

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda dibawah ini:

Nama : Ratih Virta Gayatri
NPM : 7005000322
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kelas : Reguler
Kekhususan : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul "Perilaku Waria dalam Pencarian Pengobatan Infeksi Menular Seksual (Studi Kualitatif di Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi Tahun 2008)."

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, Juli 2008

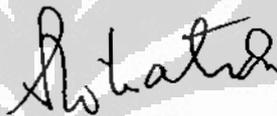


Ratih Virta Gayatri

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Juli 2008

Ketua



Prof. DR. Soekidjo Notoatmodjo, SKM, M.CommH

Anggota



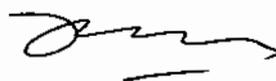
Dra. Rina Artining Anggorodi, M.Si



dr. Zarfiel Tafal, MPH



Baby Jim Aditya S.Psi



drg. Anne Nurcandrani H, MARS

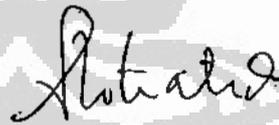
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan panitia siding ujian tesis Magister Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Depok, 17 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua



Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, SKM, M.CommH

PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
Tesis, 17 Juli 2008

Ratih Virta Gayatri

Perilaku Waria dalam Pencarian Pengobatan Infeksi Menular Seksual
(Studi Kualitatif di Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi Tahun 2008)

x + 102 Halaman + 5 Tabel + 3 Skema + 2 Gambar + 2 Lampiran

ABSTRAK

Waria merupakan salah satu kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi tertular IMS di mana profesi waria merupakan salah satu faktor yang mendorong tingginya angka IMS. Anal merupakan media bagi waria dalam memberikan pelayanan seksual kepada pemakai waria.

Keberhasilan penanggulangan IMS tidak hanya bergantung pada mutu pelayanan yang diterima tetapi juga bergantung kepada perilaku perilaku pencegahan dan pencarian pengobatan. Oleh karena itu, kegiatan pencegahan dan penanggulangan IMS lebih dititikberatkan pada penemuan penderita secara dini dan segera diobati.

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran perilaku waria dalam pencarian pengobatan yang biasa *mejeng* atau melakukan transaksi seksual di Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi. Penelitian didesain sebagai penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan *grounded research theory* dan menggunakan metode pengumpulan data wawancara mendalam terhadap 6 orang informan dan diskusi kelompok terarah atau Focus Group Discussion (FGD) sebanyak 8 orang informan, disertai dengan triangulasi sumber terhadap 1 orang petugas kesehatan dan 1 orang dukun pengobatan tradisional.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa karakteristik, pengetahuan, sikap, persepsi terhadap kerentanan dan kegawatan tidak berkaitan dengan pola perilaku informan (waria) dalam pencarian pengobatan IMS yang dideritanya. Masih buruknya perilaku pencarian pengobatan di kalangan waria dinyatakan dengan mendiamkan saja (tidak berbuat apa-apa) dan mengobati sendiri IMS yang dideritanya. Selain itu penelitian ini mengungkapkan bahwa dukungan kelompok sebaya yang dirasakan cukup efektif dalam mempengaruhi perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS.

Diperlukan pengembangan strategi KIE yang spesifik buat waria yang biasa *mejeng* atau mangkal di GOR sebagai kelompok berisiko dalam rangka menekan laju peningkatan angka HIV/ AIDS di Kota Bekasi, seperti kebijakan yang mengatur kebebasan dalam hal membeli obat (antibiotik) perlu dilengkapi dengan petugas

POST GRADUATE STUDY
PUBLIC HEALTH PROGRAMME
HEALTH EDUCATION AND BEHAVIOR SCIENCE
July,17, 2008, thesis

Ratih Virta Gayatri

Health Seeking Behavior of Transfertise For
Sexually Transmitted Disease (STD)
(Qualitative Study Around Sport Hall in Bekasi City, 2008)

x + 102 Pages + 5 Tables + 3 Schemes + 2 Pictures + 2 Appendices

ABSTRACT

Transfertises (waria) are community who has high-risk potential infected by sexually transmitted disease (STD). As sexual commercial worker, Transfertises do sexual service for their consumer via anal-intercourse and usually more than one consumer. Transfertise is essentially male who behave as female. In the term of this, he or she is categorized as homosexual.

The succeed of STD prevention and curation most depend on health seeking behavior. So, for this regard, the activity of STD prevention and curation for transfertise is ideally concentrated to find a transfertise, who still infected by STD in first stadium.

This research was proposed to capture a description of health seeking behavior of transfertise, who usually *mejeng* or do sexual transaction around the sport hall (GOR) in Bekasi City. This research was designed as qualitative which was using grounded approach. To collect the data that's needed, the researcher interviewed 6 informants by using in-depth interview technique. Beside that, the researcher also used triangulation method and resource to confirm the data and to complete the description of the health seeking behavior of hermaphrodite was captured.

The result of research had given us the description that there was not correlation between the characteristic, knowledge, attitude and perception of vulnerability and emergency and behavior of transfertise to seek medicine for STD. Most of their, did nothing to seek medicine for their disease to medical treatment except medicinal treatment by him or her self such consuming traditional medicine.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ratih Virta Gayatri

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Lahir : Palembang

Tanggal Lahir : 6 Desember 1976

Agama : Islam

Alamat Rumah : Jl. SMPN 224 No. 58 Rt 003/03 Kampung Belakang Kamal
Kalideres Jakarta Barat 11810

Riwayat Pendidikan :

Tahun 1984 – 1989 : Sekolah Dasar Negeri 014 Jakarta

Tahun 1989 – 1992 : Sekolah Menengah Pertama 190 Jakarta

Tahun 1992 – 1995 : Sekolah Perawat Kesehatan Koja Jakarta

Tahun 1997 – 2003 : S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Muhammadiyah Prof. Dr.HAMKA Jakarta

Peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

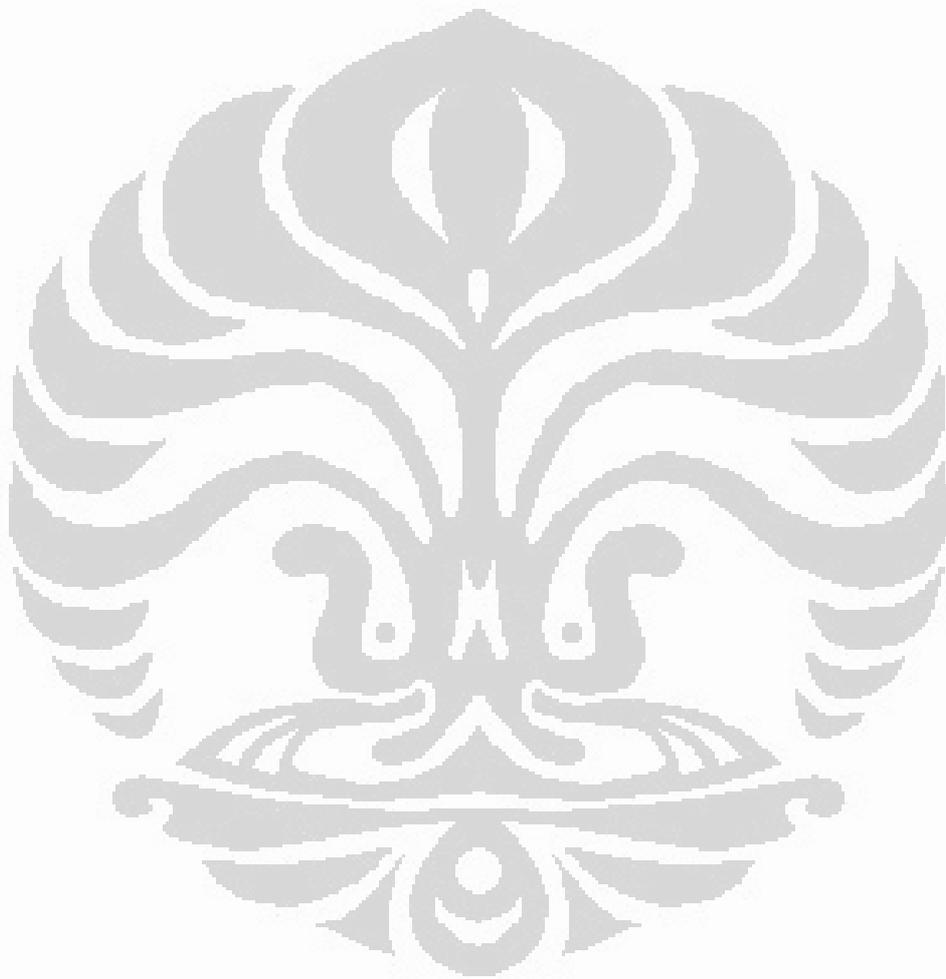
Tahun 2005 – 2008 : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Indonesia Depok

Kekhususan: Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Riwayat Pekerjaan :

Tahun 2004 – 2006 : Fikes Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA Jakarta

Tahun 2006 – sekarang: Pusdiklat SDM Kesehatan Depkes RI



*Untuk keluargaku tercinta,
Anakku Muhammad Azzam Ramadhani Asykar
dan suamiku Kurniawan Zein tersayang
Bersama kalian
waktupun berlalu penuh makna
seperti goresan pena yang selalu diingat.....*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Swt. atas segala rahmat dan karuniaNya telah memberikan kesempatan dan kekuatan untuk menyelesaikan tesis ini . Selesainya tesis ini, tidak bisa dilepaskan dari orang-orang disekitar penulis yang memberikan dukungan penuh sehingga penulis memiliki keyakinan dapat menyelesaikan tesis ini

Penulis sadari bahwa terdapat banyak kekurangan dalam penulisan tesis ini, yang memerlukan banyak masukan untuk memperbaikinya, karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan sumberdaya.

Terimakasih penulis sampaikan kepada Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, SKM, M.CommH yang telah dengan sabar dan kearifan sebagai guru juga orang tua telah memberikan bimbingan kepada penulis dan Dra. Rina Artining Anggorodi, M.Si yang benar-benar telah mengarahkan sehingga penulis mengerti tentang alur penelitian yang telah dilakukan.

Terimakasih juga penulis sampaikan kepada:

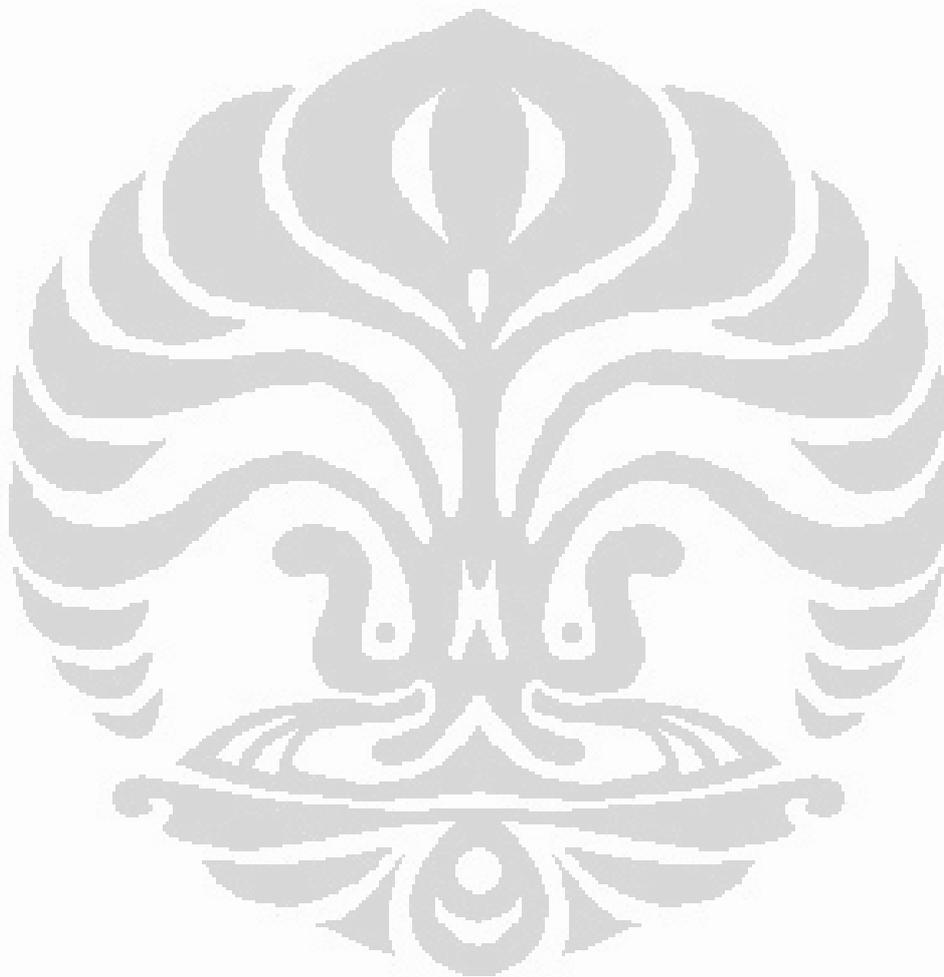
1. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Ketua Program Studi Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku beserta seluruh staf pengajar dan staf administrasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Univeristas Indonesia.

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.2 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan.....	9
1.4.1 Tujuan Umum.....	9
1.4.2 Tujuan Khusus.....	9
1.5 Manfaat penelitian.....	10
1.5.1 Institusi Pendidikan.....	10
1.5.2 Pengelola Program.....	10
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Infeksi Menular Seksual.....	13
2.1.1 Pengertian.....	13
2.1.2 Penyebab Infeksi Menular Seksual.....	14
2.1.3 Jenis-jenis IMS Berdasarkan Gejala.....	15
2.1.4 Jenis-jenis IMS yang Diderita Waria.....	15
2.2 Perilaku Pencarian Pengobatan.....	30
2.2.1 Pengertian Perilaku dan Perilaku Sakit.....	30
2.2.2 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan.....	31
2.2.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan.....	38
2.2.4 Waria.....	41
BAB III METODE PENELITIAN	43
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Definsi Istilah.....	44
3.3 Informan Penelitian.....	45
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	46
3.5 Proses Pengumpulan data.....	47
3.5.1 Persiapan.....	47
3.5.2 Pelaksanaan Pengumpulan data.....	48
3.6 Analisa Data.....	51
3.7 Validitas dan Reliabilitas Data.....	52
3.8 Lokasi Penelitian.....	54

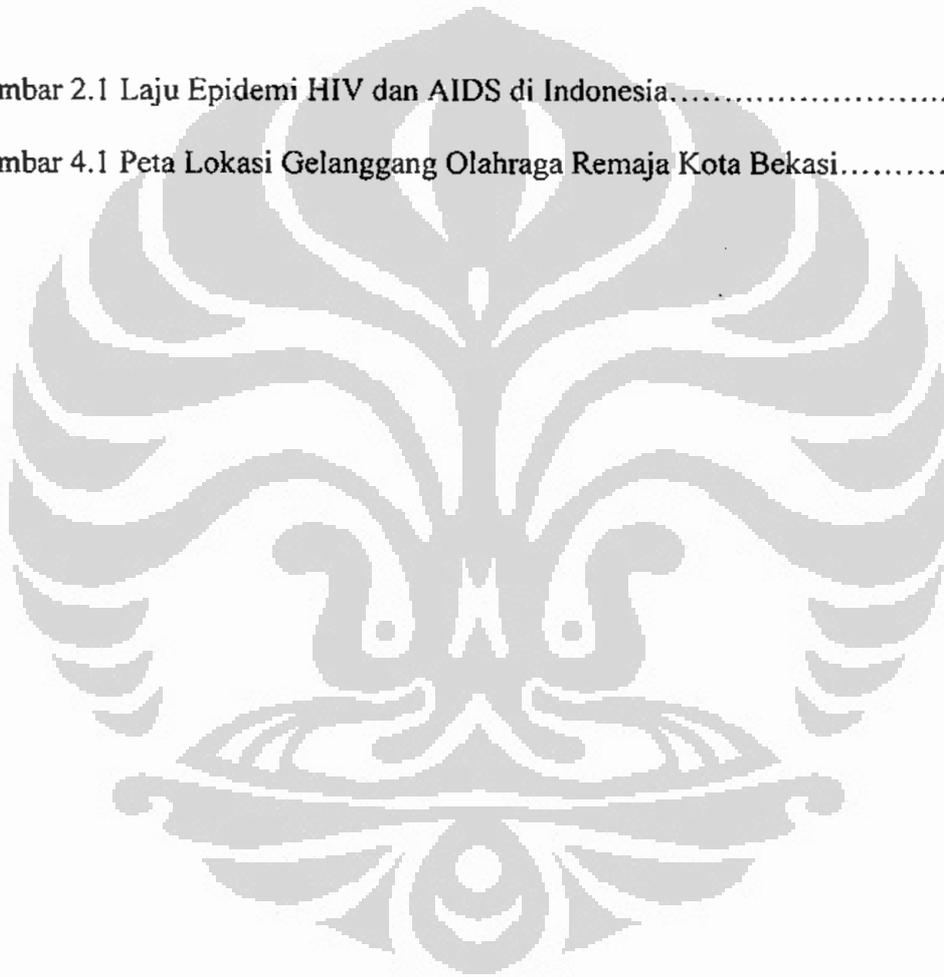
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	100
6.1 Kesimpulan	100
6.2 Saran	101

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



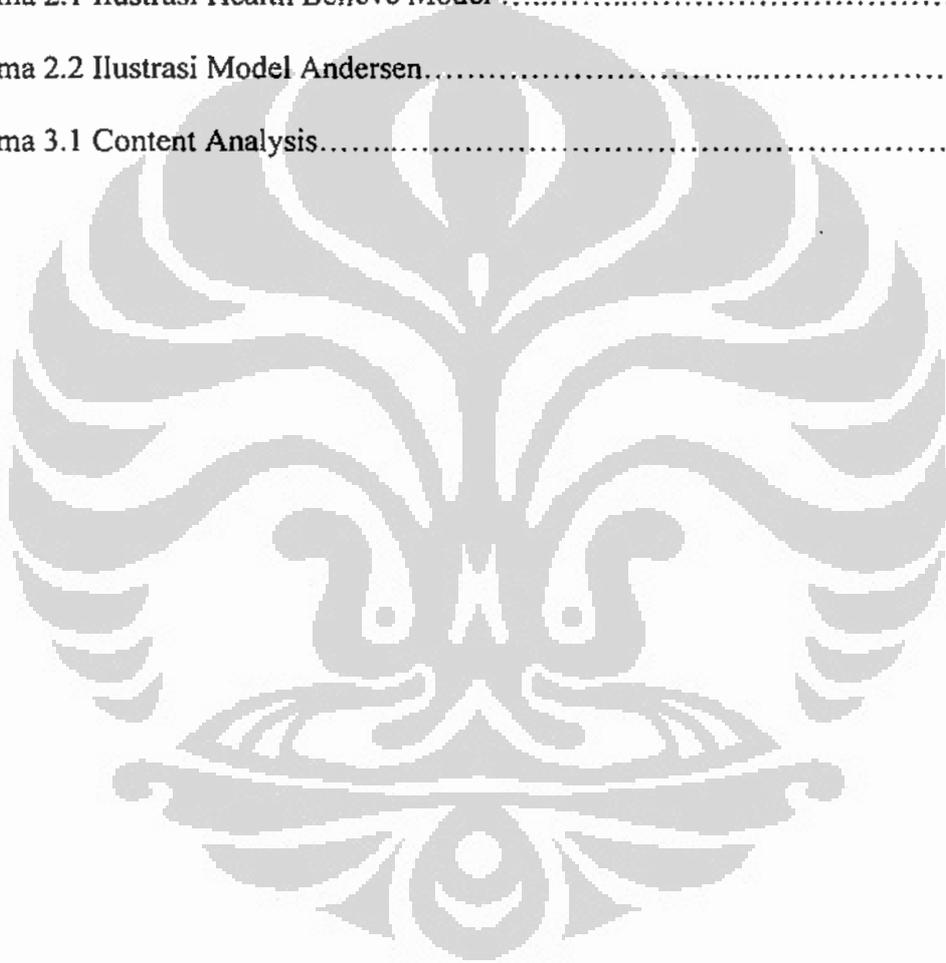
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Laju Epidemi HIV dan AIDS di Indonesia.....	25
Gambar 4.1 Peta Lokasi Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi.....	56



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Ilustrasi Health Believe Model	35
Skema 2.2 Ilustrasi Model Andersen.....	36
Skema 3.1 Content Analysis.....	55



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Hubungan Antara Penyebab dan IMS.....	14
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam.....	57
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Focus Group Discussion (FGD).....	60
Tabel 4.3 Karakteristik Informan Petugas Kesehatan.....	65
Tabel 4.4 Karakteristik Informan Dukun Tradisional.....	65

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan penyebab utama dari sekumpulan penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dan biasanya menyerang alat kelamin. IMS bersifat merusak kesehatan dan dapat berakibat fatal serta komplikasi berupa terjadinya infertilitas pada wanita dan pria, kebutaan pada bayi, kematian akibat sepsis, kehamilan ektopik dan kanker leher rahim, keguguran spontan, dan penyempitan saluran kencing pada pria. Selain itu IMS mempermudah resiko penularan HIV 5 kali lebih besar pada penderita IMS dengan ulcus genital (Cameron, 1989 dalam daily 2001 dikutip dari Awang, 2002) sedangkan pada penderita IMS tanpa ulcus genital mempunyai resiko 3,5 kali lebih besar daripada yang tidak menderita IMS seperti yang dikemukakan dalam penelitian Laga, 1990 dalam Daili 2001 dikutip dari Riesparia Magi Awang (2002).

Penyakit peradangan Genital, Infeksi klamida gonore dan infeksi penyebab duh/ cairan tubuh lainnya dapat menyebabkan kepekaan terhadap infeksi HIV 2-4 kali lebih banyak (Hakim, 1997 dalam Awang 2002). Chancroid, infeksi klamida, gonoroe, uretritis non gonoroe, sifilis dan trikomoniasis dapat menyebabkan resiko penyebaran HIV antara 2-9 kali (Depkes, 1997). Selain itu individu yang terinfeksi HIV lebih mudah terserang IMS dibandingkan dengan individu yang tidak terinfeksi HIV (Malele, 1990).

IMS termasuk infeksi HIV/AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) dan merupakan masalah kesehatan masyarakat baik di negara maju maupun di negara berkembang seperti Indonesia. Menurut perkiraan WHO pada tahun 1999 saat ini di dunia terdapat 350 juta kasus baru, seperti sifilis, gonoroe, infeksi chlamyda dan trikomoniasis. Sementara untuk Indonesia pada tahun 1994 samapai dengan tahun 1995 diperoleh informasi dari 13 rumah sakit bahwa kasus gonoroe menempati urutan tertinggi yaitu 3073 kasus (28,8%) dari 10654 kasus sedangkan uretritis non spesifik 3059 (28%) kemudian IMS dengan ulcus genital seperti herpes genital terdapat 351 (3%), sifilis 458 (4%), ulcus mole 122(1%) (Daili, 2001 dalam Awang 2002).

Dalam beberapa tahun terakhir ini ada kecenderungan peningkatan prevalensi IMS misalnya peningkatan sifilis yang meningkat sampai 10% pada kelompok WPS dan 35% pada kelompok waria. Meningkatnya prevalensi IMS berakibat meningkat pula penderita AIDS dan pengidap HIV karena IMS merupakan kofaktor terhadap HIV/AIDS. Informasi tentang jumlah kumulatif penderita AIDS maupun pengidap HIV pada akhir tahun 2002 tercatat sebanyak 752 kasus AIDS dan pengidap HIV berjumlah 2198 orang, dan pada akhir tahun 2006 diperkirakan 39,5 juta orang dengan HIV positif, terdiri dari 17,2 juta laki-laki dewasa, 17,7 juta perempuan dewasa dan 2,3 juta anak-anak di bawah umur 15 tahun. Jumlah kasus baru yang terjadi adalah 3,8 juta orang dan 530.000 anak-anak sebanyak 2,6 juta orang dewasa dan 380.000 anak-anak yang meninggal karena AIDS (UNAIDS, 2005). Penularan yang terjadi pada 752 orang yang telah dinyatakan AIDS melalui

hubungan seks (65,42%), melalui jarum suntik (21,94%) sementara jika dilihat dari jenis kelamin maka penderita laki-laki (78,6%), wanita (21,1%). Informasi tentang angka IMS pada waria belum diketahui secara pasti tetapi dari beberapa hasil penelitian terungkap bahwa waria merupakan salah satu kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi tertular IMS karena dalam melakukan aktifitas seksual selalu berganti pasangan dan pasangan tersebut diduga mempunyai banyak pasangan seksual.

