



**PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN HIV DAN
AIDS PADA GAY PEKERJA SEKS
DI KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES
Oleh
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Arum Suryani

NIM. 6411412158

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
2016**

ABSTRAK

Arum Suryani

Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada Gay Pekerja Seks di Kota Semarang

xvii + 134 halaman + 12 tabel + 5 gambar + 12 lampiran

Gay pekerja seks merupakan kelompok berisiko terkena HIV-AIDS. Prevalensi HIV pada Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) di Indonesia meningkat 7% pada tahun 2009 menjadi 12,8% pada 2013. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan perilaku pencegahan penularan HIV-AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang tahun 2016. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik *snowball sampling*. Informan adalah *gay* pekerja seks dengan jumlah 4 informan. Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan mengenai HIV- AIDS cukup baik, semua informan merasa pekerjaan mereka berisiko tinggi, jika terinfeksi HIV akan merasa dikucilkan dari masyarakat dan tertekan, hambatan yang dirasakan adalah mengurangi aktivitas seksual dan adanya rasa malu periksa ke pelayanan kesehatan, sebagian besar informan tidak konsisten dalam menggunakan kondom dan pelicin serta sebagian kecil informan belum pernah melakukan tes VCT. Saran untuk komunitas dan KPA Kota Semarang yaitu memperluas intervensi melalui media KIE, melakukan kegiatan pendampingan, penyediaan dan distribusi kondom serta pelicin dijamin keberlanjutannya.

Kata Kunci: HIV-AIDS, *Gay* Pekerja Seks

Kepustakaan:52 (2002-2015)

ABSTRACT

Arum Suryani

Prevention Behaviour of HIV and AIDS Transmission among Gay Sex Worker in Semarang City

xvii + 134 pages + 12 tables + 5 images + 12 attachments

Gay sex worker or is a risk group infected to HIV-AIDS. HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Indonesia increasing time to time, 7% in 2009 to 12,8% in 2013. The purpose of this study was to describe the prevention of transmission HIV-AIDS of gay sex worker in Semarang. This research used qualitative method with snowball sampling technique. The informants were gay sex worker with total 4 informants. The results showed knowledge about HIV-AIDS is quite good , all the informants feel their work is high risk, if they are infected by HIV they will feel excluded society and distressed, barriers perceived is to reduce sexual activity and their shame check to services health, most informants are not consistent for use of condoms and lubricants and some small informant have never done a test of VCT. Suggestions for the community and the KPA Semarang is expanding KIE interventions through media, advisory activities, supply and distribution of condoms and lubricants guarantee its sustainability.

Keywords: HIV-AIDS, Gay Sex Worker

Bibliography : 52 (2002-2015)

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Arum Suryani
NIM : 6411412158
Jurusan : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Ilmu Keolahragaan
Judul Skripsi : Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS
pada *Gay* Pekerja Seks di Kota Semarang

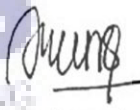
Menyatakan dengan ini sesungguhnya bahwa skripsi ini hasil karya saya sendiri dan tidak menjiplak karya ilmiah orang lain. Bagian tulisan dalam skripsi ini merupakan kutipan dari karya ahli atau orang lain, telah diberi penjelasan sumbernya dan tata cara sesuai kutipan.

Apabila pernyataan saya ini tidak benar saya bersedia menerima sanksi akademik dari Universitas Negeri Semarang dan sanksi hukum sesuai ketentuan yang berlaku di wilayah Negara Republik Indonesia.

Semarang, Agustus 2016

Yang menyatakan,

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG


Arum Suryani

NIM. 6411412158

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Skripsi atas nama Arum Suryani NIM. 6411412158 dengan judul **“Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada Gay Pekerja Seks di Kota Semarang”**

Pada hari : Senin

Tanggal : 19 September 2016

Panitia Ujian



Ketua Panitia,

Prof. Dr. Tandivo Rahayu, M.Pd
NIP. 19610320 198403 2 001

Sekretaris,

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
NIP. 19600610 198703 1 002

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

**Ketua Penguji
(Penguji I)**

Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes.
NIP. 19760719 200812 1 002

26-9-2016

**Anggota Penguji
(Penguji II)**

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid)
NIP. 19751217 200501 1 003

29-9-2016

**Anggota Penguji
(Penguji III)**

Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes.
NIP. 19820518 201212 1 002

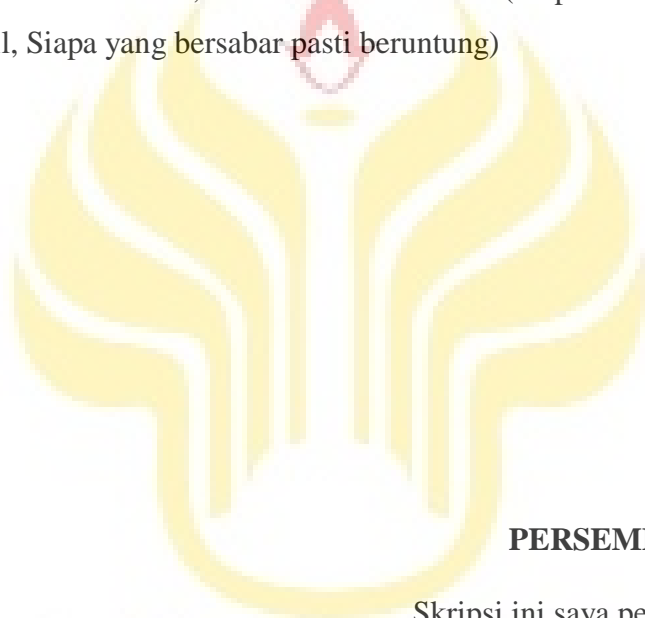
6/10-2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Allah tidak akan menyalahi janji-Nya, tetapi kebanyakan manusia tidak mengetahui. (Q.S. Ar-Rum : 6)

Man Jadda Wa Jadda, Man Shabara Zhafira (Siapa bersungguh-sungguh pasti berhasil, Siapa yang bersabar pasti beruntung)



PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Bapak Slamet Santoso dan Ibu Sutriyani tercinta atas dorongan, motivasi dan doa yang tak pernah terhenti
2. Adik-adik saya (Arlia Isma Dwi Santoso dan Arini Tri Lestari)
3. Almamater Universitas Negeri Semarang

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada *Gay* Pekerja Seks di Kota Semarang” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Keberhasilan penelitian sampai dengan tersusunnya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, dengan rendah hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. Setya Rahayu, M.S, atas ijin penelitian yang diberikan.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes, atas persetujuan penelitian.
4. Pembimbing Skripsi, Bapak Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes, atas bimbingan, arahan, serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji Skripsi, Bapak Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes, dan Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes, atas saran dan masukkan dalam perbaikan skripsi ini.

6. Dosen wali, Ibu Dr. dr. Oktia Woro KH., M.Kes, yang telah mendampingi sejak awal hingga akhir masa perkuliahan.
7. Bapak Ibu Dosen serta staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu pengetahuan, bimbingan serta membantu dalam segala urusan administrasi penelitian.
8. Seluruh staf Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang khususnya Penjangkau Lapangan, Ibu Siesmeni yang telah membantu memberikan informasi dan mendampingi saat penelitian berlangsung.
9. Seluruh anggota Komunitas Rumah Pelangi Indonesia, Mas Oriel, Mas Sebastian, Mas Tri, Mas Stanley, Kak Jessica dan Mas Bagoes yang telah membantu menemukan informan penelitian.
10. Seluruh informan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
11. Keluargaku tercinta Bapak Slamet Santoso, Ibu Sutriyani, Adik-adikku Arlia Isma Dwi Santoso dan Arini Tri Lestari, yang telah memberikan dorongan semangat, kasih sayang dan doanya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Richo Dimas Bimantara, yang telah membantu dalam penyusunan skripsi dari awal hingga akhir, memberikan doa, semangat dan dukungan serta motivasi untuk mencapai gelar Sarjana.
13. Sahabat baikku dari awal kuliah hingga sekarang (Dinda, Nima, Gloria, Inaya, Susi, Dwima, Marsya, Anin) yang telah mendukung, menghibur serta memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

14. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2012 khususnya rombel 4 dan Keluarga PKIP 2014 yang telah memberikan dukungan, doa dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
15. Senior PAPIKA sekaligus senior PKIP, Elisa Happy Amalia, S.KM., yang telah memberikan arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
16. Teman-teman yang membantu dalam mencari dan mewawancarai informan Nirmala, Malik, Andik, Agitta, Aryati, Hanif, Benny, Mardito, Shinta, Nae, Nadya, Apriliana, Ella.
17. Semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Pada skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.



Semarang, Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.2.1 Rumusan Masalah Umum.....	7
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Manfaat bagi Informan.....	9
1.4.2 Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	9

1.4.3	Manfaat Bagi Peneliti	9
1.5	Keaslian Penelitian	10
1.6	Ruang Lingkup Penelitian.....	12
1.6.1	Ruang Lingkup Waktu	12
1.6.2	Ruang Lingkup Tempat	12
1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA		14
2.1	Seksualitas dan Gender	14
2.1.1	Definisi Seksualitas dan Gender	14
2.1.2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas	14
2.2	Orientasi Seksual	16
2.2.1	Definisi Orientasi Seksual.....	16
2.2.2	Jenis – Jenis Orientasi Seksual	16
2.2.3	Hubungan Antara Orientasi Seksual, Gender dan Seks.....	17
2.3	Homoseksual.....	18
2.3.1	Definisi Homoseksual.....	18
2.3.2	Jenis - Jenis Homoseksualitas.....	18
2.3.3	Faktor Penyebab Terjadinya Homoseksual.....	19
2.3.4	Status Pekerjaan Kelompok Homoseksual	20
2.4	<i>Gay</i> Pekerja Seks	20
2.4.1	Pengertian <i>Gay</i> Pekerja Seks	20
2.4.2	Klasifikasi <i>Gay</i> Pekerja Seks	22
2.4.3	Perilaku Seksual <i>Gay</i> Pekerja Seks.....	22

2.5 HIV dan AIDS	25
2.5.1 Definisi HIV dan AIDS	25
2.5.2 Epidemiologi.....	26
2.5.3 Gejala Klinis	26
2.5.4 Patogenesis.....	27
2.5.5 Cara Penularan HIV dan AIDS	28
2.6 Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS	30
2.6.1 Definisi Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS	30
2.6.2 Faktor yang Meningkatkan Penularan HIV AIDS	31
2.6.3 Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada <i>Gay</i> Pekerja Seks	32
2.7 Teori Perubahan Perilaku.....	33
2.7.1 Umur	34
2.7.2 Pendidikan.....	34
2.7.3 Pengetahuan	35
2.7.4 Sikap	37
2.7.5 Pelayanan Kesehatan	38
2.8 Kerangka Teori	39
2.8.1 Teori Health Belief Model (HBM)	39
2.8.2 Bagan Kerangka Teori	43
BAB III METODE PENELITIAN	44
3.1 Alur Pikir	44
3.2 Fokus Penelitian.....	44

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	45
3.4 Subjek Penelitian	46
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	48
3.5.1 Instrumen Penelitian.....	48
3.5.2 Teknik Pengambilan Data	49
3.6 Prosedur Penelitian	51
3.7 Pemeriksaan Keaslian Data.....	52
3.8 Teknik Analisis Data.....	53
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	55
4.1 Gambaran Umum.....	55
4.1.1 Gambaran Umum Proses Penelitian.....	55
4.1.2 Gambaran Umum Kota Semarang.....	57
4.1.3 Gambaran Umum <i>Gay</i> Pekerja Seks	57
4.1.4 Karakteristik Informan Utama.....	58
4.1.5 Karakteristik Informan Triangulasi	61
4.2 Hasil Penelitian	62
4.2.1 Profesi sebagai <i>Gay</i> Pekerja Seks.....	62
4.2.2 Pengetahuan tentang HIV dan AIDS.....	77
4.2.3 Keyakinan akan Kerentanan Terinfeksi HIV dan AIDS	82
4.2.4 Keyakinan akan Keseriusan Terinfeksi HIV dan AIDS.....	84
4.2.5 Keyakinan akan Manfaat Pencegahan HIV dan AIDS.....	86
4.2.6 Keyakinan akan Hambatan Pencegahan HIV dan AIDS	87
4.2.7 Isyarat untuk Bertindak	88

4.2.8 Perilaku Informan dalam Pencegahan HIV dan AIDS.....	92
BAB V PEMBAHASAN	107
5.1 Pembahasan.....	107
5.1.1 Profesi sebagai <i>Gay</i> Pekerja Seks.....	107
5.1.2 Hal-Hal tentang Pelanggan.....	109
5.1.3 Hal-Hal tentang Pasangan dan Pendapat Keluarga	111
5.1.4 Pengetahuan tentang HIV dan AIDS.....	113
5.1.5 Keyakinan akan Kerentanan Terinfeksi HIV dan AIDS	115
5.1.6 Keyakinan akan Keseriusan Terinfeksi HIV dan AIDS.....	117
5.1.7 Keyakinan akan Manfaat Pencegahan HIV dan AIDS.....	118
5.1.8 Keyakinan akan Hambatan Pencegahan HIV dan AIDS	118
5.1.9 Isyarat untuk Bertindak	119
5.1.10 Perilaku Seksual Informan dalam Melayani Pelanggan	120
5.1.11 Perilaku Informan dalam Penggunaan Kondom dan Pelicin.....	121
5.1.12 Perilaku Informan Terkait Tes VCT.....	125
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	126
5.2.1 Hambatan Penelitian.....	126
5.2.2 Kelemahan Penelitian.....	127
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	129
6.1 Simpulan	129
6.2 Saran	131
DAFTAR PUSTAKA	133
LAMPIRAN.....	137

