

**PENDEKATAN KOMUNITAS
SEBAGAI UPAYA
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
HIV/AIDS
DI KABUPATEN WAKATOBI**

Sanksi Pelanggaran Hak Cipta
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

Ketentuan Pidana

Pasal 113

- 1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- 2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- 3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- 4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

**PENDEKATAN KOMUNITAS
SEBAGAI UPAYA
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
HIV/AIDS
DI KABUPATEN WAKATOBI**

**Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes
Dr. Fairus Prihatin Idris, SKM. M.Kes
Dr. Muhammad Ikhtiar, SKM. M.Kes**

Diterbitkan oleh
Nas Media Pustaka
Tahun 2021

PENDEKATAN KOMUNITAS SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV/AIDS DI KABUPATEN WAKATOBI

Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes
Dr. Fairus Prihatin Idris, SKM. M.Kes
Dr. Muhammad Ikhtiar, SKM. M.Kes

Copyright © Asrina, Fairus, Ikhtiar 2021
All right reserved

Layout: **Risaldy Salam**
Design Cover: **Muhammad Alim**

Cover Image
freepik.com

Cetakan Pertama, September 2021
86 hlm; 14,5 x 20,5 cm
ISBN 978-623-351-187-2

Diterbitkan oleh Penerbit Nas Media Pustaka

PT. Nas Media Indonesia

Anggota IKAPI

No. 018/SSL/2018

Jl. Batua Raya No. 3 Makassar 90233

Jl. Tajem Baru No. 11, Yogyakarta 55281

Telp. 0812-1313-3800

redaksi@nasmedia.id

www.nasmediapustaka.co.id

www.nasmedia.id

Instagram : @nasmedia.id

Fanspage : nasmedia.id

Dicetak oleh Percetakan CV. Nas Media Pustaka Isi di
luar tanggung jawab percetakan

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kepada Allah SWT karena atas perkenaaqn-Nya, sehingga monograf dengan judul” Pendekatan Komunitas Sebagai Upaya Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Wakatobi dapat diselesaikan. Monograf hasil penelitian ini mengurai mengenai upaya pencegahan dan pengendalian yang telah dan sementara dilakukan oleh pihak terkait di kabupaten wakatobi dalam hal ini pemerintah setempat, dinas Kesehatan, KPA dan unsur-unsur masyarakat.

Monograf ini ditulis berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan menggunakan kajian empiric dan data-data sekunder dari berbagai sumber. Data-data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan metode kualitatif kemudian di olah dan dianalisis untuk selanjutnya dijadikan dasar untuk Menyusun desain pemberdayaan komunitas untuk pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan local di Wakatobi. Monograf ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan dalam memecahkan masalah terkait HIV/AIDS di kabupaten Wakatobi. Tentu saja, monograf ini tidak luput dari kekurangan sehingga penulis mohon maaf dan berharap dukungan beruppa saran dan kritik yang membangun.

Makassar, September 2021

Tim Penulis

RINGKASAN

Jumlah peyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS semakin meningkat dari tahun ke tahun meskipun berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah maupun lembaga-lembaga sosial dimasyarakat. Hal ini juga terjadi di Wakatobi, pada dua tahun terakhir mengalami peningkatan yang cukup berarti. Berdasarkan data pada tahun 2017 pengidap HIV/AIDS sebanyak 5 kasus, awal 2018 meningkat menjadi 15 kasus. Peningkatan jumlah pengidap HIV/AIDS, antara lain Wakatobi merupakan tempat wisata dan memiliki tempat-tempat hiburan malam yang memungkinkan terjadinya transaksi seksual berisiko serta pekerjaan sebagian masyarakat Wakatobi yang berdagang pakaian bekas ke Ternate, Papua dan beberapa wilayah Indonesia hingga ke Malaysia, Singapura, Brunai dalam jangka waktu lama yang memungkinkan terjadinya kontak seksual tidak aman. Perilaku seksual yang tidak aman tersebut mengakibatkan penyakit seksual dan menularkan ke pasangannya. Karena jumlahnya semakin meningkat, sehingga penting untuk memberdayakan masyarakat Wakatobi untuk pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS.

Penelitian ini memiliki 3 tujuan utama, yaitu (1) menganalisis pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Wakatobi, (2) Uji Coba Kinerja pendayagunaan sistem komunitas berbasis

kearifan lokal dalam pencegahan dan pengendalian kasus HIV/AIDS. (3) mendapatkan pendayagunaan sistem komunitas berbasis kearifan lokal Buton sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS.

Jenis penelitian ini adalah Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan langkah-langkah yang digunakan untuk menghasilkan suatu pemberdayaan yang tepat dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS, yang akan dilakukan selama 3 (tiga) tahun.

Tahap I di Tahun I penelitian ini adalah pengkajian data secara empirik dan sekunder untuk mendapatkan dasar masalah yang selanjutnya dipakai untuk mendesain pendayagunaan masyarakat Wakatobi. pada tahap ini telah dilakukan pengkajian melalui FGD yang melibatkan pemerintah Kabupaten Wakatobi, Dinas kesehatan, pengelola tempat hiburan malam dan perwakilan masyarakat (tokoh agama dan tokoh masyarakat. pendalaman dilakukan secara indepth interview, observasi dan dokumentasi untuk mengkonfirmasi data yang telah didapatkan. Analisis dilakukan sepanjang penelitian berlangsung untuk dijadikan dasar draft desain pendayagunaan. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menyelesaikan permasalahan terkait bidang kesehatan yang tertuang dalam Rencana Strategis Penelitian Universitas Muslim Indonesia pada topik Promotif, preventif dan perilaku kesehatan.

Luaran Hasil penelitian tahun Pertama berupa buku cetak monograf berISBN yang diterbitkan pada Yayasan Intelegensia

Indonesia dan artikel pada Prosiding Internasional bereputasi pada International Conference of Urban Health (ICUH) Poltekkes Kemenkes Makassar. Pendayagunaan ini juga diharapkan dapat diadopsi oleh Komisi Penanggulangan AIDS Wakatobi dalam mengendalikan penyakit menular seksual. Berdasarkan uraian sebelumnya, maka usulan proposal Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi (PDUPT) akan dilakukan pendayagunaan masyarakat dengan Tingkat Kesiapterapan Teknologi (TKT) 2 yaitu desain konsep dan TKT 3 untuk pembuktian konsep pada masing-masing tahap penelitian.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
RINGKASAN	vi
DAFTAR ISI.....	ix

BAB I

LATAR BELAKANG.....	1
----------------------------	----------

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. HIV/AIDS AIDS	4
B. Penelitian Terkait.....	5
C. Pemberdayaan Masyarakat	6
D. Road Map Penelitian	10
E. Keterkaitan Dengan Renstra Penelitian UMI	12

BAB III

METODE PENELITIAN	13
A. Metode Penelitian	13
B. Lokasi Penelitian	13
C. Tahap Penelitian	13
D. Langkah-langkah Penelitian	14
E. Alur Penelitian	15

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN	17
-----------------------------------	-----------

BAB V

KESIMPULAN	75
UCAPAN TERIMA KASIH.....	76
DAFTAR PUSTAKA	77
DOKUMENTASI	82

BAB I

LATAR BELAKANG

Pengidap HIV/AIDS di Indonesia semakin meningkat secara signifikan dari tahun ke tahun. Berbagai faktor yang menyebabkan tingginya penularan HIV/AIDS salah satunya terjadi melalui aktivitas seksual yang berisiko, baik yang dilakukan dengan pasangan heteroseksual maupun homoseksual. Hal ini tentu saja menjadi ancaman yang menyebabkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi, sehingga menjadi pekerjaan rumah bersama untuk melakukan upaya pencegahan penyakit infeksi menular seksual. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam melakukan pencegahan HIV/AIDS yang merupakan fenomena sosial yang menjadi perhatian. Penanggulangan HIV/AIDS menjadi program millennium Development Goals (MDG's) namun tidak berhasil diturunkan lalu dilanjutkan ke Sustainable Development Goals (SDG's) dengan harapan pada tahun 2030 dapat mengakhiri epidemik HIV/AIDS. Berbagai hal yang dapat menyebabkan hal tersebut antara lain berganti-ganti pasangan seksual yang berisiko, berhubungan seks yang tidak aman dan pengguna narkoba jarum suntik¹³.

Begitupun di Wakatobi telah melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS berupa penyuluhan dan konseling dari petugas kesehatan maupun komisi penanggulangan HIV/AIDS setempat. Data menunjukkan jumlah pasien HIV AIDS yang terdeteksi pada tahun 2017 sebanyak 5 kasus dan awal tahun 2018 meningkat menjadi 16 kasus. Berdasarkan informasi awal didapatkan bahwa salah satu pemicunya karena Wakatobi merupakan daerah wisata yang banyak dikunjungi wisatawan mancanegara maupun domestik dan memiliki tempat-tempat hiburan malam yang memungkinkan terjadinya transaksi seksual berisiko. Selain itu, pekerjaan sebagian masyarakat Wakatobi yang berdagang pakaian bekas ke beberapa wilayah Indonesia hingga ke Malaysia, Singapura, dan Brunai dalam jangka waktu lama memungkinkan terjadinya kontak seksual tidak aman dan menularkan ke pasangan seksualnya.

Berdasarkan uraian di atas, maka dalam Penelitian ini akan dilakukan pendayagunaan sistem komunitas Wakatobi berbasis kearifan lokal Buton. Penelitian direncanakan dilakukan tiga tahap selama tiga tahun. Tahap I penelitian ini adalah pengkajian data secara empirik dan sekunder untuk mendapatkan dasar masalah yang selanjutnya dipakai untuk mendesain pendayagunaan masyarakat Wakatobi. Tahap II direncanakan untuk melakukan uji coba pendayagunaan sistem komunitas berbasis kearifan lokal pada kelompok berisiko dan kelompok terdampak dengan jumlah terbatas. Tahap III menghasilkan pendayagunaan sistem komunitas pada

masyarakat Wakatobi sebagai upaya pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton Penelitian ini terkait dengan Rencana Strategis Penelitian Universitas Muslim Indonesia dalam bidang kesehatan pada tema Kesehatan reproduksi dan perilaku kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, sehingga penelitian ini penting karena upaya pencegahan untuk merubah perilaku yang telah dilakukan belum berdampak terhadap peningkatan jumlah kasus baru HIV/AIDS. Penelitian ini memiliki tujuan: (1) Mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Wakatobi (2) Mendapatkan draft pendayagunaan sistem komunitas Wakatobi sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton (3) Uji coba pendayagunaan system komunitas masyarakat Wakatobi sebagai solusi pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton (4) Menghasilkan pendayagunaan sistem komunitas sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton.

Urgensi penelitian adalah di Wakatobi belum ada kegiatan pendayagunaan komunitas berbasis kearifan lokal untuk pencegahan penyakit menular, sementara jumlah penyakit ini terus mengalami peningkatan setiap tahun. Sehingga, Pendayagunaan ini sangat penting untuk diterapkan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian penyakit HIV pada kelompok berisiko dan kelompok terdampak di Wakatobi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV/AIDS AIDS

Merupakan singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome, yaitu menurunnya kekebalan tubuh terhadap penyakit karena infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus), merupakan penyakit yang penyebarannya sangat cepat diberbagai negara sehingga dalam waktu singkat peningkatan prevalensinya cukup meningkat. Indonesia hampir seluruh wilayah provinsinya tidak ada yang terbebas dari HIV/AIDS, hal ini sesuai data Kemenkes RI¹¹ yang menjelaskan situasi kasus HIV/AIDS di Indonesia sejak pertama kali ditemukan samapi dengan Desember 2012, HIV/AIDS telah tersebar 345 (69,4%) dari 497 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia¹². Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS yang terjadi di seluruh wilayah Indonesia membuat perlu terus dilakukannya upaya penanggulangan dan pencegahan penyebaran guna mengurangi peningkatan kembali jumlah kasus baik oleh instansi atau lembaga pemerintahan, swasta, LSM ataupun kelompok masyarakat²⁶. Penelitian yang

dilakukan oleh Jambak, dkk¹⁰ mengungkapkan bahwa masyarakat sangat perlu untuk diberikan informasi dan motivasi untuk merubah perilakunya kearah yang lebih positif sehingga petugas kesehatan diharapkan lebih aktif memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan dan penularan penyakit HIV/AIDS.

B. Penelitian Terkait

Penelitian Hutagalung tentang Pengaruh demografi dan pengetahuan pekerja seks komersial tentang hiv/aids terhadap pemanfaatan pelayanan klinik VCT komite penanggulangan hiv/aids di kabupaten toba samosir mengungkapkan bahwa berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan Klinik VCT KPAD Balige yaitu umur, tingkat pendidikan, lama bekerja, tingkat pendapatan, pengetahuan tentang penularan, pengetahuan tentang risiko tinggi, dan pengetahuan tentang HIV/AIDS⁸. Pemanfaatan klinik VCT sebagai upaya untuk pencegahan tertular penyakit menular seksual. Penelitian Pratiwi²², mengenai hubungan karakteristik remaja terkait risiko penularan HIV/AIDS dan perilaku seks tidak aman di indonesia menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang cara pencegahan HIV-AIDS adalah berhubungan hanya dengan satu pasangan saja dengan tidak menggunakan jarum suntik bersama-sama, kecenderungan remaja di desa lebih berisiko berperilaku seksual dibandingkan remaja yang tinggal di kota. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian ini lebih menekankan pada upaya

pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual HIV/AIDS berbasis kearifan lokal dengan konsep pendayagunaan masyarakat, yang belum pernah diterapkan di Wakatobi. Upaya ini diperuntukkan dilakukan pada kelompok berisiko dan yang dapat terdampak penyakit Infeksi Menular Seksual.