Profesi Waria sebagai penjaja seks juga amat berpengaruh pada tingginya angka IMS, Informasi dari Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) tahun 1999 dalam Awang 2002 mengungkapkan 76,8% dari 450 waria bekerja sebagai pelacur, sementara dari penelitian yang dilakukan oleh Joesoef dkk (1999 dalam Riesparia Magi Awang 2002) ditemukan 93,2% waria (296 orang) berprofesi sebagai pelacur. Penelitian lain yang dilakukan oleh Pusat Penelitian kesehatan UI di Bali dan Ujung Pandang menemukan sekitar 70% mengaku berprofesi sebagai pelacur atau penjaja seks.

Menurut Modan (1992) secara biologi semua waria melakukan seksual secara anal dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang hanya 10% melakukan seks anal sehingga hampir 11% waria atau transeksual ditemukan positif HIV/AIDS bila dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang hanya 1,1%.

dan juga mengobati dirinya sendiri dengan antibiotik yang tidak sesuai dengan dosisnya serta memakai ramuan tradisional (Sudarti dkk, 2001). Sementara survey di Bali dan Ujung pandang diperoleh informasi 90% waria yang pernah menderita gejala IMS pada tahun 1999 cenderung mengobati sendiri gejala IMS yang dideritanya (Puslitkes UI, 2000 dalam Awang 2002).

Kota Bekasi merupakan bagian dari Propinsi Jawa Barat, terletak di sebelah timur Jakarta, berbatasan dengan Jakarta di barat, Bogor di selatan, serta kota Depok di sebelah barat daya. Bekasi merupakan salah satu penyangga Jakarta selain Tangerang, Bogor dan Depok, serta menjadi tempat tinggal para komuter yang bekerja di Jakarta. Kota Bekasi terdiri atas 12 kecamatan, yang dibagi lagi atas 56 kelurahan, selain itu di kota Bekasi banyak dijumpai gelandangan, pengemis, dan pengamen meskipun begitu banyak mobil mewah berkeliaran (http://id.wikipedia.org/wiki/kota_Bekasi tanggal 19 Juni 2008)

Dengan jumlah penduduk 1.932.000 (2003) dan kepadatan 9.178 jiwa/km². Banyak penduduk kota Bekasi merupakan komuter, biasanya mereka bekerja di Jakarta, Tangerang atau Cikarang. Oleh karena itu, ekonomi kota Bekasi sangat berhubungan erat dengan tetangganya, Jakarta.

Stadion Bekasi atau Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi terletak dipersimpangan jalan/perempatan berseberangan dengan kantor Pemda Bekasi. Sebelum digunakan oleh Pemerintah Kota Bekasi, gedung kantor Pemda digunakan oleh Pemda Kabupaten Bekasi yang kemudian pindah ke kantor baru di Cikarang.

Sisi Stadion Bekasi atau Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi berupa taman kota yang sebelumnya digunakan sebagai bumi perkemahan Karang Kitri Bekasi. Setelah terpaksa dipindahkan ke daerah di depan UNISMA Bekasi, bumi perkemahan kemudian tergusur oleh *Blue Mall (Carrefour)*. Banyak waria yang mangkal diseputaran simpang Pemda. Selain waria, ada juga PSK (Penjaja Seks Komersil) yang mangkal dan bertransaksi pelayanan seks. Lampu jalan yang sering padam dan eks bumi perkemahan yang sudah menjadi taman kota yang rimbun oleh pohon, daerah seputaran simpang Pemda dan stadion/ Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) ini menjadi lokasi yang strategis untuk kegiatan yang melanggar perda asusila. (<http://mycityblogging.com/bekasi/2007/11/30>).

Data yang diperoleh dari Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Bekasi (KPAD Bekasi), waria merupakan salah satu populasi yang beresiko terinfeksi HIV/ AIDS. Berdasarkan estimasi KPAD Bekasi jumlah waria yang beresiko terinfeksi HIV/ AIDS dengan rerata adalah sebanyak 1320 jiwa (12,87%). Masih dari angka estimasi KPAD Bekasi jumlah pelanggan waria yang beresiko terinfeksi HIV/ AIDS dengan rerata adalah sebanyak 3850 jiwa (2,59%).

(<http://aids-ina.org/modules.php?name=pdcac&file=margs&cid=3216>)

Penelitian ini dilakukan pada Waria di Gelanggang Olahraga Remaja Bekasi dengan alasan: (1) tingginya angka sebaran Waria di Bekasi yang mencapai 50% dari jumlah waria yang ada di Propinsi Jawa Barat, dan 4% dalam angka Nasional, (2) dari hasil penelitian (Daili, 2001) dalam Awang

2002 ditemukan bahwa sebagian besar waria tergolong pekerja seks komersil melakukan seks dengan cara urogenital atau anogenital sehingga mereka sangat beresiko tertular IMS terutama IMS di Tenggorokan (*gonore dan Chlamyda*), (3) selain itu belum ada penelitian yang dilakukan secara mendalam tentang perilaku waria yang mengambil lokasi di Gelangang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi.

1.2. Rumusan Masalah

Seperti yang telah diuraikan bahwa waria merupakan kelompok masyarakat yang lebih banyak berprofesi sebagai pelacur, seringnya berganti-ganti pasangan dan dengan teknik melakukan hubungan seks secara anal sangat beresiko tertular IMS (Koeswinarno, 1986 dalam Riesparia Magi Awang 2002). Seorang Waria yang tertular IMS perlu melakukan tindakan untuk mengobati IMS sehingga sembuh total dan tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain.

Namun kenyataannya dari beberapa hasil penelitian yang dilakukan di beberapa lokasi di Indonesia ditemukan bahwa waria yang menderita IMS mengobati penyakitnya dengan obat anti biotik dan obat tradisional. Hal ini diperkuat pula dengan kunjungan peneliti sebelumnya kepada beberapa waria dan diperoleh informasi bahwa waria di Bekasi dalam mengobati IMS yang dideritanya mengobati sendiri dengan obat antibiotic yang tidak rasional dan dibeli di warung atau toko obat. Padahal penderita IMS harus menjalani pengobatan dengan memakai obat sesuai

dosis dan jenis IMS yang dideritanya. Dari uraian di atas peneliti ingin mengetahui faktor apa saja yang berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.

1.3. Pertanyaan Penelitian.

Sejumlah pertanyaan penelitian untuk menjawab permasalahan tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Apakah karakteristik waria (pendidikan, umur, dan *masa mejeng*) berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.
2. Apakah pengetahuan (sumber informasi, jenis IMS, cara penularan, dan cara pencegahan) berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.
3. Apakah sikap berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS
4. Apakah persepsi terhadap kerentanan dan kegawatdaruratan berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.
5. Apakah jenis-jenis pelayanan kesehatan berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.
6. Apakah dukungan kelompok sebaya, berkaitan dengan perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS.

kesehatan waria di Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Kota Bekasi tahun 2008

6. Mengeksplorasi secara mendalam tentang dukungan kelompok sebaya terhadap perilaku waria dalam mencari pengobatan IMS di Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Kota Bekasi tahun 2008.

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Institusi Pendidikan

Untuk institusi pendidikan khususnya dari cabang ilmu kedokteran dan sosial, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan kepustakaan yang berhubungan dengan perilaku mencari pengobatan IMS Waria.

1.5.2. Pengelola Program.

Sebagai masukan bagi pengelola program seperti:

1.5.2.1. Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan strategi KIE yang spesifik bagi waria

1.5.2.2. Direktorat PP & PL

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka menyusun kebijakan yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan IMS pada Waria.

1.5.2.3 Departemen Sosial dan Organisasi yang melakukan

Pembinaan waria.

Dengan hasil penelitian ini dapat menambah informasi sebagai bahan untuk melakukan pembinaan pada waria.

1.5.2.4 Pemerintah Daerah Kota Bekasi

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka menyusun kebijakan yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan IMS pada waria khususnya di wilayah Bekasi guna menekan lajunya angka prevalensi HIV/ AIDS yang sudah tinggi .

1.5.2.5 Klinik Pondok Sehati

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi petugas kesehatan mengenai pola perilaku waria dalam pencarian pengobatan.

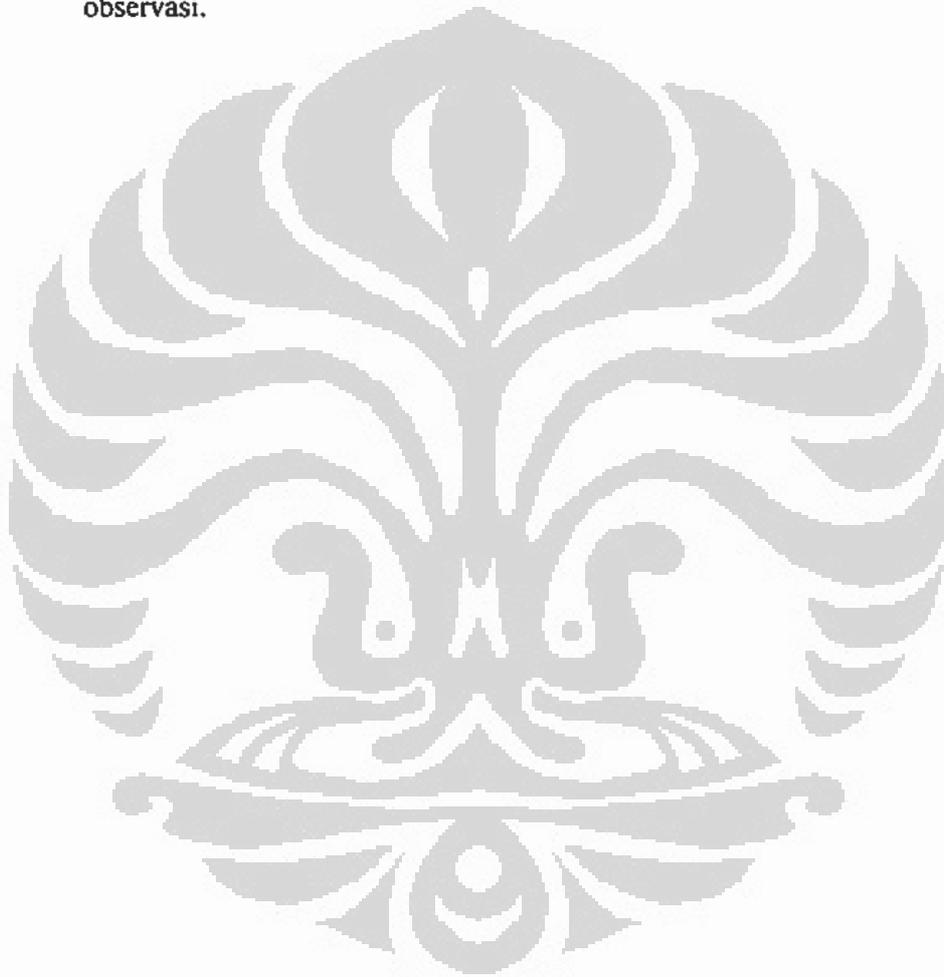
1.5.2.6 Penelitian Lainnya

Dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi peneliti lainnya.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi. Hal yang akan diteliti adalah perilaku waria dalam mencari pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS). Waktu penelitian dilaksanakan pada pertengahan bulan juni sampai dengan juli tahun 2008. Informan pada penelitian ini adalah waria yang lokasi *mejeng* di Gelanggang Olahraga Remaja Bekasi. Metode Penelitian ini menggunakan metode

kualitatif dengan teknik pengumpulan data wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan FGD serta observasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Infeksi Menular Seksual

2.1.1. Pengertian

Infeksi Menular Seksual adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan kelamin tidak hanya terbatas secara genito-genital saja, tetapi dapat juga secara oro-genital, atau ano-genital, sehingga kelainan yang timbul akibat penyakit kelamin ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi dapat juga pada daerah-daerah ekstra genital. Meskipun demikian tidak berarti bahwa semuanya harus melalui hubungan kelamin, tetapi beberapa ada yang dapat juga ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat seperti handuk. Selain itu penyakit kelamin ini juga dapat menularkan penyakitnya ini kepada bayi dalam kandungan (Daili, 1999)

Syaiful Fahmi Daili, 1999 mengatakan bahwa pada waktu dahulu penyakit kelamin dikenal sebagai *Venereal Diseases* (VD) yang berasal dari kata venus (dewi cinta) dan yang termasuk dalam venereal diseases ini yaitu sifilis, gonoroe, ulkus mole, limfograduloma venereum, dan granuloma inguinale. Istilah VD kemudian digantikan dengan istilah Sexually Transmitted Diseases (STD) yang berarti penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan kelamin, dan yang termasuk penyakit ini adalah kelima penyakit VD tersebut ditambah berbagai penyakit lain yang tidak termasuk VD. Istilah STD ini telah di Indonesiakan menjadi Penyakit Menular Seksual (PMS), ada pula yang

menyebutnya Penyakit Hubungan Seksual (PHS). Sehubungan dengan PMS ini sebagian besar disebabkan oleh infeksi, maka kemudian istilah STD telah diganti menjadi Infeksi Menular Seksual (IMS).

2.1.2. Penyebab Infeksi Menular Seksual

Tabel 2.1.2
Hubungan Antara Penyebab dan PMS

No	Penyebab Penyakit	Jenis Penyakit
1	Bakteri	
	<i>Neisseria Gonorrhoe</i>	Uretritis, Epididimitis, Servisititis, Proktitis, Faringitis, Konjungtivitis, Bartholinitis
	<i>Chlamydia Trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma Urealyticum</i>	Uretritis, Epididimitis, Servisititis, Proktitis, Salpingitis, Limfogranuloma Venereum
	<i>Treponema Pallidum</i>	Sifillis
	<i>Gardnerella Vaginalis</i>	Vaginitis
	<i>Donovania Granulomatis</i>	Granuloma Inguinale
2	Virus	
	Herpes Simplex Virus	Herpes Genitalis
	Herpes B vVirus	Hepatitis fulminan akut dan kronik
	Human Papiloma Virus	Kondiloma Akuminatum, papiloma laring pada bayi
	Molluscum Contagiosum Virus	Moluskum Kontangiosum
	Human Immunodeficiency Virus	AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
3	Protozoa	
	<i>Trichomonas Vaginalis</i>	Vaginitis, Uretritis, Balantis
4	Fungus	
	<i>Candida Albicans</i>	Vulvovaginitis, balanitis, Balanopostitis
5	Ektoparasit	
	<i>Phtirus Pubis</i>	Pedikulosis Pubis
	<i>Sarcoptes Scabiei Varhominis</i>	Skabies

2.1.3. Jenis-jenis IMS berdasarkan gejala

Depkes 1997 dalam Awang 2002 menyebutkan bahwa dalam rangka penatalaksanaan berdasarkan sindrom, IMS digolongkan dalam empat kelompok, yaitu:

1. IMS yang memberikan gejala pengeluaran cairan (*uretral discharge*)
Termasuk dalam kelompok ini adalah infeksi Gonorrhoe, Infeksi Non Gonorrhoe, Kandida Vaginalis atau kandidosis genital, Bacterial Vaginalis. Trikomoniasis vaginalis.
2. IMS yang memberikan gejala perlukaan pada genital (*genital Ulcer*)
Termasuk dalam kelompok ini adalah sifilis atau lues, Ulcus Mole atau Chancoid, herpes genitalis, Granuloma Inguinalis.
3. IMS yang tidak memberikan gejala, contoh dari jenis penyakit ini adalah hepatitis B dan AIDS.
4. IMS yang memberikan gejala pertumbuhan atau vegetasi
Termasuk dalam kelompok ini adalah Kondilomata akuminata atau venereal warts biasa dikenal dengan kutil, jengger ayam.

2.1.4. Jenis-jenis IMS yang diderita waria

Sampai saat ini belum banyak penelitian yang dilakukan di Indonesia maupun di Negara lain tentang jenis-jenis IMS apa saja yang sering diderita waria. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Daili dkk(1999) dalam Awang 2002, ternyata jenis IMS yang diperkirakan sering menyerang waria adalah:

1. Gonore

a. Pengertian

Gonore adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Neisseria Gonorrhoeae* (*N. Gonorrhoeae*). Kuman *N. Gonorrhoeae* paling mudah menginfeksi daerah dengan mukosa epitel kuboid atau lapis gepeng yang belum berkembang (imatur), misalnya pada vagina wanita sebelum pubertas. Umumnya penularan melalui hubungan kelamin, yaitu secara genitor-genital, oro-genital, dan ano-genital (Arief Mansjoer, 2000)

b. Gambaran Klinis

Masa tunas sangat singkat, pada pria umumnya bervariasi antara 2-5 hari, kadang-kadang lebih lama karena pengobatan diri sendiri tapi dengan dosis yang tidak cukup atau gejala sangat samar sehingga tidak diperhatikan. Pada wanita, masa tunas sulit ditentukan karena pada umumnya asimtomatik. Tempat masuk kuman pada pria di uretra menimbulkan uretritis yang paling sering adalah uretritis anterior akut dan menjalar sehingga terjadi komplikasi.

Sedangkan gambaran klinis dan perjalanan penyakit pada wanita berbeda karena perbedaan anatomi dan fisiologi alat kelamin keduanya. Pada wanita baik akut maupun kronis jarang ada keluhan subjektif dan hamper tidak ada kelainan objektif. Infeksi pada mulanya hanya mengenai serviks uteri. Dapat asimtomatik, kadang-kadang keluhan berupa rasa nyeri pada pinggul bawah. (Arief Mansjoer, dkk, 2000)

c. Pengobatan

Ada 2 (dua) macam pengobatan yang dapat dilakukan yaitu secara medis dan non medis. Secara medis dikenal dengan nama siprofloksasin 500 mg dan ofloksasin 400 mg. Berbagai rejimen atau cara dalam memberikan obatnya yaitu:

- 1) Siprofloksasin 500 mg peroral, atau
- 2) Ofloksasin 400 mg per oral, atau
- 3) Seftriakson 250 mg injeksi Intramuskulair, atau
- 4) Spketinomisin 2 gram injeksi Intramuskulair

Dikombinasikan dengan;

- 1) Doksisisiklin 2 x100 mg, selama 7 hari
- 2) Tetrasiklin 4 x 500 mg, selama 7 hari
- 3) Eritromisin 4 x 500 mg, selama 7 hari

Secara Non Medis (Non Medikamentosa) tindakan dapat berupa;

Memberikan pendidikan kesehatan dengan menjelaskan tentang:

- 1) Bahaya penyakit menular seksual (PMS) dan komplikasinya
- 2) Pentingnya mematuhi pengobatan yang diberikan
- 3) Cara penularan PMS dan perlunya pengobatan untuk pasangan seks tetapnya
- 4) Hindari hubungan seksual sebelum sembuh dan memakai kondom jika tak dapat dihindarkan. (Arief Mansjoer, dkk, 2000)

2. Sifilis

a. Pengertian

Sifilis adalah penyakit infeksi oleh *Treponema pallidum* dengan perjalanan penyakit yang kronis, adanya remisi dan eksaserbasi, dapat menyerang semua organ dalam tubuh terutama system kardiovaskuler, otak dan susunan syaraf. Penyakit ini dapat disebut juga *Mal de Naples, morbus gallicus, lues venere, disease of the isle of Espanole, Spanish of French disease, Italian or Neopolitan disease, raja singa*, dll.

b. Perjalanan penyakit Sifilis

Penularan terjadi melalui kontak langsung dengan lesi yang mengandung treponema. Treponema dapat masuk melalui selaput lender yang utuh atau kulit dengan lesi, kemudian masuk ke peredaran darah dan semua organ dalam tubuh. Infeksi bersifat sistemik dan manifestasinya akan tampak kemudian. Perkembangan penyakit sifilis berlangsung dari satu stadium ke stadium berikutnya. Sepuluh sampai 90 hari (umumnya 3-4 minggu) setelah terjadi infeksi, pada tempat masuk *Treponema pallidum* timbul lesi primer yang bertahan 1-5 minggu dan kemudian hilang sendiri. Kurang lebih 6 minggu (2-6 minggu) setelah lesi primer terdapat kelainan kulit dan selaput lender yang pada permulaan menyeluruh, kemudian mengadakan konfluensi dan berbentuk khas. Kadang-kadang kelainan kulit hanya sedikit atau sebatas lalu.

c. Gambaran Klinis

WHO membagi penyakit Sifilis ini menjadi dua klasifikasi, yaitu Sifilis dini dan Sifilis lanjut dengan waktu di antaranya 2 tahun, walaupun ada juga yang mengatakan 4 tahun.

Sifilis dini dapat menularkan penyakit karena terdapat *Treponema pallidum* pada lesi kulitnya. Sedangkan pada Sifilis lanjut tidak menular karena *T.pallidum* tidak ada. Pada ibu yang hamil, *T.pallidum* dapat masuk ke tubuh janin.

Pembagian Sifilis secara klinis ialah Sifilis congenital dan sifilis didapat, atau dapat pula digolongkan berdasarkan stadium I, II, III sesuai dengan gejala-gejalanya, Sifilis kardiovaskuler, dan Sifilis pada otak dan syaraf. Sifilis laten adalah keadaan yang secara klinis tidak ada tanda atau gejala, kecuali melalui tes serologic yang positif dan meyakinkan. Sifilis laten ada yang dini ialah pada Sifilis stadium I dan II. Sifilis laten lanjut adalah masa antara stadium II dan stadium III dan antara stadium III dan IV. Sedangkan *Syphillis d'emblee* merupakan keadaan jika *T.pallidum* langsung melalui darah masuk ke tubuh calon pasien, misalnya pada transfuse darah dan Sifilis bawaan.

d. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis pasti sifilis dapat ditegakkan bila dapat ditemukan *T.pallidum*. Pemeriksaan Laboratorium dengan mikroskop lapangan gelap sampai 3 kali (3 hari secara berturut-turut). Tes serologic untuk Sifilis (TSS) atau *Serulogik test for syphilis* (STS) yang klasik umumnya masih negative pada saat lesi primer menjadi positif setelah 1-4 minggu kemudian. Diagnosis berdasarkan anamnesis

dan gambaran klinis dari individu yang terkena Sifilis, pemeriksaan mikroskopik lapangan gelap atau pewarnaan Burri, pemeriksaan darah (TSS), pemeriksaan liquor serebrospinalis dan pemeriksaan rontgen.

e. Pengobatan

Pengobatan pada penyakit Sifilis ini diberikan berdasarkan klasifikasi Sifilis, (Arief Mansjoer, dkk, 2000) yaitu:

1. Sifilis Primer dan Sekunder diberikan:

- a) Penisilin benzatin G dosis 4,8 juta unit Injeksi Intramuskulair (2,4 juta unit/kali) dan diberikan satu kali seminggu, atau
- b) Penisilin prokain dalam aqua dengan dosis 600.000 unit injeksi intramuskulair sehari selama 10 hari, atau
- c) Penisilin prokain + 2% aluminium monostearat, dosis total 4,8 juta unit, diberikan 2,4 juta unit/kali sebanyak 2 kali seminggu.

2. Sifilis Laten

- a) Penisilin benzatin G dosis total 7,2 juta unit, atau
- b) Penisilin G prokain dalam aqua dengan dosis total 12 juta unit (600.000 unit sehari), atau
- c) Penisilin prokain+2% aluminium monostearat, dosis total 7,2 juta unit (diberikan 1,2 juta unit/kali, 2 kali seminggu)

3. Sifilis III

- a) Penisilin benzatin G dosis total 9,6 juta unit, atau
- b) Penisilin G prokain dalam aqua dengan dosis total 18 juta unit (600.000 unit sehari), atau
- c) Penisilin Prokain+2% aluminium monostearat, dosis total 9,6 juta unit diberikan 1,2 juta unit/ kali, 2 kali seminggu)

Untuk Sifilis I dan II yang alergi terhadap penisilin, dapat diberikan:

- a) Tetrasiklin 500 mg peroral 4 kali sehari selama 15 hari, atau
- b) Eritromisin 500 mg peroral 4 kali sehari selama 15 hari, atau

Untuk pasien Sifilis laten lanjut (lebih dari 1 tahun) yang alergi terhadap penisilin dapat diberikan:

- a) Tetrasiklin 500 mg peroral 4 kali sehari selama 30 hari, atau
- b) Eritromisin 500 mg peroral 4 kali sehari selama 30 hari.