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	10
Tabel 3.1 Prosedur Penelitian	51
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama	59
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi	62
Tabel 4.3 Kesimpulan Profesi sebagai <i>Gay Pekerja Seks</i>	75
Tabel 4.4 Kesimpulan Pengetahuan tentang HIV dan AIDS.....	81
Tabel 4.5 Kesimpulan Keyakinan Kerentanan Terinfeksi HIV dan AIDS.....	83
Tabel 4.6 Kesimpulan Keyakinan Keseriusan Terinfeksi HIV dan AIDS.....	86
Tabel 4.7 Kesimpulan Keyakinan Manfaat Pencegahan HIV dan AIDS	87
Tabel 4.8 Kesimpulan Keyakinan Hambatan Pencegahan HIV dan AIDS	88
Tabel 4.9 Kesimpulan Isyarat untuk Bertindak	92
Tabel 4.10 Kesimpulan Perilaku Informan dalam Pencegahan HIV dan AIDS	105



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Orientasi Seksual, Gender dan Seks.....	17
Gambar 2.2 Kerangka Teori HBM	42
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	43
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	44
Gambar 3.2 Alur Pemilihan Informan	47



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1: Surat Keputusan Pembimbing	137
Lampiran 2: Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data	138
Lampiran 3: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	139
Lampiran 4: Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol.....	140
Lampiran 5: Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan Data dari KPA Kota Semarang.....	142
Lampiran 6: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari KPA Kota Semarang	143
Lampiran 7: Lembar Permohonan menjadi Informan.....	144
Lampiran 8: Lembar Persetujuan menjadi Informan	145
Lampiran 9: Pedoman Wawancara	146
Lampiran 10: Hasil Wawancara Mendalam terhadap Informan Utama	151
Lampiran 11: Hasil Wawancara Mendalam terhadap Informan Triangulasi.....	179
Lampiran 12: Dokumentasi Penelitian.....	180

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di antara pria yang aktif berhubungan seksual, sekitar tiga persen di antaranya adalah mereka yang berhubungan intim dengan sejenis. Mereka yang masuk dalam kelompok ini dikenal dengan istilah lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL)(Candra, 2011). Kenyataan bahwa ada kaum lelaki di Indonesia yang berorientasi atau memilih hubungan seks dengan sesamanya juga menumbuhkan industri seks. Di kota-kota besar di Indonesia, jasa seks yang dilakukan oleh kaum waria dan kaum laki-laki yang sama-sama melayani pelanggan lelaki banyak bermunculan, diantaranya Pria Pekerja Seks (Nafikadini, 2009).

Gay pekerja seks merupakan salah satu bagian dari pelacuran. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia mengartikan pelacuran sebagai praktek hubungan seksual yang dilakukan dengan siapa saja (*promiskuisitas*) untuk mendapatkan imbalan berupa upah. *Gay* pekerja seks yang biasa disebut “kucing” merupakan pelacur laki-laki yang menyediakan diri kepada sesama laki-laki (biasanya *gay*), untuk mengadakan hubungan kelamin dengan mengharapkan imbalan uang yang sudah ada standar harga secara relatif untuk setiap layanan yang diberikan (Indarwati, 2010:34).

Sebagai sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*), LSL di kalangan *gay* pekerja seks atau “kucing” mengakibatkan mereka sangat sulit terjangkau

dalam program pencegahan dan penanganan HIV dan AIDS. Padahal mereka memiliki perilaku seksual yang berisiko. Pada penelitian yang dilakukan oleh Argyo Demartoto (2013) mengenai perilaku LSL menunjukkan bahwa LSL belum sadar akan pentingnya kondom dan pelicin bagi pencegahan dan penularan HIV dan AIDS. Hal ini sesuai dengan penelitian Tiva (2009), 88% gaya seksual pada gay tidak aman seperti berganti-ganti pasangan, oral seks, anal seks, maupun ketidakkonsistensian dalam pemakaian kondom dan pelicin.

Salah satu cara penularan HIV dan AIDS yaitu hubungan sejenis melalui Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) (Kemenkes RI, 2014). Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki sangat rentan terkena HIV dikarenakan perilaku hubungan seksual yang tidak aman, baik yang dilakukan secara anal maupun oral (Kemenkes, 2011).

AIDS yang pertama kali ditemukan pada tahun 1981 telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Sekitar 60 juta orang telah tertular HIV dan 25 juta telah meninggal akibat AIDS. Hal ini membuat AIDS sebagai salah satu epidemik paling menghancurkan dalam sejarah. Menurut *World Health Organization* (2014), hasil laporan epidemi HIV/AIDS di tahun 2013 terdapat 35 juta orang terkena AIDS, dan 2,1 juta infeksi baru HIV dan terdapat 1,5 juta orang yang meninggal akibat AIDS. Hal ini bermakna terdapat 6.000 infeksi setiap hari di tahun 2013 (Kaiser Family Foundation, 2014).

Di Asia terdapat 4,9 juta orang terinfeksi HIV, 440 ribu diantaranya adalah infeksi baru dan telah menyebabkan kematian 300 ribu orang di tahun 2007 (KPAN, 2010). Sedangkan di Indonesia, kasus HIV dan AIDS pada tahun 2014

sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Ditjen PP (Pengendalian Penyakit) dan PL (Penyehatan Lingkungan) Kemenkes RI melaporkan bahwa kasus HIV di Indonesia secara kumulatif sejak tahun 1987 sampai dengan Desember 2013 sebanyak 127.427 jiwa, sedangkan untuk kasus AIDS berjumlah 52.348 (Kementrian Kesehatan, 2013). Menurut Profil Kesehatan Indonesia perkembangan jumlah kasus baru HIV positif pada tahun 2013 mengalami peningkatan secara signifikan, dengan kenaikan mencapai 35% dibanding tahun 2012 sebanyak 21.511 kasus menjadi 29.037 kasus pada tahun 2013 (Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2014).

Sedangkan untuk kasus kumulatif HIV dan AIDS di Indonesia, Dirjen PPM-PL Kementrian Kesehatan RI melaporkan bahwa hingga Maret tahun 2015 Provinsi Jawa Tengah masuk dalam peringkat ke 6 untuk kasus HIV dengan jumlah penderita HIV sebanyak 6945 jiwa dan 5869 jiwa penderita AIDS (Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2015).

Kasus HIV dan AIDS merupakan fenomena gunung es, artinya kasus yang dilaporkan hanya sebagian kecil yang ada di masyarakat. Jumlah kematian karena AIDS di Jawa Tengah hingga September 2015 sebanyak 1188 orang. Lebih banyak dibanding tahun 2012 sebanyak 149 kasus. Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan (*trend*) kasus HIV maupun AIDS selalu mengalami peningkatan setiap tahun. (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2012: KPA Pusat Jawa Tengah, 2015). Data kasus HIV hingga September tahun 2015 untuk Kota Semarang sebanyak 388 kasus, dengan kondisi 38 orang sudah pada stadium AIDS dan 2 orang meninggal dunia (KPA Daerah Kota Semarang, 2015).

Estimasi dan proyeksi jumlah infeksi HIV baru menurut kelompok populasi kunci di Indonesia, dimana kelompok Laki-laki Seks Laki-laki (LSL) menduduki jumlah kasus tertinggi. Secara signifikan terjadi peningkatan jumlah kasus yaitu pada tahun 2011 sebesar 14.532 menjadi 28.640 di tahun 2016 (Estimasi dan Proyeksi HIV dan AIDS di Indonesia th 2011-2016, Kemenkes RI 2013).

Hasil dari Surveilans Terpadu Biologis Perilaku (STBP) tahun 2011 yang menemukan peningkatan prevalensi HIV pada kelompok lelaki seks dengan lelaki (LSL) yaitu dari 5% pada tahun 2007 menjadi 12% pada tahun 2011. Sebanyak 49% LSL menjual seks baik kepada pria maupun wanita. Diantara 49% tersebut, sebagian besar LSL (79%) menjual seks pada pria, 4% pada perempuan, dan 17% pada pria maupun wanita (Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku, 2011: 18).

Sedangkan menurut laporan klinik VCT di Kota Semarang tahun 2014 kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 63% dibandingkan perempuan (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2014: 26). Kemudian menurut Komisi Pengendalian AIDS Daerah Kota Semarang (KPAD Kota Semarang) pada tahun 2014 kelompok berisiko yang terkena HIV dan AIDS diketahui Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) menempati urutan pertama dengan 73 kasus (29%), sedangkan urutan kedua pada kelompok pasangan berisiko tinggi (25%) dan urutan ketiga oleh kelompok pelanggan Wanita Pekerja Seks (WPS) (21%) (KPA Daerah Kota Semarang, 2015).

Dikutip dari suaramerdeka.com (2003), 85% konsumen dari pekerja seks laki-laki di Kota Semarang adalah dari kalangan *gay*. Survey yang dilakukan di Kota Semarang terhadap 249 komunitas *Gay* didapatkan hasil bahwa 20,8%

dinyatakan HIV positif, penyebab dari penularan HIV ini diantaranya adalah tidak memiliki pasangan yang tetap seringnya berganti pasangan. Data yang didapat selanjutnya adalah mengenai frekuensi untuk mendapatkan kondom dalam waktu tiga bulan terakhir sebanyak 93,2% tetapi penggunaan kondom pada seks komersil terakhir hanya didapatkan sebanyak 30,3% sedangkan untuk menggunakan kondom pada seks komersil seminggu terakhir lebih rendah dibandingkan dengan penggunaan kondom pada seks komersil terakhir yakni hanya sebesar 8,4% (Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku, 2011: 61).

Jumlah penjangkauan Pekerja Seks Lelaki khusus LSL “kucing” di Kota Semarang menempati urutan ketiga setelah Kota Surakarta dan Kabupaten Tegal yaitu sebesar 107 pada tahun 2009 (Yayasan Gessang Solo, 2010). Perilaku *gay* pekerja seks di Kota Semarang cenderung lebih tertutup karena komunitasnya lebih sedikit dibandingkan dengan *gay* yang ada di Kota Surakarta. Beberapa tempat yang diindikasikan sebagai tempat “kucing” mangkal dan melayani *gay* di Kota Semarang meliputi daerah Simpang Lima, Taman KB, Taman Polder (depan Stasiun Tawang), depan Stadion Diponegoro dan tempat-tempat lainnya (Nafikadini, 2009).

Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti terhadap penjangkau lapangan dari KPA Daerah Kota Semarang, menyatakan bahwa sekarang rumah “kucing” yang masih aktif hanya ada 2 rumah di Kota Semarang. Masing-masing rumah berisi 5-8 orang “kucing”. Beberapa diantara mereka mencari pelanggan secara mandiri atau sendiri ada juga yang dikoordinir oleh seorang mucikari yang bekerja menjadi “kucing” atau gigolo.

Perilaku seksual yang sering dilakukan oleh komunitas *gay* memang bervariasi. Apalagi untuk *gay* pekerja seks seperti kucing dan waria, mereka dituntut dapat melakukan berbagai bentuk dan gaya seks untuk memenuhi permintaan demi kepuasan pelanggan (Winarsih, 2013). Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan peneliti terhadap informan kunci seorang *gay* pekerja seks “kucing” pada tanggal 30 Januari 2016. Bahwa perilaku seksual yang dilakukan sesuai dengan permintaan pelanggan. Biasanya dimulai dari *foreplay* yaitu *kissing*, mandi kucing kemudian penetrasi dari mulai oral, anal dan rimming.

Penelitian terhadap *gay* pekerja seks “kucing” pernah dilakukan di Kota Semarang oleh Iken Nafikadini pada tahun 2009. Penelitian yang dilakukan mengenai karakteristik dan fenomena “kucing” di Kota Semarang. Pengidentitasan diri mereka terhadap makna “kucing” dan pemaknaan mereka dalam memandang dan mendefinisikan diri mereka melalui teori interaksi simbolik dengan pendekatan fenomenologis dengan merekam pengalaman, pemikiran, dan perasaan subyektif “kucing” dan mencoba memahami dan menyelaminya (Nafikadini, 2009).

Berdasarkan data – data yang diperoleh mendorong peneliti untuk melakukan kajian dan penelitian tentang **“Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada Gay Pekerja Seks di Kota Semarang”**.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang?”

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

Rumusan masalah khusus pada penelitian ini diantaranya:

- 1) Bagaimana gambaran karakteristik informan *gay* pekerja seks di Kota Semarang ?
- 2) Bagaimana gambaran profesi sebagai *gay* pekerja seks di Kota Semarang ?
- 3) Bagaimana gambaran perilaku seksual pada *gay* pekerja seks terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS di Kota Semarang ?
- 4) Bagaimana gambaran pengetahuan *gay* pekerja seks di Kota Semarang terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS ?
- 5) Bagaimana gambaran persepsi akan kerentanan terinfeksi HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang?
- 6) Bagaimana gambaran persepsi akan keseriusan jika terinfeksi HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang?
- 7) Bagaimana gambaran persepsi akan manfaat yang didapat dari perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang?
- 8) Bagaimana gambaran persepsi akan hambatan dari perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang?
- 9) Bagaimana gambaran isyarat untuk bertindak pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS ?

