



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI KAUM HOMOSEKSUAL TERHADAP
AKTIVITAS SEKSUAL YANG BERISIKO TERJADI HIV-AIDS**

TESIS

**JOHN TODING PADANG
1006755336**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI KAUM HOMOSEKSUAL TERHADAP
AKTIVITAS SEKSUAL YANG BERISIKO TERJADI HIV-AIDS**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

**JOHN TODING PADANG
1006755336**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2012**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 13 Juli 2012



John Toding Padang

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : John Toding Padang

NPM : 1006755336

Tanda Tangan : 

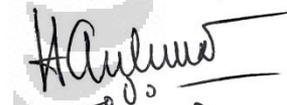
Tanggal : 13 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis yang diajukan oleh :
Nama : John Toding Padang
NPM : 1006755336
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas Seksual Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., Ph.D. ()
Pembimbing : Novy Helena, C.D., S.Kp., M.Sc. ()
Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp., MN ()
Penguji : Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp., M.N ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 13 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat, dan anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., Ph.D., selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini;
2. Ibu Novy Helena, C.D., S.Kp., M.Sc., selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini;
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
4. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
5. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
6. Ibu Amelia K, S.Kp., MN dan Ibu Ety Rekawati, S.Kp., MKM., selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi kepada penulis selama mengikuti pendidikan;
7. Ibu Lestari Sukmarini, S.Kp., MN dan Ibu Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp., M.N, selaku dosen penguji, yang telah memberikan masukan demi penyempurnaan penyusunan tesis ini;
8. Segenap dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu dan memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan;

9. Orang tua dan keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan dan doa selama penulis mengikuti pendidikan;
10. dr. Veronika yang telah memberikan motivasi dan doa selama penulis mengikuti pendidikan;
11. Para pejabat di lingkungan Universitas Cenderawasih dan Kemdikbud, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
12. Rekan-rekan Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Angkatan 2010, atas kebersamaannya selama ini;
13. Para partisipan yang secara sukarela terlibat dalam penelitian ini;
14. Semua pihak yang telah memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : John Toding Padang
NPM : 1006755336
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas Seksual Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 13 Juli 2012
Yang menyatakan



(John Toding Padang)

Nama : John Toding Padang
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan
Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas
Seksual Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

ABSTRAK

Gambaran tentang kehidupan dan perilaku seks bebas diantara kaum homoseksual merupakan masalah kesehatan utama dan faktor penting dalam transmisi infeksi HIV ke populasi yang lebih luas. Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS. Pendekatan yang digunakan pada penelitian kualitatif ini adalah fenomenologi deskriptif. Partisipan dalam penelitian ini adalah 5 orang pria homoseksual yang aktif secara seksual. Proses analisis menggunakan tahapan analisis menurut Colaizzi, dan teridentifikasi lima tema utama: (1) Penampilan fisik sebagai modal utama (2) Pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual (3) Ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual (4) Ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri (5) Upaya pencarian figur seorang ayah. Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk data dasar pendidikan kesehatan pencegahan perilaku seksual berisiko dimana diharapkan dapat membantu mencegah peningkatan prevalensi HIV-AIDS pada kaum homoseksual. Diperlukan penelitian lanjutan dengan menggunakan desain dan teknik sampling lainnya, untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas hasil penelitian. Sehingga hasil yang diperoleh dapat ditransfer ke populasi yang memiliki tipologi yang sama.

Kata kunci:
HIV-AIDS, Homoseksual, persepsi, perilaku seksual berisiko

Name : John Toding Padang
Study Program : Master Program In Nursing Science, Majoring In
Medical-Surgical Nursing
Faculty of Nursing, University of Indonesia
Title : Perceptions of Sexual Activity Against Homosexuals
There is at Risk of HIV-AIDS

ABSTRACT

The description of Homosexuals lifestyle and free sex behavior is the essential of the transmission of HIV in large population. This study aims to uncover the perceptions of homosexuals against risk sexual activity that occurs with HIV-AIDS. The design of this qualitative research was descriptive phenomenology approach. Participants in this study include of five homosexual's. Analysis process is using the stage of Colaizzi's data analysis and five themes was identified in this study, consist of: (1) The physical appearance as the main capital (2) Attainment of happiness through homosexual relations (3) The dependence of sexual needs as the reason for maintaining a homosexual relationship (4) The discomfort as a reason not to protect yourself (5) The search for figure of a father. This study is usefull as the basic of health education in sexual behavior risk preventive, which can help to protect the increase of HIV-AIDS prevalency in the homosexuals. There's need continues study that using another design and sampling technique to increase the validity and reliability of the finding. So the result can be transfered to essential population that have similarity in tipology.

Key words:
HIV-AIDS, Homosexual, perception, sexual risk behavior

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	11
2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Konsep HIV-AIDS	13
2.1.1 Definisi	13
2.1.2 Etiologi	14
2.1.3 Transmisi Infeksi HIV	15
2.1.4 Patofisiologi Infeksi HIV	16
2.1.5 Manifestasi Klinis	18
2.1.6 Diagnosis Infeksi HIV-AIDS	20
2.1.7 Penatalaksanaan Klinis Infeksi HIV-AIDS	22
2.2 Homoseksualitas	22
2.2.1 Definisi	22
2.2.2 Ekspresi Homoseksualitas	23
2.2.3 Bentuk Hubungan Homoseksualitas	24
2.2.4 Karakteristik Homoseksual	24
2.2.5 Perkembangan Homoseksual	27
2.2.6 Jenis Homoseksual	36
2.3 Perilaku Berisiko Tertular HIV	36

2.4 Pola Aktivitas Seksual	37
2.4.1 Pola Aktivitas Seksual Berisiko Pada Homoseksual	38
2.5 Peran Perawat Spesialis Klinis HIV-AIDS	39
3. METODE PENELITIAN	43
3.1 Rancangan Penelitian	43
3.2 Subjek Penelitian	45
3.2.1 Calon Partisipan	45
3.2.2 Cara Pemilihan Calon Partisipan	46
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian	47
3.4 Etika Penelitian	48
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	51
3.6 Instrumen Pengumpulan Data	53
3.7 Analisa Data	54
3.8 Keabsahan Data (<i>Trustworthiness</i>)	55
4. HASIL PENELITIAN	56
4.1 Karakteristik Partisipan	56
4.2 Tema Hasil Analisis	57
4.2.1 Penampilan Fisik Sebagai Modal Utama	57
4.2.2 Pencapaian Kebahagiaan Melalui Hubungan Homoseksual ..	58
4.2.3 Ketergantungan Kebutuhan Seks Sebagai Alasan Mempertahankan Hubungan Homoseksual	60
4.2.4 Ketidaknyamanan Sebagai Alasan Tidak Memproteksi diri ..	63
4.2.5 Upaya Pencarian Figur Seorang Ayah	65
5. PEMBAHASAN	67
5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	67
5.2 Keterbatasan Penelitian	73
5.3 Implikasi Hasil Penelitian	74
6. KESIMPULAN dan SARAN	76
6.1 Kesimpulan	76
6.2 Saran	77

DAFTAR REFERENSI

LAMPIRAN

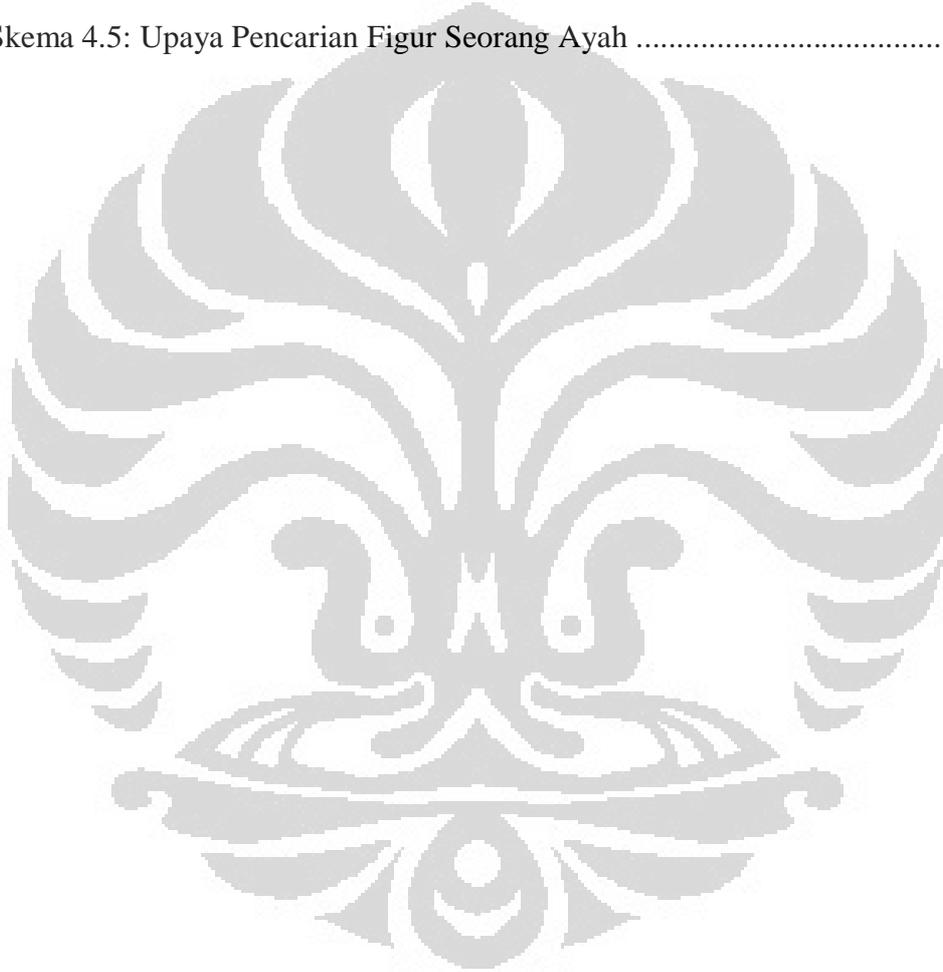
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Sistim Klasifikasi Kategori Klinis dan Jumlah CD4 pada Dewasa Berdasarkan Ketetapan CDC (2002)	20
Tabel 2.2 : Gejala Mayor dan Minor Infeksi HIV-AIDS	21



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1: Patofisiologi Infeksi HIV hingga Stadium AIDS	17
Skema 4.1: Penampilan Fisik Sebagai Modal Utama	57
Skema 4.2: Pencapaian Kebahagiaan Melalui Hubungan Homoseksual	59
Skema 4.3: Ketergantungan Kebutuhan Seks Sebagai Alasan Mempertahankan Hubungan Homoseksual	61
Skema 4.4: Ketidaknyamanan Sebagai Alasan Tidak Memproteksi Diri	64
Skema 4.5: Upaya Pencarian Figur Seorang Ayah	65



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 3 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 : Lembar Catatan Lapangan (*Field Note*)
- Lampiran 6 : Matriks Analisis Tematik
- Lampiran 7 : Karakteristik Partisipan
- Lampiran 8 : Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 9 : Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 10 : Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 11 : Daftar Riwayat Hidup



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ANA	: <i>American Nurses Association</i>
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
AusAID	: <i>Australian AIDS Partnership Join Indonesia</i>
CD4 ⁺	: <i>Cluster of differentiation 4</i>
CDC	: <i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
DNA	: <i>Deoxyribo nucleic acid</i>
ELISA	: <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDU	: <i>Injecting Drug User</i>
IMS	: <i>Infeksi Menular Seksual</i>
KGB	: <i>Kelenjar Getah Bening</i>
KIE	: <i>Komunikasi Informasi dan Edukasi</i>
KPAN	: <i>Komite Penanggulangan AIDS Nasional</i>
KPAP	: <i>Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi</i>
LSL	: <i>Lelaki yang Suka Berhubungan Seks dengan Lelaki</i>
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
MSM	: <i>Men Who Have Sex with Men</i>
ODHA	: <i>Orang dengan HIV & AIDS</i>
PCP	: <i>Pneumocystis Carinii Pneumonia</i>
PITC	: <i>Provider Initiative Treatment and Counseling</i>
PMS	: <i>Penyakit Menular Seksual</i>
RNA	: <i>Ribonucleic acid</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Joint Program for HIV/AIDS</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan tentang pendahuluan yang berisi latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Sindrom penurunan kekebalan tubuh yang didapat (AIDS), merupakan suatu kondisi kronis yang terjadi secara terus-menerus yang disebabkan oleh infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV). Virus ini secara bertahap menyerang dan menurunkan fungsi kekebalan tubuh manusia. Jumlah viral load HIV dalam tubuh sampai menimbulkan berbagai infeksi merupakan indikator progresi klinis AIDS. Hal ini dikarenakan kondisi tubuh adalah faktor penentu apakah seorang ODHA mampu bertahan dari serangan virus yang mematikan. Gejala klinis infeksi HIV memperlihatkan tanda yang tidak khas hingga keadaan immunosupresi berat yang disertai kelainan malignansi dan dapat mengarah pada kematian (Smeltzer & Bare, 2007; Nasronudin, 2007).

Pada pertengahan tahun 90-an, dengan cepat infeksi HIV berubah dari penyakit fatal yang bersifat universal, progresif, menjadi penyakit yang dapat dikelola, seperti keadaan saat ini. Perubahan yang begitu cepat ini belum pernah terjadi sepanjang sejarah, akan tetapi kita tidak boleh lengah dengan kondisi yang ada, sebab HIV-AIDS masih merupakan penyakit yang serius, penyebarannya sangat cepat, mengubah hidup, dan kadang mengancam jiwa. Kini HIV-AIDS sudah merupakan *global effect* dengan kematian yang mengesankan, dimana percepatan proses penularannya dalam 1 menit terdapat 5 orang yang tertular, dan akhirnya penyakit ini melesat menyebar ke seluruh dunia (Albery & Munafo, 2011; Hawari, 2009). Setiap tahun kasus orang dengan HIV-AIDS terus mengalami peningkatan.

Titik puncak pada dekade kedua dari epidemi AIDS, di mana dunia telah berusaha untuk mengendalikan dan menghentikan peningkatan kasus tersebut,

namun masih saja terlihat kerapuhan. Epidemi HIV yang sudah berlangsung selama dua puluh lima tahun masih saja merupakan masalah dan tantangan serius terhadap kesehatan masyarakat di dunia baik di negara yang sudah maju maupun di negara berkembang. Ancaman kematian akibat infeksi HIV tersebut tidak dapat diabaikan, bahkan tidak mustahil bila penurunan jumlah penduduk suatu negara bukan oleh keberhasilan program keluarga semata tetapi lebih disebabkan oleh kematian akibat AIDS. Penyebaran AIDS ke seluruh dunia dan agen penyebab HIV, adalah masalah kesehatan yang paling dramatis dalam dunia modern. Pada beberapa negara, ledakan HIV-AIDS bersamaan dengan multikrisis lainnya sehingga menambah keterpurukan negara tersebut. Hal ini terbukti dengan kejadian perampasan kekayaan setiap negara karena sumber daya manusia produktifnya menderita (Maramis & Nasronudin, 2007; Kemp, 2009).

AIDS sudah mencapai status pandemi untuk manusia, dengan lebih dari 33,4 juta orang di seluruh dunia hidup bersama HIV-AIDS dan satu juta diantaranya adalah anak-anak. Temuan ini dirilis oleh program bersama PBB dan WHO tentang HIV-AIDS dalam laporan *AIDS Epidemic Update* tahun 2009. Pada akhir tahun 2010 jumlah orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di seluruh dunia mencapai 34,8 juta (31,6-35,8), naik 18% dari tahun 2001. Pada Tahun yang sama menunjukkan estimasi jumlah kematian yang disebabkan oleh AIDS mencapai 2 juta orang (1,8-2,1), turun dari puncaknya sebesar 2,2 juta (2,1-2,9) pada pertengahan tahun 2000, sedangkan jumlah kasus baru orang yang terinfeksi HIV adalah 2,9 juta (2,4-2,9) (UNAIDS, 2011). Infeksi HIV dan penyakit AIDS masih merupakan penyakit kronis dengan prevalensi yang cukup tinggi di seluruh penjuru dunia.

Prevalensi HIV-AIDS di berbagai belahan bumi terus mengalami peningkatan. Berdasarkan analisa yang dilakukan oleh pusat pengendalian penyakit (*Centers for Disease Control and Prevention* atau *CDC Atlanta*) yang bekerja sama dengan WHO (2010) menyatakan bahwa prevalensi HIV-AIDS pada wilayah Afrika Selatan dan beberapa negara bagiannya adalah 37,6 juta ODHA dan sekitar 48,1 juta di USA. Benua Asia diperkirakan memiliki laju infeksi HIV

tertinggi di dunia. WHO dan UNAIDS, memberi peringatan bahaya kepada 3 negara di Asia yang saat ini disebut-sebut berada pada titik infeksi HIV. Bahkan bisa dikatakan ketiga negara tersebut berada dalam posisi serius. Berdasarkan laporan WHO dan UNAIDS, ketiga negara itu adalah China, India, dan Indonesia. Apalagi ketiga negara itu memiliki populasi penduduk terbesar di dunia. Untuk wilayah Asia Timur dan Pasifik, Republik Rakyat China menduduki angka tertinggi sekitar 1 juta ODHA. Di kawasan Asia Tenggara dengan trend epidemik yang bervariasi di setiap negara, di mana India mendominasi urutan pertama (diperkirakan 3 juta orang dewasa terinfeksi). Prevalensi tinggi lainnya terdapat di Thailand, Kamboja, Vietnam, dan Myanmar. Menurut Russel (2011), prevalensi HIV pada kawasan ini tersebar mulai dari 0,4% di Vietnam, sampai 0,5%, 0,6% dan 1,3% masing-masing di Kamboja, Myanmar, dan Thailand.

Indonesia merupakan salah satu negara di kawasan Asia yang mengalami epidemi HIV-AIDS dengan prevalensi yang meningkat secara tajam dan belum menunjukkan penurunan, meskipun berbagai upaya penanggulangan telah dilaksanakan. Menurut WHO dan PBB untuk AIDS (2009), epidemi AIDS di Indonesia merupakan salah satu yang tercepat pertumbuhannya di Asia. Kita masih ingat ketika ditemukannya kasus HIV-AIDS pada seorang wisatawan berkebangsaan Belanda tahun 1987 yang meninggal di RSUP Sanglah Denpasar, sejak saat itu laju peningkatan kasus HIV-AIDS semakin cepat terutama dalam 5 tahun terakhir ini. Hal ini terlihat dari jumlah kasus baru pada sub populasi tertentu di beberapa provinsi, yang secara konsisten telah melebihi 5% atau lebih dari 3 kali lipat dibanding jumlah yang pernah dilaporkan pada 15 tahun pertama epidemi AIDS di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut, maka epidemi HIV-AIDS di Indonesia telah mengalami perubahan dari negara "*low level epidemic*" menjadi "*concentrated level epidemic*" (Djoerban, 2011). Saat ini tidak ada provinsi di Indonesia yang bebas HIV-AIDS.

Pola epidemi HIV-AIDS di beberapa provinsi di Indonesia sangat beragam dan cukup tinggi. Sebanyak 300 kabupaten/kota di 33 provinsi telah melaporkan adanya peningkatan kasus AIDS. Hingga bulan September 2011, kasus HIV-

AIDS di Indonesia secara kumulatif tercatat hampir mencapai 300.000 kasus dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 238.893.400 jiwa (BPS & Kemenkes RI, 2011). Pada beberapa provinsi seperti DKI Jakarta, Riau, Bali, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah telah tergolong sebagai daerah dengan tingkat epidemi terkonsentrasi (*concentrated level of epidemic*), sedangkan Tanah Papua sudah memasuki tingkat epidemi meluas (*generalized epidemic*). Provinsi dengan jumlah kumulatif kasus AIDS terbanyak per September 2011 adalah Jawa Timur (4318), Papua (4005), DKI Jakarta (3998), Jawa Barat (3804) dan Bali (2331). Jawa Tengah dilaporkan sebagai provinsi dengan percepatan laju pertambahan insiden baru kasus AIDS (373) pada akhir tahun 2011. Jumlah kasus baru HIV nasional tahun 2011 (Januari sampai dengan September) tercatat sebanyak 15.589 kasus, sedangkan kasus baru AIDS sebanyak 1805 kasus. *Case Fatality Rate* (CFR) AIDS di Indonesia mengalami penurunan dari 3,7% pada tahun 2010 menjadi 1% pada tahun 2011 (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011).

Dari jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS tahun 2009 sampai 2011 di Indonesia, Provinsi DKI Jakarta masih menduduki peringkat ke-3 setelah Jawa Timur dan Papua. Angka prevalensi DKI Jakarta mencapai 45,8 kasus per 100 ribu penduduk dengan 178 kasus kematian. Diperkirakan angka kejadian HIV-AIDS yang sebenarnya mungkin jauh lebih tinggi dari jumlah yang terdeteksi, hal ini dikarenakan masalah HIV-AIDS bagaikan “fenomena gunung es”, dimana orang yang terinfeksi HIV dan AIDS yang diketahui atau dilaporkan, hanyalah sebagian kecil dari jumlah yang sebenarnya. Bagian yang lebih besar biasanya tersembunyi dan tidak diketahui jumlahnya. Terkait hal tersebut, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) di tiap daerah segera melakukan harmonisasi penanggulangan HIV-AIDS dengan memperkuat program monitoring dan evaluasi atas berbagai kegiatan yang telah dijalankan selama ini. Seperti kegiatan komunikasi, informasi, edukasi, dan penjangkauan pada kelompok risiko tinggi (KIE) sesuai dengan budaya dan agama setempat. (KPAP, 2011; Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011). Epidemio HIV-AIDS mempunyai dampak buruk terhadap pembangunan nasional.

Merebaknya epidemi HIV-AIDS telah menjadi permasalahan yang membutuhkan penanganan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai elemen, mulai dari LSM, masyarakat, dan pemerintah. Keseriusan Indonesia dalam menanggulangi HIV-AIDS tercetus dalam tujuan pembangunan milenium (*MDG's*) pada tahun 2015. Dimana salah satu *goal*-nya adalah memerangi HIV-AIDS, dengan target mengendalikan penyebaran HIV-AIDS dan terjadi penurunan jumlah kasus baru (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2010). Namun, hingga saat ini prevalensi HIV-AIDS masih terus mengalami peningkatan. Peningkatan ini dapat berdampak pada pembangunan kesehatan, penurunan SDM secara signifikan, memperlambat pertumbuhan ekonomi, dan masalah sosial. Indonesia harus berbenah diri dalam menangani peningkatan tersebut, karena bila tidak ditangani secara serius maka Indonesia bisa dianggap gagal dalam mencapai tujuan tersebut.

Telah banyak usaha yang dilakukan melalui program pendekatan yang terintegrasi pada populasi kunci, maka peningkatan prevalensi HIV-AIDS dapat diminimalkan. Komite Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) memberikan apresiasi kepada Pemprov dimasing-masing daerah karena telah berhasil menekan laju pertumbuhan kasus penularan HIV-AIDS melalui jarum suntik narkoba (penasun). Tapi kini Indonesia dihadapkan dengan munculnya gejala baru yaitu peningkatan penularan HIV-AIDS melalui transmisi seksual (KPAN & AusAID, 2011).

Penularan HIV secara umum terjadi akibat perilaku manusia yang berisiko, sehingga menyebabkan individu dalam situasi yang rentan terhadap infeksi. Penularan penyakit ini semakin cepat seiring dengan terjadinya perubahan moral dan hubungan yang tidak terbatas di masyarakat baik di dalam negeri maupun di luar negeri. Trend penyebaran HIV-AIDS kini mulai bergeser. Jika sebelumnya tingkat prevalensi atau penyebaran infeksi baru HIV-AIDS lebih didominasi oleh pelaku narkoba dengan pemakaian jarum suntik bergantian, kini pola penyebarannya beralih melalui perilaku seks berisiko (Hutapea, 2011). Hal ini didukung pula oleh penelitian Schwarcz, et al. (2007), yang menyatakan bahwa prevalensi HIV meningkat sebanyak 25,2% melalui perilaku seks berisiko yang

dilakukan berulang kali dan tanpa proteksi. Peningkatan prevalensi tersebut terjadi pada pria dengan rentang usia antara 45-54 tahun. Kemudian penelitian tersebut juga melaporkan bahwa 16,5% aktivitas seksual melalui anal seks tanpa proteksi yang dilakukan dengan banyak pasangan seks selama 12 bulan.

Hubungan seksual yang bebas dan tidak terlindungi (tidak konsisten menggunakan kondom), baik secara vaginal maupun anal dengan pasangan yang berganti-ganti maupun yang tetap, merupakan perilaku seks berisiko yang menyebabkan peningkatan proses penularan infeksi HIV. Hubungan seks yang bebas dan tanpa pengaman tersebut, merupakan bentuk penularan yang terus tumbuh secara bermakna (Siyaranamual, 2008). Cara penularan utama saat ini adalah melalui transmisi seksual yang telah meningkat dengan cepat dan drastis. Meskipun angkanya kecil, namun prevalensi HIV-AIDS pada populasi kunci terus meningkat terutama di kalangan homoseksual.

Pada beberapa negara maju, distribusi penderita AIDS menurut faktor risiko dan perilaku telah banyak berubah selama sepuluh tahun terakhir. Seperti di Amerika Serikat, distribusi kasus AIDS disebabkan oleh faktor "*sexual risk behaviour*". Sebagian besar dari penderita tersebut melibatkan diri dalam perilaku yang berisiko tinggi, seperti hubungan homoseksual. Data dari pusat pengendalian penyakit (CDC, 2009) menunjukkan bahwa insiden HIV berdasarkan kategori transmisi seksual tertinggi oleh kaum homoseksual yaitu 61%. Di luar negeri istilah bagi seseorang yang memiliki ketertarikan pada sesama jenis di sebut *men who have sex with men* (MSM) atau homoseksual, sedangkan di Indonesia umumnya dikenal dengan istilah lelaki yang suka berhubungan seks dengan lelaki (LSL) dan bahasa trendnya adalah gay.