3. Kondilomata Akuminata

a. Pengertian

Kondiloma akuminatum adalah vegetasi oleh virus papiloma humanus (VPH) tipe tertentu, bertangkai dan permukaannya berjonjot. Virus papiloma Humanus (VPH), virus DNA yang tergolong dalam family Papova. Tipe yang pernah ditemui adalah tipe 6, 11, 16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 41, 42, 44, 51, 52, dan 56. Tipe 6 dan 11 sering dijumpai pada kondiloma akuminatum dan neoplasia intraepithelial serviks ringan. Tipe 16 dan 18 mempunyai potensi keganasan yang tinggi dan sering dijumpai pada kanker serviks. Sampai saat ini sudah dapat diidentifikasi 80 tipe virus papiloma humanus.

b. Perjalanan Penyakit.

VPH masuk ke dalam tubuh melalui mikrolesi pada kulit sehingga akuminatum sering timbul pada daerah yang mudah mengalami trauma pada saat subungan seksual.

c. Gambaran Klinis

Masa inkubasi penyakit ini berlangsung antara 1-8 bulan rata-rata 2-3 bulan. Terutama mengenai daerah lipatan yang lembab, sekitar anus, sulkus koronarius, glands penis, muara urethra eksterna, korpus dan pangkal penis. Pada wanita di daerah vulva dan sekitarnya, introitus vagina, kadang-kadang pada portio uteri. Adanya fluor albus dan kehamilan dapat mempercepat pertumbuhan penyakit.

d. Pengobatan

Dapat dilakukan dengan kemoterapi, bedah listrik, bedah beku, bedah scalpel. Pemilihan cara pengobatan tergantung pada besar, lokalisasi, jenis dan jumlah lesi serta keterampilan dokter yang melakukan pengobatan.

Secara kemoterapi dapat diberikan:

1. Tingtur podofilin 15-25%. Setelah melindungi kulit di sekitarnya dengan vaselin atau pasta agar tidak terjadi iritasi, oleskan tingtur pada lesi dan biarkan selama 4-6 jam, kemudian cuci. Jika belum sembuh dapat diulangi setelah 3 hari dengan tidak melebihi 0,3 cc karena dapat bersifat toksik dengan gejala mual, muntah nyeri abdomen, gangguan nafas, dan tidak boleh diberikan pada wanita.

2. Asam triklorasetat 50% dioleskan seminggu sekali dan dapat diberikan pada wanita hamil.

3. 5-fluorourasil 1-5% dalam krim, terutama untuk lesi (luka) pada meatus urethra. Diberikan setiap hari sampai lesi hilang, sebaiknya tidak miksi selama 2 jam setelah pengobatan.

4. HIV/AIDS

a. Pengertian

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*. *Acquired* artinya didapat, *Immuno* berarti system kekebalan tubuh, *Deficiency* artinya kekurangan, sedangkan *Syndrome* adalah kumpulan gejala. AIDS adalah kumpulan gejala-gejala penyakit yang didapat seseorang yang sudah terinfeksi HIV yang merusak system kekebalan tubuh (BKKBN, 2006) dalam Silowati (2007).

Penyakit ini dicirikan dengan timbulnya berbagai penyakit infeksi bakteri, jamur, parasit dan virus yang bersifat oportunistik atau keganasan seperti sarcoma kaposi dan limfoma primer di otak.

Human Immuno-Deficiency Virus disingkat HIV adalah virus penyebab AIDS, yang dapat merusak kekebalan tubuh manusi. Virus ini termasuk dalam familia retrivirus sub familia lentivirus. Familia retrovirus adalah kelompok virus yang memasukan materi genetiknya ke dalam sel tuan rumah dengan cara yang berbeda (retro), yaitu dari RNA (Ribo Nucleic Acid) ke NA (Deoxy ribo Nucleic Acid), yang kemudian menyatu dengan DNA sel tuan rumah. Virus ini

mempunyai sifat dapat menyebabkan infeksi laten, mempunyai efek sitopatik yang cepat, perkembangan penyakit lama dan fatal (Sarjito, 1992) dalam Silowati tahun (2007)

b. Epidemiologi HIV dan AIDS

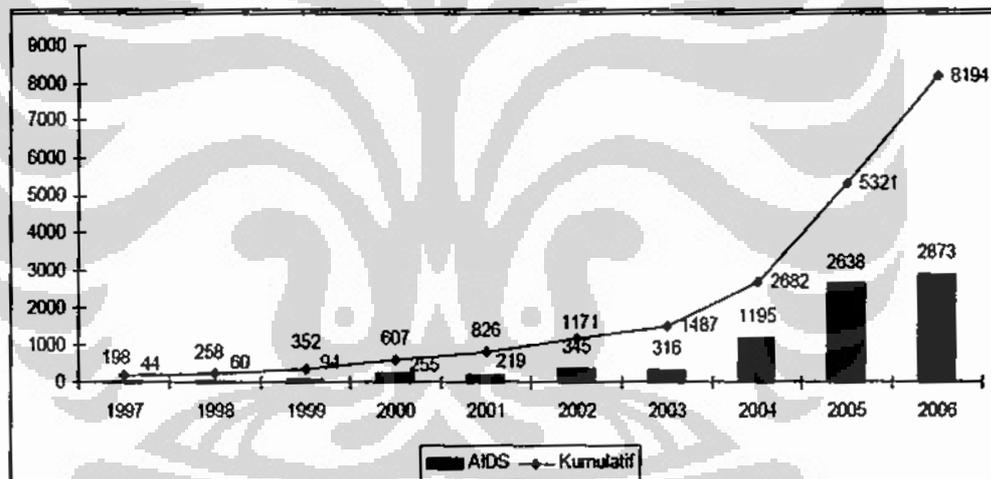
Kasus pertama terjadi di Amerika pada tahun 1981, dilaporkan adanya pneumonia *Pneumocytis carinii* dan *sarcoma kaposi*. Ledakan kasus yang pertama terjadi di Amerika Utara dan Eropa, kemudian menjalar ke seluruh benua dan kini ledakan HIV telah melanda negara berkembang (Adler, 1996).

Sampai dengan Oktober 1988, 142 negara telah melaporkan kasus AIDS ke WHO dengan jumlah keseluruhan 119.818 kasus. Jumlah tersebut tidak mencerminkan angka yang sebenarnya, karena system pencatatan di beberapa negara masih belum baik, sehingga kasus yang dilaporkan mungkin lebih sedikit. Angka kasus sebenarnya mungkin lebih besar lagi karena kasus seropositif itu biasanya mereka merasa sehat dan dari luar juga memang tampak sehat, tetapi mereka membawa virus asimtomatik yang dapat menularkan HIV pada orang lain. WHO memperkirakan lima juta orang yang telah terinfeksi HIV di seluruh dunia pada saat itu (Djoerban, 1992).

Tahun 2000 di negara industri telah terlihat penurunan jumlah kasus baru (insidens) per tahun. Di Amerika Serikat, telah turun dari 100.000 kasus baru/ tahun menjadi 40.000 baru/ tahun. Pola serupa juga terlihat di Eropa Utara, Australia dan Selandia Baru. Penurunan kasus baru berkaitan dengan tingkat pemakaian kondom, berkurang jumlah pasangan seks dan memasyarakatkan pendidikan seks untuk remaja (Ditejn PP&PL Depkes, 2003)

Kasus pertama HIV dan AIDS di Indonesia ditemukan pada tahun 1987 di Bali. Akan tetapi penyebaran HIV dan AIDS di Indonesia meningkat setelah tahun 1995. Dari tahun ke tahun epidemic HIV terus meningkat tajam mulai tahun 2000, seperti terlihat pada gambar 2.1

Gambar 2.1
Laju epidemi kasus HIV dan AIDS di Indonesia
Sumber: Departemen Kesehatan RI



c. Perjalanan Penyakit

HIV masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui darah, semen dan secret vagina, serta transmisi dari ibu ke anak. Tiga cara penularan HIV adalah sebagai berikut: (1) hubungan seksual baik secara vagina, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% total kasus sedunia, (2) kontak langsung dengan darah, produk darah, atau jarum suntik. Transfusi darah/ produk darah yang tercemar mempunyai resiko sampai lebih dari 90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada

pecandu narkotik beresiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai resiko 0,5% dan mencakup kurang dari 0,1% kasus sedunia, (3) transmisi vertikal dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya melalui plasenta. Resiko penularan dengan cara ini 25-40% dan terdapat kurang dari 0,1% total kasus sedunia.

Setelah masuk tubuh, virus menuju ke kelenjar limfe dan berada dalam sel dendritik selama beberapa hari. Kemudian terjadi syndrome retroviral akut seperti flu(serupa infeksi mononucleosis) disertai viremia hebat dengan keterlibatan berbagai kelenjar limfe. Pada tubuh timbul respon Imun Humoral maupun selular. Syndrome ini akan hilang sendiri setelah 1-3 minggu. Kadar virus yang tinggi dalam darah dapat di turunkan oleh system Imun tubuh. Proses ini berlangsung berminggu-minggu sampai terjadi keseimbangan antara pembentukan virus baru dan upaya eliminasi oleh respon imun. Titik keseimbangan yang disebut set point ini penting karena menentukan perjalanan penyakit selanjutnya. Bila tinggi, perjalanan penyakit menuju AIDS akan berlangsung lebih cepat.

Serokonversi atau perubahan antibody negative menjadi positif terjadi 1-3 bulan setelah infeksi, tetapi pernah juga dilaporkan sampai 8 bulan. Kemudian pasien akan memasuki masa tanpa gejala. Dalam masa ini terjadi penurunan bertahap jumlah CD4 dalam jumlah normal 800-1000/mm³ yang terjadi setelah replikasi persisten HIV dengan kadar RNA virus relative konstan. CD4 adalah reseptor pada limfosit yang menjadi target sel utama HIV. Pada awalnya penurunan jumlah CD4 sekitar 30-60/mm³/tahun, tapi pada 2 tahun terakhir

penurunan jumlah menjadi 50-100/mm³ tahun sehingga bila tanpa pengobatan rata-rata masa infeksi HIV sampai menjadi AIDS adalah 8-10 tahun, dimana jumlah CD4 akan mencapai kurang dari 200/mm³.

d. Pencegahan

Penyebaran dan penularan HIV/ AIDS berkaitan erat dengan faktor perilaku manusia, oleh karena itu pencegahannya memperhatikan perilaku. Tiga kelompok sasaran yang tercantum dalam strategi penanggulangan Pencegahan Penularan HIV dan AIDS di Indonesia yaitu: (KPAN, 2003) dalam Silowati (2007).

1) Kelompok Rentan

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, rendahnya ketahanan keluarga dan rendahnya kesejahteraan keluarga, status kesehatan, sehingga mudah tertular HIV. Kelompok tersebut adalah orang dengan mobilitas tinggi, perempuan, remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil dan penerima transfuse darah.

2) Kelompok Beresiko Tertular.

Kelompok beresiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku resiko tinggi seperti penjaja seks dan pelanggannya, penyalahgunaan narkoba suntik dan narapidana.

3) Kelompok Tertular.

Kelompok tertular adalah kelompok masyarakat yang sudah tertular HIV atau yang sudah HIV positif (ODHA) yang memerlukan penanganan khusus untuk mencegah kemungkinan penularan kepada orang lain.

Ada beberapa upaya yang dilakukan untuk mencegah penularan HIV/AIDS:

a. Pencegahan transmisi HIV melalui darah.

Transmisi HIV melalui darah terbanyak di Indonesia saat ini adalah terjadi pada kelompok pengguna narkoba suntik, hingga Maret 2007 angkanya mencapai 50,1% (Depkes, 2007) dalam Silowati (2007). Idealnya tindakan pencegahan utama bagi pemakai narkoba suntik adalah menghentikan pemakai narkoba atau menggantikannya dengan narkoba non suntik, namun hal itu sulit dilakukan. Bagi pengguna pisau cukur, alat tindik dan lain-lain hindari penggunaan alat secara bersama. Sedangkan bagi penerima donor darah harus dipastikan bahwa darah yang digunakan tidak tercemar HIV.

b. Pencegahan HIV secara seksual.

1) *Abstinence*, yaitu tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah, Hubungan seksual hanya dilakukan melalui pernikahan yang sah.

2) *Be Faithful*, setia dengan pasangan walaupun sudah menikah, hubungan seksual hanya dilakukan dengan pasangannya saja, suami atau istri sendiri.

3) *Condom*, menggunakan kondom bagi mereka yang memiliki kebiasaan berganti-ganti pasangan. (WHO, 1996)

c. Pencegahan transmisi HIV dari ibu ke janin.

Menurut perkiraan *The Joint United Nation Programe on HIV/AIDS* (UNAIDS), pada akhir tahun 2006 ada 530.000 anak-anak hidup dengan HIV/AIDS sekitar 1450 kasus perhari dan 90% diantaranya mereka terinfeksi HIV melalui jalur penularan dari ibu ke bayi. Di Indonesia sendiri Depkes mengestimasi setiap tahun ada 9000 ibu hamil yang HIV positif (Depkes RI, 2004) dalam Silowati (2007).

d. Pengobatan

Menurut Sarafino (2002), sebagian orang dengan HIV/AIDS yang mengalami lemahnya system kekebalan tubuh dan infeksi oportunistik, secara medis dapat ditangani secara efektif. Namun kadangkala ada sebagian yang menjadi hipersensitif atau alergi terhadap pengobatan. Hingga saat ini belum ada terapi yang memungkinkan tubuhnya untuk mentolelir virus tersebut.

Penanganan utama pada AIDS adalah melalui pengobatan yang disebut sebagai *antiretroviral agent*. Di pertengahan tahun 1980-an, obat utama untuk AIDS adalah AZT (*Azidothymidine*) yang berfungsi memperlambat reproduksi HIV pada tahap awal. Selanjutnya pada pertengahan 1990-an, berkembang obat *antiretroviral* baru yang disebut *protease inhibitorys*, yang juga berfungsi untuk menangani reproduksi HIV dan secara dramatis mengurangi jumlah virus tersebut dalam banyak HIV yang dialami,

walaupun tidak semua. Di Indonesia Departemen Kesehatan telah mengeluarkan Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral, yang digunakan sebagai acuan bagi semua pihak yang terkait dengan penanggulangan HIV/AIDS, khususnya terapi antiretroviral (Depkes RI, 2004).

2.2. Perilaku Pencarian Pengobatan

2.2.1. Pengertian Perilaku dan Perilaku sakit

Perilaku manusia merupakan hasil dari berbagai macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon dari individu terhadap rangsangan atau stimulus yang berasal dari dalam dan juga dari luar dirinya. Respon itu dapat bersifat aktif seperti melakukan suatu tindakan atau juga dalam bentuk pasif misalnya berpikir, berpendapat, bersikap dan sebagainya.

Perilaku sakit atau tingkah laku sakit adalah cara-cara individu dalam menanggapi gejala suatu penyakit, dievaluasi dan dipernakan oleh individu yang mengalami sakit, merasa kurang nyaman atau adanya gejala yang kurang baik. Seseorang yang sedang sakit belum tentu menjalankan peranan sakit karena ia merasa bahwa kondisi yang dideritanya belum serius. Peranan sakit akan dilakukan jika ia merasa penyakit yang dideritanya serius sehingga dengan terpaksa ia tidak dapat melaksanakan kegiatannya dengan normal (Foster dan Anderson, 1986:172).

Sementara menurut Mechanic (1992:1346) dalam Awang 2002, perilaku sakit adalah salah satu jenis respon pada individu yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Seseorang yang sedang menjalankan peran sakit akan memonitor keadaan tubuhnya, membuat interpretasi terhadap gejala yang dialaminya dan kemudian membuat keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan atau tidak. Pencarian pengobatan merupakan bagian dari perilaku sakit.

2.2.2. Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan.

Seseorang tidak mau berobat ke Puskesmas mungkin disebabkan karena tidak tahu peranan Puskesmas atau tidak yakin bahwa Puskesmas dapat menyembuhkan penyakit. Barangkali juga Puskesmas tersebut jauh dari tempat tinggalnya, sedangkan yang dekat dengan rumahnya adalah dukun (Notoatmodjo, 1985) dalam Habasiah 2001.

Selain itu masih menurut Notoatmodjo (2007) seseorang atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah pasti tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Berbeda bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Adapun respon seseorang apabila sakit meliputi 6 (enam) : *Pertama*, tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Dengan alasan antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun symptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini

merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan yang tidak simpatik, judes, tidak responsive, alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya dan sebagainya. *Kedua*, tindakan mengobati sendiri (self treatment), tindakan ini mereka lakukan dengan alasan mereka merasa sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. *Ketiga*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (tradisional remedy). Khususnya masyarakat pedesaan pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana masalah sehat sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap asing. Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantra, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka. *Keempat*, mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.

Kelima, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit. *Keenam*, adalah mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

Menurut Becker (1974) apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada 4 (empat) variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni:

1) Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan Perkataan lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

2) Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat.

3) Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*)

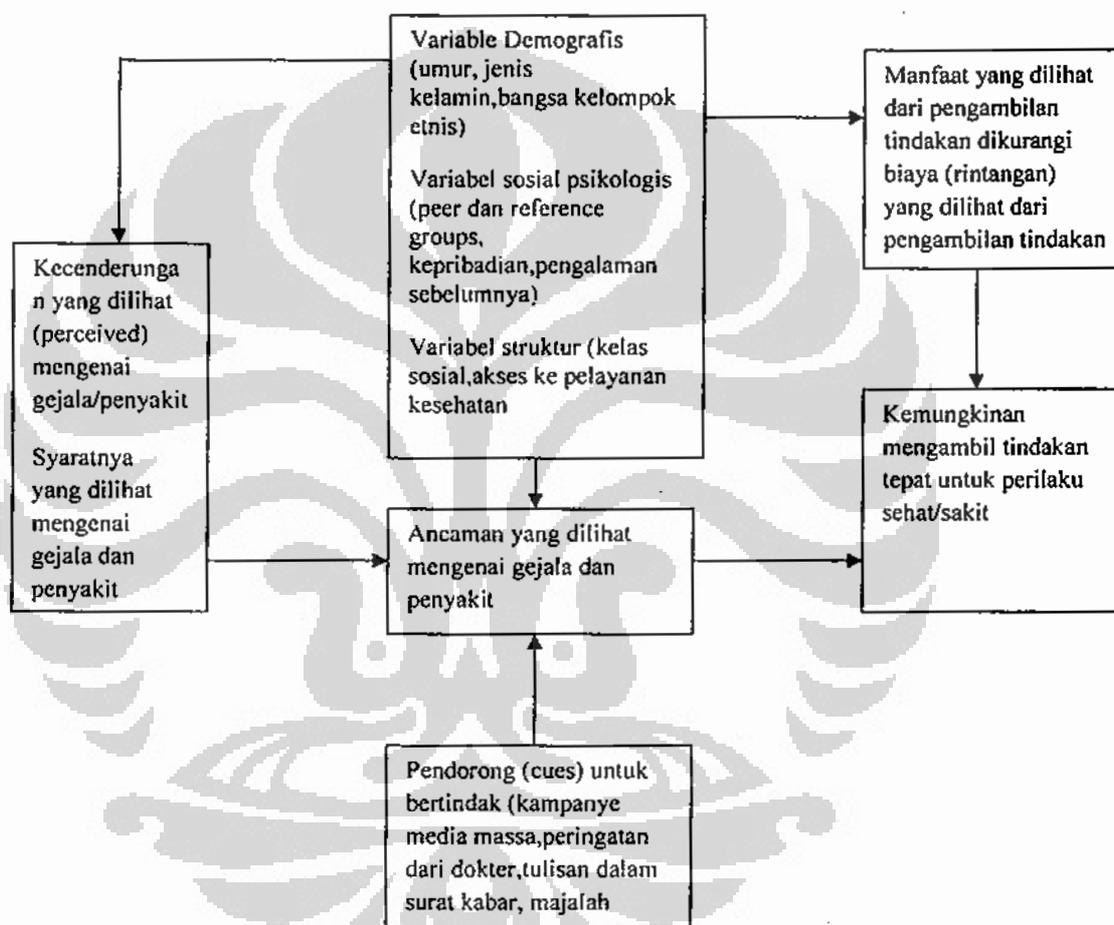
Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (*serius*), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang

ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

4) Isyarat atau tanda-tanda (cues)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut, misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit.

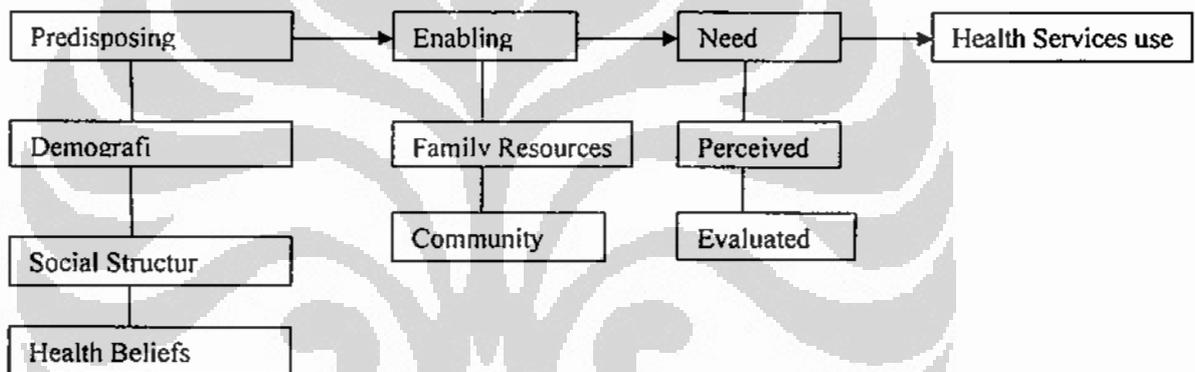
Gambar 2.2
Model Kepercayaan Kesehatan (The Health Belief model) dari Becker dapat
diliustrasikan sebagai berikut:



Sumber: Irvin M Rosenstock, 1974:7 dalam buku Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Prof. DR. Soekidjo Notoatmodjo, SKM., M.Com.H.

Dalam buku Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Notoatmodjo (1993) menurut Anderson ada 3 faktor pendukung dan karakteristik kebutuhan akan pelayanan kesehatan yaitu, *Predisposing Characteristics, Enabling Characteristics and Need Characteristics*.

Gambar 2.3
Ilustrasi Model Anderson



5) Karakteristik Predisposisi (*Predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya cirri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok, yaitu: ciri-ciri demografi seperti jenis kelamin dan umur, struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku,dll, dan Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson (1974) percaya bahwa setiap individu atau orang mempunyai perbedaan-perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan, setiap individu mempunyai

perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.

6) Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

7) Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan, dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Model Pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan tahapan atau tindakan keputusan dikemukakan oleh Zola (1964) dalam Awang 2002. Menurutnya ada lima faktor yang mendasari seseorang untuk mengambil keputusan dalam usahanya mencari pertolongan pada pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Adanya krisis antar pribadi atau bermasalah dengan orang lain dapat menimbulkan gejala suatu penyakit.
2. Aktifitas sosial seseorang dapat terganggu karena gejala suatu penyakit
3. Adanya anjuran atau nasihat dari orang lain agar mau mencari pelayanan kesehatan

4. Individu tersebut menganggap bahwa penyakit yang diderita mengancam pekerjaannya sehingga ia mengambil keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan
5. Individu atau temannya membandingkan antara gejala penyakit yang diderita saat ini dengan sebelumnya.

Jika penyakit yang diderita saat ini menjadi lebih parah dari sebelumnya maka ia akan berusaha untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sementara itu Anderson dan sheatsley (1967) mengatakan bahwa 70% orang yang mengalami gejala penyakit akan menunda pelayanan karena mereka menganggap bahwa gejala tersebut tidak serius atau akan segera sembuh tanpa perawatan petugas kesehatan. Gejala suatu penyakit memiliki kaitannya dengan pencarian pelayanan kesehatan misalnya bagaimana penilaian seseorang terhadap gejala penyakit lamanya gejala tersebut, bahaya yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut.

