

**STUDI KASUS PERILAKU WANITA PEKERJA SEKSUAL  
TIDAK LANGSUNG DALAM PENCEGAHAN IMS, HIV DAN  
AIDS DI PUB&KARAOKE, CAFÉ, DAN DISKOTEK  
DI KOTA SEMARANG**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S-2  
Magister Promosi Kesehatan

Fitriana Yuliawati Lokollo  
E4C006127

**PROGRAM STUDI MAGISTER PROMOSI KESEHATAN  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009**

**TESIS**

**STUDI KASUS PERILAKU WANITA PEKERJA SEKSUAL TIDAK  
LANGSUNG DALAM PENCEGAHAN IMS, HIV DAN AIDS DI  
PUB&KARAOKE, CAFÉ, DAN DISKOTEK  
DI KOTA SEMARANG**

Disusun oleh :  
Fitriana Yuliatwati Lokollo  
E4C006127

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 30 September 2009  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Dewan Penguji

Pembimbing I

Pembimbing II

drg. Zahroh Shaluhayah, MPH, Ph.D  
NIP. 131 627 954

dr. Antono Suryoputro, MPH  
NIP. 131 69638

Penguji I

Penguji II

dr. Bagoes Widjanarko, MPH  
NIP. 131 962 236

Tri Susilo Hadi, SKM, M.Kes  
NIP. 19650316 198503 1 006

Mengetahui  
Ketua Program Magister Promosi Kesehatan  
Program Pascasarjana Universitas Diponegoro

drg. Zahroh Shaluhayah, MPH, Ph.D  
NIP. 131 627 954

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, bukan hasil meniru atau plagiat dari hasil karya orang lain. Pengetahuan yang diperoleh dari sumber lain baik yang sudah diterbitkan maupun yang belum/tidak diterbitkan sudah dicantumkan sumbernya dalam tulisan dan daftar pustaka.

Demikian, pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari orang lain.

Semarang, 30 September 2009

Fitriana Yuliatwati Lokollo

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Diucapkan terima kasih kepada Menteri Pendidikan Nasional yang telah memberi dukungan pembiayaan melalui Program Beasiswa Unggulan hingga penyelesaian tesis berdasarkan DIPA Sekretariat Jendral Departemen Pendidikan Nasional tahun anggaran 2006 sampai dengan tahun 2008

## ABSTRAK

**FITRIANA YULIAWATI LOKOLLO**

### **STUDI KASUS PERILAKU WANITA PEKERJA SEKSUAL TIDAK LANGSUNG DALAM PENCEGAHAN IMS, HIV DAN AIDS DI PUB&KARAOKE, CAFÉ, DAN DISKOTEK KOTA SEMARANG**

xvii+157 halaman, 46 tabel, 5 gambar, 2 lampiran

Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung yaitu wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-bidang pekerjaan tertentu atau mempunyai pekerjaan utama lain dan secara tidak langsung menjajakan seks di tempat-tempat hiburan seperti pramupijat, pramuria bar / karaoke. Mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi dalam penyebaran kasus IMS dan HIV&AIDS. Tujuan penelitian adalah mendiskripsikan perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang. Penelitian ini berjenis studi kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Pemilihan subjek penelitian dilakukan secara *purpose sampling*. Subjek dari penelitian ini adalah Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung di Kota Semarang khususnya di pub&karaoke, café, dan diskotek pada tahun 2008-2009, dengan kriteria inklusi sudah pernah melayani minimal 2 (dua) orang klien di tempat hiburan malam Kota Semarang. Jumlah yang diambil adalah 6 (enam) subjek yang berumur 17-24 tahun pada saat pengambilan data dari sekitar minimal 60 (enam puluh) orang Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung di beberapa lokasi penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar WPS Tidak Langsung mengakui bahwa mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi akan tetapi pengetahuan, dan praktik mereka terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS masih kurang. Walaupun mereka setuju dengan pemakaian kondom sebagai upaya pencegahan yang baik, akan tetapi dalam prakteknya ketika beraktivitas seksual tidak selalu kondom mereka gunakan. Posisi tawar mereka masih rendah dalam negosiasi pemakaian kondom dengan klien. Mitos-mitos seputar IMS dan HIV/AIDS pun masih dipegang. Sedangkan dukungan dari keluarga dan teman sebaya lemah dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS. Untuk itu perlu kerjasama lintas sektoral Dinas Kesehatan, masyarakat khususnya lembaga swadaya, dan perguruan tinggi untuk mengintervensi komunitas Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung ini sehingga kasus IMS dan HIV&AIDS di Kota Semarang dapat ditekan.

**Kata kunci: Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung, perilaku, IMS dan HI&AIDS, pub&karaoke, café, dan diskotek, Semarang**  
**Kepustakaan: 45, 1987-2008**

## **ABSTRACT**

**FITRIANA YULIAWATI LOKOLLO**

**CASE STUDY OF INDIRECT SEX WORKERS BEHAVIOUR IN ORDER TO PREVENT SEXUAL TRANSMITTED INFECTION AND HIV&AIDS AT PUB&KARAOKE, CAFÉ, AND DISCOUTIQ SEMARANG CITY 2009**

xvii+157 pages, 46 tables, 5 pictures, 2 appendices

Indirect Sex Workers is girls who work an illegal as sexual workers, usually have main job but also make sexual transaction in night clubs. They are including of high risk group in spreading Sexual Transmitted Infection and HIV&AIDS cases. Purpose of the research is to describe Indirect Sex Workers behavior in order to prevent sexual transmitted infection and HIV&AIDS at pub&karaoke, café, and discoutiq in Semarang City. The method of this research is qualitative study with case study design by purposive sampling for choosing the subject. The subject is Indirect Sex Workers in Semarang City especially at 1 pub&karaoke, 1 café, and 2 discoutiq in 2008-2009 with the inclusion criteria is she has experiences in sexual transaction with the client at night clubs in Semarang City for at least 2 person. Researcher use 6 subjects between 17-24 years old from around 60 Indirect Sex Workers in several locations. The result of research show that the perceived of susceptibility of them regarding to vulnerability of IMS and HIV&AIDS is good. On the other hand, knowledge and practical in order to prevent Sexual Transmitted Infection and HIV&AIDS still low. Although they are agree with condom use as a good thing in order to prevent, but the fact is they are rare in using condom during every sexual activity. They have low bargain position for condom use negotiation. Also they still believe some myths about STI and HIV&AIDS. Meanwhile, support from peer group is a weak factor. Based on the result above, in depth cooperation among Non Government Organization (NGO), Health City Official, and University needs to intervene this community, as a result STI and HIV&AIDS cases in Semarang City can be reduce.

**Keywords: Indirect Sex Workers, behavior, STI and HIV&AIDS, pub&karaoke, café, and diskotek, Semarang**

**Bibliography: 45, 1987-2008**

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Fitriana Yulawati Lokollo  
Tempat, tanggal lahir : Sumedang, 21 Juli 1982  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Ngesrep Barat V/8 Semarang, Jawa Tengah  
Jl. Serma Mohtar 109 Sumedang, Jawa Barat  
Email : [kupu\\_larasatie@yahoo.com](mailto:kupu_larasatie@yahoo.com)

### RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Lulus TK PL Don Bosco Semarang tahun 1988
2. Lulus SD PL Don Bosco Semarang tahun 1994
3. Lulus SMP PL Domenico Savio Semarang tahun 1997
4. Lulus SMU Negeri 3 Semarang tahun 2000
5. Lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang tahun 2005
6. Masuk Program Pasca Sarjana Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang tahun 2006

### RIWAYAT PEKERJAAN

Tahun 2004 – 2006, staf KALANDARA, LSM di bidang kesehatan reproduksi.

## KATA PENGANTAR

Ucapan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung Dalam Pencegahan IMS, HIV dan AIDS di Pub&Karaoke, Café, dan Diskotek Kota Semarang.

Terselesaikannya penyusunan tesis ini tidak terlepas dari dukungan yang telah diberikan oleh berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Tuhan Yang Maha Kasih yang terus memberikan kekuatan dan berkarya dalam hidup saya
2. Ketua Program Studi Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang, beserta seluruh staf pengajar dan tata usaha yang telah membantu, memfasilitasi dan memberi kemudahan kepada saya selama dalam proses pendidikan.
3. Drg Zahroh Shaluhiah, MPH, Ph.D dan dr. Antono Suryoputro, MPH selaku Pembimbing I dan Pembimbing II, serta Associate Prof. Wong Mee Lian dari National University of Singapore yang telah banyak membantu dalam proses penyusunan tesis ini.
4. Bapak dr. Bagoes Widjanarko, MPH dan Tri Susilo Hadi, SKM, M.Kes selaku Penguji I dan Penguji II.



5. Rekan-rekan mahasiswa di lingkungan Program Studi Magister Promosi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, yang selalu memberikan dorongan dan bantuan sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan ini.
6. Bapak Suherman, selaku Pengurus Forum Komunitas Panti Pijat Semarang yang telah memberikan banyak informasi untuk tesis ini.
7. Para manager dan sahabat di tempat hiburan malam di Kota Semarang, kunci utama yang banyak memberi makna dan warna pada tesis ini.
8. Ayah, Ibu, dan adik-adik tercinta yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada saya untuk dapat menyelesaikan proses belajar ini.
9. Kak Yudit, Trias, Rika, Mbak Costrie, Prita, Chika, Siska, dan Ochie yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada saya untuk dapat menyelesaikan proses belajar ini.
10. Bung Doni yang telah memberikan kasihnya, membantu, dan memberikan dorongan kepada saya untuk dapat menyelesaikan proses belajar ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada saya untuk dapat menyelesaikan proses belajar ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kelemahan, namun demikian penulis berharap semua informasi dalam penelitian ini dapat bermanfaat dan memberi inspirasi bagi semua pihak untuk melakukan hal-hal yang lebih baik sebagai bentuk kepedulian kita bersama terhadap dunia di sekitar kita.

Semarang, September 2009

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Pernyataan	iii
Ucapan Terima Kasih	iv
Abstrak Indonesia	v
Abstrak Inggris	vi
Riwayat Hidup	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Istilah/Singkatan	xvii
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	8
F. Ruang Lingkup Penelitian	10

halaman

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Prostitusi	12
1. Sejarah Prostitusi	12
2. Definisi Prostitusi	13
3. Seks dan Prostitusi	14
4. Motif-motif yang Melatarbelakangi Prostitusi	15
5. Akibat-akibat Prostitusi	16
6. Jenis Prostitusi dan Lokalisasi	17
7. Wanita Pekerja Seksual	20
B. Penyakit Akibat Kegiatan Prostitusi	20
1. Infeksi Menular Seksual (IMS)	21
2. Gambaran Klinis IMS dan Cara Penularannya	29
C. Pencegahan IMS dan HIV&AIDS	45
D. Alat pelindung	45
1. Pengertian	45
2. Manfaat kondom	46
3. Cara penggunaan kondom yang benar	46
4. Efektivitas kondom sebagai alat pelindung	46

E. Perilaku (Pengetahuan, Sikap, dan Praktik)	47
1. Pengetahuan	49
2. Sikap	50
3. Praktik atau Tindakan	52
4. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik	54

Halaman

F. Landasan Teori	55
1. <i>Health Belief Model</i>	55
2. <i>Theory of Reasoned Action</i> (TRA)	59

**BAB III METODE PENELITIAN**

A. Kerangka Konsep	62
B. Variabel Penelitian	63
C. Definisi Operasional	64
D. Desain Penelitian	65
E. Subjek Penelitian	66
F. Pengumpulan Data	69
G. Analisis Data	73
H. Validitas dan Reliabilitas	73
I. Pelaksanaan Penelitian	75

**BAB IV HASIL PENELITIAN**

A. Gambaran Proses Penelitian Di Lapangan	77
1. Proses penelitian di lapangan	77
2. Hambatan di lapangan	82
B. Gambaran Umum Kota Semarang	83
1. Geografi Kota Semarang	83
2. Pariwisata Kota Semarang	84
3. Pelayanan Kesehatan Kota Semarang	84
C. Gambaran Tempat-tempat Hiburan Malam di Semarang	85
D. Gambaran WPS Tidak Langsung di Pub&karaoke, Café, dan Diskotek di Kota Semarang	86
E. Keterbatasan Penelitian	87
G. Hasil Wawancara Mendalam dengan WPS Tidak Langsung	87
1. Karakteristik WPS Tidak Langsung	87
2. Riwayat menjadi WPS Tidak Langsung	89
3. Praktik WPS Tidak Langsung terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS	94
4. Pengetahuan WPS Tidak Langsung mengenai upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS	107
5. Kemampuan diri WPS Tidak Langsung	116

terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS

- |   |     |
|---|-----|
| <b>6. Kerentanan yang dirasa WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&amp;AIDS</b>             | 120 |
| <b>7. Keseriusan yang dirasa WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&amp;AIDS</b>             | 123 |
| <b>8. Manfaat dan penghalang yang dirasa WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&amp;AIDS</b> | 127 |
| <b>9. Faktor pendorong untuk melakukan upaya pencegahan IMS dan HIV&amp;AIDS</b>              | 129 |

## **BAB V PEMBAHASAN**

- |   |     |
|---|-----|
| A. Perilaku Seksual WPS Tidak Langsung                              | 135 |
| B. Perilaku Pencegahan WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&AIDS | 137 |
| C. Faktor Penyebab WPS Tidak Langsung berperilaku                   | 142 |
| 1. Faktor karakteristik   | 142 |
| 2. Faktor pengetahuan   | 145 |
| 3. Faktor kemampuan diri  | 149 |
| 4. Faktor kerentanan yang dirasa                                    | 150 |
| 5. Faktor keseriusan yang dirasa                                    | 151 |
| 6. Faktor manfaat dan penghalang yang                               | 152 |

**dirasa**

**7. Faktor pendorong** 154

**8. Niat** 157

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

**A. Simpulan** 158

**B. Saran** 162

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Nomor tabel		halaman
1.	Keaslian Penelitian	8
2.	Definisi Operasional	64

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		halaman
1.	Teori Health Belief Model	59
2.	Teori Tindakan Beralasan (adaptasi)	60
3.	Teori of Reasoned Action	61
4.	Kerangka Konsep Penelitian	62
5.	Alur Pengambilan Sampel	68

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		halaman
1.	Teori Health Belief Model	59
2.	Teori Tindakan Beralasan (adaptasi)	60
3.	Teori of Reasoned Action	61
4.	Kerangka Konsep Penelitian	62
5.	Alur Pengambilan Sampel	68

## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1.	Panduan Kuesioner Wawancara Mendalam
2.	Transkrip Wawancara

## DAFTAR ISTILAH

1. Booking : diajak berkencan dan dibayar
2. Flirting : melakukan aktivitas dan memberikan tanda-tanda untuk menggoda lawan jenis, misalnya mencuri pandang sambil tersenyum, kedipan mata, lekukan di bibir
3. Gemblekan : kekasih gelap
4. Kapok : tidak ingin mengulangi perbuatan yang sama
5. Lady escort : penyanyi utama di kelab-kelab malam
6. Long time : lama bertransaksi seksual minimal 12 (dua belas) jam lebih
7. Panti Pijat Plus : tempat untuk pijat dan ada layanan tambahan yaitu layanan seksual
8. Pemandu karaoke : wanita yang bertugas untuk mendampingi para tamu bernyanyi di tempat karaoke
9. Penyakit anak nakal : Infeksi Menular Seksual
10. Papi : sebutan WPS Tidak Langsung untuk para klien dewasa tua yang kaya
11. Short time : lama bertransaksi seksual kurang dari 3 (tiga) jam
12. Kongkow : duduk sambil bercakap-cakap dengan teman tanpa aktivitas yang jelas

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

HIV dan AIDS pertama kali ditemukan di Asia sekitar tahun 1980-an. Sejak saat itu, lebih dari 6 juta orang di kawasan Asia terinfeksi HIV. Hubungan heteroseksual (*heteroseksual intercourse*), khususnya pada pria yang berhubungan seksual dengan pekerja seks wanita, telah ditemukan menjadi bentuk transmisi utama penyakit tersebut.<sup>1)</sup> Saat ini prevalensi HIV & AIDS meningkat dengan cepat. Pada tahun 2000 diperkirakan di Asia lebih dari 500.000 orang meninggal karena AIDS, yaitu sekitar 1500 orang meninggal per hari.<sup>2)</sup>

Estimasi jumlah orang terkena IMS yang dapat diobati (*Curable Sexually Transmitted Infections*) sekitar lebih dari 30 juta kasus setiap tahunnya. Tahun 2006 diperkirakan terdapat 8,6 juta orang yang positif HIV (ODHA) di Asia Tenggara, termasuk 960.000 orang yang baru terinfeksi (kasus baru) pada tahun sebelumnya. Diperkirakan sekitar 630.000 orang telah meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan AIDS. Sehingga dalam kurun waktu kurang lebih 6 tahun (2000-2006) terdapat peningkatan kasus sebesar 130.000 orang yang meninggal karena AIDS.<sup>2)</sup>

Secara kumulatif pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS di Indonesia dari 1 Januari 1987 hingga 30 Juni 2008 telah tercatat 6.277 kasus HIV (termasuk 212 orang yang baru terinfeksi di bulan Januari - Juni 2008) dan 12.686 kasus AIDS di 32 propinsi yang melaporkan, dengan 2479 kematian akibat penyakit yang berhubungan dengan AIDS. Dari penderita AIDS ini ditemukan bahwa sejumlah 5438 kasus tertular melalui hubungan heteroseksual (42,8%).<sup>3)</sup>

Saat ini Jawa Tengah merupakan urutan ketujuh se-Indonesia. Tercatat sejak tahun 1993 sampai dengan 2008 memiliki 451 kasus AIDS dengan 173 kematian yang disebabkan oleh penyakit oportunistik. Hasil survei Depkes menunjukkan bahwa sampai tahun 2008 telah ditemukan 167 kasus AIDS di Kota Semarang. Semarang menempati urutan pertama untuk wilayah Jateng dalam jumlah penderita HIV/AIDS.<sup>4)</sup> Data tersebut seperti fenomena gunung es (*The ice berg phenomenon of disease*), dimana jumlah pengidap HIV/AIDS berjumlah ribuan kali lipat dari yang tampil ke permukaan, yang sewaktu-waktu akan muncul ke permukaan.