Di Asia Timur dan Pasifik, cara penularan HIV paling utama adalah melalui hubungan seks dengan pekerja seks, di mana prevalensi HIV-nya lebih dari 57% pada tahun 2003 (Chin, 2006). Kaum homoseksual di kawasan Asia menghadapi epidemi HIV yang sangat cepat. Tang dan Tsoi (2008) melaporkan bahwa homoseksual di Asia 19 kali lebih mungkin tertular HIV daripada yang bukan

homoseksual. Modus penularan tersebut turut menyumbang pertumbuhan epidemi HIV-AIDS di Asia. Lebih lanjut Loretz, Brown, dan Soroker (2007) melaporkan bahwa prevalensi HIV pada kalangan homoseksual di beberapa kota besar di Asia cukup tinggi. Ada proyeksi yang mengatakan, bahwa sekitar 50% dari jumlah kasus baru infeksi HIV pada tahun 2020 di Asia akan disebabkan oleh kaum homoseksual. Keadaan ini memperlihatkan bahwa perilaku seks berisiko di kalangan homoseksual mempunyai peran penting dalam proses penularan HIV-AIDS.

Sejak tahun 2002 terjadi fenomena baru penyebaran HIV-AIDS di Indonesia, yakni melalui perilaku seksual. Kondisi tersebut sesuai dengan survei yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI sebanyak 55% dari keseluruhan infeksi baru HIV-AIDS disebabkan oleh hubungan seks heteroseksual maupun homoseksual, dan penularan tersebut tidak hanya menjangkiti kaum pria saja namun sudah menjangkiti ibu rumah tangga. Data estimasi populasi rawan tertular HIV pada kaum homoseksual di Indonesia tahun 2009 adalah 695.026 dari sekitar 800 ribu kaum homoseksual (Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI, 2011). Hal tersebut mencerminkan bahwa penggerak utama epidemi HIV-AIDS di Indonesia saat ini adalah melalui transmisi seksual berisiko terutama pada kalangan homoseksual tersembunyi. Menurut estimasi *The Asian Epidemic Model*, jika tidak ada perubahan dalam hubungan seksual berisiko maka jumlah orang yang terinfeksi HIV di Indonesia pada tahun 2015 diperkirakan mengalami peningkatan sebesar 648.322 orang (KPAN & AusAID, 2011).

Prevalensi (perbandingan antara yang HIV positif dan HIV negatif) HIV-AIDS di kalangan homoseksual di 6 kota Indonesia pada tahun 2007 mencapai 5,2%. Jaringan ini meningkatkan risiko penularan HIV-AIDS pada homoseksual lainnya. Secara kumulatif, faktor risiko atau cara penularan melalui homoseksual pada tahun 2011 adalah 2,8%. Jumlah kasus HIV dan AIDS menurut faktor risiko tahun 2011 adalah 555 kasus HIV dan 56 kasus AIDS (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011).

Terkait proporsi transmisi HIV-AIDS, maka perilaku seks berisiko biasanya banyak dilakukan oleh para kelompok populasi yang paling konsisten mempraktikkan seks yang berganti-ganti pasangan khususnya homoseksual. Mereka ini yang secara umum sering disebut sebagai populasi kunci dan berisiko paling tinggi dan rentan terinfeksi HIV dalam beberapa tahun ke depan. Ketersembunyian komunitas ini akan menjadi bom waktu epidemi HIV-AIDS di seluruh dunia utamanya di Indonesia (KPAN & AusAID, 2011).

Homoseksual merupakan jembatan penghubung penularan virus HIV ke populasi yang lebih luas. Mereka cenderung memiliki banyak partner seks dan sering melakukan hubungan seksual tanpa status dengan pasangannya (*One Night Stand Sex*). Pertemuan dan aktivitas seksual mereka secara terselubung pada tempat-tempat tertentu di beberapa kota besar seperti Jakarta, Bandung, Surabaya, Batam, Bali, Medan, Malang dan Makassar. Tempat tertentu yang dimaksud yaitu taman, tempat pemandian, dan tempat hiburan malam seperti cafe dan diskotik (Sugiarto, 2011). Hal senada juga terdapat pada studi yang dilakukan oleh Huber dan Kleinplatz (2008) pada kaum homoseksual di Canada yang menyatakan bahwa tempat-tempat tersebut diyakini oleh kaum homoseksual sebagai tempat yang aman untuk mempraktikkan aktivitas seks bebas dan jauh dari jangkauan publik.

Kesadaran pribadi dari kaum homoseksual untuk meningkatkan proteksi diri saat berhubungan seksual masih kurang. Dari aktivitas seksual yang berisiko, membuat mereka mudah terinfeksi virus HIV. Beberapa tipe kontak seksual bebas dan tanpa pengaman yang sering mereka lakukan adalah seks penetratif (anal seks) dan oral seks (Halkitis, Wilton, Parsons, & Hoff, 2007). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Koblin, et al. (2006) terhadap 4295 kaum homoseksual yang berusia antara 25-34 tahun yang berhubungan seks dengan 4 atau lebih pasangan seksnya. Berdasarkan penelitian tersebut, diketahui bahwa 45,4% homoseksual melakukan oral seks dengan ejakulasi tanpa perlindungan, 54,9% homoseksual berhubungan seks dengan alat bantu stimulan secara bergantian dan 69,1% homoseksual melakukan hubungan anal tidak

terproteksi. Pola aktivitas seks tersebut rentan terhadap infeksi HIV. Kerentanan terhadap infeksi HIV pada setiap hubungan seks tanpa proteksi disebabkan karena kemungkinan terjadi lesi dan perdarahan pada mukosa mulut atau lapisan epitel anus sehingga virus dapat masuk (Carroll, 2007).

Homoseksual adalah kelompok dengan persentase tertinggi yang berhubungan seks dengan banyak pasangan dan berisiko tertular HIV-AIDS. Hal ini disebabkan karena jaringan homoseksual yang luas dan terselubung sehingga menyebabkan jangkauan kepada homoseksual saat ini masih sangat kurang. Selain itu sedikit sekali dari komunitas ini yang mempedulikan perilaku seks yang aman sedangkan sebagian besar dari mereka sudah pernah dibekali pendidikan kesehatan. Mereka sering melakukan kontak seksual secara bebas dan berisiko dengan pasangan yang baru dikenalnya hanya untuk kenikmatan semata. Kondisi tersebut dipertegas dari hasil wawancara informal pada tanggal 5 Januari 2012 di salah satu pusat perbelanjaan di Depok dengan seseorang yang menyatakan identitas homoseksualnya, ia mengatakan bahwa orientasi seksual yang sering dilakukannya yang membedakan dengan pria normal. Selain itu aktivitas seksual tersebut sudah menjadi rutinitas atau gaya hidup dan merasa senang dengan semakin bertambahnya komunitas tersebut, dengan begitu akan semakin banyak variasi dalam berhubungan seks.

Beberapa hasil penelitian di lapangan tentang fenomena yang dieksplorasi memperlihatkan bahwa hubungan seksual diantara pasangan homoseksual berpotensi menularkan HIV apabila salah satu dari pasangan tersebut positif mengidap HIV. Selain itu, kerentanan terinfeksi HIV di kalangan homoseksual yang berperilaku seks berisiko relatif tinggi (Sugiarto, 2011; Ford, Fajans, Wirawan & Nyoman, 2009). Saat ini, penelitian yang mengeksplorasi lebih detail sejauh mana perilaku seks berisiko tersebut dapat mengakibatkan mereka terinfeksi HIV dan apa motivasi yang menyebabkan mereka rutin serta berani beraktivitas seks bebas yang tidak aman tanpa mempedulikan risiko terinfeksi HIV-AIDS sangat terbatas. Oleh karena itu diperlukan penelitian lebih lanjut dalam memperoleh persepsi dan makna tentang aktivitas seksual yang berisiko

terjadi HIV-AIDS pada kaum homoseksual. Adapun hasil dari penelitian tersebut sangat diperlukan sebagai acuan / kerangka dasar untuk mengembangkan intervensi keperawatan berupa perubahan perilaku yang berkesinambungan dan komprehensif bagi populasi kunci yang berkontribusi dalam penanggulangan pengendalian epidemi HIV-AIDS di Indonesia.

1.2 Perumusan Masalah

Perilaku seksual berisiko merupakan masalah kesehatan utama khususnya pada kaum homoseksual dan merupakan faktor penting dalam transmisi infeksi HIV ke populasi yang lebih luas. Dari beberapa penelitian menyatakan bahwa kerentanan terinfeksi HIV di kalangan homoseksual yang berperilaku seks berisiko sudah cukup memprihatinkan. Hal ini memperlihatkan bahwa intensitas dari aktivitas seks berisiko sangat tinggi. Perilaku seksual berisiko sering dipraktikkan diantara kaum homoseksual secara bebas tanpa perlindungan yang dilakukan dengan banyak pasangan seks. Kondisi ini memicu peningkatan prevalensi HIV-AIDS dan akan berdampak buruk pada pembangunan kesehatan, penurunan SDM secara signifikan, memperlambat pertumbuhan ekonomi, dan memicu konflik sosial.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan peningkatan prevalensi HIV utamanya pada kaum homoseksual, namun hubungan seks yang bebas diantara mereka masih terus terjadi. Mereka secara aktif dan tanpa pengaman tetap melakukannya dengan tidak mempedulikan risiko tertular HIV-AIDS sedangkan sebagian besar dari mereka sudah pernah terpapar program pencegahan HIV melalui komunikasi, informasi dan edukasi. Kondisi ini merupakan suatu fenomena terkait perilaku seks berisiko yang memerlukan pemecahan masalah melalui suatu penelitian dengan pendekatan fenomenologi yang akan mengungkap persepsi dan makna kaum homoseksual terhadap aktivitas seks berisiko terjadi HIV-AIDS. Melalui proses penelitian ini dapat diperoleh hasil yang berdayaguna dalam upaya pencegahan terhadap risiko penularan, sehingga pada gilirannya diharapkan angka prevalensi HIV-AIDS dapat dikendalikan. Dengan memperhatikan uraian di atas, maka dapat dirumuskan masalah

penelitian dalam bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut: Apakah gambaran persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS ?.

1.3 Tujuan Penelitian

Memperoleh gambaran persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Kaum Homoseksual

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi / masukan positif dalam meningkatkan pengetahuan yang komprehensif tentang perilaku seksual berisiko dan cara pencegahan tertular HIV-AIDS pada masyarakat khususnya kaum homoseksual.

1.4.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

1.4.2.1 Hasil penelitian ini diharapkan :

- Dapat menjadi acuan dalam menetapkan pelayanan komprehensif yang bertujuan untuk merespons peningkatan infeksi HIV diantara populasi homoseksual.
- Dapat menjadi bahan kajian dalam mengembangkan metode yang lebih efektif berupa HE tentang perilaku pencegahan HIV-AIDS pada kaum homoseksual.
- Dapat menjadi konsep dasar dalam merumuskan inovasi strategi untuk pelaksanaan kegiatan dan kebijakan program pencegahan HIV-AIDS khususnya pada kaum homoseksual.
- Dapat menjadi bahan evaluasi pada pencapaian dan target dari 3 goal *MDG's* yang salah satunya adalah memerangi HIV-AIDS dengan target mengendalikan penyebaran HIV-AIDS, sehingga terjadi

penurunan jumlah kasus baru pada populasi kunci (homoseksual) di tahun 2015.

1.4.3 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan diskusi berkelanjutan dalam pengembangan kurikulum HIV dan AIDS pendidikan, serta referensi bagi penelitian akademik selanjutnya yang berkaitan dengan pola aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS pada populasi kunci, sehingga diperoleh penataan pengelolaan asuhan keperawatan HIV-AIDS yang komprehensif.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang perspektif teoretik dan kajian pustaka yang relevan dengan masalah penelitian. Uraian dari perspektif teoretik dan kajian pustaka meliputi konsep HIV-AIDS, homoseksualitas, perilaku berisiko tertular HIV, pola aktivitas seksual, dan peran perawat spesialis klinis HIV-AIDS.

2.1 Konsep HIV-AIDS

2.1.1 Definisi

AIDS adalah terminologi sindroma penyakit yang ditandai dengan penurunan imunitas seluler yang disebabkan oleh infeksi HIV (Carroll, 2007). Akibat dari penurunan kekebalan tubuh maka penderita dengan mudah terserang berbagai jenis infeksi yang bersifat oportunistik. Berat ringannya infeksi tersebut, terkait langsung dengan derajat kerusakan sistem kekebalan yang diakibatkannya (Djuanda, 2007).

Faktor perilaku yang tidak sehat mempengaruhi seseorang mudah terserang virus HIV. Penilaian terhadap perilaku berisiko termasuk riwayat seksual yang bebas tanpa proteksi dan penggunaan jarum suntik secara bergantian sangat rentan terhadap infeksi HIV. Hal ini disebabkan oleh karena pemaparan infeksi HIV melalui cairan tubuh yang mengandung virus HIV (Tangredi, Danvers, Molony, & Williams, 2008).

Menurut Ignatavicius dan Workman (2010) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab meningkatnya insiden HIV dan berkembang menjadi AIDS meliputi homofobia yang memicu peningkatan aktivitas seksual berisiko pada populasi kunci khususnya kaum homoseksual; kemiskinan dan akses yang terbatas terhadap biaya pengobatan; dan kurangnya kepatuhan akan pengobatan ARV.

Leary, Purcell, Remien, Fisher dan Spikes (2007) melaporkan, bahwa tingkat homofobia secara psikologis cenderung lebih tinggi pada karakteristik biseksual dan homoseksual. Keberadaan mereka banyak menuai ketidaksetujuan dan dilihat sebagai ancaman bagi kelompok homofobik. Mereka dianggap dapat memberikan pengaruh yang buruk karena homoseksual adalah sesuatu yang sangat negatif sifatnya. Hal tersebut yang membuat mereka tetap menjaga kerahasiaan eksistensi mereka.

2.1.2 Etiologi

Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah suatu agen viral yang di sebut HIV dari kelompok retrovirus *ribonucleic acid* (RNA). Retrovirus mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Hudak & Gallo, 2010). Di sebut retrovirus RNA karena virus tersebut menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik dan memiliki enzim *reverse transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk *deoxyribo nucleic acid* (DNA) yang kemudian dintegrasikan pada informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri HIV (Widoyono, 2011).

Ada 2 tipe HIV (Baratawidjaja & Rengganis, 2010) yaitu :

- a. Tipe 1 (HIV-1); penyebab utama AIDS, merupakan bentuk virus yang paling virulen, prevalensinya lebih banyak dan bermutasi lebih cepat.
- b. Tipe 2 (HIV-2); menyebabkan penyakit yang serupa dengan HIV-1. Patogenesisnya lebih rendah dibandingkan dengan HIV-1 (Mandal, Wilkins, Dunbar & Mayon-White, 2008).

Keduanya merupakan virus lenti yang menginfeksi sel $CD4^+$ T yang memiliki reseptor dengan afinitas tinggi untuk HIV. Setelah infeksi oleh HIV, terjadi penurunan sel CD4 secara bertahap yang menyebabkan peningkatan gangguan imunitas yang diperantarai sel dengan akibat kerentanan terhadap berbagai infeksi oportunistik (Baratawidjaja & Rengganis, 2010).

2.1.3 Transmisi Infeksi HIV

Transmisi HIV masuk ke tubuh manusia melalui beberapa cara (Nasronudin, 2007) yaitu :

- a. Secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak.

Infeksi HIV dari ibu ke anak terjadi selama mengandung, saat persalinan, dan saat menyusui. Sekitar 80% infeksi HIV terjadi pada anak usia dini melalui proses persalinan. Hal ini disebabkan oleh karena kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Yuly, 2009). Oleh karena itu bagi ibu hamil yang terdeteksi positif mengidap HIV-AIDS dianjurkan menjalani tindakan *sectio caesaria* pada saat persalinan.

- b. Secara transmisi seksual.

Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV di berbagai belahan dunia. Tipe kontak seksual yang paling umum dilakukan adalah hubungan seksual secara anal dan oral. Transmisi infeksi HIV melalui anal seks dan oral seks lebih mudah terjadi karena hanya terdapat membran mukosa yang tipis dan mudah terjadi lesi mikro. Hal ini akan memudahkan virus tersebut dapat masuk dan menginfeksi sel langerhans yang kemudian bergerak dan bereplikasi di kelenjar getah bening (KGB) setempat. Setelah itu virus akan disebarkan melalui viremia (Baratawidjaja & Rengganis, 2010).

Beberapa faktor yang mempengaruhi risiko transmisi HIV secara transeksual (Rathus, Nevid, & Fichner, 2009), yaitu :

- 1) Kemungkinan penularan meningkat seiring dengan jumlah kontak seksual dengan pasangan yang terinfeksi HIV.
- 2) Kemungkinan penularan dipengaruhi oleh jenis aktivitas seksual. Hubungan seks anal merupakan *port of entry* bagi HIV karena sangat rentan terjadi pengelupasan pada lapisan dubur.
- 3) Jumlah virus yang terkonsentrasi dalam cairan semen pada awal infeksi dan akan bertambah seiring perkembangan AIDS
- 4) Infeksi Menular Seksual (IMS) seperti kutil kelamin, gonore, trikomoniasis dan klamidia mengakibatkan peradangan pada daerah kelamin, sehingga

dapat mempertinggi risiko penularan IMS lainnya. IMS yang menghasilkan ulkus kelamin, seperti sifilis dan herpes kelamin, yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi HIV.

- 5) Sunat dapat mengurangi separuh dari risiko penularan infeksi HIV (Barley et al., 2007). Pria yang tidak di sunat mungkin lebih rentan terhadap penularan infeksi HIV, hal ini dikarenakan bagian bawah kulup memiliki banyak sel langerhans, yang mengakibatkan HIV mudah menempel dan kulup sering mengalami iritasi selama hubungan seksual, sehingga menjadi jalan masuk bagi HIV ke aliran darah.

Lebih lanjut Jacobs, Fernandez, Ownby, Bowen, Hardigen, dan Kane (2010) melaporkan, dari 802 pria homoseksual yang berusia 40-94 tahun di Florida Selatan, frekuensi HIV meningkat pada pria homoseksual usia 40-59 tahun, yang aktif dalam hubungan seks anal tanpa proteksi (OR=2,8, 95% CI:1,9;4,0) dan memiliki banyak pasangan seksual (OR=1,7, 95% CI:1,3;2,3). Hal ini memperlihatkan bahwa ada hubungan sebab akibat antar faktor risiko dan peningkatan insiden HIV.

- c. Secara horizontal yaitu kontak dengan produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan haemodialisis, perawatan gigi).

HIV dan AIDS adalah penyakit menular yang bisa dicegah. HIV tidak menular melalui jabat tangan, berciuman, menggunakan peralatan makan, kerja bersama, berbagi ruangan, penggunaan toilet yang dipakai secara bersama-sama, pakaian, handuk, gigitan nyamuk, dan kontak sosial biasa (KPAN, 2011).

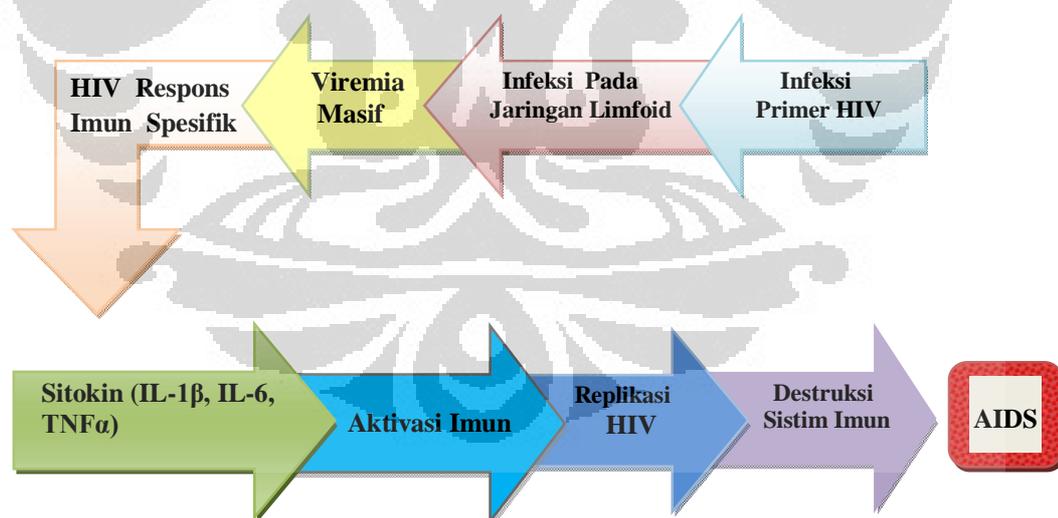
2.1.4 Patofisiologi Infeksi HIV

HIV dapat mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan perantara benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Begitu mencapai sirkulasi sistemik, dengan cepat HIV berusaha

masuk ke dalam sel target. Proses ini berlangsung selama 4-11 hari (Nasronudin, 2007).

Setelah menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus baru dengan jumlah yang banyak (*Virion*). Viremia dari begitu banyak virion memicu munculnya sindrom retroviral akut selama 3-6 minggu. Pada keadaan ini mulai terjadi penurunan limfosit T-CD4 dan peningkatan *Viral load*. Peningkatan jumlah virion yang berlebihan tersebut menyebabkan respon imun tidak mampu lagi meredam dan terus mengalami penurunan hingga jumlah limfosit T-CD4 di bawah 200 sel/mm^3 . Semua mekanisme tersebut menyebabkan penderita semakin rentan terhadap berbagai infeksi oportunistik dan semakin progresif mendorong ke arah pengembangan AIDS. Hal ini berlangsung selama 8-10 tahun (Widoyono, 2011). Secara skematis patofisiologi infeksi HIV hingga masuk ke stadium AIDS dapat digambarkan sebagai berikut :

Skema 2.1 Patofisiologi Infeksi HIV hingga Stadium AIDS



(Sumber : Modifikasi dari Nasronudin, 2007 ; Baratawidjaja & Rengganis, 2010)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut WHO dan CDC (2002, dalam Widoyono, 2011), manifestasi klinis HIV-AIDS pada penderita dewasa berdasarkan stadium klinis yang disertai skala fungsional dan klasifikasi klinis, yaitu :

a. Stadium Klinis

- 1) Stadium Klinis I : pada skala I memperlihatkan kondisi asimtomatis, di mana klien tetap melakukan aktivitas secara normal namun disertai adanya limfadenopati persisten generalisata.
- 2) Stadium Klinis II : pada skala II memperlihatkan kondisi simtomatis, di mana klien tetap melakukan aktivitas normal namun disertai adanya penurunan berat badan tetapi $< 10\%$ dari berat badan sebelumnya, manifestasi mukokutaneus minor (dermatitis *seborrhoic*, prurigo, infeksi jamur pada kuku, ulserasi mukosa oral berulang, cheilitis angularis), herpes zoster dalam 5 tahun terakhir dan ISPA berulang.
- 3) Stadium Klinis III : pada skala III memperlihatkan adanya kelemahan, berbaring di tempat tidur $< 50\%$ sehari dalam satu bulan terakhir disertai penurunan berat badan $> 10\%$, diare kronis dengan penyebab tidak jelas > 1 bulan, demam dengan sebab yang tidak jelas (*intermittent* atau tetap) > 1 bulan, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, TB Pulmoner dalam satu tahun terakhir dan infeksi bacterial berat (misal: pneumonia, piomiositis).
- 4) Stadium Klinis IV : pada skala IV memperlihatkan kondisi yang sangat lemah, selalu berada di tempat tidur $> 50\%$ setiap hari dalam bulan-bulan terakhir disertai HIV wasting syndrome (sesuai yang ditetapkan CDC), *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP), ensefalitis toksoplasmosis, diare karena cryptosporidiosis > 1 bulan, cryptococcosis ekstrapulmoner, infeksi virus sitomegalo, infeksi herpes simpleks > 1 bulan, berbagai infeksi jamur berat (histoplasma, coccidioidomycosis), kandidiasis esofagus, trachea atau bronkus, mikobakteriosis atypical, salmonellosis non tifoid disertai septikemia, TB ekstrapulmoner, limfoma maligna, sarkoma kaposi's, ensefalopati HIV.

b. Klasifikasi Klinis

Klasifikasi klinis berdasarkan gejala klinis dan jumlah CD4 sebagai berikut :

1) Kategori Klinis A

Menunjukkan periode klinik laten yang meliputi infeksi HIV tanpa gejala (asimtomatik), limfadenopati generalisata yang menetap, infeksi HIV akut primer dengan penyakit penyerta atau riwayat sindrom retroviral akut.

2) Kategori Klinis B

Pada remaja atau dewasa yang terinfeksi HIV memperlihatkan gejala (simtomatik) yang tidak termasuk dalam kategori A atau C dan memenuhi paling sedikit satu dari beberapa kriteria berikut :

- a) Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan yang diperantarai sel
- b) Kondisi yang dianggap telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV, misalnya kandidiasis orofaringeal, kandidiasis vulvovaginal, angiomatosis, neuropati perifer, penyakit radang panggul, displasia servikal, herpes zoster, ITP, demam $38,5^{\circ}\text{C}$ atau diare > 1 bulan.

3) Kategori Klinis C

Meliputi gejala yang ditemukan pada penderita AIDS misalnya sarkoma kaposi's, kandidiasis esofagus, kandidiasis pada bronkus, trachea dan paru, kanker serviks uteri, ensefalopati HIV, herpes simpleks, ulkus kronik lebih dari 1 bulan, histoplasmosis sistemik atau ekstrapulmoner, limfoma imunoblastik, limfoma primer di otak, TB di berbagai tempat, PCP, sepsitemia salmonela berulang, toksoplasmosis ensefalitis, retinitis virus sitomegali, HIV *wasting syndrome* (terjadi penurunan berat badan $> 10\%$ disertai diare kronis lebih 1 bulan atau demam > 1 bulan yang bukan disebabkan penyakit lain).