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS yang dilakukan *gay* pekerja seks di Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini untuk mengetahui deskripsi:

- 1) Karakteristik informan meliputi umur, pendidikan terakhir, lama bekerja sebagai pria pekerja seks, daerah asal dan agama.
- 2) Profesi sebagai *gay* pekerja seks.
- 3) Perilaku seksual *gay* pekerja seks terkait dengan perilaku pencegahan HIV dan AIDS.
- 4) Pengetahuan *gay* pekerja seks di Kota Semarang terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS.
- 5) Persepsi atau keyakinan akan kerentanan terinfeksi HIV dan AIDS.
- 6) Persepsi atau keyakinan tingkat keseriusan jika terinfeksi HIV dan AIDS.
- 7) Persepsi atau keyakinan tentang keuntungan manfaat yang didapat dari perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS.
- 8) Persepsi atau keyakinan *gay* pekerja seks tentang hambatan terkait perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS.
- 9) Isyarat untuk bertindak pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS.

1.4. Manfaat Hasil Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Informan

Memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan kepada informan tentang risiko penularan HIV dan AIDS akibat perilaku seksual yang dilakukan komunitas *gay* pekerja seks.

1.4.2 Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi serta data yang dapat digunakan sebagai referensi penelitian selanjutnya dan guna pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

1.4.3 Manfaat bagi Peneliti

Manfaat penelitian untuk peneliti diantaranya:

- 1) Meningkatkan ketrampilan dalam melakukan penelitian, khususnya dalam menganalisa hasil penelitian.
- 2) Memperoleh ilmu, pengalaman serta penerapan materi yang telah diperoleh dalam perkuliahan dan penelitian dapat dilakukan untuk tugas akhir atau skripsi.
- 3) Sebagai upaya pengembangan pribadi dalam berfikir logis, terstruktur dan sistematis.

1.5. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian dan lokasi penelitian, tahun penelitian, desain penelitian, variabel yang diteliti, dan hasil penelitian.

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Perilaku Seksual Komunitas Gay Kaitannya dengan HIV/AIDS	Winarsih	2013 Kota Surakarta	<i>Kualitatif Deskriptif jenis Studi Kasus</i>	Variabel bebas: Perilaku seksual komunitas Gay Variabel terikat: Kejadian HIV/AIDS	Komunitas gay menyadari bahwa perilaku seksual yang mereka lakukan berisiko tinggi terkena HIV/AIDS. Perilaku seksual komunitas Gay di Surakarta termasuk aman untuk pencegahan penularan HIV/AIDS melalui aktivitas seksual.
2.	Perilaku Penggunaan Kondom Secara Konsisten Untuk Pencegahan HIV: Suatu Studi Kualitatif Pada Pekerja Seks Laki-Laki Berbasis Panti Pijat di Jakarta 2012	Erlan Rista Aditya	2012 Kota Jakarta	<i>Kualitatif menggunakan rapid assessment procedures</i>	Variabel bebas: Level Kebijakan Publik, Level Komunitas, Level Individual, Level Interpersonal dan Level Organisasi (Panti Pijat)	Sebagian besar faktor-faktor pada level individual (pengetahuan, motivasi dan kesiapan menggunakan kondom, niat, keputusan menggunakan kondom, keterampilan, dan <i>self efficacy</i>) dalam situasi yang

		<p>Variabel terikat: Pendukung dan Penghambat Perilaku Penggunaan Kondom Secara Konsisten Pada PSL-PP</p>	<p>memadai dan menjadi faktor pendukung penggunaan kondom secara konsisten. Faktor-faktor pada level komunitas tidak mendukung tetapi juga tidak menghambat secara langsung. Faktor-faktor pada level kebijakan publik mendukung perilaku penggunaan kondom informan karena memungkinkan ketersediaan dan distribusi kondom serta program HIV berjalan di panti pijat.</p>
<p>3. Fenomena 'Kucing' Pada Kelompok Laki-Laki (LSL) dan Pemaknaan Simboliknya di Kota Semarang Tahun 2009</p>	<p>Iken 2009 Kota Semarang <i>Kualitatif eksploratif</i></p>	<p>Variabel bebas: Umur, Asal daerah, Tingkat pendidikan, Status perkawinan.</p> <p>Variabel terikat: Pemaknaan simbolik tentang 'Kucing'</p>	<p>Karakteristik dan fenomena 'kucing' di Kota Semarang di pandang dan di definisikan berdasarkan pandangan orang yang digali melalui sexual meaning, sosialisasi dan konsep diri.</p>

Penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian sebelumnya.

Perbedaan itu antara lain:

1. Tempat penelitian pada judul pertama dan kedua dilakukan di Kota Surakarta dan Kota Jakarta sedangkan pada penelitian ini dilakukan di Kota Semarang.
2. Perbedaan dengan judul ketiga terdapat pada variabel bebas dan variabel terikat yang diteliti, yaitu pada variabel Umur, Asal daerah, Tingkat pendidikan, Status perkawinan dan variabel terikatnya Pemaknaan simbolik tentang 'Kucing'. Sedangkan pada penelitian ini berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM).

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dengan Judul Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada *Gay* Pekerja Seks di Kota Semarang dilaksanakan pada bulan April - Mei tahun 2016.

1.6.2 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Semarang bekerja sama dengan Komunitas LGBT di Kota Semarang diantaranya Komunitas Rumah Pelangi Indonesia yang merupakan Komunitas LGBT dan LSL yang bersifat terbuka di Kota Semarang.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat dengan konsentrasi Ilmu Perilaku yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Seksualitas dan Gender

2.1.1 Definisi Seksualitas dan Gender

Seksualitas didefinisikan secara luas sebagai suatu keinginan untuk menjalin kontak, kehangatan, kemesraan, atau mencintai. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas, seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda dan atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi (Andarmoyo, 2014:15).

Gender pada awalnya diambil dari kata dalam bahasa arab 'jinsiyyun' yang kemudian di adopsi dalam bahasa Prancis dan Inggris menjadi Gender (Romauli dan Anna, 2011:114). Gender adalah konsep yang merujuk pada perbedaan-perbedaan antara laki-laki dan perempuan yang dikonstruksi secara sosial, dapat berubah-ubah dengan berlalunya waktu dan amat bervariasi di dalam dan antara budaya (Demartoto, 2010).

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas

Menurut Craven & Hirnle (1996) dan Taylor, Lilis & Le Mone (1997) dalam Andarmoyo (2014:18-19), respons seksual manusia sangat beragam dan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain:

1. **Pertimbangan Perkembangan**

Proses ini mempengaruhi aspek psikososial, emosional, dan biologis kehidupan yang selanjutnya akan mempengaruhi seksualitas individu.

2. Kebiasaan Hidup Sehat dan Kondisi Kesehatan

Adanya trauma dan stress psikologis dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan kegiatan atau fungsi sehari-hari dan akan mempengaruhi ekspresi seksualitasnya.

3. Peran dan Hubungan

Kualitas hubungan seseorang dengan pasangan hidupnya sangat mempengaruhi kualitas hubungan seksualnya. Cinta dan rasa percaya merupakan kunci utama yang memfasilitasi rasa nyaman seseorang terhadap seksualitasnya dan hubungan seksualnya dengan seseorang yang dicintai dan dipercayainya.

4. Budaya, Nilai dan Keyakinan

Tiap budaya mempunyai norma-norma tertentu tentang identitas dan perilaku seksual. Budaya juga turut berkontribusi dalam menentukan lamanya berhubungan seksual, cara stimulasi seksual, dan hal lain terkait dengan kegiatan seksual.

5. Konsep Diri

Seseorang yang merasa tidak berdaya, tidak berguna, merasa harga dirinya rendah, dan kurang percaya diri akan berdampak negatif terhadap fungsi seksualitasnya.

6. Agama

Pandangan agama tertentu dapat mempengaruhi kegiatan seksualitas seseorang. Berbagai bentuk ekspresi seksual yang di luar kebiasaan, dianggap sebagai suatu hal yang tidak wajar.

7. Etik

Seksualitas yang sehat yang penting dipertimbangan adalah rasa nyaman terhadap pilihan ekspresi seksual yang sesuai, yang hanya bisa dicapai apabila bebas dari rasa bersalah dan perasaan cemas dan berdosa.

2.2 Orientasi Seksual

2.2.1 Definisi Orientasi Seksual

Orientasi Seksual adalah rasa ketertarikan secara seksual maupun emosional terhadap jenis kelamin tertentu. Orientasi seksual ini dapat diikuti dengan adanya perilaku seksual atau tidak. Misal seseorang perempuan yang tertarik dengan sejenis namun selama hidupnya dia belum pernah melakukan perilaku seksual dengan perempuan, maka ia tetap dikatakan memiliki orientasi seksual sejenis.

Menurut Swara Srikandi Indonesia (Asosiasi Lesbian dan Gay Indonesia), orientasi seksual merupakan salah satu dari empat komponen seksualitas yang terdiri dari daya tarik emosional, romantis, seksual dan kasih sayang dalam diri seseorang dalam jenis kelamin tertentu. Menurut Demartoto (2012) orientasi seksual berbeda dengan perilaku seksual karena berkaitan dengan perasaan dan konsep diri. Namun dapat pula seseorang menunjukkan orientasi seksualnya dalam perilaku mereka (Demartoto, 2012).

2.2.2 Jenis – Jenis Orientasi Seksual

Menurut Argyo Demartoto (2012) orientasi seksual yang ada saat ini terbagi menjadi tiga, adalah:

1) Heteroseksual

Aktivitas seksual dimana pasangan seksual yang dipilih berasal dari lawan jenis.

2) Biseksual

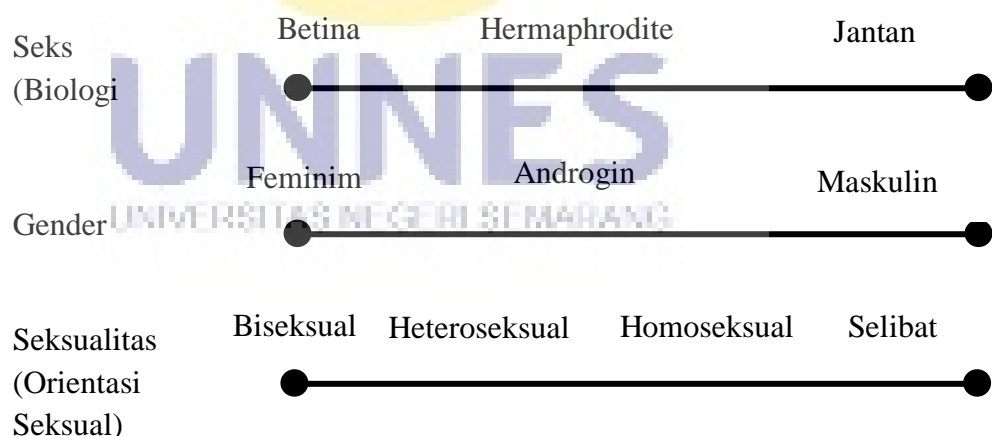
Aktivitas seksual dimana pasangan seksual yang dipilih berasal dari lawan jenis dan sama jenis.

3) Homoseksual

Aktivitas seksual dimana pasangan seksual yang dipilih berasal dari sesama jenis. Pria homoseksual disebut dengan gay dan wanita homoseksual disebut dengan lesbian.

2.2.3 Hubungan antara Orientasi Seksual, Gender dan Seks

Hubungan antara orientasi seksual, gender dan seks, dapat digambarkan dengan matriks sebagai berikut:



Gambar 2.1 Orientasi Seksual, Gender dan Seks
(Demartoto, 2012)

Seks adalah kategori biologis; Gender dan orientasi seksual adalah kategori sosial maupun psikologis. Seksualitas berkaitan dengan genitalis dan organ seks sekunder. Setiap kategori merupakan spektrum keberlanjutan terletak subkategori seperti gambar tersebut.

2.3 Homoseksual

2.3.1 Definisi Homoseksual

Homoseksual merupakan suatu hubungan, baik bermusuhan atau bersahabat, dengan satu anggota dari jenis kelamin yang sama. Kata “homoseksual” mempunyai makna spesifik sebagai sebuah gangguan emosional. Sementara para analis terbaru menyimpulkan bahwa homoseksualitas adalah gejala simptom dari kesulitan-kesulitan personal secara umum (Fromm, 2011: 183-184).

Perilaku homoseksual adalah perilaku seksual yang ditujukan pada pasangan sejenis. Homoseksualitas secara tradisional dipandang sebagai gangguan mental. Pandangan ini banyak ditentang oleh kalangan psikolog dan psikiater (Supratiknya, 1995:94).

2.3.2 Jenis – Jenis Homoseksualitas

Coleman, Butcher dan Carson (1980) dalam Supratiknya (1995) menggolongkan homoseksualitas ke dalam beberapa jenis:

- 1) *Homoseksual tulen*. Jenis ini memenuhi gambaran stereotipik populer tentang lelaki yang keperempuanan. Sering termasuk juga kaum *transvestite* yakni orang-orang yang suka mengenakan pakaian dan berperilaku seperti lawan jenisnya.