C. Pemberdayaan Masyarakat

Secara substansial, kearifan lokal adalah nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat. Nilai-nilai yang diyakini kebenarannya dan menjadi acuan dalam bertindak sehari-hari masyarakat setempat. Karena itu, sangat beralasan jika dikatakan bahwa kearifan lokal merupakan entitas yang sangat menentukan harkat dan martabat manusia dalam komunitasnya. Hal ini berarti kearifan lokal yang didalamnya berisi unsur kecerdasan kreativitas dan pengetahuan lokal dari para elit dan masyarakatnya adalah yang menentukan dalam pembangunan peradaban masyarakatnya²⁵. Tujuan dari pendekatan yang berbasis kearifan lokal adalah meningkatnya kapasitas masyarakat dan mencoba untuk menurunkan kerentanan individu, keluarga dan masyarakat luas serta adanya perubahan masyarakat dalam upaya menangani permasalahan yang terjadi di lingkungannya. Disamping itu program berbasis kearifan lokal menggunakan pendekatan yang berbasis realita bahwa dengan cara-cara yang relatif sederhana dan mudah dilaksanakan, maka masyarakat di kalangan bawahpun dapat melakukan perubahan yang positif untuk menuju ke arah

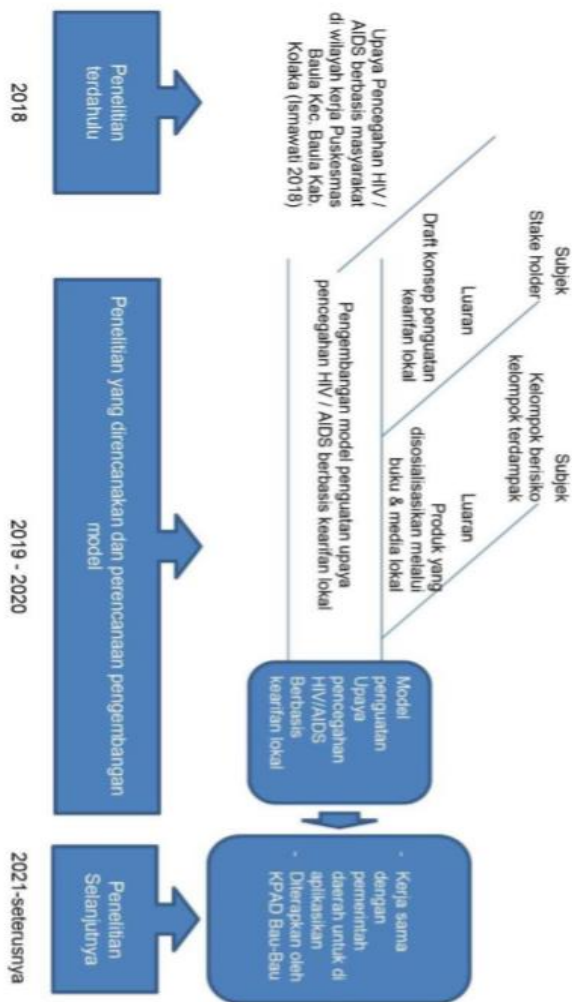
yang lebih baik. Sasaran dari program ini adalah masyarakat rentan yang hidup di daerah rawan serta bersedia untuk menerima perubahan. Dan juga Penekanan perencanaan program berbasis kearifan lokal lebih bersifat internal daripada faktor eksternal dengan pendekatan bottom up, bukan top down. Potensial ancaman tidak di luar, namun di dalam dengan sistem sosial. Untuk mengurangi tingkat ancaman / bahaya dan risiko kejadian bencana harus menjadi bagian dari pertimbangan pembangunan¹⁷. Program berbasis masyarakat diharapkan dapat menurunkan tingkat kerentanan masyarakat dilaksanakan dengan memberdayakan kapasitas masyarakat. Tumbuhnya ketidakpastian situasi lingkungan, fisik, sosial, ekonomi dan politik menyebabkan warga dan masyarakat lainnya menjadi sangat rentan terhadap bahaya dan dampak bencana. Hal ini memerlukan banyak upaya bagaimana masyarakat dapat diberdayakan kapasitasnya melalui pengorganisasian / mobilisasi masyarakat dalam kesiapsiagaan bencana, penyadaran sosial dan ekonomi, penyadaran lingkungan, pendidikan / pelatihan dan sejenisnya Pendekatan utama dari konsep pemberdayaan adalah “masyarakat tidak dijadikan obyek dari proyek pembangunan tetapi merupakan subyek dari pembangunannya sendiri”. Berdasarkan pada konsep pemberdayaan masyarakat sebagai model pembangunan hendaknya pendekatan yang dipakai adalah: Pertama, targeted artinya upayanya harus terarah kepada yang memerlukan dengan

program yang dirancang untuk mengatasi masalahnya dan sesuai kebutuhannya. Kedua, mengikutsertakan bahkan dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran. Tujuannya adalah supaya bantuan efektif karena sesuai kebutuhan mereka yang sekaligus meningkatkan keberdayaan (empowering) masyarakat dengan pengalaman dalam merancang, melaksanakan, mengelola dan mempertanggung jawabkan upaya peningkatan dirinya. Ketiga, menggunakan pendekatan kelompok, karena secara individual masyarakat miskin sulit memecahkan masalahnya sendiri. Disamping itu kemitraan usaha antar kelompok dengan kelompok yang lebih baik saling menguntungkan dan memajukan kelompok¹⁹.

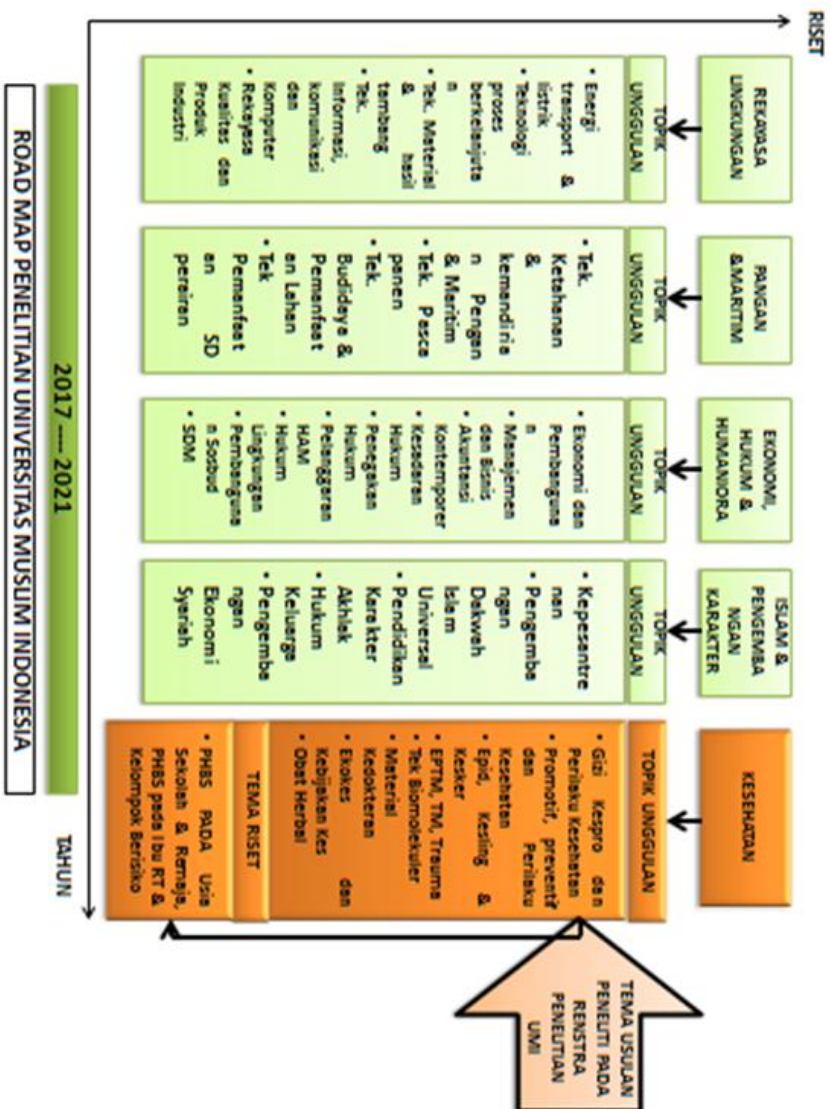
Tujuan pengembangan masyarakat: membangun kembali masyarakat sebagai tempat pengalaman penting manusia, memenuhi kebutuhan, dan membangun kembali struktur-struktur negara dalam hal kesejahteraan, ekonomi global, birokrasi, elite profesional, dan sebagainya yang selama ini kurang berperikemanusiaan dan sulit diakses. Tujuan pengembangan masyarakat dikatakan berhasil apabila proses dilaksanakan menuju ke arah pencapaian tujuan. Berdasarkan kajian mengenai ruang lingkup pemberdayaan masyarakat, diketahui bahwa pemberdayaan masyarakat dilaksanakan baik pada tataran sistem, kelembagaan dan individu. Sejalan dengan hal tersebut, pengembangan kapasitas dalam upaya mengembangkan

masyarakat pada tataran yang sama, yaitu tataran sistem, kelembagaan dan individu. Peningkatan kapasitas dalam tataran sistem meliputi usaha yang bersifat luas dan banyak menekankan keterlibatan pemerintah dan pemegang kekuasaan lainnya terutama dalam mengembangkan sebuah sistem pembangunan berpihak kepada masyarakat. Dalam lingkup komunitas, proses peningkatan kapasitas adalah pada tataran kelembagaan komunitas dan pada tataran individu masyarakat³⁰

D. Road Map Penelitian



Gambar 2.1 Road Map Penelitian



Gambar 2.2 Road Map RENSTRA UMI

A. Keterkaitan Dengan Renstra Penelitian UMI

Penelitian ini terkait dengan: rencana strategis Penelitian Universitas Muslim Indonesia bidang kesehatan Promotif, preventif dan perilaku kesehatan pada tema PHBS pada anak usia sekolah dan remaja, PHBS pada ibu rumah tangga dan perilaku berisiko⁹. Pendayagunaan sistem komunitas yang direncanakan dalam penelitian ini diharapkan dapat merubah perilaku masyarakat untuk menurunkan kejadian penyakit HIV/AIDS di Wakatobi yang semakin meningkat setiap tahun.

BAB III

Metode Penelitian

A. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian dan pengembangan (Research and Development/R&D).

B. Lokasi Penelitian

Tahap pertama, kedua dan ketiga penelitian, berlokasi di Wakatobi, Sulawesi Tenggara.

C. Tahap Penelitian

1. Tahap pertama, tahap pengkajian secara teoritikal dan empirik dengan menerapkan pendekatan analitik. Dimensi penelitian menganalisis upaya upaya yang telah dilakukan terkait pencegahan HIV/AIDS, secara garis besar diurutkan sebagai berikut: 1) menganalisis mengenai pemberian informasi penyakit menular seksual, 2) menganalisis upaya yang telah dilaksanakan dalam penanggulangan penyakit HIV/AIDS, 3) Menyusun desain Pendayagunaan sistem komunitas pada masyarakat Wakatobi

2. Tahap kedua melakukan uji coba konsep pendayagunaan sistem komunitas pada masyarakat Wakatobi berbasis kearifan lokal pada kelompok berisiko dan kelompok terdampak dan dilakukan validasi oleh ahli kesehatan masyarakat.
3. Desain pendayagunaan sistem komunitas pada masyarakat Wakatobi sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton.

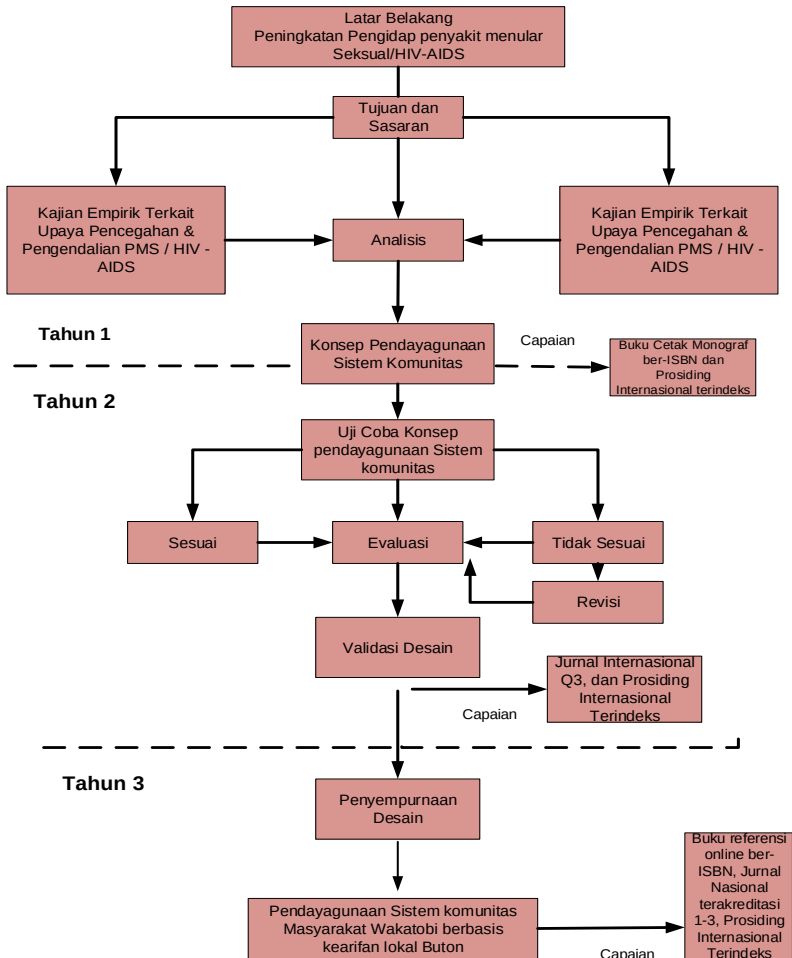
D. Langkah-langkah Penelitian

1. Persiapan meliputi: a) menyiapkan administrasi dan berkoordinasi dengan lembaga pemerintah setempat, b) konfirmasi kepada sasaran penelitian.
2. Pengumpulan data meliputi: pengumpulan informasi mengenai pemberian informasi penyakit menular seksual, menganalisis mengenai pemberian informasi penyakit menular seksual, upaya yang telah dilaksanakan dalam penanggulangan penyakit HIV/AIDS untuk menyusun desain Pendayagunaan sistem komunitas pada masyarakat Wakatobi
3. Desain produk berupa draft konsep
4. Validasi konsep pemberdayaan dengan menghadirkan pakar untuk menilai rancangan yang telah dibuat untuk mengetahui kelemahan dan kekuatannya,
5. Perbaikan konsep dilakukan oleh peneliti berdasarkan hasil validasi.