Tabel 2.1 Sistem Klasifikasi Kategori Klinis dan Jumlah CD4 pada Dewasa Berdasarkan Ketetapan CDC (2002)

Limfosit T CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A	B	C
		(Asimtomatik, Infeksi Akut)	(Simtomatik, bukan kondisi A atau C)	(Indikator - AIDS)
≥ 500 sel/mm ³	> 29%	A1	B1	C1
200-500 sel/mm ³	14-28%	A2	B2	C2
< 200/mm ³	< 14%	A3	B3	C3
Indikator-AIDS Jumlah sel-T				

(Sumber : Modifikasi dari Smeltzer & Bare, 2007., Nasronudin, 2007., Widoyono, 2011)

2.1.6 Diagnosis Infeksi HIV-AIDS

Untuk membantu menegakkan diagnosa infeksi HIV-AIDS harus berdasarkan pemeriksaan laboratorium dan pembagian gejala klinis baik mayor maupun minor. Dinyatakan positif mengidap HIV-AIDS apabila pemeriksaan test HIV *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA) dari 3 metode yang berbeda menunjukkan hasil reaktif dan telah dikonfirmasi dengan pemeriksaan *Western blot* serta didapatkan dua gejala mayor dan satu gejala minor (Nasronudin, 2007).

Diagnosa HIV pada umumnya baru dapat ditegakkan pada stadium lanjut dan merupakan masalah yang paling sering di bidang klinik. Untuk mengubah hal ini perlu ditingkatkan kepedulian terhadap infeksi HIV, perluasan fasilitas diagnosis serta diterapkannya PITC (*Provider Initiative Treatment and Counseling*) (Djauzi, 2010).

Tabel 2.2 Gejala Mayor dan Minor Infeksi HIV-AIDS

Gejala	Karakteristik
Mayor	Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan
	Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
	Demam lama
	Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
	Tuberkulosis
	Ensefalopati HIV
Minor	Batuk menetap
	Dermatitis generalisata
	Kandidiasis orofaringeal
	Herpes zoster multisegmental berulang
	Limfadenopati generalisata
	Sarkoma kaposi's
	Herpes simpleks

(Sumber : Modifikasi dari Nasronudin, 2007 dan Kurniawati & Nursalam, 2008)

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang umum digunakan dalam menegakkan infeksi HIV, yaitu :

a. ELISA

Merupakan pemeriksaan serologi standar/uji penapisan terhadap antibodi HIV. Sensitivitasnya tinggi yaitu sebesar 98,1-100%. Biasanya tes ini memberikan hasil positif 2-3 bulan setelah infeksi (Carroll, 2007)

b. Western blot

Merupakan tes konfirmasi/uji pemastian terhadap komponen protein HIV. Spesifisitasnya tinggi yaitu sebesar 99,6-100%. Pemeriksaannya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam (Widoyono, 2011).

c. PCR (Polymerase Chain Reaction)

Tes ini banyak digunakan pada bayi, karena tes ini dapat meminimalkan kerja dari zat antimaternal yang dapat mengaburkan hasil pemeriksaan, seolah-olah sudah ada infeksi pada bayi tersebut (Mandal, Wilkins, Dunbar & Mayon-White, 2008).

2.1.7 Penatalaksanaan Klinis Infeksi HIV-AIDS

Penatalaksanaan klinis infeksi HIV-AIDS dikonsentrasikan pada terapi umum dan terapi khusus serta pencegahan penularan yang meliputi (Carroll, 2007; Widoyono, 2011) :

- a. Penderita dianjurkan untuk istirahat dalam meminimalkan tingkat kelelahan akibat infeksi kronis.
- b. Dukungan nutrisi yang adekuat berbasis makronutrien dan mikronutrien.
- c. Konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial.
- d. Motivasi dan pengawasan dalam pemberian *antiretroviral therapy* (ART).
- e. Membiasakan gaya hidup sehat antara lain dengan berolahraga yang ringan dan teratur.
- f. Mencegah hubungan seksual dengan pasangan yang berganti-ganti atau dengan orang yang mempunyai banyak pasangan.

2.2 Homoseksualitas

2.2.1 Definisi

Fenomena homoseksualitas di Indonesia merupakan hal yang masih tabu dibicarakan dalam kehidupan masyarakat sehari-hari. Masyarakat Indonesia dengan nilai-nilai ketimurannya menganggap bahwa hubungan sesama jenis adalah hubungan yang terlarang, dan secara moral merupakan suatu masalah yang menakutkan dalam kehidupan bermasyarakat. Oleh karena itu, tidak heran jika para kaum minoritas yang dianggap sebagai sampah masyarakat ini memilih untuk menutupi preferensi seksualnya.

Homoseksualitas merupakan masalah yang kompleks, menyangkut berbagai aspek kehidupan manusia baik sosial maupun agama. Dalam bukunya, Hawari

(2009) menyatakan bahwa istilah homoseksual mengacu kepada salah satu bentuk perilaku seks yang menyimpang, yang ditandai adanya ketertarikan (kasih sayang, hubungan emosional, dan secara erotik) dengan jenis kelamin yang sama. Sedangkan Carroll (2007) berpendapat bahwa homoseksual adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan kecenderungan umum hubungan seks dengan orang lain yang berjenis kelamin yang sama.

Homoseksual dapat dijelaskan dalam beberapa dimensi. Termasuk diantaranya adalah sikap untuk mengekspresikan hubungan seksual atau kecenderungan erotis, kesadaran akan konsep diri homoseksual, atau hubungan seks dengan sesama jenisnya. Orang yang menjalani perilaku homoseksual ini berasal dari semua kelas sosial, tingkat pendidikannya bervariasi, mewakili semua jenis pekerjaan dan profesi, mempunyai bermacam kepentingan dan kegemaran, dan mungkin sudah menikah atau masih *single* (Siahaan, 2009; Irianto, 2010).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan homoseksual mengacu pada individu yang memiliki preferensi, perilaku seksual dan ketertarikan baik secara psikologis, sosial, dan seksual dengan individu lain yang memiliki jenis kelamin sama serta komunitas yang mengidentifikasi diri mereka sebagai kaum homoseksual.

2.2.2 Ekspresi Homoseksualitas

Dalam kesehariannya, kaum homoseksual memperlihatkan ekspresi homoseksualitasnya (Kartono, 2009; Irianto, 2010), sebagai berikut:

- a. Aktif, bertindak sebagai pria yang agresif.
- b. Pasif, bertingkah laku dan berperan pasif-feminim seperti wanita.
- c. Bergantian peran. Bisa berperan sebagai pria atau wanita dalam berhubungan seks.

Jeffries (2007), melaporkan bahwa pria latin yang melibatkan diri dalam hubungan sesama jenis, lebih cenderung bertindak sebagai pria yang agresif/aktif melalui orientasi seks yaitu penetrasi anal dibandingkan yang bukan pria latin.

Hal ini dikarenakan lebih kepada peran jati diri dalam bentuk maskulinitas hegemonik. Peran maskulinitas ini adalah salah cara bagi pria latin untuk menunjukkan dominasi sosial terhadap pasangan seks yang berperan pasif.

2.2.3 Bentuk Hubungan Homoseksualitas

Kaum homoseksual cenderung memiliki banyak partner seks. Mereka lebih menyukai hubungan yang bersifat impersonal daripada hubungan yang permanen. Alasan mereka menjalin hubungan impersonal tersebut supaya kerahasiaan identitas homoseksualnya tetap terjaga (Siahaan, 2009).

Menurut Bell dan Weinberg (1978, dalam Siahaan, 2009), beberapa bentuk hubungan homoseksual, yaitu :

- a. *Close Coupled*, yaitu hidup bersama dalam hubungan quasi nikah. Mereka cenderung tidak mempunyai atau mencari pasangan seks lainnya serta tidak menemui banyak masalah dalam hubungan tersebut.
- b. *Open Coupled*, yaitu tinggal bersama dengan pasangan tetapnya, namun tetap terlibat hubungan seksual dengan partner seks lainnya. Perilaku tersebut yang cenderung membuat mereka rentan terhadap infeksi penyakit menular seksual (PMS) dan HIV-AIDS.
- c. *Functional*, yaitu melakukan hubungan seksual dengan banyak pasangan tidak tetap dan hubungan yang terjadi bersifat impersonal. Mereka mengalami beberapa masalah dalam hubungan tersebut.
- d. *Asexual*, yaitu memiliki sedikit hubungan homoseksual dan banyak mengalami masalah seksual serta menyesali orientasi seksualnya.

2.2.4 Karakteristik Homoseksual

Untuk mengidentifikasi karakteristik kaum homoseksual, tidaklah mudah. Hanya sedikit yang diketahui tentang mereka. Bila sudah mengenalnya, ternyata mereka sama dengan orang kebanyakan. Yang berbeda cuma pada orientasi seksual dan cara berpenampilan atau berperilaku. Mereka mempunyai ciri tertentu yang hanya bisa diketahui oleh kelompoknya atau orang-orang tertentu saja. Ciri-ciri khusus

inilah yang sering di sebut sandi, yaitu tanda-tanda yang sengaja di pasang oleh kaum homoseksual untuk mencari pasangan seksualnya (Siahaan, 2009).

Beberapa karakteristik kaum homoseksual yang dapat diidentifikasi (Pratikno, 2005), yaitu :

- a. Naluri homoseksual tetap naluri seorang pria.
- b. Dalam berkomunikasi gaya bicaranya cenderung feminim, seadanya atau bahkan *talktive*;

Sebagian dari mereka berlaku pendiam saat berada dalam lingkungan umum namun justru aktif dalam lingkungannya (sesama homoseksual). Mereka nyaris tidak pernah kehabisan bahan pembicaraan. Ada saja yang bisa dijadikan sebagai bahan pembicaraan baik dengan kelompoknya atau dengan orang sekelilingnya. Hal ini umumnya dilakukan oleh pria homoseksual yang sudah *open* status. Sedangkan untuk pria homoseksual tertutup, mereka lebih banyak pendiam. Dimana kepribadiannya cenderung tertutup dan jika tidak tahu, orang akan keliru menafsirkan bahwa ia pria yang berwibawa.

- c. Perfeksionis;

Mereka cepat melihat ketidaksempurnaan dan segera memperbaikinya. Karena sifat mereka yang terkadang cenderung perfeksionis dan teliti maka terkadang orang menilainya menjadi sangat hati-hati dan jarang mengambil keputusan beresiko. Dalam pekerjaan, dia akan teliti dan nampak rapi. Termasuk bagaimana mengatur ruangan dan meja kerja, akan sangat rapi dan bersih. Bahkan akan menempatkan benda-benda atau aksesoris tambahan, seperti bunga ataupun pernik-pernik lain.
- d. Cenderung sensitif;

Dia tahu dengan pasti apa yang kita rasakan pada saat yang sangat tepat. Mereka lebih perhatian dan memiliki empati yang lebih dalam ketika memperlakukan wanita ketimbang pria normal yang cenderung menunjukkan otoritasnya di hadapan wanita.
- e. Berpenampilan rapi, bersih dan modis;

Hampir sebagian besar pria homoseksual, sangat memperhatikan dan menjaga penampilannya dengan serapi dan semodis mungkin. Bagi sebagian

masyarakat mengira, mereka akan berpenampilan seperti wanita. Dalam kehidupan modern, mereka cenderung bangga berpenampilan seperti layaknya pria biasa namun cenderung lebih rapi dan teliti. Bisa jadi mereka berjas dan berdasi serta tampil dandy. Namun yang umum, mereka lebih memilih pakaian *press-body* atau ketat. Hal ini dilakukan agar lekuk indah tubuh dan ototnya menonjol dan dapat menarik perhatian calon pasangannya. Karena bentuk *body* bagi seorang homoseksual adalah nilai jual tersendiri.

- f. Selalu memakai pengharum tubuh dengan wewangian yang memikat;
Hal ini dilakukan agar aroma tubuhnya dapat menarik perhatian sekelilingnya. Dan penggunaan parfum ini menyesuaikan dengan penampilan rapi dan modisnya. Namun, aroma yang dipilih umumnya aroma yang cukup kuat. Beberapa diantaranya bahkan menggunakan aroma parfum untuk wanita. Hal ini dilakukan sesuai kepribadian dia yang cenderung lebih feminin.
- g. Menyukai *fitness*;
Latihan *fitness* dilakukan dengan tujuan untuk membentuk *body* atletis. Hal ini dikarenakan mereka sangat memperhatikan penampilan.
- h. Sering menggunakan bahasa tubuh sebagai alat komunikasi antar sesama homoseksual, yaitu :
- 1) Tatapan mata yang lebih teduh;
 - 2) Dengan menggunakan tatapan mata, maka dapat memperkenalkan diri kepada kelompok yang diidentifikasi sebagai kaum homoseksual.
 - 3) Mengandalkan feeling yang dimiliki, menjadi penentu identifikasi sesama kaum homoseksual.
 - 4) Menunjukkan posisi tangan;
 - 5) Dengan mengapitkan kedua telapak tangannya, dimana jari-jarinya saling menyilang dan menggerak-gerakan kedua ibu jarinya menandakan suatu pemberian sandi/tanda kepada sesama kaum homoseksual.

Penggunaan bahasa tubuh mengindikasikan bahwa dalam dunia homoseksualitas telah terjadi sebuah pengertian terhadap gerakan tubuh (*Kinesik*), yang merupakan tanda atau lambang dalam sebuah proses komunikasi.

Ada juga ciri-ciri khusus, yang berlaku diantara kaum homoseksual. Pada jaman dahulu, ketika era keterbukaan tidak seperti saat sekarang, ciri-ciri khusus ini menjadi patokan dan menjadi penera bagi kaum homoseksual untuk saling mengenal dan dikenal oleh sejenisnya di tempat-tempat umum. Namun saat sekarang, ciri-ciri khusus ini sudah mulai ditinggalkan dan jarang dipakai oleh kaum homoseksual, terutama bagi mereka yang hidup di perkotaan, dengan tingkat jejaring sosial yang cukup luas. Akan tetapi di beberapa daerah yang masih terbelang terpencil dan jumlah kaum homoseksualnya masih terbatas, ciri-ciri khusus ini kadang sering digunakan. Ciri khusus tersebut antara lain (Laros, 2011):

a. Anting-anting di telinga kanan;

Umumnya anting-anting di kalangan pecinta musik rock atau punkers adalah di telinga kiri. Namun pria homoseksual, justru menindik telinga dan memakai anting-anting di telingan kanannya.

b. Cincin di jari kelingking kiri. Penggunaan cincin di jari kelingking ini masih banyak digunakan oleh pria homoseksual sampai saat ini.

c. Saputangan di saku celana belakang. Penggunaan saputangan yang diselipkan dan menyembul di saku celana belakang, memiliki makna berbeda-beda sesuai dengan warnanya. Seperti warna hijau untuk homoseksual yang siap dianal, atau warna saputangan merah untuk homoseksual yang top dan maunya seks anal saja. Namun saat sekarang, penggunaan saputangan ini sudah jarang digunakan lagi.

2.2.5 Perkembangan Homoseksual

Teori tentang homoseksual yang berkembang saat ini pada dasarnya dapat dibagi menjadi dua golongan (Carroll, 2007), yaitu:

a. *Esensialis*;

Esensialisme berpendapat bahwa homoseksual berbeda dengan heteroseksual sejak lahir, hasil dari proses biologi dan perkembangan. Teori ini menyiratkan bahwa homoseksualitas merupakan abnormalitas perkembangan, yang membawa perdebatan yang menyatakan bahwa homoseksualitas merupakan sebuah penyakit.

b. *Konstruksionis*.

Konstruksionis berpendapat bahwa homoseksualitas adalah sebuah peran sosial yang telah berkembang secara berbeda dalam budaya dan waktu yang berbeda, dan oleh karenanya tidak ada perbedaan antara homoseksual dan heteroseksual secara lahiriah.

Berikut ini jabaran berbagai pendekatan yang memaparkan latar belakang terbentuknya perilaku homoseksual (Carroll, 2007).

a. Pendekatan Biologis

Teori biologis tentang homoseksual bersifat esensialis yang mengatakan bahwa perbedaan orientasi seksual disebabkan oleh adanya perbedaan secara fisiologis. Perbedaan ini bisa disebabkan oleh genetik, hormon, urutan kelahiran atau sifat fisik yang sederhana.

1) Genetik

Franz Kallman (1952, dalam Carroll, 2007) merupakan pelopor penelitian yang berusaha menunjukkan komponen genetik pada homoseksual dengan melakukan penelitian terhadap kembar identik dan membandingkannya dengan kembar fraternal. Ia juga menemukan komponen genetik yang kuat pada homoseksual.

Hammer, et al. (1993, dalam Carroll, 2007) menemukan bahwa pria homoseksual cenderung memiliki saudara homoseksual dari pihak ibunya, dan dengan menelusuri jejak keberadaan gen homoseksual melalui garis keturunan ibu, ditemukan pada 33 orang dari 40 saudara laki-laki.

Pattatucci (1998, dalam Carroll, 2007) berpendapat bahwa pria *gay* memiliki saudara laki-laki *gay* daripada saudara laki-laki lesbian, sementara para lesbian memiliki lebih banyak saudara perempuan lesbian daripada saudara laki-laki *gay*. Penelitian ini juga menemukan bukti bahwa gen “*gay*” ada pada kromosom X tetapi tidak menemukan gen “*lesbian*”. Baru penelitian genetik yang telah mengungkapkan bahwa frekuensi

homoseksualitas pada anak kembar mungkin jauh lebih rendah dari yang dilaporkan sebelumnya (Kirk et al., 1999 dalam Carroll, 2007).

2) Hormon

Teori hormonal dapat berkonsentrasi baik pada ketidakseimbangan hormon sebelum kelahiran atau pada tingkat hormon pada orang dewasa. Di sini kita bisa melihat tingkat hormon baik pada prenatal maupun pada dewasa, yaitu:

a) Tingkat Hormon pada Prenatal

Ketika hormon tertentu diberikan ke hewan yang hamil, seperti tikus atau kelinci percobaan, pada periode kritis dari perkembangan janin, keturunannya dapat dibuat untuk menunjukkan perilaku homoseksual (Dorner, 1976 dalam Carroll, 2007). Beberapa penelitian menemukan bukti bahwa orientasi seksual dapat mempengaruhi tingkatan hormon prenatal menjadi lebih baik pada manusia (Cohen-Bendahan et al., 2005; Rahman, 2005, dalam Carroll, 2007). Selain itu pria homoseksual memiliki tingkat hormon androgen yang lebih rendah daripada pria heteroseksual (Dorner, 1976 dalam Carroll, 2007). Ellis, et al. (1988, dalam Carroll, 2007) dalam studi retrospektif berpendapat bahwa stress yang meningkat selama kehamilan (yang bisa mempengaruhi tingkat hormon) lebih dapat memicu pembentukan janin homoseksual.

Kadar hormon awal juga telah ditemukan dapat mempengaruhi orientasi seksual dan perilaku masa kanak-kanak yang berhubungan dengan jenis kelamin (Berenbaum & Snyder, 1995; Swaab, 2004, dalam Carroll, 2007). Namun, peneliti lain telah menyimpulkan bahwa bukti efek hormon kehamilan pada kedua homoseksualitas pria dan wanita adalah lemah (Whalen et al., 1990 dalam Carroll, 2007). Dengan kata lain, bahwa jika hormon kehamilan merupakan faktor dalam orientasi seksual, maka faktor lingkungan mungkin sama pentingnya.

b) Tingkat Hormon pada Orang Dewasa.

Banyak penelitian yang membandingkan tingkat androgen dalam darah pada homoseksual dewasa dengan pria heteroseksual, dan umumnya tidak menemukan perbedaan yang signifikan (Green, 1988 dalam Carroll, 2007). Dari lima studi yang membandingkan tingkat hormon pada lesbian dan wanita heteroseksual, tiga diantaranya tidak menemukan perbedaan tingkat testoteron, estrogen, atau hormon lain, sementara dua lainnya menemukan tingkat testoteron yang lebih tinggi pada lesbian (dan satu menemukan tingkat estrogen yang lebih rendah) (Dancey, 1990 dalam Carroll, 2007). Dengan demikian, penelitian sejauh ini tidak mendukung gagasan keterlibatan hormon pada orang dewasa.

3) Urutan Kelahiran

Para peneliti juga meneliti efek dari urutan kelahiran. Ditemukan banyak dari pria gay telah dilahirkan lebih dari banyak saudara dan memiliki saudara yang lebih tua tetapi bukan kakak perempuan (Blanchard, 2004; Camperio-Ciani et al., 2004; Ridley, 2003 dalam Carroll, 2007). Telah diperkirakan bahwa orientasi seksual 1 dari 7 pria gay adalah hasil dari urutan kelahiran fraternal (jumlah saudara tua yang mereka memiliki) (Cantor et al., 2002 dalam Carroll, 2007).

Urutan kelahiran fraternal dapat berkontribusi pada orientasi homoseksual dalam dua cara: pertama, sel-sel plasenta dari lapisan rahim dapat mempengaruhi kehamilan selanjutnya, dan anak yang lahir kemudian dapat mengembangkan respons kekebalan. Respons imun dapat mempengaruhi ekspresi gen kunci selama perkembangan otak dengan cara yang meningkatkan atraksi anak laki-laki pada anak laki-laki lainnya (Ridley, 2003 dalam Carroll, 2007). Penelitian ini masih kontroversial, tapi penelitian ini tetap diarahkan untuk terus mencari kemungkinan adanya interaksi. Menariknya, hubungan antara orientasi seksual dan jumlah

saudara yang lebih tua telah ditemukan hanya pada pria (Blanchard, 2004 dalam Carroll, 2007).

4) Fisiologi

Dua artikel pada awal tahun 1990-an melaporkan penemuan perbedaan otak pada pria homoseksual dan heteroseksual (S.LeVay, 1991; Swaab & Hofman, 1990 dalam Carroll, 2007). Kedua studi ini memfokuskan pada hipotalamus, yang diketahui berperan penting pada dorongan seksual, dan menemukan bahwa daerah-daerah tertentu pada hipotalamus pria homoseksual berbeda (lebih besar maupun lebih kecil) dengan pria heteroseksual. Gallo (2000) juga menemukan perbedaan struktural pada hipotalamus dalam hubungannya dengan orientasi seksual. Melalui studi tentang panjang jari, Williams, et al. (2000 dalam Carroll, 2007) menemukan bahwa lesbian memiliki panjang jari yang lebih mirip jari pria pada umumnya. Di mana jari telunjuk lebih pendek daripada jari manis. Hal ini mendukung ide bahwa lesbian mungkin memiliki tingkat testosteron yang lebih tinggi daripada wanita heteroseksual pada awal kehidupannya.

b. Pendekatan Psikologis

Pendekatan psikologis melihat perkembangan perilaku homoseksual lebih sebagai produk dari dorongan sosial daripada bawaan lahir pada orang tertentu. Teori perkembangan berfokus pada pola asuh seseorang dan sejarah pribadi untuk menemukan asal-usul homoseksualitas. Pertama kita akan membahas teori perkembangan yang paling berpengaruh, teori psikoanalitik, dan kemudian kita akan menguji ketidaksesuaian peran gender, teori interaksi teman sebaya, dan teori behaviouristic dari homoseksualitas (Carroll, 2007).

1) Freud dan Pendidikan Psikoanalitik

Freud (1953, dalam Carroll, 2007) berpendapat bahwa bayi melihat segala sesuatu sebagai potensi seksual, dan karena pria dan wanita berpotensi tertarik pada bayi, kita semua pada dasarnya biseksual. Freud tidak melihat homoseksual sebagai suatu penyakit dan menuliskan bahwa homoseksual *"bukanlah hal yang memalukan, bukan degradasi, dan tidak dapat*

diklasifikasikan sebagai sebuah penyakit” (1951, quoted in Friedman, 1986). Dia bahkan menemukan homoseksual *”dibedakan oleh perkembangan intelektual yang tinggi dan budaya etis*” (1905, quoted in Friedman, 1986). Freud memandang heteroseksualitas pria sebagai hasil pendewasaan yang normal dan homoseksualitas pria sebagai akibat *oedipus complex* yang tidak terselesaikan. Kelekatan pada ibu yang intens ditambah dengan ayah yang jauh dapat membawa anak laki-laki pada ketakutan akan balas dendam ayah melalui kastrasi. Setelah masa pubertas, anak akan berpindah dari ketertarikan pada ibu menjadi identifikasi ibu, dan mulai mencari objek cinta yang akan dicari pada ibunya.

Fiksasi pada penis dapat mengurangi ketakutan kastrasi pada pria, dan dengan menolak wanita, pria dapat menghindari persetujuan dengan ayahnya. Freud juga melihat homoseksual sebagai autoerotis (pemunculan perasaan seksual tanpa adanya stimulus eksternal) dan narsisistik; dengan mencintai tubuh yang dimilikinya, seseorang seperti bercinta pada bayangan dirinya. Namun, pandangan ini ditolak oleh psikoanalisis lainnya yang muncul kemudian, terutama Sandor Rado (1949, dalam Carroll, 2007) yang mengatakan bahwa manusia tidak biseksual secara lahiriah dan homoseksualitas adalah keadaan psikopatologis-penyakit mental. Pandangan inilah (bukan pandangan Freud) yang kemudian menjadi standar bagi profesi psikiater hingga tahun 1970-an.

Beiber, et al. (1962, dalam Carroll, 2007) mengemukakan bahwa semua anak laki-laki memiliki ketertarikan erotik yang normal terhadap wanita. Akan tetapi, beberapa anak laki-laki memiliki ibu posesif yang terlalu dekat dan juga terlalu intim serta menggoda secara seksual. Sebaliknya, ayah mereka tidak bersahabat atau absen, dan triangulasi ini mendorong anak untuk berada di pihak ibu, yang menghambat perkembangan maskulin normalnya. Oleh karena itu, Beiber mengatakan bahwa ibu yang menggoda menimbulkan ketakutan akan heteroseksualitas pada diri anak.

Wolff (1971, dalam Carroll, 2007) meneliti keluarga lebih dari 100 lesbian dan melaporkan bahwa sebagian besar memiliki ibu yang menolak atau dingin secara emosional dan ayah yang jauh. Untuk lesbian, para teoritikus percaya bahwa kurangnya kasih sayang dari ibu menyebabkan anak perempuan mencari kasih sayang dari wanita lainnya. Hooker (1957, dalam Carroll, 2007) menggunakan tes psikologi, sejarah pribadi, dan evaluasi psikologis untuk menunjukkan bahwa homoseksual itu juga disesuaikan sebagai heteroseksual dan bahwa tidak adanya bukti nyata bahwa homoseksualitas adalah psikopatologis. Meskipun butuh waktu bertahun-tahun untuk menyatakan ide-ide tersebut, namun psikoanalisis modern telah bergeser jauh dari pandangan patologis homoseksualitas.

