolahan data tahun 2021

Berdasarkan table 5.6 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *dependent t-test* didapatkan hasil bahwa Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS sebelum dilakukan edukasi kesehatan dengan jumlah sampel 12 responden nilai *mean* 1.00 dan standar deviasi sebesar 389. Sedangkan sesudah dilakukan Edukasi Kesehatan Terhadap Skrining Awal HIV/AIDS diperoleh nilai rata-rata 1.83 dan standar deviasi sebesar 389.

Hal ini menunjukkan ada perbedaan nilai *mean* sebelum dan sesudah dilakukan edukasi kesehatan dengan selisih 0,833. Dapat di artikan bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan edukasi kesehatan hasil analisa dengan menggunakan *paired sampel t test* dalam hasil *P value* sebesar (0.000), *T hitung* sebesar 7.416 *T table* sebesar (2.200) sehingga *P value* (0.000) < *alpha* (0,05). Dapat disimpulkan bahwa hasil uji hipotesis dinyatakan H_0 ditolak maka ada pengaruh setelah dilakukan edukasi kesehatan terhadap skrining awal HIV/AIDS.

BAB VI PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka simpulan yang diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Distribusi frekuensi dari 12 responden sebelum dilakukan edukasi kesehatan di Desa Sungaibuntu Karawang kategori yang pernah melakukan skrining HIV/AIDS yaitu sebanyak 3 responden (25%).
2. Distribusi frekuensi dari 12 responden sesudah dilakukan edukasi kesehatan di Desa Sungaibuntu Karawang kategori yang pernah melakukan skrining HIV/AIDS yaitu sebanyak 12 responden (100%).
3. Ada pengaruh skrining awal sebelum dan sesudah dilakukan edukasi kesehatan dengan $P\ value\ 0.000 < \alpha\ 0,05$. Hal ini berarti ada pengaruh edukasi kesehatan terhadap skrining awal.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat terutama WPS dengan memberikan edukasi kesehatan dengan berbagai jenis media edukasi kesehatan yang dapat menarik minat masyarakat untuk mengetahui tentang pentingnya skrining HIV/AIDS.

Tenaga kesehatan juga diharapkan dapat menjalin kerjasama dengan berbagai instansi baik pemerintahan dan swasta dalam mengupayakan pemberian skrining HIV dengan biaya yang dapat terjangkau bagi individu dengan faktor risiko tinggi HIV, salah satunya adalah WPS.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat mempersiapkan mahasiswa khususnya Program Studi Ilm Keperawatan (S1) agar siap terjun ke masyarakat dan mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui upaya edukasi kesehatan masyarakat khususnya bagi WPS melalui berbagai macam metode edukasi kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berikutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih mendalam mengenai edukasi kesehatan tentang skrining awal HIV dengan metode edukasi kesehatan yang berbeda dengan penelitian ini, seperti pemberian edukasi kesehatan dengan metode diskusi kelompok

DAFTAR PUSTAKA

Rani , A. (2020). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Media Ilmiah.

Erinawati, H. D. (2021). Peran Petugas Kesehatan Dalam Penanganan Covid 19. Jakarta : *NEM* .

SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Arabta Malem Peraten.P, S.Kep..Ners,M.Kep
NIDN : 0301096505
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

“Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Pentingnya Vaksin Dengan Resiko Penularan Covid-19 Di Rt 007/002 Desa Segarjaya”

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2021 **Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana Lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.

Bekasi, Desember 2021

Mengetahui
Ka. UPPM STIKes MI


[Handwritten signature]

(Rotua Suriyany S, SKM.,M.Kes)
NIDN : 0315018401

Yang menyatakan

[Handwritten signature]

(Arabta Malem Peraten.P, S.Kep..Ners,M.Kep)
NIDN : 0301096505

**KUESIONER PENELITIAN
FORM KUESIONER PENELITIAN**

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Usia :
3. Pendidikan :
4. Jenis Kelamin :

B. Pengetahuan Masyarakat Tentang Pentingnya Vaksin

Kuesioner ini berisi 10 pertanyaan yang telah di sesuaikan dengan keadaan dan kondisi saat ini.