6. Implementasi meliputi: uji coba desain konsep Pemberdayaan berbasis kearifan lokal Buton pada kelompok berisiko dan kelompok terdampak sebagai sasaran penelitian, kemudian melakukan analisis dan umpan balik terhadap proses implementasi sesuai tema.
7. Tahap penilaian: setelah diujicobakan pada sampel terbatas yaitu pada kelompok berisiko, jika dari hasil pengujian tersebut hasilnya belum sesuai harapan, maka revisi produk perlu dilakukan untuk memperbaiki kekurangannya.
8. Mendapatkan Pendayagunaan system komunitas masyarakat Wakatobi sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berbasis kearifan lokal Buton.

E. Alur Penelitian

Bagan alir penelitian dibuat berdasarkan latar belakang penelitian pengidap hiv, kelompok berisiko dan kelompok terdampak penyakit infeksi menular seksual yang minim mendapatkan informasi mengenai cara penularan dan upaya pencegahan serta pengendalian /AIDS. Pendayagunaan berbasis kearifan lokal Buton diharapkan dapat memberikan perubahan pengetahuan hingga adopsi perilaku yang disarankan. Bagan alir penelitian disajikan pada gambar berikut:



Gambar 2.3 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

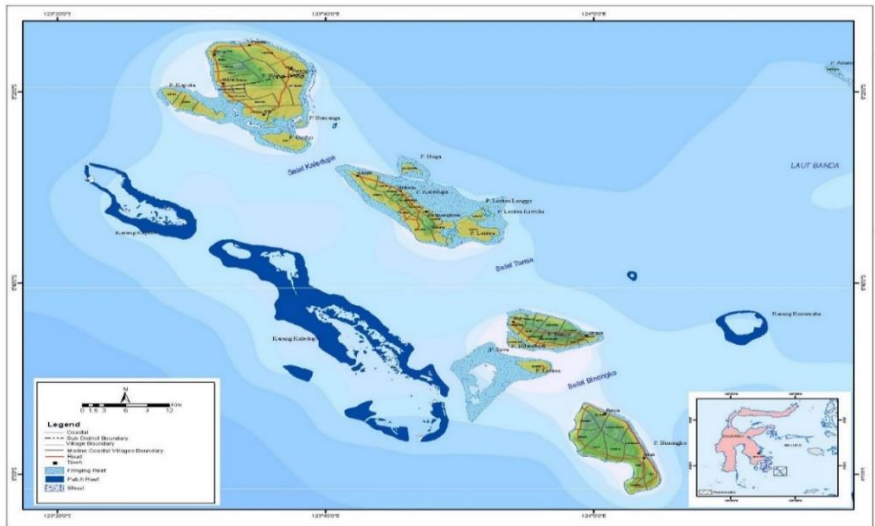
A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Keadaan Geografi

Kepulauan Tukang Besi atau yang sekarang dikenal dengan Kabupaten Wakatobi merupakan singkatan dari empat nama pulau terbesar di kepulauan tersebut yakni Wangi-Wangi, Kaledupa, Tomia dan Binongko yang terletak bagian Tenggara Pulau Sulawesi, yang membentang dari Utara ke Selatan di antara 5.00° – 6.25° Lintang Selatan (sepanjang ± 160 km) dan membentang dari Barat ke Timur antara 123.34° – 124.64° Bujur Timur (sepanjang ± 120 km). Kepulauan Wakatobi merupakan gugusan pulau-pulau kecil, bahkan dapat dikatakan gugusan pulau sangat kecil, berjumlah 48 buah pulau dengan luas daratan ± 823 km² dan luas perairan ± 17.554 km² serta panjang garis pantai 251.96 km.

Gambar 1 : Peta Wilayah Kabupaten Wakatobi



Gambar 1 : Peta Wilayah Kabupaten Wakatobi

Batas-batas wilayah Kabupaten Wakatobi sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Banda
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Laut Flores
- Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Banda
- Sebelah Barat berbatasan dengan Laut Flores

Kabupaten Wakatobi terdiri dari 8 (delapan) Kecamatan yang terpisah kecuali Kecamatan Wangi-Wangi dan Kecamatan Wangi-Wangi Selatan, serta 100 Desa/Kelurahan yang dapat diuraikan sebagai berikut :

Tabel 1
Jumlah Desa/Kelurahan dan Kriteria Desa Menurut Kecamatan
di Kabupaten Wakatobi Tahun 2018

NO.	KECAMATAN	KEL. / DESA	DESA TERPENCIL	DESA SANGAT TERPENCIL
1.	Wangi-Wangi	20	14	0
2.	Wangi-Wangi Selatan	21	18	0
3.	Kaledupa	16	16	0
4.	Kaledupa Selatan	10	10	0
5.	Tomia	10	9	1
6.	Tomia Timur	9	9	0
7.	Binongko	9	0	9
8.	Togo Binongko	5	0	5
	JUMLAH	100	76	16

Sumber : Subbag. Program Dinas Kesehatan Kab. Wakatobi Tahun 2018

Kabupaten Wakatobi terletak di daerah tropis yang dipengaruhi oleh 2 (dua) musim, yakni musim kemarau dan musim

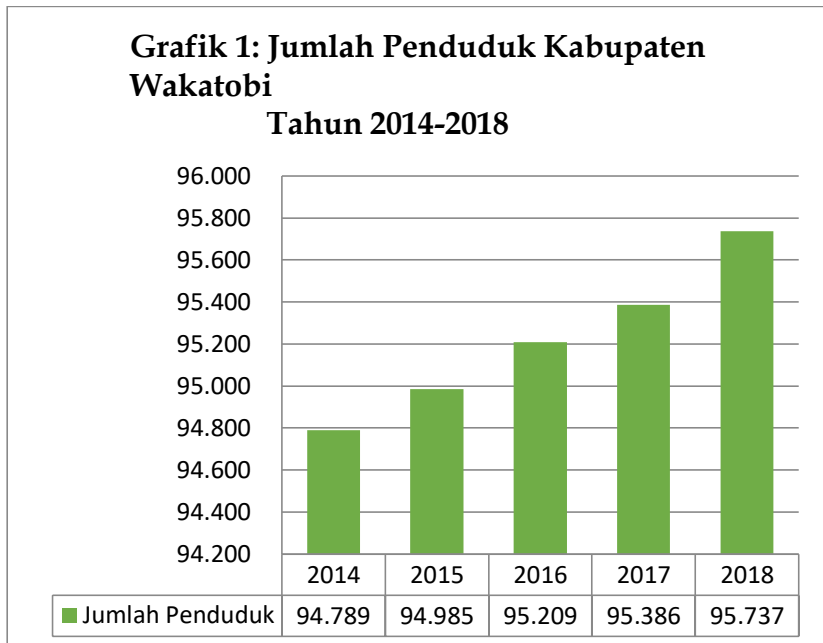
hujan. Iklim yang ada yaitu iklim laut yang membawa suhu udara yang tidak terlalu berbeda antara siang dan malam. Musim Barat berhembus pada bulan Desember sampai dengan bulan Mei. Angin bertiup dari arah Barat dengan kecepatan rata-rata sedang disertai hujan dan pada bulan Juni sampai dengan bulan November, angin bertiup dari arah Timur dengan kecepatan rata-rata sedang sampai kencang dan hujan sangat sedikit. Pengaruh gelombang laut pada kedua musim tersebut lebih besar terjadi pada musim Timur dibanding dengan musim Barat.

Kabupaten Wakatobi yang terdiri dari 4(empat) pulau utama yaitu Pulau Wangi Wangi, Kaledupa, Tomia, dan Binongko dengan adat istiadat dan sosial budaya yang berbeda, tidak berarti bahwa dengan keberagaman suku dan adat budaya di Wakatobi akan berpengaruh terhadap beragamnya persepsi atau perbedaan masyarakat dalam pembangunan, menjadi alat pemersatu dalam membangun Wakatobi dengan mengutamakan kepentingan bersama di atas kepentingan pribadi ataupun golongan. Dari data menunjukkan bahwa di Kabupaten Wakatobi terdapat beberapa suku bangsa yang mendiami wilayah tersebut diantaranya adalah; Suku Buton, Wakatobi, Bugis, Makassar, Bajo, Muna, Jawa, Bali dan suku lainnya³.

b. Keadaan Demografi

Kabupaten Wakatobi mempunyai penduduk sebanyak 95.737 jiwa yang terdiri dari laki-laki sebanyak 46.032 jiwa dan

perempuan sebanyak 49.705 jiwa. Pada Tahun 2018 rata-rata jumlah jiwa/rumah tangga di Kabupaten Wakatobi adalah 5,25 jiwa/rumah tangga dengan kepadatan penduduk sebesar 116,3 jiwa/km².



Sumber : BPS Kabupaten Wakatobi Tahun 2018

c. Keadaan Sosial Ekonomi

Kabupaten Wakatobi merupakan salah satu daerah otonom di bidang pertahanan dan keamanan (Barata) di sebelah timur Kesultanan Buton. Masyarakat Wakatobi sangat terbuka dalam berinteraksi dengan berbagai suku bangsa lainnya. Hal ini didukung oleh kultur budayanya sebagai masyarakat maritim.

Tingginya mobilitas penduduk dalam melakukan aktivitas perdagangan, di berbagai penjuru nusantara dan negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura telah ikut membentuk kultur sosial budaya masyarakat Wakatobi.

Kabupaten Wakatobi merupakan daerah kepulauan yang sebagian besar daerahnya dikelilingi oleh lautan. Oleh karena itu, sebagian besar penduduk bermata pencaharian sebagai nelayan, sedangkan sebagian lainnya merupakan pedagang antar pulau. Di lihat dari tingkat pendapatan penduduk, Kabupaten Wakatobi merupakan daerah yang sudah cukup berhasil dalam hal pembangunan baik fisik maupun non fisik.

Kawasan Wakatobi ditetapkan sebagai Taman Nasional yang dijadikan tempat penelitian untuk meneliti Terumbu Karang. Salah satu Yayasan yang melakukan penelitian tersebut adalah yayasan Pengembangan Wallacea lewat Operasi Wallacea. Wakatobi juga dikenal dengan sebutan Kepulauan Tukang Besi, mempunyai 25 gugusan terumbu karang yang masih asli dengan spesies beraneka ragam bentuk.

Terumbu karang menjadi habitat berbagai jenis ikan dan makhluk hidup laut lainnya seperti mollusca, cacing laut, tumbuhan laut, Ikan hiu, lumba-lumba, dan Paus juga menjadi penghuni kawasan ini. Kesemuanya menciptakan taman laut yang indah dan alami. Taman laut yang dinilai terbaik di dunia ini sering dijadikan ajang diving dan snorkling bagi para penyelam.

d. Upaya dan Fasilitas Kesehatan

Upaya-upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan di Kabupaten Wakatobi adalah pelayanan Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif.

Sarana dan Prasarana kesehatan tahun 2018 yang tersedia di Kabupaten Wakatobi adalah:

Tabel 2

Sarana dan Prasarana kesehatan tahun 2018 yang tersedia di
Kabupaten Wakatobi

NO.	Nama Sarana Kesehatan	Jumlah
1.	Rumah Sakit	1 Unit
2.	Puskesmas	20 Unit
3.	Puskesmas pembantu	2 Unit
4.	Poskesdes	70 Unit
5.	Polindes	13 Unit
6.	Posyandu	36 Unit
7.	Apotek	5 Unit
8.	Toko Obat	12 Unit
9.	Puskesmas Keliling	13 Unit
10.	Klinik/Balai Kesehatan	2 Unit
11.	Puskesmas Keliling Laut	4 Unit
12.	Ambulace	13 Unit
13.	Mobil Jenazah	2 Unit
		1 Unit

Sumber Data : Bagian Keuangan dan perbendaharaan RSUD Kab
Wakatobi thn 2018

Tabel 3
Jumlah Kasus Baru Pengidap HIV/AIDS Kabupaten Wakatobi
2018

NO	KELOMPOK UMUR	H I V			
		L	P	L+P	PROPORSI KELOMPOK UMUR
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1	≤ 4 Tahun	0	0	0	0.0
2	5 - 14 Tahun	0	0	0	0.0
3	15 - 19 Tahun	0	0	0	0.0
4	20 - 24 Tahun	1	1	2	12.5
5	25 - 49 Tahun	9	4	13	81.3
6	≥ 50 Tahun	1	0	1	6.3
JUMLAH (KAB/KOTA)		11	5	16	
PROPORSI JENIS KELAMIN		68.8	31.3		
Sumber: Bidang P2P Dinas Kesehatan Kab. Wakatobi Tahun 2018					
Keterangan: Jumlah kasus adalah seluruh kasus baru yang ada di wilayah kerja puskesmas tersebut termasuk kasus yang ditemukan di RS					

Tabel 4
Gambaran Karakteristik Informan

No	Informan	Usia (thn)	Agama	Pendidikan	Pekerjaan	Alamat	Ket
1	Nv	23	Islam	SMA	Ladies	Wangi-Wangi	IP
2	Rr	23	Islam	SMA	Ladies	Wangi-Wangi	IP
3	Di	25	Islam	SMA	Ladies	Wangi-Wangi	IP
4	Ir	35	Islam	S1	Swasta	Binongko	IB
5	Nrh	39	Islam	S1	PNS	Wangi-wangi	IB
6	Zn	33	Islam	S1	Swasta/ KPA	Hureana	IB
7	Ab	39	Islam	SMA	PNS	Sopa	IB
8	W.M	35	Islam	D3	PNS	Wanci	IB
8	Mld	48	Islam	S2	PNS	Dinkes	IK

Berdasarkan tabel 4 dapat dideskripsikan bahwa usia informan berada pada usia dewasa dan produktif yang menunjukkan jika segala pengetahuan, sikap dan tindakannya sudah berdasarkan pengalaman-pengalaman yang telah dilaluinya selama ini. Latar belakang pendidikan yang sesuai dengan pekerjaan informan sebagai petugas kesehatan mengindikasikan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS yang telah dilakukan di Wakatobi sudah sesuai dengan tupoksinya.