CDC (*Center for Disease Control*) melaporkan sebuah informasi bagaimana HIV ditularkan, yaitu melalui hubungan seksual 69%, jarum suntik untuk obat lewat intravena 24%, transfusi darah yang terkontaminasi atau darah pengobatan dalam pengobatan kasus tertentu 3%, penularan sebelum kelahiran (dari ibu yang terinfeksi ke janin selama kehamilan) 1%, dan model penularan yang belum diketahui 3%.<sup>5)</sup> Melihat cukup besar peluang HIV ditularkan melalui hubungan seksual, maka hubungan berganti-ganti pasangan merupakan faktor khusus yang perlu diwaspadai. Seks komersial telah menjadi sebuah faktor yang penting di dalam penyebaran infeksi HIV, khususnya di kawasan Asia.<sup>1)</sup>

Pengalaman di Indonesia, urutan keempat tingkat populasi terbanyak sedunia, menunjukkan betapa cepatnya epidemi HIV dapat berkembang. Seks komersial yang menjadi faktor penting di dalam penyebaran HIV tidak dapat dipisahkan dengan kondisi prostitusi yang cukup eksis di Indonesia. Penelitian di beberapa daerah di Indonesia menunjukkan tingginya tingkat perilaku beresiko dan kasus IMS diantara pekerja seks pria dan wanita.<sup>6)</sup> Pekerja seks memiliki peranan penting di dalam pertumbuhan kasus AIDS, sehingga mempromosikan upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS diantara pekerja seks merupakan hal yang sangat penting untuk mengontrol penyebaran epidemi HIV dan AIDS.

Pekerja seks bekerja dalam berbagai macam bentuk. Mereka dapat bekerja di lokalisasi terdaftar di bawah pengawasan medis (*direct sex workers*) atau dapat juga sebagai Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (*indirect sex workers*). Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) mendapatkan klien dari jalan atau ketika bekerja di tempat-tempat hiburan seperti klub malam, panti pijat, diskotik, café, tempat karaoke atau bar. Beberapa dari mereka adalah WPS yang sudah pernah bekerja di lokalisasi tetapi keluar dari lokalisasi kemudian bekerja menjadi WPS Tidak Langsung di tempat-tempat hiburan yang mereka anggap memiliki kelas yang lebih tinggi. Ada juga yang merasa lebih fleksibel dengan bekerja sebagai WPS Tidak Langsung karena tidak diatur ketat oleh mucikari. Bahkan ada juga karena melihat peluang untuk mendapatkan tambahan uang lebih ketika mereka bekerja sebagai pemandu karaoke, pelayan bir, atau pramuria di tempat hiburan malam. Mereka diketahui memiliki tingkat penggunaan kondom yang rendah<sup>7)</sup> dan memiliki angka IMS yang lebih tinggi dibandingkan pekerja seks di lokalisasi.<sup>8)</sup>



Beberapa alasan dari mereka yaitu besarnya kesulitan di dalam meyakinkan klien untuk menggunakan kondom karena mereka tidak memiliki dukungan dari manajemen dan teman sebaya seperti yang terjadi di lokalisasi, memiliki paparan resiko kekerasan yang lebih besar ketika mereka menolak untuk melakukan seks yang tidak aman dengan klien, pengetahuan yang tidak cukup tentang teknik negosiasi kondom dan kurangnya informasi tentang HIV. Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) juga dilaporkan mendapatkan uang yang lebih sedikit daripada pekerja seks di lokalisasi sehingga mereka khawatir pendapatannya akan berkurang jika mereka meminta penggunaan kondom dengan klien.<sup>9)</sup>

Membandingkan dengan pekerja seks yang bekerja di lokalisasi (*direct sex workers*) di negara Singapore misalnya, telah menerapkan *The Medical Surveillance Scheme* untuk pekerja seks lokalisasi pada tahun 1976. Aktivitas dibawah skema ini termasuk di dalamnya yaitu penapisan (*screening*) dan pengobatan IMS juga diskusi pendidikan preventif yang diselenggarakan oleh Departemen Kontrol IMS (DSC). Intervensi perilaku (*behavioral*) dimasukkan ke dalam skema pada tahun 1994<sup>10)</sup> dimana, semua pekerja seks lokalisasi diajari keterampilan (*skill*) dalam negosiasi kondom dan penggunaan kondom yang benar melalui presentasi video, buku-buku komik, diskusi grup, dan *self monitoring* negosiasi kondom. Manajemen lokalisasi dan dukungan dari kelompok sebaya dan staf kesehatan di Departemen Kontrol IMS (*Department of STI Control*) dimobilisasi untuk memfasilitasi penggunaan kondom diantara pekerja seks. Intervensi tersebut dapat mempertahankan peningkatan penggunaan kondom lebih dari 90% sejak tahun 1996 disertai dengan penurunan IMS dan HIV.<sup>11)</sup>

Di Indonesia, khususnya Kota Semarang sejak tahun 2004 juga sudah dikeluarkan instruksi walikota tentang Program Penggunaan Kondom 100% di 2 (dua) lokalisasi di Kota Semarang yaitu Lokalisasi Sunan Kuning dan Lokalisasi Gambilangu. Program ini dapat dikatakan cukup berhasil terbukti dengan peningkatan pengetahuan pekerja seks lokalisasi terhadap IMS, HIV dan AIDS, dan upaya penggunaan kondom sekitar 30%.<sup>4)</sup>

Dapat diketahui bahwa kesuksesan dari program intervensi perilaku pada pekerja seks yang bekerja di lokalisasi (*direct sex workers*) ini karena secara khusus program tersebut didesain untuk mereka. Karena program tersebut didesain untuk pekerja seks yang bekerja di lokalisasi, maka dimungkinkan terdapat ketidaksesuaian jika program tersebut diterapkan kepada komunitas lain. Untuk itulah strategi yang berbeda diperlukan untuk Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) yang bekerja dibawah lingkungan yang sangat berbeda dimana dukungan dari staf kesehatan dan kelompok sebaya sangat kurang, memiliki paparan resiko kekerasan yang lebih besar ketika mereka menolak untuk melakukan seks yang tidak aman dengan klien, dan kurangnya informasi tentang HIV.<sup>9)</sup> Akan tetapi mendesain program untuk kelompok Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) cukup sulit, dikarenakan sangat kurangnya informasi tentang mereka khususnya perilaku mereka dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.

Di Semarang sejak awal tahun 2000 Komisi Penanggulangan AIDS bekerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Pariwisata telah memetakan keberadaan Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung di panti pijat dan tempat hiburan malam. Setelah dilakukan pemetaan dan negosiasi dengan pihak

manajemen, maka pada tahun 2004 LSM Kalandara dibawah Family Health International memulai sebuah program pendampingan bagi kelompok Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex worker*) yang bekerja di panti pijat, dan wanita panggilan di rumah bordil. Kemudian pada tahun 2006 program tersebut dilanjutkan oleh LSM Griya Asa dibawah Family Health International. Akan tetapi WPS Tidak Langsung yang bekerja di tempat yang lain misalnya di karaoke, café, dan diskotik belum dapat didampingi secara maksimal karena berbagai macam kendala, seperti manajemen yang kurang kooperatif, WPS yang bekerja secara soliter, serta sifat eksklusif dan tertutup di kalangan WPS tersebut.

## **B. Perumusan Masalah**

Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa pekerja seks tidak langsung (*indirect sex worker*) memiliki kasus IMS lebih tinggi dan penggunaan kondom lebih rendah daripada pekerja seks di lokalisasi. Begitu banyak intervensi didesain untuk pekerja seks lokalisasi sehingga terjadi peningkatan penggunaan kondom hampir 100% dengan pengurangan kasus IMS dan HIV diantara mereka.<sup>12)</sup>

Di sisi lain diketahui bahwa kurangnya program pencegahan HIV yang ditujukan untuk Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) karena kesulitan menentukan kelompok ini yang disebabkan karena mobilitas dan ilegalitas dari pekerjaan tersebut<sup>13)</sup>. Karena sedikitnya program yang ditujukan untuk mereka maka dapat dipastikan perilaku pencegahan mereka terhadap IMS dan HIV&AIDS sangat kurang sehingga mereka masih memiliki potensi yang

besar untuk menularkan HIV dan penyakit menular seksual yang lainnya. Hal ini perlu mendapat perhatian yang serius karena jumlah Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) diperkirakan semakin meningkat dari tahun ke tahun.<sup>14)</sup>

Kota Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah merupakan pintu gerbang utama memasuki wilayah Jawa Tengah dan memiliki mobilitas penduduk yang cukup tinggi. Berbagai aktifitas ekonomi, sosial, maupun budaya mampu menempatkan Semarang sebagai jalur perdagangan dan area transit sehingga menjadi daya tarik tersendiri bagi para pendatang.

Sebagai kota transit pemerintah Kota Semarang membangun berbagai fasilitas penunjang bagi kenyamanan pendatang. Di Kota Semarang terdapat 25 hotel berbintang, 17 hotel melati, 35 café dan restoran, 18 panti pijat, 5 diskotik, 10 tempat mandi uap, dan ratusan salon kecantikan serta 2 resosialisasi. Hal ini sangat memungkinkan terjadinya transaksi seksual bagi para pendatang. Semakin meningkatnya kuantitas dan kualitas fasilitas yang memberikan kenyamanan bagi pendatang, maka semakin meningkat pula kemungkinan kegiatan prostitusi di Kota Semarang yang pada akhirnya dapat meningkatkan jumlah penyakit IMS, HIV dan AIDS.<sup>4)</sup>

Di Semarang terdapat sekitar 14 panti pijat 'plus', 35 café, dan 5 diskotik yang mempekerjakan wanita untuk pemandu karaoke, peminjat, atau pelayan bir yang kesemuanya memiliki resiko untuk bertransaksi seksual dengan para tamu<sup>15)</sup>, akan tetapi sangat sedikit diketahui tentang perilaku beresiko mereka saat-saat ini.

Bertitik tolak dari keadaan tersebut maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah :

Bagaimanakah perilaku Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (*indirect sex workers*) dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di pub&karaoke, cafe, dan diskotek Kota Semarang?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mendiskripsikan perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik WPS Tidak Langsung di Kota Semarang menurut faktor sosio demografi
- b. Mendiskripsikan perilaku WPS Tidak Langsung di Kota Semarang dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.
- c. Mendiskripsikan norma teman dari WPS Tidak Langsung di Kota Semarang dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.
- d. Mendeskripsikan persepsi WPS Tidak Langsung di Kota Semarang terhadap IMS, HIV dan AIDS

### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi masyarakat

Sebagai bahan masukan informasi bagi masyarakat untuk ikut berpartisipasi membantu pemerintah dalam menanggulangi IMS, HIV&AIDS.

2. Bagi Instansi terkait

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang dan instansi lain yang terkait dalam menentukan kebijakan strategis untuk mendukung program pencegahan IMS, HIV dan AIDS.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat dan dapat dipakai sebagai bahan pustaka untuk penelitian lebih lanjut, dan untuk melakukan intervensi seperti mengusulkan kebijakan atau langkah strategis dalam program pencegahan IMS dan HIV&AIDS.

**E. Keaslian Penelitian**

Dilihat dari lokasi dan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini, maka penelitian ini merupakan penelitian baru dan belum pernah dilakukan. Beberapa penelitian yang terkait perilaku Wanita Pekerja seksual Tidak langsung antara lain:

Nama Peneliti	Judul Penelitian, Tahun	Desain dan Hasil Penelitian
Wong Mee Lian, Roy Chan, Chua W.L, Sharon Wee	<i>Sexually Transmitted Diseases and Condom Use Among Female Freelance and Brothel-Based Sex Workers in Singapore, 1999</i>	Studi belah lintang ( <i>cross sectional</i> ) pada 111 WPS Tidak Langsung yang ditangkap karena prostitusi ilegal dari November 1996 sampai Maret 1997 dan 333 WPS Langsung yang dipilih acak ( <i>random</i> ). Semua responden dilakukan tes IMS. Hasil : Prevalensi IMS pada WPS tidak langsung lebih tinggi dibandingkan dengan WPS langsung (34.8% vs. 24.0%). Tingkat penggunaan kondom yang tidak konsisten secara signifikan lebih tinggi pada WPS Tidak Langsung dan berasosiasi terhadap

Nama Peneliti	Judul Penelitian, Tahun	Desain dan Hasil Penelitian
		umur yang masih muda, jumlah klien yang menurun, dan persepsi penggunaan kondom pada kelompok sebaya
Rakhi Dandona, Lalit Dandona, Juan Pablo Gutierrez, Anil G Kumar, Sam McPerson, Fiona Samuels' Stefano M Bertozzi, dan the ASCI FPP Study Team	<i>High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India, 2004</i>	Baseline Survey dengan Studi belah lintang ( <i>cross sectional</i> ) pada 6648 WPS di 13 distrik Hasil : Sebanyak 6165 (92.7%) melakukan seks vaginal dan anal dengan 1 ≤ klien pada 15 hari terakhir, dan 2907 diantaranya (47.2%; 95% CI 41.2–53.2%) dilaporkan tidak menggunakan kondom 3 klien ≤ pada seminggu terakhir. Kurangnya pengetahuan tentang pencegahan HIV (OR 5.01; 95% CI 4.38–5.73), tidak ada akses bebas terhadap kondom (OR 3.45; 95% CI 2.99–3.98), dan tidak adanya partisipasi dari kelompok dukungan (OR 2.02; 95% CI 1.50–2.70) adalah faktor penyebab yang paling signifikan pada kejadian tidak menggunakan kondom dengan klien. Faktor lain yang berasosiasi adalah rendahnya dukungan sosial, rendahnya pendapatan, umur >24 tahun, buta huruf, dan hidup di daerah kota menengah ( <i>urban</i> ) atau rural.
Fitriana Yuliatwati Lokollo	<i>Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di Pub&amp;karaoke, cafe, dan diskotek di Kota Semarang, 2008</i>	Penelitian Kualitatif pada 6 WPS Tidak Langsung yang bekerja di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang dengan teknik pengampilan sampel <i>purposive sampling</i> Hasil: Dari 6 WPS Tidak Langsung selama 3 bulan terakhir sebagian besar melakukan transaksi seksual rata-rata 3-4 kali dalam seminggu; tempat paling sering digunakan untuk melakukan HUS di hotel-hotel Kota Semarang; <i>short time</i> adalah transaksi yang sering dilakukan (sekitar 1-2 jam) dengan imbalan sebesar Rp. 350.000,00-Rp. 500.000,00 ; klien subjek berasal dari kelompok remaja, dewasa

Nama Peneliti	Judul Penelitian, Tahun	Desain dan Hasil Penelitian
		<p>muda, dan dewasa tua; aktivitas seksual yang dilakukan adalah seks vaginal, oral, dan anal; usaha pencegahan IMS dan HIV&amp;AIDS adalah dengan penggunaan kondom, antibiotik, jamu, dan berolahraga; sebagian mengakui tetap melayani tamu ketika sedang sakit IMS dan menggunakan kondom; pengetahuan semua subjek mengenai penyakit IMS-HIV&amp;AIDS, cara penularan, pencegahan dan akibat atau dampaknya adalah kurang; faktor kemampuan diri dinilai kurang karena posisi tawar subjek masih rendah dalam negosiasi pemakaian kondom dengan klien; faktor keseriusan yang dirasakan adalah baik karena sebagian besar memiliki kesadaran yang tinggi untuk memeriksakan diri walaupun itu terjadi jika subjek mengalami keluhan dan mengakui bahwa mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi; seluruh subjek mempunyai sikap mendukung dalam penggunaan kondom untuk mencegah terjadinya IMS dan HIV&amp;AIDS karena mereka merasa kondom bermanfaat untuk mencegah</p>



Nama Peneliti	Judul Penelitian, Tahun	Desain dan Hasil Penelitian
		penyakit kelamin; sebagian besar WPS Tidak Langsung mendapatkan informasi dari media elektronik seperti TV dan radio, dan media cetak yaitu majalah dan koran; subjek menanggapi informasi tersebut dengan positif; dukungan dari keluarga dan teman sebaya lemah dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS

## F. Ruang Lingkup Penelitian

### 1. Lingkup Masalah

Masalah penelitian dibatasi hanya pada perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung di pub&karaoke, cafe, dan diskotek Kota Semarang dalam upaya penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.

### 2. Lingkup Keilmuan

Bidang ilmu yang diteliti merupakan lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat bagian Promosi Kesehatan Ilmu Perilaku dalam kajian kesehatan reproduksi, HIV dan AIDS khususnya perilaku Wanita Pekerja Seksual di Kota Semarang dalam upaya penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.

### 3. Lingkup Teknik

Data penelitian ini diperoleh dengan melakukan wawancara secara mendalam (*indepth interview*) dan berpedoman pada

kuesioner yang sudah disiapkan kepada subyek serta dengan cara observasi.

4. Lingkup Sasaran

Sasaran penelitian ini Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang.

5. Lingkup Lokasi

Lokasi penelitian adalah beberapa pub&karaoke, cafe, dan diskotek Kota Semarang.

6. Lingkup Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2008 – Juli 2009.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada tinjauan pustaka ini peneliti akan menguraikan tentang prostitusi yaitu definisi prostitusi, seks dan prostitusi, ciri – ciri pekerja prostitusi, motif-motif yang melatarbelakangi prostitusi, akibat – akibat prostitusi, dan jenis prostitusi. Diuraikan juga tentang penyakit akibat kegiatan prostitusi, batasan dan sejarah IMS, HIV dan AIDS, epidemiologi IMS, gambaran klinis IMS dan cara penularannya.

Pencegahan IMS, HIV dan AIDS diuraikan oleh peneliti terutama pencegahan yang bisa dilakukan oleh pekerja seks yaitu mempraktekkan seks yang aman dengan memakai alat pelindung. Dijelaskan pula tentang definisi alat pelindung (kondom), manfaat, cara penggunaan, dan efektivitasnya.

Pengetahuan, sikap, dan praktek atau tindakan juga akan diuraikan disini serta hubungan diantara ketiganya. Terdapat penjelasan singkat dari dua landasan teori yang akan dijadikan acuan oleh peneliti yaitu *Health Belief Model* dan *Theory of Reasoned Action*.