Petunjuk Pengisian kuesioner:

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Beri tanda pada pendapat yang menurut anda benar atau sesuai

Keterangan :

- a. Setuju (S) skor 3
- b. Ragu-ragu (R) skor 2
- c. Tidak setuju (TS) skor 1

No	Pernyataan	S	R	TS
1	Seseorang yang telah di vaksin tidak akan tertular COVID-19			
2	Sinovac merupakan vaksin COVID-19			
3	Orang yang sakit tidak boleh di vaksin			
4	Bengkak dan kemerahan merupakan efek samping dari vaksin			
5	Puskesmas merupakan salah satu tempat pelaksanaannya vaksinasi			
6	Vaksin hanya di peruntukan orang yang sehat			
7	Vaksin COVID-19 dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh			
8	Vaksin dapat melawan virus dalam tubuh			
9	Ibu hamil dan menyusui boleh divaksinasi			

C. Resiko Penularan COVID-19

Kuesioner ini berisi 12 pernyataan yang sesuai dengan keadaan pada saat ini yaitu pandemi COVID-19, penularan merupakan faktor utama yang mengakibatkan meningkatnya kasus COVID-19.

Petunjuk Pengisian kuesioner:

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Beri tanda pada pendapat yang menurut anda benar atau sesuai

Keterangan :

S : Setuju (S) Skor 4

R : Ragu-Ragu (R) Skor 3

Ts : Tidak Setuju (TS) Skor 2

Sts: Sangat Tidak Setuju (STS) Skor 1

No	Pernyataan	S	R	TS	STS
1	COVID-19 dapat masuk kedalam tubuh manusia melalui mata				
2	Manusia merupakan sumber utama penularan COVID-19				
3	COVID-19 dapat menular melalui droplet				
4	Mematuhi 5M akan mencegah penularan COVID-19				
5	Menerapkan etika batuk mampu mencegah resiko penularan COVID-19				
6	COVID-19 dapat menular melalui benda				
7	Menjaga jarak 1 meter merupakan salah satu pencegahan resiko penularan COVID-19				
8	Mencuci tangan merupakan salah satu cara dalam pencegahan penularan COVID-19				
9	Laki-laki perokok berpeluang lebih besar dalam penularan COVID-19				

HASIL UJI VALIDITAS DAN REALIABILITAS
Pengetahuan Masyarakat Tentang Pentingnya Vaksin

		Correlations											
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	PTOTAL
P1	Pearson Correlation	1	,857*	,025	,347	,184	,158	,438*	,304	,281	-,172	,213	,588**
	Sig. (2-tailed)		,000	,896	,060	,330	,406	,015	,102	,132	,364	,258	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	,857*	1	-,050	,240	,324	,102	,468*	,198	,174	-,057	,270	,604**
	Sig. (2-tailed)	,000		,793	,202	,081	,590	,009	,295	,357	,766	,149	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	,025	-,050	1	-,165	,075	,689*	,222	,169	,556*	-,357	-,033	,371*
	Sig. (2-tailed)	,896	,793		,383	,693	,000	,239	,372	,001	,053	,863	,044
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	,347	,240	-,165	1	-,021	,014	,026	,290	-,082	,332	,106	,463**
	Sig. (2-tailed)	,060	,202	,383		,913	,943	,890	,120	,667	,073	,578	,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	,184	,324	,075	-,021	1	,009	,423*	,018	,043	,182	-,102	,368*
	Sig. (2-tailed)	,330	,081	,693	,913		,961	,020	,925	,822	,337	,590	,045
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	,158	,102	,689*	,014	,009	1	,341	,283	,456*	-,148	,159	,547**
	Sig. (2-tailed)	,406	,590	,000	,943	,961		,065	,130	,011	,435	,403	,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	,438*	,468*	,222	,026	,423*	,341	1	-,136	,507*	-,060	,129	,532**
	Sig. (2-tailed)	,015	,009	,239	,890	,020	,065		,472	,004	,752	,495	,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8	Pearson Correlation	,304	,198	,169	,290	,018	,283	-,136	1	-,116	-,136	-,047	,374*
	Sig. (2-tailed)	,102	,295	,372	,120	,925	,130	,472		,540	,475	,805	,041
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P9	Pearson Correlation	,281	,174	,556*	-,082	,043	,456*	,507*	-,116	1	-,102	,211	,477**
	Sig. (2-tailed)			,000									
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

	Sig. (2-tailed)	,132	,357	,001	,667	,822	,011	,004	,540		,592	,263	,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P10	Pearson Correlation	-,172	-,057	-,357	,332	,182	-,148	-,060	-,136	-,102	1	-,066	,175
	Sig. (2-tailed)	,364	,766	,053	,073	,337	,435	,752	,475	,592		,728	,355
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P11	Pearson Correlation	,213	,270	-,033	,106	-,102	,159	,129	-,047	,211	-,066	1	,395*
	Sig. (2-tailed)	,258	,149	,863	,578	,590	,403	,495	,805	,263	,728		,031
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PTOTAL	Pearson Correlation	,588*	,604*	,371*	,463*	,368*	,547*	,532*	,374*	,477*	,175	,395*	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,044	,010	,045	,002	,002	,041	,008	,355	,031	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

RELIABILITY

/VARIABLES=P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/SUMMARY=TOTAL.