Karakteristik Peserta FGD

No	Informan	Usta (th)	Agama	Pendidikan	Pekerjaan	Alamat	Ket
1	Mld	47	Islam	S2	PNS	Dinkes	Kadis
2	Nrh	39	Islam	S1	PNS	Wangi-wangi	P2P
3	W.M	35	Islam	D3	PNS	Wanci	PKM
4	MY	52	Islam	S1	PNS	Wanci	Staf Ahli
5	Ld.S	60	Islam	S1	Swasta	Wanci	Ket.MUI
6	Ld.A	47	Islam	S1	Swasta	Kel. Pongo	Tokoh adat
7	Zn	33	Islam	S1	Swasta	Hureana	KPA
8	Rrn	28	Islam	D3	PNS	Manugela	Dinkes
9	Mld	31	Islam	S1	PNS	Pongo	PKM
10	As	25	Islam	D3	PNS	Kaposa	PKM
11	Rs	29	Islam	SMA	Swasta	Kel.Pongo	PKK
12	Jn	27	Islam	SMA	Swasta	Mandoti 3	KPA
14	Rhm	37	Islam	SMA	Swasta	Wanci	Own THM
15	Ast	30	Islam	S1	PNS	Padang	RSUD

2. Perilaku Seksual Berisiko sebagai pemicu Kejadian HIV/AIDS di Wakatobi

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, perilaku juga adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau tidak langsung. Hal ini berarti bahwa perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi

yakni yang disebut rangsangan, dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi perilaku tertentu²⁰.

Perilaku individu terbentuk atas respon dari faktor internal (behavior causes) dan eksternal (lingkungan atau non behavior causes). Begitupun dengan kejadian HIV/AIDS dalam penelitian ini yang merupakan resultan dari kedua faktor tersebut. Berdasarkan informasi didapatkan bahwa:

“Disini banyak kafe-kafe, banyak yang bisa terjangkit karena berperilaku berisiko. Ledis-ledis di kafe itu biasanya dari luar sini (Wangi-wangi), mereka dari luar wilayah sini. Kalau yang asli orang sini biasanya remaja atau anak mudanya itu memang pergaulannya agak bebas. Disini juga orang seperti itu karena pengaruh media seperti hp, disini itu suka sama suka seperti anak muda pada umumnya, pacaran-pacaran begitu” (Ir, 35 tahun, tanggal 1 Maret 2020).

Informasi mengenai aktifitas di tempat hiburan malam (THM) yang marak di salah satu kecamatan yang merupakan kota kabupaten di Wakatobi ada di Wangi-wangi, sebagai pusat kota tentu saja berbagai fasilitas bisa tersedia misalnya THM. THM tersebut ada yang memiliki izin ada yang tidak. Izin ini sebagai tempat karaoke namun dilengkapi dengan minuman dan perempuan-perempuan muda yang oleh orang-orang sekitar memanggilnya dengan sebutan “ladies”. Ladies ini menemani tamu yang datang berkunjung untuk berkaraoke sambil minum-minum, oleh ladies diakui sampai mabuk bahkan ada yang di *booking* keluar untuk kencan lanjut. Operasional THM

tersebut biasanya mulai jam 22.00 - 02.00 dini hari setiap hari. Karena banyak THM, tentu saja banyak menjadi pengunjung dan tarif yang ditawarkan juga beragam tergantung tempat dan pelayanannya. Aktivitas THM tersebut menjadi perhatian pemerintah setempat dalam hal ini instansi terkait yaitu Dinas Kesehatan setempat yang bekerja sama dengan Komisi Perlindungan HIV/AIDS (KPA) untuk melakukan penyuluhan dan pemeriksaan secara berkala kepada para ledi di THM setiap 6 bulan sekali.

Namun IMS yang banyak terjadi bukan dari THM tetapi dari aktivitas pedagang yang merantau keluar negeri seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan:

“Kalo mau data kejadian paling banyak kalo yang terbesar itu yg berangkat-berangkat keluar berdagang seperti ke Batam, Ternate, Ambon, Singapur, Malaysia. Biasanya pulang sudah sakit. yang berdagang dari luar pun yang baru datang juga masuk ditempat prostitusi kan datang banyak uang, foya-foya padahal ada istrinya juga, begitulah...” (Ir, 35 tahun)

Hal senada diungkapkan oleh salah satu informan dari KPA Wakatobi:

Penyebab paling banyak kasus adalah perantau, berdagang, mereka kerja diluar, datang sudah sakit. Kafe-kafe juga banyak, itulah kami lakukan sosialisasi tetapi data disini juga tidak akurat. Yang dikhawatirkan jika terjadi KLB apalagi ini daerah wisata tetapi rata-rata yang kami dapatkan itu dari perantauan, kalau ditemukan kasus, isterinya juga di periksa. Ada juga

yang sadar perilaku berisikonya dan tau terinfeksi jadi melapor sendiri secara ikhlas tapi kalo yang tidak sadar itulah yg susah (Zn, 38 thn)

Hal tersebut dikuatkan oleh pihak dinas kesehatan Wakatobi:

Berdasarkan pengalaman tertularnya HIV itu karna masyarakat Wakatobi itu adalah pedagang karna mereka keluar ke batam, singapura yang trend kliatan di tahun 2017-2018 ini dari Timika Irian yaa daerah-daerah timurlah, mugkin karna kondisi mereka mencari kehidupan diluar, dan mereka bertahun-tahun padahal punya istri dan anak disini, nah kondisi itu yang sangat memungkinkan tertular (Ab, 39 thn)

Ini kan seperti fenomena gunung es, dimana-mana seperti itu... Mungkin dari 19 kasus ini sudah lebih dari itu yang mengidap jadi kami dari dinkes sebenarnya kemarin kayak kita geregetan karena di wakatobi ini kan migrasinya terlalu tinggi karena dilihat dari jenis pekerjaannya itu lebih banyak perantau, kalau kita lihat kasus dari perantau itu sudah parah baru datang ke Wakatobi, ceritanya mau datang berobat kampung sementara mereka dapat entah dari mana dan tempat-tempat jauh, artinya kasus ini karena pendatang (Nrh, 39 tahun).

Infeksi menular seksual (IMS) seperti HIV dapat terjadi karena beberapa hal sebagai pemicunya antara lain adalah pekerjaan yang berisiko yang dapat memicu tertularnya IMS. Berdasarkan informasi yang didapatkan, sampai saat ini kejadian kasus HIV di Wakatobi bukan berasal dari THM meskipun berpotensi sebagai penyebab. Kasus-kasus yang ditemukan saat ini

berasal dari orang yang berprofesi sebagai pedagang pakaian bekas yang merantau keluar dari Kabupaten Wakatobi, dalam jangka waktu yang cukup lama. Lurie et al (2003) mengungkapkan bahwa Penduduk yang memiliki tingkat mobilitas tinggi atau memiliki frekwensi berpindah tempat tinggal dengan part- ner mereka memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap penularan HIV dan Penyakit Menular Seksual (PMS) lainnya daripada penduduk yang memiliki kondisi tempat tinggal yang stabil atau tetap¹⁷.

Mobilitas para perantau ini biasanya tidak terpantau kedatangan dan keberangkatannya, mereka terdeteksi jika memeriksakan diri saat sakit saja. Pada kondisi tersebut, ada yang terdeteksi sudah masuk fase AIDS, ada pula yang masih fase HIV dan dirujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik termasuk pengobatan *antiretroviral* (ARV). Namun perantau yang terinfeksi tidak memahami upaya pengobatan yang didapatkan karena jika merasa keadaanya sudah membaik mereka biasanya berangkat merantau lagi tanpa diketahui petugas Kesehatan setempat, sehingga tidak ada bekal obat lanjutan selama diperantauan. Kondisi ini menyebabkan putus obat dan yang sangat berisiko menularkan HIV kepada pasangannya dan orang lain yang menjadi *partnert* seksualnya.

Ketika jadwal kontrol dan pengambilan obat namun pengidap HIV/AIDS tidak datang, maka petugas mengunjungi alamatnya dan saat tersebut barulah diketahui jika pengidap tidak

lagi berada di Wakatobi. Meskipun masih terbatas, namun petugas Kesehatan dan KPA di Wakatobi telah melakukan *tracing*, *screening*, rujukan dan pengobatan kepada pengidap HIV. *Screening* dan *Tracing* dilakukan kepada pasangan yang terdeteksi dan orang-orang yang pernah melakukan kontak seksual dengan pengidap HIV, rujukan dan pengobatan dilakukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi di Kendari karena fasilitas / sarana prasarana dan obat masih terbatas di Wakatobi. Ada beberapa perantau yang tujuan awalnya melakukan pengobatan secara tradisional, namun karena tidak ada perubahan kondisi yang dialami akhirnya beralih ke pelayanan Kesehatan. Saat berobat ke fasilitas Kesehatan, petugas segera melakukan *screening* berdasarkan gejala-gejala yang dirasakan pasien dan gejala yang terlihat oleh petugas Kesehatan. Adapula yang menyadari perilaku berisikonya, ketika mengalami masalah kesehatan segera memeriksakan diri untuk mendapatkan pengobatan. Keluhan Kesehatan yang dialami perantau cepat direspon oleh petugas Kesehatan karena telah banyak kasus IMS yang didapatkan dari perantau.

Keputusan orang yang mengunjungi pelayanan Kesehatan merupakan suatu tanda yang baik karena telah siap menerima informasi dan pelayanan Kesehatan yang akan diberikan terkait keluhannya. Dalam hal ini, informasi bukan sekedar edukasi saja namun bersifat individu dari konselor ke konseli karena

dibutuhkan adanya komunikasi yang melibatkan psikis sehingga pasien siap untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan jika terinfeksi HIV. WHO/UNAIDS, mengungkapkan bahwa konseling untuk menurunkan risiko IMS dan HIV, masing-masing individu harus diberikan informasi yang memungkinkan dia untuk memutuskan secara sukarela tentang pemeriksaan HIV. Pendekatan ini perlu dilakukan karena banyak pengguna layanan untuk perawatan IMS tidak mengetahui tentang ketersediaan dan keunggulan pelayanan yang diberikan. WHO/UnaidS menyebutkan beberapa alasan yang sering ditemui ketika seseorang tidak mencari pelayanan Kesehatan²⁹, adalah:

- Ketidaktahuan tentang IMS dan kemungkinan hasil;
- Tidak adanya gejala yang dirasakan terutama pada wanita;
- Kurangnya pengetahuan tentang pencarian pelayanan Kesehatan
- Rasa malu/enggan untuk membahas masalah seksual;
- Takut jika diketahui orang lain (terutama pada remaja)
- Takut adanya pendekatan yang menghakimi oleh penyedia layanan Kesehatan
- Keengganan perempuan diperiksa oleh petugas laki-laki
- Kurangnya kepercayaan pada sektor pelayanan

Menurut WHO, motivasi pasien terkait perilaku pencarian pengobatan karena adanya penilaian risiko seperti mengenali risiko infeksi akibat perilaku seksual individu tersebut, dan mengenali

risiko akibat perilaku seksual pasangan, sehingga perlu pengenalan dini penyakit yang didapat secara seksual.

Adanya potensi transmisi IMS yang meluas, menjadi kekhawatiran pihak Dinas Kesehatan dan KPA, kondisi tersebut tidak terlepas dari bebasnya mobilitas keluar masuk orang-orang ke Wakatobi sebagai salah satu tujuan wisata baik dari lokal maupun mancanegara, apalagi ada beberapa penanggung jawab tempat wisata berasal dari luar Wakatobi bahkan dari luar negeri. Sebagai wilayah terbuka, tentu saja sangat berisiko dan berpeluang meningkatkan angka kejadian IMS termasuk HIV, seperti diungkapkan oleh pihak dinas Kesehatan Wakatobi sebagai berikut:

Di Wakatobi ini yang pertama adalah sosialisasi, sehingga tentunya mobilitas baik masyarakat asing maupun domestik sangat tinggi, hal tersebut cenderung tidak menutup kemungkinan wisatawan menjadi pintu masuk membawa penyakit HIV/AIDS. Kemudian yang kedua masyarakat mobilitasnya cukup tinggi terutama sebagai perantau, baik di dalam maupun luar negeri. Tentunya mereka disana sudah bekerja sebagai macam-macam selama beberapa bulan bahkan tahun, tentunya tidak menutup kemungkinan terjadi perilaku yang menyebabkan mereka terinfeksi disana atau penyakitnya dapat disana, kemudian diberikan ole-ole untuk keluarganya. Dari beberapa kasus yang ditemukan, baik dari tahun-tahun sebelumnya maupun yang terakhir, rata-rata kebanyakan ditemukan terinfeksi dari luar (Kadinkes).

Masyarakat Wakatobi dikenal sebagai perantau dan pedagang pakaian bekas sejak leluhur mereka karena keterbatasan sumber daya lahan, mereka berdagang hingga ke Singapura. Sebagian besar wilayah Wakatobi adalah lautan, daratan namun sebagian besar relatif tidak terlalu subur karena terdiri dari struktur batuan dan karang. Profesi sebagai pedagang keluar dari Wakatobi selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun tanpa ditemani istrinya, sehingga sangat memungkinkan terjadinya perilaku seksual berisiko.

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa perilaku dipengaruhi faktor internal dan eksternal dari individu tersebut. Blum²⁰, mengungkapkan bahwa terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan individu yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan (heredity). Berdasarkan penelitian ini, lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi pemicu kejadian HIV di Wakatobi. Profesi sebagian masyarakat yang berdagang dan jauh dari keluarga dapat dengan mudah terpapar praktek seksual berisiko apalagi jika terpengaruh oleh lingkungan sosialnya, misalnya mudahnya mendapatkan pasangan seksual dan melakukan hubungan seksual secara berganti-ganti selama diperantauan. Selain itu, faktor gaya hidup pada perilaku yang merupakan faktor terbesar kedua yang mempengaruhi kebiasaan seks yang berisiko tersebut. Pengetahuan yang minim mengenai kejadian terkait pencegahan dan

penanganan infeksi menular seksual dapat menguatkan perilaku seksual berisiko sebagian masyarakat di perantauan. Perilaku berganti-ganti pasangan seksual dengan tidak aman dan jumlah pasangan seksual yang banyak sangat berisiko menularkan dan ditularkan penyakit seksual kepada orang lain tanpa mereka sadari, sehingga saat menunjukkan gejala dan tanda yang mengkhawatirkan barulah berpikir untuk berobat. Hal ini dikuatkan oleh petugas kesehatan bidang pengendalian penyakit infeksi yang mengungkapkan bahwa yang terdeteksi biasanya kembali untuk berobat secara tradisional ataupun secara medis namun sudah dalam keadaan yang parah. Seperti yang dijelaskan pula oleh pihak KPA Wakatobi bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pun belum secara maksimal karena hanya perantau yang menyadari perilaku berisikonya saja yang melaporkan dirinya jika merasakan adanya tanda-tanda telah terinfeksi.