#### **A. Prostitusi.**

##### **1. Sejarah Prostitusi**

Asal mula prostitusi di Indonesia dapat dilacak ke belakang pada jaman kerajaan jawa, dimana wanita memiliki peran dalam sistem feodal. Dua kerajaan besar Jawa yang terbentuk pada tahun 1755, di saat kerajaan Mataram terbagi dua yaitu: Kesunanan Surakarta dan Kesultanan

Yogyakarta. Mataram adalah kerajaan Jawa-Islam yang berada di bagian selatan pelabuhan Jawa Tengah. Pada masa ini, konsep Jawa dari kekuasaan Raja terlihat nyata sebagai kekuasaan yang disebut *agung binantara* (besar dan penuh kekuasaan). Mereka digambarkan sebagai pemilik semuanya; tidak hanya tanah dan kekayaan, tetapi juga semua subyek kehidupan mereka.

Keberadaan kekuasaan Raja yang besar ini ditampilkan pula dengan banyaknya *selir* dalam istananya. Beberapa *selir* adalah anak perempuan dari bangsawan yang diberikan kepada Raja sebagai bentuk kesetiaannya kepada raja. Banyak pula wanita kelas bawah yang dijual atau diberikan keluarganya untuk mendapatkan posisi kecil dalam rumah tangga kerajaan. Sistem feodal dalam kerajaan tersebut telah memberikan landasan dasar industri melalui indentifikasi nilai wanita sebagai komoditi yang dipertukarkan dan keberadaannya berhubungan dengan kekuatan dan kejayaan laki-laki.<sup>44)</sup>

## **2. Definisi Prostitusi**

Prostitusi adalah gejala kemasyarakatan dimana wanita menjual diri melakukan perbuatan-perbuatan seksual sebagai mata pencaharian.<sup>17)</sup> Prostitusi merupakan penyerahan diri dari wanita kepada banyak laki-laki dengan pembayaran.<sup>44)</sup>

Sedangkan Wanita Tuna Susila diartikan sebagai wanita yang mempunyai hubungan kelamin diluar perkawinan, baik dengan imbalan jasa maupun tidak.<sup>17)</sup>

Industri seks komersial meliputi: prostitusi jalanan, prostitusi lokalisasi, panti pijat, pelayanan *escort*, pelayanan panggilan, *strip club*, telepon seks,

pornografi anak dan dewasa, pornografi internet dan video, dan prostitusi dalam turisme (pelancongan).<sup>44)</sup>

### **3. Seks dan Prostitusi**

Seks adalah energi psikis yang ikut mendorong manusia untuk aktif bertingkah laku. Tidak hanya berbuat di bidang seks saja yaitu melakukan relasi seksual atau bersanggama, akan tetapi juga melakukan kegiatan-kegiatan nonseksual misalnya ikut mendorong ikut berprestasi di bidang ilmu pengetahuan seni, agama, sosial, budaya, tugas-tugas moral dan lain sebagainya. Sebagai energi psikis, seks menjadi motivasi atau tenaga dorong untuk berbuat atau bertingkah laku. Freud menyebut seks sebagai *libido sexualis* (libido= gasang, dorongan hidup nafsu erotik).<sup>16)</sup>

Seks juga merupakan mekanisme bagi manusia untuk mengadakan keturunan. Karena itu seks dianggap sebagai mekanisme yang sangat vital, dimana manusia bisa mengabadikan jenisnya.<sup>16)</sup>

Saat ini banyak gadis muda remaja tergelincir dalam dunia pelacuran. Penyebabnya adalah kurang terkendalinya kontrol psikis, melemahnya sistem pengontrol diri dan belum atau kurangnya pembentukan karakter pada usia puber (*adolesence*).<sup>16)</sup>

Kemiskinan adalah penyebab terbanyak prostitusi, tetapi apapun penyebabnya,<sup>1)</sup> pekerja seks wanita adalah kelompok resiko tinggi karena pada umumnya mereka tidak memiliki posisi yang kuat dalam pemakaian kondom dengan pelanggannya. Ini berarti, mereka tidak hanya dalam risiko yang mudah terkena HIV, akan tetapi bagi mereka yang sudah HIV (+) akan

menularkannya kepada pelanggan mereka. Kemudian banyak kasus terjadi para pelanggan akan membawa penyakit dari pekerja seks wanita kepada keluarganya.<sup>(19)</sup>

Wanita pekerja seks, di banyak negara, seringkali tidak diterima secara social dan hukum. Sangat sulit bagi mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan agar tetap sehat jika mereka terkena risiko atau akan mendapatkan hukuman bila diketahui dalam profesi mereka. Stigma ini meningkatkan kerentanan kelompok yang memang telah berada pada risiko tersebut.<sup>(19)</sup>

#### **4. Motif-motif yang Melatarbelakangi Prostitusi <sup>16)</sup>:**

Motif-motif yang melatarbelakangi tumbuhnya pelacuran pada wanita itu beraneka ragam, antara lain:

- a. Adanya kecenderungan melacurkan diri pada banyak wanita untuk menghindari diri dari kesulitan hidup dan mendapatkan kesenangan melalui jalan pendek, kurang pengertian, kurang pendidikan dan buta huruf, sehingga menghalalkan pelacuran.
- b. Adanya nafsu-nafsu seks yang abnormal, tidak terintegrasi dalam kepribadian dan kerolayan seks. Histeris dan hiper seks, sehingga tidak merasa puas mengadakan relasi seks dengan satu pria/suami.
- c. Tekanan ekonomi, faktor kemiskinan; adanya pertimbangan-pertimbangan ekonomis untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya dalam usaha mendapatkan status sosial yang lebih baik.
- d. Aspirasi materiil yang tinggi pada wanita dan kesenangan ketamakan terhadap pakaian-pakaian indah dan perhiasan mewah. Ingin hidup bermewah-mewah, namun malas bekerja (hedonisme).

- e. Terkena bujuk rayuan kaum laki-laki dan para calo; terutama yang menjanjikan pekerjaan-pekerjaan terhormat dengan gaji tinggi misalnya sebagai pelayan toko, bintang film, peragawati dan lain-lain. Namun pada akhirnya gadis-gadis tersebut dengan kejamnya dijebloskan ke dalam bordil-bordil dan rumah-rumah pelacuran.
- f. Banyaknya stimulasi seksual dalam bentuk; film-film biru, gambar-gambar porno, bacaan cabul, geng-geng anak muda yang mempraktekkan relasi seks dan lain-lain.
- g. Penundaan perkawinan jauh sesudah kematangan biologis, disebabkan oleh pertimbangan-pertimbangan ekonomis dan standar hidup yang lebih tinggi.
- h. Disorganisasi dan disintegrasi dari kehidupan keluarga, *broken home*, ayah atau ibu tiri, kawin lagi atau hidup bersama dengan partner lain, sehingga anak gadis merasa sangat sengsara batinnya, tidak bahagia, memberontak, lalu menghibur diri terjun dalam dunia pelacuran.
- i. Ajakan teman-teman sekampung/sekota yang sudah terjun terlebih dahulu dalam dunia pelacuran/prostitusi.
- j. Adanya hubungan seks yang normal tapi tidak dipuaskan oleh suami. Misalnya suami sakit impoten, lama menderita sakit.
- k. Pengalaman-pengalaman traumatis dan shock mental. Misalnya gagal dalam bercinta atau perkawinan dimadu, ditipu sehingga muncul kematangan seks yang terlalu dini dan abnormalitas seks.

##### **5. Akibat-akibat Prostitusi <sup>16)</sup>**

Beberapa akibat yang ditimbulkan oleh pelacuran adalah:

- a. Menimbulkan dan menyebarluaskan penyakit kelamin dan kulit. Penyakit yang paling sering didapat adalah sifilis dan gonore (kencing nanah). Akibat sifilis terutama apabila tidak mendapatkan pengobatan yang sempurna bisa menimbulkan cacat jasmani dan rohani pada diri sendiri dan anak keturunan.
- b. Merusak sendi-sendi kehidupan keluarga, suami-suami yang tergoda oleh pelacur biasanya melupakan fungsinya sebagai kepala keluarga, sehingga keluarga menjadi berantakan.
- c. Mendemoralisasi atau memberikan pengaruh demoralisasi kepada lingkungan; khususnya anak-anak muda remaja masa puber dan *adolesensi*.
- d. Berkorelasi dengan kriminalitas dan kecanduan bahan-bahan narkotika (ganja, heroin, morfin dan lain-lain)
- e. Merusak sendi-sendi moral, asusila, hukum dan agama, karena digantikan dengan pola pelacuran dan promiskuitas; yaitu digantikan dengan pola pemuasan hubungan seks yang berantakan, murah serta tidak bertanggungjawab. Bila pola pelacuran ini telah membudidaya maka rusaklah sendi-sendi kehidupan keluarga yang sehat.
- f. Adanya pengeksploitasian wanita oleh manusia lain. Pada umumnya wanita-wanita pelacur itu cuma menerima sebagian kecil saja dari pendapatan yang harus diterimanya, karena sebagian besar harus diberikan kepada *germo*, *calo-calo*, *centeng-centeng*, pelindung dan lain-lain.
- g. Bisa menyebabkan disfungsi seksual misalnya impotensi, anorgasme, nimfomania, ejakulasi prematur.



## 6. Jenis Prostitusi dan Lokalisasi <sup>16)</sup>

Jenis prostitusi dapat dibagi menurut aktivitasnya yaitu terdaftar dan terorganisir, serta yang tidak terdaftar.

### a. Prostitusi yang terdaftar dan terorganisir.

Pelakunya diawasi oleh bagian *vice control* dari kepolisian, yang dibantu dan bekerjasama dengan Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Pada umumnya dilokalisasi dalam satu daerah tertentu. Penghuninya secara periodik harus memeriksakan diri pada dokter atau petugas kesehatan dan mendapatkan suntikan dan pengobatan sebagai tindakan kesehatan dan keamanan umum.

### b. Prostitusi yang tidak terdaftar.

Termasuk dalam kelompok ini adalah mereka yang melakukan prostitusi secara gelap dan liar, baik secara perorangan maupun kelompok. Perbuatannya tidak terorganisir, tempatnya tidak tentu, bisa disembarang tempat, baik mencari klien sendiri, maupun melalui *calo-calo* dan panggilan. Mereka tidak mencatatkan diri kepada yang berwajib, sehingga kesehatannya sangat diragukan, karena belum tentu mereka itu mau memeriksakan kesehatannya kepada dokter. <sup>16)</sup>

Tempat-tempat hiburan malam juga dapat menjadi tempat prostitusi tidak terdaftar. Macam tempat hiburan malam tersebut adalah :

#### 1. Diskotik

Adalah gedung hiburan tempat mendengarkan musik (dari piringan hitam) dan berdansa atau menari mengikuti irama musik.

<sup>17)</sup> Suasana di dalam gedung yaitu hingar-bingar, dihiasi dengan

lampu sorot yang berwarna-warni. Diskotik biasanya mulai dibuka pukul delapan malam sampai dini hari. Di dalam diskotik terdapat beberapa pelayan bir yang juga bertugas menemani tamu untuk minum. Beberapa dari mereka dapat diajak bertransaksi secara seksual. Ada juga wanita yang memang datang hanya untuk mencari klien yang dapat diajak bertransaksi seksual.<sup>18)</sup>

## 2. Pub

Tempat hiburan khusus untuk mendengarkan musik sambil minum dan dibuka pada waktu malam sampai larut malam menjelang pagi.<sup>17)</sup> Suasana di dalam pub tidak sehingar bingar seperti di diskotik. Biasanya ada grup musik *live* yang menghibur para tamu. Para wanita pelayan yang juga biasanya mau diajak berbincang bersama para tamu terkadang dapat diajak bertransaksi seksual.<sup>18)</sup>

## 3. Karaoke

Tempat hiburan khusus untuk bernyanyi sambil minum.<sup>17)</sup> Suasana di dalam tempat karaoke biasanya dibagi di dalam beberapa ruang, ada yang VIP dan standar. Terdapat beberapa wanita yang bertugas memandu tamu bernyanyi di dalam ruang-ruang tersebut. Akan tetapi beberapa diantara wanita tersebut juga dapat diajak bertransaksi seksual.<sup>18)</sup>

## 4. Bar

Tempat minum yang menjual minuman keras seperti anggur, wiski, dan bir.<sup>17)</sup> Di Indonesia, keberadaan bar cukup jarang karena budaya yang menganggap minum minuman keras adalah hal yang

tabu. Biasanya bar dijadikan satu dengan pub, karaoke, dan diskotik.

#### 5. Cafe

Tempat minum yang pengunjungnya terkadang dapat dihibur dengan musik.<sup>17)</sup> Pada saat sekarang ini keberadaan cafe cukup menjamur dimana-mana. Biasanya cafe digunakan untuk anak muda *nongkrong* bersama, bercakap-cakap, atau sekedar minum dan makan ringan. Akan tetapi beberapa cafe di Semarang menjadi tempat pertemuan bagi kelompok lesbian, gay, dan remaja putri yang mencari klien untuk diajak bertransaksi seksual.<sup>18)</sup>

#### 6. Wanita Pekerja Seksual

Berdasarkan cara bekerjanya Wanita Pekerja Seksual dapat dibedakan menjadi 2 (dua) macam, yaitu :

##### a. WPS langsung (*direct sex worker*)

Yaitu wanita yang secara terbuka menjajakan seks baik di jalanan maupun di lokalisasi atau eks lokalisasi<sup>19)</sup>

##### b. WPS tidak langsung (*indirect sex worker*)

Yaitu wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-bidang pekerjaan tertentu atau mempunyai pekerjaan utama lain dan secara tidak langsung menjajakan seks di tempat-tempat hiburan seperti pramupijat, pramuria bar / karaoke.<sup>19)</sup>

Dapat juga diartikan sebagai wanita yang melayani seks pelanggannya untuk memperoleh tambahan pendapatan di tempat ia

bekerja, seperti wanita yang bekerja di panti pijat/salon/spa, bar/karaoke/ diskotek/*café*/restoran, dan hotel/motel/*cottage* (wanita penjaja seks tidak langsung).<sup>20)</sup>

## **B. Penyakit Akibat Kegiatan Prostitusi.**

Penyakit akibat prostitusi identik dengan penyakit kelamin, karena penyakit ini cara penularannya melalui hubungan kelamin. Tempat terjangkitnya penyakit kelamin tidak semata-mata pada alat kelamin saja, tetapi dapat terjadi di beberapa tempat disekitar alat kelamin. Untuk memahami penyakit hubungan seksual akan diuraikan beberapa penyakit kelamin yang paling banyak dijumpai dalam kehidupan sehari-hari.

### **1. Infeksi Menular Seksual (IMS)**

#### **a. Batasan Infeksi Menular Seksual (IMS)**

Infeksi menular seksual (IMS) adalah berbagai infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang yang lain melalui kontak seksual. Tempat terjangkitnya penyakit tersebut tidak semata-mata pada alat kelamin saja, tetapi dapat terjadi di berbagai tempat diluar alat kelamin.<sup>21)</sup> Menurut *Centers for Disease Control* (CDC) terdapat lebih dari 15 juta kasus IMS dilaporkan per tahun. Kelompok remaja dan dewasa muda (15-24 tahun) adalah kelompok umur yang memiliki risiko paling tinggi untuk tertular IMS. Tiga juta kasus baru tiap tahun adalah dari kelompok ini.<sup>22)</sup>

Dari sudut epidemiologi ternyata IMS berkembang sangat cepat berkaitan dengan pertambahan dan terjadinya migrasi penduduk, bertambahnya kemakmuran, serta terjadi perubahan perilaku seksual yang semakin bebas tanpa batas.<sup>21)</sup> Penyebab infeksi ini adalah basil, virus,

*spirochaeta*, *mikroorganisme*, dan parasit.<sup>23)</sup> Hampir seluruh IMS dapat diobati. Namun, bahkan IMS yang mudah diobati seperti gonore telah menjadi resisten terhadap berbagai antibiotik generasi lama. IMS lain, seperti herpes, AIDS, dan kutil kelamin, seluruhnya adalah IMS yang disebabkan oleh virus, tidak dapat disembuhkan. Beberapa dari infeksi tersebut sangat tidak mengancam, sementara yang lainnya bahkan dapat mematikan. Sifilis, AIDS, kutil kelamin, herpes, hepatitis, dan bahkan gonore seluruhnya sudah pernah dikenal sebagai penyebab kematian. Beberapa IMS dapat berlanjut pada berbagai kondisi seperti Penyakit Radang Panggul (PRP), kanker serviks dan berbagai komplikasi kehamilan.<sup>22)</sup> Walaupun pada beberapa penyakit sudah ditemukan obatnya, tetapi jika pengobatannya kurang memuaskan akan menimbulkan penyakit menjadi menahun (kronis) dengan akibat akhir rusaknya fungsi alat genitalia bagian dalam sehingga menimbulkan kurang subur atau mandul.<sup>21)</sup>

Penting untuk diperhatikan bahwa kontak seksual tidak hanya hubungan seksual melalui alat kelamin. Kontak seksual juga meliputi ciuman, kontak oral-genital, dan pemakaian “mainan seksual”, seperti vibrator. Sebetulnya, tidak ada kontak seksual yang dapat benar-benar disebut sebagai “seks aman”. Satu-satunya yang betul-betul “seks aman” adalah abstinensia. Hubungan seks dalam konteks hubungan monogami di mana kedua individu bebas dari IMS juga dianggap “aman”. Kebanyakan orang menganggap berciuman sebagai aktifitas yang aman. Sayangnya, sifilis, herpes dan penyakit-penyakit lain dapat menular lewat aktifitas yang nampaknya tidak berbahaya ini. Semua bentuk lain kontak seksual juga berisiko. Kondom umumnya dianggap merupakan perlindungan terhadap

IMS. Kondom sangat berguna dalam mencegah beberapa penyakit seperti HIV dan gonore. Namun kondom kurang efektif dalam mencegah herpes, trikomoniasis dan klamidia. Kondom memberi proteksi kecil terhadap penularan *Human Papilloma Virus* (HPV), yang merupakan penyebab kutil kelamin. <sup>22)</sup>

#### **b. Sejarah Infeksi Menular Seksual (IMS)**

Sebelum perang dunia II IMS belum dikenal. Yang dikenal adalah penyakit kelamin atau *venereal disease* yang berasal dari kata *venus* (dewi cinta). Setelah perang dunia II ternyata banyak penyakit lain yang timbul akibat hubungan kelamin, sehingga istilah tersebut diganti dengan *Sexually Transmitted Diseases* (STD). Istilah STD ini telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia menjadi PHS (Penyakit Hubungan Seksual) atau PMS (Penyakit Menular Seksual) atau IMS (Infeksi Menular Seksual). Dikatakan bahwa IMS merupakan penyakit tertua di dunia namun tidak diketahui secara pasti saat pertama timbulnya IMS. Berdasarkan catatan kuno, sifilis telah dikenal sejak jaman Mesir Kuno, Yunani dan Romawi sedangkan gonore telah tercatat dalam kitab suci.