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.602	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	24,73	7,237	,589	,509
P2	24,83	7,316	,565	,515
P3	24,47	8,671	,164	,597
P4	24,73	7,651	,261	,582
P5	24,50	8,397	,199	,592
P6	24,40	8,179	,405	,560
P7	24,53	7,982	,469	,548
P8	24,67	8,299	,160	,603
P9	24,63	7,826	,340	,562
P10	25,83	9,247	-,081	,656
P11	25,33	7,816	,166	,614

1. Resiko Penularan COVID-19

Lampiran

Uji validitas dan Resiko Penularan COVID-19

		Correlations														
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	RTOTAL
R1	Pearson Correlation	1	,373*	,472**	,291	,141	,288	,329	,217	,429*	-,173	,075	,138	-	,100	,367*
	Sig. (2-tailed)		,043	,008	,118	,457	,122	,076	,250	,018	,362	,693	,467	,030	,601	,046
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R2	Pearson Correlation	,373*	1	,667**	,692**	,735**	,563**	,790**	,703**	,514**	,195	-,010	,114	-	,158	,692**
	Sig. (2-tailed)	,043		,000	,000	,000	,001	,000	,000	,004	,303	,959	,549	,001	,404	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R3	Pearson Correlation	,472**	,667**	1	,843**	,683**	,491**	,815**	,790**	,592**	,189	,110	,048	-	-,003	,708**
	Sig. (2-tailed)	,008	,000		,000	,000	,006	,000	,000	,001	,316	,563	,801	,000	,989	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R4	Pearson Correlation	,291	,692**	,843**	1	,854**	,657**	,949**	,955**	,527**	,079	,096	-,037	-	-,099	,714**
	Sig. (2-tailed)	,118	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,003	,676	,615	,846	,000	,601	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R5	Pearson Correlation	,141	,735**	,683**	,854**	1	,662**	,851**	,921**	,414*	,105	,054	-,032	-	-,065	,664**
	Sig. (2-tailed)	,457	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,023	,579	,777	,867	,002	,731	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R6	Pearson Correlation	,288	,563**	,491**	,657**	,662**	1	,731**	,687**	,441*	-,100	,126	-,024	-,345	,035	,670**
	Sig. (2-tailed)	,122	,001	,006	,000	,000		,000	,000	,015	,600	,507	,898	,062	,853	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R7	Pearson Correlation	,329	,790**	,815**	,949**	,851**	,731**	1	,930**	,595**	,123	,185	,094	-	,044	,793**
	Sig. (2-tailed)	,076	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,001	,517	,329	,620	,000	,816	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R8	Pearson Correlation	,217	,703**	,790**	,955**	,921**	,680**	,930**	1	,491**	,063	,100	-,062	-	-,064	,714**
	Sig. (2-tailed)	,250	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,006	,742	,599	,744	,000	,739	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

R9	Pearson Correlation	,429*	,514**	,592**	,527**	,414*	,441*	,595**	,491**	1	,185	,267	,286	-,283	,196	,694**
	Sig. (2-tailed)	,018	,004	,001	,003	,023	,013	,001	,006		,327	,154	,126	,130	,298	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R10	Pearson Correlation	-,173	,195	,189	,079	,105	-,100	,123	,063	,185	1	,047	,308	-,036	,440*	,412*
	Sig. (2-tailed)	,362	,303	,316	,676	,579	,600	,517	,742	,327		,804	,098	,852	,015	,024
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R11	Pearson Correlation	,075	-,010	,110	,096	,054	,126	,185	,100	,267	,047	1	,577*	,261	,311	,382*
	Sig. (2-tailed)	,693	,959	,563	,615	,777	,507	,329	,599	,154	,804		,001	,164	,094	,037
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R12	Pearson Correlation	,138	,114	,048	-,037	-,032	-,024	,094	-,062	,286	,308	,577*	1	,258	,583*	,373*
	Sig. (2-tailed)	,467	,549	,801	,846	,867	,898	,620	,744	,126	,098	,001		,169	,001	,043
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R13	Pearson Correlation	-,397*	-,000	-,675**	-,706**	-,541**	-,345	-,658**	-,631**	-,283	-,036	,261	,258	1	,201	-,277
	Sig. (2-tailed)	,030	,001	,000	,000	,002	,002	,000	,000	,130	,852	,164	,169		,288	,139
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
R14	Pearson Correlation	,100	,158	-,003	-,090	-,065	,035	,044	-,064	,196	,440*	,311	,583*	,201	1	,397*
	Sig. (2-tailed)	,601	,404	,989	,601	,731	,853	,816	,739	,298	,015	,094	,001	,288		,030
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
RT	Pearson Correlation	,367*	,692**	,708**	,714**	,664**	,670**	,793**	,714**	,694**	,412*	,382*	,373*	-,277	,397*	1
AL	Sig. (2-tailed)	,046	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,024	,037	,043	,139	,030	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