- 2) *Homoseksual malu-malu*, yakni kaum lelaki yang suka mendatangi WC umum atau tempat mandi uap terdorong oleh hasrat homoseksual namun tidak berani menjalin hubungan personal yang cukup intim dengan orang lain.
- 3) *Homoseksual tersembunyi*. Kelompok ini biasanya dari kelas menengah dan memiliki status sosial yang mereka rasa perlu dilindungi dengan cara menyembunyikan homoseksualitas mereka.
- 4) *Homoseksual situasional*. Terdapat aneka jenis situasi yang dapat mendorong orang mempraktikkan homoseksualitas tanpa disertai komitmen yang mendalam, misalnya penjara dan medan perang. Akibatnya, biasanya mereka kembali mempraktikkan heteroseksualitas sesudah keluar dari situasi tersebut.
- 5) *Biseksual*, yakni orang-orang yang mempraktikkan baik homoseksualitas maupun heteroseksualitas sekaligus.
- 6) *Homoseksual mapan*. Sebagian besar kaum homoseksual menerima homoseksualitas mereka dan mengikatkan diri dengan komunitas homoseksual setempat.

Hal yang perlu dicatat adalah homoseksualitas dapat meliputi sejumlah hal, seperti kecenderungan, aktivitas, status, peran, atau konsep-diri, serta bahwa seseorang tidak harus sama-sama homoseksual di segala sisi atau bidang tersebut (Supratiknya, 1995: 94-95).

2.3.3 Faktor Penyebab Terjadinya Homoseksual

Penyebab homoseksualitas bisa bermacam-macam, seperti karena kekurangan hormon lelaki selama masa pertumbuhan, karena mendapatkan pengalaman homoseksual yang menyenangkan pada masa remaja atau

sesudahnya, karena memandang perilaku heteroseksual sebagai sesuatu yang aversif atau menakutkan/ tidak menyenangkan, karena besar di tengah keluarga di mana ibu dominan sedangkan ayah lemah atau bahkan tidak ada (Supratiknya, 1995: 96).

2.3.4 Status Pekerjaan Kelompok Homoseksual

Status pekerjaan adalah suatu kedudukan seseorang yang menjalankan tugas – tugas atau kewajiban di suatu unit usaha/kegiatan/organisasi/lembaga. Indikator status pekerjaan terbagi menjadi lima, yaitu bekerja/berusaha sendiri, berusaha dengan dibantu buruh tidak tetap, berusaha dengan dibantu buruh tetap, buruh/karyawan/pekerja dibayar dan pekerja tidak dibayar (Indarwati, 2010).

Menurut Demartoto (2013) status pekerjaan komunitas LSL sangat beragam antara lain bekerja di salon, pedagang/wiraswasta, pria pekerja seks, *entertainer* dan lainnya. Karena beragamnya status pekerjaan yang terdapat dalam komunitas ini, maka status pekerjaan tersebut dipersempit menjadi pria pekerja seks dengan bukan pria pekerja seks. Salah satu pria pekerja seks diantaranya gigolo dan “kucing” atau *gay* pekerja seks (Indarwati, 2010).

2.4 Gay Pekerja Seks

2.4.1 Pengertian Gay Pekerja Seks

Konsep mengenai *gay* pekerja seks tidak lepas dari pengertian pelacuran, karena *gay* pekerja seks merupakan salah satu bagian dari pelacuran. Menurut Romauli dan Anna (2011: 70) Pelacuran atau prostitusi adalah peristiwa penjualan diri dengan jalan menjual belikan badan, kehormatan dan kepribadian kepada banyak orang untuk memuaskan nafsu seks dengan imbalan atau bayaran.

Gay pekerja seks yang biasa disebut kucing merupakan pelacur laki-laki yang menyediakan diri kepada sesama laki-laki (biasanya laki-laki *gay*), untuk mengadakan hubungan kelamin dengan mengharapkan imbalan uang yang sudah ada standar harga secara relatif untuk setiap layanan yang diberikan (Indarwati, 2010). “Kucing” bisa digolongkan ke dalam kelompok LSL karena mereka melakukan aktifitas seksual dengan laki-laki (Nafikadini, 2013). Namun belum tentu “kucing” berasal dari golongan gay/ homoseksual, menurut Hidayana (2011) “kucing” berorientasi seksual dari heteroseksual, biseksual sampai dengan homoseksual.

Istilah “kucing” pertama kali muncul pada pertengahan tahun 1990an. Istilah ini muncul dari komunitas homoseksual yang menyebut *gay* pekerja seks sebagai “kucing” karena tingkah laku pada saat berhubungan seks mereka mirip dengan hewan kucing, yaitu menjilat. Sebelum kata “kucing” muncul, pria pekerja seks yang melayani komunitas gay dan *transeksual* (waria) biasanya disebut dengan ‘hostess’, atau ‘hestong’, ini terjadi pada tahun 1980an.

Adanya motif imbalan yang dilakukan oleh *gay* pekerja seks dalam melakukan hubungan seks telah menggeser arti seks sebenarnya. Menurut Gunawan (1993) seks menurut fungsinya adalah:

- a. Hubungan seks yang dilakukan untuk tujuan reproduksi (*reprosex*). Seks didasarkan atas tendensi agama yang menganggap bahwa seks bersifat suci dan untuk pelaksanaannya membutuhkan suatu lembaga khusus.
- b. Seks ditujukan sebagai pernyataan cinta kasih (*sex a mean of expressing love*).
- c. Mengarah kepada kesenangan atau kenikmatan (*sex for fun/sex acts*).

2.4.2 Klasifikasi Gay Pekerja Seks

Menurut Yayasan Gessang dalam Nafikadini (2009), *gay* pekerja seks “kucing” yang ada di Kota Semarang dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

a. *Gay* Pekerja Seks “Kucing” Jalanan (*Street*)

Gay pekerja seks “kucing” jalanan (*street*) yaitu “kucing” yang menjajakan dirinya di jalan-jalan umum. “Kucing” ini menjajakan dirinya secara jarang dan biasanya tidak terorganisasi.

b. *Gay* Pekerja Seks “Kucing” Bergerak/ Berpindah (*Mobile*)

Gay pekerja seks “kucing” bergerak (*mobile*) yaitu “kucing” yang kerap pindah-pindah kota dalam menjajakan seks. “Kucing” tersebut ada yang sering berpindah-pindah tempat mangkal dan ada pula yang tetap pada periode tertentu. Mereka biasanya menjajakan diri di tempat ramai seperti mall, dan taman-taman pusat keramaian.

c. *Gay* Pekerja Seks “Kucing” Tinggal di Tempat (*Stay*)

Gay pekerja seks “kucing” *stay* yaitu “kucing” yang diam di suatu tempat, biasanya di hotel ataupun dirumah yang memang menyediakan jasa layanan seks oleh ‘kucing’ dan biasanya mereka lebih terorganisir. Biasanya “kucing” untuk kelompok ini mengiklankan diri menawarkan jasa panti pijat.

2.4.3 Perilaku Seksual Gay Pekerja Seks

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Objek seksual dapat berupa orang (baik jenis maupun lawan jenis), orang dalam khayalan, atau diri sendiri. Keinginan seks dikendalikan oleh sistem endokrin dalam tubuh, di mana

terdapat kelenjar-kelenjar yang memproduksi zat kimia. Zat kimia itu dikenal dengan hormon. Hormon akan dikeluarkan langsung ke dalam darah dan oleh darah kemudian dibawa kepada jaringan tempat dia bekerja (Boyke, 2013:52).

Cara-cara yang biasa dilakukan orang untuk menyalurkan dorongan seksual, antara lain:

1. Bergaul dengan lawan jenis atau sesama jenis
2. Berdandan untuk menarik perhatian
3. Menyalurkannya melalui mimpi basah
4. Mengobrol tentang seksual
5. Menonton film pornografi
6. Masturbasi atau Onani
7. Melakukan hubungan seksual non penetrasi (berpegangan tangan, berpelukan, cium pipi, cium bibir, cumbuan berat, *petting*)
8. Melakukan aktivitas penetrasi (*intercourse*)
9. Menahan diri dengan berbagai cara atau menyibukkan diri dengan berbagai aktifitas misal olahraga

Menurut Demartoto (2010) peranan seksual tertentu yang dilakukan oleh laki-laki saat berhubungan seksual dengan laki-laki diantaranya:

1. Laki-laki yang secara eksklusif menjadi partner penetratif pada seks anal
2. Laki-laki yang secara eksklusif menjadi partner reseptif pada seks anal
3. Laki-laki yang menjadi keduanya, baik penetratif maupun reseptif
4. Laki-laki yang tidak melakukan seks anal tapi melakukan tindakan lain seperti seks oral dan masturbasi bersama

5. Laki-laki yang melakukan peran lain dan melakukan tindakan lain pada bagian tertentu dari hidupnya (Demartoto, 2010)

Perilaku seksual yang sering dilakukan oleh komunitas *gay* memang bervariasi. Apalagi untuk *gay* pekerja seks seperti kucing dan waria. Mereka memang dituntut dapat melakukan berbagai bentuk dan gaya seks untuk memenuhi permintaan demi kepuasan pelanggan. Berdasarkan peringkat perilaku seksual dari yang paling disukai dan sering dilakukan hingga yang jarang dilakukan oleh pasangan *gay* (Winarsih, 2013) yaitu:

- a) Oral Seks

Oral seks menjadi peringkat pertama karena dianggap dapat menyebabkan perasaan nikmat dalam klimaks seks. Pasangan *gay* paham akan pentingnya kebersihan mulut untuk menjaga tidak tertularnya HIV dan AIDS. Apalagi untuk perilaku oral seks yang menelan sperma pasangan. Selain itu terdapat jenis oral seks lainnya yang sering dilakukan “Kucing” yaitu Oro-anal seks yang sering disebut ‘*rimming*’. *Rimming* adalah stimulasi anus pasangan dengan lidah atau bibir. Hal ini sangat berisiko mengakibatkan transfer kuman ke mulut.

- b) Masturbasi

Ada banyak istilah mengenai masturbasi di dalam komunitas *gay* seperti *coli*, *esong-esong* dan *esek-esek*. Berbagai pelicin untuk mempermudah memberikan rangsangan pada penis dan mengurangi resiko luka karena gesekan. Perilaku masturbasi dilakukan dengan tangan atau bisa juga dengan cara menjepitkan penis diantara kedua paha pasangan.

c) *Foreplay*

Foreplay tidak harus selalu berakhir dengan kepuasan mengeluarkan sperma. *Foreplay* bisa dianggap dari penyampaian kasih sayang yang tidak harus menggunakan penetrasi alat kelamin. Hal inilah yang membuat gay tetap bisa menikmati kebersamaan dengan pasangan tanpa takut tertular oleh HIV dan AIDS.

d) Anal Seks

Ini menjadi pilihan yang terakhir karena beberapa dari komunitas *gay* tidak menyukainya karena menyakitkan. Selain itu mereka takut tertular HIV dan AIDS.

2.5 HIV dan AIDS

2.5.1 Definisi HIV dan AIDS

AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah suatu sindrom (kumpulan gejala) yang menyebabkan turunnya/hilangnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah tahap akhir dari infeksi virus HIV ketika sistem kekebalan tubuh telah sangat rusak, sehingga tidak dapat melawan infeksi ringan sekalipun dan pada akhirnya menyebabkan kematian. HIV dan AIDS secara klinis untuk pertama kali dilaporkan di Amerika Serikat pada tahun 1981, dimana fase penyebaran HIV dan AIDS dimulai (Kementrian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008: 17).

Virus HIV adalah retrovirus yang mempunyai kemampuan menggunakan RNA-nya dan DNA pejamu untuk membentuk virus DNA dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi

yang panjang dan menyebabkan munculnya tanda dan gejala AIDS. HIV menyebabkan beberapa keusakan sistem imun dan menghancurkannya. Hal tersebut terjadi dengan menggunakan DNA dari CD4⁺ dan limfosit untuk mereplikasi diri. Dalam proses itu, virus tersebut menghancurkan CD4⁺ dan limfosit (Nursalam, 2007:40).

AIDS merupakan kumpulan gejala-gejala penyakit yang didapat karena imunitas atas kekebalan turun temurun. Akibatnya timbul berbagai penyakit dan kemudian menyebabkan kematian penderitanya (Koes Irianto, 2014: 462).

2.5.2 Epidemiologi

HIV terdapat dalam darah, semen, dan cairan tubuh lainnya (misalnya ASI dan seliva). Setelah terpajan cairan yang terinfeksi, maka resiko infeksi yang bertambah berat bergantung pada *viral load* (muatan virus), integritas local pejanan, dan tipe serta volume cairan tubuh. Penularan dapat terjadi seksual, parenteral (penerima darah atau produk darah, penyalahgunaan obat suntik, dan trauma akibat pekerjaan), atau vertical. Resiko penularan setelah satu pejanan tunggal adalah >90% untuk darah dan produk darah, 14% untuk vertical, 0,5-1,0% untuk penyalahgunaan obat suntik, 0,2-0,5% untuk membrane mukosa genital, dan <0,1% untuk membrane mukosa nongenital (Mandal, 2008: 200).