Banyak orang-orang terkenal pada jamannya yang menderita IMS terutama sifilis dan gonore. Misalnya: <sup>24)</sup>

- Kerajaan Romawi : Julius Caesar dan Cleopatra (2000 tahun yang lalu)
- Kerajaan Perancis : Charles V (tahun 1337-1380) dan Charles VII (tahun 1729-1796)

- Kerajaan Inggris : Henry VIII (tahun 1491-1547) dan Edward VI (tahun 1547-1553)
- Kerajaan Persia : Peter The Great (tahun 1672-1725) dan Constantine The Great (tahun 1729-1796)
- Pemimpin terkenal : Napoleon Bonaparte (tahun 1760-1821), Adolf Hitler (1889-1945) dan Benito Mussolini (1883-1945)
- Musikus : Benvenuto Allini (tahun 1500-1571) dan Frans Schubert (1797-1828)
- Bintang film : Rock Hudson (1983)

Epidemi sifilis pertama kali terjadi di Eropa pada tahun 1493. Pada saat Columbus beserta anak buahnya mengelilingi dunia, penyakit ini kemudian menyebar dari Eropa ke bagian dunia lainnya. Sampai abad ke-18 sifilis dan gonore masih dianggap merupakan penyakit yang sama. Sampai Albert Neiser berhasil menemukan penyebab gonore pada tahun 1879 dan baru diumumkan pada tahun 1882 serta Schaudin dan Mann Hoff berhasil menemukan penyebab penyakit sifilis tahun 1905.<sup>24)</sup>

Beberapa dari penyakit ini endemis hampir di setiap bagian dunia. Sebagian darinya, terutama sifilis, telah menjadi sporadis di negara-negara tertentu. Tetapi masih ada juga kecenderungan terjadinya epidemi kecil-kecilan dari suatu penyakit kelamin yang timbul di setiap negara dalam masa-masa keresahan sosial, peperangan, atau ketidakstabilan.<sup>25)</sup>

Dengan adanya kemajuan dan berkembangnya ilmu pengetahuan di berbagai bidang, telah terjadi perubahan sikap masyarakat menghadapi

IMS dimana masyarakat tidak lagi menganggap penderita IMS sebagai orang kena hukuman dosa dan tidak lagi mengasingkan pada suatu rumah sakit khusus (*special evil hospital*) seperti yang terjadi di masa yang lalu.<sup>24)</sup>

Sampai saat ini IMS masih dihubungkan secara tradisional sebagai perbuatan yang tidak bermoral. Oleh sebab itu seorang penderita IMS akan selalu berusaha menyembunyikan penyakitnya, agar dapat diterima oleh teman, keluarga, dan masyarakat di sekitarnya.<sup>24)</sup>

Ada 15 macam IMS yang terdiri dari 5 mayor dan 10 minor termasuk AIDS dan hepatitis. Yang termasuk dalam 5 IMS mayor adalah:  
24)

- Sifilis
- Gonore
- Ulkus mole
- Limfogranuloma venereum
- Granuloma inguinale

Sedangkan yang termasuk 10 IMS minor adalah:

- Herpes genitalis
- Uritritis Non Spesifik
- Trichomoniasis
- Candidasis
- Kandiloma Akuminata
- Moluskus Kontangiosum
- Scabies dan Pediculus pubis
- Tinea inguinalis



- AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)
- Hepatitis

### c. **Epidemiologi Infeksi Menular Seksual (IMS)**

Ada 3 faktor determinan yang ikut menentukan besarnya frekuensi dan distribusi suatu penyakit di dalam suatu masyarakat, yaitu: <sup>24)</sup>

#### a. Penyebab penyakit (*agent*)

Penyebab IMS adalah sangat bervariasi. Dapat berupa virus yang sangat kecil ukurannya sampai dengan parasit yang hampir dapat dilihat dengan mata telanjang.

#### b. Tuan rumah (*host*)

Beberapa faktor penting pada tuan rumah (*host*) yang berperan pada perbedaan insiden IMS adalah :

##### (1) Umur

Umur merupakan faktor yang sangat penting yang ikut mempengaruhi insiden IMS. Sesuai dengan cara penularan IMS yaitu melalui kontak seksual maka golongan umur dengan insiden tinggi adalah golongan umur dengan kegiatan seksual aktif.

##### (2) Jenis Kelamin

Angka kesakitan kelompok umur tertentu (*age specific morbidity rate*) penderita IMS pada pria adalah lebih tinggi bila dibandingkan dengan wanita. Namun tingkat kegawatan (*severity*) pada wanita penderita IMS adalah lebih serius bila dibanding dengan laki-laki. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya perbedaan ini antara lain :

- Perbedaan jenis kelamin dengan perbedaan susunan anatomi organ tubuh tertentu. Manifestasi gejala klinik IMS pada pria adalah lebih jelas sehingga memberi kesempatan lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan.
- Diagnosis penderita IMS pada pria lebih mudah, sehingga lebih banyak penderita pria yang dilaporkan.
- Pria dianggap lebih promiskuitis bila dibandingkan dengan wanita sehingga lebih banyak kemungkinannya terjadi penularan penyakit. Di negara berkembang hubungan kelamin di luar nikah lebih banyak dilakukan pria. Hal ini berkaitan erat dengan faktor-faktor pengaruh tradisi, agama kebudayaan, dan arti pentingnya kegadisan (*virginity*)

### (3) Pilihan pasangan dalam hubungan seksual

Data yang ada di negara maju menunjukkan bahwa angka kesakitan IMS (*rate of infection*) pada pria homoseksual adalah lebih tinggi bila dibandingkan dengan heteroseksual.

### (4) Pekerjaan

Pekerjaan seseorang sering mempunyai ikatan erat dengan kemungkinan terjangkitnya IMS. Pada orang-orang yang bekerja dengan kondisi tertentu dengan lingkungan yang memberikan peluang terjadinya kontak seksual, akan timbul akibat meningkatnya penderita IMS.

### (5) Status perkawinan dan sosial ekonomi

Insiden IMS dikatakan lebih tinggi pada orang yang belum menikah, bercerai, atau orang yang terpisah dari keluarganya bila dibandingkan dengan orang yang sudah kawin. Sering ditemukan pula pada kelompok dengan status sosial ekonomi rendah atau kurang.

c. Faktor lingkungan (*environment*)

(1) Faktor demografik

- Bertambahnya jumlah penduduk dan pemukiman yang padat (*overcrowding*)
- Perpindahan populasi yang meningkat akibat migrasi dan mobilitas penduduk misalnya perdagangan, hiburan, pariwisata, dan lain-lain.
- Urbanisasi dan industrialisasi di kota-kota besar.
- Peningkatan jumlah prostitusi dan homoseksual.
- Remaja lebih cepat matang di bidang seksual sehingga ingin lebih cepat menikmati kepuasan seksual.

(2) Faktor sosial ekonomi

- Kemiskinan terutama di daerah rural sering menyebabkan urbanisasi ke kota besar.
- Perkembangan ekonomi yang cepat mendorong terjadinya atau meningkatnya promiskuitas, misalnya orang lebih mudah bepergian atau berlibur, berkunjung ke tempat-tempat hiburan/kelab malam/panti pijat/bar, dan penggunaan minuman keras.

(3) Faktor kebudayaan

- Terlanggarnya nilai-nilai moral dan agama yang menyebabkan orang lebih bebas berbuat sesuatu termasuk hubungan seksual di luar nikah.
- Melonggarnya ikatan keluarga termasuk pengawasan orang tua menyebabkan hal yang sama seperti di atas.
- Anggapan bahwa pria lebih promiskuitas menyebabkan adanya prostitusi.
- Meningkatnya rangsangan seksual melalui majalah, film, VCD, dan lain-lain.
- Adanya perubahan tingkah laku seksual kelompok masyarakat tertentu untuk mendapatkan kepuasan seksual baik pada heteroseksual maupun homoseksual.

#### (4) Faktor medik

- Adanya kekebalan kuman penyakit IMS
- Penularan penyakitnya lebih cepat dibandingkan dengan waktu yang diperlukan untuk mencari penderita yang ditulari.
- Diagnosis penyakit kadang-kadang sukar, terutama pada wanita.
- Pengaruh pil KB dan alat kontrasepsi menimbulkan tambah beraninya seseorang melakukan hubungan seksual di luar nikah karena kekhawatiran terjadinya kehamilan akibat hubungannya berkurang.

- Walau penderita IMS sudah diobati dan sembuh, tetapi apabila partner seksnya sudah tertular dan tidak diobati, maka ini akan tetap menjadi sumber penularan.
- Adanya kelompok penaja seks yang di luar jangkauan pengobatan dan pengawasan medik.

#### (5) Faktor biologik

- Ditemukannya penyebab IMS yang baru seperti AIDS.
- Resistensi mikroorganisme terhadap pengobatan karena mutasi gen maupun kromosom.
- Sifat biologik mikroorganisme penyebab IMS belum sepenuhnya diketahui.

## 2. Gambaran Klinis IMS dan Cara Penularannya

### a. Penyakit Gonore (GO)

Penyakit gonore paling banyak dijumpai dalam jajaran penyakit hubungan seksual, tetapi bila terlambat mendapatkan pengobatan atau kurang tepat dalam mengobati dapat menimbulkan komplikasi yang fatal. Termasuk dalam tipe *bacterial*.<sup>25)</sup> Penyebabnya adalah *Neisseria gonorrhoea*, yaitu bakteri *diplokokus* berbentuk buah kopi. Dapat pula disebabkan oleh *Neisseria catarrhalis*, *Neisseria meningitidis*, dan *Neisseria pharyngitidis*.<sup>24)</sup>

Cara penularannya hubungan seks vaginal, anal dan oral. <sup>25)</sup> Masa inkubasi pada pria (waktu sebelum terjadi gejala) berkisar antara 3-5 hari setelah infeksi. Sedangkan pada wanita masa inkubasi berkisar 7-21 hari. Biasanya penderita tidak merasakan apa-apa kecuali hanya mengeluarkan darah putih, rasa gatal, atau hanya rasa sakit ringan pada uretra.<sup>24)</sup>

Pemeriksaan *serviks* akan nampak berwarna merah, membengkak, perlukaan dan tertutup oleh lendir bernanah. Lendir yang dikeluarkan sangat infeksius (bersifat menginfeksi), sehingga dapat menyebabkan penyakitnya menuju liang kencing (*uretritis*) dengan gejala rasa sakit saat kencing, banyak kencing dan bercampur nanah, pemeriksaan mulut saluran kencing menunjukkan berwarna merah, bengkak, bila diurut keluar nanah. Penyebaran ke kelenjar *Bartholini*, dibagian bibir liang sanggama menimbulkan kelenjar *Bartholin* membengkak, sangat nyeri sehingga sukar berjalan, bila saluran kelenjar tersumbat menimbulkan pernanahan yang disebut *abses Bartholin*.<sup>24)</sup>

Dalam keadaan infeksi akut, penderita akan segera memeriksakan diri sehingga mendapatkan pengobatan yang tepat, bahkan dirawat inap sehingga mendapatkan pengobatan secara intensif. Kesembuhan mungkin terjadi dengan sempurna tanpa menimbulkan bekas. Sebagian akan mengalami infeksi menahun, diikuti pembentukan jaringan ikat sekitarnya yang menimbulkan perlekatan sehingga saluran telur (*tuba fallopii*), indung telur (*ovarium*), rahim (*uterus*) dan sekitarnya menjadi satu sehingga menyebabkan wanita mengalami kemandulan. Kadang-kadang terjadi kehamilan, tetapi dalam perjalanannya menuju rahim mengalami kemacetan (tersangkut), sehingga tumbuh kembang terjadi di saluran indung telur dan menyebabkan kehamilan ektopik (diluar kandungan).<sup>25)</sup>

Perkembangan menunjukan bahwa sebagian infeksi tersebut, tidak lagi sensitif terhadap *penisilin*, sehingga memerlukan pengobatan dengan antibiotik jenis lainnya. Penting diperhatikan adalah mendapat pengobatan yang tuntas sehingga kesembuhan terjamin dengan baik. Oleh karena itu jika diperlukan atau dianjurkan untuk datang kembali oleh dokter yang merawat

harus dipenuhi. Pemeriksaan ulang setelah infeksi akut, sangat diperlukan untuk meyakinkan agar kesembuhan sempurna, melalui pengobatan ulang dengan antibiotik lainnya atau laboratorium.<sup>26)</sup>

Pengobatan infeksi dapat disembuhkan dengan antibiotik. Namun tidak dapat menghilangkan kerusakan yang timbul sebelum pengobatan dilakukan.<sup>24)</sup> Konsekuensi yang mungkin timbul pada orang yang terinfeksi adalah pada perempuan jika tidak diobati, penyakit ini merupakan penyebab utama Penyakit Radang Panggul (PRP), yang kemudian dapat menyebabkan kehamilan ektopik, kemandulan dan nyeri panggul kronis. Dapat menyebabkan kemandulan pada pria. Gonore yang tidak diobati dapat menginfeksi sendi, katup jantung dan/atau otak.<sup>24)</sup>

Pencegahan tidak melakukan hubungan seksual baik vaginal, anal dan oral dengan orang yang terinfeksi adalah satu-satunya cara yang 100% efektif untuk pencegahan. Kondom dapat mengurangi tetapi tidak dapat menghilangkan sama sekali risiko penularan penyakit ini.<sup>24)</sup>

Sering dipropagandakan bahwa upaya preventif lebih murah dari pengobatan yang memerlukan biaya, waktu dan tambahan pemeriksaan laboratorium. Di kalangan Wanita Tuna Susila (WPS) telah mendapat pengawasan yang intensif dengan memberikan antibiotik berkala, sehingga memperkecil terjadinya penularan infeksi pada pelanggan. Disamping itu para pria telah menyadari bahaya infeksi sehingga melakukan upaya preventif dengan jalan menggunakan kondom untuk berhubungan seksual, datang ke dokter untuk mendapatkan suntikan *antibiotic* sehingga tidak akan menularkannya pada orang lain.<sup>26)</sup>

## **b. Penyakit sifilis**

Ada dua teori utama yang menjelaskan asal-usul penyakit ini yaitu "*Columbian* atau *New World Theory*" dan "*Unitarian* atau *African Theory*".<sup>5)</sup> Menurut *Columbian* atau *New World Theory*, penyakit ini belum dikenal di Eropa sebelum tahun 1492. Pada tahun ini Christopher Columbus melakukan suatu pelayaran bersejarah dengan melintasi lautan Atlantik. Para pelautnya dikatakan telah dijangkiti penyakit sifilis oleh wanita-wanita setempat di pulau Hispaniola di Hindia Barat. Pada pelayaran kembali ke Eropa penyakit ini terus berkembang dengan gejala-gejala berupa bercak-bercak berwarna merah tembaga pada setiap penderita yang disebut *Indian Measles*. Sesudah tahun 1493 timbullah epidemi penyakit ini di seluruh Eropa.<sup>24)</sup>

Sedangkan menurut *Unitarian* atau *African Theory*, penyakit sifilis sudah ada sejak berabad-abad sebelumnya. Penyakit ini kemudian menyebar dengan adanya perpindahan penduduk dan perdagangan budak kenegaraan Amerika. Dengan adanya perbedaan udara di Afrika yang panas dengan negara-negara Amerika yang berhawa dingin, maka kuman-kuman penyakit sifilis menyesuaikan diri dengan berpindah ke bagian badan yang panas yaitu di sekitar alat genital (kemaluan). Dan akibatnya penyakit ini lalu menjadi penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin.<sup>24)</sup>

Disebut sifilis karena adanya suatu sajak yang ditulis pada tahun 1530. Pengarangnya bernama Fracastoro, seorang dokter yang juga seorang ahli sajak yang hidup di Verona, Italia. Sajak tersebut diberi nama "Sifilis", menceritakan seorang penggembala babi yang bernama Sifilis yang dikutuk oleh Dewa Apollo. Kutukannya berupa penyakit yang tanda-tandanya hampir mirip dengan penyakit baru yang sedang melanda negara Itali. Akhirnya nama sifilis diterapkan begitu saja pada penyakit tersebut dan nama itu digunakan



sampai dengan sekarang. Tetapi ada juga yang mengatakan bahwa nama ini kemungkinan berasal dari bahasa Yunani yaitu "Siphilos" yang berarti timpang/pincang.<sup>24)</sup>

Sifilis disebut juga dengan "lues atau raja singa"<sup>24)</sup> Termasuk dalam tipe bakterial<sup>22)</sup> Penyebab penyakit ini adalah *Treponema pallidum*, yaitu suatu kuman yang berbentuk spiral dan dapat bergerak dengan sangat lincah. Yang diserang oleh penyakit ini adalah semua organ tubuh, sehingga cairan tubuh mengandung *treponema pallidum*.<sup>24)</sup>

Klasifikasi Sifilis ada 2 yaitu: sifilis dini infeksius (*early infectious syphilis*) yang meliputi stadia primer dan sekunder bersama dengan infeksi dini asimtomatik, dan sifilis lanjut (*late syphilis*) yang meliputi semua manifestasi yang terjadi sesudah lebih dari 2 tahun dari infeksi.<sup>25)</sup>

Cara penularan yang paling umum adalah hubungan seks vaginal, anal atau oral. Namun, penyakit ini juga dapat ditularkan melalui hubungan non-seksual jika ulkus atau lapisan mukosa yang disebabkan oleh sifilis kontak dengan lapisan kulit yang tidak utuh dengan orang yang tidak terinfeksi.<sup>25)</sup> Penyakit ini dapat diderita secara kongenital akibat kuman dapat menembus barrier plasenta dan masuk ke dalam tubuh janin.<sup>24)</sup>