RELIABILITY

/VARIABLES=R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7 R8 R9 R10 R11 R12 R13 R14
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/SUMMARY=TOTAL.

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,807	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R1	37,47	64,051	,297	,806
R2	36,57	60,185	,688	,780
R3	36,73	57,926	,695	,775
R4	36,40	58,041	,704	,775
R5	36,50	57,914	,651	,777
R6	36,87	59,706	,577	,784
R7	36,53	56,189	,817	,765
R8	36,43	58,047	,706	,775
R9	37,00	59,655	,661	,780
R10	37,43	65,771	,198	,813
R11	37,67	62,506	,320	,806
R12	36,80	62,579	,333	,804
R13	37,97	79,482	-,479	,862
R14	37,47	63,982	,269	,809

MASTER TABEL

No	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pengetahuan Vaksin	Resiko Penularan Covid-19
1	2	1	1	1	1
2	2	2	1	1	1
3	2	3	1	1	1
4	2	3	1	1	1
5	2	2	1	1	1
6	2	2	1	1	1
7	2	1	1	1	1
8	2	2	1	1	1
9	2	3	1	1	1
10	2	1	1	1	1
11	2	1	2	1	1
12	2	3	1	1	1
13	1	3	1	1	1
14	2	1	2	1	1
15	1	3	1	1	1
16	1	1	3	1	1
17	2	2	3	1	1
18	2	1	1	1	1
19	2	1	1	2	2
20	2	3	1	2	2
21	2	1	1	2	2
22	2	3	1	1	1
23	1	3	1	1	1
24	1	1	3	1	1
25	1	1	3	1	1
26	2	1	3	2	1
27	2	3	1	1	1
28	1	3	1	1	1
29	1	3	3	1	1
30	2	2	1	2	2
31	1	1	1	1	2
32	2	3	1	2	2
33	2	2	1	1	2
34	1	2	3	1	2
35	2	2	1	1	2
36	1	3	1	1	1
37	1	3	2	1	2
38	2	3	1	1	1
39	2	3	1	2	1
40	2	2	1	1	1
41	1	1	3	2	1
42	2	1	3	2	2
43	2	1	3	1	1
44	2	3	1	2	2
45	1	2	3	2	1
46	2	3	1	2	2
47	2	3	1	2	2
48	2	2	1	2	2
49	1	3	1	2	1
50	2	3	1	3	2

51	2	3	1	2	2
52	2	2	1	2	2
53	2	1	1	2	2
54	2	1	1	2	2
55	2	2	3	2	1
56	2	1	3	1	2
57	2	1	3	2	3
58	2	1	3	1	2
59	1	1	3	2	2
60	2	1	3	1	2
61	2	1	3	1	1
62	1	1	3	2	2
63	2	2	3	1	2
64	1	1	3	1	1
65	2	3	1	2	2
66	2	2	1	1	2
67	2	2	1	2	1
68	1	2	3	1	1
69	2	1	1	2	2
70	2	1	2	2	1
71	1	2	3	1	1
72	2	2	1	2	1
73	1	2	1	1	1
74	2	1	3	1	2
75	2	1	3	1	1
76	1	1	3	1	1
77	2	3	1	1	2
78	1	2	3	1	1
79	2	3	1	1	2
80	2	1	3	1	1
81	2	2	3	1	2
82	2	1	3	2	1
83	1	1	3	2	1
84	1	1	3	1	1
85	2	1	3	1	1
86	1	1	3	2	1
87	1	1	3	2	1
88	1	1	3	1	1
89	1	1	3	2	2
90	1	1	3	2	2
91	1	1	3	2	1
92	2	2	3	2	2
93	2	1	1	2	2
94	2	2	1	2	2
95	2	1	1	1	2
96	2	3	1	2	3
97	1	3	1	2	2
98	1	2	1	1	2
99	2	2	1	1	3
100	2	2	1	1	2
101	2	3	1	1	3
102	2	3	1	1	3