Lewis (1988, dalam Carroll, 2007) menunjukkan bahwa teori psikoanalitik sendiri dengan mudah bisa menggambarkan homoseksualitas sebagai akibat dari perkembangan yang sehat dan bahwa interpretasi psikoanalitik sebelumnya menyatakan bahwa homoseksualitas itu lebih didasarkan pada prasangka daripada ilmu pengetahuan.

2) Ketidaksesuaian dan Ketidaksetaraan Peran Gender

Secara umum ditemukan bahwa pria *gay* lebih bersifat feminim daripada pria heteroseksual, sementara lesbian lebih bersifat maskulin (Bailey et al, 1995; Pillard, 1991 dalam Carroll, 2007). Meskipun temuan ini berhubungan, yang berarti bahwa sifat *cross gender* dan kemunculan homoseksualitas di kemudian hari berhubungan, tetapi tidak memiliki hubungan sebab akibat.

Green (1987, dalam Carroll, 2007) melakukan studi prospektif dengan membandingkan 66 anak laki-laki yang feminim dengan 56 anak laki-laki yang secara dewasa terlihat maskulin. Ia menemukan bahwa anak laki-laki yang feminim atau "*sissy boy*" memakai pakaian lawan jenis, tertarik pada busana wanita, bermain boneka, menghindari permainan kasar, berkeinginan menjadi perempuan, dan tidak ingin menjadi seperti ayahnya

sejak kecil. Tiga per empat dari mereka tumbuh menjadi homoseksual atau biseksual, sedangkan hanya satu dari anak laki-laki maskulin yang tumbuh menjadi biseksual. "Sissy boy" tersebut juga cenderung dianianya, ditolak, dan diabaikan oleh teman sebayanya, lebih lemah daripada anak laki-laki lainnya, dan memiliki lebih banyak kasus psikopatologi (Zucker, 1990 dalam Carroll, 2007).

Teori konstruksionis menyatakan bahwa anak perempuan diperbolehkan menunjukkan perilaku maskulin tanpa diejek, dan anak perempuan yang tidak nyaman dengan jendernya, menjadi "tomboy," tidak berkorelasi dengan kecenderungan menjadi lesbian di kemudian hari. Teori ini tidak bisa dijadikan pegangan tunggal dalam menjelaskan homoseksual, karena banyak pria gay yang tidak bersifat keperempuan-perempuanan pada waktu kecil, dan tidak semua anak laki-laki yang keperempuan-perempuanan tumbuh menjadi gay.

3) Interaksi Kelompok Teman Sebaya

Berdasarkan catatan bahwa dorongan seksual seseorang mulai berkembang pada masa remaja, Storm (1981, dalam Carroll, 2007) berpendapat bahwa orang-orang yang tumbuh lebih cepat mulai tertarik secara seksual sebelum mereka mengalami kontak yang signifikan dengan lawan jenis. Karena pacaran biasanya dimulai pada usia sekitar 15 tahun, anak laki-laki yang dewasa pada usia 12 tahun masih bermain dan berinteraksi secara umum dengan kelompok dari jenis kelamin yang sama, sehingga kemungkinan perasaan erotis yang muncul berfokus pada anak laki-laki juga. Teori ini didukung oleh fakta bahwa homoseksual cenderung melaporkan kontak seksual yang lebih cepat dibandingkan heteroseksual. Selain itu, dorongan seksual pria bisa muncul lebih cepat daripada wanita.

4) Teori Behavioris

Teori *behavioral* tentang homoseksual menganggap bahwa perilaku homoseksual adalah perilaku yang dipelajari, diakibatkan perilaku

homoseksual yang mendatangkan hadiah atau penguat yang menyenangkan atau pemberian hukuman atau penguat negatif terhadap perilaku heteroseksual. Sebagai contoh, seseorang bisa saja memiliki hubungan dengan sesama jenis menyenangkan, dan berpasangan dengan lawan jenis adalah hal yang menakutkan. Dalam fantasinya, orang tersebut bisa saja berfokus pada hubungan sesama jenis, menguatkan kesenangannya dengan masturbasi. Bahkan pada masa dewasa, beberapa pria dan wanita bergerak menuju perilaku dan hubungan sesama jenis jika mereka mengalami hubungan heteroseksual yang buruk dan hubungan homoseksual yang menyenangkan (Masters & Johnson, 1979, dalam Carroll, 2007).

c. Pendekatan Sosiologi

Pendekatan sosiologis mencoba menjelaskan bagaimana dorongan sosial menghasilkan homoseksualitas di dalam masyarakat. Konsep-konsep seperti homoseksualitas, biseksualitas, heteroseksualitas adalah produk dari imajinasi masyarakat dan tergantung pada bagaimana kita sebagai masyarakat mendefinisikan sesuatu hal. Dengan kata lain, kita mempelajari cara berpikir budaya kita dan mengaplikasikannya pada diri kita (Carroll, 2007).

Penggunaan istilah "homoseksual" yang mengacu pada perilaku sesama jenis berkembang setelah revolusi industri yang membebaskan orang-orang secara ekonomi sehingga memberikan kesempatan untuk memilih gaya hidup yang baru di perkotaan (Adam, 1987 dalam Carroll, 2007). Oleh karena itu, pendapat bahwa apakah seseorang "homoseksual" atau "heteroseksual" bukanlah fakta biologis tetapi hanya cara berpikir yang berubah seiring dengan keadaan sosial.

d. Pendekatan Interaksional : Biologi dan Sosiologi

Bem (1996, dalam Carroll, 2007) berpendapat bahwa variabel biologis seperti genetik, hormon, dan neuroanatomi otak, tidak menyebabkan orientasi seksual tertentu, tetapi lebih berkontribusi pada tempramen masa anak-anak yang mempengaruhi preferensi anak pada aktivitas dan kelompok sebaya yang

sesuai dengan jenis kelaminnya atau tidak. Teori *exotic-becomes-erotic* yang dikemukakan oleh Bem (1996, dalam Carroll, 2007) mengatakan bahwa perasaan seksual berubah dari pengalaman jender sejenis lebih sebagai eksotis, atau berbeda dari orang itu, daripada yang berlawanan jenis. Ia menyatakan bahwa anak-anak *gay* dan lesbian memiliki teman bermain lawan jenis ketika tumbuh, dan membuat mereka melihat sesama jenis lebih "eksotis" dan menarik.

2.2.6 Jenis Homoseksual

Homoseksual dapat dibagi atas beberapa kualitas tingkah laku yang ditampilkannya (Sadarjoen, 2005), yaitu:

a. Homoseksual Eksklusif,

Bagi pria-pria yang memiliki kecenderungan homoseksual eksklusif, daya tarik pada wanita sama sekali tidak membuatnya terangsang, bahkan ia sama sekali tidak mempunyai minat seksual terhadap wanita. Ia akan merasa impoten, apabila memaksakan diri untuk berhubungan seksual dengan wanita.

b. Homoseksual Fakultatif,

Hanya pada situasi yang mendesak dimana kemungkinan untuk mendapatkan partner seks dari lawan jenis sangat sulit, sehingga tingkah laku homoseksual akan timbul sebagai usaha untuk menyalurkan hasrat seksualnya. Kondisi ini banyak ditemukan di penjara.

c. Biseksual,

Individu ini dapat memperoleh kepuasan erotis secara optimal baik dengan lawan jenis maupun dengan sesama jenis.

2.3. Perilaku Berisiko Tertular HIV

Penularan HIV secara umum terjadi akibat perubahan perilaku individu baik yang disadari atau tidak, sehingga menyebabkan individu tersebut rentan terhadap infeksi. Perubahan perilaku tersebut didasarkan atas pengetahuan, persepsi, dan sikap terhadap apa yang akan dilakukannya. Keadaan ini dapat menentukan risiko tinggi terhadap penularan HIV (Pribadi, 2011).

Perilaku berisiko tinggi tertular HIV adalah terutama jika melakukan hubungan seksual yang tidak terlindungi (tidak konsisten menggunakan kondom), baik secara vaginal maupun anal dengan pasangan yang berganti-ganti atau dengan pekerja seks, maupun yang tetap, oral seks yang dilakukan dalam kondisi lesi (luka) di mulut, secara bergantian menggunakan alat suntik pada pengguna Napza suntik, dan menggunakan alat tanpa disterilkan terlebih dahulu untuk menoreh kulit seperti membuat tato, menyunat seseorang, dan memotong rambut. Khusus untuk petugas kesehatan, perilaku berisiko adalah bila tidak memperhatikan *universal precaution* dalam pekerjaan sehari-hari (Maramis & Nasronudin, 2007; Kurniawati & Nursalam, 2008).

Penularan HIV yang relatif luas jangkauannya adalah melalui hubungan seks. Tetapi jalur ini pun tidak seluas jalur penularan penyakit menular seksual lainnya, karena HIV menular jika terjadi perpindahan virus dari cairan tubuh yang infeksius ke aliran darah terutama bila terjadi lesi mukosa. Jadi hanya teknik hubungan seks tertentu saja yang merupakan perilaku seksual risiko tinggi (Nasronudin, 2007).

2.4 Pola Aktivitas Seksual

Pola aktivitas seksual merupakan segala aktivitas seksual yang dilakukan seseorang atau lebih yang bersumber dari adanya dorongan seksual yang diikuti dengan perubahan tanda fisiologis seperti rangsangan seksual untuk memperoleh kepuasan (Rathus, Nevid, & Fichner-Rathus, 2009).

Jenis-jenis aktivitas seksual (Pieter, Janiwarti, & Saragih, 2011), yaitu:

a. Oral Seks;

Merupakan salah satu bentuk variasi dalam bercinta. Pada umumnya dilakukan dengan kontak mulut dengan penis (*fellatio*) atau kontak mulut dengan vagina (*cunnilingus*). *Fellatio* berarti menghisap dan *cunnilingus* berarti menjilat.

b. Seks Anal;

Yakni aktivitas seksual dengan memasukkan penis ke dalam anus. Aktivitas seks ini banyak dilakukan antar pria dengan pria.

c. Seks Genital;

Merupakan aktivitas seksual yang paling umum dilakukan. Aktivitas seksual ini ditandai dengan kontak fisik (*intercoitus*) antar organ seksual pria dan organ seksual wanita.

2.4.1 Pola Aktivitas Seksual Berisiko Pada Homoseksual

Kaum homoseksual banyak yang ditemukan mengidap penyakit menular seksual bahkan terinfeksi HIV. Hal ini disebabkan oleh karena keterlibatan mereka dalam berbagai aktivitas seksual yang *promiskuitas* (sering berganti-ganti pasangan seks) dan sangat berisiko.

Mason (2003), melaporkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara faktor perilaku seksual berisiko dengan insiden HIV pada kaum homoseksual ($\beta=43$, $p=.000$). Faktor perilaku seks tersebut berupa oral seks dan anal seks tanpa pengaman. Ia menyatakan bahwa semakin sering praktik homoseksual tanpa pengaman, akan semakin tinggi risiko terinfeksi HIV. Sebagian besar dari kontak seksual tersebut sudah tidak memperdulikan norma-norma yang mengatur kegiatan seksual yang aman.

Beberapa pola aktivitas seksual berisiko pada homoseksual (Kartono, 2009; Diggs, 2002), yaitu:

a. Anal Erotism Tanpa Pelindung;

Intercourse seksual/sanggama melalui anus dianggap sebagai praktik seks paling berisiko. Kurangnya pelumasan pada jenis hubungan seks anal (melalui dubur) dapat menyebabkan lecet pada penis dan mukosa dubur, sehingga mudah menularkan virus. Alasan melakukan seks anal yakni untuk mencari hal yang baru dalam berhubungan seks, fantasi, dan kenikmatan.

b. Oral Erotism Dengan Ejakulasi dan Tanpa Pelindung;

Kontak seksual antara mulut dengan penis juga bisa menularkan infeksi HIV. Apabila ada lesi di mulut atau luka di penis akibat penyakit kelamin, bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah.

c. Saling Bertukar Alat Bantu Seks;

Meski HIV tidak bisa bertahan lama hidup di luar tubuh manusia, risiko penularan melalui vibrator atau jenis alat bantu seks lainnya tetap ada. Risiko abrasi atau pengikisan pada dinding anus bisa menjadi jalan masuk HIV.

d. Seks Oral-Anal/Rimming;

Seks oral-anal atau rimming adalah tipe kontak seksual yang sering dilakukan oleh kaum homoseksual dengan menggunakan bibir dan lidah untuk menjilat anus pasangan seksnya saat berhubungan seks. Alasan mereka melakukan seks oral-anal untuk memperoleh variasi dan kenikmatan. Praktik dari tipe kontak seksual ini berdampak pada infeksi parasit usus.

e. Bergantian Memasukan Jari Pada Anus;

Dalam hal peningkatan risiko menularkan HIV, perilaku ini sama bahayanya dengan saling bertukar alat bantu seks. Risiko terjadi lesi pada mukosa anus dapat menjadi jalan masuk HIV ke aliran darah.

f. Interfemoral Coitus;

Memanipulasi penis dan zakar diantara kedua paha atau alat kemaluan pasangannya. Gesekan yang terjadi saat berhubungan seks bisa menyebabkan luka pada kemaluan atau bagian organ tubuh yang menggunakan piercing atau tindik dan menjadi jalan masuk HIV.

2.5 Peran Perawat Spesialis Klinis HIV-AIDS

Program penanggulangan HIV-AIDS mempunyai tantangan yang cukup besar sehubungan dengan angka prevalensi HIV-AIDS yang terus meningkat. Peran tenaga kesehatan khususnya perawat spesialis dituntut untuk berperan aktif dalam program tersebut melalui upaya pencegahan dan pengelolaan pelayanan keperawatan secara langsung. Dalam melakukan perannya, perawat spesialis bertanggungjawab mengembangkan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan

keperawatan HIV-AIDS yang komprehensif yang sangat bermanfaat dalam program pengendalian laju infeksi HIV (Kurniawati & Nursalam, 2008).

Dalam praktik klinik keperawatan, perawat spesialis mengumpulkan informasi, menetapkan prioritas masalah keperawatan, merencanakan, menerapkan metode baru perawatan dan modalitas perawatan, dan mengevaluasi perawatan klien dengan HIV-AIDS (Humphris, 1996 dalam Irwin, 2001).

Peran perawat spesialis klinis (HIV-AIDS) yang bekerja pada tatanan pelayanan kesehatan baik di kota maupun di daerah dengan prevalensi HIV-AIDS yang cukup tinggi sangat berkontribusi terhadap perawatan klien, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui pendidikan, dukungan, dan konseling sesuai kondisi klien. Secara umum peran tersebut merupakan tanggung jawab pada kesehatan primer bagi masyarakat luas (Phaladze, 2003). Hal ini senada dengan penelitian oleh Lewis, Clement, dan Smadu (2006), mengemukakan bahwa peran perawat spesialis secara aktif mengembangkan strategi penanggulangan prevalensi HIV-AIDS melalui praktik keperawatan profesional yang berbasis masyarakat.

Royal College of Nursing (1998 dalam Irwin, 2001) menyatakan bahwa praktik spesialisasi keperawatan klien dengan HIV-AIDS melibatkan pengajaran klinis, peran konsultatif, manajemen asuhan keperawatan, penelitian bidang keperawatan dan aplikasi keperawatan yang relevan. Pada praktik spesialis keperawatan klinik bagi klien dengan HIV-AIDS, terdapat tiga dimensi utama yang harus dicermati, yaitu sebagai advokator dalam memfasilitasi klien dan keluarganya dalam pelayanan keperawatan untuk peningkatan kualitas hidup klien, menjadi panutan bagi petugas kesehatan lainnya untuk menerapkan *caring* dalam memberikan asuhan keperawatan, memberikan motivasi, menumbuhkan harapan klien dengan infeksi HIV, dan penyediaan pendidikan kesehatan dan dukungan psikologis bagi keluarga yang terkena dampak HIV.

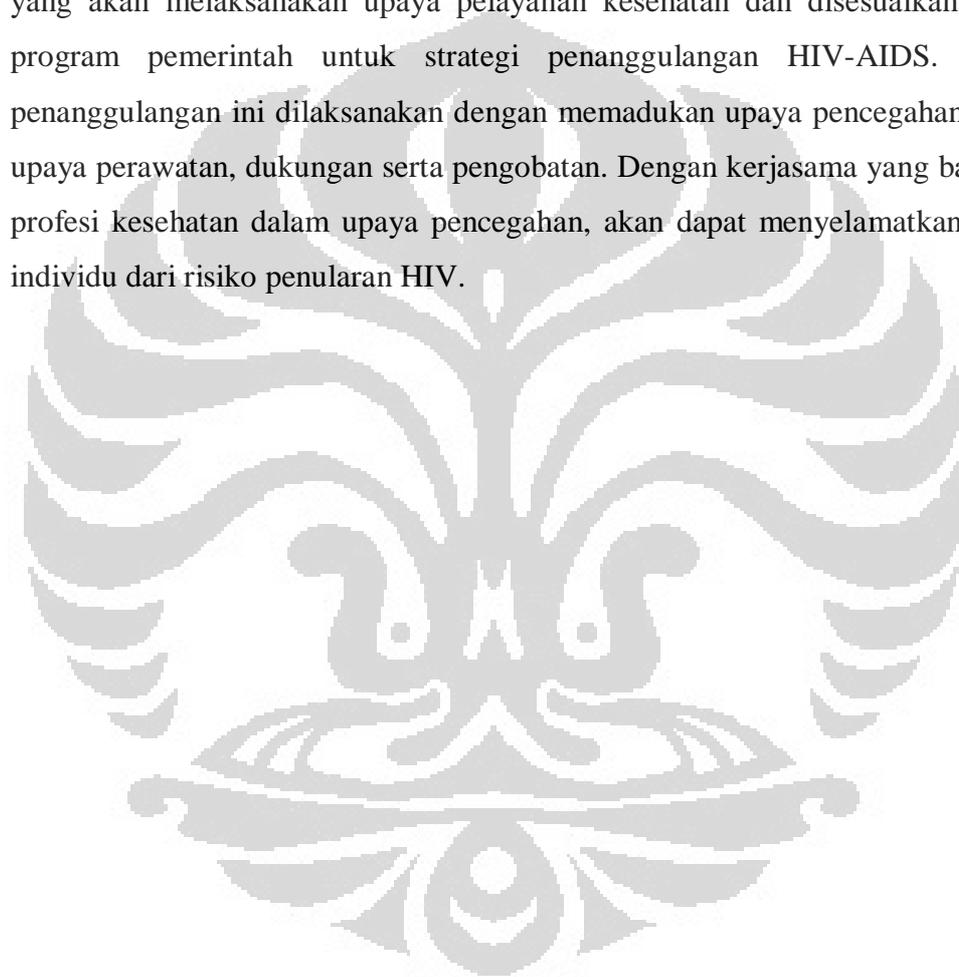
Secara umum peran keperawatan dalam perawatan dan pencegahan HIV-AIDS di Asia Tenggara berada pada tingkat manajerial. Keperawatan sangat berkontribusi secara langsung dalam epidemi HIV-AIDS melalui program pendidikan kesehatan dan pengawasan kepatuhan akan pengobatan. Kolaborasi antara profesi keperawatan dengan profesi kesehatan lainnya sudah memiliki struktur dan mekanisme formal untuk perencanaan dalam pengembangan pengendalian prevalensi HIV-AIDS (WHO, 2002).

American Nurses Association (ANA) (2001), dalam laporannya menyatakan peran perawat profesional pada epidemi HIV-AIDS sebagai berikut :

- a. Perawat profesional telah dan akan terus merespon kebutuhan perawatan kesehatan bagi orang yang terinfeksi HIV.
- b. Perawat profesional secara etik dan hukum bertanggungjawab untuk memberikan perawatan dan membantu klien dengan HIV-AIDS untuk mengakses serta menerima perawatan kesehatan yang tepat.
- c. Pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarganya yang spesifik dan tidak terbatas tentang pemahaman secara penuh akan konsep penyakit HIV-AIDS termasuk pencegahan, isu-isu seksualitas, dan penyalahgunaan napza suntik.
- d. Perawat profesional memiliki kemampuan dan kewajiban untuk membantu menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas terutama dalam memahami masalah kesehatan, perilaku berisiko yang terkait dengan proses penularan HIV, pentingnya deteksi dini, menjaga kerahasiaan dan menyediakan kebutuhan khusus orang dengan HIV-AIDS, dan prinsip/teknik dalam melakukan tindakan perawatan.
- e. Perawat profesional melakukan tindakan pencegahan yang tepat dalam merawat klien yang terinfeksi HIV dalam meminimalkan risiko transmisi.
- f. Perawat profesional memiliki tanggung jawab untuk melakukan advokasi dalam mengakses perawatan kesehatan bagi semua individu, sehingga penanganan dini dan perawatan akan terus tersedia secara gratis dan berkesinambungan.
- g. Perawat profesional terlibat dalam penerapan kewaspadaan universal dan pencegahan transmisi HIV.

- h. Perawat profesional ikut serta dalam penelitian yang berkaitan dengan perawatan orang dengan HIV-AIDS termasuk menganalisa, mengevaluasi, dan menerapkan temuan ilmiah pada praktik keperawatan profesional.

Melihat banyaknya peran perawat spesialis klinis HIV-AIDS yang bisa diterapkan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada klien, baik individu, keluarga maupun masyarakat maka peran ini terlihat dalam sebuah tim kesehatan yang akan melaksanakan upaya pelayanan kesehatan dan disesuaikan dengan program pemerintah untuk strategi penanggulangan HIV-AIDS. Strategi penanggulangan ini dilaksanakan dengan memadukan upaya pencegahan dengan upaya perawatan, dukungan serta pengobatan. Dengan kerjasama yang baik antar profesi kesehatan dalam upaya pencegahan, akan dapat menyelamatkan banyak individu dari risiko penularan HIV.



BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang rancangan penelitian yang meliputi : rancangan penelitian, subjek penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, instrument pengumpulan data, analisis data, dan keabsahan data (*Trustworthiness*).

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif yang berfokus pada pengungkapan persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS. Desain fenomenologi deskriptif merupakan strategi penelitian kualitatif di mana peneliti mengidentifikasi hakikat pengalaman subjektif partisipan tentang suatu fenomena melalui perspektifnya (menurut pikiran dan perasaannya). Dalam proses ini, terlebih dahulu peneliti mengesampingkan asumsi-asumsi sendiri mengenai fenomena yang diteliti (*bracketing*), sehingga dapat memahami informasi yang diberikan oleh partisipan yang diteliti. Selanjutnya peneliti berfokus pada fenomena utama dan berakhir pada analisis data tematik serta penampilan deskriptif yaitu indikasi makna dan ungkapan inti dari fenomena (Husserl, 1938, dalam Daymon & Holloway, 2008; Creswell, 2010).

Speziale dan Carpenter (2003) menyatakan bahwa pemahaman akan fenomena yang dialami oleh subjek penelitian, memerlukan pendekatan fenomenologi deskriptif sehingga dapat mengeksplorasi dan mengamati secara langsung, menganalisis, dan mendeskripsikan serta mengklarifikasi pengalaman partisipan terkait fenomena yang diteliti.

Penelitian secara fenomenologi deskriptif diidentifikasi melalui empat tahapan proses, yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing*, dan *describing* (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Tahapan *bracketing*, merupakan langkah awal peneliti untuk menyatakan asumsi berdasarkan konsep pengetahuan sebelumnya mengenai

fenomena yang akan diteliti, kemudian merefleksikan lalu mengesampingkan sejenak asumsi tersebut, sehingga tidak akan menghalangi pemahaman terhadap pengalaman partisipan. Melalui tahapan *bracketing*, peneliti dapat menghadapi topik penelitian berdasarkan terminologi topik itu sendiri. Tahapan *bracketing* dilakukan selama pengumpulan data, dimana pada setiap partisipan, peneliti berusaha membangun *rapport* sambil memahami situasi, kondisi dan karakteristik setiap partisipan, lalu mulai mengajukan pertanyaan eksplorasi/*probing* yang bersifat terbuka. Pada awal wawancara dengan para partisipan, yang dibicarakan adalah hal-hal yang bersifat umum lalu menindaklanjuti poin-poin tertentu dari ungkapan pernyataan partisipan yang mengarah pada tujuan penelitian. Dengan demikian data yang peneliti peroleh merupakan ungkapan pernyataan berdasarkan pikiran dan perasaan para partisipan. (Husserl, 1938, dalam Daymon & Holloway, 2008; Prastowo, 2011).

Tahapan *intuiting*, merupakan proses menyatukan dan memahami keseluruhan fenomena penelitian dengan melihatnya melalui sudut pandang partisipan, sehingga peneliti mulai mengetahui persepsi dan makna dari setiap partisipan tentang aktivitas seksual berisiko terjadi HIV-AIDS (Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap ini, peneliti berusaha untuk menyimak secara aktif selama wawancara berlangsung, dengan bersikap tidak mengarahkan atau menghakimi, serta menghargai informasi yang dikomunikasikan oleh setiap partisipan.

Tahapan *analyzing*, merupakan proses identifikasi makna fenomena berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan partisipan dalam bentuk transkrip verbatim dan melakukan analisis data tematis melalui telaah data secara berulang kali terhadap hasil wawancara tersebut (Santoso & Royanto, 2009).

Tahap *describing*, merupakan proses mendeskripsikan temuan hasil penelitian secara tertulis, dalam bentuk narasi yang tertuang dalam pelaporan hasil penelitian kualitatif secara sistematis. Sehingga melalui tahapan ini, peneliti memperoleh pemahaman yang mendalam tentang inti dari fenomena yang diteliti dan dapat menguraikan hubungan antar tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini, serta

dapat memberikan gambaran dan pemahaman yang jelas tentang laporan penelitian (konteks dan fokus penelitian) bagi para pembaca hasil penelitian (Santoso & Royanto, 2009; Bungin, 2005).