2.2.3. Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Untuk memberikan gambaran tentang bagaimana pola pengobatan secara umum yang dilakukan oleh masyarakat dalam upaya menggunakan pelayanan kesehatan maka berikut ini beberapa penelitian yang pernah dilakukan seperti dikutip oleh Awang 2002, sebagai berikut:

1. Pendidikan

Menurut Aday dan Eicher (1972) serta Anderson dan Andersen (1972) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat yang memiliki pendidikan tinggi dibandingkan dengan masyarakat berpendidikan rendah.

2. Penghasilan

Menurut Aday dan Eicher (1972) serta Anderson dan Anderson (1972) juga mengemukakan bahwa tingkat penghasilan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Masyarakat yang mempunyai penghasilan lebih tinggi akan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan. Menurut Suchman, kelompok masyarakat yang memiliki status ekonomi dan sosial rendah lebih cenderung tidak menganggap serius terhadap gejala yang mereka alami sehingga inipun mempunyai tingkat pemanfaatan yang rendah terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Pengetahuan

Ketidaktahuan masyarakat terhadap suatu gejala penyakit merupakan faktor yang penting yang mendorong untuk mencari pelayanan kesehatan, (Suchman 1965).

4. Sikap

Penilaian seseorang yang negative terhadap gejala penyakit akan mendorongnya untuk menggunakan pelayanan kesehatan, (Becker 1963).

5. Persepsi terhadap kerentanan dan Kegawatan Penyakit

Anderson dan Sheatsley mengungkapkan bahwa 70% orang-orang yang mengalami gejala penyakit menunda mencari perawatan pelayanan kesehatan karena mereka menganggap gejala tersebut tidak serius dan akan sembuh dengan sendirinya.

Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Mechanic dan Volkart menemukan bahwa orang-orang yang memiliki kecenderungan menganggap diri mereka sakit lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kals mengemukakan bahwa kecenderungan menganggap atau merasa diri sakit bisa dianggap sebagai suatu penilaian terhadap keseriusan penyakit sementara Hetherington dan Hopkis melihat bahwa masalah ini sebagai masalah kepekaan terhadap gejala penyakit.

6. Pengalaman berhubungan dengan petugas Kesehatan

Hasil penelitian kolaborasi internasional mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti dilaporkan oleh Bice dkk (1970) dalam Awang 2002, skeptisme terhadap pelayanan kesehatan berbanding terbalik dengan tingkat kunjungan ke pelayanan kesehatan. Anderson dan Sheatsley melaporkan bahwa 4% dari responden penelitian menunda menggunakan pelayanan kesehatan karena ketidaksukaan atau ketidakpercayaan terhadap pelayanan kesehatan atau mereka merasa pelayan kesehatan tidak bias membantu mengatasi masalah yang mereka hadapi.

7. Dorongan Teman atau Keluarga

Menurut Freidson (1961) bahwa komunikasi interaksi awal baik dengan teman maupun dengan keluarga akan mempengaruhi seseorang untuk mengambil keputusan mencari atau menggunakan pelayanan kesehatan. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Suchman 1965 menemukan bahwa 74% responden membicarakan gejala penyakit kepada teman atau keluarganya sebelum meminta pertolongan dokter.

2.2.4. Waria

Istilah transvestismes untuk pertamakalinya diperkenalkan oleh Dr. Magnus Hirschfeld seorang seksologit pada tahun 1910-an. Menurut Magnus Transvestisme adalah keinginan dari seorang pria yang lebih banyak dari wanita untuk berpakaian yang berlawanan dengan jenis kelaminnya (Benjamin, 1999) dalam Awang 2002.

Beberapa istilah yang biasanya digunakan untuk menggambarkan kelainan dikemukakan oleh Mashur, 1981 dalam koeswinarno, 1993 dan kartono 1989 seperti dikutip oleh Awang 2002 mengatakan bahwa transeksualitas adalah suatu gejala dimana seseorang merasa memiliki seksualitas yang berlawanan dengan struktur fisiknya sedangkan transvestisme adalah gejala dimana seseorang untuk mendapatkan kepuasan seksual memakai pakaian dari jenis kelamin yang berlainan dengan dirinya.

Dalam penyimpangan seksual, ada beberapa istilah yang sering digambarkan dalam konsep homoseksualitas yaitu:

- a. Homoseksualitas adalah gejala penyimpangan tingkah laku seksual yang membuat seseorang tertarik dan terlibat secara seksual dengan lawan jenisnya.
- b. Homoseksual adalah perasaan atau dorongan seksual seseorang terhadap sesama jenis kelaminnya.
- c. Gay adalah istilah yang digunakan untuk pria yang mempunyai kecendrungan homoseksual.

- d. Transvestisme adalah suatu gejala penyimpangan tingkah laku seksual seseorang yang senang mengenakan busana lawan jenisnya untuk memenuhi kepuasan seksualitasnya.
- e. Transeksualisme adalah suatu gejala penyimpangan tingkah laku seksual seseorang yang merasa terperangkap oleh keadaan anatomi tubuhnya sehingga orang tersebut berusaha untuk mengganti alat kelaminnya.
- f. Biseksualitas adalah gejala penyimpangan tingkah laku seksual seseorang yang merasa tertarik dan mempunyai keinginan untuk melakukan aktifitas seksual baik kepada lawan jenisnya maupun kepada sesama jenisnya..

Untuk transeksual pria atau wanita adalah seseorang yang merasa sangat tidak bahagia, tidak nyaman dengan seks yang dimilikinya. Transeksual sejati merasa bahwa dirinya sebenarnya adalah lawan jenisnya, secara keseluruhan ia ingin berfungsi sebagai bagian dari lawan jenisnya sehingga mereka mempunyai keinginan untuk merubah fisik terutama organ seksnya dengan cara mengganti sesuai dengan lawan jenisnya.

Selain itu ada pula yang terganggu emosinya dan berada antara transvestisme dan transeksualisme, mereka adalah golongan orang-orang yang melakukan pembesaran buah dada (*gynecomastia*) dengan bantuan hormone.

Menurut Harahap (1990) sebagian besar waria melakukan seks bebas baik sebagai pelacur maupun untuk memenuhi dorongan seksualnya. Dengan kondisi seperti itu tentu saja waria sangat berpeluang untuk terkena atau terinfeksi Infeksi Menular Seksual. Selain pencegahan maka pengobatan IMS merupakan salah satu alternatif pemecahan masalah agar IMS dapat diperkecil risikonya.

BAB III

METODA PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian kualitatif ini didisain dengan menggunakan pendekatan *grounded research* (Glaser and Strauss, 1967) yaitu dengan cara peneliti terjun langsung ke lapangan tanpa membawa rancangan konseptual, teori ataupun hipotesis. Rancangan konseptual, teori atau hipotesis disusun secara induktif berdasarkan informasi atau simbol-simbol yang ditangkap oleh peneliti saat terjun langsung ke lapangan baik saat observasi atau pun wawancara. Oleh karena peneliti juga mencoba menafsirkan simbol-simbol maka penelitian ini juga menggunakan pendekatan fenomenologi untuk mendapatkan penjelasan fenomena yang ditampilkan oleh waria sebagai refleksi retrospektif pengalaman hidup dan pemahaman tentang makna, eksplorasi pengalaman kehidupan mereka tanpa terikat oleh teori-teori atau prediksi termasuk interaksinya dengan komunitas lainnya berkaitan dengan perilaku pencarian pengobatan (Beck, 1994, Demsey & Demsey, 2000, Fain, 2004) dalam Murtiningsih, 2006.

3.2 Defenisi Istilah

Untuk memperjelas penelitian ini, peneliti menggunakan defenisi istilah.

1. Pendidikan, adalah pendidikan formal terakhir yang dicapai waria.
2. Pengetahuan, adalah jawaban waria yang berhubungan dengan gejala penyakit IMS, penyebab IMS, cara pencegahan IMS dan cara pengobatan IMS.
3. Persepsi terhadap kerentanan, adalah ungkapan waria bahwa dirinya rentan terhadap IMS.
4. Persepsi terhadap kegawatan, adalah ungkapan waria bahwa IMS adalah penyakit yang sangat berbahaya.
5. Sikap, adalah kecenderungan untuk bertindak yang berkaitan dengan upaya mencari pengobatan IMS.
6. Tersedianya fasilitas Pelayanan Kesehatan, adalah jenis pelayanan kesehatan baik modern maupun tradisional yang biasa dimanfaatkan oleh waria dalam pencarian pengobatan IMS
7. Dorongan teman, adalah dorongan yang diberikan teman waria kelompok dukung sebaya dalam pencarian pengobatan IMS.
8. Perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS, segala tindakan yang dilakukan waria terkait dengan penyakit dan rasa sakit akibat IMS yang merupakan pengalaman nyata dalam hidupnya.

3.3 Informan Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah waria yang biasa *mejeng* di sekitar Gelanggang Olah Raga Remaja (GOR) Kota Bekasi yang disebut sebagai informan. Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan kesesuaian dan kecukupan, yaitu 6 orang waria yang diwawancarai mendalam dan 8 orang waria untuk mengikuti triangulasi metode, yaitu Focus Group Discussion (FGD). Serta 1 orang dari petugas kesehatan dan 1 orang dukun tradisional sebagai triangulasi sumber.

Waria yang akan menjadi informan dalam penelitian ini adalah waria yang memenuhi persyaratan dengan lima kriteria (Spradley 2003):

1. Informan adalah waria dengan massa *mejeng* (*nyebong*) 10 tahun
2. Informan mempunyai riwayat menjadi primadona di lokasi *mejeng* (*nyebong*)
3. Informan menderita Infeksi Menular Seksual.
4. Informan masih aktif di lokasi *mejeng*.
5. Informan mampu menceritakan pengalaman melayani tamunya dengan lancar dan jelas.

Setelah menentukan lima kriteria sampel penelitian, peneliti meminta informasi dari Lembaga Swadaya Masyarakat yang bersifat kelompok dukung sebaya waria yang bernama Srikandi Pasundan yang terletak di Wilayah Bandung Jawa Barat. Dari Srikandi Pasundan inilah peneliti mendapatkan informasi adanya kelompok dukung sebaya yang berada di Kota Bekasi bernama Srikandi Patriot yang merupakan wilayah koordinasi di bawahnya. Dari ketua

atau koordinator Srikandi Patriot inilah peneliti mendapatkan sejumlah waria yang memenuhi kriteria penelitian.

Agar informasi yang dikumpulkan tidak bias maka sebelum penelitian dilakukan, peneliti berusaha mengenal kehidupan waria dengan cara melakukan pendekatan melalui ketua waria wilayah Kota Bekasi, khususnya yang berada di lokasi Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Kota Bekasi. Melalui pendekatan ini peneliti berusaha mengenal beberapa istilah dan kebiasaan yang dilakukan sehari-hari oleh waria. Hal ini perlu dilakukan dalam upaya menjalin *rapport* dengan informan sehingga hal tersebut memudahkan peneliti dalam mengumpulkan dan menggali data yang dibutuhkan untuk analisa

3.4 Metode Pengumpulan data

Peneliti sebagai instrumen primer melakukan pengumpulan data dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) untuk mencapai tujuan penelitian ini. Selain itu, peneliti juga melakukan triangulasi metode yaitu berupa Fokus Goup Diskusi (FGD) dan triangulasi sumber yaitu wawancara mendalam terhadap petugas kesehatan dan dukun tradisional yang informan datangi dalam pencarian pengobatan IMS. Baik wawancara mendalam maupun pada saat melakukan kelompok diskusi terarah (FGD) peneliti menggunakan alat perekam seperti *tape recorder* dan khusus untuk FGD peneliti di bantu oleh satu orang notulen untuk memudahkan peneliti mengumpulkan data di lapangan,

3.5 Proses Pengumpulan Data

3.5.1 Persiapan

Proses persiapan pengumpulan data dari informan (waria) yang sudah memenuhi kriteria di atas (Spradley, 2003), peneliti wawancara dalam serangkaian wawancara yang rinci. Sebelum dilakukan wawancara, peneliti melakukan pendekatan secara intensif selama kurang lebih 2 bulan, untuk pendekatan personal, perkenalan, menjaring informan yang sesuai dengan kriteria, membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian, serta menanyakan kesediaan untuk menjadi informan. Serangkaian pendekatan personal tersebut, tidak terlepas atas kerjasama yang baik dari koordinator Srikandi Patriot.

Peneliti memberikan waktu yang cukup untuk informan agar terbina rasa saling percaya. Setelah terbina hubungan saling percaya, dan informan bersedia dengan sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memberikan penjelasan tentang prosedur penelitian dan hak-hak informan, kemudian dilanjutkan dengan penandatanganan *informed consent*.

Peneliti melakukan kesepakatan dengan informan untuk menetapkan waktu dan tempat wawancara. Sebelum wawancara dilakukan peneliti dengan melibatkan informan, menetapkan tempat yang aman, nyaman dan menjamin privasi informan, sehingga informan dapat memberikan informasi dengan penuh rasa percaya terhadap peneliti, merasa aman dan terjamin kerahasiaannya. Enam orang informan termasuk ketua waria/ koordinator waria bersedia di wawancara

di kantor atau mereka biasa sebut sekretariat Srikandi Patriot. Untuk masalah waktu disepakati oleh enam informan pada siang hari, dengan alasan bahwa kalau wawancara dilakukan pada pagi hari, waktu tersebut merupakan waktu istirahat informan setelah *mejeng* semalaman.

3.5.2 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pada tahap proses pengumpulan data semua informan memberikan ijin pada peneliti untuk merekam hasil wawancara dalam *tape recorder*, dengan kesepakatan yang mendengarkan rekaman hanya peneliti.

Sebelum wawancara terhadap substansi yang diteliti, peneliti mengajukan pertanyaan yang bersifat umum seperti informasi demografi informan. Dengan pendekatan ini diharapkan informan merasa nyaman berbicara dengan peneliti kemudian peneliti melanjutkan wawancara pada topik penelitian (Polit, 1999) dalam Murtiningsih, 2006.

Peneliti melakukan wawancara dengan informan dimulai dari hal-hal yang sederhana seperti; umur partisipan, pendidikan, daerah asal. Selanjutnya proses wawancara ternyata berlangsung hangat, informan lebih terbuka. Apalagi tempat wawancara merupakan *home base* informan, suasananya lebih familiar, terlebih lagi dengan pembawaan dari informan yang selalu ceria menambah rasa percaya diri dari peneliti untuk menanyakan hal-hal yang lebih jauh/ pribadi lagi sifatnya. Dari proses wawancara tersebut penulis banyak mendapatkan informasi berkenaan dengan hal-hal, meliputi: pengetahuan informan, persepsi kerentanan dan kegawatan terhadap IMS, Sikap informan terhadap IMS, perilaku pencarian

pengobatan, alasan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan tentang dukungan kelompok sebaya dan pertanyaan lainnya seperti pada pedoman wawancara mendalam (lampiran).

Pada saat peneliti melakukan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan 8 orang peserta FGD peneliti dibantu oleh satu orang notulen. Pertanyaan yang disampaikan pada saat diskusi kelompok terarah sama dengan pertanyaan yang disampaikan pada saat wawancara mendalam.

Dimulai dengan perkenalan oleh peneliti dan notulen, serta menyampaikan maksud dan tujuan penelitian. Kemudian diikuti dengan mempersilahkan peserta FGD untuk memperkenalkan diri mereka masing-masing, mulai dari nama, umur, daerah asal, tempat tinggal, anak ke berapa dari berapa bersaudara, dan masa mejeng.

Dalam diskusi kelompok terarah, semua peserta diberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan oleh peneliti. Diskusi berjalan dengan cukup lancar dan hangat. Seseekali celetukan dan guyonan keluar dari mulut peserta. Dalam diskusi tersebut terlihat sekali karakter peserta yang dominan dan tidak dominan, dan seseekali peneliti mengembalikan fokus diskusi agar diskusi tidak keluar jalur dari tujuan penelitian. Sehingga sampai akhir diskusi banyak catatan kecil yang diperoleh peneliti, yang justru banyak memberikan informasi yang dibutuhkan.

Setelah memperoleh informasi dari informan baik melalui wawancara mendalam maupun diskusi kelompok terarah (FGD), peneliti melanjutkan pengumpulan data dengan mendatangi klinik Pondok Sehati yang berada di

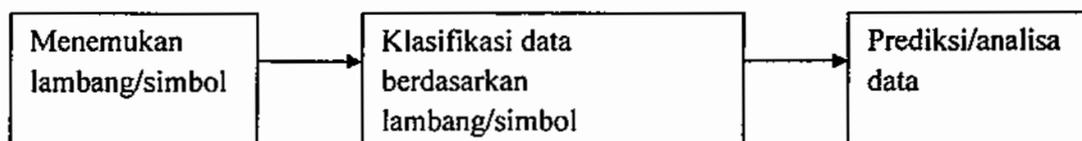
Cikarang Utara sebagai triangulasi sumber akan jawaban yang diberikan oleh informan (waria) baik yang diperoleh peneliti melalui wawancara mendalam maupun melalui diskusi kelompok terarah. Semula yang direncanakan dua orang petugas kesehatan dari klinik pondok sehat sebagai triangulasi sumber, ternyata peneliti hanya berhasil mewawancarai satu orang petugas kesehatan saja, karena berkaitan dengan birokrasi yang ada. Dari satu orang petugas kesehatan tersebut, peneliti memperoleh informasi bahwa beberapa informan penelitian memang melakukan pencarian pengobatan ke klinik pondok sehat.

Penyelusuran peneliti akan perilaku pencarian pengobatan informan penelitian ini tidak berhenti sampai di situ, peneliti melanjutkan triangulasi sumber terhadap dukun tradisional yang berada di Sukabumi. Menurut informan keberadaan dukun tradisional tersebut berada di wilayah Cisaat Sukabumi. Penyelusuran pun tidak semudah apa yang diperkirakan sebelumnya oleh peneliti. Dengan bantuan asisten lokasi disana peneliti menuju tempat tinggal dukun dengan menempuh jarak \pm 50 Km dari Kota Sukabumi dengan mengendarai motor menempuh jalan yang terjal dan berkelok-kelok. Semula peneliti merencanakan dua orang dari sisi pengobatan tradisional, namun kenyataan di lapangan peneliti hanya berhasil menemui dan mewawancarai satu orang saja dari dukun tradisional tersebut, dikarenakan satu orang lainnya menolak untuk diwawancarai dengan alasan tidak ada waktu mengingat banyaknya pasien yang datang kepada informan (dukun tradisional).

3.6 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelitian berlangsung. Data yang dikumpulkan dan masih dalam bentuk catatan lapangan harus segera dilengkapi agar tidak ada informasi yang tertinggal. Kemudian data yang sudah dilengkapi dikelompokkan berdasarkan informan dan topik yang akan diteliti. Tahap-tahap analisis data dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Mencatat kembali data yang diperoleh melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah atau Fokus Group Discussion (FGD) ke dalam bentuk tulisan transkrip.
- b. Membuat kategorisasi data sesuai dengan variable penelitian
- c. Menyajikan ringkasan data dalam bentuk matriks.
- d. Proses analisis data dan interpretasinya dapat dilakukan secara langsung tanpa harus menunggu selesainya seluruh pelaksanaan wawancara mendalam dari informasi lain.
- e. Selain itu juga dilakukan *content analysis* (Janis, 1949, Berelson, 1952, Lindzey & Aronson, 1968) untuk mengklasifikasikan lambang-lambang yang dipakai dalam komunikasi waria berdasarkan kriteria dan menggunakan teknik analisis tertentu dalam membuat prediksi.



3.7 Validitas Dan Reliabilitas Data

Dalam penelitian kualitatif kesalahan dapat digolongkan menjadi 2, yaitu: masalah yang terjadi pada saat proses pengumpulan data dan proses analisa data atau keduanya, dan untuk memisahkan kedua kesalahan tersebut tidak mudah. Peneliti melakukan uji validitas dan realibilitas data untuk meningkatkan derajat kepercayaan data atau keabsahan data. Menurut Lincoln dan Guba, paling sedikit ada empat standar atau kriteria utama guna menjamin keabsahan hasil penelitian kualitatif, peneliti melakuakn pengkajian yang terdiri dari:

1. Validitas

a. *Kredibilitas*

Agar hasil penelitian kualitatif memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi sesuai dengan fakta di lapangan (informasi yang digali dari informan), maka pada penelitian ini peneliti melakukan upaya-upaya seperti memperpanjang keikutsertaan peneliti dalam proses pengumpulan data di lapangan. Hal ini mengingat karena dalam penelitian kualitatif, peneliti merupakan instrument utama penelitian. Dengan semakin lama peneliti terlibat dalam pengumpulan data, akan semakin meningkatkan derajat kepercayaan akan data yang dikumpulkan. Selain itu peneliti melakukan triangulasi sumber dan metode, dengan teknik triangulasi ini dimungkinkan diperoleh variasi informasi seluas-luasnya.

b. Transferabilitas

Transferabilitas ini merupakan pertanyaan *empiric* yang tidak dapat dijawab oleh peneliti sendiri melainkan dijawab dan dinilai oleh para pembaca laporan. Hasil penelitian kualitatif ini memiliki standar transferabilitas yang tinggi bila para pembaca penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan focus penelitian.

c. Dependabilitas

Makin konsisten peneliti dalam keseluruhan proses penelitian, baik dalam kegiatan pengumpulan data, intepretasi temuan di lapangan, maupun dalam melaporkan hasil penelitian, akan semakin tinggi makna dependabilitas.

d. Standar Konfirmabilitas

Adanya konsistensi dan mengumpulkan data serta analisis data secara berulang-ulang, sehingga didapatkan deskripsi yang sempurna.

2. Reliabilitas

Dalam Murtiningsih (2006) Reliabilitas penelitian kualitatif mempunyai dua syarat khusus (Demsey & Demsey,1996), pertama informasi yang dikumpulkan dari informan penelitian harus akura, untuk menghindari informan yang tidak mempunyai cukup informasi atau berbohong, peneliti harus menggunakan partisipan yang beragam, dan harus mengajukan pertanyaan ynag kritis pada penelitian dengan cara yang berbeda untuk menentukan apakah respon yang didapatkan adalah konsisten.

Kedua, yaitu reliabilitas pengumpul data. Pengumpul data tidak boleh ceroboh atau melakukan bias, karena reliabilitas penelitian secara substansi menjadi berkurang atau tidak ada. Salah satu cara yang digunakan untuk menentukan reliabilitas substansi penelitian ini adalah dengan mengkaji apakah laporan penelitian ini memberikan cukup dokumentasi terkait pertanyaan yang diajukan dan respon yang didapatkan, sehingga penelitian ini dapat mengambil lingkungan yang sama dan mendapatkan respon yang sama, saat mengajukan pertanyaan yang sama.

3.8 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Bekasi dengan mengambil lokasi Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Kota Bekasi. Pemilihan lokasi ini berdasarkan informasi yang didapatkan kalau lokasi ini merupakan central transaksi seks dengan asumsi bahwa sebagian besar informan yang ada mempunyai kesempatan mendapat tamu untuk melakukan hubungan seks.

3.9 Waktu Penelitian

Peneliti melakukan penelitian selama bulan Juni tahun 2008.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi

Stadion Bekasi atau Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi terletak dipersimpangan jalan/ perempatan berseberangan dengan kantor Pemda Bekasi. Sebelum digunakan oleh Pemerintah Kota Bekasi, gedung kantor Pemda digunakan oleh Pemda Kabupaten Bekasi yang kemudian melakukan migrasi ke kantor baru di Cikarang.

Sisi Stadion Bekasi atau Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Bekasi berupa taman kota yang sebelumnya digunakan sebagai bumi perkemahan Karang Kitri Bekasi. Setelah terpaksa dipindahkan ke daerah di depan UNISMA Bekasi, bumi perkemahan kemudian tergusur oleh *Blue Mall (Carrefour)* yang kemudian sekarang tidak diketahui dimana rimbanya.