Gejala pada fase awal, penyakit ini menimbulkan luka yang tidak terasa sakit atau "*chancres*" yang biasanya muncul di daerah kelamin tetapi dapat juga muncul di bagian tubuh yang lain. Jika tidak diobati penyakit akan berkembang ke fase berikutnya yang dapat meliputi adanya gejala ruam kulit, demam, luka pada tenggorokan, rambut rontok dan pembengkakan kelenjar di seluruh tubuh.<sup>22)</sup>

Penyakit ini dapat diobati dengan penisilin.<sup>22)</sup> Khususnya penisilin yang berjenis natur (*long acting* dan *short acting*). Prinsip pengobatannya ialah kadar obat harus lama bertahan di dalam darah yaitu selama 1-14 hari.<sup>24)</sup> Namun, kerusakan pada organ tubuh yang telah terjadi tidak dapat diperbaiki.<sup>22)</sup>

Konsekuensi yang mungkin terjadi pada orang yang terinfeksi, jika tidak diobati sifilis dapat menyebabkan kerusakan serius pada hati, otak, mata, sistem saraf, tulang dan sendi dan dapat menyebabkan kematian. Seseorang yang sedang menderita sifilis aktif risikonya untuk terinfeksi HIV akan meningkat karena luka (*chancres*) merupakan pintu masuk bagi virus HIV.<sup>22)</sup>

Pencegahannya adalah tidak melakukan hubungan seks secara vaginal, anal dan oral dengan orang yang terinfeksi. Kondom dapat mengurangi tetapi tidak menghilangkan risiko tertular penyakit ini melalui hubungan seks. Masih ada kemungkinan tertular sifilis walaupun memakai kondom yaitu melalui luka yang ada di daerah kelamin. Usaha untuk mencegah kontak non-seksual dengan luka, ruam atau lapisan bermukosa karena adanya sifilis juga perlu dilakukan.<sup>22)</sup>

### **c. Trikonomiasis**

Trikomoniasis adalah infeksi alat genitalia wanita atau pria yang disebabkan oleh *Trichomoas vaginalis*. Tipenya termasuk dalam *bakterial*.<sup>24)</sup> Pada pria dapat berbentuk *urethritis*, infeksi saluran kencing, *prostatitis*, dan infeksi pada *prostate*. Sedangkan pada wanita berbentuk *vaginitis trikomonas*, *sinitis* infeksi kandung kencing. Pada wanita kadang terdapat secara bersamaan, hidup dari sisa sel, kuman dari benda lainnya dalam lendir vagina.<sup>26)</sup>

Pada umumnya menyerang wanita muda seksual aktif. Trikomoniasis menular melalui kontak seksual.<sup>24)</sup> *Trichomonas vaginalis* dapat bertahan hidup pada benda-benda seperti baju-baju yang dicuci, dan dapat menular dengan pinjam meminjam pakaian tersebut.<sup>22)</sup> *Trichomonas* dapat hidup di luar tubuh selama 45 menit.<sup>24)</sup> Pada umumnya *Trichomonas vaginalis* terdapat bersama-sama dengan penyakit lain misal gonore dan sifilis.<sup>22)</sup>

Obat yang lazim digunakan adalah *notrinidazol*. Pengobatan dapat dilakukan dengan obat minum untuk suami istri dan pada wanita diperlukan obat yang dimasukkan dalam liang sanggama, sehingga dalam waktu relatif singkat terjadi kesembuhan.<sup>24)</sup>

Pencegahan tidak melakukan hubungan seks secara vaginal dengan orang yang terinfeksi adalah satu-satu cara pencegahan yang 100% efektif mencegah penularan trikomoniasis melalui hubungan seksual. Kondom dan berbagai metode penghalang sejenis yang lain dapat mengurangi tetapi tidak menghilangkan risiko untuk tertular penyakit ini melalui hubungan seks. Hindari untuk saling pinjam meminjam handuk atau pakaian dengan orang lain untuk mencegah penularan non-seksual dari penyakit ini.<sup>22)</sup>

Penyakit ini digolongkan penyakit hubungan seksual karena sebagian besar menularnya melalui hubungan seks. Oleh karena itu infeksi dalam lingkungan keluarga perlu mendapat pengobatan bersama sehingga tidak terjadi "fenomena pingpong" artinya pengobatan hanya pada satu belah pihak.<sup>22)</sup>

#### **d. Ulkus Mole**

Tipenya adalah *streptobasil*. Penyebabnya *Haemophilus ducreyi*, yaitu suatu basil dengan bentuk seperti halter berpasangan membentuk gambaran

seperti rel kereta api. Cara penularan melalui hubungan seksual dengan adanya ulkus pada genital atau ekstra genital seperti pada mulut, bibir, lidah, dan tangan. Dapat juga ditularkan secara kebetulan misal pada tenaga kesehatan yang menangani pengobatan untuk penderita.<sup>24)</sup>

Masa inkubasi penyakit ini adalah 3-5 hari. Gejala biasanya dimulai dari makula kecil berwarna kemerahan yang dalam beberapa jam akan berubah menjadi papula lalu menjadi pustula dan pecah menjadi ulkus (*chancroid*). Ulkus ini dapat berbentuk tunggal maupun multipel. Pada perabaan ulkus terasa lunak, dasar ulkus kotor terisi penuh jaringan nekrotik, dan nyeri tekan disertai pembesaran kelenjar getah bening regional (*inguinal mendial*).<sup>24)</sup>

Pengobatannya yaitu antibiotik (sulfonamid, tetrasiklin, eritromisin, doksisisiklin). Pada umumnya dengan pengobatan yang baik penyakit ini dapat sembuh dalam waktu 2 minggu.<sup>24)</sup>

#### **e. Limfogranuloma venereum (VL)**

Termasuk dalam tipe *bakterial*.<sup>22)</sup> Penyebabnya adalah *Chlamidia trachomatis* yang dapat menyebabkan uretritis non spesifik.<sup>24)</sup> Cara penularan melalui hubungan kelamin ( anal, oral, vaginal ).<sup>24)</sup>

Masa inkubasi penyakit ini berkisar antara 4-35 hari, tetapi biasanya kurang dari 1 minggu. Gejala penyakit ini dibagi menjadi 2 yaitu manifestasi dini dan manifestasi lanjut. Pada manifestasi dini laki-laki terdapat ulkus kecil yang tak berlangsung lama terletak di prepusium, batang penis, dan glans penis kemudian menyebar ke kelenjar limfe regional inguinal sehingga membengkak, kemerahan, terasa panas, dan mengalami reaksi peradangan. Bila tidak diobati pembengkakan ini akan mengalami fluktuasi dan timbul multipel fistel jika pecah sehingga kelenjar yang terkena akan melekat satu

dengan yang lain. Sedangkan pada manifestasi dini wanita terdapat lesi primer yang timbul pada vulva, dinding depan vagina, vagina bagian belakang, dan serviks. Kadang ditemukan di ekstra genital yaitu pada mulut, tangan, rektum, dan anus. Jika sudah sampai pada manifestasi lanjut maka pada wanita akan terjadi kerusakan saluran limfe dan kelenjar limfe sehingga timbul penyumbatan dan udem yang dimulai dari klitoris sampai anus dan akhirnya terjadi penebalan kulit yang berbenjol-benjol. Baik pada wanita dan pria akan terjadi pula peradangan rektum sehingga bila berak akan keluar darah dan pus.<sup>24)</sup>

Pengobatannya dengan antibiotik (tetrasiklin, kloramfenikol, doksisiklin, minosiklin, trimethoprim, sulfametoksazol). Penisilin tidak diperbolehkan untuk ulkus di genital.<sup>24)</sup>

#### **f. Herpes genitalis**

Tipenya termasuk *viral*.<sup>22)</sup> Penyebabnya adalah *Herpes simpleks* tipe 2 (HSV-2) atau *virus of love*. HSV-1 dapat juga menyerang daerah genital jika mulut ada lesi/luka kemudian melakukan hubungan seks secara oral.<sup>24)</sup>

Cara penularan menyebar melalui kontak seksual antar kulit dengan bagian-bagian tubuh yang terinfeksi saat melakukan hubungan seks vaginal, anal atau oral. Virus sejenis dengan strain lain yaitu *Herpes Simplex* Tipe 1 (HSV-1) umumnya menular lewat kontak non-seksual dan umumnya menyebabkan luka di bibir. Namun, HSV-1 dapat juga menular lewat hubungan seks oral dan dapat menyebabkan infeksi alat kelamin.<sup>23)</sup>

Masa inkubasi berkisar antara 2-5 hari.<sup>24)</sup> Gejalanya sangat ringan meliputi demam yang tidak tinggi, rasa gatal atau terbakar; rasa nyeri di kaki, pantat atau daerah kelamin; atau keputihan.<sup>25)</sup> Bintil-bintil berair atau luka

terbuka yang terasa nyeri juga mungkin terjadi, biasanya di daerah kelamin, pantat, anus dan paha, walaupun dapat juga terjadi di bagian tubuh yang lain. Luka-luka tersebut akan sembuh dalam beberapa minggu tetapi dapat muncul kembali.<sup>25)</sup>

Belum ada pengobatan untuk penyakit ini. Obat anti virus biasanya efektif dalam mengurangi frekuensi dan durasi (lamanya) timbul gejala karena infeksi HSV-2<sup>25)</sup> misalnya acyclovir (krim, suntikan, tablet), lupidon G, vidarabine.<sup>24)</sup>

Konsekuensi yang mungkin terjadi pada orang yang terinfeksi dan memiliki luka akan meningkat risikonya untuk terinfeksi HIV jika terpapar sebab luka tersebut menjadi jalan masuk virus HIV.<sup>22)</sup> Pencegahan tidak melakukan hubungan seks secara vaginal, anal dan oral dengan orang yang terinfeksi adalah satu-satunya cara pencegahan yang 100% efektif mencegah penularan virus herpes genital melalui hubungan seks. Kondom dapat mengurangi risiko tetapi tidak dapat sama sekali menghilangkan risiko tertular penyakit ini melalui hubungan seks. Walaupun memakai kondom saat melakukan hubungan seks, masih ada kemungkinan untuk tertular penyakit ini yaitu melalui adanya luka di daerah kelamin.<sup>22)</sup>

#### **g. Uretritis Non Spesifik (UNS)**

Tipenya termasuk dalam *bakterial*.<sup>24)</sup> Penyebabnya tidak dapat diketahui secara spesifik. Kemungkinan karena alergi, kuman *Chlamydia trachomatis*, serotipe L-IV dan L-V, dan strain *Mycoplasma T ureaplama urealitikum* (Uu). Cara penularannya melalui hubungan kelamin.<sup>24)</sup>

Masa inkubasi berkisar antara 2-5 minggu. Gejala yang timbul hampir sama seperti gonore, tetapi UNS lebih sering terjadi rekuren. Gejala klinik hanya diderita oleh kaum pria dengan gejala hampir sama dengan gonore namun lebih ringan dengan secret yang seropurulen terutama pada pagi hari bangun tidur dimana di celana dalam akan terdapat bercak-bercak berwarna kuning disertai dengan rasa gatal, panas, tetapi jarang terjadi limfadenitis. Pengobatannya dengan tetrasiklin, eritromisin, minosiklin.<sup>24)</sup>

#### **h. Kandidiasis vagina**

Tipenya adalah jamur. Penyebab *Kandida albicans* dan *kandida tropikalisis*.<sup>24)</sup> Cara penularannya melalui hubungan seksual, pil kontrasepsi, hygiene yang kurang, iritasi, kegemukan, pemakaian obat antibiotik dan kortikosteroid yang terlalu lama.<sup>23)</sup> Gejalanya menyebabkan rasa seperti terbakar, gatal dan tidak nyaman.<sup>25)</sup> Pengobatannya menggunakan nistatin, klotrimmasol, mikonasol, amphoterasin B, metronidasol, ketokonazol.<sup>24)</sup> Dapat diobati dengan obat yang dijual tanpa resep, namun biasanya dapat kambuh.<sup>25)</sup>

#### **i. Kondilomata akuminata (jengger ayam)**

Tipenya termasuk dalam viral. Penyebabnya *human papiloma virus* (HPV). Cara penularannya hubungan seksual vaginal, anal, dan oral.<sup>22)</sup> Masa tunas antara 3 minggu sampai dengan 8 bulan, tetapi rata-rata 3 bulan.<sup>24)</sup> Dimulai dengan benjolan berwarna kemerah-merahan yang tidak sakit, kutil yang menyerupai bunga kol yang tumbuh di dalam atau pada kelamin, anus, dan tenggorokan,<sup>22)</sup> kemudian dapat membesar sehingga membentuk seperti jengger ayam dan dapat menutupi kemaluan (pada wanita).<sup>24)</sup> Pengobatan dengan trichlor azenzuur purish, bedah listrik, bedah krio, antibiotika.<sup>25)</sup>

HPV adalah virus yang menyebabkan kutil kelamin. Beberapa strains dari virus ini berhubungan kuat dengan kanker serviks sebagaimana halnya juga dengan kanker vulva, vagina, penis, dan anus. Pada kenyataannya 90% penyebab kanker serviks adalah virus HPV.<sup>22)</sup>

Pencegahan tidak melakukan hubungan seksual secara vaginal, anal, dan oral dengan orang yang terinfeksi adalah satu-satunya cara pencegahan yang 100% efektif mencegah penularan. Kondom hampir tidak berfungsi sama sekali dalam mencegah penularan virus ini melalui hubungan seks.<sup>22)</sup>

#### **j. Moluskum Kontagiosum**

Tipenya termasuk dalam viral. Penyebabnya virus-virus golongan *pox virus*. Cara penularannya melalui kontak langsung atau seksual. Masa inkubasi berkisar  $\pm$  6 minggu. Terdapat benjolan kecil sebesar kepala jarum pentul sampai sebesar jagung, yang didalamnya terdapat bahan seperti lemak, dan ditengahnya terdapat cekungan.<sup>24)</sup>

Ditularkan secara inokulasi yaitu melalui lesi dan dengan garukan akan timbul luka baru. Pengobatan dengan forsep, ekskloleasi, atau jika tidak diobati akan sembuh sendiri dalam waktu sekitar 6 minggu.<sup>24)</sup>

#### **k. Pedikulosis pubis**

Tipenya termasuk dalam parasit. Penyebabnya parasit *Phthirus pubis*. Cara penularan ditularkan melalui kontak langsung secara seksual. Menyerang rambut pubis dan rambut kecil di sekitar anus. Sangat erat hubungannya dengan kebersihan lingkungan dan perorangan, kepadatan penduduk, dan hygiene yang buruk.<sup>24)</sup>



Gejalanya timbul rasa gatal di daerah pubis dan sekitarnya. Kutu penyebab dapat dilihat dengan mata biasa, kepalanya masuk ke dalam muara folikel rambut sehingga sulit dilepaskan. Ada *black dot* yaitu bercak-bercak hitam pada celana dalam yang dilihat penderita pada waktu bangun tidur., kadang terdapat infeksi sekunder dengan pembesaran kelenjar getah bening regional, bercak abu-abu di daerah abdomen yang dikenal sebagai *macula serulae*.<sup>24)</sup> Pengobatan dapat dilakukan dengan rambut kelamin dicukur, diberi obat gameksan, benzoat bensilikus (salep).<sup>25)</sup>

#### **I. Tinea Inguinalis**

Tipenya termasuk dalam jamur. Penyebabnya *Trichophyton* dan *Epideormophyton*. Cara penularan melalui hubungan seksual. Gejalanya rasa gatal dilipatan paha, lesi berbentuk bulat, berbatas tegas, bagian tepi meradang. Terdapat di paha, pantat, lipatan paha dan sekitar kemaluan. Pengobatan dengan obat-obat jamur topical dengan kortikosteroid.<sup>24)</sup>

#### **m. Hepatitis B**

Tipenya termasuk dalam viral.<sup>22)</sup> Penyebabnya virus hepatitis B .<sup>24)</sup> Cara penularan melalui hubungan seksual vaginal, oral, dan anal; transfusi darah, menggunakan jarum suntik bergantian, perlukaan karena alat-alat medis.<sup>22)</sup>

Gejalanya demam, sakit kepala, nyeri otot, lemah, kehilangan nafsu makan, muntah, diare. Gejala-gejala yang ditimbulkan karena gangguan di hati meliputi air kencing berwarna gelap, nyeri perut, kulit menguning, mata pucat.<sup>22)</sup> Belum ada pengobatannya. Kebanyakan infeksi bersih dengan sendirinya dalam 4-8 minggu. Beberapa orang menjadi terinfeksi secara kronis.<sup>22)</sup>

#### **n. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)**

Termasuk dalam tipe viral.<sup>22)</sup> AIDS merupakan kumpulan gejala menghilangnya atau berkurangnya kemampuan seseorang mengatasi infeksi yang didapatkan sehingga orang tersebut akan mudah mengalami infeksi bakteri, virus, atau jamur yang pada orang normal tidak menimbulkan penyakit (infeksi oportunistik).<sup>24)</sup> Jadi manusia dapat meninggal bukan semata-mata oleh virus HIVnya tetapi oleh penyakit lain yang sebenarnya bisa ditolak seandainya daya tahan tubuhnya tidak rusak.<sup>27)</sup>

Pertama kali timbul di Afrika, Haiti, dan Amerika Serikat pada tahun 1978. Tahun 1979 pertamakali dilaporkan adanya kasus-kasus sarkoma kaposi dan penyakit-penyakit infeksi yang jarang terjadi di Eropa. Penyakit ini menyerang orang-orang Afrika yang bermukim di Eropa. Tahun 1981 Amerika Serikat melaporkan kasus *sarkoma kaposi* dan penyakit infeksi yang jarang terjadi di kalangan kaum homoseksual. Hal ini menimbulkan dugaan yang kuat bahwa transmisi penyakit ini terjadi melalui hubungan seksual.<sup>28)</sup>