3.2 Subjek Penelitian

3.2.1 Partisipan

Partisipan adalah orang yang dilibatkan dalam suatu penelitian karena dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian berdasarkan pengalamannya. Pada penelitian fenomenologi, partisipan yang akan diambil adalah yang pernah mengalami substansi yang akan diteliti (Moleong, 2007; Creswell, 2010). Berkenaan dengan pengalaman subjektif para partisipan maka penetapan sebagai partisipan mengacu pada kriteria persyaratan tertentu yang harus dimiliki. Adapun partisipan yang dilibatkan melalui wawancara mendalam pada penelitian ini mencakup kaum homoseksual yang berdomisili di DKI Jakarta, yang aktif secara seksual tanpa status dengan pasangannya, mampu berkomunikasi dengan menggunakan Bahasa Indonesia yang baik dan benar, memiliki pengetahuan tentang bahaya HIV-AIDS, memiliki waktu yang cukup memadai untuk dimintai informasi, dan bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani lembar persetujuan sebagai partisipan penelitian.

Walau tidak ada aturan atau panduan dalam penetapan jumlah partisipan, namun beberapa teks riset kualitatif merekomendasikan enam hingga delapan partisipan, jika partisipannya berupa kelompok yang homogen, atau dua belas hingga dua puluh partisipan, jika partisipannya berupa kelompok yang heterogen (Kuzel, 1999, dalam Daymon & Holloway, 2008). Hal yang sama dikemukakan oleh Creswell (1998, dalam Saryono & Anggraeni, 2010), yang merekomendasikan jumlah partisipan yang relatif kecil (kurang dari 10 partisipan) untuk studi fenomenologi dengan mempertimbangkan kemampuan peneliti untuk berfokus pada kedalaman suatu fenomena. Dimungkinkan dengan jumlah partisipan yang relatif kecil bisa diterima hingga terjadi taraf saturasi. Arti saturasi dalam penetapan jumlah partisipan pada penelitian kualitatif dinyatakan bilamana dalam proses pengumpulan data sudah tidak lagi ditemukan variasi informasi, maka

peneliti tidak perlu lagi untuk mencari partisipan baru, karena proses pengumpulan informasi sesuai topik penelitian dianggap sudah selesai (Bungin, 2005). Jadi, penentuan jumlah partisipan dalam penelitian ini dilakukan saat peneliti mulai melaksanakan proses penelitian dan selama penelitian berlangsung (*emergent sampling design*). Dengan demikian partisipan yang dilibatkan melalui wawancara mendalam pada penelitian ini, dengan berdasarkan kriteria partisipan yang peneliti tetapkan adalah sebanyak 6 orang pria homoseksual, dimana satu partisipan untuk uji coba pedoman wawancara dan lima orang lainnya sebagai partisipan penelitian yang sebenarnya. Adapun taraf saturasi pada penelitian ini tercapai pada partisipan ke-5, dikarenakan tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti, sehingga peneliti menghentikan pengambilan data (Lincoln dan Guba, 1985 dalam Sugiyono, 2011; Santoso & Royanto, 2009).

3.2.2 Cara Pemilihan Partisipan

Pemilihan partisipan pada penelitian ini menggunakan teknik pemilihan secara *purposive sampling* (Prastowo, 2011). Teknik ini mengacu pada prinsip pengambilan sampel sesuai masalah dan tujuan penelitian yang berdasarkan (Speziale & Carpenter, 2003; Wood & Haber, 2010):

a. Kesesuaian (*appropriateness*)

Partisipan dipilih berdasarkan kriteria partisipan yang sudah ditetapkan oleh peneliti yang berkaitan dengan topik penelitian sehingga memudahkan dalam pelaksanaan pengumpulan data. Peneliti harus mempunyai informasi tentang gambaran partisipan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini, peneliti telah berkoordinasi dengan informan kunci (*key informan*) dari *Program Director* Yayasan KAPETA di Jakarta Selatan untuk menetapkan partisipan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini, yang bertujuan untuk memperoleh data yang disesuaikan dengan kebutuhan informasi yang diinginkan. Setelah berkoordinasi dengan informan kunci dalam menetapkan calon partisipan pada penelitian ini, dengan berdasarkan kriteria partisipan, maka teridentifikasi 6 partisipan, dimana satu partisipan untuk uji coba pedoman wawancara, dan lainnya dilibatkan sebagai subjek penelitian yang sebenarnya. Setelah memperoleh penjelasan penelitian, kelima partisipan telah menyetujui untuk dilibatkan

dalam proses penelitian ini dengan memberikan persetujuan pada lembar *informed consent*.

b. Kecukupan (*adequacy*)

Data yang diperoleh dari para partisipan telah menggambarkan keseluruhan fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Selama pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan para partisipan, peneliti tetap memperhatikan heterogenitas partisipan guna memenuhi kategori-kategori (data demografi partisipan) yang berhubungan dengan topik penelitian. Dengan variasi kategori-kategori ini, peneliti dapat memperoleh data yang bervariasi, sehingga bisa memperoleh gambaran dan fenomena yang ada terkait topik penelitian. Jadi dalam penelitian ini, jumlah partisipan bukan menjadi faktor penentu utama dalam penelitian, akan tetapi kelengkapan data yang dipentingkan.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Aktivitas awal penelitian ini dimulai pada awal bulan Desember 2011 sampai dengan akhir bulan Januari 2012, dimana peneliti mengadakan persiapan penelitian yang terdiri atas pemilihan substansi sebagai topik penelitian melalui telaah literatur dan kegiatan studi pendahuluan sambil melakukan konsultasi yang intens dengan pembimbing melalui proses bimbingan. Selanjutnya peneliti mulai menyusun proposal penelitian, melakukan pengambilan data pada subjek penelitian sesuai kriteria penelitian, sampai akhir penulisan dan pengumpulan laporan hasil penelitian. Kegiatan tersebut berlangsung sejak awal bulan Februari 2012 sampai dengan pertengahan bulan Juli 2012. Secara keseluruhan waktu yang digunakan dari awal sampai akhir kegiatan penelitian ini, kurang lebih 8 bulan, yaitu pada awal bulan Desember 2011 sampai dengan pertengahan bulan Juli 2012.

Menurut Bogdan dan Taylor (1993, dalam Prastowo, 2011) dan Maleong (2007) menyatakan beberapa kriteria dalam menentukan lokasi penelitian, salah satunya adalah berdasarkan situasi yang di dalamnya terdapat permasalahan yang substantif dan teoritik serta terbuka untuk diteliti dan lokasi yang mudah

dikunjungi dan sering dikunjungi. Hal ini juga sejalan dengan pernyataan Speziale & Carpenter (2003) berkaitan dengan lokasi penelitian yang disesuaikan dengan tujuan penelitian, dimana pengumpulan data harus dilakukan dari latar ilmiah dimana satu fenomena terjadi tanpa intervensi dalam bentuk rekayasa dan eksperimentasi, sehingga akan mempermudah dalam memperoleh informasi yang mendalam dari subjek penelitian. Berdasarkan hal tersebut, maka proses penelitian dilaksanakan di DKI Jakarta. Adapun beberapa alasan/pertimbangan lain yang menjadikan DKI Jakarta sebagai tempat pelaksanaan penelitian yaitu pertama berdasarkan data Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2011) menyatakan bahwa Provinsi DKI Jakarta masuk dalam kategori kota dengan populasi terbanyak dari populasi kunci, yaitu kaum homoseksual dengan jumlah kumulatif perilaku berisiko tertular atau menularkan HIV, kedua berdasarkan informasi dari *key informan* yang menyatakan bahwa DKI Jakarta merupakan salah satu kota besar di Indonesia yang banyak memiliki tempat tertentu yang biasa dikunjungi dan dijadikan tempat pertemuan/berkumpulnya kaum homoseksual (diperuntukkan khusus kaum homoseksual). Tempat tertentu yang dimaksud yaitu tempat pemandian, taman dan tempat hiburan malam seperti bar, cafe, bioskop dan diskotik. Tempat-tempat tersebut diyakini oleh kaum homoseksual sebagai tempat yang aman untuk transaksi seks bebas dan jauh dari jangkauan publik karena sistem pengamanannya sangat ketat. Dengan memilih DKI Jakarta sebagai tempat pelaksanaan penelitian, maka dapat memudahkan peneliti dalam menemukan partisipan yang sesuai dengan kriteria dan tujuan penelitian.

3.4 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti dan pihak yang diteliti (subjek penelitian) yang akan memperoleh dampak hasil penelitian. Tujuan utama dari etika penelitian adalah memberikan perlindungan yang memadai kepada subjek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

Partisipan sebagai subjek penelitian mempunyai hak terkait kenyamanan fisik maupun psikologis yang harus dilindungi, sehingga dalam penelitian ini perlu ditetapkan pertimbangan etika. Pertimbangan etika dalam penelitian sangat diperlukan agar studi alamiah benar-benar dapat terjadi dan peneliti tidak menemui kendala terkait masalah etik selama proses penelitian berlangsung (Moleong, 2007).

Selama kegiatan penelitian, etika penelitian tetap dipertahankan. Dimana sebelum pengumpulan data, peneliti mengajukan permohonan persetujuan etik (*ethical clearance*) pada Komite Etik FIK-UI, guna mendapatkan izin memenuhi syarat etik untuk pelaksanaan penelitian. Selanjutnya penelitian ini telah lolos kaji etik yang ditetapkan oleh Panitia Tetap Penilai Etik Penelitian FIK-UI.

Pertimbangan etik dalam proses penelitian ini telah menerapkan beberapa prinsip etik yaitu *autonomy*, *justice*, *nonmaleficience*, *beneficience*, *confidentialy*, dan *anonymity*, (Polit, Beck, & Hungler, 2001; Poerwandari, 2009;) sebagai berikut:

- a. Peneliti dalam merekrut para partisipan terlebih dahulu, memberikan penjelasan secara jujur dan terbuka kepada setiap partisipan tentang maksud dan tujuan serta manfaat yang diharapkan dari penelitian ini (*voluntary consent*), yang tercantum dalam formulir persetujuan. Sehingga setiap partisipan setelah memahami dengan jelas, tidak keberatan dan menyatakan persetujuan tertulisnya secara sukarela dalam formulir persetujuan, untuk ikut serta dalam penelitian ini (*informed consent*) (Setiati, Harimurti & Dewiasty, 2011).
- b. Dalam menerapkan prinsip *autonomy*, peneliti telah berusaha menjunjung tinggi harkat dan martabat para partisipan dengan cara memberikan kebebasan penuh kepada para partisipan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian. Selama proses penelitian ini, tidak ada tekanan atau unsur paksaan, sehingga para partisipan secara sukarela dan bebas dapat menentukan pilihannya.
- c. Pada penelitian ini, setiap partisipan telah memperoleh perlakuan yang sama (*justice*), tanpa membedakan agama, etnis, dan sebagainya. Peneliti berupaya untuk tetap mempertahankan perlakuan yang adil bagi setiap partisipan, artinya

tidak ada diskriminasi, baik dalam proses perekrutan partisipan maupun selama pengumpulan data.

- d. Peneliti telah menempatkan para partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini, bukan sebagai objek melainkan sebagai subjek penelitian yang derajatnya sama dengan peneliti. Dimana peneliti berusaha bersikap responsif, tidak subjektif, menyesuaikan diri dengan partisipan agar tidak dianggap sebagai orang asing, memberikan pengertian kepada partisipan tentang pentingnya informasi yang diberikan dan tidak memberikan kesan negatif, sehingga partisipan menanggapi respons tersebut dengan bersikap terbuka dan menganggap bahwa peneliti adalah orang yang ingin tahu tentang terminologi kaum homoseksual. Selain itu peneliti telah mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian/risiko dari penelitian (*beneficience* dan *nonmaleficience*). Selama proses pengumpulan data, peneliti menjelaskan bahwa penelitian ini bebas dari bahaya dan eksploitasi, serta menjelaskan manfaat dari penelitian ini sangat berharga bagi sesama kaum homoseksual dalam mencegah peningkatan prevalensi HIV-AIDS. Peneliti terus mengutamakan faktor kenyamanan selama pengambilan data dengan mengambil tempat wawancara sesuai dengan keinginan partisipan, dengan tujuan agar partisipan dapat leluasa tanpa ada pengaruh lingkungan untuk mengungkapkan masalah yang dialami (Moleong, 2007).
- e. Peneliti telah menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang menyangkut privasi para partisipan (*confidentiality*). Kerahasiaan yang dimaksud adalah menjaga kerahasiaan nama atau identitas partisipan, dan kerahasiaan informasi yang diberikan dan hanya menggunakan informasi tersebut untuk kegiatan penelitian. Adapun kerahasiaan nama atau identitas mengacu pada kesepakatan antara peneliti dengan partisipan untuk menggunakan kode tertentu sebagai pengganti identitas dari partisipan (*anonymity*).

Setelah memenuhi prinsip etik penelitian, peneliti meminta kesediaan dari partisipan untuk bersedia menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini metode/teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan catatan lapangan (*field note*). Pedoman wawancara berfungsi untuk mengarahkan peneliti dalam mengembangkan isi pertanyaan berdasarkan tujuan sehingga tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Strategi wawancara dalam penelitian ini menggunakan pertanyaan terbuka. Tempat wawancara dalam penelitian ini didasarkan atas kesepakatan antara partisipan dan peneliti. Teknik wawancara mendalam dipilih sebagai metode pengumpulan data dalam penelitian ini dikarenakan melalui wawancara mendalam, pengetahuan yang berupa pemikiran dan wawasan partisipan tentang fenomena yang diteliti dapat terungkap. Selain itu peneliti juga mengupayakan agar proses wawancara diselenggarakan secara kolaboratif, sehingga partisipan yang diwawancarai dapat mengartikulasikan pengalamannya sesuai topik penelitian (Prastowo, 2011; Daymon & Holloway, 2008).

Dalam penelitian ini proses pengumpulan data melalui wawancara ditunjukkan sebagai berikut (Bongdan & Taylor, 1993 dalam Prastowo, 2011; Daymon & Holloway, 2008; Basrowi & Suwandi, 2008):

a. Pemilihan partisipan

Pemilihan partisipan disesuaikan dengan kriteria yang mengacu pada tujuan penelitian. Untuk pemilihan partisipan, peneliti telah berkoordinasi dengan seorang *key informan* dari pihak *Program Director* Yayasan KAPETA di Jakarta Selatan, untuk membantu peneliti dalam penentuan partisipan sesuai kriteria penelitian. Pada pemilihan partisipan, *key informan* dari pihak Yayasan KAPETA, hanya dapat memfasilitasi sebatas pemberian informasi tentang tempat-tempat berkumpulnya para kaum homoseksual. Hal ini disebabkan karena sulitnya berinteraksi dengan komunitas tersebut disebabkan faktor stigma dan diskriminasi yang menyebabkan mereka sangat tertutup akan jati dirinya. Sehingga peneliti harus turun ke lapangan untuk mengambil data tanpa pendamping dan berupaya mengidentifikasi situasi dan kondisi serta karakteristik partisipan, serta menggunakan kesempatan yang kadang-kadang

muncul secara tak terduga, untuk meminta persetujuan para partisipan mengambil bagian dalam penelitian ini.

b. Kontrak awal dengan partisipan

Perkenalan dan sambutan yang hangat pada awal penelitian sering kali menandakan dimulainya hubungan yang erat antara peneliti dengan para partisipan. Oleh karena itu, peneliti mulai menjalin hubungan, membina *trust* dan keyakinan dengan para partisipan sebelum melakukan wawancara, sehingga para partisipan telah menyatakan keterlibatannya secara aktif dalam proses penelitian.

c. Pelaksanaan wawancara dengan partisipan

Pada tahap awal penelitian ini, peneliti telah menjelaskan beberapa masalah atau topik penelitian pada para partisipan. Peneliti telah berusaha bersikap tidak menguasai, melainkan memberikan kesempatan pada para partisipan untuk berbicara mengenai perhatian mereka sendiri terkait topik penelitian. Setiap kali selesai melakukan pengamatan dan wawancara, peneliti langsung menuliskan gambaran subjek penelitian (partisipan) yang menyertai wawancara seperti sikap, ekspresi wajah, isyarat, komunikasi nonverbal pada catatan lapangan. Hal ini peneliti lakukan, untuk mencapai tingkat validitas pada penelitian.

d. Lama dan frekuensi wawancara

Dalam penelitian ini, waktu yang peneliti gunakan untuk pelaksanaan wawancara, memakan waktu 1-2 jam, tapi pada beberapa partisipan peneliti menggunakan waktu lebih dari 2 jam dan sesuai dengan persetujuan dari partisipan. Hal ini disebabkan karena ketersediaan waktu luang dari partisipan yang terbatas. Peneliti juga berupaya untuk menyesuaikan kondisi saat berlangsungnya proses wawancara, sehingga partisipan tidak merasa jenuh. Pada penelitian ini wawancara dilakukan secara terbuka (*open-ended interviews*). Peneliti telah berusaha untuk bersikap tidak evaluatif, fleksibel, bijaksana, dan penuh perhatian terhadap kemajuan proses wawancara.

3.6 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian utama selama penelitian berlangsung adalah peneliti sendiri (*human instrument*), sedangkan isi pertanyaan hanya merupakan pedoman saat wawancara dan berkembang sesuai dengan topik penelitian guna mencapai tujuan penelitian (Sugiyono, 2011).

Sebelum wawancara dilakukan, peneliti telah membuat pedoman wawancara, namun tidak terpaku pada pedoman tersebut, karena setiap butir pertanyaan yang ada pada pedoman tersebut telah peneliti kembangkan dengan tetap berfokus pada tujuan penelitian saat wawancara berlangsung. Oleh karena itu, tujuan dari pedoman wawancara tersebut hanya untuk memberikan kemudahan pada peneliti agar dapat mengembangkan pertanyaan sesuai dengan jawaban partisipan, namun tidak bersifat kaku.

Peneliti menyusun pedoman wawancara berdasarkan fenomena yang diteliti. Peneliti melakukan ujicoba wawancara dengan menggunakan pedoman yang telah disusun, terhadap rekan mahasiswa lain, yang disaksikan dan diberikan masukan oleh pembimbing penelitian. Selanjutnya berdasarkan penilaian dari pembimbing penelitian, peneliti diijinkan untuk melakukan ujicoba wawancara berikutnya terhadap salah satu dari partisipan yang sama karakteristiknya, namun bukan partisipan dari penelitian ini. Ujicoba dilakukan setelah peneliti berkoordinasi dengan *key informan* untuk menetapkan partisipan yang akan dilibatkan dalam ujicoba tersebut. Setelah wawancara selesai, peneliti segera membuat transkrip secara verbatim dari hasil wawancara lalu melakukan analisis tematik dari transkrip tersebut sambil berkonsultasi dengan pembimbing penelitian. Ujicoba wawancara juga melatih keterampilan wawancara peneliti dalam mengeksplor ungkapan pernyataan partisipan terkait fenomena yang diteliti. Atas ijin pembimbing penelitian, peneliti mulai melakukan pengambilan data dengan melibatkan para partisipan dalam penelitian ini.

Alat bantu yang digunakan dalam pengumpulan data adalah tape recorder/voice recorder yang berukuran kecil dan catatan lapangan (*field note*). Tape recorder digunakan untuk merekam proses wawancara mendalam, sedangkan catatan

lapangan berisi tentang yang dilihat dan diamati selama proses wawancara berlangsung. Alasan penggunaan kedua alat bantu ini karena antara tape recorder dan catatan lapangan dapat saling melengkapi. Sebelum wawancara dimulai, peneliti meminta persetujuan dari partisipan untuk penggunaan tape recorder saat wawancara, dengan tujuan kelancaran proses pengumpulan data.

3.7 Analisa Data

Peneliti menggunakan analisa data berdasarkan tahap analisis data menurut Colaizzi (1978, dalam Speziale & Carpenter, 2003). Pada prosedur Colaizzi, tiap hasil wawancara dalam bentuk teks tertulis dianalisis secara terpisah sehingga dapat diperoleh pemahaman yang menyangkut keseluruhan esensi fenomena yang diteliti. Adapun tahapan analisis data tematis menurut Colaizzi, yaitu:

- a. Setelah mewawancarai partisipan, peneliti menyimak transkrip dan menyelami data dengan baik tanpa menyertakan asumsi pribadi. Hal ini dilakukan guna memperoleh makna secara keseluruhan.
- b. Peneliti lalu mengidentifikasi kata kunci dari tiap pernyataan partisipan.
- c. Berikutnya, peneliti mulai merumuskan makna atau menentukan arti dari tiap pernyataan yang penting dari semua partisipan.
- d. Peneliti mengulangi proses dalam merumuskan makna dengan mengelompokkan kata kunci yang memiliki arti yang sama ke dalam kategori, dan selanjutnya beberapa kategori yang berhubungan diklasifikasikan ke dalam sub tema lalu sub tema tersebut digolongkan ke dalam tema-tema yang sesuai dengan tujuan penelitian.
- e. Selanjutnya peneliti menyiapkan uraian analitis yang terperinci dengan menuliskan kembali deskripsi yang mendalam dan lengkap dalam bentuk narasi, yang bertujuan untuk memadukan semua kelompok tema ke dalam sebuah penjelasan yang mengungkap pandangan partisipan terhadap fenomena tersebut (*exhaustive description*).
- f. Kemudian peneliti melakukan pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada tiap partisipan (*members check*), dengan tujuan untuk mengetahui apakah hasilnya sudah sesuai atau masih perlu diperbaiki, sambil berkonsultasi dengan pembimbing penelitian. Peneliti hanya dapat melakukan pengecekan data pada

beberapa partisipan, hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu dari partisipan lainnya.

3.8 Keabsahan Data (*Trustworthiness*)

Peneliti menggunakan beberapa teknik operasional untuk meningkatkan kepercayaan hasil penelitian terhadap pembaca dan peneliti sendiri, (Moleong, 2007; Sanafiah, 1990 dalam Sugiyono, 2011; Saryono & Anggraeni, 2010) yaitu:

a. *Credibility*

Untuk menjaga kredibilitas data, peneliti menggunakan triangulasi sumber data, dengan cara melakukan wawancara langsung dan pengamatan lapangan, dan selanjutnya membuat transkrip secara verbatim dari hasil wawancara, lalu melakukan analisis tematik dan pengecekan data kepada para partisipan. Selain itu, peneliti menggunakan triangulasi metode, yaitu peneliti membandingkan informasi yang diperoleh dari tiap partisipan yang bervariasi, dengan menggunakan metode wawancara yang sama.

b. *Dependability*

Peneliti melakukan proses telaah data dan dokumen yang diperoleh dan mendukung secara menyeluruh untuk menilai kualitas proses penelitian melalui *inquiry audit*. *Inquiry audit* adalah teknik terbaik yang digunakan dengan meminta *eksternal reviewer* (orang yang berkompeten) dalam hal ini pembimbing penelitian, untuk mereview aktivitas peneliti selama proses penelitian, sehingga dapat diketahui konsistensi hasil penelitian.

c. *Confirmability*

Peneliti menyiapkan transkrip hasil penelitian, kemudian diserahkan kepada pembimbing penelitian untuk melakukan audit sehingga dapat mengetahui kebenaran hasil penelitian.

d. *Transferability*

Peneliti berusaha mendeskripsikan secara lengkap dan detail sesuai hasil wawancara dalam bentuk narasi tentang temuan penelitian. Selanjutnya peneliti melakukan pembahasan terhadap temuan penelitian dengan menggunakan jurnal dan literatur terkait. Selain itu hasil dari penelitian ini nantinya diharapkan dapat ditransfer ke subjek lain yang memiliki tipologi yang sama.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan keseluruhan temuan hasil penelitian yang dinarasikan dalam dua bagian yang meliputi karakteristik partisipan dan tema hasil analisis.

4.1 Karakteristik Partisipan

Penelitian ini difokuskan pada persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS. Data studi diperoleh dari 5 partisipan yang terlibat secara sukarela melalui wawancara mendalam di beberapa tempat hiburan di Jakarta. Ketika diwawancarai, kelima partisipan tersebut mengungkapkan identitasnya sebagai seorang homoseksual dan secara umum telah memperoleh beberapa informasi umum tentang IMS, HIV dan AIDS melalui media informasi dan teman, namun pada kenyataannya mereka masih memperlihatkan perilaku berisiko. Hal ini terbukti dari beberapa ungkapan pernyataan partisipan yang tertuang dalam transkrip hasil wawancara yang terkait item pertanyaan, yang berisikan konsep penyakit IMS, HIV dan AIDS. Adapun usia partisipan bervariasi dengan rentang usia antara 21 tahun sampai dengan 26 tahun. Tingkat pendidikan dan pekerjaan dari masing-masing partisipan juga berbeda. Satu orang partisipan masih berstatus mahasiswa S1, sedangkan yang lain telah menyelesaikan pendidikan D1, D3 dan telah bekerja sebagai karyawan swasta. Agama yang dianut oleh kelima partisipan tersebut diantaranya, satu orang partisipan beragama Hindu sedangkan yang lain beragama Islam. Suku partisipan juga bervariasi, mulai dari campuran antara suku Betawi dan Sunda, Sunda dan Bali, Sunda dan Jawa, keturunan Cina dan Sunda, dan Bali. Domisili partisipan juga berbeda-beda, dua orang berdomisili di Jakarta Selatan, dua orang di Jakarta Pusat dan seorang di Jakarta Barat.