Ada yang menarik dari simpang Pemda Bekasi ini, banyaknya waria yang mangkal diseputaran simpang Pemda. Selain waria kadang ada juga PSK (Penjaja Seks Komersil) yang mangkal dan bertransaksi di simpang Pemda. Lampu jalan yang sering padam dan eks bumi perkemahan yang sudah menjadi taman kota yang rimbun oleh pohon, daerah seputaran simpang Pemda dan stadion/ Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) ini menjadi lokasi yang strategis untuk kegiatan yang melanggar perda asusila.

Gambar 4.1
Peta Lokasi Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi
Sumber: Google Earth



Keterangan:

Tanda Panah menunjukan lokasi transaksi seksual Waria di Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi

4.2 Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari empat belas orang, terdiri dari enam orang untuk wawancara mendalam dan delapan orang untuk FGD yang telah memenuhi syarat kriteria yang telah disampaikan peneliti sebelumnya. Karakteristik informan wawancara mendalam akan disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1
Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

No	Nama	Umur	Pendidikan Terakhir	Daerah Asal	Lama Menjadi PSK
1	E	25 tahun	SD	Bekasi	7 tahun
2	I	25 tahun	SMP	Brebes	8 tahun
3	P	26 tahun	SD	Bekasi	12 tahun
4	R	40 tahun	SD	Solo	15 tahun
5	M	28 tahun	SD	Pekalongan	8 tahun
6	W	38 tahun	SMA	Bekasi	15 tahun

Gambaran Karakteristik Informan Waria adalah sebagai berikut:

1. Informan pertama dengan initial nama E, anak ke 2 dari 5 saudara usia 25 tahun, mulai merasakan perasaan sebagai wanita sejak umur 14 tahun, bekerja sebagai Penjaja Seks Komersil sejak umur 19 tahun dengan karakter agak pendiam. Saat pertemuan wawancara mengenakan dandanan sebagaimana wanita. Mengaku kalau keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya sebagai waria. Karakter informan yang pendiam, menjadi tantangan yang cukup sulit untuk menggali informasi secara mendalam tentang IMS. Tetapi setelah peneliti memperkenalkan diri dan menyampaikan maksud tujuan, informan baru mulai terlihat nyaman.
2. Informan kedua dengan initial nama I, anak ke 5 dari 5 bersaudara ,usia 25 tahun, mulai merasakan diri sebagai wanita sejak SD sejak umur 9 tahun, pertama kali melakukan seks dengan sesama jenis dengan saudara sepupu sendiri, bekerja sebagai penjaja seks komersil sejak umur 17 tahun dan

membuka usaha salon dirumah dengan karakter ceria. Mengaku mulai merasakan nyamannya berdandan seperti perempuan sejak ikut jadi penari latar sewaktu informan berusia 17 tahun. Keluarga di kampung halaman mengetahui keberadaan informan sebagai waria.

3. Informan ketiga dengan initial nama P, berusia 27 tahun, mulai merasakan diri sebagai wanita sejak kecil berumur 7 tahun. Informan dari kecil sudah berteman selalu dengan perempuan, mainan perempuan. Bekerja sebagai penjaja seks komersil sejak umur 15 tahun, anak ke 2 dari 7 bersaudara. Keluarga mengetahui keberadaan informan sebagai waria. Karakter informan yang *cerewet*, membuat peneliti harus mengontrol informasi yang diberikan oleh informan menjadi tidak bias dan keluar jalur dari topik pertanyaan yang diajukan.
4. Informan yang ke empat dengan initial nama R, berusia 40 tahun, mulai melakukan oral seks sejak berumur 12 tahun dengan teman sekolah dasar (SD) informan. Informan mengaku mulai bekerja sebagai penjaja seks komersil dari usia 25 tahun, anak ke 5 dari 12 bersaudara. Mengaku kalau keluarga di kampung tidak mengetahui keberadaan informan sebagai waria. Pribadi informan yang dewasa dan bersahaja memudahkan peneliti dalam menggali informasi secara mendalam tentang topik pertanyaan yang diajukan.

5. Informan ke lima dengan initial nama M, berusia 28 tahun. Sejak kecil hidupnya dengan paman, yang notabenenya waria. Dari dan dengan pamannya informan mengaku kalau melakukan seks dengan sejenis pertama kali. Mengaku menjadi penjaja seks komersil sejak dari umur 20 tahun. Pribadi informan yang pemalu, membuat peneliti mengerahkan kemampuannya untuk menggali informasi yang mendalam dari informan.
6. Informan ke enam dengan Initial nama W, berusia 38 tahun. Mengaku menjadi penjaja seks komersil sejak umur 23 tahun, jadi sudah 15 tahun informan *mejeng*. Mengaku keluarga mengetahui tentang keberadaan informan. Informan merupakan koordinator waria untuk wilayah bekasi. Dengan karakter informan yang hati-hati sekali dalam menyampaikan informasi, membuat peneliti mengajukan pertanyaan dengan seksama. Sudah menjadi koordinator waria dalam 2 tahun terakhir.

Tabel 4.2
Karakteristik Informan Focus Group Discussion

No	Nama	Umur	Pendidikan Terakhir	Daerah Asal	Lama Menjadi PSK
1	A	19 tahun	SMP	Pemalang	3 tahun
2	S	26 tahun	SMEA	Cianjur	10 tahun
3	C	26 tahun	SMA	Bogor	3 tahun
4	N	24 tahun	SMA	Surabaya dan Medan	4 tahun
5	D	25 tahun	SD	Bekasi	8 tahun
6	Y	27 tahun	SD	Bekasi	10 tahun
7	R	25 tahun	SD	Bekasi	8 tahun
8	T	39 tahun	SD	Bekasi	13 tahun

Gambaran Karakteristik Informan Focus Group Discussion adalah sebagai berikut:

- 1) Informan pertama dengan initial nama A, anak ke 3 dari 4 saudara, usia 19 tahun. Mengaku saat kecil sudah senang melihat kakak perempuannya *dandan* dan saat kakak perempuannya tidak ada mencuri pakai alat rias dan pakaian kakaknya, saat itu informan berumur 11 tahun dan duduk di kelas VI SD. Mengaku menjadi waria karena pergaulan dan beranggapan kalau menjadi waria mudah mendapatkan laki-laki. Bekerja sebagai penjaja seks sejak 3 tahun belakangan ini. Mengaku kalau keluarga sudah mengetahui keberadaannya. Karakter informan yang pemalu membuat peneliti agak kesulitan untuk menggali informasi tentang diri informan.

- 2) Informan ke dua dengan initial nama S, merupakan anak ke2 dari 5 bersaudara, yang terdiri dari laki-laki semua. Berumur 26 tahun, mengaku sejak kecil sudah senang dengan mainan anak perempuan seperti boneka. Sejak kelas IV SD sudah tidak mau bergaul dengan anak laki-laki, duduk di kelas pun dengan anak perempuan. Sangat tidak menyukai bulu-bulu yang tumbuh di sekujur tubuhnya. Mengaku menjadi waria bukan karena lingkungan, karena di lingkungan asalnya di Cianjur saat itu tidak ada waria. Pertama kali kenal waria di Cianjur tahun 1997/1998 mencoba ke taman lawang walaupun saat itu statusnya masih menjadi siswa sekolah, yang berakibat informan jadi sering bolos sekolah. Setelah lulus Sekolah Menengah Atas pada tahun 2000 mejeng di Taman Lawang Jakarta selama 7 bulan, kemudian pada tahun 2001 mejeng di Bandung dan mulai tetap di Bekasi sejak tahun 2003 sampai dengan sekarang. Menurut pengakuan informan, informan besar di tengah keluarga yang moderat. Apa pun pilihan anaknya yang penting tidak menyusahkan dan mengganggu orang lain.
- 3) Informan ke tiga dengan initial nama C, berumur 26 tahun. Merupakan anak laki-laki satu-satunya dalam keluarga. Mengaku sudah merasakan keganjilan sejak SD transisi SMP, karena senang melihat *burung* teman kalau teman laki-lakinya ke toilet suka mengikuti. Mengaku di *perawanin* saat informan menginjak kelas II SMP oleh teman sendiri karena pengaruh *blue film*. Sejak Sekolah Menengah Atas (SMA) mulai berani menunjukkan jiwa keperempuanannya hingga jatuh cinta dengan sejenis dan gejala ini

informan menyebut dirinya *gay* saat lulus SMA. Menjadi waria karena lingkungan sejak tahun 2006 di GOR, yang sebelumnya di Taman Lawang. Mengaku kalau orang tua tahu bahwa informan adalah *gay* bukan waria. Karakter informan yang periang, *rame* dan membuat jalannya diskusi kelompok terarah ini menjadi lebih hidup. Pernah merasakan cinta monyet terhadap lawan jenis (perempuan) dan pernah pacaran dengan perempuan selama 4 tahun. Setelah itu putus karena informan merasa tidak bisa menjadi laki-laki sebagaimana adanya.

- 4) Informan yang ke empat dengan initial N, berumur 24 tahun. Mengaku sejak SMA sudah sering *melayani* teman sendiri, walau pun saat itu hanya oral seks. Mengaku mulai kenal dunia malam atau mejeng sejak tahun 2004 di GOR. Masih menurut informan kalau keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya sebagai waria. Pembawaan informan yang ceria, terlihat seperti tidak ada masalah dengan dirinya.
- 5) Informan yang ke lima dengan initial D berumur 25 tahun, anak ke 3 dari 7 sejak kecil sudah suka bergaul dengan perempuan dan menyukai mainan perempuan seperti masak-masakan dan boneka. Tahun 2003 mulai menjadi waria dan mulai terjun ke dunia malam waktu itu saat informan berumur 18 -- 19 tahun.
- 6) Informan yang ke enam dengan initial nama Y berumur 27 tahun, anak ke 4 dari bersaudara. Merasa jiwanya sebagai perempuan sejak kecil dari Sekolah Dasar (SD), kalau teman renang suka ikut. Mengaku menjadi waria bukan karena lingkungan tapi bawaan dari kecil. Lulus sekolah

mulai menjadi waria, tetapi mulai *mejeng* sejak tahun 1998. Merasakan jatuh cinta dengan laki-laki sejak lulus sekolah. Mengaku bahwa keluarga mengetahui keberadaanya sebagai waria.

- 7) Informan ke tujuh dengan initial nama R berumur 25 tahun. Mengaku mulai suka dengan sesama jenis (laki-laki) sejak dari Sekolah Dasar (SD), sempat mengalami cinta monyet dengan laki-laki sejak umur 9-10 tahun. Mengaku sejak kecil senang sekali kalau didekati oleh laki-laki, senang sekali belajar bareng dengan laki-laki. *Diperawanin* sewaktu berumur 12 tahun dan sedang di Jakarta, oleh kemenakan sendiri akibat sering tidur bersama. Berawal dari informan menjadi figuran-figuran di sinetron dan bergabung di sanggar tari informan merasa dirinya tidak sendiri merasakan kelainan dalam hal orientasi seksual, karena teman-temannya memiliki hal yang serupa yaitu suka dengan sesama jenis (laki-laki). Mulai terjun ke jalan sejak tahun 2000.
- 8) Informan ke delapan dengan initial nama T, berumur 39 tahun, anak ke 6 dari 10 bersaudara. Mengaku dari kecil sudah merasa seperti perempuan, senang *dandan* dan senang mengenakan pakaian perempuan. Mengaku kalau penampilan keseharian memang seperti laki-laki tapi kepribadian seperti perempuan. Sejak umur 12 tahun sudah tahu oral seks dengan teman-teman informan sewaktu masih duduk di Sekolah Dasar. Dan sejak umur 12-13 tahun juga sudah sering berhubungan dengan laki-laki, karena melihat sikap dari informan yang feminim. Keluarga sering menanyakan

keberadaan informan karena melihat tingkah tanduk informan yang lebih mirip perempuan

Dari uraian karakteristik informan baik informan wawancara mendalam maupun focus group diskusi di atas serta hasil pengamatan, peneliti dapat menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1). Umur semua informan yang relative masih sangat muda saat mengenal dan melakukan seks yang kali pertama.
- (2). Bila mengacu kepada pengakuan informan, sebagian besar informan merasakan keganjilan dan merasa dirinya sebagai perempuan memang sejak kecil, dan bukan karena lingkungan
- (3). Ada riwayat keluarga yang memang sama (menyukai sejenis) seperti informan
- (4). Ada kesamaan pula kalau pertama kali melakukan seks beresiko dengan orang terdekat, misalnya paman, sepupu, kemenakan, dan teman/sahabat.
- (5). Tingkat pendidikan sebagian besar informan rendah yaitu SD sebanyak 8 orang, SMP sebanyak 2 orang dan SMA dan SMEA kejuruan sebanyak 4 orang.
- (6). Informan yang mengaku kalau keluarga mereka mengetahui keberadaannya (sebagai waria) ternyata lebih banyak yaitu sebanyak 12 orang, dan yang tidak ketahui oleh keluarga sebanyak 2 orang

(7). Informan yang berasal baik dari dalam maupun dari luar daerah Bekasi seimbang, yaitu sebanyak 7 dari lokal atau Bekasi dan 7 orang lagi berasal dari suku diluar Bekasi, yaitu berasal dari suku Jawa.

Tabel 4.3
Karakteristik Informan Petugas Kesehatan

No	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Daerah Asal	Masa Kerja di Klinik
1	Em	Perempuan	29 tahun	D III Keperawatan	Bekasi	1,5 tahun

Tabel 4.4
Karakteristik Informan Dukun Tradisional

No	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Daerah Asal	Masa Praktek
1	S	Laki-laki	40 tahun	SMA	Sukabumi	20 tahun

4.3. Pengetahuan Informan

Penelusuran peneliti mengenai pengetahuan informan tentang Infeksi Menular Seksual (IMS), meliputi pengetahuan mengenai IMS, jenis IMS, cara penularannya, dan cara pencegahannya.

4.3.1 Sumber Informasi

Saat pertama kali peneliti mengajukan pertanyaan mengenai pengetahuan informan akan IMS, maka sebagian besar informan wawancara mendalam cenderung menyatakan darimana informasi pertamakali didapatkan tentang IMS. Informan menyatakan informasi mereka dapatkan dari beberapa LSM seperti Global Fund, Lembaga Kasih Indonesia, serta Srikandi Pasundan yang memang

merupakan organisasi atau wadah yang mengkonsentrasikan aktivitasnya terhadap komunitas waria, IMS serta HIV/AIDS. Beberapa penuturan informan seperti pada kutipan berikut ini.

“ pertama kali mendapatkan informasi tentang IMS pada tahun 2004 dari Srikandi Pasundan, saat itu saya baru tahu apa itu penyakit IMS dan bahayanya penyakit IMS itu” (informan 2)

“ ... tahu tentang IMS pertama kali waktu ada penyuluhan dari Global Fund pada tahun 2005 dan SP tentang IMS” (informan 3)

“ tahu pertama kali dari rapat-rapat dan waktu itu ada undangan dari Lembaga Kasih Indonesia, tentang IMS ya udah deh jadi tahu kita ” (informan 1)

Berbeda sedikit dengan jawaban sebagian besar informan wawancara mendalam di atas, maka pada saat dilontarkan pertanyaan yang sama terhadap kelompok diskusi terarah (FGD), didapatkan jawaban bahwa IMS adalah penyakit akibat sering berganti-ganti pasangan seksual, seperti kutipan berikut ini

“ ...penyakit karena sering nyebong ganti-ganti pasangan..mba” (informan 8)

“...kebanyakan pada laki-laki karena jamur itu...hm..., bisa juga karena berganti-ganti pasangan, contohnya GO” (informan 2)

Saat ditanyakan lebih lanjut apa yang informan ketahui tentang jenis-jenis IMS maka sebagian besar informan mengatakan bahwa IMS adalah penyakit Sifilis, Raja Singa, kondiloma akuminata, seperti kutipan berikut ini

“... yang saya tahu Kondiloma, Sifilis, Raja Singa, Jengger Ayam” (informan 3)

“ ya yang itu kan mba, hm...(ekspresi mengerutkan dahi) itu lho yang Raja singa, kutil di kemaluan kita...(informan 4)

Berbeda dengan jawaban sebagian besar informan FGD di atas, ada satu orang informan yang menjawab bahwa IMS adalah penyakit akibat hubungan seksual yang jorok dan tidak lihat-lihat tamu lagi, seperti dalam kutipan ini.

"...kalau kita maen jorok, gak lihat-lihat tamu...ya begitu itu mba"
(informan 6)

" kita itu mba sering maen dengan tamu, teruss...sering debong deh, kayak ambeyen kebesaran..bo, terus karena pejuh (sperma) jarang dicuci". (informan 8)

Namun ada pula dari satu orang informan yang menyatakan bahwa IMS merupakan penyakit akibat hubungan seksual tidak menggunakan kondom seperti dalam kutipan berikut ini.

"...yang saya tahu dari penyuluhan waktu di Semarang IMS karena gak pake pengaman waktu maen..." (informan 7)

4.3.2 Cara penularan IMS

Dari beberapa informan sebagian besar menyatakan kalau penularan penyakit IMS melalui hubungan seks yang tidak aman (tidak menggunakan kondom) sering berganti-ganti pasangan, dan tidak selektif dalam menerima tamu.

" hm penyebab IMS itu karena kita saat maen (berhubungan seks) tidak aman, itu lho mba kalau maen kita suka jorok nggak lihat-lihat tamu dulu,"(informan 1)

"... ya kita mah baru tahu kondom baru-baru ini aja, jadi dari dulu kalau maen gak pernah pake kondom karena dulu kondom kan masih jarang banget mba apalagi kalau tamunya cekong, eh..main sumber aja"(informan 3).

" ...yah karena kita sering maen dengan ganti-ganti pasangan setiap malamnya...mba, jadi ada istilah cuci botol karena tamu itu kan punya

istri kalau diluar dia dengan kita (waria) terus pulang kerumah bisa maen dengan istrinya kan, yah gampang tertular dong..”(informan 4)

“...kalau kita maen dengan anal seks dan ada luka di anal, yah..itu yang memudahkan kita tertular” (informan 6)

Senada dengan sebagian besar jawaban informan wawancara mendalam, sebagian besar informan diskusi kelompok terarah juga memberikan jawaban bahwa IMS dapat ditularkan karena hubungan seks yang tidak menggunakan kondom, tidak tahu tentang latarbelakang tamu atau pelanggan. Seperti kutipan berikut ini

“ waria itu kan kelompok paling beresiko, karena berhubungan seksual tidak dengan satu pasangan saja, tapi berganti-ganti pasangan seks di anal tidak pakai pengaman, tidak tahu riwayat penyakit pasangan, pejong (sperma) walaupun tidak keluar didalam tapi bisa kena bakteri dan virus, karena virus tidak hidup di sperma tapi di cairan bening...(informan2)

*“ yah karena dari hubungan seks yang tidak pakai kondom...”
(informan 6)*

Namun ada yang menarik saat ada satu informan FGD yang mengatakan bahwa penularan IMS dapat terjadi bila sperma keluar di dalam, baik di dalam mulut maupun di dalam anal, berikut kutipannya

“... dari itu perilaku, atau kitakan punya pasangan tapi kita tidak tahu tentang dia dan kita ngelakuin seks yang tidak aman, maksudnya tidak pakai kondom, kita ngelakuin oral seks ya udah keluar di dalam, bisa nular deh”. (informan 3)

4.3.3 Pencegahan penyakit IMS

Dari semua informan wawancara mendalam mengatakan cara yang paling efektif untuk mencegah menularnya penyakit IMS adalah dengan menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan atau tamu. Walaupun begitu tetap saja informan merasa kalau penggunaan kondom pun masih jarang dilakukan karena beberapa hal seperti permintaan tamu yang datang dan pertimbangan informan sendiri seperti rasa suka dengan tamu.

“... yang saya tahu dengan kondom dapat mencegah penyakit IMS , tapi gimana ya mba...(ekspresi malu-malu) kalau ketemu tamu yang cekong (cakep, ganteng), ya...(tertawa) kita ndak dibayar juga ndak apa-apa (informan 3).

“ pake kondom mba, tapi kalau tamu lagi sepi terus kita butuh uang ada yang datang tapi nawarnya gak mau pake kondom...yah kita layani juga” (informan 6)

Tidak berbeda dengan jawaban sebagian besar informan wawancara mendalam, seluruh informan dalam diskusi kelompok terarah (FGD) menyatakan kalau dalam hal pencegahan IMS cara yang paling efektif adalah menggunakan kondom, seperti kutipan berikut ini

“ ...hanya pake kondom mba... ” (informan 4)

“ hm...dengan kondom...mba” (informan 8)

4.4 Persepsi kerentanan dan kegawatan terhadap IMS

Dari penelusuran peneliti tentang kerentanan dan kegawatan terhadap IMS meliputi jenis penyakit IMS yang diderita oleh informan, perasaan informan saat mengetahui dirinya terinfeksi penyakit IMS, jenis IMS yang paling berbahaya, cara berhubungan seks yang paling rentan terkena IMS.

4.4.1 Jenis IMS yang diderita Informan

Sebagian besar baik informan wawancara mendalam maupun diskusi kelompok terarah (FGD) menjawab bahwa jenis IMS yang sekarang dideritanya adalah: Sifilis, Herpes, Kondiloma Akuminata, TBC kelenjar, walaupun ada sebagian kecilnya ada yang menyatakan kutu bayur (kutu di rambut kemaluan) dan sariawan sebagaimana cuplikan hasil wawancara di bawah ini:

" hm... (ekspresi seperti berpikir) kalau saya pernah merasakan tubuh panas dingin seperti meriang begitu mba, ...setelah saya mengikuti penyuluhan di SP baru saya tahu kalau yang saya rasakan adalah gejala dari penyakit Raja Singa (Sifilis)". (informan 4)

"... pertama saya merasakan gejala seperti ada kutil (kondiloma akuminata) di anus saya".(informan 3)

"... kalau saya memang Sifilis... mba" (informan 6)

"...ya begitu mba rasanya perih di anus, terasa basah lama-lama seperti genjer ayam"(informan 5).

" hm..kutu bayur mba..., ada dirambut kemaluan (informan 2)

" kalau buang air besar suka sakit mba..., ada kutil siiihh" (informan 1)

Ada pernyataan yang mengejutkan peneliti saat ada dua dari informan wawancara mendalam yang menyatakan bahwa dirinya sudah positif HIV. Dengan kata lain mereka mengaku sebagai ODHA, tapi sejauh ini informan mengaku kalau dirinya belum berani mengikuti terapi untuk ODHA di Klinik Pondok Sehati, walaupun sebelumnya mengikuti Voluntary Counseling and Testing (test HIV secara sukarela disertai dengan konseling) dan dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS, seperti kutipan berikut ini

" kalau mba tanya aku mengidap jenis IMS apa...hm gimana ya mba, sebenarnya aku ODHA mba..., sudah VCT sih.....dan aku juga menderita sifilis sebelumnya.."(informan 6)

"hm...(mata informan menerawang jauh dan tiba-tiba menangis)..hiks..hiks..saya sudah ODHA mba...(informan 2)

Peneliti mencoba memberikan gambaran sedikit mengenai Klinik IMS Pondok Sehati yang merupakan salah satu klinik yang difasilitasi oleh Family Health Internasional (FHI), yaitu suatu organisasi swasta yang peduli dengan HIV/AIDS di tingkat internasional. Klinik ini terbentuk secara resmi pada bulan Juni tahun 2006. Lokasi klinik berada pada satu bangunan dengan Puskesmas Kecamatan Cikarang Utara Kabupaten Bekasi.

Namun demikian secara administrasi klinik ini terpisah dengan Puskesmas, yaitu bertanggung langsung kepada FHI. Pembentukan klinik bertujuan sebagai proyek percontohan dengan harapan ke depan akan diikuti oleh Puskesmas secara mandiri. Seperti contoh di Kabupaten Subang sudah banyak Puskesmas yang memberikan layanan untuk HIV/AIDS.

Walaupun klinik IMS Pondok Sehati ini baru berjalan 1,5 tahun, tetapi jumlah kunjungan hingga bulan Agustus 2007 sudah mencapai 879 orang dengan kasus IMS dan 60 orang di antaranya didiagnosis HIV/ AIDS. Kunjungan klien HIV/ AIDS sebagian besar datang dengan didampingi oleh petugas lapangan. Jarang sekali klien secara pribadi datang untuk VCT.