Berdasarkan hasil penelitian, para perantau dan keluarganya merupakan orang-orang yang rentan terkena Infeksi menular seksual HIV. Perantau yang sudah terinfeksi akan menularkan kepada isterinya, sehingga membentuk fenomena gunung es, yang terdeteksi sedikit tetapi jauh lebih banyak yang tidak terdeteksi karena ada yang enggan memeriksakan diri disebabkan malu jika mendapatkan hasil pemeriksaan positif IMS. Sebagian masyarakat tidak menyadari bahwa dirinya berisiko dan tidak memiliki kesadaran untuk memutus mata rantai penularan

HIV. Tingginya risiko penularan kepada ibu rumah tangga akibat terinfeksi dari suaminya seperti dalam penelitian ini, sehingga perlu adanya upaya promotif yang dilakukan.

Ketidaksadaran akan risiko yang mengancam diri dan orang lain adalah dasar pentingnya komunikasi yang efektif bagi populasi kunci maupun masyarakat umum. Penyadaran akan pentingnya perilaku sehat tidak sekedar himbauan saja tetapi harus disertai upaya-upaya yang memfasilitasi perubahan perilaku yang diinginkan. Membutuhkan proses dalam upaya meningkatkan kemampuan orang yang berperilaku berisiko agar dapat berperilaku positif apalagi jika menyangkut kebiasaan karena perubahan perilaku menyangkut factor internal dan eksternal seseorang. Dalam hal ini selain pengetahuan, sikap, keyakinan, dan sebagainya, lingkungan social dimana orang tersebut berada sangat berperan penting dalam menguatkan ataupun melemahkan terbentuknya perilaku. Sehingga, untuk populasi berisiko seperti dalam penelitian ini sangat penting untuk menumbuhkan kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mengetahui kebutuhannya serta mampu merubah atau mengendalikan lingkungannya yang kondusif bagi kesehatan. Pentingnya penyadaran ini, sehingga komunikasi yang ideal dilakukan bagi populasi berisiko dalam penelitian ini adalah pemberian konseling agar mereka dengan suka rela mengadopsi perilaku positif; melakukan VCT (*voluntary counselling and*

testing) serta sukarela menjalani pengobatan dengan dukungan keluarga dan petugas Kesehatan.

Menurut Adam (2011;38) Sifat kerelaan individu dan penerapan komunikasi konseling pada metode VCT merupakan karakteristik belajar yang sangat efektif dalam konstruksi perilaku seseorang. Kesadaran yang timbul merupakan kekuatan awal bagi seseorang untuk menerima informasi secara efektif. Apalagi dengan Teknik konseling, seseorang dapat mengembangkan proses komunikasi yang mendalam antara konselor dan klien tanpa ragu akan kerahasiaan, sebab aspek kerahasiaan merupakan bagian dari etika profesi konselor. Dengan demikian, proses konstruksi pengetahuan akan lebih cepat dan mudah serta ketahanan informasinya akan lebih lama.

Wakatobi merupakan salah satu destinasi wisata yang besar kemungkinan menjadi pintu masuk HIV, hal ini dikuatkan pula oleh Kepala dinas kesehatan Kabupaten Wakatobi yang mengungkapkan bahwa mobilitas masyarakat yang keluar masuk cukup tinggi sebagai perantau sehingga berpotensi menimbulkan masalah kesehatan seperti IMS. Kondisi ini perlu ditanggapi secara serius oleh instansi terkait di Wakatobi mengingat penyakit ini menyebabkan tingkat kematian yang tinggi dan sudah tersebar secara luas di dunia sehingga sangat penting adanya pencegahan dan penanggulangan untuk mencegah penyebarannya.

Adanya kekhawatiran pihak dinas kesehatan terkait peningkatan kasus IMS di Wakatobi merupakan keresahan banyak pihak dan tentu saja membutuhkan strategi promosi kesehatan serta pendekatan dalam perubahan perilaku pada kelompok berisiko. Strategi yang dimaksud adalah adanya advokasi atau pendekatan kepada para penentu kebijakan dalam hal ini, pihak terkait diluar dinas Kesehatan seperti bupati dan DPR setempat. Advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan, baik berupa peraturan daerah, dana, sarana prasarana, fasilitas, dan lainnya. Idealnya, ada pemaparan data dan fakta yang akurat atau *evidence based* yang menjadi landasan adanya masalah sehingga mencari pemecahan masalah untuk disepakati. Di tingkat daerah, tujuan advokasi agar program kesehatan memperoleh prioritas tinggi dalam pembangunan daerah yang bersangkutan. Selain itu, diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan atau sumber daya kesehatan seperti kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan keikutsertaan dalam kegiatan maupun berbagai bentuk lainnya seperti keadaan dan usaha (Yuningsih, 2019).

Strategi selanjutnya adalah bina suasana atau *social support* untuk mendapatkan dukungan dari tokoh agama, tokoh masyarakat dalam kegiatan pencegahan IMS, dimaksudkan sebagai upaya menciptakan lingkungan social yang mendukung adanya opini yang dapat mendorong masyarakat untuk berperilaku sehat dimanapun berada. Hal ini terkait banyaknya aktifitas

Sebagian masyarakat Wakatobi yang berdagang diluar negeri, sehingga diharapkan dimanapun mereka berada tetap bisa mempertahankan perilaku yang mendukung Kesehatan seperti tidak melakukan hubungan seksual berganti-ganti pasangan berisiko. Adanya peran tokoh-tokoh dapat mendorong Individu untuk mengadopsi hidup sehat jika mendapatkan dukungan dari orang-orang yang dianggap panutan. Aswadi, dkk (2020) mengungkapkan bahwa Promosi kesehatan akan mudah dilakukan apabila mendapatkan dukungan sosial. Dukungan sosial adalah sebuah kegiatan dengan tujuan untuk mencari dukungan dari berbagai elemen (tokoh tokoh masyarakat) untuk menjembatani antara pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program Kesehatan².

Strategi yang merupakan sasaran utama atau primer adalah Gerakan masyarakat atau *empowerment*, yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Terkait upaya yang dilakukan dalam menekan peningkatan kasus baru HIV di Wakatobi, kegiatan berupa pemberian informasi secara kontinyu dan berkesinambungan harus terus dilakukan, di evaluasi perkembangannya agar masyarakat dalam hal ini sasaran yang berpotensi terinfeksi dapat mengetahui, memiliki kesadaran serta mau dan mampu untuk mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatannya.

Selain strategi promosi Kesehatan, dibutuhkan pendekatan dalam perubahan perilaku pada kelompok-kelompok berisiko yang ada di Wakatobi. Menurut Nadioo and Wills (1996) ada 5 bentuk pendekatan dalam promosi Kesehatan¹⁹, yaitu:

1. Medical or preventive (medis atau pencegahan)

Pendekatan ini difokuskan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian dini. Jenis pendekatan Kesehatan ini adalah untuk meningkatkan intervensi medis yang akan mencegah kesakitan dan kematian dini, seperti *screening*.

Dinas Kesehatan Wakatobi melakukan *screening* secara berkala setiap 6 bulan ke THM, namun kendalanya adalah ada mutasi ladies-ladies masuk dan keluar Wakatobi. Begitupun dengan pedagang atau perantau yang datang dan pergi tidak melaporkan kondisinya kecuali jika dalam kondisi parah, sehingga menyulitkan pengobatan yang berobat lambatnya penanganan dan sangat berisiko menginfeksi pasangannya.

2. Behaviour Change (Perubahan Perilaku)

Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sikap kesehatan, yang merupakan kunci untuk meningkatkan Kesehatan. Diasumsikan bahwa orang-orang dapat meningkatkan Kesehatan mereka dengan membuat pilihan untuk merubah gaya hidup mereka.

Dinas Kesehatan Wakatobi beserta pihak-pihak terkait berupaya menempatkan Kesehatan sebagai tanggung jawab individu maupun kelompok-kelompok yang berisiko agar mereka dapat mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatannya, dapat mencegah, mengenali tanda-tanda penyakit IMS. Tujuannya agar mereka dapat membuat pilihan untuk merubah perilakunya yang berisiko seperti berganti-ganti pasangan seksual dan tidak menggunakan kondom.

3. Pendidikan (Educational)

Tujuan pendekatan ini adalah menyediakan informasi dan pengetahuan untuk mengembangkan kemampuan yang diperlukan sehingga masyarakat mendapatkan informasi tentang sikap kesehatan mereka. Pendekatan Pendidikan didasarkan pada asumsi tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap, hal itu akan meningkatkan pengetahuan, dan akan terjadi perubahan sikap yang mungkin akan merubah tingkah laku.

Pendekatan edukasi sangat penting dilakukan pada populasi berisiko dalam penelitian ini karena memberikan pilihan bagi seseorang yang berperilaku berisiko untuk mengambil keputusan berdasarkan informasi-informasi tentang Kesehatan yang didapatkan dan merubah sikap mereka menjadi positif dalam jangka panjang (*long lasting*).

4. Penguatan (Empowerment)

Pendekatan ini bertujuan untuk menolong masyarakat untuk mengidentifikasi perhatian mereka sendiri dan menanggapi kemampuan dan percaya diri untuk bertindak.

Kepercayaan diri untuk bertindak didasarkan pada konseling yang dilakukan dalam memberikan penyadaran untuk meningkatkan kendali masyarakat terhadap kesehatannya.

5. Perubahan Sosial (Social Change)

Pendekatan ini berfokus pada kebijakan atau level lingkungan, dan bertujuan untuk merubah dari segi lingkungan fisik, sosial dan ekonomi yang memberikan efek terhadap promosi Kesehatan. Pendekatan ini ditujukan terhadap kelompok maupun populasi, dan dalam pengerjaannya meliputi *top down*.

3. Upaya Pencegahan yang telah dilakukan

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan berbagai infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang yang lain melalui kontak seksual. Kelompok rentan seperti pekerja seks komersial dan orang yang berganti-ganti pasangan seksual merupakan populasi lebih berisiko bila melakukan kontak seksual. HIV/AIDS adalah salah satu IMS yang belum dapat disembuhkan karena belum ada obatnya. Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya penyebaran HIV/AIDS yang semakin meluas adalah adanya perilaku seks bebas, gaya hidup, pekerjaan masyarakat, dan semakin tergerusnya agama dan

moral. Terkait hal tersebut sehingga penting adanya upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual yang semakin meningkat.

Berdasarkan data yang didapatkan pada saat wawancara mendalam, observasi dan FGD pada pihak-pihak terkait, didapatkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Wakatobi adalah sebagai berikut:

a. Upaya Pencegahan Terkait Sarana Prasarana

“Kalau kegiatan untuk HIV hanya KPA saja yang punya anggaran. itu saja kan tadinya kita inisiatif untuk membentuk klinik VCT karna setengah mati kalau ada pasien harus dirujuk keluar, pengambilan obat juga harus keluar tetapi sekarang alhamdulillah RS sudah bisa, tinggal itu... kita fokus pada pelatihan tenaga untuk VCT. Klinik itu belum ada hanya sekarang sudah ada di RS pada tahun 2019 tapi alatnya belum ada”.

Informasi dari KPA dibenarkan oleh kepala bidang P2P Wakatobi:

“Yang jadi permasalahan kami di Wakatobi adalah tentang rujukan, sebenarnya RS rujukan untuk mendapatkan ARV belum bisa terlaksana karena kemarin RSU sudah ada pelatihan yang diminta adalah dokter dan lab, Alhamdulillah mereka pergi pelatihan di Kendari tetapi kenyataannya belum jalan dan sudah ada salah satu untuk mendapatkan ARV di Wakatobi itu salah satunya adalah mempunyai SK dalam hal ini SK pokja yang ditunjuk sebagai RS rujukan, kedua sudah melaksanakan pelatihan sistem SIHA, hanya dua tetapi

rumah sakit untuk wakatobi belum berjalan sehingga kami sudah mengajukan ke provinsi, provinsi melanjutkan ke pusat, tapi kenyataannya karena sistem SIHA nya belum dilaksanakan, akhirnya belum terlaksana untuk kita mendatangkan ARV supaya ada di wakatobi”.

Salah satu faktor penentu dan penunjang terbentuknya perilaku positif terhadap pelayanan kesehatan adalah tersedianya sarana prasarana, fasilitas yang dibutuhkan oleh pengguna layanan. Menurut Andersen (Wolinsky, 1988)) dalam teorinya menjelaskan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan yaitu faktor predisposisi (predisposing), faktor pemungkin (enabling) dan kebutuhan (need). Terkait sarana prasarana untuk *screening* atau *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Kabupaten Wakatobi, masih terkendala dalam hal sumber daya manusia, peralatan testing, obat termasuk rujukan. Menurut Andersen, sarana prasarana ini termasuk dalam faktor enabling yang merupakan kondisi yang memungkinkan orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan yang mencakup status ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada, dan penanggung biaya berobat/aspek logistik untuk mendapatkan perawatan, antara lain adalah sumber daya masyarakat (*Community resources*)³².

SDM dalam konteks ini adalah penyedia pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia. SDM selanjutnya adalah suplay ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan. SDM mencakup Tenaga kesehatan, fasilitas yang tersedia serta kecepatan pelayanan. Meskipun mengalami keterbatasan dalam sarana prasarana, namun pihak terkait dalam hal ini dinas kesehatan berusaha untuk melengkapi kebutuhan pemeriksaan dan pengobatan HIV/AIDS termasuk melaksanakan pelatihan Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) Kabupaten Wakatobi.