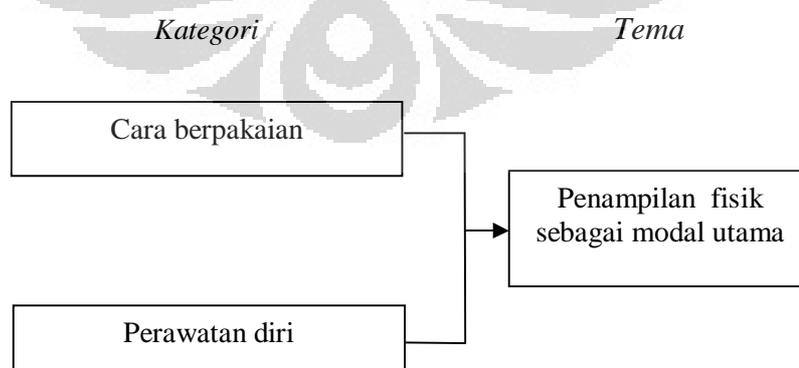
4.2 Tema Hasil Analisis

Dalam penelitian ini peneliti telah menggunakan tahapan analisis data menurut Colaizzi (1978, dalam Speziale & Carpenter, 2003), dimana tiap hasil wawancara dengan kelima partisipan, dilakukan *content analysis* secara keseluruhan yang mengacu pada tujuan penelitian dan menghasilkan 5 tema utama. Kelima tema utama tersebut merupakan hasil identifikasi dari jawaban atas beberapa item pertanyaan yang menggambarkan keseluruhan esensi fenomena yang diteliti. Tema-tema utama yang teridentifikasi dari hasil wawancara mendalam, yaitu :

4.2.1 Penampilan Fisik Sebagai Modal Utama

Kelima partisipan menyatakan bahwa penampilan fisik merupakan modal utama dalam mengekspresikan jalinan hubungan secara impersonal dengan sesama komunitas homoseksual. Dalam kehidupan modern, mereka cenderung bangga berpenampilan seperti pria heteroseksual, namun cenderung lebih rapi dan menarik perhatian. Secara skematis ungkapan partisipan terkait penampilan fisik sebagai modal utama dalam sebuah proses komunikasi antar sesama komunitas homoseksual digambarkan sebagai berikut :

Skema 4.1 Penampilan fisik sebagai modal utama



4.2.1.1 Cara berpakaian

Cara berpakaian merupakan hal yang sangat diperhatikan dan dijaga oleh para partisipan. Partisipan kedua dan keempat menyatakan bahwa cara berpakaian ini adalah hal yang paling ditonjolkan oleh kaum homoseksual. Dalam hal berpakaian mereka cenderung lebih rapi dan modis dengan tujuan untuk menunjukkan jati diri mereka dan menarik minat orang yang tertarik pada penampilannya. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“....berpakaianya rapi, bersih....apalagi kalau dia nya make kemeja, waow....”.....(P1);(P2);(P4);(P5)

“....Santai....pakai celana pendek tapi pakai kaos,kemeja,kebanyakan komunitas itu pakai warna yang mencolok”....trus jam tangan berwarna,.....tasnya gedegede”.....(P1)

“....dilihat dari style-nya,fashionable....”.....(P4)

4.2.1.2 Perawatan diri

Kaum homoseksual secara rutin melakukan perawatan diri, karena bentuk *body* bagi seorang homoseksual adalah nilai jual tersendiri. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“Badannya bagus....body six pack.....”.....(menjulurkan lidah ke sudut mulut lalu tersenyum).....(P5)

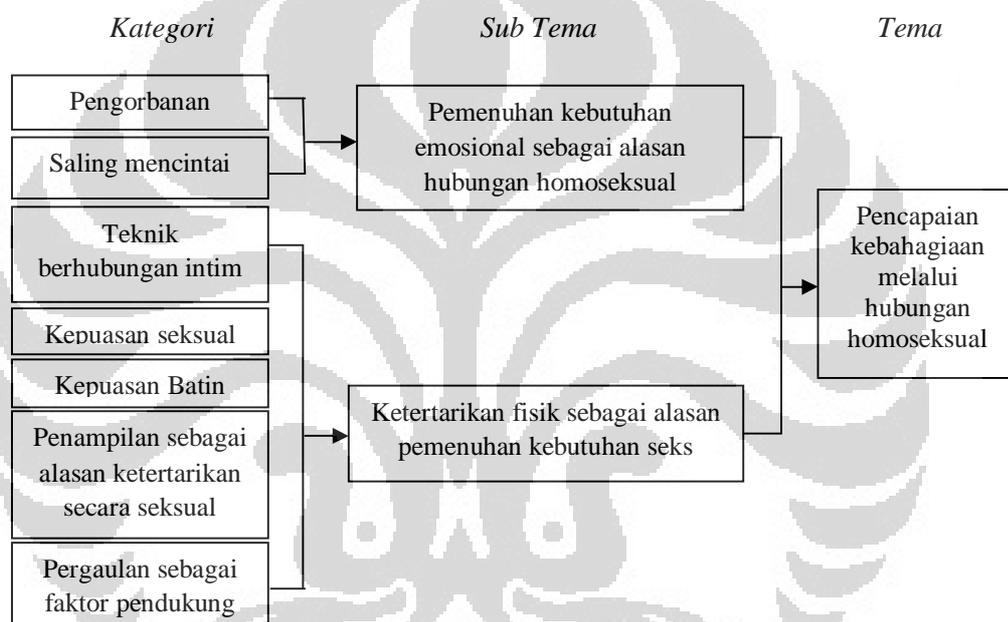
“.....mereka lebih instropeksi ke tubuh,.....penampilan tubuh merupakan daya tarik yang utama bagi seorang “G”....(P1)

4.2.2 Pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual

Semua partisipan menyatakan bahwa orientasi seks merupakan hal yang lebih dominan dalam sepanjang status jati diri mereka. Rasa ketertarikan dan terangsang terhadap sesama jenis yang mendorong mereka untuk lebih dekat dan

berhasrat secara seksual dalam memenuhi kebutuhan akan orientasi seks mereka. Selain kebutuhan akan orientasi seks, mereka juga lebih mengutamakan keinginan untuk memperoleh perhatian, kasih sayang dan rasa cinta sehingga dapat menimbulkan kenyamanan yang merupakan kepuasan tersendiri bagi mereka. Secara skematis ungkapan partisipan terkait pencapaian kebahagiaan melalui hubungan seksual dengan sesama jenis digambarkan sebagai berikut :

Skema 4.2 Pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual



4.2.2.1 Pemenuhan kebutuhan emosional sebagai alasan hubungan homoseksual

Pengorbanan dan saling cinta merupakan cara ekspresi antara seksualitas dan emosi yang digunakan oleh semua partisipan dalam memberikan dukungan dan menyediakan sarana hubungan sosial yang berakhir dengan adanya pemuasan hubungan seksual di antara mereka yang bersifat sementara dan tidak tetap. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

*“....mencoba menjadi pasangan yang baik”
 “Nyenengin pasangan deh...gitu lho”.....(P2)*

“....keinginan untuk saling memuaskan, suatu kebutuhan lah, Mas”.....(P1)

“Rasa kasih sayang, rasa cintanya tuh, dan sensitivitasnya besar banget.....”....(P3)

4.2.2.2 Ketertarikan fisik sebagai alasan pemenuhan kebutuhan seks

Esensi seksual dalam mencari pasangan merupakan salah satu aspek kehidupan sosial kaum homoseksual. Ketertarikan secara fisik merupakan sensasi yang menyenangkan dari pelampiasan kebutuhan seksual mereka. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“.....interaksi awalnya..... menggunakan naluri dan tatapan mata ya,lagi kepengen,saling mencari...”.....(P1)

“Gw (saya) kalau sudah melihat barang sesama jenis, kaya gimana gitu”.....(melototkan kedua bola mata sambil mengembungkan bibir).....(P4)

“Soalnya kan lobang depan dengan lobang belakang kalau dibandingkan, lobang belakang lebih rapat dari lobang depan”.....(P1)

“...., gw (saya) suka cara dianya ngefuck (anal seks) gw(saya)....., ukuran barangnya sih sedang, tapi mainnya cantik, hehehe.....”.....(Mengangkat kedua alis mata lalu tersenyum)..... (P1);(P3)

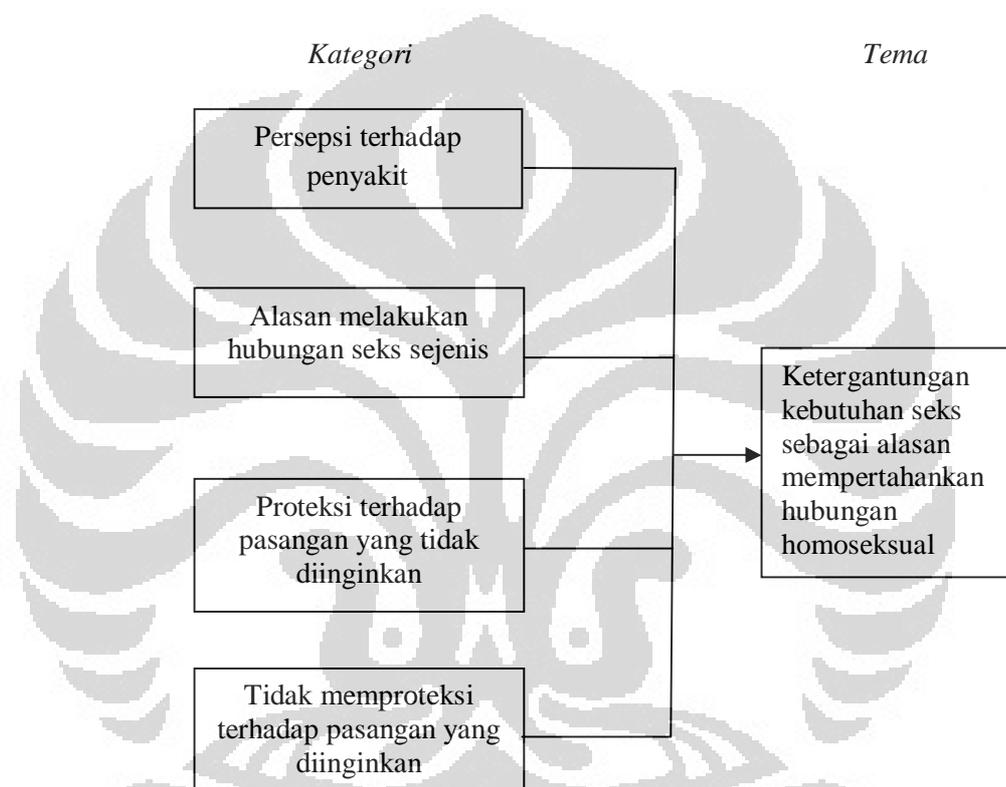
“Sebenarnya sih dari SMA ya...gw sudah nyadar kalau gw tuh suka sama cowok, cuman gw nutup-nutupin aja, pas kuliah baru deh gw lebih konsen dan blak-blakan jalan ama gadun (banci tua/lebih dewasa)...karena pengaruh teman kuliah juga sih”....(P2)

4.2.3 Ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual.

Semua partisipan mengungkapkan rasa ketergantungannya akan kebutuhan seks yang membuat mereka tetap mempertahankan jalinan hubungan antar sesama jenis. Rasa penasaran akan kenikmatan dalam berhubungan seks dengan sesama

jenis tanpa menggunakan pengaman yang membuat mereka trus mencari pasangan seks-nya. Secara skematis ungkapan partisipan terkait ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual digambarkan sebagai berikut :

Skema 4.3 Ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual.



4.2.3.1 Persepsi terhadap penyakit

Walaupun tidak secara spesifik disampaikan, namun dapat disimpulkan bahwa semua partisipan memiliki pengetahuan yang cukup tentang HIV-AIDS, yang diperoleh dari teman atau media informasi, seperti yang diungkapkan oleh beberapa partisipan berikut :

“...yang berisiko itu yang cuman mikirin kenikmatan doank, tanpa memikirkan kesehatan dalam berhubungan seks”.....(P3)

“...siapa sih yang mau terkena AIDS,.....”(P1)

“Penyebabnya virus bukan sih.....bisa jadi HIV positif, ya...yang udah pasti terjangkit virus itu lah....kondisinya disebut AIDS kan?.....(P2)

4.2.3.2 Alasan melakukan hubungan seks sejenis

Seorang partisipan mengungkapkan alasan melakukan hubungan seks sejenis karena faktor ketagihan :

“Kalau lagi sange’ (hawa nafsu/keinginan untuk berhubungan seks) pas habis nonton video porno, ya udah gw (saya) berusaha tuk bisa main”...(P4)

Sedangkan yang lain menyatakan rasa ingin tahu atau penasaran untuk mencoba, lalu ingin menikmati dan ingin memperoleh kepuasan secara fisik dari hubungan tersebut :

“Pengen ngerasain aja, ya gitu penasaran, ya itu..., tahu ga’ sih penasaran, namanya juga ababil, anak baru gede, pengen nyoba ini nyoba itu...”..... (P1)

“Bermula dari rasa ingin tahu aja. Trus gw (saya) kenalan lalu pacaran”.....(P2)

4.2.3.3 Proteksi terhadap pasangan yang tidak diinginkan

Beberapa partisipan menyatakan tetap memproteksi diri jika berhubungan seks dengan pasangan yang tidak tetap. Tetapi ada satu partisipan yang menyatakan bahwa tidak memproteksi diri sewaktu berhubungan seks, walaupun bukan pasangan tetapnya, disebabkan karena keyakinan akan kebersihan pasangan tersebut :

“Kalau ga’ pakai kondom waktu “ML” (Making Love/berhubungan intim) bukan dengan BF (Boy Friend/pacar) gw (saya), gw (saya) selalu wanti-wanti harus ingetin dia tuk ngeluarin air peju-nya (cairan sperma) itu di luar, ya di atas perut gw”... ”..... (P3) ;(P5)

“..... tergantung dari chemistry-nya, kalau gw (saya) yakin diaanya bersih ya ga’ pakai pengaman”.....(P1)

4.2.3.4 Tidak memproteksi terhadap pasangan yang diinginkan

Dalam berhubungan seks dengan pasangan tetapnya, beberapa partisipan tidak memproteksi diri dengan menggunakan pengaman karena terikat akan status hubungan yang pemanen atau menetap. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

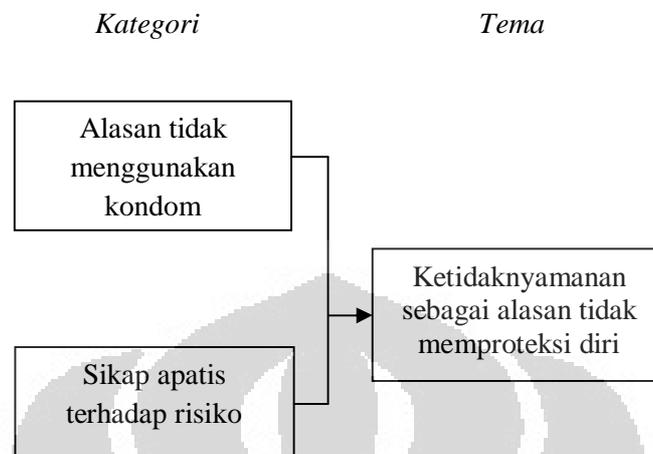
“Nah berhubung waktu itu kan karena status gw (saya) dengan dia pacaran, trus gw (saya) udah ngenal dia baik-baik, ternyata dia....., maksudnya bukan orang yang macam-macam, makanya gw (saya) berani untuk tidak pakai kondom”(P2)

“Gw (saya) juga kenapa ga’ pakai kondom karena modal keyakinan aja kalau diaanya bersih. Apalagi kalau dah enjoy, ya udah lanjut main aja”...(P3)

4.2.4 Ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri

Banyak faktor yang mempengaruhi ketidaknyamanan dalam berhubungan seks. Salah satunya adalah kondomisasi. Hal ini disebabkan karena berkurangnya sensasi kepuasan dari penggunaanya dalam berhubungan seks. Semua partisipan menyatakan hal serupa, dan secara skematis ungkapan partisipan terkait ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri digambarkan sebagai berikut :

Skema 4.4 Ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri



4.2.4.1 Alasan tidak menggunakan kondom

Penolakan kondomisasi diungkapkan oleh semua partisipan, disebabkan karena faktor ketidaknyamanan dalam berhubungan seks. Hal ini cukup beralasan, bisa disebabkan karena penurunan kualitas dari produk kondom itu sendiri yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan tersebut atau karena hilangnya sensasi kenikmatan dalam mencapai kepuasan seks. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“Kalau lagi berhubungan anal seks lebih enak ga’ pakai kondom sih. Kalau pakai kondom pas masuk ga’ berasa, trus gesekannya terasa panas, kalau pakai kondom ya....”.....(P1)

“Lebih kasar kalau pakai kondom, biasa kurang pelumasnya, pokoknya ga’ merasa nyaman aja, selain itu gesekannya beda”(P3)

“Kondomnya sering longgar, kalau dah gitu ganggu banget”(dahi berkernyit dan mengangkat kedua bahu).....(P4)

4.2.4.2 Sikap apatis terhadap risiko

Beberapa partisipan bersikap tidak peduli dan malah merasa pasrah terhadap risiko tertular penyakit selama menjalani statusnya sebagai seorang homoseksual, namun mereka tetap berharap agar tidak sampai tertular, dan kalau pun hal itu terjadi mereka telah menyatakan bahwa risiko harus ditanggung. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“Ya..., pasra aja kalau sampai terkena”.....(ekspresi wajah sedih).....(P1)

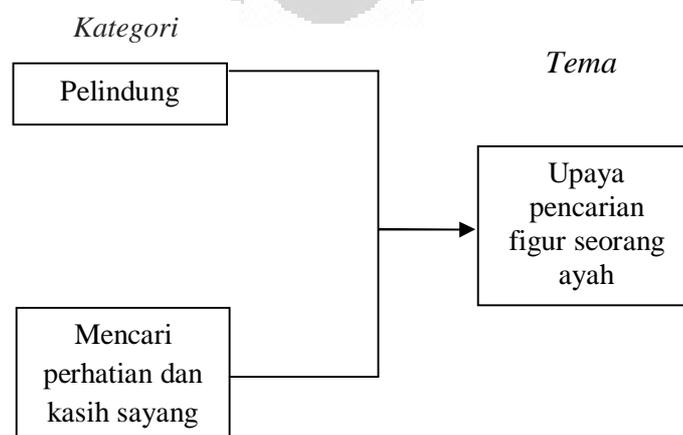
“Ya...itulah risikonya Mas, gampang tertular penyakit kalau ga’ pakai kondom pas lagi berhubungan”....(P2)

“Emang sih risikonya fatal banget, tapi mau gimana lagi”.....(P4)

4.2.5 Upaya pencarian figur seorang ayah

Secara umum beberapa partisipan menyatakan dua hal yang melatarbelakangi mereka terlibat dalam hubungan sesama jenis dan tetap berperilaku berisiko. Dua hal tersebut yaitu kehilangan figur seorang ayah sejak masa kecil dan keinginan memperoleh perhatian dan kasih sayang dari sesama jenis yang lebih tua. Secara skematis ungkapan partisipan terkait upaya pencarian figur seorang ayah digambarkan sebagai berikut :

Skema 4.5 Upaya pencarian figur seorang ayah



4.2.5.1 Pelindung

Kelekatan hubungan yang tidak intens dengan seorang ayah di masa kecil dan kurangnya perhatian yang diberikan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan beberapa partisipan memiliki keinginan untuk terlibat dalam hubungan sejenis dengan sosok yang lebih mengayomi. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“....gw (saya) cari yang tua,ga punya bokap (ayah),....cari yang sosok bokap gitu, bukan sosok pacaran, dan mencari yang pengertian, biar lebih dapet chemistrynya, lebih enak, lebih enjoy”.....(P1)

“....pengen banget bisa kembali menjalin hubungan dengan “Top” (berperan sebagai pria dalam hubungan sejenis) yang lebih dewasa, baik, pengertian, dapat dipercaya, dapat membimbing, karena klo “Top” itu kan ibarat dia yang pegang kendali dalam suatu hubungan, dia yang mengarahkan”.....(P2)

“....kurang perhatian dari orang tua,.... gw (saya) ngerasa benar-benar dapet perhatian banget dari dia. Karena dianya sayang banget ama gw....bukan karena nafsu seks doank, dianya mau pacaran dengan gw (saya)”.....(ekspresi wajah sedih).....(P3)

4.2.5.2 Mencari perhatian dan kasih sayang

Beberapa partisipan menyatakan keinginan untuk bisa terus memperoleh perhatian dan kasih sayang dari sesama jenis yang lebih tua. Hal tersebut merupakan awal penyebab munculnya dorongan homoseksual yang menetap. Hal tersebut tampak dari ungkapan beberapa partisipan berikut :

“...kalau yang tua lebih gimana gitu.... perhatiannya berlebihan sama gw....”.....(P1)

“....hanya dia yang benar-benar ada buat gw....gw merasa sangat membutuhkan kasih sayang dia....kalau ga’ ada itu terasa kering banget hidup gw....”.....(P3)

“....gw manja ke dia dan dia bisa nangkep maksud gw....gw hanya merasa tenang dan merasa klop dengan dia....hanya dia yang bisa mengerti perasaan gw....pokoknya lebih merasa nyaman aja kalau dekat ama dia....”.....(P2)

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini membahas keseluruhan temuan hasil penelitian tentang persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS, yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian, untuk dibandingkan dengan penelitian sebelumnya dan konsep teori yang terkait. Peneliti juga akan menjelaskan keterbatasan selama proses penelitian berlangsung. Implikasi hasil penelitian dalam keperawatan akan diuraikan berdasarkan konteks hasil dan temuan selama penelitian berlangsung.

5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi 5 tema utama berdasarkan tujuan penelitian, yaitu penampilan fisik sebagai modal utama, pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual, ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual, ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri dan upaya pencarian figur seorang ayah. Kelima tema utama tersebut saling berhubungan satu sama lainnya untuk menjelaskan suatu esensi dari fenomena yang diteliti. Berikut pembahasan kelima tema utama secara terpisah :

5.1.1 Penampilan fisik sebagai modal utama

Selain kecenderungan seksual untuk mencari atau memiliki pasangan seksualnya, para kaum homoseksual juga beranggapan bahwa penampilan fisik merupakan hal yang penting. Mereka sangat memperhatikan dan menjaga penampilannya dengan serapih dan semodis mungkin. Mereka beranggapan bahwa penampilan fisik penting untuk menarik perhatian orang lain, utamanya sesama kaum homoseksual.

Dengan bermodalkan penampilan fisik yang menarik, akan sangat mudah bagi komunitas ini dalam mencari pasangan yang diinginkan. Hal yang sama dikemukakan oleh Schope (2007) tentang persepsi kaum gay dan lesbian di Amerika, yang menyatakan bahwa tubuh adalah suatu pesan dan keindahan, oleh

karena itu mereka berusaha mempertahankan penampilan yang menarik didepan umum. Lebih lanjut Pratikno (2005) menyatakan bahwa para kaum homoseksual umumnya berpenampilan layaknya pria biasa namun lebih *press-body* dengan tujuan memperlihatkan lekuk indah tubuh dan ototnya menonjol, sehingga dapat menarik perhatian calon pasangannya. Karena bentuk *body* bagi seorang homoseksual adalah nilai jual tersendiri.

5.1.2 Pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual

Setiap individu tentunya menginginkan kebahagiaan dalam hidupnya. Manusia adalah makhluk yang memiliki kemampuan untuk dapat menentukan arah hidupnya yang mengacu pada sesuatu yang dianggap sesuai dan berguna bagi dirinya. Hal tersebut juga tidak terlepas dari kehidupan kaum homoseksual. Mereka secara sadar mengekspresikan hubungan seksual sejenis atau kecenderungan erotis untuk memperoleh kepuasan baik secara seksual/fisik maupun batin (Siahaan, 2009).

Banyak faktor yang turut berkontribusi terhadap kebahagiaan seorang kaum homoseksual dalam menjalani kehidupannya. Faktor yang paling dominan adalah pemenuhan kebutuhan akan variasi dalam aktivitas seksual. Konsep keinginan untuk saling memuaskan melalui variasi seksual bersumber dari penilaian bahwa pada dasarnya mereka terus mencari penambahan kenikmatan seks dalam relasi seksualnya (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011).

Beberapa dimensi kehidupan kaum homoseksual, yang sudah merupakan gaya hidup mereka adalah bersosialisasi, mencari pasangan seks yang dikenal dengan istilah *cruising* dan *clubbing*. Mereka dapat memperoleh kepuasan dari dimensi tersebut. Namun pemuasan hubungan seksual di antara mereka lebih bersifat sementara dan tidak menetap. Walaupun demikian tidak berarti bahwa semua kaum homoseksual tidak mampu atau tidak menginginkan ikatan yang lebih permanen dalam hubungan seksualnya dengan homoseks lain (Hawari, 2009). Hal tersebut sesuai dengan ungkapan beberapa partisipan dalam penelitian ini yang menyatakan keinginan untuk menjalin hubungan atas dasar cinta dan pengorbanan. Hal ini juga senada dengan yang disampaikan oleh Silverstein

(1995, dalam Siahaan, 2009) dalam studi yang dilakukan terhadap 190 kaum homoseksual yang menunjukkan bahwa kaum homoseksual bisa menjalin hubungan asmara dengan homoseksual lainnya dalam jangka waktu yang lama, dan dengan demikian dapat dijadikan tolak ukur kebahagiaan yang diperoleh dari hubungan sejenis.

Menurut Paul, Weinrich, Gonsiorek dan Hotvedt (1982 dalam Plummer, 2006) menyatakan bahwa seorang homoseksual dewasa yang memiliki tingkat kesejahteraan psikologis yang baik adalah yang dapat menerima kekurangan dan kelebihan yang dimilikinya. Penerimaan diri yang positif berdampak pada penyesuaian diri dengan baik dalam berinteraksi/bersosialisasi, sehingga ia mampu memenuhi kebutuhan *intimacy*. Dengan terpenuhinya kebutuhan *intimacy* akan berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis yang dimilikinya. Selain itu, ia mampu menetapkan tujuan hidup yang menunjang orientasi seksualnya.

Faktor yang berkaitan dengan ikatan emosional yang kuat dengan sesama jenis yang menyebabkan perilaku ikut-ikutan untuk mencoba hal yang baru, merupakan suatu upaya untuk memperoleh kebahagiaan. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan, dimana pengaruh pergaulan yang intens dengan sesama kaum homoseksual yang menyebabkan perilaku berorientasi pada upaya pencapaian kebahagiaan.

5.1.3 Ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual

Manifestasi perilaku homoseksual modern cenderung merupakan gaya hidup urban. Para kaum homoseksual memiliki dorongan homoseksual dominan (birahi, nafsu seks), yang menganggap bahwa di kota-kota besar, mereka dapat anonim, sehingga tidak akan diketahui oleh orang terdekat dalam hal ini sanak keluarga serta tidak akan membuat malu keluarga atau diri sendiri. Mereka juga dapat memperoleh kesempatan untuk bertemu langsung dengan sesama komunitas homoseksual yang lebih banyak, sehingga dapat lebih mengekspresikan jati dirinya sebagai seorang homoseksual (Tamagne, 2006).