Fasilitas pelayanan yang tersedia meliputi layanan VCT, konseling manajemen kasus, pengobatan IMS, pengobatan infeksi oportunistik AIDS

Peneliti terus mengejar jawaban yang diberikan oleh informan yang mengaku dirinya ODHA. Namun semakin dikejar semakin informan agak menarik diri dari pertanyaan yang menyinggung tentang dirinya yang ODHA, dengan bahasa tubuh yang tiba-tiba berubah menjadi tidak nyaman dengan wawancara yang sedang berlangsung. Namun dengan mencoba berempati atas jawaban yang diberikan, peneliti kembali dapat melanjutkan wawancara dengan informan yang mengaku sudah terinfeksi HIV/AIDS. Wawancara kembali dilanjutkan dengan sesekali berhenti sejenak memberikan waktu kepada informan untuk menangis. Sepanjang proses wawancara dengan ODHA tersebut, peneliti mencium aroma dari sekitar peneliti dengan informan ODHA. Aroma tersebut ternyata berasal dari tubuh informan ODHA yang mengaku dengan diare yang berkepanjangan. Berikut kutipan hasil wawancara mengenai informan yang sudah terkena ODHA.

“ ...waktu itu aku curhat ke bunda (koordinator waria) tentang sakit ku yang selalu diare terus gak sembuh-sembuh, terus aku diajak sama bunda ke klinik yang ada di Cikarang...pertama kali sih aku gak mau mba...,malu, terus akhirnya aku ikut juga, disana diambil darahnya, pas tahu hasilnya positif...aku nangis sejadi-jadinya... ”.(informan 2)

"...sebenarnya saya sudah ODHA mba...(diam sejenak) dan saya mengalami Sifilis"(informan 6)

4.4.2 Perasaan informan saat mengetahui terinfeksi IMS

Saat peneliti menanyakan perasaan informan saat mengetahui dirinya menderita IMS berbagai respon yang langsung keluar dari pengakuan informan sebagian besar menyatakan kalau perasaan yang dirasakan saat itu beragam bingung, panik, takut, sedih, khawatir dan pasrah, sampai taku mati seperti kutipan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) di bawah ini.

" ya yang pertama kali saya rasakan bingung, sedih, takutnya juga ada, takut kalau mati"(informan 3)

"...takut...mba, bener deh saya takut banget" (informan 5)

" hm...gimana ya, saat itu saya sedih khawatir juga ada, karena kan menurut orang tua, penyakit itu berbahaya bisa membahayakan jiwa kita".(informan 1)

"... sedih yang pastinya ...mba, tapi gimana lagi ya...sudah nasib saya kali, resiko punya kerjaan begini". (informan 4).

Saat pertanyaan yang sama dilontarkan oleh peneliti pada diskusi kelompok terarah (FGD), secara bersamaan ekspresi informan menjadi sedih dan terdiam sesaat, dan jawaban sebagian besar informan tidak beda dengan informan wawancara mendalam. Seperti beberapa cuplikan diskusi tersebut.

" ya...syok lah mba,...apalagi aku belum dapet informasi yang jelas tentang IMS" (informan 4)

" ya ampun mba....aku tuh sediih banget deh., takut juga..." (informan 3)

4.4.3 Jenis IMS yang paling berbahaya

Sebagian besar informan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) mengatakan yang paling berbahaya adalah Sifilis dan HIV /AIDS karena dapat menyerang otak dan menyebabkan kematian.

" kalau menurut saya yang paling berbahaya adalah Sifilis atau raja singa itu mba, karena dapat menyerang otak dan merenggut nyawa kita".(informan 4)

"...hm...apa ya.., semuanya berbahaya sih mba, tapi yang paling bahaya adalah raja singa itu lho mba..." (informan 3)

" Raja singa karena merupakan pintu masuk dari semua penyakit dan walau pun sembuh virus masih di dalam darah" (informan 2)

" ...yah Sifilis itu apalagi kalau pengobatannya tidak tuntas mba, bisa menyebabkan kebutaan, dan akhirnya kematian". (informan 6)

" HIV/AIDS tentunya mba...bisa nyebabin kita meninggal" (informan)

Namun ada pula dari beberapa informan yang menyatakan kalau jenis IMS yang paling berbahaya adalah Gonoroe karena dapat menyebabkan kemandulan. Seperti kutipan berikut ini

" kencing nanah yang menurut aku yang paling berbahaya, karena bisa nyebabin kemandulan bisa cewek, bisa cowok " (informan 5)

4.4.4 Cara berhubungan seks yang rentan akan IMS

Sebagian besar dari informan menyatakan kalau cara (gaya) dalam berhubungan seksual yang paling rentan akan IMS adalah melalui anal seks, walaupun sebagian kecil menyatakan kalau oral seks juga rentan akan IMS.

"...maaf ya kalau kita melakukan anal seks, apalagi analnya ada luka, maka akan cepat terkena IMS". (informan 2)

"ya anal seks mba,..karena bakteri dan virus itu suka pada luka yang terbuka". (informan 6)

"...gak nutup kemungkinan juga mba lewat oral seks bisa tertular IMS, apalagi kalau ada sariawan di sekitar mulut". (informan 3)

4.5 Sikap Informan terhadap IMS

Untuk pertanyaan mengenai sikap, peneliti agak kesulitan untuk mengukur sikap informan yang menderita IMS. Akhirnya dengan mengajukan ilustrasi terlebih dahulu kepada informan dan memberikan pertanyaan sebagai berikut; bagaimana sikap mba apabila ada seorang yang menderita IMS tetapi tidak mencari pengobatan keluar?

Sebagian besar informan wawancara mendalam dan FGD menyatakan kalau perbuatan tersebut adalah keliru dan salah, dan mereka menyatakan kalau tidak setuju dengan penderita IMS tersebut. Berikut cuplikan wawancara mendalam mengenai sikap informan.

"...hm bagaimana ya, ya kalau saya sangat tidak setuju kalau dia sudah tahu kena penyakit yang berbahaya (IMS) tapi masih tidak mau berobat"(informan 3)

"berobat atau tidak memang urusan masing-masing orang ya mba, tapi kalau sampai IMS nya sendiri malah membahayakan orang lain, misalnya istrinya...ya..harusnya berobat mba" (informan 6)

"...penyakit kalau didiamkan saja malahan makin parah..mba, artinya memang harus diobati"(informan 1)

4.6 Perilaku Pencarian Pengobatan

Pada pertanyaan mengenai perilaku pencarian pengobatan, pada tahap ini peneliti mengajukan pertanyaan apa yang dilakukan informan ketika pertama kali tahu menderita IMS; mendiamkan saja, mengobati sendiri, pergi mencari pengobatan.

4.6.1 Mendiamkan saja

Semua informan mengatakan ketika pertama kali mengetahui dirinya terinfeksi IMS, dalam kurun waktu yang lama tidak melakukan apa-apa dapat diartikan bahwa informan mendiamkan saja penyakit yang di deritanya. Sebagian besar informan mengatakan alasan yang beragam seperti bingung, malu, terbatasnya informasi yang didapatkan.

" hm ... kurang lebih 8 – 9 tahun saya merasakan sakit, tapi saya tidak mengobati penyakit ini, ...hm (ekspresi agak terbata) habis gimana ya mba, malu sih..."(informan 4)

" ya bingung mba...saya gak tahu harus ngapain", tapi setelah saya dapat informasi tentang IMS dari SP, baru saya sadar ". (informan 1)

" ...hm gimana ya mba, sampai saat ini pun saya tidak pergi mengobati IMS yang saya derita,...malu mba dengan petugas kesehatan yang mau periksa kita".(informan 5)

4.6.2 Mengobati sendiri

Sama halnya pada tahap mendiamkan (*no action*), sebagian besar informan mengatakan bahwa mereka pernah mengobati sendiri penyakit IMS yang dideritanya. Adapun pengobatan yang dimaksud dengan beli obat di warung yaitu

supertetra atau tetrasiklin, salep kulit 88 dan kalpanax. Seperti kutipan wawancara berikut ini

"...minum obat dari warung, antibiotik, atau supertetra langsung dioles ke anus yang sakit".(informan 3)

" cuma gatal-gatal saja (IMS) paling diobati pakai antibiotik (supertetra) (dioleskan saja), tidak pernah minum obat karena takut minum obat, dan jamu juga".(informan 1)

" ...kadang pake salep kalpanax, dioles begitu aja bagian yang sakit (anus)...habis gimana ya..". (informan 2)

"...hm kalau saya pakai salep 88, habisnya bingung pake apaan ngobatinnya...dan pake supertetra juga" (informan 5)

Selain itu dari hasil diskusi kelompok terarah ada satu orang informan yang menyatakan mengobati sendiri dengan supertetra dan daun sirih buat bilasan (cebok) dan minum ramuan nanas muda. Seperti cuplikan wawancara di bawah ini

"... selain pake supertetra aku juga pake daun sirih untuk cebok, minum ramuan nanas muda" (informan 5)

"...bagian bawah perutku kan sering sakit mba, kayak turun berok, terus disarankan saudaraku untuk minum ramuan nanas muda...katanya untuk ngilangin nyeri

Informan mengakui kalau daun sirih yang digunakan hanya untuk membasuh kelamin untuk mengurangi luka disekitar anus yang luka. Begitu pula dengan ramuan nanas muda yang diminum.

4.6.3 Pergi Mencari Pengobatan

Sebagian besar informan baik dalam wawancara mendalam maupun FGD mengatakan, saat menderita sakit IMS maupun informan yang mengaku ODHA mereka melakukan pencarian pengobatan ke klinik pondok sehati di Cikarang. Walaupun hanya satu dari informan menjawab ke dukun tradisional.

"...tapi setelah tahu tentang IMS dari SP, saya pergi mencari pengobatan ke klinik pondok sehati yang ada di Cikarang... habis gimana ya mba, soalnya di sana nyaman". (informan 3)

"pondok sehati mba...itu pun setelah bertahun-tahun saya tidak tahu harus kemana, karena menjadi waria pun sudah malu apalagi menderita sakit begini mba.. " (informan 4)

"...hm...dari mami (koordinator waria) aku tahu tentang klinik pondok sehati, jadi sekarang kalau merasakan sakit pasti aku ke sana" apalagi waktu aku positif ODHA, aku jadi makin rajin ke sana (klinik Pondok Sehati), tapi mba...aku belum siap untuk therapi(informan 2)

"sejak SP berdiri dan aku bergabung dengan SP, aku sudah tahu tentang keberadaan klinik pondok sehati, yang memang menangani IMS dan HIV/AIDS, jadi kalau temen-temen ngeluh tentang sakitnya (IMS) langsung aku ajak ke klinik pondok sehati, terus karena aku positif ODHA maka aku makin rajin untuk ngajak teman-teman biar periksa secara sukarela, tapi...ya gitu mba, susah sekali ngajaknya (informan 6)

Jawaban informan kalau mereka melakukan pencarian pengobatan ke klinik Pondok Sehati yang berlokasi di Cikarang, dibenarkan oleh petugas kesehatan yang ada di Klinik tersebut. Petugas Kesehatan di klinik Pondok Sehati menyatakan bahwa waria merupakan pribadi yang unik dan hanya terbuka dengan petugas kesehatan yang laki-laki saja. Seperti kutipan wawancara dengan petugas kesehatan di klinik Pondok Sehati berikut ini.

" ya bener mba pasien kami banyak dari komunitas waria juga, buat kami mereka pribadi yang unik..." (informan Petugas Kesehatan)

" ...mereka(waria) itu tidak terlalu terbuka dengan kita yang perempuan tapi terbuka dengan petugas kesehatan yang lain..., yang cowok mba" (informan Petugas Kesehatan)

Saat ditanya terus oleh peneliti mengapa tidak siap untuk therapy lebih lanjut untuk ODHA nya, maka informan mengungkapkan, ketidaksiapan dirinya menghadapi komplikasi lanjut dari therapy yang dilakukan. Menurut pengakuan informan juga walaupun sudah ODHA tapi masih *mejeng/ mangkal* di GOR untuk dapat tamu/ pelanggan. Seperti kutipan di bawah ini

" gak mba..gak ah..(sambil geleng-geleng) belum siap aja...khawatir kenapa-kenapa " (informan 2)

"...aku belum siap mba untuk therapy karena itu harus disiplin, baik dari minum obatnya jamnya harus tepat, melenceng 10 atau 15 menit aja harus ngulang lagi pengobatannya dari awal, jadi aku pikir-pikir belum siap deh..."(informan 6)

Sebenarnya ada dua informan yang menyatakan bahwa dirinya pernah ke dukun untuk mencari pengobatan, namun satu orang informan tidak mengetahui keberadaan dukunnya sekarang, berikut kutipan hasil diskusi kelompok terarah

" ...pernah juga sih ke dukun, diobatannya kayak dibaca-bacin gitu mba, ...persis paranormal" (informan 3)

" aku pernah ke dukun, tapi di suruh minum ramuan..hm (ekspresi agak berpikir) lupa ramuan apa ya, dan sekarang aku gak tahu lagi dukunnya ada dimana" (informan 1)

Hal ini senada dengan ungkapan dari dukun/ pengobatan tradisional yang didatangi peneliti yang berada di Sukabumi menyatakan kalau pasien datang dengan keluhan IMS maka dukun agak segan mengobatinya karena yang datang waria, karena khawatir tertular dengan penyakit IMS atau HIV/AIDS nya. Tapi kalau memang pasiennya memaksa maka dukun tradisionalnya hanya memberikan ramuan nanas dan terong, seperti kutipan wawancara berikut ini

"...kalau ramuan sih, semuanya dari bahan alam aja, seperti daun sirih untuk di basuh ke alat kelamin dan maaf...dubur pasien".(informan pengobatan tradisional)

"..hm..itu teh campuran...kadang-kadang pake nanas muda dan terong juga" (informan pengobatan tradisional)

Saat ditanya peneliti lebih lanjut mengenai kegunaan dari ramuan nanas muda dan terong yang dicampur dan diminum, maka didapatkan informasi bahwa ramuan tersebut kalau perempuan untuk menggugurkan kandungan, tapi kalau untuk waria lebih cenderung ke arah mengurangi sakit disekitar perut seperti wanita ingin datang bulan. Berikut kutipan di bawah ini

" ya itu teh untuk ngurangin rasa sakit disekitar bawah perut, kalau untuk perempuan berguna untuk menggugurkan kandungan..." (informan 2)

4.7 Dukungan Kelompok Sebaya

Dukungan kelompok sebaya menjadi salah satu topik pertanyaan yang ditemukan di lapangan. Peneliti mencoba menggali informasi mengenai manfaat dan nasihat yang didapatkan dari kelompok dukung sebaya.

Sebagian besar informan baik yang mengikuti wawancara mendalam maupun diskusi kelompok terarah (FGD) mengatakan bahwa banyak manfaat dan nasihat yang diberikan oleh kelompok dukung sebaya. Seperti cuplikan wawancara berikut ini.

" ... dari kelompok dukung sebaya yang ada di SP inilah saya mendapatkan pengetahuan tentang IMS" (informan 4)

" banyak mba manfaatnya, selain dapat temen banyak saya juga jadi bisa tahu tentang perilaku beresiko dikalangan waria yang bisa nyebabin sakit (IMS)" (informan 3)

" diberikan nasihat untuk bisa hidup lebih sehat, dan...hm..kalau mau maen harus pake kondom dan plecong (pelicin) bo.. biar gak mudah tertular penyakit yang lebih parah lagi "(informan 2)

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan makna hasil penelitian yang akan dijelaskan secara rinci terkait dengan tujuan penelitian. Pembahasan penelitian ini terdiri dari keterbatasan penelitian, karakteristik informan dan interpretasi hasil penelitian.

5.1. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pengalaman yang diperoleh selama melaksanakan penelitian ini, peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan dan kekurangan dalam penelitian ini, antara lain

1. Penentuan lokasi penelitian di Gelanggang Olahraga Remaja (GOR) Kota Bekasi, juga membatasi peneliti dalam melakukan observasi pada saat informan mejeng. Hal ini disebabkan karena waktu mejeng informan bekisar dari pukul 23.00 WIB sampai dengan pukul 04.00 dini hari. Karena peneliti seorang perempuan maka observasi hanya dapat dilakukan pada saat siang hari.
2. Informan tenaga kesehatan yang direncanakan dua orang, ternyata di lapangan hanya dapat diwawancarai satu orang. Hal ini disebabkan karena tidak bersedianya satu orang informan, sifatnya buka karena alasan pribadi, tetapi lebih kearah faktor birokrasi yang berlaku.

3. Menurut keterangan informan bahwa informan pernah melakukan pencarian pengobatan ke pengobatan tradisional, maka sebagai triangulasi sumber dan pentingnya informasi yang didapat maka peneliti pun mengejar informan sampai di tujuan, Sukabumi. Semula yang direncanakan dua orang dukun tradisional, ternyata hanya satu orang yang berhasil untuk di wawancarai, sedangkan yang satu lagi tidak berhasil karena alasan tidak ada waktu.
4. Sumber kepustakaan yang berhubungan dengan waria masih sangat sedikit sehingga untuk membandingkan penulis menggunakan beberapa hasil penelitian dan tentang WPS dengan asumsi antara WPS dan waria sama. Hal ini merupakan perilaku mencari pengobatan IMS antara WPS dan waria hampir sama.

5.2. Karakteristik Informan

Usia informan waria pada penelitian ini termasuk usia remaja dan dewasa , suatu usia produktif yaitu berkisar 19 – 40 tahun. Dengan memperhitungkan dari masa mejeng waria yang sebagian besar sudah di atas 10 tahun, maka peneliti dapat memperkirakan bahwa, usia informan yang sesungguhnya mulai terinfeksi IMS jauh lebih muda dari usia informan saat ini.

Informan sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan yang rendah (sekolah dasar). Pendidikan yang rendah dikalangan waria ini sejalan dengan hasil penelitian Awang (2002), Sudarti (1999) dan Barkah (1993). Masih relevan dengan Laporan Hasil Survei Surveilens Perilaku (SSP) tahun 2002 yang dilaksanakan hampir diseluruh provinsi di Indonesia, yang menyatakan bahwa sebagian besar pendidikan WPS rendah. Seperti hasil SSP di Provinsi Jawa Barat yang menyatakan bahwa sebagian besar (91.2%) WPS berpendidikan rendah (tamat SD). Begitu pula dengan hasil SSP di provinsi Jawa Timur menyatakan sebagian besar (75%) WPS berpendidikan rendah hanya lulus SD dan tamat SMP hanya 19%. Begitu pula dengan hasil SSP yang dilakukan di Provinsi DKI Jakarta yang menyebutkan bahwa sebagian besar (99%) WPS berpendidikan rendah, hanya lulus Sekolah Dasar.

Pendidikan yang rendah melatarbelakangi kalau informan merupakan kelompok yang beresiko terhadap IMS karena keterbatasan pengetahuan dan sulit akses terhadap informasi mengenai IMS. Walaupun sebagian kecil mempunyai latar belakang pendidikan sampai dengan Sekolah Menengah Atas (SMA). Dari informan yang memiliki latar belakang pendidikan SMA ini didapatkan informasi mengenai IMS, peneliti menggali dari aspek pengetahuan informan mengenai IMS.

Tempat tinggal dan daerah asal informan sebagian besar merupakan berasal dari Bekasi, dan sebagian besarnya lagi berasal dari Jawa Tengah dengan kata lain dari luar Bekasi. Hal ini disebabkan karena hidup waria yang sendiri, jauh dari keluarga, hidup berpindah-pindah, sulit mencari pekerjaan, tidak

memiliki pasangan, dikucilkan oleh masyarakat, dan akhirnya sebagian besar mereka menjadi PSK. Masih relevan dengan hasil SSP yang dilakukan di Provinsi Jawa Barat yang menunjukkan bahwa sebagian besar (92%) WPS berasal dari kabupaten yang berada di Provinsi Jawa barat. Begitu pula dengan hasil SSP di Jawa Timur yang menyatakan bahwa sebagian besar (93%) WPS berasal dari provinsi Jawa Timur, setelah itu baru Jawa Tengah.

Waria adalah komunitas yang mudah dikenali, kelas sosial mereka pada umumnya ada di tingkat bawah. Karakteristik waria yang unik dan mempunyai kepatuhan yang tinggi terhadap ketua kelompok mereka berimbas terhadap strategi untuk mengintervensi mereka dalam penanggulangan penyakit IMS untuk berperilaku seks yang aman dengan menggunakan kondom relative lebih mudah. Hal yang sulit untuk dilakukan adalah mengintervensi pelanggan seks waria, karena mereka berasal dari semua kalangan, mulai dari umur 12 tahun sampai dengan umur 50 tahun, mulai dari status ekonomi yang rendah (buruh pabrik, tukang becak) sampai dengan kalangan atas (Insinyur, dokter, pejabat, bahkan public figure/ artis), sulit dijangkau karena tidak ingin aktifitas seksnya diketahui atau melakukannya dengan sembunyi-sembunyi.

5.3 Pengetahuan Informan

5.3.1. Sumber Informasi

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan mengetahui tentang IMS dari Lembaga Swadaya Masyarakat, Srikandi Pasundan, Global Fund, Lembaga Kasih Indonesia. Pengetahuan informan mengenai IMS

berkaitan erat dengan pendidikan informan yang sebagian besar rendah hanya sampai SD dan ada yang hanya mengenyam pendidikan tidak sampai tamat SD. Meskipun sebagian besar informan menyatakan pernah mendengar dan mengetahui tentang mengenai IMS baik dari LSM di atas ataupun melalui media massa, cetak ataupun elektronik, namun sebagian besar tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang penyakit IMS itu sendiri. Hanya sebagian kecil dari informan memiliki pengetahuan yang cukup baik. Seperti pernyataan salah satu informan yang memiliki latar belakang pendidikan sampai SMA bahwa IMS adalah penyakit menular akibat hubungan seksual dengan berganti ganti pasangan yang sesungguhnya sudah tertular dengan bakteri ataupun virus IMS. Namun untuk informan yang sudah bergabung dengan Srikandi Patriot pengetahuan informan sudah cukup baik. Sebagian besar informan hanya menyatakan jenis – jenis IMS saja, seperti Sifilis, Gonoroe, Kondiloma Akuminata, Jengger Ayam. Namun sebagian besar pengetahuan informan tentang penyebab IMS masih rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian Awang (2002) yang menyatakan bahwa IMS disebabkan karena berhubungan dengan tamu yang jorok atau tidak bersih yang memang sudah menderita IMS dan karena perilaku informan yang tidak bersih, setelah melayani tamu, sperma tamu tidak langsung dibersihkan.

5.3.2 Cara Penularannya

Sebagian besar Informan baik yang mengikuti wawancara mendalam maupun FGD memang mampu menyebutkan jenis-jenis IMS yang mereka ketahui, dan sejalan dengan pengetahuan mereka tentang penularan IMS sudah cukup baik. Sebagian besar informan menyatakan bahwa hubungan seks yang

tidak aman (tidak menggunakan kondom) sering berganti-ganti pasangan, dan tidak selektif dalam menerima tamu dapat menularkan IMS. Hal ini senada dengan Daili (1999) dalam penelitiannya tentang beberapa penyakit menular seksual pada waria di Jakarta menemukan bahwa cara oral seks juga menyebabkan berkembangnya kuman GO di tenggorokan. Sejalan dengan penelitian ini beberapa informan menyatakan bahwa walaupun menggunakan oral seks, tidak menutup kemungkinan dapat juga menyebabkab IMS apalagi bila disekitar mulut ada sariawan dan luka.

5.3.3 Pencegahan IMS

Ada yang menarik saat ditanyakan tentang pencegahan IMS sendiri, sebagian besar informan menyatakan dengan serempak, IMS dapat dicegah dengan seks aman dengan menggunakan kondom. Dari semua informan menyatakan bahwa kondom dapat mencegah IMS. Hal ini senada dengan hasil SSP tahun 2002 di provinsi Jawa Barat yang sebagian besar (33,5%) WPS menyatakan menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan tamu atau pelanggan. Begitu pula masih relevan dengan hasil SSP tahun 2002 di provinsi Jawa Timur menunjukan bahwa penggunaan kondom sudah tinggi sebesar 40% menyatakan menggunakan kondom.