2.5.3 Gejala Klinis

Pada 10 – 20% kasus, gejala baru timbul pada saat anak berumur 1-2 tahun; sedangkan 80-90% kasus, gejalanya baru timbul beberapa tahun kemudian. Sekitar 50% anak-anak yang terinfeksi HIV, terdiagnosis menderita AIDS pada usia 3 tahun. Gejala awal yang biasanya ditemukan (Marmi, 2008: 185):

1. Pertumbuhan yang kurang, penurunan berat badan, demam yang berlangsung lama atau berulang, diare yang menetap atau berulang
2. Infeksi jamur yang menetap atau berulang (*thrush*) di mulut
3. Infeksi oportunistik virus, jamur dan parasite, seperti Pneumonia pneumokistik, Pneumonia interstisial limfoid (pneumonia yang menjadi kronis dan kadang ditandai dengan batuk serta sesak nafas)
4. Keterlambatan atau kemunduran perkembangan sistem syaraf
5. Komplikasi penyakit menular lainnya

2.5.4 Patogenesis

Virologi (Mandal, 2008: 201):

1. Virion HIV berbentuk bulat dengan membrane lipid yang dilapisi oleh protein matriks dan ditemplei oleh tonjolan glikoprotein (gp) 120 dan gp41. Membrane ini mengelilingi inti protein berbentuk kerucut yang mengandung dua salinan (kopi) genom ssRNA dan enzim virus.
2. Awalnya terjadi perlekatan antara gp 120 dan reseptor sel CD4, yang memicu perubahan konformasi.
3. Setelah berada di dalam sel CD4, salinan DNA di transkripsi dari genom RNA oleh enzim *reverse transcriptase* (RT) yang dibawa oleh virus.
4. Selanjutnya DNA ini ditranspor ke dalam nukleus dan terintegrasi secara acak di dalam genom sel pejamu.
5. Translasi menyebabkan produksi protein virus.
6. Poliprotein prekursor dipecah oleh protease virus menjadi enzim (misalnya reverse transcriptase dan protease) dan protein structural. Hasil pecahan ini

kemudian digunakan untuk menghasilkan partikel virus infeksius yang keluar dari permukaan sel dan bersatu dengan membrane sel pejamu.

Imunologi (Mandal, 2008: 204):

1. Selama perjalanan infeksi HIV terdapat penurunan bertahap dalam hitungan sel CD4 yang bersirkulasi, yang berbanding terbalik dengan *viralload* plasma.
2. Karena sel CD4 penting dalam respons imun, maka brapa pun penurunan hitung CD4 akan menyebabkan tubuh rentan terhadap infeksi oportunistik dan tumor yang terkait virus onkogenik (*oncogenic virus-related tumour*).
3. Jaringan limfatik (limpa, kelenjar getah bening, tonsil/adenoid, dll) berperan sebagai reservoir utama infeksi HIV.

2.5.5 Cara Penularan HIV dan AIDS

2.5.5.1 Hubungan Seksual

Hubungan seksual baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap adalah cara yang paling umum terjadi meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyakit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genetalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Soekidjo Notoatmojo, 2007: 315).

2.5.5.2 Kontak Langsung dengan Darah, Produk Darah atau Jarum Suntik

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*Injecting Drug User-IDU*) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara

bersama-sama juga menggunakan tempat penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada pecandu narkotik berisiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai risiko 0,5%, dan mencakup <0,1% total kasus sedunia (Arif Mansjoer, 1997:163).

2.5.5.3 Air Susu Ibu (ASI)

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*). Prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui tranfusi *fetomaternal* atau kontak kulit dan membrane mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan. Transmisi lain terjadi selama periode post partum melalui ASI. Risiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10% (Nursalam, 2007: 52).

2.5.5.4 Penggunaan Alat Kesehatan dan Alat Tajam yang Tidak Steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti speculum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV. Selain itu alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet yang digunakan untuk menyuntat seseorang, membuat tato, memotong kuku dan sebagainya dapat menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, 2007: 52).

2.6 Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS

2.6.1 Definisi Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS

Menurut dokumen strategi nasional, tujuan penanggulangan HIV dan AIDS adalah mencegah dan mengurangi penularan HIV dan AIDS, dan mengurangi dampak sosio-ekonomi akibat HIV dan AIDS. Kebijakan pemerintah menurut Tana (2004) tentang HIV dan AIDS mengandung beberapa prinsip utama sebagai berikut:

- a. Penanggulangan HIV dan AIDS dilaksanakan dengan memutuskan mata rantai penularan penyakit yang terjadi melalui hubungan seks yang tidak terlindungi.
- b. Kerja sama lintas sektoral merupakan kunci keberhasilan penanggulangan HIV dan AIDS karena penularan HIV dipengaruhi oleh faktor-faktor yang sangat kompleks dan penanganannya dilakukan oleh masing-masing sektor yang terkait. Kerja sama ini juga melibatkan LSM, organisasi berbasis masyarakat, media massa dan keluarga dari para pengidap HIV dan AIDS.
- c. Pencegahan penyakit merupakan prioritas utama dalam upaya penanggulangan yang diselenggarakan melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Hal ini terutama menyangkut hal-hal yang berkaitan dengan pengetahuan tentang penyakit HIV dan AIDS, cara-cara penularan, dan cara-cara pencegahan yang dapat dilakukan oleh setiap orang.
- d. Setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh informasi yang benar tentang HIV dan AIDS guna melindungi dirinya dan orang lain.

Setiap pengidap HIV dan AIDS berhak memperoleh pelayanan, pengobatan, perawatan dan dukungan tanpa diskriminasi.

2.6.2 Faktor yang Meningkatkan Penularan HIV dan AIDS pada Gay Pekerja Seks

Menurut Dandona, et al (2006) menyatakan bahwa pekerja seks laki-laki yang menjual diri ke laki-laki lebih berisiko terkena HIV daripada gay yang tidak menjual diri dan wanita pekerja seksual.

2.6.2.1 Prevalensi HIV yang Tinggi pada Klien

Tingginya prevalensi HIV pada klien PSL yaitu para gay, biseksual dan waria berarti menghadapi risiko lebih besar terkena infeksi dengan setiap aktifitas seksualnya pada gay pekerja seks “kucing” dengan kliennya.

2.6.2.2 Anal Seks Tanpa Kondom dan Pelicin

Menurut Pisani (2003) ‘kucing’ lebih sering melakukan seks anal dari pada gay dan waria pekerja seks. Hal ini tentu sangat berisiko tertular HIV. Rendahnya penggunaan kondom dan pelicin pada “kucing” juga dipengaruhi oleh bayaran yang diberikan oleh pelanggan. Menurut Hidayana (2011) sebagian besar “kucing” tidak menggunakan kondom ketika berhubungan seksual dengan pelanggan. Alasannya beraneka ragam dari tidak ketersediaanya kondom sampai karena permintaan klien dengan iming-iming bayaran yang menggiurkan yang membuat mereka bersedia untuk tidak mengenakan kondom. Kesenjangan antara pengetahuan dan praktik seksual terjadi karena seksual bersifat kontekstual dan multidimensional sehingga hubungan antara pengetahuan dan praktik menjadi tidak linear.

2.6.2.3 Kurangnya Kepedulian Terhadap Risiko

Sikap kurang peduli terhadap risiko HIV khususnya *gay* muda, kemungkinan memainkan peran kunci dalam risiko HIV, karena mereka tidak mengalami sendiri keparahan awal epidemik AIDS. Tantangan lain juga mencakup kemampuan *gay* untuk menjaga perilaku yang aman secara konsisten dari waktu ke waktu, sikap menganggap remeh risiko pribadi, dan keyakinan keliru bahwa karena kemajuan pengobatan, HIV bukan lagi merupakan ancaman kesehatan yang serius.

2.6.2.4 Tindakan Penyalahgunaan

Sebagian *gay* menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang, berkontribusi terhadap peningkatan risiko infeksi HIV dan PMS.

2.6.3 Perilaku Pencegahan Penularan HIV dan AIDS pada Gay Pekerja Seks

Intervensi Perubahan Perilaku (IPP) merupakan salah satu pendekatan dan strategi intervensi pencegahan HIV. Intervensi ini mengkombinasikan tipe-tipe intervensi pada level individu, kelompok dan komunitas. *Outcome* IPP juga sejalan dengan program pencegahan HIV secara umum yakni meningkatkan penggunaan kondom secara konsisten pada setiap hubungan seks berisiko. Pendekatan ini adalah pendekatan kesehatan masyarakat berbasis komunitas bukan berbasis layanan kesehatan yang biasanya hanya mengusung *biomedic intervention*. Pelaksana utama IPP adalah organisasi non pemerintah seperti LSM. Tipe intervensi yang biasanya adalah *outreach* dan *peer outreach* atau penjangkauan dan pendampingan, dilakukan petugas lapangan dari LSM. Dalam

dunia *public health* telah disadari bahwa mengubah perilaku individu tanpa menyentuh perubahan pada level kelompok dan komunitas menyebabkan dampak intervensi menjadi terbatas (FHI Indonesia, 2010).

2.7 Teori Perubahan Perilaku

Dalam proses perubahan perilaku, seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor berasal dari individu itu sendiri (faktor intern) dan faktor yang tidak berasal dari individu tersebut (faktor ekstern). Faktor intern tersebut antara lain pengetahuan, kecerdasan, persepsi, motivasi, emosi, belajar dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti usia, sosioekonomi, budaya, sumber informasi, dan sebagainya.

Rogers mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui obyek (rangsangan) terlebih dahulu. Faktor ini sangat berpengaruh, apabila faktor ini sangat dominan maka faktor-faktor lain akan terlampaui dengan baik. Proses ini di pengaruhi oleh pengetahuan seseorang.
- 2) *Interest*, yakni ketertarikan seseorang kepada rangsangan.
- 3) *Evaluation*, maksudnya seseorang akan mempertimbangkan atau menilai baik atau tidaknya rangsangan tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap seseorang sudah lebih baik.
- 4) *Trial*, maksudnya seseorang sudah mulai mencoba perilaku baru. Disini ada dua kemungkinan, perilaku tersebut dapat diadopsi atau ditolak.

5) *Adoption*, artinya seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap rangsangan. Apabila perilaku baru tersebut didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

2.7.1 Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur (Notoatmodjo, S, 2007:20).

2.7.2 Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan lain sebagainya. Mengenai dampak yang timbul dari pendidikan terhadap perubahan perilaku dibutuhkan waktu yang cukup lama dibanding dengan *koersi*, namun jika perubahan perilaku ini dapat berhasil diterapkan di masyarakat maka akan langgeng atau bahkan akan di terapkan sampai seumur hidup (Notoatmodjo, 2012: 18). Tingkat pendidikan masyarakat yang dihitung dari rata-rata lama sekolah menjadi prasyarat untuk derajat kesehatan masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui ekonomi. Pendidikan sendiri mempunyai tujuan untuk memerangi kebodohan, dapat berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan berusaha atau bekerja. Selanjutnya akan dapat meningkatkan kemampuan mencegah penyakit,

meningkatkan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2012:8).

2.7.3 Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui (Alwi, 2005: 121). Pengetahuan adalah istilah yang digunakan untuk menuturkan apabila seseorang mengenal tentang sesuatu. Sesuatu hal yang menjadi pengetahuannya adalah selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan yang diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahuinya itu. Oleh karena itu pengetahuan selalu menuntut adanya subyek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan obyek yang merupakan sesuatu yang dihadapinya sebagai hal yang ingin diketahuinya. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap sesuatu, atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu obyek tertentu (Surajiyo, 2007: 26).

Pengetahuan merupakan hasil “Tahu“ dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni: penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, S, 2007: 143). Lebih lanjut Notoatmodjo menyebutkan ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*know*). Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk juga mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah diterima dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*). Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi (*Application*). Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.
4. Analisis (*Analysis*). Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan yang lain dapat ditunjukkan dengan menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.
5. Sintesis (*Synthesis*). Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan dapat menyusun formulasi yang baru.
6. Evaluasi (*Evaluation*). Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi penelitian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada. Pengetahuan diukur dengan wawancara atau angket tentang materi yang akan diukur dari objek penelitian.

Di dalam diri manusia terdapat sifat kodrat kecenderungan ingin tahu. Dalam hal ini adanya pengetahuan ditentukan oleh faktor internal yaitu dari dalam diri manusia, dan faktor eksternal yaitu dorongan dari luar berupa tuntutan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan kehidupan (Surajiyo, 2007: 31).

2.7.4 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. (Notoatmodjo, S, 2007:146).

Menurut Notoatmodjo, S (2007:148) sikap mempunyai 4 tingkat dalam intensitasnya, yaitu:

1. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa seseorang (subjek) mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).
2. Menanggapi (*responding*) diartikan apabila seseorang menjawab ketika diberikan pertanyaan, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*) adalah bertanggung jawab apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan

keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Pengukuran secara langsung dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang objek yang bersangkutan (Notoatmodjo, S, 2007:149).

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2007:148) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yang bersama-sama membentuk sikap yang utuh, yaitu :

1. Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2007:148).

2.7.5 Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan, keterjangkauan, dan ketepatan akses pelayanan kesehatan merupakan dasar sistem kesehatan untuk menyelesaikan berbagai masalah kesehatan dan menciptakan kesehatan yang merata bagi semua orang. Dengan tersedianya akses pelayanan kesehatan maka diharapkan dapat memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif serta memberikan perhatian dan rasa percaya diri pada orang-orang yang membutuhkan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dan membentuk pola perilaku masyarakat dalam peningkatan kesehatan (Eunike R., 2005:5).

2.8 Kerangka Teori

2.8.1 Teori Health Belief Model (HBM)

Teori *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori perubahan perilaku kesehatan dan psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit. Menurut teori ini perilaku individu dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaannya tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas.