Pada tahun 1982, CDC USA (*Centers for Disease Control United State of America*) untuk pertama kali membuat definisi kasus AIDS. Sejak saat itulah surveilans AIDS dimulai. Pada tahun 1982-1983 mulai diketahui adanya transmisi di luar jalur hubungan seksual, yaitu melalui transfusi darah, penggunaan jarum suntik secara bersama oleh para penyalaguna narkoba suntik. Pada tahun ini juga Luc Montagnier dari Pasteur Institute, Paris menemukan bahwa penyebab kelainan ini adalah LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*).<sup>28)</sup>

Tahun 1984 diketahui adanya transmisi heteroseksual di Afrika dan pada tahun yang sama diketahui bahwa HIV menyerang sel limfosit T penolong. Pada tahun itu Gallo dkk dari *National Institute of Health*, Bethesda, Amerika

Serikat menemukan HTLV III sebagai penyebab kelainan ini. Tahun 1985 ditemukan antigen untuk melakukan tes ELISA, pada tahun itu juga diketahui bahwa HIV juga menyerang sel otak. Pada tahun 1986 *International Committee on Taxonomy of Viruses* memutuskan nama penyebab penyakit AIDS adalah HIV sebagai pengganti nama LAV dan HTLV III.<sup>28)</sup>

Di Indonesia ditemukan pertama kali pada warga negara Belanda yang datang ke Indonesia sebagai wisatawan dan meninggal di Bali (April 1987). Kasus kedua yaitu warganegara Kanada yang sudah berada di Indonesia selama 2 tahun dan ia meninggal di Jakarta (Nopember 1987). Kasus ketiga ditemukan pada seorang warganegara Perancis yang meninggal di Jakarta (Mei 1989).<sup>28)</sup>

Penyebabnya *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) yang pertama kali ditemukan oleh Montagnier dkk di Perancis tahun 1983. Virus ini kemudian disebut *Human T cell Lymphotropic Virus III* (HTLV III) atau *Human T Cell Leucimia Virus III* yang ditemukan oleh Gallo dkk dari Amerika Serikat. Virus ini terdapat di dalam cairan darah, seminal, air liur, dan air mata.<sup>24)</sup> HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah nama golongan retrovirus penyebab AIDS yang pada akhirnya menggantikan nama LAV dan HTLV III.<sup>28)</sup>

Cara penularan melalui hubungan seks vaginal, oral dan khususnya anal; darah atau produk darah yang terinfeksi; memakai jarum suntik bergantian pada pengguna narkoba; dan dari ibu yang terinfeksi kepada janin dalam kandungannya, saat persalinan, atau saat menyusui.<sup>22)</sup> Diantara beberapa pola penularan yang biasa terjadi, yang paling sering adalah hubungan seksual (95%). Secara teoritis cara penularan melalui hubungan seksual yang paling rawan adalah dengan teknik anal-penis (*ano genital*), karena teknik ini

memungkinkan terjadinya luka pada rektum. Teknik ini pada dunia barat diperkirakan lebih sering dilakukan oleh kaum homoseksual, sehingga dapat dimengerti jika insiden pada kelompok ini relatif tinggi.<sup>27)</sup>

Gejala AIDS timbul setelah 5-10 tahun setelah terinfeksi HIV.<sup>27)</sup> Beberapa orang tidak mengalami gejala saat terinfeksi pertama kali. Sementara yang lainnya mengalami gejala-gejala seperti flu, termasuk demam, kehilangan nafsu makan, berat badan turun, lemah dan pembengkakan saluran getah bening. Gejala-gejala tersebut biasanya menghilang dalam seminggu sampai sebulan, dan virus tetap ada dalam kondisi tidak aktif (*dormant*) selama beberapa tahun. Namun, virus tersebut secara terus menerus melemahkan sistem kekebalan, menyebabkan orang yang terinfeksi semakin tidak dapat bertahan terhadap infeksi-infeksi oportunistik.<sup>22)</sup>

Belum ada pengobatan untuk infeksi ini. Obat-obat anti retroviral digunakan untuk memperpanjang hidup dan kesehatan orang yang terinfeksi. Obat-obat lain digunakan untuk melawan infeksi oportunistik yang juga diderita.<sup>22)</sup>

Konsekuensi yang mungkin terjadi pada orang yang terinfeksi yaitu hampir semua orang yang terinfeksi HIV akhirnya akan menjadi AIDS dan meninggal karena komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan AIDS.<sup>36)</sup> Konsekuensi yang mungkin terjadi pada janin dan bayi yaitu 20-30% dari bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV akan terinfeksi HIV juga dan gejala-gejala dari AIDS akan muncul dalam satu tahun pertama kelahiran. Dua puluh persen dari bayi-bayi yang terinfeksi tersebut akan meninggal pada saat berusia 18 bulan. Obat antiretroviral yang diberikan pada saat hamil dapat

menurunkan risiko janin untuk terinfeksi HIV dalam proporsi yang cukup besar.<sup>22)</sup>

Pencegahannya tidak melakukan hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi, khususnya hubungan seks anal, di mana cairan tubuh, darah, air mani atau sekret vagina paling mungkin dipertukarkan, adalah satu-satunya cara yang 100% efektif untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seks. Kondom dapat menurunkan risiko penularan tetapi tidak menghilangkan sama sekali kemungkinan penularan. Hindari pemakaian narkoba suntik dan saling berbagi jarum suntik. Diskusikan dengan petugas kesehatan tindakan kewaspadaan yang harus dilakukan untuk mencegah penularan HIV, terutama saat harus menerima transfusi darah maupun produk darah.<sup>22)</sup>

### **C. Pencegahan IMS dan HIV&AIDS**

IMS, HIV dan AIDS terutama dapat terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan perlu difokuskan pada hubungan seksual, dalam hal ini langkah pencegahan yang dianjurkan untuk dilakukan adalah :<sup>22)</sup>

1. Melakukan hubungan monogami seumur hidup. Secara statistik dapat diperhitungkan bahwa dengan melakukan hubungan seks dengan pasangan yang terbatas maka risiko terinfeksi kuman penyebab IMS dan virus HIV juga akan berkurang.
2. Berhubungan seks yang aman, yaitu dengan :
  - Lebih berhati-hati dalam memilih pasangan, yaitu yang berisiko rendah terhadap infeksi kuman IMS, HIV dan AIDS .
  - Hindarkan berganti-ganti pasangan.

3. Mempraktekan *protective sex*, yaitu hubungan seksual yang tidak terdapat pertukaran atau kontak dengan semen, cairan vagina atau darah antar pasangan. Termasuk dalam kategori ini adalah penggunaan kondom.

Dalam kasus prostitusi maka upaya yang paling dimungkinkan untuk mencegah penularan IMS dan HIV-AIDS adalah dengan mempraktekkan seks yang aman (*protective sex*) yaitu dengan selalu menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seks dengan siapapun.

#### **D. Alat Pelindung**

##### **1. Pengertian <sup>29)</sup>**

Kondom adalah suatu selubung yang terbuat dari karet atau kulit binatang yang dikenakan pada penis yang *ereksi* dan berperan sebagai penghalang untuk mencegah semen atau cairan *preejakulasi* pada saat *penis* dalam *vagina* atau *rectum* (*dubur*).

##### **2. Manfaat Kondom**

Mencegah penularan HIV&AIDS dan juga memberikan perlindungan terhadap penyakit infeksi menular lain seperti infeksi gonore, *chlamydia*, sifilis dan herpes serta merupakan metode lain dalam keluarga berencana.

##### **3. Cara Penggunaan Kondom yang Benar:**

- a. Perhatikan tanggal kadaluwarsa, bila sudah kadaluwarsa jangan digunakan
- b. Buka dengan hati-hati dari bungkusnya
- c. Tekan ujung kondom dengan 2 jari

- d. Setelah alat kelamin laki-laki menegang pasangkan kondom pada ujung alat kelamin dan lepaskan gulungannya ke pangkal
- e. Lepas kondom setelah ejakulasi dengan hati-hati agar cairan sperma tidak tumpah
- f. Dan bungkus kondom setelah dipakai lalu dibuang di tempat sampah
- g. Jangan menggunakan pelumas bahan dari minyak, misalnya *hand body*, lotion, dll. Bahan ini dapat merusak kondom. Gunakan pelumas dengan bahan cair.

#### **4. Efektivitas Kondom Sebagai Alat Pelindung <sup>29)</sup>**

Menurut prosedur tetap yang berlaku (pada pabrik di negara maju tanpa krisis), satuan produk (*batch*) kondom dijual di pasar apabila dalam 1000 buah kondom tidak ada yang dapat dilewati barang sebesar 5 mikron. Dalam kajian dilapangan, hanya satu dari 10.000 kondom yang mampu melewatkan virus *HIV*.

Masalah selanjutnya dari efektivitas terletak pada kemungkinan robek atau meleset (keluar dari zakar tanpa disadari). Dalam masyarakat dunia saat ini, menurut berbagai penelitian, maka yang robek ialah 4,4% di Australia, 6,7% di Amerika Serikat, 10,1% di St. Louis dan 12,9% di Barbados. Yang meleset tanpa sadar berkisar antara 3,4%-4,4% dari berbagai penelitian. Disimpulkan bahwa efektivitas kondom untuk pencegahan kehamilan rata-rata sebesar 87%, sedangkan efektivitas kondom unruk penularan PMS (IMS) rata-rata sebesar 69%.

Penambahan pelumas (*lubrication*) manurunkan proporsi robek, namun bisa meningkatkan proporsi meleset dan penambahan *spermisida* baik yang

sudah ada dalam kondom maupun yang ditambahkan kemudian dapat membunuh hampir semua sperma dan sebagian kuman penyebab IMS.

#### **E. Perilaku (Pengetahuan, Sikap dan Praktik)**

Perilaku merupakan segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan dan tindakan manusia sebagai makhluk hidup yang dilengkapi dengan akal yang berfungsi untuk mengontrol dan mengendalikan perilaku agar sesuai dengan yang diharapkan.

Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seseorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat, dan bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan tersebut, perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan.<sup>30)</sup>

Perilaku dan gejala yang tampak pada kegiatan orgasme dipengaruhi baik oleh faktor genetik dan lingkungan. Faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku tersebut. Sedangkan lingkungan adalah kondisi lahan untuk perkembangan perilaku. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*).<sup>31)</sup>

Skinner (1938), seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon. Ia membedakan adanya dua respon, yakni :<sup>32)</sup>



- *Respondent respon atau reflexive*, ialah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan ini menimbulkan respon yang relatif tetap. Respon ini juga mencakup emosi respon (*emotional response*) yang timbul karena hal yang kurang menyenangkan ataupun yang menyenangkan organisme yang bersangkutan.
- *Operant response* adalah respon yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang semacam ini disebut *reinforcing stimuli*. Oleh sebab itu perangsangan yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku tertentu yang telah dilakukan. Respon ini merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia, dan kemungkinan untuk memodifikasinya sangat besar.

Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan obyek tersebut. Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui panca indera. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun mengamati obyek yang sama. Motivasi yang diartikan sebagai suatu dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan juga dapat terwujud dalam bentuk perilaku.<sup>32)</sup>

Notoatmodjo (1985), menyatakan bahwa perilaku adalah suatu reaksi psikis atau kejiwaan (berpendapat atau berfikir, bersikap dan sebagainya) seseorang terhadap lingkungannya. Berarti perilaku baru akan terwujud bila

ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan suatu rangsangan. Pada dasarnya perilaku dapat diamati melalui sikap dan tindakan tetapi bisa juga bersifat potensial yaitu dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi.

Adapun bentuk operasional perilaku, menurut Notoatmodjo (1989) dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis sebagai berikut: <sup>33)</sup>

- Perilaku dalam bentuk pengetahuan yaitu mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- Perilaku dalam bentuk sikap yaitu tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri si subyek, yang menimbulkan perasaan suka atau tidak suka.
- Perilaku dalam bentuk tindakan/praktik yang sudah nyata yaitu perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

Pengetahuan WPS tentang program pencegahan dan pemberantasan IMS, HIV dan AIDS diharapkan akan menjadi dasar untuk bersikap positif terhadap pelaksanaan Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS, HIV dan AIDS dan selanjutnya akan mendorong WPS untuk bertindak atau membentuk praktik melaksanakan Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS, HIV dan AIDS.

## **1. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. <sup>33)</sup>

Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang ada pada manusia tersebut bertujuan untuk menjawab permasalahan kehidupan manusia yang dihadapi sehari-hari dan digunakan untuk kemudahan-kemudahan tertentu.

Sehubungan dengan perihal diatas pengetahuan dapat diibaratkan sebagai suatu alat yang dipakai manusia dalam menyelesaikan persoalan yang dihadapi. Misalnya pengetahuan tentang pencegahan IMS, HIV dan AIDS dapat digunakan oleh seorang WPS dalam memahami bagaimana cara mencegahnya agar terhindar dari penyakit tersebut. Pengetahuan dapat diketahui seseorang melalui melihat, mendengar atau mengalami suatu kejadian yang nyata, selain itu dapat pula diperoleh melalui belajar di bangku pendidikan baik bersifat formal maupun informal. Pengetahuan diperoleh melalui pengalaman, baik dari diri sendiri maupun dari orang lain. Pengetahuan lebih bersifat pengenalan suatu benda atau sesuatu hal secara obyektif.

## **2. Sikap**

Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk merespon (secara positif atau negatif) terhadap orang, obyek atau situasi tertentu. Sikap mengandung penilaian yang emosional (senang, sedih, benci dan lain-lain). Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat.<sup>33)</sup>

Sikap belum dapat dilihat secara nyata, artinya sikap itu masih dalam diri seseorang sehingga kita sulit mengetahui bagaimana sikap seseorang

terhadap sesuatu. Newcomb, salah seorang ahli psikologi social yang dikutip Notoatmodjo (1993) menyatakan bahwa sikap itu merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka.<sup>33)</sup>

Selanjutnya sikap itu terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

- a. Menerima (*receiving*), artinya bahwa orang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- b. Merespon (*responding*), misalnya memberikan jawaban bila ditanya atau mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuing*), dimana orang telah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan. Misalnya seorang WPS yang mendiskusikan pencegahan penyakit HIV/AIDS di resosialisasi.
- d. Bertanggungjawab (*responsible*) adalah merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi, dimana pada tingkatan ini orang bertanggungjawab atas segala resiko dari yang dipilihnya, walaupun mendapat tekanan dari keluarga, suami, mertua atau dari orang lain.

Sikap merupakan hal yang penting dalam kehidupan sehari-hari, bila sikap itu sudah terbentuk dalam diri seseorang selanjutnya akan ikut menentukan tingkah lakunya terhadap sesuatu. Menurut Alport (1954) sikap itu mempunyai tiga kelompok pokok yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap sesuatu obyek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap sesuatu obyek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama dapat membentuk suatu sikap yang utuh. Sikap yang utuh dipengaruhi oleh pengetahuan,

keyakinan dan emosi seseorang. Sebagai contoh seorang WPS yang akan memperoleh penyuluhan mengenai HIV dan AIDS, bila WPS tersebut telah mendengar mengenai penyebab, akibat/bahaya, pencegahan HIV dan AIDS dan sebagainya, maka pengetahuan ini akan membawa WPS tersebut untuk berpikir kearah pencegahan HIV dan AIDS pada dirinya. Dengan demikian WPS ini mempunyai sikap tertentu terhadap obyek yang berupa pencegahan HIV dan AIDS.<sup>33)</sup>

### **3. Praktik atau Tindakan** <sup>33)</sup>

Praktik atau tindakan adalah merupakan salah satu dari tiga perilaku berbentuk perbuatan (*action*) terhadap situasi atau rangsangan dari luar. Perbuatan atau praktik tidak sama dengan perilaku, melainkan hanya sebagian dari perwujudan perilaku. Perwujudan dari perilaku yang lain dapat melalui pengetahuan dan sikap.

Suatu sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan, untuk terwujudnya suatu sikap agar menjadi tindakan perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain seperti fasilitas dan dukungan dari pihak lain: sebagai contoh disini adalah penggunaan kondom pada WPS, dalam hal ini perlu biaya untuk membeli kondom dan dukungan dari pengasuh ataupun pelanggan.

Perbuatan nyata atau praktik dari suatu perwujudan perilaku mempunyai beberapa tingkatan antara lain:

#### a. Persepsi (*perception*)

Persepsi ini meliputi diantaranya adalah mengenal dan memilih berbagai obyek.

#### b. Respon terpimpin (*guided response*)

Yaitu dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar. Sebagai contoh WPS dapat menggunakan kondom dengan benar dimulai dari cara memilih, membuka dan memasang serta membuang kondom ditempat yang aman setelah dipakai dan sebagainya.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar sebagai suatu kebiasaan, maka seorang tersebut sudah berada pada praktik tingkat ini, sebagai contoh, seorang WPS sudah dapat memeriksakan dirinya secara rutin bila dirinya merasa sakit tanpa menunggu perintah atau ajakan dari orang lain.

d. Adaptasi (*adaptation*)

Pada praktik tingkatan ini sudah berkembang dengan baik artinya tindakan ini sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenarannya. Misalnya, seorang WPS dapat memilih kondom yang bagus sesuai dengan kesenangan pelanggan.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung adalah dengan mengobservasi kegiatan atau tindakan responden sedangkan tidak langsung adalah dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan. Perubahan perilaku yang terjadi pada diri seseorang harus ada unsur: pengetahuan, keyakinan dan sarana-sarana kemudahan.

#### **4. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik<sup>33)</sup>**

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara kedua variabel ini telah diperlihatkan oleh *Cartwright* (1981) dalam *Inantha* (1997), dalam studi tiga komunitas dibidang

kesehatan, pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum suatu tindakan pribadi terjadi, tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya bertindak atau dasar pengetahuan yang dimilikinya.<sup>33)</sup>

Sikap adalah salah satu diantara kata yang paling samar namun paling sering digunakan dalam kamus ilmu perilaku. Sikap merupakan perasaan yang lebih mantap, ditujukan terhadap sesuatu obyek yang melekat ke dalam struktur sikap yaitu evaluasi dalam dimensi baik dan buruk.<sup>33)</sup>

Hubungan perilaku dengan sikap, keyakinan dan nilai tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak. Analisis akan memperlihatkan misalnya bahwa sikap, sampai tingkat tertentu merupakan penentu, komponen dan akibat dari perilaku. Hal ini merupakan alasan yang cukup untuk memberikan perhatian terhadap sikap, keyakinan dan nilai sebagai faktor predisposisi.<sup>34)</sup>

Adanya hubungan yang erat antara sikap dan perilaku didukung oleh pengertian sikap yang menyatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak. Dalam penelitian-penelitian yang dilakukan oleh *Warner* dan *De Fleur* (1969) didefinisikan bahwa adanya tiga hubungan antara sikap dan praktik sebagai berikut<sup>34)</sup>:

- a. Keajegan (*concistency*). Sikap verbal merupakan alasan yang masuk akal untuk menduga apa yang dilakukan oleh seseorang bila dihadapkan dengan obyek sikapnya. Dengan kata lain ada hubungan langsung antara sikap dan tingkah laku (praktik).
- b. Ketidak ajegan (*inconcistency*). Alasan ini yang membantah adanya hubungan yang konsisten antara sikap dengan tingkah laku (praktik).