Dorongan homoseksual yang dominan merupakan pemicu tingginya tingkat ketergantungan akan kebutuhan seks dikalangan homoseksual. Mereka cenderung ingin mengetahui, lalu mencoba melakukan variasi seks (*needs of curiosity and tried*), tetapi kemudian menjadi ketagihan. (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011). Hal yang sama diungkapkan oleh kelima partisipan dalam penelitian ini, yang menyatakan bahwa, bermula dari rasa penasaran lalu ingin mencoba dan akhirnya bisa menikmati aktivitas seks sejenis. Selanjutnya perilaku tersebut menjadi suatu kebutuhan utama mencapai kepuasan (orgasme seksual) dan gaya hidup.

Kehidupan kaum homoseksual tidak terlepas dari perilaku seksual yang sangat bebas. Keberadaan kaum ini begitu identik dengan kontak seksual yang sangat berisiko. Mereka lebih sering mencari pasangan seksualnya dan lebih mengutamakan hubungan yang melibatkan emosi mendalam (Downing, 2010). Aktivitas seksual yang secara bebas dan berisiko yang mereka lakukan, bersumber dari adanya nafsu dan ketergantungan yang diikuti dengan perubahan tanda-tanda fisiologis (fase keterangsangan seksual) untuk memperoleh kepuasan seksual. Mereka tidak memperdulikan lagi risiko tertular penyakit baik IMS maupun HIV-AIDS. Hal ini disebabkan oleh karena rasa ketergantungan akan kebutuhan seks yang mendominasi yang membuat mereka tetap mempertahankan hubungan homoseksual.

5.1.4 Ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri

Beberapa partisipan mempunyai persepsi bahwa kondom dapat memberikan perlindungan terhadap infeksi HIV-AIDS. Pemakaian kondom sebagai pengaman dalam berhubungan seks dapat mencegah kontak langsung antara dinding anus dan penis dengan cairan sperma yang telah terinfeksi virus HIV. Walaupun memiliki pemahaman akan pentingnya penggunaan kondom dalam berhubungan seks, namun pada kenyataannya beberapa partisipan enggan untuk menggunakannya dalam berhubungan seks dengan sesama jenis. Hal ini disebabkan oleh karena dominasi faktor pencapaian kepuasan seks, kepuasan batin, faktor ketidaknyamanan dan stigma terhadap kondom sebagai alat pencegahan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Carey, et al (2001 dalam Hawari, 2009) menyatakan bahwa tidak semua kondom mempunyai kualitas yang sama, bahkan ada kondom yang beredar di pasaran sudah kadaluwarsa. Selain itu kondom mempunyai cacat mikroskopis. Kedua hal ini mengakibatkan efektivitas kondom tidak menjamin terhadap penularan IMS dan HIV-AIDS. Penurunan kualitas dari produk kondom juga sering menimbulkan masalah ketidaknyamanan bagi penggunaannya dan sering dijadikan alasan untuk tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan seksualnya karena mengarah pada hambatan pencapaian kepuasan seks. Dalam penelitian ini juga dilaporkan bahwa, kondom selalu diidentikkan dengan perilaku seks berisiko, oleh karenanya kebanyakan individu menghindari membeli/memperoleh, membawa dan memakai agar terhindar dari cap “tidak baik”, bahkan pada populasi kunci yang jelas-jelas berperilaku berisiko.

Penggunaan kondom yang tidak konsisten diantara kaum homoseksual saat berhubungan seks, dapat menyebabkan meningkatnya jumlah infeksi HIV, konsekuensinya adalah terjadinya penyebaran infeksi bukan hanya pada kaum homoseksual, tapi juga pada populasi yang lebih luas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zahid, et al. (2009), yang melaporkan bahwa 60% kaum homoseksual di Pakistan tidak menggunakan kondom secara konsisten. Sehingga dapat menyebabkan peningkatan risiko penularan HIV. Juga dilaporkan bahwa penggunaan kondom yang tidak konsisten ini, lebih banyak dipengaruhi oleh faktor hilangnya sensasi seks (seks menjadi kurang spontan) dan berkurangnya daya tarik sensual pada pasangan, saat berhubungan seks.

Rasa khawatir akan terinfeksi HIV dan mengarah ke kondisi AIDS juga diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini, dan hal tersebut merupakan respon yang positif bagi kaum homoseksual dalam perjalanan mencari pemenuhan kebutuhan seks. Namun karena minimnya pemahaman akan pengetahuan tentang konsep HIV-AIDS yang mereka peroleh, yang membuat kekhawatiran tersebut hilang dan membuat mereka tetap berperilaku berisiko atau tidak ada perubahan perilaku dalam aktivitas seks. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh McDaid dan Hart (2010) melaporkan bahwa

kurangnya pengetahuan akan transmisi HIV menjadi salah satu peningkatan prevalensi HIV-AIDS, sehingga berdampak pada tidak adanya perubahan perilaku seks yang berisiko.

5.1.5 Upaya pencarian figur seorang ayah

Terdapat beberapa alasan yang melatarbelakangi terbentuknya perilaku homoseksual. Bila dikaji lebih mendalam faktor lingkungan dan pola asuh keluarga yang salah semasa kecil yang lebih berperan dalam proses identifikasi seksual seseorang yang mengarah ke perilaku homoseksual. Selain itu, keinginan dan kecanduan oral seks pada diri seseorang tidak terlepas dari konflik psikologis pada fase oral dalam rentang psikoseksualnya (Carroll, 2007). Hal tersebut merupakan faktor pendekatan psikologis yang menyebabkan mereka harus mencapai kepuasan seksualnya melalui perilaku homoseksual.

Beberapa teori yang menjelaskan sebab-sebab homoseksualitas, antara lain pengaruh lingkungan yang tidak menguntungkan bagi perkembangan kematangan seksual yang normal, seseorang selalu mencari kepuasan relasi homoseks, karena ia pernah menghayati pengalaman homoseksual yang menggairahkan pada masa remaja, atau semasa kecil pernah mengalami traumatis dengan salah satu sosok ayah atau ibunya, sehingga timbul rasa kebencian/rasa antipati terhadap salah satu sosok dari kedua orang tuanya dan memunculkan dorongan homoseks yang menetap (Kartono, 2009).

Pada penelitian ini, beberapa partisipan menyatakan keterlibatan mereka dalam hubungan sejenis lebih dilatarbelakangi oleh pola asuh keluarga yang keliru, pengalaman traumatis seksual pada masa kanak-kanak (pelecehan seksual dan ketidaksetaraan peran gende) dan pergaulan yang menetap dengan sesama kaum homoseksual. Kondisi ini juga dilaporkan oleh Green (1998, dalam Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011) yang menemukan bahwa perilaku homoseksual dipengaruhi oleh pola asuh keluarga yang mendorong anaknya berperilaku homoseksual. Selain itu juga, adanya kontak fisik antara anak laki-laki dan ibunya dalam waktu lama. Kedekatan dengan ibunya yang luar biasa dalam kurun waktu

yang lama membuat anak tidak tertarik memiliki teman bermain sesuai dengan gendernya sehingga membentuk relasi sosial yang salah.

Freud (1953, dalam Carroll, 2007) memandang kaum homoseksual sebagai akibat *oedipus complex* yang tidak terselesaikan. Pola asuh yang keliru, dimana peran ayah yang tidak terlalu bermakna dalam proses tumbuh kembang dan sikap ibu yang otoriter atau posesif dapat menghambat perkembangan maskulin normalnya, sehingga mereka mencari objek cinta pada pria lain. Selain itu pengalaman traumatis seperti pelecehan seksual/intimidasi seksual juga dapat menjadi faktor yang melatarbelakangi atau mencetuskan perilaku homoseksual, seperti dipaksa melakukan oral seks oleh pelaku pelecehan seks atau pemerkosaan (Remafhedi, 1987, dalam Hawari 2009).

5.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang dirasakan oleh peneliti selama proses penelitian mencakup keterbatasan dalam hal perekrutan/penjangkauan partisipan, keterbatasan dalam hal waktu, dan keterbatasan dalam melakukan analisis tematik dan menginterpretasikan tema hasil penelitian.

Keterbatasan penjangkauan/perekrutan partisipan yang disebabkan karena penolakan dari beberapa partisipan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini, antara lain disebabkan oleh adanya stigma dan diskriminatif yang menyebabkan populasi ini tersembunyi dan sangat tertutup akan jati dirinya. Selain itu disebabkan oleh adanya kegiatan sejenis yang dilaksanakan dalam waktu yang berdekatan, yang hanya berorientasi pada pencapaian target data terkait program, tanpa memperhatikan privasi/kenyamanan partisipan, sehingga berdampak pada ketakutan eksploitasi. Hal ini mengakibatkan peneliti mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan partisipan untuk melakukan pengecekan kembali data yang telah diperoleh kepada partisipan (*member check*).

Keterbatasan dalam hal waktu, dimana peneliti harus menyesuaikan waktu pertemuan dengan ketersediaan waktu luang dari para partisipan. Hal ini

berdampak pada pengambilan data melalui wawancara mendalam secara maksimal hanya dapat dilakukan pada sore hari yang bisa berlanjut sampai subuh. Sehingga dapat mempengaruhi konsentrasi partisipan pada saat wawancara yang dapat mempengaruhi kondisi dan jawaban partisipan terhadap pertanyaan penelitian. Selain itu

Selain itu peneliti juga kurang maksimal dalam melakukan analisis tematik terhadap transkrip verbatim dan menginterpretasikan tema hasil penelitian, dikarenakan pengalaman pertama peneliti dalam melakukan penelitian dengan menggunakan metode kualitatif.

5.3 Implikasi Hasil Penelitian

5.3.1 Implikasi pada pelayanan keperawatan

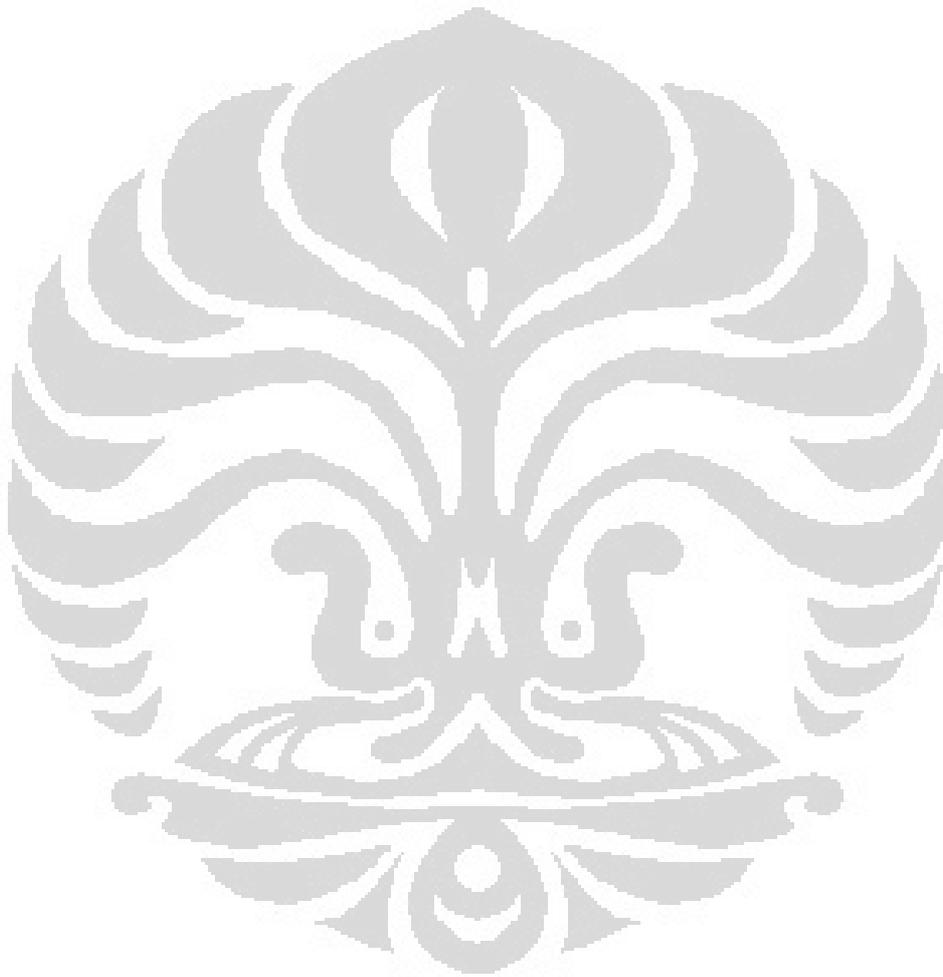
Hasil penelitian ini memberikan gambaran persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS, dan menemukan beberapa tema utama yang bisa dijadikan sebagai acuan atau kerangka pikir dalam membuat kebijakan terhadap peningkatan pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV pada kaum homoseksual. Peningkatan pengetahuan tersebut memerlukan kolaborasi antara profesi keperawatan dengan profesi kesehatan lainnya untuk merencanakan dan mengembangkan strategi pengendalian prevalensi HIV-AIDS melalui praktik keperawatan profesional, yang berbasis masyarakat. Dengan demikian upaya penanggulangannya berfokus pada promosi kesehatan yang menjadi tanggung jawab petugas kesehatan khususnya tenaga keperawatan. Adapun promosi kesehatan tersebut merupakan pusat dari aktivitas perawatan kesehatan masyarakat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

5.3.2 Implikasi pada pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan peluang bagi pendidikan keperawatan dalam mengembangkan intervensi keperawatan mandiri berbasis *evidence based practice* tentang terapi perubahan perilaku khusus pada populasi kunci, yang bertujuan untuk merubah kebiasaan kearah yang lebih sehat dan produktif.

5.3.3 Implikasi pada penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini menyajikan data dasar untuk dijadikan acuan pada penelitian bidang keperawatan dengan metode dan teknik sampling yang lain dalam mengestimasi dan memproyeksi perilaku berisiko pada populasi kunci khususnya kaum homoseksual.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini memaparkan kesimpulan penelitian berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya serta beberapa saran yang dapat diterapkan pada tatanan pelayanan keperawatan maupun untuk penelitian bidang keperawatan selanjutnya.

6.1 Kesimpulan

Penelitian ini mengidentifikasi 5 tema utama yang berfokus pada persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual berisiko terjadi HIV-AIDS. Tema-tema yang dihasilkan yaitu penampilan fisik sebagai modal utama, pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual, ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual, ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri dan upaya pencarian figur seorang ayah. Kelima tema utama tersebut saling berhubungan satu sama lainnya untuk menjelaskan suatu esensi dari fenomena yang diteliti.

Berbagai tema di atas cukup memberikan gambaran kehidupan kaum homoseksual. Mereka aktif secara seksual melakukan *promiskuitas* (sering berganti-ganti pasangan seks) dan sangat berisiko untuk terinfeksi, bahkan menularkan HIV. Beberapa faktor yang saling berkaitan dan menjadi pemicu perilaku tersebut yaitu pertama, pola asuh yang keliru semasa kecil atau lingkungan tempat mereka berinteraksi yang membentuk karakter/berorientasi pada perilaku seks yang menyimpang dan sangat berisiko. Kedua, diketahui adanya penghayatan pengalaman homoseksual yang menggairahkan pada masa remaja atau semasa kecil pernah mengalami pengalaman traumatis yang menimbulkan perasaan benci/antipati terhadap salah satu sosok dari kedua orang tuanya yang memunculkan dorongan homoseks yang menetap. Kedua hal tersebut menjadi alasan yang kuat dalam melatarbelakangi perilaku seksual berisiko yang terus terjadi di kalangan homoseksual. Di sisi lain pemahaman akan konsep HIV-AIDS yang sangat kurang juga dapat mempengaruhi komunitas ini untuk jarang

memproteksi diri saat berhubungan intim dengan sesama komunitas. Sehingga berdampak pada peningkatan prevalensi HIV-AIDS.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan diharapkan secara proaktif dapat memfasilitasi para kaum homoseksual dalam meningkatkan pengetahuan akan konsep HIV-AIDS melalui penyuluhan kesehatan yang lebih aplikatif dengan pendekatan persuasif, dengan lebih menekankan pada tugas perkembangan terkait kebutuhan psikologis dan emosional yang tidak terpenuhi semasa kecil. Diharapkan melalui penyuluhan kesehatan tersebut terjadi perubahan perilaku seks berisiko yang mengarah pada kejadian HIV-AIDS diantara kaum homoseksual.

6.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Perlunya pengembangan asuhan keperawatan HIV-AIDS yang komprehensif, melalui pelatihan berkala pada perawat yang menangani klien homoseksual dengan memasukkan materi intervensi terapi perilaku yang dititikberatkan pada upaya promotif dan preventif. Sehingga perawat dapat memahami klien khusus populasi kunci terkait pencegahan transmisi HIV.

6.2.3 Bagi Penelitian Keperawatan

Melanjutkan penelitian serupa dengan menggunakan desain dan teknik sampling yang lebih baik untuk meningkatkan keabsahan hasil penelitian, sehingga hasil yang diperoleh dapat ditransfer pada populasi kunci yang memiliki tipologi yang sama.

DAFTAR REFERENSI

- Albery, I.P & Munafo, M. (ed.1). (2011). *Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: Palmall Press.
- American Nurses Association. (2001). *Role of the Professional Nurse in the Human Immunodeficiency Virus Epidemic*. C:\Users\User\AppData\Local\Temp\Role Nurse HIV.NY.htm. diakses 10 Maret 2012
- Bailey, R.C., at al. (2007). Male Circumcision for HIV prevention in young Men Kisumu, Kenya: *A randomised controlled trial*. *Lancet*, 369, 643-656.
- Baratawidjaja, G.K & Rengganis, I. (2010). *Imunologi Dasar* (ed.9). Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Basrowi & Suwandi. (2008). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- BPS & Kemenkes RI. (2011). *Statistik Indonesia : Behavioral Surveillance Survey in Indonesia*. Jakarta.
- Bungin, B. (2005). *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi* (ed.3.). Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Carroll, L.J. (2007). *Sexuality Now : Embracing Diversity* (ed.2.). Belmont: Thomson Learning Inc-USA.
- CDC & WHO. "Annual Report : The HIV-AIDS Surveillance." (2010). Vol. 20. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Available: <http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2010report/index.htm>. diakses 10 Februari 2012
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *HIV-AIDS Incidence in the United States 2009*. <http://www.cdc.gov/hivaids/incidence/reports/usa/2009/12b/index.htm>. diakses 7 Januari 2012
- Chin, J. (2006). *Control of Communicable Diseases Manual* (ed.17.). California: APHA.
- Creswell, J.W. (2010). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Third Edition. Thousand Oaks California 91320: SAGE Publications.
- Dahlan, M.S. (Ed.2). (2010). *Langkah – Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan* (Vols. 3). Jakarta: CV Sagung Seto.

- Daymon, C & Holloway, I. (2008). *Metode-Metode Riset Kualitatif: Dalam Public Relations & Marketing Communications*. Yogyakarta: PT Bentang Pustaka.
- Diggs, R.J. (2002). *The Health Risk of Gay Sex*. *Corporate Resource Council*, 48(302-309),
<http://www.catholiceducation.org/articles/homosexuality/ho0075.html#contents>.
 diakses 28 Februari 2012
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2010). *Buku Saku Millenium Development Goals (MDGs) Goals 4,6 dan 7 : Pengendalian Penyakit & Penyehatan lingkungan*. Jakarta.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2011). *Laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia sampai dengan September 2011*. Jakarta.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2011). *Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2011*. Jakarta.
- Djauzi, S. (2010). Masalah dan Tatalaksana HIV di Indonesia. In Setiyohadi, B., Salim, S., Hamonangan, R., Sumariyono & Kurniawan, J (Ed.). *Naskah Lengkap Ilmu Penyakit Dalam PIT* (hal. 276-277). Jakarta: Interna Publishing
- Djoerban, Z. (2011). *Cegah Sejak Dini*. Jakarta: Mahaka Publishing.
- Djuanda, A. (2007). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Downing, M.J. (2010). Perceptions of Risk, Sexual Behaviors, and HIV Prevention: A Study of MSM. *Dissertation School of The City University of New York*: 153-160.
- Ford, K., Fajans, P., & Wirawan., Nyoman, D. (2009). AIDS Knowledge, Condom Beliefs and Sexual Behaviour among Male Sex Workers and Male Tourist Clients in Bali, Indonesia. *HIV/AIDS Research Inventory*, 34, 99-109.
- Halkitis, P.N., Wilton, L., Parsons, J.T., & Hoff, C. (2007). Correlates of Sexual Risk-Taking Behaviour among HIV Seropositive Gay Men in Concordant Primary Partner Relationships. *Journal AIDS Care*, 9(1), 99-113.
- Hawari, D. (2009). *Global Effect HIV/AIDS : Dimensi Psikoreligi* (ed.2, hlm.3). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hawari, D. (2009). *Pendekatan Psikoreligi pada Homoseksual*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Huber, D.J & Kleinplatz, J.P. (2008). Sexual Orientation Identification of Men who Have Sex with Men in Public Settings in Canada. *Journal of Homosexuality*, 42, 1-20.
- Hudak, M.C & Gallo, M.B. (6th ed). (2010). *Critical Care Nursing: A Holistic Approach* (Vols.2). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Hutapea, R. (2011). *AIDS & PMS dan Perkosaan*. (ed. Rev). Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Ignatavicius, D.D & Workman, L.M. (6th ed.). (2010). *Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care* (Vols.1). Philadelphia: Saunder Elsevier Inc.
- Irianto, K. (1/E). (2010). *Memahami Seksologi*. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- Irwin, R. (2001). The Work of Clinical Nurse Specialists (HIV/AIDS) in Areas with a Low Prevalence of HIV Infection. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 649-656.
- Jacobs, J.R., Fernandez, I.M., Ownby, L.R., Bowen, S.G., Hardigan, C.P., & Kane, N.M. (2010). Factors Associated with Risk for Unprotected Receptive and Insertive Anal Intercourse in Men aged 40 and Older who have sex with Men. *Journal AIDS Care*, 22(10), 1204-1211.
- Jeffries, L.W. (2007). A Comparative Analysis of Homosexual Behaviour, Sex Role Preferences, and Anal Sex Proclivities in Latino and Non-Latino Men. *Journal of Arch Sex Behaviour*, 38, 765-778.
- Kartono, K. (7/E). (2009). *Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual*. Bandung: CV Mandar Maju.
- Kemp, Ch. (2009). *Terminal Illness : A Guide to Nursing Care*, (2nd ed.). USA: Lippincott Willians & Wilkins Inc.
- Koblin et al. (2006). Risk Factors for HIV Infection Among Men Who Have Sex With Men. *American Journal Aids*, Vol 20, No.5, 731-739.
- KPAN & AusAID. (2011). *Strategi Penanggulangan AIDS 2007-2011*. Yayasan Spiritia. Jakarta : <http://spiritia.or.id/Dok/stranas07-10.pdf>. diakses 23 Januari 2012
- KPAP. (2011, Oktober 02). Harmonisasi Penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia. 3636TM JAKARTA MEDIA GROUP (Ed.66, Advertorial), PT Betawi Media Lestari. *Jakarta*, 31-32.
- Kurniawati, D.N & Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS* (ed.2). Jakarta: Salemba Medika.
- Laros, S. (2011). *Cara Mengenali Ciri-Ciri Pria Gay*. <http://kanal3.wordpress.com/2011/09/15/cara-mengenali-ciri-ciri-pria-gay/>. diakses tgl 21 Februari 2012.
- Leary, O.A., Purcell, W.D., Remien, H.R., Fisher, E.H., & Spikes, S.P. (2007). Characteristics of Biseksiualy Active Men in The Seropositive Urban Men's Studi. *Journal AIDS Care*, 19(7), 940-946.

- Lewis, S., Clement, T., & Smadu, M. (2006). Nurses Address HIV/AIDS. *Canadian Nurses Association*, 102(8), 237-240.
- Loretz, L., Brown, T.M., & Soroker, N. (2007). Gender and Sexuality : Emerging Perspective from the Homosexual Prevalence in Asia and Implication for HIV Risk and Prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 423-428.
- Mandal, K.B., Wilkins, G.L., Dunbar, M.E., & Mayon-White, T.R. (2008). *Lecture Notes on Infectious Diseases* (6th ed.). Manchester: Blackwell Publishing Ltd.
- Maramis, M.M & Nasronudin. (1/E). (2007). *Kon : Konseling, Dukungan, Perawatan dan Pengobatan ODHA*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mason, L.T. (2003). Theory and Risk-Related Sexual Behaviors Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men. *Dissertation School of The Ohio State University: Ohio State University and OhioLink*, 136-141.
- McDaid, L.M & Hart, G.J. (2010). Sexual Risk Behaviour for Transmission of HIV in Men Who Have Sex With Men. *Journal Sex Med*, 24, 311-316.
- Moleong, J.L. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (ed. Rev). Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial* (2/E.). Surabaya: Airlangga University Press.
- PBB and WHO. "AIDS Epidemic Update 2009." Geneva World Health Organization. (2009) http://www.int/hiv/2009progressreport/hiv_aids/report/en/index.pdf diakses 27 Desember 2011
- Phaladze, N.A. (2003). *The Role of Nurses in The HIV/AIDS Policy Process in Bostwana* (vol.50, 22-33). Bostwana: International Council of Nurses.
- Pieter, Z.H., Janiwarti, B., & Saragih, M. (1/E). (2011). *Pengantar Psikopatologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Plummer, K. (2006). *Homosexuality: Social, Psychological, and Biological Issues*. London: Sage Publication.
- Poerwandari, K.E. (2009). *Pendekatan Kualitatif Untuk Penelitian Perilaku Manusia*. LPSP3 F.Psi – UI.
- Polit, F.D., Beck, T.C., & Hungler, P.B. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*, (5nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prastowo A. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif : Dalam Perspektif Rancangan Penelitian*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.