Keterangan

Jenis kelamin	Usia	Pendidikan	Pengetahuan tentang Vaksin	Resiko penularan COVID-19
1= Laki-laki	1= 17-26 Tahun	1= SD	1= Baik	1= Resiko Rendah
2= Perempuan	2= 27-36 Tahun	2= SMP	2= Cukup	2= Resiko Sedang
	3= 37-45 Tahun	3= SMA	3= Kurang	3= Resiko Tinggi

FREQUENCIES VARIABLES=JK US PD PK
 /PERCENTILES=100.0
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet0]

		Statistics			
		Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0
Percentiles	100	2.0000	3.0000	3.0000	4.0000

Frequency Table

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	33	32.4	32.4	32.4
	P	69	67.6	67.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-26 Tahun	45	44.1	44.1	44.1
	27-36 Tahun	27	26.5	26.5	70.6
	37-45 Tahun	30	29.4	29.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

		Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	58	56.9	56.9	56.9
	SMP	4	3.9	3.9	60.8
	SMA	40	39.2	39.2	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ibu Rumah Tangga	57	55.9	55.9	55.9
	Petani	8	7.8	7.8	63.7
	Pelajar	20	19.6	19.6	83.3
	Wiraswasta	17	16.7	16.7	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

FREQUENCIES VARIABLES=P R
 /PERCENTILES=100.0
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		Pengetahuan	Resiko
N	Valid	102	102
	Missing	0	0
Percentiles	100	3.0000	3.0000

Frequency Table

		Pengetahuan			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Baik	61	59.8	59.8	59.8
	Cukup	40	39.2	39.2	99.0
	Kurang	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

		Resiko			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Resiko Rendah	55	53.9	53.9	53.9
	Resiko Sedang	42	41.2	41.2	95.1
	Resiko Tinggi	5	4.9	4.9	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

```

CROSSTABS
  /TABLES=P BY R
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC PHI LAMBDA UC ETA
  /CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
    
```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Resiko	102	100.0%	0	0.0%	102	100.0%

Pengetahuan * Resiko Crosstabulation

		Resiko			Total	
		Resiko Rendah	Resiko Sedang	Resiko Tinggi		
Pengetahuan	Baik	Count	41	17	3	61
		Expected Count	32.9	25.1	3.0	61.0
		% within Pengetahuan	67.2%	27.9%	4.9%	100.0%
		% within Resiko	74.5%	40.5%	60.0%	59.8%
		% of Total	40.2%	16.7%	2.9%	59.8%
	Cukup	Count	14	24	2	40
		Expected Count	21.6	16.5	2.0	40.0

	% within Pengetahuan	35.0%	60.0%	5.0%	100.0%
	% within Resiko	25.5%	57.1%	40.0%	39.2%
	% of Total	13.7%	23.5%	2.0%	39.2%
Kurang	Count	0	1	0	1
	Expected Count	.5	.4	.0	1.0
	% within Pengetahuan	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	% within Resiko	0.0%	2.4%	0.0%	1.0%
	% of Total	0.0%	1.0%	0.0%	1.0%
Total	Count	55	42	5	102
	Expected Count	55.0	42.0	5.0	102.0
	% within Pengetahuan	53.9%	41.2%	4.9%	100.0%
	% within Resiko	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	53.9%	41.2%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.149 ^a	4	.016
Likelihood Ratio	12.639	4	.013
Linear-by-Linear Association	7.860	1	.005
N of Valid Cases	102		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Directional Measures

			Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.205	.117	1.611	.107
		Pengetahuan Dependent	.171	.142	1.100	.271
		Resiko Dependent	.234	.116	1.789	.074
	Goodman and Kruskal tau	Pengetahuan Dependent	.104	.060		.000 ^c
		Resiko Dependent	.103	.054		.000 ^c
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	.079	.041	1.906	.013 ^d
Pengetahuan Dependent		.086	.044	1.906	.013 ^d	
Resiko Dependent		.073	.039	1.906	.013 ^d	
Nominal by Interval	Eta	Pengetahuan Dependent	.344			
		Resiko Dependent	.279			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

d. Likelihood ratio chi-square probability.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.345	.016
	Cramer's V	.244	.016
	Contingency Coefficient	.326	.016
N of Valid Cases		102	