Namun pengetahuan informan yang tinggi mengenai pengetahuan pencegahan IMS dengan menggunakan kondom, tidak selalu sejalan dengan perilaku informan. Hal ini terbukti dengan pernyataan dari informan bahwa kondom menjadi tidak berguna atau tidak dipakai saat *main*, bila tamu yang

datang menawan hati, ganteng dan informan menyukainya. Selain itu alasan ekonomi atau pendapatan informan untuk menutupi kebutuhan informan sehari-hari, bila dalam satu malam itu sepi dari tamu maka informan tidak segan-segan untuk menerima tamu, walaupun tamu menolak untuk menggunakan kondom, Selain itu ada beberapa informan yang menyatakan bahwa mereka rela di ajak *main* dengan tamu atau pelanggan tanpa dibayar (gratis) bila tamu yang datang menawan hati, ganteng dan yang pasti informan menyukainya. Hal ini sejalan dengan penelitian Awang (2002) yang menyatakan bahwa pengetahuan informan yg memadai tentang kondom tidak diimbangi dengan perilaku menggunakan kondom itu sendiri. Temuan ini sama dengan temuan yang dilakukan Sudarti (1999) , Yusuf Barkah (1993), Sedyaningsih (1999) Budi Utomo (1998) , Charles Suryadi (1998) Walaupun mereka tahu manfaat kondom tetapi pada saat melakukan seks mereka tidak menggunakan kondom, hal itu dapat disebabkan karena:

- I. Tamu tidak mau menggunakan kondom karena alasan tidak enak, hal ini senada dengan hasil SSP tahun 2002 di provinsi Jawa Barat yang menyatakan bahwa persentase hubungan seks komersil tanpa kondom karena keengganan pria (pelanggan) untuk menggunakannya yang masih tinggi memberikan indikasi bahwa penyuluhan penggunaan kondom tidak hanya ditujukan pada WPS dalam hal ini waria sebagai informan penelitian ini.

Penyuluhan pada WPS memang telah meningkatkan pengetahuannya mengenai IMS dan bahayanya HIV/AIDS, dan mungkin telah meningkatkan kesadaran untuk berperilaku seks yang sehat, tetapi pada akhirnya keputusan untuk menggunakan kondom atau tidak pada umumnya ada pada pelanggan.

2. Peran tamu lebih besar dalam hal negosiasi posisi waria lebih rendah.
3. Alasan ekonomi untuk menutupi kebutuhan sehari-hari, menyebabkan informan tidak berpikir panjang lagi untuk menerima tamu atau pelanggan walaupun tamu tidak bersedia menggunakan kondom saat bertransaksi dengan informan
4. Alasan dari informan sendiri menyatakan kalau saat *main* atau transaksi seksual dengan tamu kondom tidak akan digunakan bila tamu yang datang memiliki penampilan yang ganteng dan informan menyukainya. Bahkan informan rela tidak dibayar, hanya dengan alasan informan menyukai tamu.

5.4 Persepsi kerentanan dan kegawatan terhadap IMS.

5.4.1 Jenis IMS yang diderita Informan

Didapatkan dari sebagian besar informan mengatakan kalau dirinya mengidap Sifilis, kutil kelamin, genjer ayam, herpes dan pernyataan yang mengejutkan peneliti saat informan mengatakan kalau dirinya sudah positif mengidap virus HIV/AIDS atau ODHA. Mengingat waria adalah kelompok beresiko terhadap IMS dan HIV/AIDS, karena perilaku seksualnya yang tidak

aman dan selalu menggunakan seks anal yang juga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya IMS yang diderita oleh waria akan bermuara ke HIV/AIDS. Data mengenai prevalensi HIV/AIDS di kalangan waria di Jawa Barat menurut laporan hasil SSP tahun 2002 dan studi terakhir di Jakarta (2002) bahwa sekitar 20% waria terinfeksi HIV/AIDS.

5.4.2 Perasaan informan saat mengetahui terinfeksi IMS dan HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh informan yang mengetahui dirinya terinfeksi IMS mengalami perasaan yang beragam, berupa bingung, sedih, syok, takut sampai dengan pasrah saja dengan nasib dirinya. Bahkan pada informan yang di nyatakan positif mengidap virus HIV/AIDS sempat mengalami ketakutan yang luar biasa. Prognosis yang jelek tentang HIV/AIDS, seolah-olah HIV/AIDS identik dengan kematian dalam waktu dekat, menyebabkan informan mengalami gangguan mental. Gangguan mental tersebut muncul, tetapi disertai dengan kesadaran akan perilaku buruknya yang menyebabkan informan terinfeksi HIV, membuat mereka lebih menyadari dan menerima HIV sebagai suatu akibat dari perilakunya sendiri. Sebagai ODHA informan yang sebagian besar tidak memiliki pasangan tetap dan hidup sendiri meninggalkan orang tua mereka , sehingga dalam menghadapi kenyataan hidup itu sendiri dan tidak berdampak ke keluarga dan saudara terdekat.

5.4.3 Jenis IMS yang paling berbahaya

Dari seluruh informan baik yang terlibat dalam wawancara mendalam maupun yang mengikuti diskusi kelompok terarah menyatakan bahwa IMS adalah jenis dari IMS yang paling bahaya. Banyak alasan yang dilontarkan oleh informan seperti Sifilis itu dapat menyebabkan kebutaan dan kematian karena Sifilis dapat menyerang otak dan merupakan pintu masuk penyakit yang lain. Namun ada pula informan yang mengatakan bahwa gonoroeiah yang paling bahaya karena bisa menyebabkan kemandulan.

Sifilis yang lebih dikenal sebagai penyakit Raja Singa adalah salah satu jenis IMS yang banyak menulari kalangan waria. Menular dari pasangan yang sudah terinfeksi, melalui hubungan seks tanpa pelindung (kondom), sebagaimana dikutip dari Family Health Indonesia (FHI) tahun 2007. HIV/ AIDS merupakan penyakit yang termasuk dalam IMS yang identik dengan kematian dengan Prevalensi IMS yang tinggi merupakan pertanda awal resiko penyebaran HIV/AIDS. Hal ini senada dengan hasil penelitian Infeksi Saluran Reproduksi pada WPS di Banyuwangi (PPM&PL, Depkes RI, 2003).

5.4.4 Cara berhubungan seks yang rentan akan IMS

Dari sebagian besar informan baik wawancara mendalam maupun FGD menyatakan bahwa hubungan seks yang rentan akan IMS adalah dengan cara anal seks, atau hubungan seksual melalui dubur/ anus. Berdasarkan hasil SSP waria tahun 2001, yang menyatakan bahwa sekitar 1,8% laki-laki pelanggan waria

berhubungan dengan waria melalui anal. Dari jumlah tersebut, semuanya berhubungan tanpa kondom.

Anal seks yang dilakukan oleh waria memang sangat rentan untuk tertular penyakit IMS. Di perkeruh lagi apabila anal didapati ada luka, sehingga mempermudah atau akan membuka pintu bagi masuknya virus HIV dari seseorang ke pasangan seksnya. Selain melalui anal, cara berhubungan seks yang rentan akan IMS adalah melalui oral seks, menurut Daili (1999) dalam penelitiannya tentang beberapa penyakit menular seksual pada waria di Jakarta menemukan bahwa cara oral seks juga menyebabkan berkembangnya kuman GO di tenggorokan. Jadi sudah jelas sekali kalau cara berhubungan seks melalui anal atau oral seks tanpa pengaman (kondom) memang rentan terhadap IMS.

Namun tingkat pengetahuan tidak selalu berkorelasi dengan perilaku informan. Informan yang mengatakan bahwa anal seks dan oral seks tanpa pengaman merupakan cara berhubungan seks yang paling rentan terhadap IMS, terkadang tidak selalu konsisten terhadap perilaku mereka. Menurut pengakuan informan, terkadang mereka tetap saja melakukan anal maupun oral seks tanpa pengaman yang jelas-jelas merupakan perilaku yang beresiko terhadap IMS dan HIV/AIDS. Perilaku informan ini sesuai dengan penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu *Awareness, Interest, Evaluation, Trial dan Adoption*. Namun pada penelitian berikutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Jadi proses yang terjadi pada informan merupakan proses yang melalui

tahap-tahap perubahan perilaku. Setidaknya informan sudah mengetahui tentang bahayanya anal seks dan oral seks apabila dilakukan tanpa pengaman akan rentan dengan IMS, dan apabila perubahan perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan bersifat langgeng (lost lasting)

5.5 Sikap Informan Terhadap IMS

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Dapat dikatakan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Newcomb menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif.

Dalam sikap informan terhadap IMS, peneliti agak kesulitan pada awal menyusun panduan pertanyaan seputar sikap informan terhadap IMS yang akan digunakan pada wawancara mendalam dan FGD. Namun pada saat penelitian dilaksanakan salah satu informan wawancara mendalam sedang merasakan serangan gejala IMS yang dideritanya. Secara spontan peneliti bertanya bagaimana sikap informan bila ada seorang yang menderita IMS tapi tidak mau mencari pengobatan keluar. Ternyata semua informan mempunyai pendapat kalau perilaku tersebut tidak benar, karena kalau sakit harus mencari pengobatan keluar, baik itu modern ataupun tradisional (Notoatmodjo,2007). Hal ini menyatakan bahwa informan secara sikap sudah positif. Sikap sering diperoleh dari pengalamannya sendiri atau dari pengalaman orang lain yang paling dekat, dan sikap akan terwujud pada lingkungan setempat (Notoatmodjo, 2003).

Informan adalah orang yang memiliki pengalaman menderita IMS. Pengalaman nyata ini tentunya bukan hal yang positif bagi dirinya, tetapi pengalaman negative yang membuat mereka menderita akibat IMS yang dideritanya. Pengalaman yang negative ini ternyata mempengaruhi mental informan, sehingga mereka memiliki persepsi/ pandangan tertentu tentang IMS sesuai dengan apa yang mereka alami. Di samping itu pengalaman teman-teman mereka sesama mengidap IMS, juga menjadi latar belakang pandangan/persepsi informan tentang IMS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa IMS memang diyakini menular dan berbahaya, sehingga harus ditangani dengan mencari pengobatan keluar, dalam hal ini pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh Pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, seperti balai pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit (Notoatmodjo, 2007).

5.6 Perilaku Pencarian Pengobatan

5.6.1 Mendiamkan saja

Seluruh informan dalam penelitian ini pernah melewati tahap-tahap perilaku pencarian pengobatan. Tidak melakukan kegiatan apa-apa (no action). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun *symptom* atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya (Notoatmodjo, 2007).

Kondisi ini sama halnya dengan hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa seluruh informan pernah mendiagnosa saja penyakit IMS yang dideritanya. Dalam rentang waktu yang cukup lama, dari mulai timbulnya gejala penyakit IMS sampai dirasakan penyakit itu mengganggu aktivitas mereka. Seperti yang diutarakan oleh informan bahwa IMS membuat mereka jadi sulit tidur, sakit saat buang air besar, dan yang jelas susah berhubungan seks dengan pasangannya bila sakit atau keluhan yang dirasakan adalah disekitar anus/ dubur.

Alasan yang dikemukakan oleh informan juga beragam. Mulai dari malu sampai takut akan pemeriksaan yang akan dilakukan terhadap dirinya. Seperti yang dalam penelitian partisipatif yang dilakukan oleh WHO dan UNAIDS serta KPAD, menyimpulkan bahwa tidak berobatnya seseorang yang mengidap penyakit menular seperti IMS dan HIV/AIDS, lebih banyak disebabkan karena malu dan takut.

5.6.2 Mengobati Sendiri

Perilaku informan yang mengobati sendiri IMS yang diderita menambah daftar panjang penderita IMS yang terselubung, seperti fenomena gunung es pada penderita HIV/ AIDS. Informan dalam penelitian ini menyatakan bahwa perilaku mengobati IMS sendiri sudah dilakukan bertahun-tahun. Informan juga menyatakan bahwa perilaku ini disebabkan karena alasan praktis, mudah dan murah di akses. Dengan hanya modal uang seribu rupiah mereka sudah dapat membeli antibiotik seperti supertetra dan salep kulit yang pada kenyataannya bukan untuk obat IMS yang dideritanya.

Pengobatan tradisional pun menjadi pilihan salah satu informan dalam penelitian ini, yang menyatakan kalau dirinya pernah mengobati sendiri penyakitnya dengan cara minum ramuan nanas muda yang menurut informan untuk mengurangi rasa sakit disekitar perut bagian bawah. Hal ini berkaitan erat dengan kebudayaan mereka, yang sudah diturunkan sejak lama dari keluarga. Sebagaimana kita tahu kalau di Indonesia Negara kita ini merupakan negara yang terdiri dari berbagai suku, adat dan budaya. Seperti penelitian Kresno, Sudarti dkk, (1996) tentang pencarian pertolongan pengobatan bagi balita yang sakit diare di Jakarta Utara, bahwa ditemukan konsep masyarakat tentang penyebab diare berbeda dengan konsep medis. Menurut masyarakat, penyebab diare pada bayi adalah karena bayi tersebut sedang mengalami proses peningkatan kependaiannya. Sebagai contoh pula dalam penelitian yang berbeda yang dilakukan di pedesaan daerah Kabupaten Soe, Nusa Tenggara Timur, Masyarakat berpendapat bahwa bayi yang sakit disebabkan oleh dosa orang tuanya, sehingga untuk menyembuhkan anak yang sakit ISPA, kedua orang tuanya harus mengutarakan dosa-dosa mereka dan meminta maaf. Pertama kali mereka mencari pertolongan pengobatan kepada tim doa, dan jika tidak sembuh, kemudian mereka mencari pertolongan pengobatan ke pelayanan kesehatan (Kresno,Sudarti,1996)

5.6.3 Pergi Mencari Pengobatan

Dalam hal mencari pengobatan keluar, sebagian besar informan dalam penelitian ini menyatakan kalau pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan modern dan sebagian kecil menyatakan ke pengobatan tradisional.

Pengobatan Modern dan pengobatan tradisional mempunyai tempat sendiri di hati masyarakat kita. Fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan baik yang diselenggarakan oleh Pemerintah maupun lembaga-lembaga kesehatan swasta seperti Rumah sakit atau puskesmas dan Klinik, masih menjadi pilihan informan untuk mencari pengobatan akan sakit yang dideritanya. Seperti hasil SSP di Provinsi Jawa Barat tahun 2002, menyatakan bahwa sebagian besar (47%) WPS dalam mencari pengobatan ke petugas kesehatan.

Fasilitas pengobatan tradisional pun menjadi tempat informan untuk mencari solusi dalam pengobatan IMS yang dideritanya. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan bahwa informan pergi mencari pengobatan untuk IMS yang dideritanya dengan pergi ke dukun tradisional yang terletak di Sukabumi. Ketika di konfirmasi ulang ke dukun tradisional tersebut, maka dukun menjelaskan bahwa ramuan tradisional itu untuk mengobati sakit dari pasien (informan) dan sedikit diberikan *jampi-jampi*. Hal ini senada dengan hasil penelitian Kresno, sudarti dkk tahun 1996 bahwa penyakit tidak selalu dikarenakan konsep medis saja tapi ada kekuatan diluar kekuatan manusia.

Dari seluruh informan ada satu informan yang menyatakan sampai saat inipun, ia belum melakukan pencarian pengobatan, karena malu dan takut tadi. Terkadang menderita penyakit IMS merupakan beban berat secara lahir dan batin. Hal ini dikarenakan adanya stigma atau cap buruk. Stigma adalah tindakan yang memberikan vonis bahwa seseorang terkena IMS dan HIV/AIDS disebabkan karena moral atau perilakunya yang buruk. Diskriminasi adalah tindakan pembedaan atau bersifat menghakimi kepada seseorang yang didasarkan

pada status penyakit seseorang, baik yang sudah pasti maupun dalam perkiraan (Depkes RI, 2003).

Stigma dan diskriminasi yang terjadi di masyarakat berkaitan dengan pengetahuan masyarakat yang sangat rendah terhadap penyakit IMS dan HIV/AIDS, yakni pemahaman yang salah, seperti berdekatan dengan penderita dianggap dapat menularkan penyakit berbahaya ini, mengutip dari Oktavia, 2007 dalam Silowati 2007.

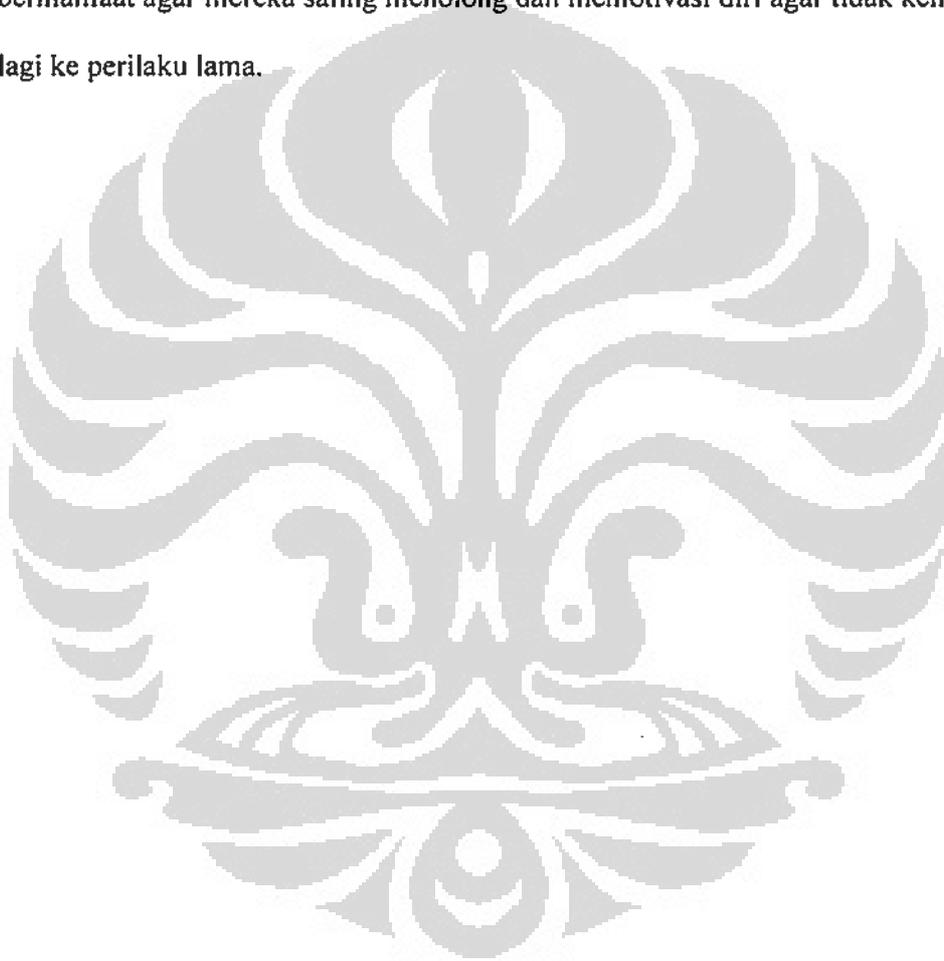
Akibat cap buruk tersebut, informan yang menderita IMS pun mendapatkan diskriminasi yang acapkali terjadi di masyarakat. Hal inilah yang membuat satu orang informan enggan memeriksakan penyakit IMS yang dideritanya ke fasilitas pelayanan kesehatan baik modern maupun tradisional.

5.7 Dukungan Kelompok Sebaya

Dengan adanya wadah Srikandi Pasundan (SP) yang merupakan kelompok dukung sebaya bagi para waria, menyebabkan informan merasa mempunyai teman untuk mncurahkan isi hati dan keluh kesahnya.

Pada penelitian ini ditemukan dukungan yang didapatkan oleh waria sebagai kelompok yang beresiko terhadap IMS dan HIV/AIDS, yang dianggap lebih menerima statusnya dengan penyakit IMS dan HIV/AIDS adalah dari kelompok dukung sebaya. Mucksin (2007) dalam Silowati 2007 menyatakan bahwa salah satu terapi yang paling efektif dalam penanggulangan IMS dan

ODHA adalah *Positive Peer Pressure*, yaitu kelompok dari orang-orang yang disebut sebagai ketergantungan untk saling membuka perasaan yang dialami dan bermanfaat agar mereka saling menolong dan memotivasi diri agar tidak kembali lagi ke perilaku lama.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

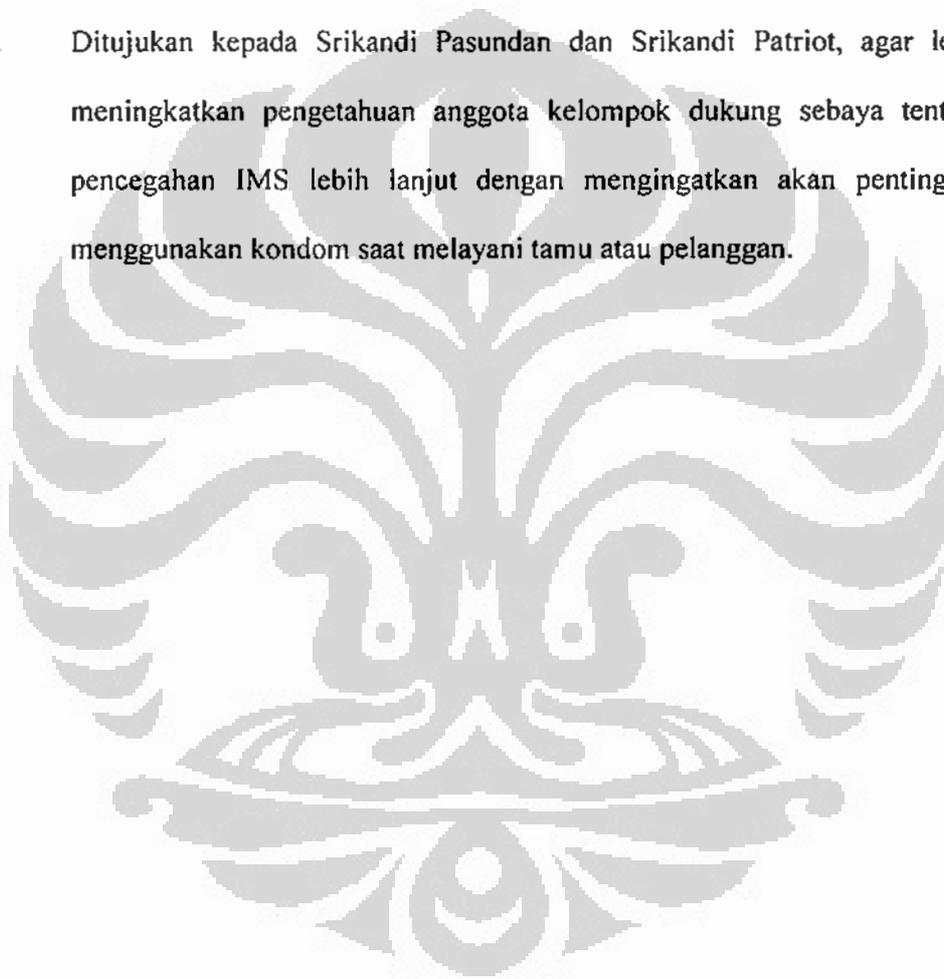
1. Karakteristik informan (waria) berdasarkan usia dan masa menjang tidak berkaitan dengan perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS. Sedangkan untuk karakteristik berdasarkan latarbelakang pendidikan informan berkaitan dengan perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS.
2. Pengetahuan informan (waria) berdasarkan sumber informasi, jenis IMS, cara penularan, berkaitan dengan perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS. Sedangkan untuk pengetahuan informan (waria) berdasarkan pengetahuan pencegahan tidak berkaitan dengan perilaku pencarian pengobatan IMS.
3. Sikap informan (waria) terhadap kerentanan dan kegawatan akan penyakit IMS sudah cukup baik, walaupun sikap ini tidak berkaitan dengan perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS.
4. Persepsi informan (waria) tentang kerentanan dan kegawatan IMS sudah baik, walaupun hal ini hanya sebatas pengetahuan akan kerentanan dan kegawatan, tidak berkaitan dengan perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS.

5. Perilaku informan (waria) dalam melakukan pencarian pengobatan IMS masih sangat kurang atau tidak baik. Seluruh informan melakukan pencarian pengobatan IMS ke luar (fasilitas pengobatan modern) setelah melewati tahap mendiamkan dan mengobati sendiri penyakit IMS yang dideritanya dengan alasan yang beragam, seperti malu dan takut.
6. Dukungan kelompok dukung sebaya berkaitan dengan perilaku informan (waria) dalam melakukan pencarian pengobatan IMS. Dengan adanya kelompok dukung sebaya dapat memotivasi informan untuk mendapatkan informasi yang jelas mengenai sakit yang di deritanya serta pengobatan yang harus dilakukan.