- Pratikno, A. (2005). *Gay, Ada di Sekitar Kita Tetapi Sulit Dikenali*. <http://www.mail-archive.com/sarikata@yahoo.com/msg02520.html>. diakses 18 Februari 2012.
- Pribadi, H. (1/E). (2011). *Menangkal Narkoba, HIV dan AIDS, serta Kekerasan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI. (2011). *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian HIV-AIDS*. Jakarta.
- Rathus, A.S., Nevid, S.J., & Fichner, R.L. (2009). *Human Sexuality in a World of Diversity* (7th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Russel, D.M. (2011). *Free from the Six Deadliest Diseases*, (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Sadarjoen, S.S. (1/E). (2005). *Bunga Rampai Kasus Psiko-Seksual*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Santoso, G.A & Royanto, L.R.M. (2009). *Teknik Penulisan Laporan Penelitian Kualitatif*. Depok: LPSP3 F.Psi – UI.
- Saryono & Anggraeni, D.M. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sastroasmoro, S. (2010). *Mengurai dan Merajut Disertasi dan Tesis : Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: IDAI.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2011). *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis* (ed.4.). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Satari, M.H & Wirakusumah, F.F. (2011). *Konsistensi Penelitian : Dalam Bidang Kesehatan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Schope, R.D. (2007). Who's Afraid of Growing Old? Gay and Lesbian Perceptions of Aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(4), 231-238.
- Schwarcz et al. (2007). Prevalence of HIV Infection and Predictors of High-Transmission Sexual Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, 97, 1067-1076.
- Setiati, S., Harimurti, K & Dewiasty., E. (2011). *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian*. Jakarta Pusat: InternaPublishing.
- Siahaan, MS.J. (1/E). (2009). *Perilaku Menyimpang: Pendekatan Sosiologi*. Jakarta: PT Indeks.
- Siyaranamual J.R. (2008). *Etika, Hak Asasi, dan Pewabahan AIDS*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

- Smeltzer, Suzanne C & Bare, Brenda G. (8/e). (2007). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (Vols.3). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Speziale, S.J.H & Carpenter, R.D. (2003). *Qualitative Research In Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*, (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugiarto, N. (2011). Penyebaran HIV-AIDS Pada Pasangan Tetap ODHA di Indonesia. *CDK*. Vol.38(1), Januari- Februari, pp. 25-33. Jakarta: PT Kalbe Farma.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: CV Alfabeta.
- Tamagne, F. (2006). *A History of Homosexuality*. Algora Publishing.
- Tang, S.W & Tsoi, H.T. (2008). Predictors of HIV-AIDS of Life in Asia. *Journal of Advanced Nursing*, 120, 554-562.
- Tangredi, L.A., Danvers, K., Molony, S.L., & Williams, A. (2008). Recommendations for HIV testing in older adults. *The Nurse Practitioner*, 33(6), 37-44.
- UNAIDS. "World AIDS Day report 2010." (2011) <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate> diakses 23 Desember 2011
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya* (Ed.2). Jakarta: Erlangga.
- WHO. (2002, August). Nursing Role in HIV/AIDS Care and Prevention in South-East Asia Region. WHO Project:ICP RHR 001, p.1-22.
- Wood, G.L.B & Haber, J. (2010). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Yuly, R. (2009). Transmisi HIV dari Ibu ke Anak. *CDK*, Vol.38(1), Januari-Februari, pp. 21-24. Jakarta:, PT Kalbe Farma.
- Zahid, et al. (2009). HIV/AIDS and its Risk Factors among Men Who Have Sex With Men in Pakistan. *Behavior and Social Journal*, 11: 721-728.



PEJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas Seksual
Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

Peneliti : John Toding Padang

NPM : 1006755336

Pembimbing Tesis : 1. Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., Ph.D
2. Novy Helena, C.D., S.Kp., M.Sc

Partisipan yang kami hormati, berdasarkan hal tersebut di atas, kami sebagai peneliti memohon kesediaan Anda secara sukarela untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif, dan bila mengalami ketidaknyamanan Anda berhak memutuskan untuk tidak lanjut sebagai partisipan dalam penelitian ini. Kami sangat menjunjung tinggi harkat dan martabat partisipan dengan menjaga kerahasiaan yang diperoleh selama pelaksanaan penelitian. Adapun tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian akan kami jelaskan sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran persepsi kaum homoseksual terhadap aktivitas seksual yang berisiko terjadi HIV-AIDS
2. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pendidikan tinggi keperawatan, pelayanan keperawatan, dan wawasan bagi subjek penelitian untuk penanggulangan penularan infeksi HIV-AIDS.
3. Setelah Anda bersedia untuk menjadi calon partisipan dalam penelitian ini, maka peneliti akan menyodorkan lembar lembar persetujuan menjadi partisipan kepada Anda untuk ditandatangani. Dengan demikian sudah ada kesepakatan antara peneliti dengan Anda selaku calon partisipan untuk lanjut dalam proses wawancara terkait topik penelitian. Selanjutnya peneliti akan membuat kontrak waktu dan tempat dengan Anda untuk pelaksanaan proses wawancara.

(lanjutan)

4. Pada pelaksanaan proses wawancara untuk pertemuan pertama, peneliti akan mengajukan beberapa item pertanyaan yang mengarah (*leading question*) yang terkait topik penelitian kepada Anda, dan untuk pertemuan kedua dilakukan untuk mengklarifikasi informasi yang diperoleh pada pertemuan pertama.
5. Dalam pelaksanaan proses wawancara, peneliti akan menggunakan alat bantu berupa tape recorder/voice recorder dan catatan lapangan. Tujuan penggunaan alat ini untuk memudahkan peneliti dalam memperoleh dan menganalisis hasil wawancara.
6. Adapun perkiran waktu pelaksanaan wawancara sekitar 1-2 jam, namun peneliti akan berupaya untuk tetap mengutamakan kenyamanan partisipan, sehingga dapat meminimalkan tingkat kejenuhan partisipan.
7. Semua hasil wawancara akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan instansi terkait proses penelitian.
8. Sebelum di analisis, hasil wawancara akan diberikan kepada partisipan untuk mengecek kebenarannya.
9. Jika ada hal yang belum dimengerti atau belum disampaikan dalam penjelasan penelitian ini, Anda dapat menanyakan langsung kepada peneliti.

Demikian penjelasan singkat tentang pelaksanaan penelitian ini, jika Anda sudah memahami dan bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini, maka Anda disilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Kami ucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya atas kesediaan Anda sebagai partisipan dalam penelitian ini.

Jakarta, 2012

Peneliti



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Judul Penelitian : Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas Seksual
Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

Peneliti : John Toding Padang

NPM : 1006755336

Pembimbing Tesis : 1. Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., Ph.D
2. Novy Helena, C.D., S.Kp., M.Sc

Kode Partisipan

--	--

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Berdasarkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang telah kami terima dari peneliti, maka dengan ini kami menyatakan bersedia ikut serta secara sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak mana pun.

Jakarta, 2012

Partisipan Penelitian



DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap
Aktivitas Seksual Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS

Pewawancara : _____

Kode Partisipan : _____

Hari/Tanggal Wawancara : _____

Tempat Wawancara : _____

Usia Partisipan : _____

Agama Partisipan : _____

Suku Bangsa : _____

Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

No. Tlp/Hp : _____

Alamat : _____

Pengetahuan Tentang HIV-AIDS : Pernah mendapatkan informasi tentang HIV-AIDS melalui :

Teman Media Informasi
 Keluarga Dll.....

Tidak pernah mendapat informasi tentang HIV-AIDS

PEDOMAN WAWANCARA

Daftar pertanyaan yang diajukan pada saat wawancara mendalam:

1. Menurut Anda, bagaimana aktivitas seksual berisiko terjadi HIV-AIDS ?.
2. Apa yang mendorong Anda untuk tetap melakukan aktivitas seksual tersebut ?.
3. Apa makna hubungan seks sejenis bagi Anda ?.



LEMBAR CATATAN LAPANGAN (FIELD NOTE)

Tanggal : - - 2012

Waktu :

Inisial Partisipan :

Kode Partisipan

--	--

Observer :

Catatan Deskriptif :

Catatan Reflektif :

MATRIKS ANALISIS TEMATIK

Tujuan Penelitian	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan					
					P1	P2	P3	P4	P5	
Gambaran Persepsi Kaum Homoseksual Terhadap Aktivitas Seksual Yang Berisiko Terjadi HIV-AIDS	Penampilan fisik sebagai modal utama		Cara berpakaian	“Apa yah..., yang ada sapu tangan di saku celana belakang, tapi dah jarang sih..., anting di telinga kanan ya...cincin di jari itu, di klinging di kiri itu sebagai tanda ia, kalau lesbian di jempol jari...”	√					
				“Cara berpakaianya rapi, bersih.....apalagi kalau dianya make kemeja, waow.....”	√	√		√	√	
				“Bisa dilihat dari stylenya, trus fashionable.....”....				√		
				“Pakai parfume ya, modis, trus dianya lebih banyak pakai celana pendek....”	√					
				“Santai...dia pakai celana pendek tapi pakai kaos, kalau ga’ kemeja, tapi biasanya kebanyakan komunitas itu pakai warna yang mencolok”.....trus jam tangan berwarna, trus tasnya gede-gede”....	√					
				“Penampilannya yang klop”.....			√			
				“Gayanya yang trend dan manly abis”....			√			
			Perawatan diri	“Badannya bagus alias body six pack.....”.....						√
				“Trus penampilan fresh,masih fresh”....	√					
				“Dianya cakep, manis,....wajahnya seger”....	√	√	√	√	√	
				“Mereka lebih instropeksi ke tubuh, karena penampilan tubuh merupakan daya tarik yang utama bagi seorang “G”....	√					
				“Kulitnya bersih, apalagi kalau putih...sesuatu banget”....					√	
Pencapaian kebahagiaan melalui hubungan homoseksual	Pemenuhan kebutuhan emosional sebagai alasan hubungan homoseksual	Pengorbanan	“Ya....rasa sayang....pengorbanan...”	√						
			“Jadi...bukan karena paksaan”....		√					
			“Gw (saya) mencoba menjadi pasangan yang baik”....		√					
			“Nyenengin pasangan deh...gitu lho”....							
			“Hanya dia yang benar-benar ada buat gw”...			√				
			“Dia benar-benar mensupport sekolah gw”...			√				
			“Karena rasa cinta dan sayang sama dianya”.....				√	√		
			“Perhatian banget ama gw”....			√	√			
“Rasa kasih sayang, rasa cintanya tuh, dan sensitivitasnya			√	√						

				besar banget ke gw”.....						
			Saling mencintai	“Cuman kalau dah namanya naluri ingin saling memiliki, ya mau digimanain lagi...”.....	√					
				“Paling cuman keinginan untuk saling memuaskan, suatu kebutuhan lah, Mas”.....	√					
				“Tapi klo yang bf-an (sepasang kekasih) itu komitmen bersama tuk saling mencintai”.....	√	√				
				“gw (saya) kan suka manja ke pasangan....”.....	√					
				“Atas dasar suka sama suka, saling pengertian, saling setia, dianya lebih berpikiran dewasa, kemana-mana bareng, bukan cinta satu malam ya, karena klo cinta satu malam kan kalau ketemu main kalau ga’ ketemu ya udahan”.....	√					
				“Karena atas nama “CINTA”, intinya hubungan kami ga’ membebani lah”.....	√					
				“Gw manja ke dia dan dia bisa nangkap maksud gw, itu yang gw senang dari dia”....		√				√
				“Ya...saling mengerti, saling menghargai, bebas berekspresi”.....		√				
		Ketertarikan fisik sebagai alasan pemenuhan kebutuhan seks	Teknik berhubungan intim	“Gw “ML” (making love/hubungan intim) pertama juga dengan dia dan awalnya pakai kondom, tapi karena saling setia, selanjutnya kalau berhubungan lagi ga’ pernah pakai kondom, cuman pakai pelicin aja”.....	√					
				“Trus dianya lincah banget kalau gi “ML”.	√					
				“Apalagi dia emang seorang “Top”, dan nafsunya besar”....		√				
				“Dan banyakan sekarang permainan istri, PSK cewek dibandingkan PSK cowok, malah lebih bagus permainan cowok”.....	√					
				“Karena kan, istri atau PSK cewek kalau sampai ngejilatin gitu mana mau, yang ada banyakan cowok kan, karena cowok kan lebih terang-terangan gitu, lebih berani, lebih ga’ jijik, lebih pintar atau mainnya cantik, bedalah sama PSK cewek, sama istri”.....	√					
				“Ya... gitu deh, lebih hot, lebih hati-hati, lebih banyak variasinya sehingga bisa lebih berkesan, nah itu yang membuat sampai ketagihan....”.....	√					
				“Paling interaksi awalnya dengan menggunakan naluri dan tatapan mata ya, karena kalau lagi kepengen, ya akan saling mencari...”.....	√		√	√	√	√
				“Senggang waktu tatapan mata itu agak lama, trus biasanya	√					

				pakai bahasa tubuh, senyum.....dan akan berlangsung lokal, seperti “ML”.....						
				“Kalau berhubungan seks ya....banyakan diawali dengan berciuman sambil grepe-grepe (meraba/menggerayangi), trus kalau dah klop saling melepaskan pakaian, trus “ML”.....	√		√	√		
				“Tapi sebelum “ML”, biasanya saling cumbu-cumbuan trus jilat-jilatan, trus langsung dech “ML”.....	√					√
				“Kalau gw sukanya ciuman aja, trus langsung “ML”....	√					
			Kepuasan seksual	“Soalnya kan lobang depan dengan lobang belakang kalau dibandingkan, lobang belakang lebih rapat dari lobang depan”.....	√					
				“...kalau lagi main, dianya berlapis ya karena pakai kondom, pas kita lagi main trus si Top-nya (berperan sebagai pria dalam hubungan sejenis) itu ga’ ngerasain enaknya kaya ga’ pakai kondom, klo ga’ pakai kondom kan kulit ketemu kulit kan berasa banget, apalagi kalau pakai lotion, gesekannya bisa menimbulkan suara, nah disitu seninya dan cepat keluarnya cepat enaknya, seperti itu...”.....	√			√		
				“Kalau yang buat “B”-nya (berperan sebagai wanita dalam hubungan sejenis) itu terasa panas, ga nikmat....ga’ ada rasanya....”	√					
				“Ya itu Mas.... kalau pakai kondom, ga’ berasa masuknya, takut lecet”.....	√					
				“Ya....itunya kalau masuk, sama-sama ga’ berasa, jadi ga’ nikmat aja”.....	√		√			
				“Emang sih sedikit mengurangi rasa puasnya dia”.	√					
				“Makanya gw (saya) kalau “ML” sama dia jarang pakai kondom, pengen merasakan sesuatu yang berbeda”.....	√					√
				“Kan bisa dibedakan dari cara “ML” antara cowok ama cewek, jadi kebanyakan yang pengen coba-coba, akhirnya jadi ketagihan”.....	√					
				“Lebih kepada faktor horny sih sebenarnya”.....			√			
				“...kalau sama-sama rindu pengen banget ketemu, pengen tidur bareng, gw manja ama dianya..., gw suka cara dianya ngefuck (anal seks) gw....., ukuran barangnya sih sedang, tapi mainnya cantik, hehehe.....”.....	√					
				“Merasa seperti sedang masturbasi sendiri”....			√			
				“Jago ML-nya, emang sedang sih ukurannya, tapi itu ga penting coi (kawan), yang penting mainnya”.....				√		

				“Gw kalau dah melihat barang sesama jenis, kaya gimana gitu”...				√	
			Kepuasan Batin	“Selain itu hubungan dengan “G” itu lebih kepada “CINTA” itu yang pertama, kedua “KEPUASAN”. Makanya gw lebih senang menjalin hubungan dengan sesama “G”, karena mainnya “CINTA”, lebih pakai perasaan klo pacaran”.....	√				
				“Bisa dapet yang loyalitas”.....	√				
				“Gw (saya) merasa berhasil menjadi pasangan yang baik”...		√			
				“Dia merasa terpuaskan, sehingga gw merasa lebih tenang aja gitu”....		√			
				“Ya...karena faktor sayang. Kalau cowok ya seperti itu, ya yang benar-benar sayang”.....			√		
				“Gw paling doyan (suka) kalau saling manja dan mendapat perhatian berlebih dari pasangan. Itu yang membuat gw seperti merasa ada semangat terus”....				√	
				“Gw bisa dapat kenyamanan, dapat perhatian dari pacar”....				√	
			Penampilan sebagai alasan ketertarikan secara seksual	“...dibandingkan aroma bau tubuh, pria lebih khas jadi bikin nafsu bergairah”.....	√				
				“Rasa simpati dari penampilannya, dari wajahnya yang manis, dari caranya berjalan”.....		√			
				“Gw...lebih...pertama ya fisik Mas”....		√			
				“Gerak geriknya khas banget”....				√	
Ketergantungan kebutuhan seks sebagai alasan mempertahankan hubungan homoseksual			Persepsi terhadap penyakit	“Siapa sih yang mau terkena AIDS...Mas”.....	√				
				“Kalau menurut gw, ya ga’ pakai pengaman pada saat main, seperti kondom”.....	√				
				“Dulu waktu SMA kan “ML” pertama gw tuh, ya karena lum tahu risikonya apa kalau berhubungan ga’ pakai pengaman ya main aja, dan enaknya aja”.....	√			√	
				“Kan yang dipelajari tentang penyakit kelamin dan HIV-AIDS”....		√			
				“Penyebabnya virus bukan sih...., trus bisa jadi HIV positif, ya...yang udah pasti terjangkit virus itu lah.... Jadi kondisinya disebut AIDS kan?.....		√			
				“Emang betul sih kalau pakai kondom safe-nya pasti terjaga....ya mau gimana lagi”.....		√			
				“Ya...kalau misalkan pasangan kita berganti-ganti pasangan,			√		

				dan menurut setahu gw, anus itu adalah bagian yang banyak kotorannya gitu, kalau kita ga' pakai pengaman kan istilahnya nempel tuh, dan kalau kitanya ga' bersih juga, disitu kan penyakit bisa ditularkan"....						
				"Jadi yang berisiko itu yang cuman mikirin kenikmatan doank, tanpa memikirkan kesehatan dalam berhubungan seks".....			√			
				"Sering jajan sembarangan dan tidak pakai kondom".....					√	
			Alasan melakukan hubungan seks sejenis	"Pengen ngerasain aja, ya gitu penasaran, ya itu..., tahu ga' sih penasaran, namanya juga ababil, anak baru gede, pengen nyoba ini nyoba itu...".....	√					
				"Bermula dari rasa ingin tahu aja. Trus gw (saya) kenalan lalu pacaran"....			√			
				"Muncul rasa penasaran sih, ingin mencoba tuk menikmatinya"....			√	√		√
				"Kalau lagi sange' (hawa nafsu/keinginan untuk berhubungan seks) pas habis nonton videp porno, ya udah gw berusaha tuk bisa main"...					√	
			Proteksi terhadap pasangan yang tidak diinginkan	"Tapi semenjak lulus SMA dan pernah diajak teman ikutan VCT, mulai dari situ gw takut banget kalau ga' pakai pengaman. Pokoknya setiap mau berhubungan kalau bukan dengan BF (boy friend/pasangan seks tetap) gw, ga' mau gw kalau dianya ga' pakai kondom".....	√					
				"Tapi biasa sih tergantung dari chemistry-nya, kalau gw yakin dianya bersih ya ga' pakai pengaman".....	√					
				"Kalau ga' pakai kondom waktu "ML" bukan dengan BF gw, gw selalu wanti-wanti harus ingetin dia tuk ngeluarin air peju-nya (cairan sperma) itu di luar, ya di atas perut gw"...				√		√
				"...kalau setelah berhubungan segera ke kamar mandi tuk bersih-bersih"....					√	
			Tidak memproteksi terhadap pasangan yang diinginkan	"Bermula dari ngobrol kan, dianya mengaku kalau mainnya bersih, trus gw bandingkan dengan dari segi penampilannya, ya udah dari situ gw merasa yakin aja dan berani, trus kasihan juga kali ya....".....	√					
				"...dari situ gw takut banget, makanya kalau ga' sempat pakai kondom ya gw minta dianya keluarin di luar aja".....	√					
				"Kan gw juga kasihan gitu,...kan bermula dari permintaan"....				√		
				"...berhubung waktu itu kan karena status gw dengan dia pacaran, trus gw udah ngenal dia baik-baik, ternyata dia....,				√		

			maksudnya bukan orang yang macam-macam, makanya gw berani untuk tidak pakai kondom”.....						
			“...pertama kali emang benar-benar safety, tapi setelah itu ga’ lagi, karena udah ngerasa benar-benar sayang, benar-benar cinta dan merasa saling percaya”.....		√				
			“...karena udah ngerasa enjoy ama dia juga, ya udah ga’ pakai kondom lagi”.....			√			
			“....ga’ pakai kondom karena modal keyakinan aja klo dianya bersih. Apalagi klo dah enjoy, ya udah lanjut main aja”....			√			
	Ketidaknyamanan sebagai alasan tidak memproteksi diri	Alasan tidak menggunakan kondom	“Kalau pakai kondom, kan dia berlapis ya..., dia ga’ berasa dan lambat keluarin”.....	√					
			“Eehhh...panas ya...”.....	√					
			“Gesekannya....pas lagi berhubungan”.....	√					
			“...lagi berhubungan anal seks lebih enak ga’ pakai kondom sih....pakai kondom pas masuk ga’ berasa, trus gesekannya terasa panas, kalau pakai kondom ya....”.....	√					
			“Kalau menggunakan kondom, sebenarnya ngerasa agak aneh sih,...kaya ngerasa seperti tidak terlalu nyaman gitu”.....		√				
			“...dicoba lagi ga’ pakai kondom, ternyata gw lebih enak aja, seperti ga’ ada lapisan yang menghalangi”...		√				
			“Lebih enak aja kalau ga’ pakai kondom”....			√	√		
			“Ya...lebih halus. Lebih enak aja kalau ga’ pakai kondom”.....			√			
			“Lebih kasar kalau pakai kondom, biasa kurang pelumasnya, pokoknya ga’ merasa nyaman aja, selain itu gesekannya beda”.....			√			
			“Cuman gw ga’ afdol aja (kurang nyaman) kalau pakai kondom, seperti ada batasannya, kaya kering gitu”.....						√
			“Kondomnya sering longgar, kalau dah gitu ganggu banget”.....				√		
		Sikap apatis terhadap risiko	“Ya..., pasra aja kalau ampe terkena”.	√					
			“Mau gimana lagi, risiko harus ditanggung lah...”	√					
			“Ya...itulah risikonya Mas, gampang tertular penyakit klo ga’ pakai kondom pas lagi berhubungan”....		√				
			“Emang sih risikonya fatal banget, tapi mau gimana lagi”.....					√	
	Upaya pencarian	Pelindung	“....suka manja ke pacar gw....mencari figur seorang yang	√					

figur seorang ayah			menyayangi/melindungi, soalnya gw-nya dari kecil ditinggalin ama Bokap.... Ada sih “bokaptri”, tapi beda rasa sayangnya ama bokap asli. Gw ga nganggap itu bokap, soalnya ga’ ada chemistry-nya, ga ada kasih sayangnya, kaya orang lain aja di rumah, ngomong aja dengan dia kalau ada pentingnya, gw dengan abang gw cuek aja ama dia-nya. Pokoknya konflik waktu itu banyak lah”.....					
			“...suka manja ke yang lebih tua ya, seperti mencari perhatian gitu dech... Gw kan sampai usia segini ga’ pernah lihat apalagi ketemu sama bokap gw...pengen banget orang tua yang lengkap. Dari kecil jadi terasa beda aja kalau lihat orang lain yang ada bokap-nya. Ah...ga’ usah ngomongin bokap dech... Intinya dengan adanya orang yang lebih tua jadinya gw bisa manja, bisa lebih menggantungkan keinginan,..jaman sekarang susah nyari yang setia”.....	√				
			“Intinya gw cari yang tua, kan gw ga punya bokap, makanya cari yang sosok bokap gitu, bukan sosok pacaran,...mencari yang pengertian, biar lebih dapet chemistrynya, lebih enak, lebih enjoy”.....	√				
			“...lebih suka manja, gw pengen manja ke yang tua, bukan suka dimanja ya..., karena aku pikirannya lebih kaya anak kecil, makanya gw pengen mencari pasangan yang pikirannya lebih dewasa, yang lebih bisa terima manjanya aku”.....	√				
			“....kalau setiap dapat nilai bagus atau penghargaan gitu, respons kedua orang tua gw ya biasa-biasa aja. Jadinya gw kecewa....gw kurang perhatian dari orang tua gw, makanya waktu berhubungan dengan pacar gw itu, gw ngerasa benar-benar dapet perhatian banget dari dia....dianya sayang banget ama gw...bukan karena nafsu seks doank, dianya mw pacaran dengan gw”.....			√		
			“...pengen banget bisa kembali menjalin hubungan dengan “Top” (berperan sebagai pria dalam hubungan sejenis) yang lebih dewasa, baik, pengertian, dapat dipercaya, dapat membimbing, karena kalau “Top” itu kan ibarat dia yang pegang kendali dalam suatu hubungan, dia yang mengarahkan”.....		√			
			“Terasa sunyi dan ga’ nyaman aja kalau doi (pasangan) balik ke Sulawesi, karena gw ga’ ada kerabat dekat di Jakarta”.....					√
			Pergaulan	“....awalnya dari pergaulan masa kecil ya..., gw kan dari kecil	√			

			sebagai faktor pendukung	banyak bergaul sama cewek sih,...semenjak ditinggal bokap sih..., trus semenjak kenal dunia "G"...karena banyak bergaul dengan tante-tante, bareng-bareng mereka ke tempat dugem, dikenalkan dengan dunia malam, ya terasa nikmat aja".						
				"...awal pertama gw kerja di Mall bagian parfume, trus waktu itu kan meeting, jadi ketemu dengan karyawan lain yang ternyata juga sekong (seorang homoseksual), ya...udah jadi ikut-ikutan".	√					
				"Sebenarnya sih dari SMA ya...gw sudah nyadar kalau gw tuh suka sama cowok, cuman gw nutup-nutupin aja, pas kuliah baru deh gw lebih konsen dan blak-blakan jalan ama gadun (banci tua/lebih dewasa). Itu karena pengaruh teman kuliah juga".....		√				
				".....beberapa tahun kemudian gw gabung dengan salah satu manajemen dancer di Bogor, nah dari situ gw mulai bergabung dengan orang-orang yang pergaulannya seperti itu".....				√		
				".....mulai diperkenalkan dengan mereka yang selalu pegangan tangan, yang selalu ciuman sampai berhubungan intim di depan gw".....				√		