Sikap dan tingkah laku adalah dimensi yang individual yang berbeda dan terpisah. Demikian pula sikap dan tingkah laku adalah tidak tergantung satu sama lain.

- c. Keajegan yang tidak tertentu (*concistency contingent*). Alasan ini mengusulkan bahwa hubungan antara sikap dan tingkah laku tergantung pada faktor-faktor situasi tertentu pada variabel antara. Pada situasi tertentu diharapkan adanya hubungan antara sikap dan tingkah laku, dalam situasi yang berbeda hubungan itu tidak ada. Hal ini lebih dapat menerangkan hubungan sikap dan tingkah laku (praktik).

Sikap WPS yang positif terhadap Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS, HIV dan AIDS, diharapkan akan mendorong WPS untuk melaksanakan praktik Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS, HIV dan AIDS.

## **F. Landasan Teori**

Dalam membuat kerangka konsep, peneliti menggunakan teori model perubahan perilaku menurut *Health Belief Model* dan *Theory of Reasoned Action*.

### **1. *Health Belief Model***

Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan



bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.<sup>35)</sup>

Perkembangan dari HBM tumbuh pesat dengan sukses yang terbatas pada berbagai program Pelayanan Kesehatan Masyarakat di tahun 1950-an. Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada 4 variabel kunci yang terlibat didalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut.<sup>35)</sup>

### ***Komponen-Komponen HBM***<sup>35)</sup>

#### **1. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*).**

Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut resiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.

#### **2. Keseriusan yang dirasa (*Perceived Severity/Seriousness*)**

Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial).

Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai *ancaman yang dirasakan (perceived threat)*.

### **3. Manfaat yang dirasa (*Perceived Benefits*).**

Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

### **4. Penghalang yang dirasa (*Perceived Barriers*).**

Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

### **5. Variabel-variabel Lain.**

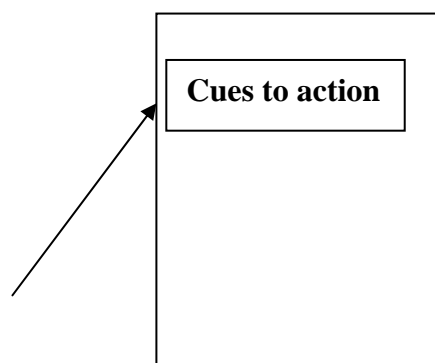
Perbedaan demografis, sosiopsikologi, dan variabel struktural mungkin memberikan pengaruh dalam persepsi individu dan secara langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Secara rinci, faktor-faktor sosiodemografi, pencapaian dalam bidang pendidikan, dipercaya mempunyai efek secara tidak langsung terhadap perilaku yang akan mempengaruhi persepsi kerentanan, kekerasan, manfaat, dan penghalang.

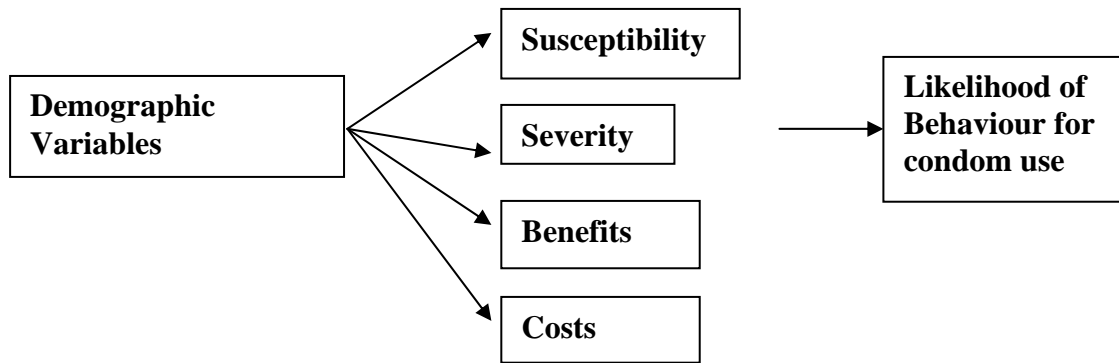
Selain itu, faktor pendorong untuk bertindak (*cues to action*), seperti: kampanye media massa, nasehat dokter, dan lain-lain, memberikan pengaruh secara tidak langsung yang berkaitan dengan perilaku.

#### **6. Kemampuan Diri (*Self-Efficacy*).**

Faktor ini bukan merupakan salah satu komponen HBM, tetapi sangat berkaitan dengan HBM. Faktor ini memberi pengaruh terhadap HBM dalam rangka meningkatkan kekuatan dalam penjelasan. *Self Efficacy* didefinisikan sebagai suatu estimasi kemampuan seseorang yang akan mendorong ke suatu hasil tertentu (perilaku), adalah serupa dengan konsep HBM dalam manfaat yang dirasakan.

Dalam kaitannya dengan Wanita Pekerja Seksual yang menggunakan kondom dalam berhubungan seksual, mereka harus percaya bahwa penggunaan kondom itu akan *menguntungkan* bagi kesehatan mereka dan juga bahwa mereka *mempunyai kemampuan* untuk berhenti.





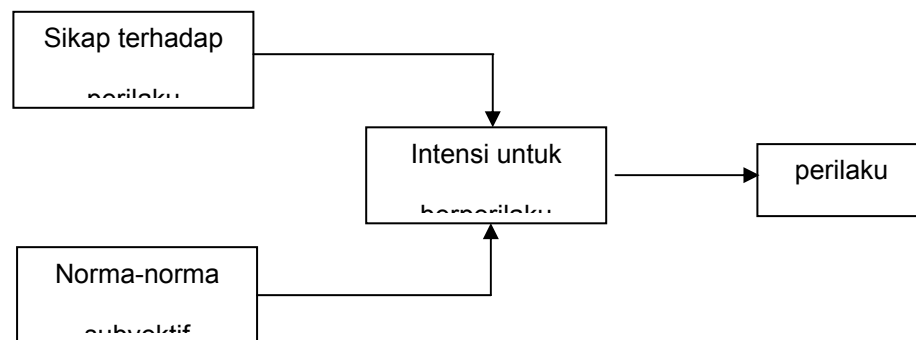
Bagan 2.1. Teori *Health Belief Model* (Beeker dan Rosenstock, 1987) dalam buku "*Health Psychology*"

## 2. *Theory of Reasoned Action* (TRA)

Untuk mengetahui hubungan antara keyakinan (*belief*), sikap (*attitude*), kehendak/intensi dan perilaku dapat dilihat dengan menggunakan *Theory of Reasoned Action*. Intensi dalam teori tersebut merupakan unsur terbaik dari perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara untuk meramalkannya adalah mengetahui intensi orang tersebut. Sikap merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari penilaian (*outcome of the behaviour*), disamping itu juga dipertimbangkan pentingnya konsekuensi yang akan terjadi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*). Kedua konsep ini mencerminkan dampak dari norma subyektif. Norma sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang diperkirakan orang yang dianggapnya penting (*reference persons*) dan motivasi seseorang mengikuti untuk pikiran tersebut.<sup>36)</sup>

Teori ini mengatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan, dan dampaknya terbatas hanya pada tiga hal:

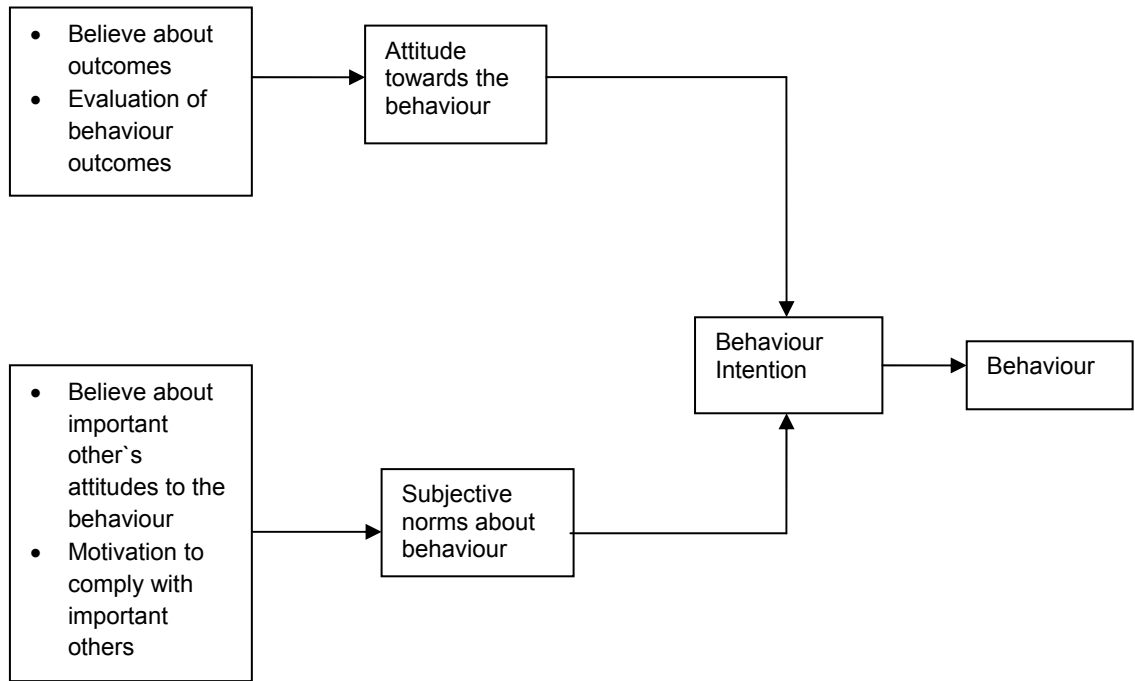
- a. Perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu.
- b. Perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh sikap tetapi juga oleh norma-norma subyektif yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat.
- c. Sikap terhadap suatu perilaku bersama norma-norma subyektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu.



Gambar 2.2. Teori tindakan Beralasan

Sumber : Anwar, Saiffudin, 2002, *Sikap Manusia Teori dan Pengukuran*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Berdasarkan gambar 2.2 diatas terlihat bahwa intensi merupakan fungsi dari dua determinan dasar, yaitu sikap individu terhadap perilaku dan persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku yang bersangkutan yang disebut dengan norma subyektif. Secara sederhana teori tersebut menjelaskan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya.<sup>37)</sup>



Gambar 2.3. Theory of Reasoned Action

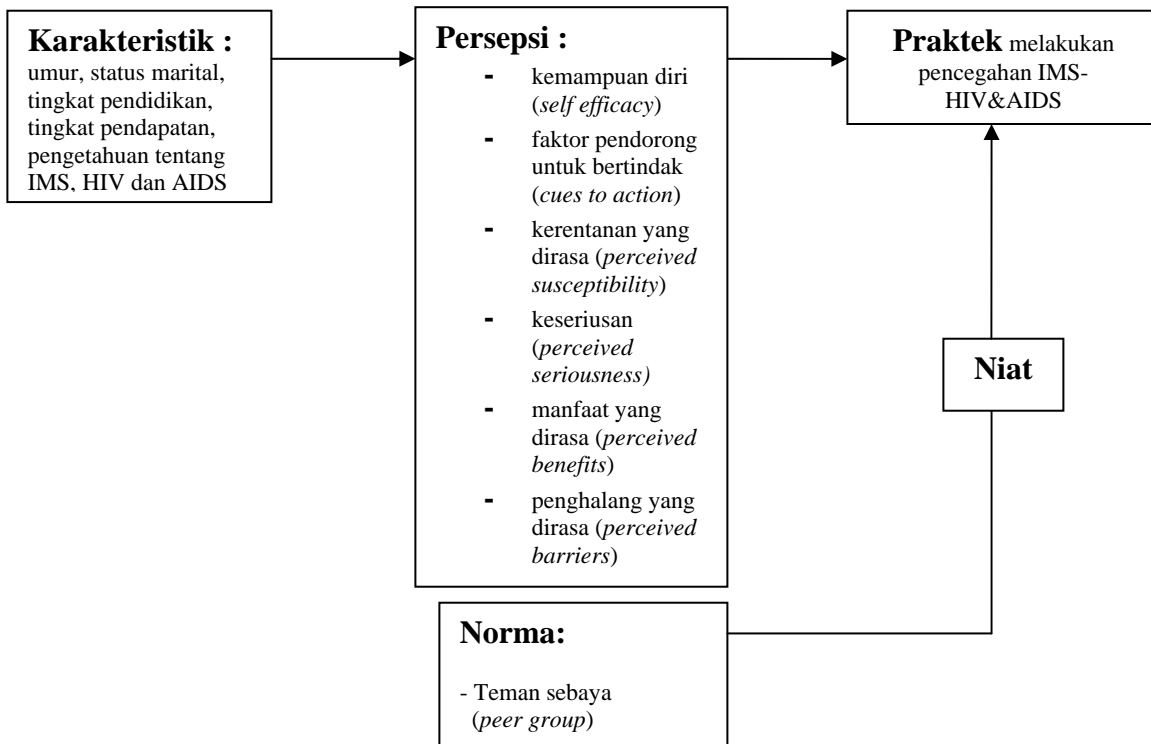
Sumber : Ogden, Jane. 1996. *Health Psychology a text Book*. Open University Press. Buckingham-Philadelphia.

# BAB III

## METODE PENELITIAN

### A. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori tersebut pada bab II, maka peneliti membatasi penelitian ini dengan kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

## **B. Variabel Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep yang ada, maka variabel-variabel yang akan diteliti adalah :

1. Karakteristik subyek penelitian :
  - umur
  - tingkat pendidikan
  - status marital
  - tingkat pendapatan
  - pengetahuan tentang IMS, HIV&AIDS
2. Kepercayaan kesehatan meliputi :
  - Kerentanan yang dirasakan oleh Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung terhadap IMS, HIV&AIDS
  - Keseriusan yang dirasakan oleh Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung sebagai akibat dari IMS, HIV&AIDS
  - Manfaat yang dirasakan oleh Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam upaya pencegahan IMS, HIV&AIDS
  - Penghalang yang dirasakan oleh Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam upaya pencegahan IMS, HIV&AIDS
  - Pendorong untuk bertindak dalam upaya pencegahan IMS, HIV&AIDS
  - Kemampuan diri Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam upaya pencegahan IMS, HIV&AIDS
3. Norma meliputi norma teman sebaya
4. Praktek subyek penelitian dalam upaya pencegahan IMS, HIV&AIDS



### C. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional
1.	Wanita Pekerja Seksual tidak langsung  Pub&Karaoke	Subjek penelitian adalah Wanita Pekerja Seksual yang bekerja di luar lokasi. Bersifat tidak terorganisir. Terkadang memiliki pekerjaan ganda, seperti : <i>beer waitress</i> , pemandu karaoke, penari, penyanyi cafe
2.	Diskotik  Cafe	Tempat hiburan khusus untuk mendengarkan musik dan atau menyanyi sambil minum. Dibuka pada waktu malam sampai larut malam.
3.	Umur  Tingkat Pendidikan	Tempat hiburan tempat mendengarkan musik (dari piringan hitam) sambil berdansa/menari mengikuti irama musik
4.	Pendapatan	Tempat minum (teh, kopi, bir, anggur) yang pengunjungnya dihibur dengan musik
5.	Pengetahuan subyek	Usia subjek penelitian, satuannya tahun dihitung mulai dari kelahirannya sampai dengan pada saat wawancara.
6.	penelitian	Tingkat sekolah formal yang pernah diikuti subjek penelitian berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki. Misalnya SD, SMP, SMA, dan Akademi/Perguruan Tinggi
		Jumlah rupiah yang diperoleh subjek penelitian rata-rata dalam sebulan ketika bekerja sebagai Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung.  Pemahaman responden untuk menjawab segala sesuatu yang

7.		berkaitan dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengertian IMS dan AIDS</li> <li>• Gejala-gejala IMS dan AIDS</li> <li>• Penyebab IMS dan AIDS</li> <li>• Cara penularan IMS dan AIDS</li> <li>• Cara pencegahan IMS dan AIDS</li> <li>• Cara pengobatan IMS dan AIDS</li> </ul>
8.	Sikap subjek penelitian	Tanggapan terhadap masalah yang berkaitan dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit IMS dan HIV/AIDS (penularan, pencegahan, pengobatan)</li> <li>• Rekan sekerja lain yang sudah/ sedang terjangkit IMS dan AIDS</li> <li>• Pendapat tentang pemakaian alat pelindung (kondom) yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keuntungan memakai kondom</li> <li>- Kerugian memakai kondom</li> <li>- Perlu/tidak memakai kondom</li> </ul> </li> </ul>
9.	Praktek subjek penelitian  Teman sebaya  Kerentanan yang	Tindakan subjek penelitian berkaitan dengan upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS  Orang yang dirasa paling sesuai dengan subjek penelitian karena mengalami keadaan dan perubahan yang sama.  Persepsi/pemahaman subyektif subjek penelitian menyangkut resiko dari kondisi kesehatannya terhadap IMS, HIV dan AIDS.  Keyakinan subjek penelitian mengenai kegawatan terhadap suatu penyakit dalam hal ini yaitu IMS, HIV dan AIDS.  Kepercayaan subjek penelitian terhadap efektivitas dari penggunaan kondom dalam mengurangi ancaman IMS, HIV dan AIDS, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan

10.	dirasakan	( <i>perceived benefit</i> ) dalam perilaku penggunaan kondom dan pencarian pengobatan yang benar.
	Keseriusan	
	yang	Aspek-aspek negatif yang potensial suatu upaya kesehatan
11.	dirasakan	dalam hal ini penggunaan kondom dan pencarian pengobatan yang benar (seperti: ketidakpastian, efek samping), atau
	Manfaat yang	penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak
	dirasakan	senang, gugup).
12.		nye media massa, nasehat dokter, dan lain-lain, memberikan pengaruh secara tidak langsung yang berkaitan dengan perilaku dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.
13.	Penghalang	
	yang	si kemampuan subjek penelitian yang akan mendorong ke suatu
	dirasakan	hasil perilaku dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.
14.		
	Pendorong	
	untuk	
	bertindak	
15.		
	Kemampuan	
	diri	

16.		
17.		