Terkait keterbatasan sumber daya manusia, informan mengungkapkan sebagai berikut:

“Kami beberapa kali pernah mengadakan pelatihan kayak konselor, petugas survey semua itu dari KPA yg kita latih itu programmer HIV dari puskesmas. Yang rumitnya, kita latih hari ini pulang sebentar terganti lagi programmernya. Kita juga pernah himbau ke kadis supaya ada SK khusus untuk programmernya supaya dimanapun mereka tidak diganti programmernya, kebanyakan itu honorer, kami tidak bisa berbuat apa-apa karena SDM terbatas” (Zn)

Hal ini dikuatkan oleh kepala Bidang P2P:

“Untuk pelatihan konselor, programmer, yang menjadi dilema adalah sudah dilatih tapi diganti lagi jadi itu masalahnya (Nrh)

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu aspek penting dalam pelayanan kesehatan terutama pada pelayanan pada penyakit-penyakit infeksi seperti HIV/AIDS. Deteksi dini dalam hal ini sangat penting agar didapatkan peta kelompok berisiko penyebaran HIV/AIDS dan dapat diberikan pengobatan segera serta rehabilitasi pada pengidap HIV. Selain itu, upaya pencegahan dan pengendalian lebih mudah dilakukan berdasarkan penyebab tertularnya. Namun, jika sumber daya manusia tidak memadai, maka akan sulit untuk melakukan upaya pengendalian dan deteksi dini pada kelompok berisiko. Upaya pencegahan ini juga tertuang dalam 5 tingkat pencegahan oleh Leavel and Clark (Notoatmodjo, 2010)²⁰ yaitu pada level ke tiga; *early diagnosis and prompt treatment*. Jika dipaparkan dengan deteksi dini pada penyakit HIV dalam kaitan SDM, maka penemuan kasus baru, skreening dan pemeriksaan kesehatan khusus bagi kelompok berisiko akan lebih mudah jika ketersediaan SDM memadai, merata dan terjangkau. Mengutip Menkokesra (Hardisman, 2009)⁸, bahwa pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan merupakan komponen penting yang harus diupayakan secara sungguh-sungguh dan terus menerus guna mendukung upaya pengobatan dan

rehabilitasi bagi penderita. Untuk itu, langkah nyata yang perlu dilakukan antara lain meliputi berbagai upaya preventif, pendekatan risiko, diagnosis dini HIV melalui tes yang sensitif dan spesifik, melakukan konseling dan pengobatan bagi seluruh penderita. Tentu saja untuk mewujudkan langkah-langkah upaya preventif tersebut harus dibarengi dengan tersedianya SDM dan fasilitas yang memadai.

b. Upaya Pencegahan Pada Tempat Hiburan Malam

Pencegahan dan penanganan IMS selalu tidak maksimal karena banyak kendala, misalnya kurang diprioritaskan oleh pengambil keputusan atau pemerintah setempat sehingga pembiayaan kegiatan juga rendah. Hal ini tentu saja berdampak pada upaya pencegahan dan penanganan IMS seperti pengadaan sarana prasarana, fasilitas dan kurangnya kegiatan penyebaran informasi mengenai gejala IMS yang mengakibatkan rendahnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa upaya pencegahan yang dilakukan ditempat hiburan malam, sebagai berikut:

“Saya pernah mendapatkan pemeriksaan kesehatan tiap 6 bulan sekali (HIV dan sipilis), petugasnya yang datang ke sini . Hasil pemeriksaan di kasi tau saat itu juga, dan disini aman-aman saja, kala di tempat lain pernah ada yang positif. Saya sudah mendapatkan pemeriksaan itu

sebelumnya karna saya sudah 2x kesini cuman baru datang lagi ini, bulan lalu kesini dan dapat pemeriksaan di mess, hanya pemeriksaan saja tidak ada penyuluhan” (Rr, 23 tahun).

Hal yang berbeda diungkapkan oleh ledis lain di THM yang berbeda:

“Saya tidak pernah mendapatkan informasi tentang PMS atau HIV, kalo datang petugasnya langsung diperiksa saja karna petugasnya sudah biasa ke mess tapi saya baru dapat sekali. Biasanya saat petugas datang mereka bicara sama bos dulu lalu kita di panggil keluar dari kamar” (Nv, 23 tahun).

Informasi lain didapatkan dari ledis yang berbeda mengenai pencegahn yang dilakukan adalah dengan menggunakan pasta gigi karena belum pernah mendapatkan informasi mengenai pencegahan IMS:

“Untuk pencegahan penyakit menular seksual saya pernah dapat informasi degan menggunakan odol, teman yang britau katanya dapat informasi dari siswa kesehatan. Nda penah juga ada sosialisasi kondom disini. Kami juga tidak pernah siapkan kondom (sambil ketawa). Banyak yang mengajak kami untuk berhubungan intim apalagi jika sudah nafsunya naik dan kami sering sekali baper” (Dl,25tahun)

“Selama disini ada pemeriksaan tiap 6 bulan, ada penyuluhan tentang kanker payudara, kanker rahim, pemakaian kondom dan pembagian kondom tidak rutin tapi cepat habis. Ada yang pernah dapat ada juga belum

pernah (pemeriksaan) karna masih baru disini. Hasil dari pemeriksaan kondom langsung di sampaikan, disini belum pernah ada yang positif. (Jwt, 35 tahun)

Sebagaimana upaya pencegahan yang dilakukan, terdapat kendala-kendala yang dihadapi seperti yang didapatkan saat pendalaman informasi:

“Ya kalau sosialisasi sudah sering dilakukan terus kalau untuk karyawan dalam hal ini ladies itu berpindah-pindah tempat, ada sebagian satu dua orang menetap dan lebih banyak yang berpindah-pindah tempat. Sosialisasi selama ini 16 kali di tempat hiburan malam. Untuk semua ladies kami memang tidak semua adalah warga di sini. biasa juga ladies kami itu ada yang sudah melakukan tiga kali dalam enam bulan dan ada yang baru satu kali juga” (Zn).

Ledis di THM tidak memiliki kontrak untuk jangka waktu tertentu sehingga mudah untuk berpindah-pindah tempat sesuai keinginan ledis dan merupakan kendala yang paling umum dalam melakukan pemeriksaan secara berkala. Hal ini ditegaskan pula oleh pihak P2P dinas Kesehatan Wakatobi, seperti berikut:

“Rata-rata ini karyawan THM dari luar semua dan susahny mereka ini tidak terdeteksi di dinas ketenagakerjaan. Mereka seenaknya masuk dan seenaknya keluar dari Wakatobi dan tidak ada melapor di RT/RW dan mereka per 2 minggu atau per 2 bulan di rolling lagi” (Nrh)

Pencegahan IMS di THM berupa penyuluhan dan pemeriksaan berkala belum rutin dilakukan karena belum dijadikan program yang diprioritaskan, sehingga pendanaan juga terbatas. Penyuluhan yang kurang menyebabkan minimnya informasi yang tersampaikan mengenai pencegahan serta penanganan IMS, sehingga banyak ledis mengabaikan kesehatannya. Pengetahuan adalah faktor predisposisi yang mempermudah terjadinya suatu tindakan dan merupakan domain yang penting dalam membentuk kesadaran untuk bertindak mencegah IMS. Adam (2011:39) mengungkapkan bahwa, cukup banyak bukti nyata yang memperlihatkan kekuatan domain pengetahuan (*knowledge*) dalam membentuk perilaku yang tidak berisiko. Mereka yang mempertahankan perilaku berisikonya karena memang mereka berada pada level pemahaman yang minim. Maka kegiatan penyuluhan sebaiknya terus menerus dilakukan, baik ditujukan kepada sasaran populasi kunci maupun untuk masyarakat umum.

Terdapat ladies dalam penelitian ini yang mengatakan bahwa mendapatkan informasi dari teman-temannya bahwa pencegahan agar tidak terinfeksi IMS dapat dilakukan sendiri, seperti menggunakan odol dengan asumsi bahwa rasa pedis dalam kandungan odol dapat mematikan kuman atau penyebab penyakit kelamin. Hal ini

menunjukkan rendahnya pemahaman mengenai IMS sebagai akibat kurangnya informasi yang didapatkan, sehingga harus diluruskan dengan memberikan informasi yang benar agar risiko tertular dapat dihindari.

Pengetahuan seseorang tentang Kesehatan akan terbentuk jika orang tersebut mendapatkan isyarat yang kuat mengenai kondisinya dan menjadi acuan untuk bertindak sesuai pengetahuan yang dimilikinya. Rendahnya tindakan pencegahan yang dilakukan oleh ledis-ledis di THM dalam penelitian ini, disebabkan minimnya pengetahuan yang dimiliki sehingga tidak mendapatkan isyarat untuk bertindak meskipun sudah merasakan gejala-gejala yang mengarah ke IMS.

Sesuai teori health belief model (HBM) Rosenstock yang dikembangkan oleh Becker pada tahun 1984 (Naidoo dan Wilis, 1996), dengan menggunakan pendekatan psikososial dalam menjelaskan hubungan antara perilaku dengan Kesehatan. Teori ini kemudian diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Kaitannya dengan penelitian ini adalah para ladies di THM melakukan tindakan pencegahan sesuai keyakinan mereka, apa yang dipikirkan mengenai transmisi

seksual menentukan Tindakan mereka, seperti menyarankan menggunakan odol untuk mencegah penularan. Teori ini juga menjelaskan alasan-alasan mengapa individu/masyarakat melakukan upaya pencegahan, skrining dan penanganan penyakit. Intinya bahwa jika seseorang merasakan risiko perilakunya terhadap suatu penyakit maka orang tersebut akan melakukan Tindakan yang baik untuk pencegahan, begitupun sebaliknya jika persepsi seseorang rendah tentang penyakit yang berisiko timbul karena perilakunya, maka akan rendah pula upaya pencegahan penyakit yang dilakukan¹⁹.

Penyuluhan, sosialisasi dan pembagian kondom secara berkala yang dilakukan petugas Kesehatan dan KPAD selama ini tanpa disertai dengan promosi Kesehatan berupa poster, booklet ataupun media lainnya karena ladies kurang tertarik untuk membaca dan menganggap bukan kebutuhan. Para ladies juga tidak aktif mencari informasi-informasi melalui media karena jam kerjanya yang menyita waktu, yaitu mulai jam 10 malam sampai dini hari, selebihnya digunajan untuk istirahat dan kegiatan pribadi. Mereka hanya saling berbagi informasi dari teman, namun banyak yang kurang benar apalgi hanya berdasarkan pengalaman saja. Kehadiran petugas Kesehatan dan KPAD dalam memberikan informasi yang tepat diharapkan dapat

merubah pengetahuan dan perilaku dari ladies-ladies di THM. Aryani, dkk (2015;164), mengungkapkan bahwa Informasi dari teman sebenarnya membawa pengaruh yang lebih besar karena belajar dari pengalaman lebih efektif daripada membaca. Mereka menanggapi secara positif akan kehadiran dari informasi tersebut. Informasi dari teman WPS dapat mengubah pengetahuan WPS yang lain dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mau berobat menjadi mau berobat. Namun informasi yang mereka dapatkan dari teman belum tentu benar, ada juga yang kurang tepat atau bercampur dengan mitos sebelumnya yang sudah lama dipegang¹.

Selain rendahnya pengetahuan tentang upaya pencegahan IMS, kendala lain yang dihadapi oleh dinas Kesehatan dan KPAD Wakatobi adalah tidak adanya laporan kepada RT/RW jika ada ladies yang baru datang ataupun yang berpindah tempat. Ladies yang ada di THM pada umumnya berasal dari luar Wakatobi seperti dari Kendari yang bermaksud mencari pekerjaan untuk menghidupi keluarganya, mereka masuk Wakatobi tanpa sepengetahuan dinas tenaga kerja ataupun pemerintah setempat tetapi atas rekomendasi temannya yang telah terlebih dahulu menjadi ladies di THM. Biasanya para ladies ini bekerja hanya 3-6 bulan saja kemudian pindah lagi ke

tempat yang lain dan akan kembali lagi ke Wakatobi tergantung keinginan para ladies tersebut. Kondisi seperti ini yang sangat berisiko menularkan penyakit IMS apalagi sebelumnya pernah ada kasus ladies terdeteksi HIV positif namun ketika dilakukan pelacakan, ladies tersebut sudah meninggalkan THM dan nomor handphone tidak bisa dihubungi lagi.

c. Upaya Pencegahan Pada Masyarakat Umum

Kejadian IMS bukan hanya pada Wanita pekerja seksual sebagai populasi berisiko tetapi juga pada masyarakat umum. Pentingnya informasi kepada masyarakat umum karena Wakatobi merupakan tempat wisata yang banyak dikunjungi oleh turis mancanegara dan domestik. Akses keluar masuk sangat terbuka, terdapat banyak tempat-tempat hiburan, sehingga memungkinkan terjadinya perilaku bebas.

Berdasarkan hasil penelitian, upaya pencegahan pada masyarakat umum yang dilakukan adalah:

Untuk sosialisasi kita langsung bersurat saja, misalnya ke SMA kita langsung bersurat ke sekolahnya, atau masyarakat kita langsung bersurat ke kecamatan. (Zn)

Yang selama ini rutin dilakukan itu sosialisasi ke masyarakat, tahun ini ada sosialisasi ke SMP dan SMA untuk tahun 2020 (Ab)

Hal senada diungkapkan oleh pihak Puskesmas, sebagai berikut:

kami juga melakukan penyuluhan pada masyarakat, terus ada juga sasaran kami itu pada pelajar-pelajar, anak-anak remaja, itu kami istilahkan ABAD (Aku tahu aku bangga) HIV/AIDS itu pada anak-anak remaja yang SMP dan SMA untuk PKM wangi wangi. Terus ada deteksi dini pada ibu hamil 12 desa, itu yang kami lakukan selama ini dan rencana untuk tahun ini, kami akan berkunjung ke setiap salon (Wd.M)

Upaya pencegahan juga berupa sosialisasi diberbagai tempat telah dilakukan seperti ungkapan berikut:

Adapun pencegahan yang kami lakukan itu sebenarnya sudah banyak seperti sosialisasi, kami bekerjasama dengan KPA dalam hal ini tenaga kami di PKM sudah melaksanakan beberapa sosialisasi, baik dari masyarakat, sekolah-sekolah, skrining Cuma mungkin yang belum jalan itu survey emigrasi, yang masalahnya seperti ini, seharusnya yang hadir harus ada desa, kecamatan dalam acara ini karena yang berhubungan dengan masyarakat kan mereka supaya ada koordinasi dengan PKM (P2P).