Teori Health Belief Model didasarkan atas tiga faktor esensial yaitu:

- 1) Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
- 2) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku
- 3) Perilaku itu sendiri

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku dapat memberikan keuntungan penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba perilaku yang serupa.

Teori Health Belief Model didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan berdasarkan

persepsi dan kepercayaannya. Teori ini dituangkan dalam lima segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya. Berikut ini adalah komponen HBM yang terkait dengan perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS pada *Gay* pekerja seks (Priyoto, 2014: 136).

1) *Perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Resiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar resiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi resiko.

2) *Perceived severity* (bahaya/ kesakitan yang dirasakan)

Perceived severity berkaitan dengan keyakinan atau kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Persepsi keseriusan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, juga dapat berasal dari keyakinan seseorang bahwa ia akan mendapat kesulitan akibat penyakit dan akan membuat atau berefek pada hidupnya secara umum.

3) *Perceived benefit* (manfaat yang dirasakan)

Perceived benefit merupakan persepsi seseorang tentang nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi risiko terkena penyakit. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi resiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.

4) *Perceived barrier* (hambatan yang dirasakan)

Perceived barrier berhubungan dengan proses evaluasi individu sendiri atau hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru. Persepsi tentang hambatan yang akan dirasakan merupakan unsur yang signifikan dalam menentukan apakah terjadi perubahan perilaku atau tidak. Berkaitan perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang harus percaya bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama. Hal ini memungkinkan hambatan yang harus diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi.

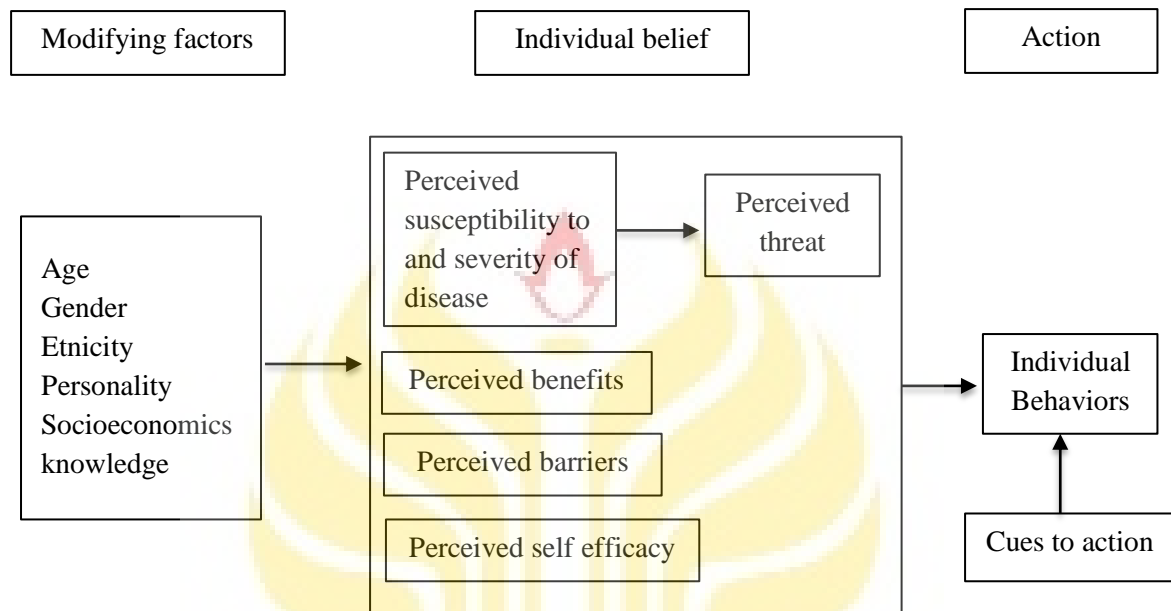
5) *Modifying variable* (variabel modifikasi)

Karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi pribadi dapat dimodifikasi oleh variabel lain seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan, tingkat sosial ekonomi, norma, dan motivasi.

6) *Cues to action* (isyarat untuk bertindak)

Isyarat untuk bertindak adalah peristiwa-peristiwa, orang, atau hal-hal yang menggerakkan orang untuk mengubah perilaku mereka. Isyarat untuk bertindak ini dapat berasal dari informasi dari media massa, nasihat dari orang-orang sekitar, pengalaman pribadi atau keluarga, artikel dan lain sebagainya.

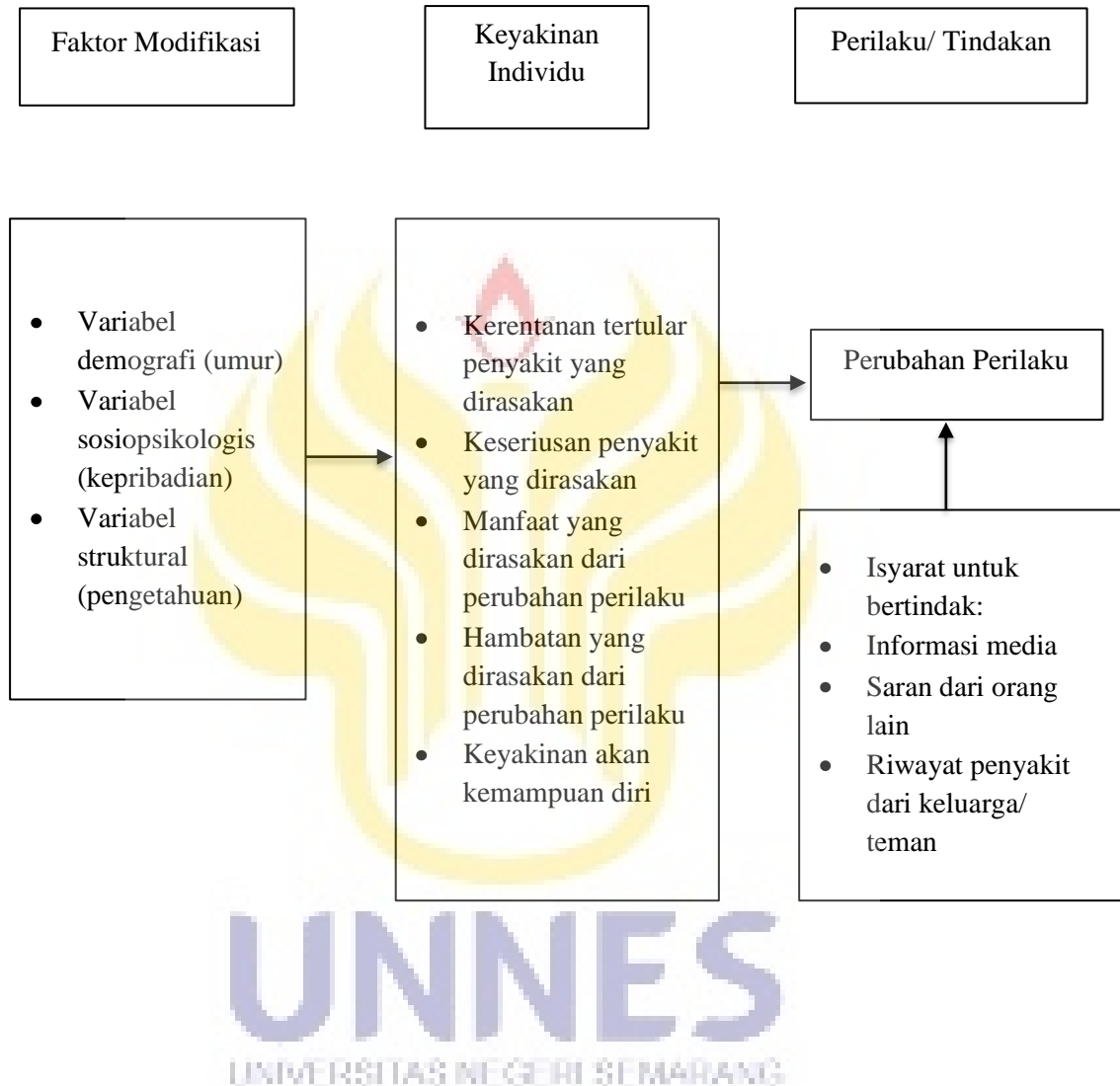
Berdasarkan uraian diatas kerangka teori yang dapat disusun dari teori Health Belief Model (HBM) dapat terlihat pada bagan berikut:



Gambar 2.2 Kerangka teori *Health Belief Model*

Sumber: *Health Belief Model Components and Linkages* dalam Glanz, et al (2008)

2.8.2 Bagan Kerangka Teori



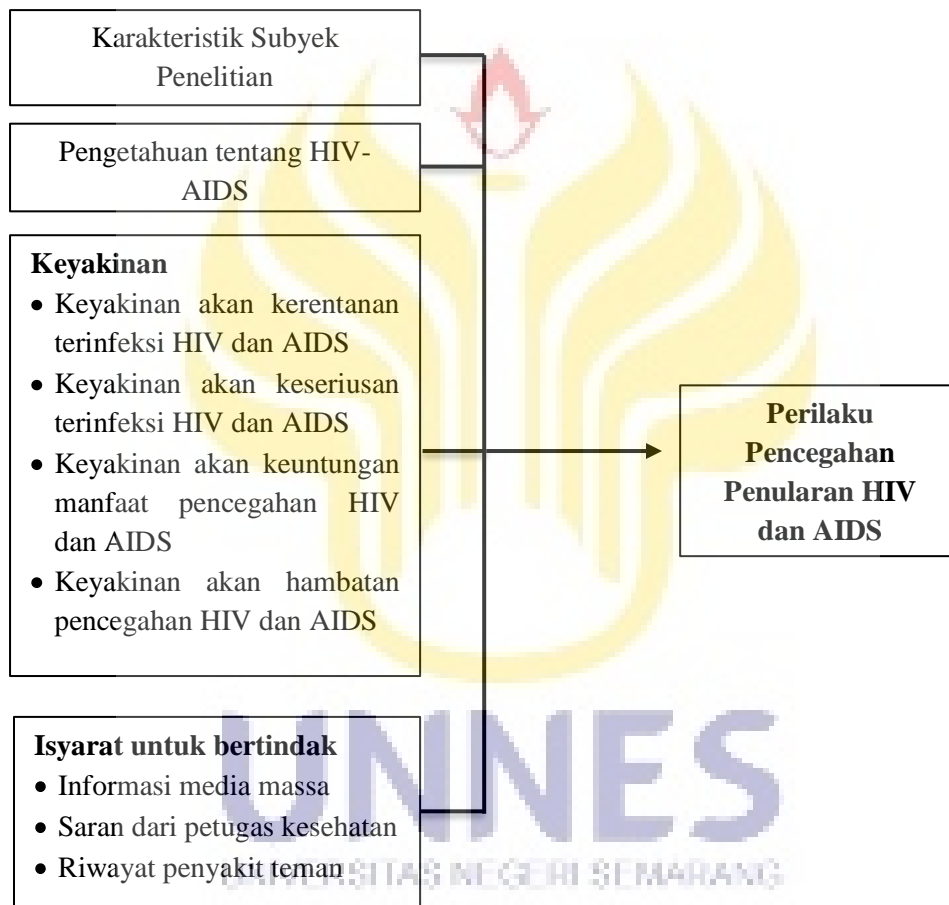
Gambar 2.3 Kerangka Teori diadaptasi dari teori Health Belief Model Perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *Gay* pekerja seks
 Sumber: *Health Belief Model Components and Linkages* dalam Glanz, et al (2008)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Alur Pikir

Adapun alur pikir penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Alur Pikir

3.2 Fokus Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS yang dilakukan *Gay* pekerja seks di Kota Semarang ditinjau dari komponen teori *health belief model*. Antara lain pengetahuan tentang HIV dan AIDS, keyakinan akan kerentanan terinfeksi HIV

dan AIDS, keyakinan akan keseriusan terinfeksi HIV dan AIDS, keyakinan akan keuntungan manfaat pencegahan HIV dan AIDS, keyakinan akan hambatan pencegahan HIV dan AIDS serta isyarat untuk bertindak melalui informasi media massa, saran dari petugas kesehatan dan riwayat penyakit teman. Upaya pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks penting untuk dilakukan karena perilaku seksual mereka yang berganti-ganti pasangan sehingga berisiko tinggi terinfeksi HIV dan AIDS.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis dan rancangan penelitian menggunakan jenis penelitian eksploratif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian pada tingkat eksploratif ini merupakan tingkat penelitian awal, yang sifatnya merupakan penelitian penjelajahan artinya peneliti belum mengetahui apa yang terjadi (Sutopo, 2002: 110). Hal ini dilakukan bilamana peneliti tidak familiar dengan masalah yang diteliti. Literatur atau hasil penelitian yang membahas masalah tersebut masih langka (Slamet, 2006: 7). Jenis penelitian eksploratif kualitatif ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus dipilih karena mampu melihat sebagai studi yang bersifat komprehensif, intens, rinci dan mendalam serta lebih diarahkan sebagai upaya untuk menelaah masalah atau fenomena yang bersifat kontemporer maupun kekinian. Jadi penelitian ini akan membahas perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS yang dilakukan oleh pria pekerja seks.