6.2 Saran-saran

1. Ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Bekasi, untuk mengembangkan strategi KIE yang spesifik buat waria yang biasa mejeng atau mangkal di GOR sebagai kelompok beresiko dalam meningkatnya angka HIV/ AIDS di Kota Bekasi.
2. Ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Bekasi, membuat kebijakan yang mengatur kebebasan dalam hal membeli obat (antibiotik) yang dirasakan semakin longgar.
3. Ditujukan kepada peneliti lainnya, agar melakukan penelitian lebih lanjut, tentang perilaku waria dalam melakukan pencarian pengobatan.

4. Ditujukan kepada Klinik Pondok Sehati, agar memperluas cakupan klien khususnya di kalangan waria perlu dilengkapi dengan petugas lapangan.
5. Ditujukan kepada Srikandi Pasundan dan Srikandi Patriot, agar lebih meningkatkan pengetahuan anggota kelompok dukung sebaya tentang pencegahan IMS lebih lanjut dengan mengingatkan akan pentingnya menggunakan kondom saat melayani tamu atau pelanggan.



DAFTAR PUSTAKA

- Allan Keneth, (2005), *Exploration in Classical Sociological Theory, Seeing the Social World*, Pine Forge Press, London.
- Anderson, Foster (1986), *Antropologi Kesehatan*, Universitas Indonesia, Jakarta
- Becker, M.H, (1974), *The Health Belief Model and Health Behaviour*, Carles B. Slack Inc., New Jersey
- Bungin, Burhan, (2003) *Analisis Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*, Rajawali Press, Jakarta.
- Creswell, Jhon W., (1994), *Research Design. Qualitative and Quantitative Approaches*, Sage Publication, London.
- Danim, Sudarwan, Prof. Dr., (2002), *Menjadi Peneliti Kualitatif, Ancangan Metodologi, Presentasi, dan Publikasi Hasil Penelitian untuk Mahasiswa dan Peneliti Pemula*, Pustaka Setia, Bandung
- Greenley, J.R (1980) *Sociocultural and Phsysiological Aspect of the Utilization of Health Service dalam: Brenner, M.H et all (eds) 1980, Assesing the Constribution of the Social Sciences to Health*, West View Press, Inc. Colorado.
- Irawan, Prasetya, Dr, M.Sc., (2003), *Logika Prosedur Penelitian, Pengantar Teori dan Panduan Praktis Penelitian Sosial bagi Mahasiswa dan Peneliti Muda*, STIA LAN Press, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, DR, SKM, M.Com.H., (2005) *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*, Rieneka Cipta, Jakarta.
- , (2007), *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rieneka Cipta, Jakarta
- Magi Awang, Riesparia, (2002), *Perilaku Waria dalam Pencarian Pengobatan IMS di Jakarta Timur*, Tesis, Universitas Indonesia.
- Mansjoes, Arif, Et. All (ed.), (2000), *Kapita Selektu Kedokteran*, Media Aesculapius FKUI, Jakarta.

Murtiningsih, (2006), Pengalaman Hubungan Seksual Perempuan Paska Melahirkan dengan Seksio Sesaria di Bandung, Tesis, Universitas Indonesia.

Moleong, J.Lexy, (2006), Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi, PT Remaja Rosdakarya Bandung

Silowati, (2007), Perilaku ODHA Dalam Pencegahan Penularan Lebih Lanjut HIV/AIDS, Klien Klinik IMS di Pondok Sehati di Kabupaten Bekasi Tahun 2007, Tesis, Universitas Indonesia

Sorkin, A.L, (1975), Health Economic: An Introduction, Lexington Books, Messachussetts.

Laporan Penelitian

-----, (2003), Laporan Hasil Penelitian Surveilans Survey Perilaku (SSP) 2003 Bali, BPS-Depkes RI.

-----, (2002), Laporan Hasil Penelitian Surveilans Survey Perilaku (SSP) 2002 DKI Jakarta, BPS-Depkes RI.

-----, (2002), Laporan Hasil Penelitian Partisipatif ODHA dan Akses Pelayanan Dasar, Komisi Penanggulangan AIDS-WHO-UNAIDS

-----, (1997), Final Report of Activities for Improved Reproductive Health and STD Services for Woman Presenting to Family Planning Services in North Jakarta, Population Caouncil-Ministry of Health of HIV/AIDS-USAID-AIDSCAP.

www.kompas.com/kompas-cetak/0409/16/humanioral/1272110, (tgl 7 juli 2008), data hasil Pemeriksaan pada Komunitas Waria di Denpasar tahun 2001.

www.surabaya.ehealth.org/e-team/berita/profil-puskesmas-perak timur (tgl 7 juli 2008) Profil Puskesmas Perak Timur

Laporan hasil Survei Surveilens Perilaku (SSP) 2002 Jawa barat, Kerjasama Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan

Laporan hasil Survei Surveilens Perilaku (SSP) 2002 DKI Jakarta, Kerjasama Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan

Laporan hasil Survei Surveilens Perilaku (SSP) 2002 Jawa Timur, Kerjasama Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan

Pedoman Wawancara Mendalam
Bagi Informan (Waria)
di Gelanggang Olahraga Remaja (GOR)
Kotamadya Bekasi

I. Pembukaan

- Mengucapkan selamat datang dan terima kasih atas kesediaan informan untuk datang ke tempat diskusi
- Pewawancara memperkenalkan dengan menyebut nama, asal, tempat kerja dll.
- Dilanjutkan dengan perkenalan dari informan
- Pewawancara menjelaskan tentang tujuan dari interview ini dan juga menekankan bahwa jawaban informan tidak akan dinilai oleh pewawancara, jawaban informan tidak ada yang salah maupun benar, peserta bebas mengemukakan pendapatnya menurut apa yang diketahui, dirasakan, dipikirkan dan yang dilakukan.
- Setiap jawaban dari informan sangat penting dan berguna
- Pewawancara meminta izin informan untuk merekam hasil wawancara dengan alat rekaman yang bertujuan membantu dalam membuat laporan hasil wawancara.
- Pewawancara menutup acara wawancara dengan mengucapkan terimakasih dan meminta kesediaan informan untuk meluangkan waktunya lagi jika masih ada informasi yang belum sempat ditanyakan.

Pedoman Wawancara Mendalam
Bagi Waria di Gelanggang Olahraga Remaja
Kotamadya Bekasi tahun 2008

I. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :

Daerah Asal :

II. Pokok Bahasan

A. Pertanyaan tentang karakteristik Informan (Waria)

1. Mohon mbak dapat menceritakan riwayat tentang diri mbak

Probing: umur, pendidikan, alamat, daerah asal.

2. Mohon mbak dapat menceritakan sejak kapan mbak menjadi waria

Probing: sejak umur berapa, kenapa, dimana

3. Sudah berapa lama mbak *mejeng* di GOR Kotamadya Bekasi?

Probing: sejak kapan, siapa yang mengajak, mengapa di GOR

4. Mohon mbak dapat menceritakan tentang tamu atau pelanggan yang datang.

Probing: berapa jumlahnya, dari kalangan mana saja, berasal darimana

5. Mohon mbak dapat menceritakan tentang tarif setiap kali transaksi dengan tamu atau pelanggan

Probing: berapa besar jumlahnya, dikeluarkan untuk apa saja

B. Pertanyaan tentang Pengetahuan Informan

6. Mohon mbak dapat menceritakan penyakit-penyakit apa saja yang banyak diderita oleh waria.
7. Penyakit-penyakit tersebut biasanya disebut penyakit apa?
8. Darimana mbak mendapat informasi tentang penyakit ini?

Probing: siapa yang memberikan, kapan, dimana, tentang apa saja

9. Menurut mbak, bagaimana penyakit tersebut menular?
10. Mohon mbak ceritakan siapakah yang paling mudah terkena penyakit IMS?
11. Dalam melakukan hubungan seks, waria mengenal beberapa cara, menurut mbak cara mana yang paling mudah terkena penyakit kelamin?

Probing : Anal seks, oral seks, jepit dan dikocok

C. Pertanyaan tentang Persepsi Kerentanan dan Kegawatan terhadap IMS

12. Menurut mbak dari semua penyakit kelamin yang sudah disebutkan, manakah penyakit kelamin yang berbahaya? Mohon dijelaskan mengapa mbak mengatakan demikian
13. Penyakit kelamin jenis apa yang menurut mbak tidak berbahaya, tolong dijelaskan mengapa mbak mengatakan demikian?
14. Menurut mbak, penyakit kelamin yang mana saja yang mudah mendapatkan komplikasi? tolong dijelaskan mengapa mbak mengatakan demikian?
15. Tolong mbak ceritakan dalam keadaan yang bagaimana mbak merasa menderita penyakit kelamin?
16. Menurut mbak apa akibatnya jika penyakit kelamin tersebut tidak obati?

17. Bagaimana perasaan mbak ketika pertama kali mbak tahu telah terkena penyakit IMS?

D. Pertanyaan tentang Sikap informan (waria)

18. Bagaimana pendapat mbak tentang IMS?

19. Bagaimana pendapat mbak tentang pengobatan IMS?

E. Pertanyaan tentang Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan

20. Apa yang mbak lakukan ketika pertama kali tahu bahwa mbak menderita IMS?

Probing: mendiamkan saja, mengobati sendiri. pergi mencari pengobatan; minum ramuan jamu (tradisional), pergi ke dukun atau ke fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas, Rumah sakit, dokter praktik, dll

21. Bila mbak menggunakan obat-obatan tersebut, obat apa yang digunakan?

Probing : Nama obat, cara minum, berapa lama memakai, siapa yang menganjurkan, dimana obat itu diperoleh, berapa harganya

22. Jika mbak menggunakan ramuan tradisional, bagaiman caranya?

Probing : Jenisnya, caranya, sampai berapa lama, beli dimana, harganya, siapa yang menganjurkan.

23. Jika mbak pergi ke dukun, probing: dukun apa, bertempat tinggal dimana, sudah berapa lama berobat ke sana,

24. Dari mulai timbulnya gejala, sampai berapa lama baru mbak bertindak untuk mencari pengobatan ?

25. Menurut pengalaman mbak, cara penyembuhan yang bagaimana yang paling baik?

F. Pertanyaan tentang alasan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

26. Mohon mbak ceritakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang mbak ketahui
27. Apa yang mendorong mbak untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mbak ceritakan tadi.

G. Pertanyaan tentang Dukungan kelompok Sebaya

28. Jika mbak menderita penyakit kelamin, biasanya kepada siapa untuk pertama kalinya mbak menceritakan penyakit tersebut?
29. Pada umumnya apa saja nasihat yang diberikan teman tersebut kepada mbak tentang cara mengobati penyakit kelamin?

Pedoman Wawancara Mendalam
Bagi Petugas Kesehatan
di Kotamadya Bekasi Tahun 2008

I. Identitas Informan

Nama :

Alamat :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Daerah Asal :

Agama :

II. Pertanyaan

1. Sudah berapa lama membuka praktik untuk melayani pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan?
2. Pasien yang dilayani biasanya berasal dari kalangan mana saja?
3. Dalam seminggu berapa banyak pasien yang datang untuk meminta pertolongan medis?
4. Untuk pasien dari golongan waria berapa rata-rata angka kunjungan dalam seminggu?
5. Biasanya pasien waria datang dengan keluhan apa saja?
6. Jenis-jenis PMS apa saja yang sering diderita waria?
7. Biasanya rata-rata berapa lama penderita PMS meminta bantuan saudara?

8. Menurut saudara kemana penderita pertama kali pergi berobat jika mereka merasakan gejala penyakit tersebut?
9. Bila waria datang dengan keluhan PMS, apa yang dilakukan untuk membantu mengatasi masalah tersebut?
10. Jika diberi obat, obat apa saja yang sering diberikan?
Probing : Jenisnya, dosisnya, harga, lamanya minum obat.
11. Selain obat tadi, apakah ada hal-hal lain yang perlu disampaikan kepada waria tersebut?
Probing : Anjuran minum obat, perlu tidaknya pasien harus control, informasi dasar tentang PMS dan sebagainya?
12. Sarana kesehatan apa saja yang tersedia bagi penderita PMS?
13. Untuk berobat berapa biaya yang harus dikeluarkan waria untuk mendapatkan jasa tersebut?
14. Apa hambatan utama bagi penderita PMS untuk mencari pengobatan penyakitnya?
15. Bagaimana saudara memandang/melihat waria sebagai individu yang mempunyai karakteristik yang unik?

Matriks Wawancara Mendalam Dengan Waria

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6
Karakteristik	<ul style="list-style-type: none"> -Usia 25 thn -Anak ke-2 dari 5 bersaudara -Merasakan sebagai wanita sejak umur 14 thn -Menjadi PSK sejak umur 19 tahun - Pendiarn -Keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria 	<ul style="list-style-type: none"> -Usia 25 tahun -Anak ke-5 dari 5 bersaudara -Merasakan sebagai wanita sejak umur 9 tahun -Menjadi PSK sejak umur 17 tahun -Ceria -Keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria 	<ul style="list-style-type: none"> -Usia 27 tahun - Anak ke-2 dari 7 bersaudara -Dari kecil sudah selalu berteman dengan perempuan -Menjadi PSK sejak umur 15 tahun -Cerewet -Keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria 	<ul style="list-style-type: none"> -Usia 40 tahun -Anak ke-5 dari 12 bersaudara -Dari kecil sudah kewanita-wanitaan -Menjadi PSK sejak umur 25 tahun -Dewasa dan bersahaja -Keluarga tidak mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria 	<ul style="list-style-type: none"> - Usia 28 tahun -Anak ke-3 dari 4 bersaudara -Sejak kecil sudah hidup dengan paman yang waria -Menjadi PSK sejak umur 20 tahun -Pemalu -Keluarga mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria 	<ul style="list-style-type: none"> -Usia 38 tahun -Anak ke-3 dari 3 bersaudara -Menjadi PSK sejak umur 23 tahun -Keluarga sudah mengetahui keberadaan dirinya menjadi waria -Menjadi koordinator waria sejak 2 tahun

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6
Pengetahuan IMS 1. Pengetahuan IMS	Tahu dari Lembaga Kasih Indonesia	Dari SP tahun 2004	Karena ada penyuluhan dari Global Fund tahun 2005 dan SP	Raja Singa, Kutil di kemaluan kita	Tahu tentang Sifilis (Raja Singa), Jenner Ayan	Penyakit akibat hubungan seksual yang tidak sehat
2. Cara Penularan	<i>Maen</i> suka jorok		Kalau <i>maen</i> gak pernah pake kondom	Sering <i>maen</i> ganti-ganti pasangan		Suka <i>maen</i> dengan anal seks, apalagi analnya ada luka
3. Pencegahan Penyakit IMS	Kondom	Kondom	Kondom	Kondom	Kondom	Kondom
Persepsi Kerentanan dan Kegawatan terhadap IMS 1. Jenis IMS yang diderita Informan	Sifilis	Kutu bayur	Kutil	Sifilis	Genjer ayam	Herpes
2. Perasaan informan saat mengetahui terinfeksi IMS	Sedih, khawatir	Takut	Sedih, bingung, takut juga ada	Pasrah sudah nasib	Takut	Pasrah
3. Jenis IMS yang paling berbahaya		Sifilis (Raja singa karena pintu masuk penyakit)	Sifilis (Raja Singa)	Sifilis, karena dapat menyerang ke otak		Sifilis, bisa menyebabkan kebutaan dan kematian
4. Cara berhubungan seks yang rentan akan IMS	Anal seks	Anal seks, apalagi kalau ada luka	Oral Seks, apalagi kalau ada sarawan	Anal seks	Anal seks	Anal seks

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6
Sikap Informan terhadap IMS	Harus diobati		Sangat tidak setuju kalau tidak diobati			Harus berobat
Perilaku Pencarian Pengobatan	Bingung tidaktahu harus <i>ngapain</i>			malu	Malu dengan petugas kesehatannya	
1. Mendiamkan saja						
2. Mengobati sendiri	Supertetra dioleskan saja ke bagian luka	Kalpanax dioles ke bagian anus	Minum obat warung antibiotic, supertetra dioleskan ke anus		Salep kulit 88, pake supertetra juga	
3. Pergi Mencari Pengobatan	Pernah ke dukun, tapi lupa dukunnya sekarang ada di mana	Pondok sehat	Pondok sehat	Pondok sehat	Tidak kemana-mana, malu	Pondok sehat
Dukungan kelompok Sebaya	Karena senasib, jadi bisa saling ngerti dan bela	Diberikan nasihat untuk hidup sehat, misalnya kalau mau maen harus pake kondom dan plecong	Manfaatnya banyak, misalnya tentang pencegahan IMS	Mendapatkan pengetahuan tentang IMS	Bisa curhat	Efektif sekali buat pencegahan IMS dan HIV/AIDS dikalangan waria

MATRIS HASIL FOCUS GROUP DISCUSSION DI KALANGAN WARIA

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6	Informan-7	Informan-8
Karakteristik	-19 tahun -Tamat SMP -Pangkalan Bambu -Suku ; Pemalang Jateng	-26 tahun -Tamat SMEA -Cibitung -Suku ; Cianjur Jawa Barat	-26 tahun -Tamat SMA -Pangkalan Bambu -Suku; Bogor Jawa Barat	-24 tahun -Tamat SMA -Pekayon Bekasi -Suku; Surabaya dan Medan	-25 tahun -Tamat SD -Tambun -Suku; Asli Tambun	-27 tahun -Tamat SD -Rawa Panjang -Suku; Asli Rawa Panjang	-25 tahun -Tidak tamat SMA -Bekasi -Suku; Brebes Jawa Tengah	-36 tahun -Tidak tamat SD -Pangkalan bambu -Suku; Solo Jawa Tengah
Pengetahuan IMS		Berganti-ganti pasangan, contohnya GO kebayakan pada laki-karena jamur	Hubungan karena ada luka di oral/anal, ada yang luka karena IMS bisa HIV/AIDS	Kondiomia, Sifilis, Raja Singa, Jengger Ayam			Kena IMS karena gak pakai pengaman bisa menyebabkan penyakit mulut misalnya.	Penyakit menular diakibatkan karena hub. Seks. Jenisnya GO, Jengger Ayam
1. Pengetahuan IMS		Hubungan berganti-ganti pasangan, seks di anal, tidak pakai pengaman, tidak tahu riwayat pasangan	Menular dari tamu yang kita tidak tahu sehat atau tidaknya Dari sperma yang keluar di dalam	Anal seks yang rentan terhadap penyakit		Dari hubungan seks tidak pakai kondom		
2. Cara Penularan IMS								

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6	Informan-7	Informan-8
3. Pencegahan penyakit IMS	Seks aman	Kondom dan tidak seks bebas	Kondom	Hanya pakai kondom	Pakai kondom	Pakai kondom	Pakai kondom	Dengan kondom
Persepsi Kerentanan dan Kegawatan Terhadap IMS	Kutil Kelamin dan sariawan	Sifilis	Sifilis	Kutil Kelamin		Sifilis		Sifilis
1. Jenis IMS yang diderita								
2. Perasaan informan saat mengetahui terinfeksi IMS	Sedih	Takut	Sedih	Syok	Takut	Takut	Bingung	Pasrah
3. Jenis IMS yang paling berbahaya		Sifilis	Kencing nanah (GO) bisa bikin mandul		Sifilis			Sifilis, lama-lama bisa menyerang otak
4. Cara berhubungan seks yang rentan akan IMS	Anal seks	Anal seks	Oral seks	Anal seks	Anal seks	Anal seks	Anal seks	Anal seks

Pertanyaan	Informan-1	Informan-2	Informan-3	Informan-4	Informan-5	Informan-6	Informan-7	Informan-8
Sikap Informan terhadap IMS								
Perilaku Pencarian Pengobatan 1. Mendiagnosis saja	Dibiarkan		Dibiarkan			Mendiagnosis dahulu		Pertama kali didiagnosis saja, bingung
2. Mengobati sendiri	Pake Supertetra	Gak tahu harus ke dokter yang mana, pake supertetra	Pakai amoksilin, sembuh tidak sembuh maen lagi	Minum amoksilin, supertetra, benjolan di anus <i>dicubit</i> satu-satu	Supertetra, kalpanax, pakai daun sirih buat cebok, minum ramuan nanas muda	Beli supertetra, pake daun sirih untuk cebok	Pakai supertetra	Supertetra dan amoksilin
3. Pergi Mencari Pengobatan	Pondok sehati		Pergi kedukun di sukabumi			Baru ke klinik setelah gak sembuh- sembuh	Ke klinik karena gak sembuh2	Pondok sehati
Dukungan kelompok Sebaya	Bisa curhat	Banyak manfaatnya, jadi tahun tentang IMS	Perubahan perilaku, dari gak pake kondom jadi pake kondom	Tambah pengetahuan	Membangun untuk hidup sehat	Jadi lebih rajin ke klinik untuk ngobatan penyakitnya	Menambah pengetahuan	Dapat nasihat agar menjaga keselatan agar badan pulih kembali

FOTO-FOTO

Foto 1

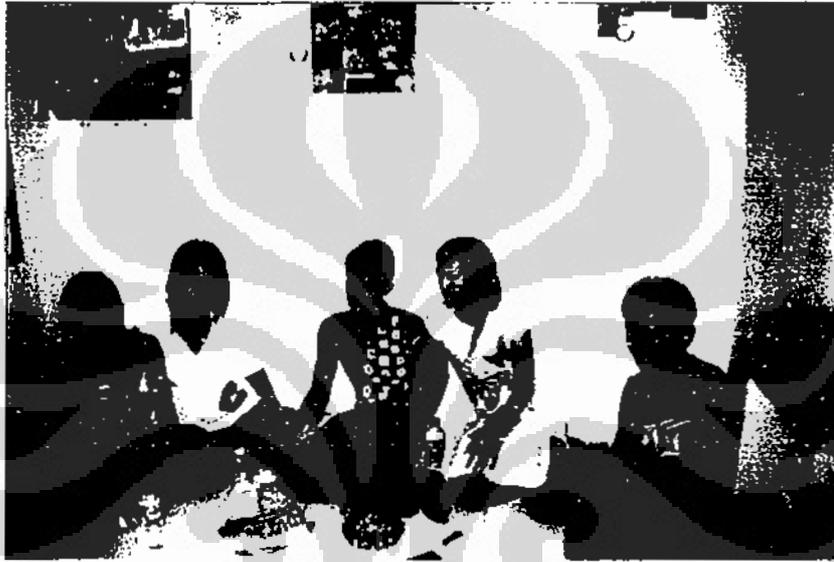


Foto 2



Foto 3

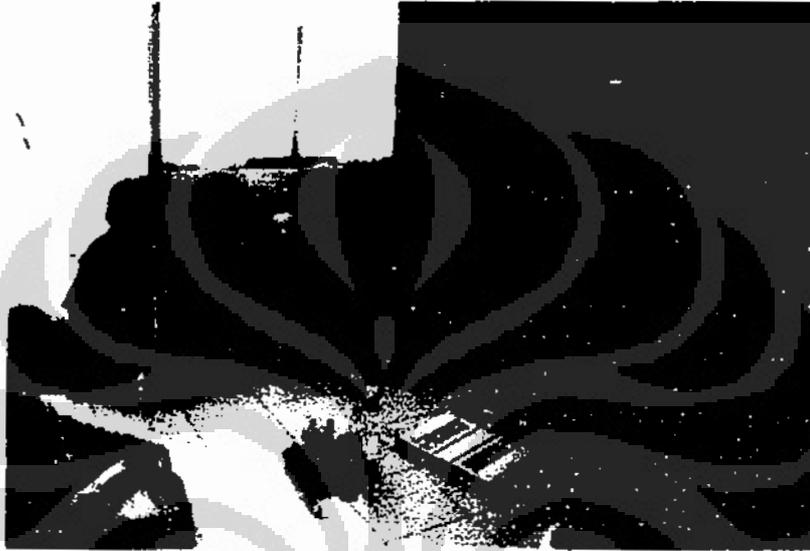


Foto 4