Begitupum deteksi dini dilakukan di Puskesmas yang terdapat kasus HIVnya:

Puskesmas Wangi wangi, terkait dengan usaha dari PKM wangi-wangi, itu kita selalu melakukan deteksi dini, penyuluhan, sekaligus skrining pada semua café yang ada di PKM wangi wangi itu per enam bulan. Sebenarnya begini, kalau kita berbicara masalah café,

justru di situ Alhamdulillah sampai saat ini tidak terlalu banyak kasus untuk HIV/AIDS dan IMS. Tapi berbicara di luar café, justru yang kami banyak temukan itu di luar café, seperti ibu2 yang punya suami perantau, justru kasus yang kami laporkan ke provinsi itu banyak kasus di luar café. Terus untuk tugas kami dari PKM wangi wangi terkait pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS ini, selain penyuluhan ke café atau tempat beresiko (Wd.M)

Pemberian edukasi atau intevensi kepada target sasaran atau populasi umum diharapkan dapat menurunkan angka IMS baru. Mengedukasi tentang cara pencegahan IMS bukan hanya memberikan dampak saat ini tetapi dapat mengatasi infeksi di masa datang. Pentingnya KIE (komunikasi, Informasi dan Edukasi) pada remaja seperti yang dilakukan oleh dinas Kesehatan dan KPAD Wakatobi, karena pada kelompok usia tersebut memiliki angka IMS yang tinggi karena secara psikologis selalu ingin tahu, penasaran dan mencoba hal-hal baru, sehingga dengan adanya KIE diharapkan dapat dengan mudah merubah perilakunya. Adanya penyuluhan dengan istilah *ABAD (Aku tahu aku bangga) HIV/AIDS* yang di desain khusus untuk anak sekolah SMP dan SMA serta digunakan dengan tujuan perubahan pengetahuan yang teraplikasi dalam perilaku mereka. Dengan cara ini diharapkan pesan dapat tersampaikan secara efektif, hanya mungkin akan lebih

efektif jika memanfaatkan informasi melalui teman sebaya atau peer group.

KIE mengenai IMS termasuk HIV/AIDS perlu digiatkan dan diperluas pada semua kelompok sasaran sehingga perlu adanya kepedulian Bersama mengingat penyakit ini belum ada obatnya. Menurut WHO/ILO (2005), bahwa belum ada vaksin untuk mencegah HIV/AIDS, dan pengobatannya juga belum ada. Pencegahan sangat tergantung pada kampanye kesadaran masyarakat yang mendukung, yang memerlukan waktu dan kesabaran¹⁹.

Deteksi dini pada ibu hamil yang dilakukan pada puskesmas-puskesmas di Wakatobi. Hal ini merupakan program Kesehatan dari Kemenkes berupa kolaborasi dengan program pencegahan dan pengendalian IMS dalam hal program Keluarga Berencana, Kesehatan reproduksi remaja, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), imunisasi dan pencegahan HIV. Data dari SIHA Kemenkes¹⁵ bahwa Lebih dari 90% bayi terinfeksi HIV tertular dari ibu HIV positif. Penularan tersebut dapat terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) atau Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (PMTCT) merupakan intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan tersebut. Upaya ini diintegrasikan dengan upaya eliminasi sifilis

kongenital, karena sifilis meningkatkan risiko penularan HIV di samping mengakibatkan berbagai gangguan kesehatan pada ibu dan juga ditularkan kepada bayi seperti pada infeksi HIV. Dalam upaya pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu ke anak, layanan PPIA dan pencegahan sifilis kongenital diintegrasikan dengan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Hal ini dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan. Untuk meningkatkan cakupan dan pelayanan PPIA, Kementerian Kesehatan telah melakukan beberapa kegiatan, antara lain: i) pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memberikan pelayanan PPIA, ii) peningkatan kemampuan klinis melalui TOT fasilitator dan pelatihan bagi petugas kesehatan, iii) penyusunan buku pedoman petunjuk pelaksanaan pencegahan penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi petugas kesehatan di fasilitas kesehatan pemerintah dan non-pemerintah.

Screening yang dilakukan di Wakatobi terkait program PPIA belum dilaksanakan oleh semua puskesmas namun hanya pada puskesmas yang ada temuan kasus HIV nya saja seperti di puskesmas Wangi-wangi yang dalam melaksanakan *screening* pada ibu hamil di 12 desa dalam wilayahnya. Berdasarkan informasi yang didapatkan bahwa

keterbatasan anggaran, fasilitas dan sarana prasarana termasuk SDM masih kurang di Wakatobi. Diperlukan penguatan semua sistem termasuk aktivitas penunjang dalam hal fasilitas dan sarana prasarana yang memadai agar petugas Kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan terkait pencegahan dan pengendalian IMS dapat bekerja secara maksimal.

Pengendalian dan Pemberantasan penyakit (P2P) Kemenkes RI (2017;15,22-23), mengeluarkan panduan pelaksanaan upaya pencegahan HIV di masyarakat untuk mencegah terjadinya penularan terutama bagi orang yang belum tertular dan membantu orang yang telah terinfeksi untuk tidak menularkan kepada orang lain atau pasangan²⁴:

1. Pada pengendalian HIV, upaya pencegahan meliputi beberapa aspek yaitu penyebaran informasi, promosi penggunaan kondom, skrining darah, pengendalian IMS yang adekuat, penemuan kasus HIV dan pemberian ARV sedini mungkin, pencegahan dari ibu ke anak, pengurangan dampak buruk, sirkumsisi, pencegahan dan pengendalian infeksi di Faskes dan profilaksis pasca pajanan untuk kasus perkosaan dan kecelakaan kerja.
2. Penyebaran informasi tidak menggunakan gambar atau foto yang menyebabkan ketakutan, stigma dan diskriminasi.

3. Penyebaran informasi perlu menekankan manfaat tes HIV dan pengobatan ARV
4. Penyebaran informasi perlu disesuaikan dengan budaya dan bahasa atau kebiasaan masyarakat setempat.

Peran Pemangku kepentingan Utama, Melibatkan Sejumlah Pihak dalam berbagai Upaya yang dilakukan dengan peran Masing-masing²⁴

Peran Pemangku kepentingan Utama, Melibatkan Sejumlah Pihak dalam berbagai Upaya yang dilakukan dengan peran Masing-masing²⁴

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
1	Pengelola Program P2M	• Melakukan pemetaan situasi epidemi HIV Propinsi • Menyusun dan sosialisasi NSPK terkait dengan HIV • Menjamin ketersediaan obat ARV dan mengupayakan reagen HIV dan sifilis dan logistik lainnya serta mendistribusikannya • Membantu menyediakan sarana dan prasarana (<i>viral load</i> dan CD4) program PPIA bagi propinsi yang tidak	• Melakukan pemetaan situasi epidemi HIV kabupaten/kota • Mengadakan dan mengusulkan ketersediaan obat sifilis, reagen HIV dan sifilis, logistik lainnya dan mendistribusikannya • Melakukan pelatihan tes HIV bagi petugas laboratorium di tingkat propinsi dan kabupaten/kota • Melakukan pelatihan konselor HIV • Melakukan pertemuan	• Inventarisasi fasilitas kesehatan dan tenaga yang terkait dengan pengelolaan Program HIV • Pemetaan sasaran program HIV • Melaksanakan pelatihan PDP/CST bagi nakes di puskesmas dan RS • Mengadakan reagen HIV dan sifilis dan mengusulkan permintaan obat sifilis, dan logistik lainnya ke tingkat Propinsi • Melakukan pertemuan berkala HIV • Membentuk dan membina jejaring kerjasama dengan

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
		mampu • Melakukan <i>training of trainer</i> (TOT) tentang HIV dan sifilis • Mengadakan pertemuan berkala tentang HIV dan sifilis • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan terkait HIV dan sifilis • Memberikan acuan kegiatan pencatatan dan pelaporan • Mengupayakan pembiayaan kegiatan HIV	berkala program HIV, termasuk PPIA di tingkat propinsi • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan program HIV ke kabupaten/kota • Melakukan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan SIHA dari kabupaten/kota di wilayahnya • Mengupayakan pembiayaan kegiatan HIV	LSM dan KDS-HIV • Membentuk dan membina jejaring kerjasama dengan LSM dan KDS terkait PPIA • Membentuk dan membina jejaring rujukan kasus antara RS, Puskesmas, KDS/LSM dan kader kesehatan • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis • Melakukan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
2	Pengelola Program KIA	• Menyusun dan sosialisasi NSPK terkait dengan PPIA • Melakukan <i>training of trainer</i> (TOT) PPIA tingkat Pusat dan Propinsi • Melakukan pertemuan berkala PPIA di tingkat Pusat • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA • Mengupayakan pembiayaan kegiatan PPIA • Menyusun acuan pencatatan PPIA di layanan KIA, KB dan konseling remaja	• Pelatihan PPIA di tingkat propinsi dan kabupaten/kota, bagi kepala puskesmas dan bidan • Melakukan pertemuan berkala PPIA di tingkat propinsi • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA ke kabupaten/kota • Mengupayakan pembiayaan kegiatan PPIA • Melakukan rekapitulasi pencatatan dari kabupaten/kota di wilayahnya	• Pemetaan sasaran program PPIA • Melakukan orientasi PPIA bagi pengelola Program PPIA di kabupaten/kota • Melaksanakan orientasi dan pelatihan PPIA bagi tenaga kesehatan (kepala puskesmas, bidan dan perawat) di puskesmas dan RS • Melakukan pertemuan berkala PPIA di tingkat kabupaten/kota termasuk di RS • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA ke puskesmas • Melakukan rekapitulasi pencatatan dari fasilitas kesehatan di wilayah kabupaten/kota

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
3	Pengelola Program Promkes	• Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan terkait PPIA • Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait PPIA • Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait PPIA • Mengembangkan strategi komunikasi PPIA	• Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan terkait PPIA sesuai dengan spesifikitas lokal • Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait PPIA • Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait PPIA • Mengupayakan pembiayaan promkes terkait dengan PPIA	• Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan terkait PPIA sesuai dengan spesifikitas lokal • Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait PPIA • Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait PPIA • Mengupayakan pembiayaan promkes terkait PPIA
4	Pengelola Program Yankes	• Menyiapkan <i>centre of excellent</i> layanan HIV • Melakukan akreditasi terhadap fasilitas	• Memetakan RS yang mampu memberikan layanan ODHA • Membantu menyediakan sarana dan prasarana	• Memetakan RS yang mampu memberikan layanan ODHA • Memetakan pelayanan primer yang mampu memberikan

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
		kesehatan dasar dan rujukan • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA di fasyankes • Membuat dan melaksanakan sistem pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium	upaya PPIA di kabupaten/kota yang tidak mampu • Menyiapkan RS yang mampu memberikan layanan ODHA • Menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan regional • Melakukan pembinaan dalam mencapai akreditasi terhadap fasilitas kesehatan dasar/rujukan • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA ke fasyankes • Melaksanakan sistem	layanan PPIA • Menyediakan sarana dan prasarana upaya PPIA • Menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan mampu memberikan layanan ODHA • Melakukan pembinaan dalam men- capai akreditasi terhadap fasilitas kesehatan dasar dan rujukan • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA ke fasyankes • Melaksanakan sistem pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium

No	Lintas Program	Peran		
		Pusat	Propinsi	Kabupaten/kota
			pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium	
5	BKKBN	• Menyediakan dan mendistribusikan alokon ke propinsi • Mengembangkan metoda dan strategi KIE untuk remaja, PUS dan ODHA • Sosialisasi strategi KIE ke propinsi • Pemantauan dan evaluasi	• Menyediakan dan mendistribusikan alokon ke kabupaten/kota • Mengembangkan metoda dan strategi KIE untuk Remaja, PUS dan ODHA • Sosialisasi strategi KIE ke kabupaten/kota • Pemantauan dan evaluasi	• Menyediakan dan mendistribusikan alokon ke fasyankes • Mengembangkan metoda dan strategi KIE untuk remaja, PUS, ODHA • Sosialisasi strategi KIE ke fasilitas kesehatan • Pemantauan dan evaluasi
6	Pengelola Sumber Daya Kesehatan	• Melakukan sertifikasi pelatihan PPIA • Melakukan pelatihan PPIA	• Melakukan sertifikasi pelatihan PPIA • Melakukan pelatihan PPIA	• Melakukan pelatihan PPIA

d. Upaya Pencegahan dengan Pelibatan Komunitas

Kompleksnya masalah dalam penanganan infeksi menular seksual, tidak bisa dibebankan kepada pemerintah saja karena ini merupakan masalah bersama sehingga butuh pelibatan masyarakat. Artinya, untuk mencapai target pemerintah dalam penanggulangan IMS, perlu adanya peran aktif dari masyarakat untuk ikut bertanggung jawab atas masalah-masalah kesehatan yang terjadi disekitarnya. Upaya melibatkan komunitas untuk menjaga yang sehat agar tidak terinfeksi dan memutus rantai penularan IMS.

Berdasarkan hasil FGD dan penelusuran kepada informan terkait saat penelitian, didapatkan informasi terkait upaya pencegahan dengan pelibatan komunitas, sebagai berikut:

Kalau kami lihat 2013-2014 itu, tokoh masyarakat bersama-sama dinas kesehatan, khususnya dalam beberapa waktu terakhir ini sudah tidak ada lagi hal-hal yang seperti itu. Saya juga kurang paham, ibu.. kira-kira kendala apa ya... mungkin ada sesuatu hal terkait masalah wisata, mungkin seperti itu (tokoh adat)

Selanjutnya pihak KPA, mengungkapkan bahwa:

Yang tepat dilakukan sekarang dalam pelibatan tokoh-tokoh masyarakat adalah sekedar sosialisasi saja tapi mereka maunya yaaa tutup saja THM itu. Hanya kalo di tutup yang kita takutkan adalah door to doornya itu yg sulit mencari mereka, sulit untuk diberikan sosialisasi

dan penyuluhan karna tidak bisa dikumpulkan lagi. Kegiatan kami hanya terbatas sosialisasi dan kalo dapat kasus bagaimana ini bisa diobati. (KPA)

Perubahan social membutuhkan keterlibatan masyarakat, tentu saja keberadaan penggerak yang dapat memobilisasi masyarakat secara luas dan komunitas. Dalam upaya pencegahan dan penanganan IMS/HIV di Wakatobi, pelibatan komunitas masih minim dilakukan karena banyak kendala. Berdasarkan informasi yang didapatkan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) pernah ada namun kemudian tidak aktif lagi. Begitupun dengan pelibatan tokoh-tokoh masyarakat hanya sekedar sosialisasi saja karena adanya keterbatasan anggaran dan keinginan tokoh masyarakat yang menginginkan THM ditutup karena anggapan melanggar agama. Namun hal tersebut tidak bisa dilakukan karena akan menyulitkan pihak terkait untuk melacak keberadaan para pekerja THM dan hal ini dikhawatirkan malah akan menyulitkan upaya pencegahan dan penanganan IMS.