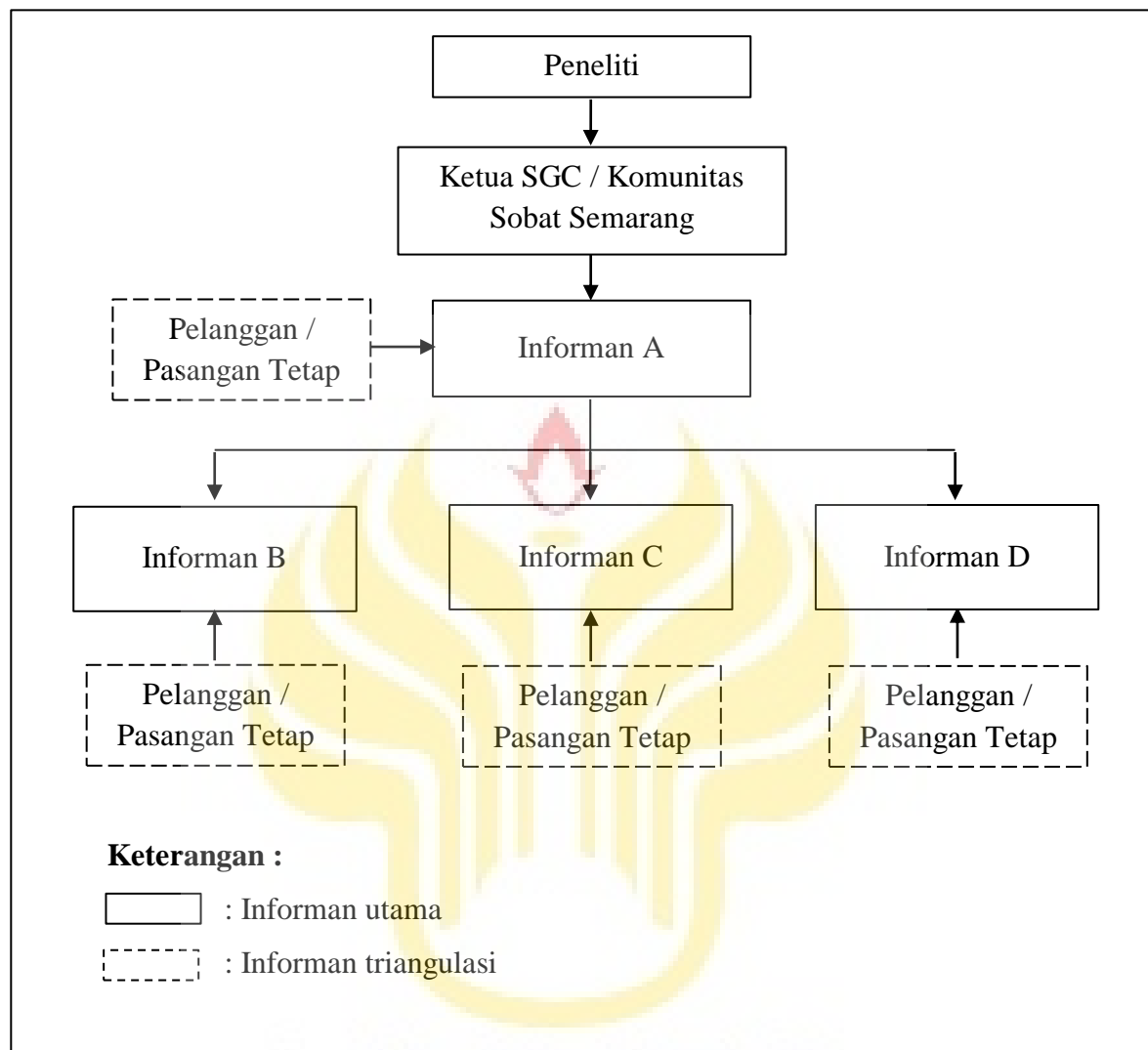
3.4 Subjek Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *snowball sampling*, yang merupakan teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awalnya berjumlah sedikit, lama-lama menjadi besar. Hal ini dilakukan karena jumlah informan yang sedikit belum mampu memberikan data yang memuaskan, maka mencari orang lain yang dapat digunakan sebagai sumber data. Dengan demikian jumlah sampel sumber data akan semakin besar, seperti bola salju yang menggelinding, lama-lama menjadi besar (Sugiyono, 2013: 54).

Obyek penelitian atau informan utama pada penelitian ini adalah *gay* pekerja seks. Sedangkan informan pendukung adalah Semarang *Gay Community* (SGC) dan Komunitas Sobat Semarang yang fokus menangani permasalahan LGBT di Kota Semarang termasuk jangkauan terhadap *gay* pekerja seks.

Peneliti menetapkan kriteria subjek penelitian minimal tiga orang berdasarkan kelompok-kelompoknya, yaitu *gay* pekerja seks “kucing” *street* (jalanan), *gay* pekerja seks “kucing” *mobile* dan *gay* pekerja seks “kucing” *stay* (menetap). Jumlah informan “kucing” *street* akan lebih kecil karena sudah jarang ditemui mereka lebih memilih menetap atau *mobile* untuk menjaga privasi. Sedangkan informan triangulasi adalah pelanggan atau pasangan tetap dari “kucing”.

Adapun skema tahapan pemilihan informan utama dapat terlihat pada gambar berikut:



Gambar 3.2 Alur Pemilihan Informan

Informan A merupakan informan kunci (*key informan*) sekaligus sebagai subyek penelitian yaitu *gay* pekerja seks secara *mobile* berusia 30 tahun dan sejak tahun 2012 hingga sekarang aktif menjadi “kucing”. Sebelum menetapkan informan A sebagai informan kunci terlebih dahulu Peneliti menjaring informasi dan menganalisis untuk memastikan bahwa informan A dipilih atas dasar fokus penelitian. Proses ini dibantu oleh sumber terpercaya yaitu penjangkau lapangan Komunitas Sobat Semarang. Perilaku seksual yang sering dilakukan adalah

kissing, oral, anal, rimming dan mandi kucing. Perilaku pencegahan penularan HIV AIDS yang telah dilakukan diantaranya memakai kondom saat melakukan hubungan seksual, dan menggunakan pelicin.

3.5 Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.5.1.1 Panduan Wawancara Mendalam

Peneliti membuat sebuah panduan wawancara mendalam yaitu berupa kerangka atau garis besar proses wawancara dan isi wawancara untuk menjaga agar pokok-pokok yang telah direncanakan dapat seluruhnya tercakup. Panduan ini berisi pertanyaan yang digunakan peneliti sebagai acuan dalam menggali informasi dari subjek penelitian. Pokok-pokok pertanyaan yang diberikan kepada *gay* pekerja seks berkenaan dengan perilaku seksual yang mereka lakukan serta keyakinan atau persepsi tentang HIV dan AIDS. Peneliti akan menanyakan hal-hal yang berfokus pada perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks.

3.5.1.2 Catatan Lapangan

Catatan lapangan berupa coretan seperlunya yang sangat dipersingkat, berisi kata-kata kunci, frasa, pokok-pokok isi pembicaraan atau pengamatan, gambar, sketsa, sosiogram, diagram yang bermanfaat sebagai alat perantara antara apa yang dilihat, didengar, dirasakan, dicium, dan diraba dengan catatan sebenarnya (Moleong, 2014:208). Catatan ini digunakan untuk mencatat peristiwa atau kejadian yang diamati pada saat peneliti melakukan observasi pada subyek

atau pada saat melakukan wawancara mendalam. Peneliti melakukan pencatatan setelah melakukan observasi pada subyek atau wawancara mendalam.

3.5.1.3 Alat Perekam

Alat perekam berguna sebagai alat bantu pada saat wawancara agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari informan. Alat perekam digunakan selama peneliti melakukan wawancara mendalam atau selama peneliti mengajukan pertanyaan pada informan. Dalam penelitian ini alat perekam yang digunakan adalah *handphone*.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan:

3.5.2.1 Observasi Tidak Berstruktur

Observasi yang tidak membutuhkan persiapan secara sistematis tentang apa yang akan diobservasi. Dalam melakukan pengamatan peneliti tidak menggunakan instrumen yang telah baku melainkan berupa rambu-rambu pengamatan (Sugiyono, 2007:228). Tujuan utama peneliti melakukan observasi adalah untuk memperoleh gambaran utuh subjek. Hasil observasi juga dapat dijadikan sebagai umpan balik dari jawaban yang diberikan subjek. Hasil observasi dideskripsikan berdasarkan keadaan subjek meliputi penampilan fisik, serta perilaku pada saat wawancara baik verbal maupun *non verbal*. Selain observasi digunakan untuk mendapatkan gambaran sehari-hari subjek penelitian, keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal subjek penelitian dan gaya hidup subjek penelitian.

3.5.2.2 Wawancara Mendalam

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2012: 139). Jenis wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstruktur yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam kategori *indepth interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka (Sugiyono, 2007:233). Dalam pelaksanaan wawancara, urutan pertanyaan diberikan secara fleksibel. Wawancara diperkirakan berlangsung antara 1-2 jam dan dapat berlangsung lebih dari sekali. Wawancara dilakukan di tempat dan pada waktu yang memungkinkan subjek penelitian. Lokasi wawancara dipilih dengan kriteria yang nyaman dan tenang bagi peneliti dan subjek sehingga data yang diperoleh akan lebih lengkap dan valid. Apabila setelah dilakukan reduksi data peneliti merasa data dari hasil wawancara kurang lengkap, peneliti akan menghubungi subjek kembali dan meminta waktu luang untuk mengadakan wawancara tambahan.

3.6 Prosedur Penelitian

Tabel 3.1 Prosedur Penelitian

Tahapan Penelitian	Rincian Kegiatan
(1)	(2)
Pra Penelitian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi permasalahan, isu-isu yang penting, kasus yang aktual dan menarik 2. Menetapkan fokus penelitian 3. Menetapkan lokasi penelitian 4. Mengurus perizinan survei pendahuluan 5. Melakukan survei pendahuluan yaitu dengan melakukan wawancara dengan kepala Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Daerah Kota Semarang pada tanggal 13 Januari 2016 dan melakukan wawancara dengan Ketua koordinator Rumah Pelangi Indonesia pada tanggal 16 November 2015 6. Menganalisis hasil data dari survei pendahuluan 7. Menetapkan kriteria subjek penelitian 8. Menetapkan informan kunci 9. Melakukan penyusunan proposal penelitian 10. Menyusun dan menyiapkan pedoman wawancara mendalam yang akan digunakan sebagai panduan pengambilan data di lapangan. Pedoman wawancara disusun berdasarkan permasalahan penelitian 11. Menyiapkan perlengkapan penelitian

Pelaksanaan Penelitian	<p>12. Peneliti bertemu informan dengan pendampingan penjangkau lapangan</p> <p>13. Pada awalnya peneliti memperkenalkan diri dan meminta kesediaan informan dengan menjelaskan gambaran umum penelitian</p> <p>14. Apabila yang bersangkutan bersedia, kemudian ditentukan jadwal wawancara. Waktu disesuaikan dengan kondisi informan. Tempat wawancara diusahakan senyaman mungkin untuk menunjang proses wawancara. Kemudian informan menandatangani lembar persetujuan informan</p> <p>15. Menjelaskan pada informan bahwa peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi yang diberikan dan menegaskan kembali bahwa informasi dari informan hanya digunakan untuk kepentingan akademis yang bersifat ilmiah</p> <p>16. Memulai proses wawancara dengan informan. Pada saat proses wawancara ini peneliti juga melakukan observasi tidak berstruktur dimana hasil pengamatan akan dicatat dalam catatan lapangan</p> <p>17. Peneliti memastikan apakah semua pertanyaan telah dijawab informan</p> <p>18. Peneliti meminta izin untuk bertemu kembali dengan informan bila diperlukan</p>
Pasca Penelitian	<p>19. Pengumpulan data hasil penelitian</p> <p>20. Melakukan pengolahan dan analisis data</p>

3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data

Dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi dalam pemeriksaan keabsahan data. Triangulasi adalah suatu teknik yang digunakan untuk memeriksa keabsahan data yang menggunakan sesuatu atau komponen yang lain di luar data

itu untuk keperluan pengecekan atau pembandingan terhadap data yang diperoleh (Moleong, 2014: 330). Teknik triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber. Dalam metode ini dilakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan subjek penelitian triangulasi yaitu pelanggan atau pasangan tetap dari informan.

3.8 Teknik Analisis Data

Metode analisis data yang sesuai dengan penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan secara kualitatif. Analisis data kualitatif menurut Bogdan & Bilken dalam (Moleong, 2014:248) merupakan upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menentukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Pada penelitian ini akan diaplikasikan metode analisis data yang menggunakan model Miles & Huberman. Langkah-langkah dalam proses analisis data adalah sebagai berikut:

3.8.1 Reduksi Data

Setelah peneliti meneliti pengumpulan data di lapangan, maka akan diperoleh suatu data. Oleh karena itu perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Reduksi data adalah proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan dengan langkah mengurangi atau menghilangkan hal-hal yang tidak perlu. Dengan demikian, maka akan

memberikan gambaran data yang jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan.

3.8.2 Penyajian Data

Setelah melakukan reduksi data, maka langkah selanjutnya adalah melakukan penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data sering digunakan adalah bentuk uraian singkat yang bersifat naratif. Selain itu juga dapat disajikan dalam bentuk grafik, matrik, network (jejaring kerja) dan chart. Dalam memberikan analisis mengenai hasil penelitian ini diklarifikasikan menjadi beberapa kategori yaitu:

1. Semua informan (4 orang informan penelitian)
2. Sebagian besar informan (3 orang informan penelitian)
3. Separuh informan (2 orang informan penelitian)
4. Sebagian kecil informan (1 orang informan penelitian)
5. Tidak ada (0 orang informan penelitian)

Klasifikasi ini dilakukan untuk memudahkan dalam menganalisis jawaban dari informan penelitian.