Pelibatan komunitas tentu sangat penting karena mereka sebagai jembatan program Kesehatan ke masyarakat, mereka bisa menjadi factor penguat dalam penyebaran informasi yang menunjang penanggulangan HIV/AIDS di masyarakat.

- e. Upaya pengendalian, Pengobatan dan monitoring Kasus

Berdasarkan rencana aksi program pencegahan dan pengendalian penyakit 2015-2019, bahwa Prioritas pencegahan dan pengendalian penyakit menular tertuju pada pencegahan dan pengendalian penyakit HIV/AIDS dan penyakit infeksi lainnya. Kecenderungan prevalensi kasus HIV yang meningkat terutama pada kelompok usia 15-49 tahun meskipun berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah.

Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit HIV/AIDS juga dilakukan di Wakatobi walaupun masih mengalami keterbatasan fasilitas dan sarana prasarana seperti yang diungkapkan berikut:

“Biasanya kalau seorang istri diperiksa dan hasilnya positif, biasanya kami panggil juga suaminya atau anak-anaknya, itu yang kami lakukan. Kalau kemarin kami ada kasus istrinya ini sebenarnya sudah AIDS dan padahal istrinya sudah berobat ke luar daerah dan dia kembali ke wakatobi dan kita lakukan skrining, ternyata HIV positif. Cuma kondisinya sudah AIDS dan itu kita panggil suaminya, mereka ada anak 2 orang, ibu ini satu dua minggu diperiksa setelah itu meninggal. Suaminya ini kita panggil untuk pemeriksaan tapi saat itu hasilnya masih ragu-ragu, tapi kalau pemeriksaan rapid kan ragu-ragu itu sama dengan positif. Saat itu kita follow up, kita diskusi dan sudah dibikinkan rujukan, hanya masalahnya dia tidak kembali dan dia berangkat ke Maluku, memang mereka kerjanya disana” (As)

“Kemarin waktu kami evaluasi di provinsi bahwa sebenarnya kasus ini ada 16 kasus tapi ada tambahan dari dari kendari 2 dan baubau 1 maka bertambahlah kami 19. Kemarin dari baubau dan kendari mengatakan bahwa kasus itu dari wakatobi dan kembali berobat ke wakatobi. Kadang sudah didapatkan kasus positif tetapi yang mengidap ini ekonomi kebawah sehingga untuk merujuknya ke kendari kita membutuhkan biaya, jadi itu yang perlu kita bahas pada kesempatan ini karena ini bukan hanya tanggungjawab kami dari dinkes karena ada beberapa kasus ini sudah programmer dari puskesmas bahwa ini sudah positif artinya sudah garis dua untuk skriningnya, mereka sudah mau rujuk tapi si pengidap mengatakan tidak ada biaya untuk ke RS kendari atau ke BauBau” (Nrh).

Peningkatan kasus yang terjadi di wakatobi merupakan pekerjaan rumah pemerintah setempat untuk memutus mata rantai penularan, setidaknya membatasi terjadinya penularan. Penemuan kasus dan skrining dilakukan untuk mendeteksi terjadinya penularan dan penanganan infeksi yang muncul dan melakukan rujukan ke fasilitas Kesehatan yang lebih lengkap. Namun banyak kendala yang saat pengendalian dan penanganan kasus HIV, antara lain pengidap HIV dan keluarganya tidak sadar mengenai risiko penyakitnya sehingga mengabaikan pengobatannya. Meskipun telah diberikan informasi tentang IMS yang dialami dan dilakukan rujukan, namun pengidap HIV tersebut tidak melanjutkan pengobatan dan memilih

melanjutkan pekerjaannya di tempat lain. Kendala lainnya adalah kurangnya pemantauan dan pendampingan yang dilakukan saat ada temuan kasus baru seperti yang pernah terjadi. Pasien yang terinfeksi adalah perantau yang bekerja sebagai pedagang dan terbatas secara ekonomi serta tidak memiliki dana untuk biaya akomodasi saat dirujuk ke Kendari, begitupun dengan pihak dinas Kesehatan dan KPAD Wakatobi yang mengalami keterbatasan anggaran untuk mendampingi serta membantu biaya rujukan pasien HIV ke Rumah Sakit di Kendari.

Idealnya, pengendalian dan pengobatan IMS harus sesuai dengan petunjuk dalam P2P Kemenkes²⁴, sebagai berikut:

Tujuan:

Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat IMS yang sebenarnya bisa dicegah dan diobati, serta mencegah infeksi HIV

Panduan Pelaksanaan

- Pengendalian IMS merupakan upaya kesehatan masyarakat esensial yang wajib dilakukan oleh puskesmas.
- Pemeriksaan IMS dilakukan secara terpadu dengan layanan kesehatan lainnya seperti layanan KIA dan KB. Penapisan IMS perlu dilakukan pada pekerja seks,

penasun, LSL, waria, pria dan wanita usia subur, dan pada ibu hamil saat ANC.

- FKTP melakukan layanan IMS sesuai dengan standar pelayanan IMS, dengan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia di FKTP.
- Deteksi dini IMS pada ibu hamil dapat dilakukan di FKTP dan jaringan Puskesmas (Pustu, Pusling dan Bidan Desa).
- Setiap PUS yang datang ke layanan KB dilakukan penapisan IMS.
- Puskesmas membuat perencanaan untuk kebutuhan tenaga, alat, bahan habis pakai, reagen dan obat sesuai standar layanan IMS.
- Puskesmas memetakan lokasi transaksi seksual berisiko (*hot spot*) dan keberadaan populasi kunci di wilayah kerjanya. Pemutakhiran dilakukan tiap 1–2 tahun sekali, sehingga puskesmas dapat menentukan dan menjalankan upaya pencegahan dan pengendalian IMS yang akan dilakukan.
- Puskesmas yang di wilayah kerjanya terdapat *hotspot*, melakukan penapisan IMS bekerjasama dengan para pengelola *hotspot* atau LSM.
- Minimal pada 80% populasi kunci dilakukan pemeriksaan

IMS secara rutin setidaknya setiap 3 bulan.

- Kerjasama dengan para pengelola dan pemilik bar/panti pijat agar mereka dapat mendukung penapisan dan pengobatan IMS secara rutin
- FKTP melakukan tata laksana IMS melalui pendekatan sindrom dan pemeriksaan laboratorium sederhana dengan hasil pada hari yang sama. Apabila fasilitas terbatas dapat menggunakan pendekatan sindrom saja.
- Seluruh pasien IMS diberikan pengobatan sesuai dengan pedoman termasuk pemberian kondom sebagai paket pengobatan dan informasi pencegahan.
- Lakukan pemeriksaan dan pengobatan pasangan seksual pasien IMS
- Semua tatalaksana kasus IMS wajib dicatat dalam rekam medis atau didokumentasikan dengan lembar pencatatan SIHA
- Lakukan pencatatan secara rutin dan lakukan evaluasi secara internal. Hasil evaluasi disampaikan kepada para pemangku kepentingan di wilayah kerja puskesmas.
- Diseminasi hasil evaluasi disampaikan juga kepada pengelola *hotspot* dan komunitas populasi kunci.

Monitoring Kasus:

- Menentukan program pengendalian HIV-AIDS dan PIMS yang akan dipantau dan dievaluasi pada wilayah kerja FKTP/puskesmas.
- Menentukan populasi sasaran.
- Menentukan target kegiatan layanan.
- Mengidentifikasi sumber informasi yang dibutuhkan untuk melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan layanan HIV-AIDS dan IMS.
- Melakukan analisis data dilanjutkan membuat pertemuan untuk mendiskusikan hasil analisis sederhana serta merencanakan untuk perbaikan pelayananan setiap bulannya. Integrasikan kegiatan ini sebagai bagian sistem kontrol kualitas layanan FKTP.
- Mendiskusikan hasil analisis dan rencana perbaikan kegiatan layanan antar unit di dalam puskesmas.
- Diseminasikan hasil tersebut kepada pemangku wilayah setempat, misal Camat, Lurah atau Kepala Desa guna mendapatkan dukungan untuk perbaikan kegiatan layanan yang menyeluruh di wilayah puskesmas.
- Melaporkan hasil dari pelaksanaan semua kegiatan monitoring dan evaluasi kepada Dinas Kesehatan Kab/kota.

BAB V

Kesimpulan

Kesimpulan Penelitian adalah, pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Wakatobi telah dilaksanakan meskipun dengan banyak keterbatasan seperti anggaran, sarana/prasarana dan fasilitas. Pencegahan dengan pemberian edukasi pada remaja SMP dan SMA, pemeriksaan secara berkala tiap 6 bulan pada THM dan Skrining pada ibu hamil pada wilayah puskesmas yang terdapat kasus HIV. Penanganan dan pengendalian dengan melakukan rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap seperti Rumah Sakit di Kendari dan Baubau.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi yang telah mendanai penelitian ini, kepada pihak Universitas Muslim Indonesia yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pengembangan pengetahuan dan kepada Pemerintah Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara sebagai lokasi penelitian serta informan yang telah bersedia terlibat dan membantu terlaksananya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aryani, Dkk. 2015. Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual Pada Wanita Pekerja Seksual Kabupaten Tegal. Kemas 10 (2) (2015) 160-168
2. Aswadi, dkk. 2020. Strategi Promosi Kesehatan dalam Peningkatan Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga di Puskesmas Polombangkeng Selatan Kabupaten Takalar. Higiene VOLUME 6, NO. 1, JANUARI-APRIL 2020
3. BPS Wakatobi. 2020. Kabupaten Wakatobi Dalam Angka 2020.
4. Dewi Rokhmah. 2014. Implikasi Mobilitas Penduduk dan Gaya Hidup Seksual terhadap Penularan HIV AIDS, 9 (2).
5. Depkes RI. 2016. Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela (Voluntary Counselling and Testing).
6. DIREKTORAT PENGAWASAN KESEHATAN KERJA. 2005. Pedoman bersama ILO/WHO tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS. Jakarta.
7. Feberiana, Ririn. 2018. Risiko penularan HIV. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional

8. Hardisman, 2009. HIV/AIDS di Indonesia : Fenomena Gunung Es dan Peranan Pelayanan Kesehatan Primer. Jurnal kesehatan Masyarakat Nasional, Vol. 3. NO. 5 April 2009
9. Hutagalung. 2017. Pengaruh Demografi dan Pengetahuan Pekerja Seks Komersial tentang Hiv/Aids Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Klinik VCT Komite penanggulangan Hiv/Aids di kabupaten Toba Samosir. Repositori Institusi Universitas Sumatera Utara.
10. Ismawati. 2018. Upaya Pencegahan HIV/AIDS berbasis Masyarakat dengan Konsep Community System Strengthening (CSS) di Wilayah Kerja Puskesmas Baula Kecamatan Baula Kabupaten Kolaka. Tesis tidak dipublikasikan.
11. Jambak,dkk. 2016. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Pasien HIV/AIDS. Jurnal Human Care, Vol. 1. No. 2.
12. Kementerian Kesehatan RI. 2012. Laporan Kementerian Kesehatan Triwulan IV Tahun 2012. Kementerian RI. Jakarta
13. -----, 2015 Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2015; 1.
14. -----,2016. Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia Tahun 2015. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

15. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2017. Laporan Situasi Perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia Tahun 2013. <http://www.aidsindonesia.or.id>.
16. Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya (LP2S) UMI. 2016. Rencana Strategi Penelitian Universitas Muslim Indonesia (RSP UMI 2017-2021
17. Lurie, M.N et al. 2003. *The Impact of Migration on HIV-1 Transmission in South Africa : A Study of Migrant and Non Migrant Men and Their Partners*. Sex. Transm. Dis. 30 (149-156)
18. Mahat, G., Scoloveno, M.A., Ayres, C. 2011. HIV/AIDS Knowledge and Self-Efficacy Among Nepalese Adolescents: A Peer Education Program. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 25, No. 4, 2011, pp. 271-283.
19. Nadioo, J. & Wills. 1996. *Health promotion*. Foundation for Practice. London: Baillere Tindall.
20. Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
21. ----- 2016. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Cetakan Ketiga, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
22. Noor, Munawar. 2011. Pemberdayaan Masyarakat. *Jurnal Ilmiah CIVIS*, Volume I, No 2, Juli 2011

23. Pratiwi. 2011. Hubungan Karakteristik Remaja Terkait Risiko Penularan HIV-AIDS dan Perilaku Seks Tidak Aman di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol. 14, No. 4 (Okt), ISSN 1410-2935 e-ISSN 2354-8738
24. P2P Kemenkes RI. 2017. Buku saku Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta.
25. Rahmi Yuningsih. 2019. Strategi Promosi Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Sanitasi Lingkungan. Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial | Volume 10, No. 2 Desember 2019
26. Shaluhiah Z, Musthofa SB, Widjanarko B (2017). Public Stigma to People Living with HIV/AIDS. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 9(4) 333-339.
27. Sri Widayanti, Pemberdayaan Masyarakat: Pendekatan Teoritis Welfare, Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial, Vol. 1, No. 1, Januari-Juni 2012
28. Subaris, Heru. 2016. Promosi Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, dan Modal Sosial. Nuha Medika;Yogyakarta.
29. WHO/UNAIDS. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. Available at: www.who.int/hiv/pub/sti/en/prev_care_en.pdf. p.21. diakses tanggal 19 Agustus 2021.

30. Widyanti. 2015. Penerapan Nilai-nilai Kearifan Lokal dalam Budaya Masyarakat Kampung Adat Cirendeus Sebagai Sumber Pembelajaran IPS. JPIS, Jurnal Pendidikan dan Ilmu Sosial, Vol. 24, No. 2, Edisi Desember 2015.
31. Wirahayu dan Setyabakti. 2014. Pencegahan HIV pada Anggota TNI-AL Dilihat dari Pengetahuan, Sikap dan Tindakan. Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 2, No. 2 Mei 2014; 161-170
32. Wolinsky, F. Seeking and Using Health Services. The Sociology of Health (2nd edition). Belmont, CA: Wadsworth ; 1988.
33. Zaki Mubarak, 2010, Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat Ditinjau Dari Proses Pengembangan Kapasitas Pada Kegiatan Pnpm Mandiri Perkotaan, UNDIP, Semarang

DOKUMENTASI



FGD Pemberdayaan Komunitas Masyarakat Wakatobi sebagai upaya pencegahan HIV/AIDS Berbasis Kearifan Lokal Buton



Tim Peneliti