3.8.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Penarikan kesimpulan dalam penelitian kualitatif dibuat berdasarkan pada pemahaman terhadap data-data yang telah disajikan dengan menggunakan kalimat yang mudah dipahami dan mengacu pada pokok permasalahan yang diteliti (Sugiyono, 2008: 246).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai perilaku pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks di Kota Semarang, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Profesi sebagai *gay* pekerja seks sudah dijalankan informan sejak 3 bulan sampai puluhan tahun yang lalu. Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi serta mendorong informan menjadi *gay* pekerja seks, diantaranya pengaruh dari teman, dampak dari pengalaman perilaku seksual, pengaruh dari lingkungan tempat bekerja sebelumnya, rasa penasaran ingin mencoba dan faktor ekonomi.
2. Dalam mendapatkan pelanggan semua informan memanfaatkan media sosial seperti, *Facebook*, *Grindr*, *Hornet* dan *WhatsApp*. Namun ada sebagian kecil informan yang masih menggunakan media cetak yaitu dengan memasang iklan di surat kabar. Tempat untuk melayani pelanggan adalah hotel dan kos dari *gay* pekerja seks.
3. Seluruh informan mempunyai pasangan baik tetap (istri) maupun tidak tetap (pacar laki-laki). Hanya sebagian kecil informan yang sudah terbuka dengan keluarganya tentang profesinya sebagai *gay* pekerja seks.
4. Pengetahuan mengenai HIV dan AIDS yang dimiliki informan utama dalam penelitian ini adalah cukup baik meskipun kurang bisa mengaitkan dengan

kejadian AIDS. Pengetahuan ini mencakup pengertian, pencegahan, penularan dan tempat pemeriksaan HIV dan AIDS. Sedangkan pengetahuan mengenai perilaku seksual yang berisiko dari informan adalah cukup baik.

5. Secara umum keyakinan akan kerentanan terinfeksi HIV dan AIDS adalah semua informan merasa bahwa pekerjaan mereka berisiko terhadap infeksi dan penularan HIV dan AIDS.
6. Secara umum keyakinan akan tingkat keseriusan jika terkena HIV dan AIDS yang dirasakan informan adalah sebagian besar informan merasa dikucilkan dari masyarakat, dijauhi teman-teman dan merasa tertekan pikiran dan batinnya (*drop*). Namun hanya sebagian kecil informan yang merasa biasa saja.
7. Secara umum keyakinan akan manfaat pencegahan HIV dan AIDS menurut informan adalah merasa aman terhindar dari HIV dan AIDS serta menjaga kesehatan bagi diri informan.
8. Secara umum hambatan dari upaya pencegahan HIV dan AIDS yang dirasakan oleh semua informan adalah mengurangi aktivitas seksualnya dan adanya rasa malu ketika periksa ke pelayanan kesehatan.
9. Semua informan telah mendapatkan peringatan/ pesan mengenai HIV dan AIDS dari LSM/ Komunitas LGBT, tetangga dan penjangkau lapangan. Hampir seluruh informan mengaku pernah ada penjangkauan terhadap mereka. Kegiatan yang dilakukan dalam penjangkauan adalah pembagian kondom dan pelicin secara gratis serta ajakan untuk rutin melakukan tes VCT.

10. Perilaku seksual yang biasa dilakukan oleh semua informan dalam melayani pelanggan bervariasi mulai dari *kissing*, *petting* dengan menjilat puting pelanggan, masturbasi, oral, *rimming*, anal hingga mandi kucing dengan menjilat seluruh tubuh pelanggan.
11. Perilaku penggunaan kondom dan pelicin pada sebagian besar informan untuk tujuan pencegahan HIV dan AIDS masih tidak konsisten. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor internal dan eksternal dari informan. Sebagian pelanggan menunjukkan sikap yang permisif terhadap penggunaan kondom saat berhubungan seksual sedangkan pelanggan lainnya menunjukkan sikap yang tidak permisif.
12. Perilaku dalam melakukan tes VCT pada penelitian ini menunjukkan sebagian besar informan pernah melakukan tes VCT yang terakhir dilakukan pada awal tahun hingga setengah tahun yang lalu. Namun ada sebagian kecil informan yang mengaku belum pernah melakukan tes VCT.

6.2 Saran

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian ini, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Gay Pekerja Seks

Saran bagi *gay* pekerja seks yaitu diharapkan dapat meningkatkan perilaku penggunaan kondom dan pelicin baik yang digunakan untuk dirinya sendiri maupun pasangan atau pelanggannya, selalu rutin melakukan tes VCT dan berkontribusi aktif dalam upaya pencegahan penularan HIV dan AIDS.

6.2.2 Bagi LSM atau Komunitas Pendamping

1. Memperluas intervensi tentang bahaya serta upaya pencegahan penularan HIV dan AIDS melalui media-media KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) di tempat-tempat yang diindikasikan sebagai tempat berkumpulnya komunitas LSL ataupun *gay* pekerja seks.
2. Melakukan kegiatan pendampingan dengan melakukan pendekatan terhadap kelompok-kelompok yang diindikasikan sebagai *gay* pekerja seks.
3. Partisipasi jejaring LSM dan komunitas perlu diperkuat agar upaya pencegahan HIV juga menjadi tanggung jawab LSM maupun komunitas.

6.2.3 Bagi Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang

1. Menciptakan lingkungan yang kondusif melalui intervensi struktural di semua rumah *gay* pekerja seks yang dijangkau perlu menjadi strategi utama dalam program pencegahan HIV pada kelompok *gay* pekerja seks.
2. Penyediaan dan distribusi kondom serta pelicin perlu dijamin keberlanjutannya, meningkatkan kerja sama yang lebih luas dengan semua LSM ataupun Komunitas pendamping dan memantau secara periodik penggunaannya oleh *gay* pekerja seks.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Saran kepada peneliti lain atau peneliti selanjutnya yaitu diharapkan dapat meneliti lebih lanjut mengenai upaya pencegahan penularan HIV dan AIDS pada *gay* pekerja seks dengan kombinasi pendekatan kuantitatif untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas, dalam dan bervariasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, Erlan Rista, 2012, *Perilaku Penggunaan Kondom Secara Konsisten Untuk Pencegahan HIV: Suatu Studi Kualitatif Pada Pria Pekerja Seks Laki-Laki Berbasis Panti Pijat di Jakarta*, Tesis, Universitas Indonesia Depok
- Afifuddin dan Beni, 2012, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, CV. Pustaka Setia, Bandung.
- Alwi, Hasan, 2005, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.
- Andarmoyo, Sulistyono, 2014, *Psikoseksual Dalam Pendekatan Konsep & Proses Keperawatan*, Ar-Ruzz Media, Jogjakarta.
- Arikunto, Suharsini, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Boyke, DN, 2013, *Problema Seks dan Solusinya: For Teens*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Candra, Asep, *Diperkirakan 3 Juta Pria Lakukan Seks Sejenis*, Jumat 18 Maret 2011, diakses tanggal 21 Desember 2015, (<http://lipsus.kompas.com/indocomtech2013/read/2011/03/18/11182825/diperkirakan.3.juta.pria.lakukan.seks.sejenis>).
- Dandona, Lalit, et al, 2006, *How Much attention is Needed towards Men Who Sell Sex to Men for HIV Prevention in India?*, Research, Licensee BioMed Central Ltd.
- Demartoto, Argyo, 2010, *Perilaku Laki-Laki Yang Berhubungan Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Untuk Melakukan Test HIV di Kota Surakarta*, Laporan Penelitian, Surakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2014, *Kasus HIV/AIDS*, Direktorat Jendral PP&PL, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013, *Profil Kesehatan Kota Semarang*, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Dinas Kesehatan Provinsi Dati I Jateng, Semarang.

- Family Health International, 2010, *MSM Future Program Strategies in Indonesia*, Jakarta: FHI-Indonesia
- Fromm, Erich, 2011, *Cinta, Seksualitas, dan Matriarki*, Jalasutra, Yogyakarta.
- Glanz, et al, 2008, *Health behavior and health education Theory, Research, and Practice*, Jossey Bass, USA.
- Hidayana, Irwan, 2011, *Tentang Pekerja Seks Laki-laki dan Pasangan Seksualnya*, Jurnal Gandrung, Jakarta.
- Indarwati, Ari, 2010, *Perbedaan Generativitas Pada Gay Pria Pekerja Seks (PPS) Dengan Gay Bukan Pria Pekerja Seks (Non PPS) (Studi Komparatif pada Komunitas Gessang di Surakarta)*, Skripsi, Universitas Sebelas Maret Surakarta, (online), diakses pada tanggal 25 Januari 2016, (<http://digilib.uns.ac.id>).
- Kaiser Family Foundation, 2014, *The HIV/AIDS Epidemic in The United States*, diakses 10 Januari 2016 (<http://kff.org/hivaids/>).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, *Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV (Voluntary Counseling dan Testing/ VCT)*, Kementerian Kesehatan, Jakarta.
- _____, 2011, *Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku-Surveilans HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS)*.
- _____, 2013, *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*, Jakarta.
- _____, 2014, *Profil Kesehatan Indonesia 2013*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008, *HIV/AIDS*, Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang, 2015, *Data Kasus HIV dan AIDS Kota Semarang*, Semarang.
- Komisi Penanggulangan AIDS Pusat Jawa Tengah, 2015, *Kondisi HIV & AIDS di Jawa Tengah 1993 s/d 30 September 2015*, Jawa Tengah
- Mandal, dkk, 2008, *Lecture Notes: Penyakit Infeksi*, Erlangga, Jakarta.

- Marmi, 2014, *Kesehatan Reproduksi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Moleong, LJ, 2014, *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Nafikadini, Iken, 2009, *Fenomena 'Kucing' Pada Kelompok Laki-laki Suka Seks dengan laki-laki (LSL) dan pemaknaan Simboliknya di Kota Semarang*, Tesis, Universitas Diponegoro.
- Nolasco, Fiscalina Amadora, René E. Albuero, Elmira Judy T. Aguilar and Wenda R. Trevathan, *Knowledge and Perception Of Risk For HIV and Condom Use Among Msm In Cebu City, Philippines*, Philippine Quarterly of Culture and Society, Vol. 32, No. 2 (June 2004), pp. 118-134, Diakses tanggal 28 Mei 2016 (<http://www.jstor.org>)
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2007, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho, A, 2001, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Besarnya Permissiveness dalam Berperilaku Seksual pada Kaum Homoseksual*, Skripsi, Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Pisani, et al, 2004, *HIV, Syphilis Infection, and Sexual Practices Among Transgender, Male Sex Worker, and Other Men Who Have Sex With Men in Jakarta, Indonesia*, Journal, Sex Transm Infect.
- Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan dilengkapi dengan Contoh Kuisioner*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Rustiana, Eunike R, 2005, *Psikologi Kesehatan*, Semarang, Universitas Negeri Semarang Press.
- Rokhmah Dewi, dkk, 2012, *Proses Sosialisasi LSL (Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki) di Kalangan Remaja dan Dampaknya pada Kesehatan Reproduksi Remaja*, Jurnal IKESMA, Volume 8, No 2, September 2012, hlm 144.
- Romauli dan Anna, 2011, *Kesehatan Reproduksi Buat Mahasiswa Kebidanan*, Nuha Medika, Yogyakarta.

- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H., 1988, *Social learning theory and the health model*, Health education, Vol 15 (2), 175-183.
- Sarwono, Solita, 1993, *Sosiologi Kesehatan*, Gajah Mada University Press, Jogjakarta.
- Sarwono, Jonathan, 2006, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sunarto, Kamanto, 2002, *Pengantar Sosiologi*, Fakultas Ekonomi UI.
- Sutopo, HB, 2002, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Sebelas Maret University Press, Surakarta.
- Siahaan, Jokie MS, 2009, *Perilaku Menyimpang*, Pendekatan Sosiologis, Indeks, Jakarta.
- Sirait Linda.M, Sarumpaet S, 2012, *Hubungan Komponen Health Belief Model (HBM) dengan Penggunaan Kondom pada Anak Buah Kapal (ABK) di Pelabuhan Belawan*, Jurnal Precure, Tahun 1 Volume 1.
- Soekanto, Soerjono, 2004, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Suara Merdeka, 2003, *Remang-remang Gigolo Semarang*, diakses 18 November 2015 (<http://www.suaramerdeka.com/harian/0307/06/nas9.htm>).
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, ALFABETA, Bandung.
- Supratiknya, A, 1995, *Mengenal Perilaku Abnormal*, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta.
- Surajiyo, 2007, *Filsafat Ilmu dan Perkembangannya di Indonesia*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Tiva, Merlita Andres, 2009, *Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Laki-laki Menjadi Homoseksual dan Risiko Terhadap Penularan IMS dan HIV/AIDS (Studi Survei di Komunitas Homoseksual di Kabupaten Jember)*, Skripsi, Universitas Jember.
- Winarsih, 2013, *Perilaku Seksual Komunitas Gay Kaitannya Dengan HIV/AIDS (Studi Deskriptif Kualitatif Pada Komunitas Gay di Kota Surakarta)*, Skripsi, Universitas Sebelas Maret.