#### **D. Desain Penelitian**

Metode yang dipakai dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Metode kualitatif yaitu proses berpikir yang dimulai dari data yang dikumpulkan kemudian diambil kesimpulan secara umum.<sup>38)</sup> Metode kualitatif berorientasi dengan logika induktif karena penelitian tidak memaksa diri untuk hanya membatasi penelitian pada upaya penerimaan atau penolakan dugaan-dugaannya melainkan mencoba memahami situasi sesuai dengan situasi tersebut menampakkan diri.<sup>39)</sup>

Ciri khusus metode kualitatif adalah pengungkapan fenomena tanpa harus menyajikan penjelasan-penjelasan kuantitatif. Tujuan penelitian kualitatif adalah mengembangkan konsep-konsep yang membantu pemahaman lebih mendalam atas fenomena sosial dan perilaku dalam *setting* alamiah dalam arti peneliti tidak berusaha untuk memanipulasi *setting* penelitian melainkan melakukan studi terhadap suatu fenomena dimana fenomena tersebut ada.<sup>40)</sup>

Metode kualitatif ini digunakan dengan beberapa pertimbangan. *Pertama*, lebih mudah menyesuaikan apabila berhadapan dengan kenyataan lapangan (adaptif). *Kedua*, metode kualitatif berhubungan secara langsung dengan khalayak sasaran sehingga diperoleh pemahaman yang lebih mendalam. *Ketiga*, metode kualitatif lebih peka atau sensitif dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.<sup>41)</sup>

Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan atau membuat deskripsi suatu keadaan. Rancangan penelitian yang digunakan adalah menggunakan studi kasus (*case study*). Pengumpulan datanya wawancara mendalam dan observasi terhadap ciri para tamu yang datang, jam kerja, cara kerja, dan keadaan yang memungkinkan terjadinya transaksi seksual. Wawancara mendalam dilakukan supaya peneliti dapat mengeksplorasi subjek secara mendalam. Diharapkan dengan melakukan observasi peneliti dapat mendeskripsikan setting dari subjek yang diteliti, aktivitas yang berlangsung, orang-orang yang terlibat dengan aktivitas, dan makna kejadian dilihat dari persepektif mereka yang terlibat dalam kejadian tersebut.

#### **E. Subyek Penelitian**

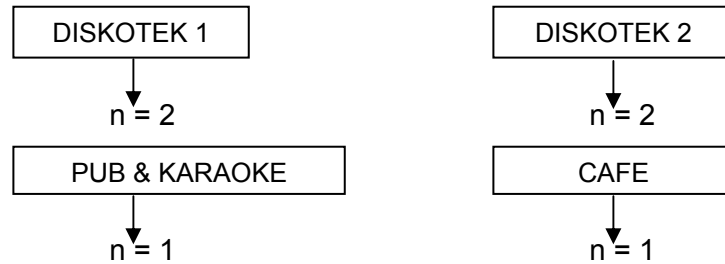
Dalam penelitian kualitatif, tujuannya bukan untuk membuat suatu sampel yang representatif bagi suatu populasi, tetapi untuk mengenali kelompok orang tertentu yang memiliki karakteristik atau yang berada dalam situasi yang relevan dengan fenomena sosial yang diteliti. Dengan demikian keterwakilan statistik bukan merupakan syarat utama jika sasarannya adalah memahami proses-proses sosial.<sup>40)</sup>

Prosedur pengambilan sampel dalam penelitian kualitatif umumnya menampilkan karakteristik (1) diarahkan tidak pada jumlah sampel yang besar,

melainkan pada kasus-kasus tipikal sesuai kekhususan masalah penelitian; (2) tidak ditentukan secara kaku sejak awal, tetapi dapat berubah baik dalam hal jumlah maupun karakteristik sampelnya, sesuai dengan pemahaman konseptual yang berkembang dalam penelitian, dan (3) tidak diarahkan pada keterwakilan (dalam arti jumlah/peristiwa acak), melainkan pada kecocokan konteks.<sup>39)</sup>

Berkenaan dengan tujuan penelitian kualitatif, maka dalam prosedur sampling yang terpenting adalah bagaimana menentukan informan kunci (*key informan*) atau situasi sosial tertentu yang sarat informasi sesuai dengan fokus penelitian. Teknik pemilihan sampel secara acak (seperti yang lazim digunakan dalam penelitian kuantitatif), dengan sendirinya tidak relevan. Untuk memilih sampel lebih tepat dilakukan secara sengaja (*purpose sampling*). Selanjutnya, bilamana dalam proses pengumpulan data sudah tidak lagi ditemukan variasi, maka peneliti tidak perlu lagi untuk mencari informasi baru, proses pengumpulan informasi dianggap sudah selesai. Dengan demikian, penelitian kualitatif tidak dipersoalkan jumlah sampel. Dalam hal ini, jumlah informan sedikit atau banyak tergantung dari tepat tidaknya pemilihan informan kunci dan kompleksitas serta keragaman fenomena sosial yang diteliti.<sup>39)</sup>

Adapun yang menjadi subyek dalam penelitian kualitatif ini adalah 6 (enam) orang Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung di 4 (empat) tempat hiburan malam Kota Semarang tahun 2008 dari jumlah estimasi populasi sekitar 60-80 orang<sup>18)</sup>. Penelitian ini menggunakan kriteria inklusi sudah pernah melayani minimal 2 (dua) orang klien di tempat hiburan malam Kota Semarang. Subyek merupakan unit observasi yang akan memberikan informasi yang akan diperlukan dalam penelitian ini.<sup>39)</sup> Informan lain dalam penelitian yang digunakan untuk cek silang (*crosscheck*), adalah manajemen tempat hiburan.



3.2. Gambar Alur Pengambilan Sampel

Setelah dilakukan Survey Pendahuluan diketahui bahwa ada 3 (tiga) macam tempat hiburan malam yang berpotensi menimbulkan terjadinya transaksi seksual di Kota Semarang, yaitu diskotek, pub & karaoke, dan cafe. Peneliti akan mengambil tempat penelitian di 1 (satu) diskotek besar dengan jumlah responden sebanyak 2 (dua) orang, 1 (satu) diskotek menengah dengan jumlah responden sebanyak 2 (dua) orang, 1 (satu) pub & karaoke dengan jumlah responden sebanyak 1 (satu) orang, dan 1 (satu) cafe dengan jumlah responden sebanyak 1 (satu) orang.

Salah satu hal yang perlu diperhatikan dalam *sampling* pada penelitian kualitatif adalah pemilihan sampel awal, apakah itu merupakan informan kunci atau suatu situasi sosial. Ketepatan dalam pemilihan sampel awal ini akan berpengaruh terhadap keberhasilan *sampling* dan kelancaran pengumpulan informasi, yang pada gilirannya akan menentukan efisiensi dan efektifitas penelitian.<sup>39)</sup>

## F. Pengumpulan Data

### 1. Jenis dan Sumber data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder, antara lain :

a. Data Primer

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) pada subyek penelitian yaitu Wanita Pekerja Tidak Langsung dan manajemen tempat hiburan untuk cek silang (*crosscheck*). Setelah mendapatkan informasi dari informan awal, maka peneliti akan melakukan pendekatan secara pribadi. Wawancara mendalam ini bertujuan untuk menggali lebih dalam kebiasaan umum kelompok yang menjadi target penelitian berikut alasan-alasan yang melatarbelakanginya.<sup>39)</sup>

b. Data Sekunder

Data sekunder digunakan sebagai data penunjang dan pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan keperluan penelitian. Data sekunder dimanfaatkan sebagai data pelengkap atau pendukung data primer yang berhubungan dengan keperluan penelitian. Petikan-petikan dokumen, surat dan rekaman-rekaman lainnya dapat dijang dengan cara studi dokumentasi.<sup>40)</sup> Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dengan studi dokumentasi yang berupa pencatatan data-data tertulis yang berada di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang dan instansi terkait lain. Data sekunder yang dikumpulkan adalah gambaran umum Kota Semarang dan jumlah kasus HIV dan AIDS.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Melakukan observasi terhadap fasilitas-fasilitas pendukung



Observasi diarahkan pada kegiatan-kegiatan memperhatikan secara akurat, mencatat fenomena yang muncul dan memperhatikan hubungan antar aspek dalam fenomena tersebut.<sup>39)</sup>

Metode ini dipilih karena:<sup>47)</sup> a. Agar mendapatkan pemahaman lebih baik tentang konteks dalam hal yang diteliti atau yang terjadi; b. Memungkinkan peneliti untuk bersikap terbuka, berorientasi pada penemuan daripada pembuktian; c. Memungkinkan peneliti melihat hal-hal yang oleh partisipan atau responden sendiri kurang disadar; d. Memungkinkan peneliti memperoleh data tentang hal-hal yang karena berbagai sebab tidak diungkapkan oleh responden secara terbuka dalam wawancara; e. Memungkinkan peneliti bergerak lebih jauh dan persepsi selektif yang ditampilkan subyek penelitian atau pihak-pihak lain.

Peneliti melakukan observasi selama 8 (delapan) bulan di 4 (empat) tempat hiburan malam yang berbeda. Peneliti tidak pernah ke tempat hiburan malam sebelumnya sehingga observasi dilakukan bersama dengan seorang atau beberapa teman pria dan wanita yang sudah terbiasa datang ke tempat-tempat hiburan malam. Peneliti melakukan observasi terhadap jam kerja, pola kerja, *setting* tempat, interaksi manusia, dan tipe tamu yang datang ke tempat hiburan malam. Peneliti datang beberapa kali ke tempat hiburan malam yang sama dengan rentang waktu 1 (satu) bulan pada 4 (empat) bulan pertama, kemudian pada 4 (empat) bulan selanjutnya frekuensi ditingkatkan menjadi seminggu 2 (dua) kali pada tiap tempat. Dengan demikian peneliti mulai menjalin relasi dengan beberapa WPS Tidak

Langsung dan beberapa manajemen tempat hiburan malam. Cara peneliti dapat membedakan antara WPS Tidak Langsung dan bukan adalah dari percakapan teman pria peneliti, yang peneliti meminta secara khusus kepada teman tersebut untuk mendekati dan memulai percakapan singkat sampai mengajak untuk bertransaksi seksual (*simulated client*). Jika wanita yang didekati tersebut langsung menyetujui dan memasang harga serta mengajukan tempat berkencan, maka peneliti memastikan bahwa wanita tersebut adalah WPS Tidak Langsung. Teman pria peneliti dianjurkan untuk memalsukan seluruh identitas sehingga wanita tersebut tidak dapat menghubungi teman pria peneliti. Peneliti juga sudah mengajari teman pria peneliti bagaimana teknik berkelit setelah wanita tersebut menyetujui berkencan, misal keluar tiba-tiba dengan alasan ada telepon dari atasan, atau pura-pura sakit perut kemudian mencari toilet. Teman pria peneliti tidak akan dibawa ke tempat hiburan yang sama dalam bulan yang sama, untuk menghindari terjadinya hal-hal yang mencurigakan bagi wanita yang sudah pernah diajak kontak. Diharapkan dengan rentang waktu yang cukup lama, wanita yang mungkin masih bekerja di tempat hiburan malam tersebut telah melupakan kontak pertama yang sudah dilakukan.

b. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam adalah cara yang digunakan seseorang untuk mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang atau informan, dengan bercakap-cakap dan berhadapan muka dengan

orang tersebut. Perbedaan antara subjek penelitian dan informan adalah pada informan wawancara yang dilakukan adalah untuk mendapatkan keterangan dan data dari individu tertentu untuk keperluan informasi. Sedangkan pada subjek penelitian, wawancara yang dilakukan adalah untuk mendapatkan keterangan tentang diri pribadi, pendirian atau pandangan dari individu yang diwawancarai untuk keperluan komparatif.<sup>40)</sup>

Metode ini dipilih karena:<sup>9)</sup> a. Agar lebih alami, dalam suasana subyek (sehingga hasilnya lebih baik); b. Agak sulit mengumpulkan mereka karena kesibukan masing-masing; c. Agar responden dapat mengemukakan secara terbuka, tanpa dipengaruhi oleh pihak lain, terutama untuk pertanyaan yang sensitif.

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan seseorang yang ditugasi sebagai pencatat sambil merekam dengan *tape recorder*. Wawancara dilakukan setelah peneliti memiliki hubungan yang cukup dekat dengan WPS Tidak Langsung setelah membangun interaksi selama 8 (delapan) bulan. Peneliti berkenalan dengan WPS Tidak Langsung tersebut lewat manajemen tempat hiburan, mantan WPS Tidak Langsung, dan pendekatan peneliti sendiri ketika melakukan observasi di tempat hiburan malam. Wawancara mendalam terhadap 6 (enam) subjek ini membutuhkan waktu selama 3 (tiga) bulan.

- c. Melakukan dokumentasi untuk bukti data primer berupa transkrip (buku catatan lapangan) dan foto.

### 3. Alat Pengumpul Data

- a. Untuk melakukan wawancara mendalam dan memakai instrumen berupa daftar pertanyaan yang berisi pertanyaan terbuka dan mendalam.
- b. Alat bantu lain yang digunakan adalah buku catatan lapangan (*field note*), *tape recorder*, dan kaset.

### **G. Analisis Data**

Untuk menganalisis data penelitian kualitatif digunakan analisis bersifat terbuka yang menggunakan proses induktif, artinya dalam pengujian hipotesa-hipotesa bertitik tolak dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Proses berfikir induktif dimulai dari data yang terkumpul atau keputusan-keputusan khusus kemudian diambil kesimpulan secara umum. Pengolahan datanya dilakukan dengan cara deskriptif isi (*contents analysis*).<sup>41)</sup> Selanjutnya dilaporkan atau diverifikasi dan disajikan dalam gambaran deskriptif. Adapun urutan analisa isi adalah data, reduksi data, penyajian data, dan verifikasi atau kesimpulan.<sup>42)</sup>

Batasan-batasan yang digunakan dalam menganalisis data yaitu :

Semua : jumlah keseluruhan subyek penelitian (n=6)

Hampir semua atau sebagian besar : n= 5

Lebih dari setengah : n=4

Setengah atau sebagian : n=3

Sebagian kecil : n=1-2

### **H. Validitas dan Reliabilitas**

Pada penelitian kualitatif, validitas internal dilakukan dengan pendekatan triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang

memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Triangulasi terhadap data bisa dilakukan dengan tehnik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori.<sup>39)</sup> Triangulasi dengan sumber dapat dicapai dengan jalan membandingkan data hasil observasi dengan hasil wawancara mendalam. Dapat juga dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam subjek penelitian dan hasil wawancara mendalam dengan informan. Pada triangulasi dengan metode, dicapai melalui pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama. Triangulasi dengan teori digunakan sebagai penjelasan banding.<sup>42)</sup>

Pada penelitian ini triangulasi dilakukan dengan sumber, metode, dan teori. Triangulasi dengan metode dilakukan dengan wawancara mendalam kepada manajemen tempat hiburan malam dan mantan WPS Tidak Langsung, serta observasi di lapangan ketika *simulated client* menanyakan beberapa hal berkaitan tentang transaksi seksual. Sedangkan triangulasi dengan menggunakan teori yaitu membandingkan antara hasil penelitian dengan hasil penelitian terdahulu dan teori perubahan perilaku yang akan digunakan pada penelitian ini.

Dalam penelitian kualitatif Validitas eksternal (*Transferability*) tidak dilakukan karena tidak menekankan pada upaya generalisasi (jumlah) melainkan berupaya untuk memahami sudut pandang dari konteks penelitian secara mendalam.<sup>39)</sup>

Disamping valid, data dituntut untuk reliabel. *Reliabilitas* dalam penelitian ini dapat dicapai dengan meneliti kedalaman informasi yang diungkapkan informan dengan memberi umpan balik pada informan sehingga bisa dilihat apakah mereka yang menganggap penemuan riset tersebut merupakan laporan yang sesuai dengan pengalaman mereka.<sup>43)</sup>

## **I. Pelaksanaan Penelitian**

### **1. Tahap Pra Lapangan (Mei–September 2008)**

Tahap persiapan dimulai dengan melakukan kegiatan meliputi:

- a. Menyusun proposal penelitian dan konsultasi
- b. Melaksanakan survey awal ke tempat hiburan malam di Kota Semarang
- c. Mengurus perijinan dan perlengkapan untuk penelitian
- d. Melakukan uji coba pedoman wawancara
- e. Mencari informan kunci

### **2. Tahap Pekerjaan Lapangan (Oktober 2008–Juli 2009)**

- a. Menemukan 2 (dua) orang informan kunci dan menentukan sampel. Informan kunci tersebut adalah seorang pengurus Forum Komunikasi Panti Pijat Semarang yang memiliki banyak teman manajer tempat hiburan malam. Informan yang lain adalah seorang mantan WPS Tidak Langsung yang sekarang sudah berwiraswasta akan tetapi masih memiliki hubungan komunikasi dengan beberapa teman WPS Tidak Langsung.
- b. Menentukan jadwal pelaksanaan pengumpulan data dan menanyakan kesediaan informan dan subyek.
- c. Membuat janji dengan informan dan subyek untuk keperluan pengumpulan data
- d. Pelaksanaan pengumpulan data

### **3. Tahap Analisis Data (Agustus-September 2009)**

- a. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari wawancara mendalam, hasilnya ditulis dalam bentuk catatan lapangan dan disalin dalam bentuk transkrip.

b. Reduksi data dengan pembuatan koding dan kategori

Koding dimaksudkan untuk dapat mengorganisasikan dan mensistematisasi data secara lengkap dan mendetail sehingga dapat memunculkan gambaran tentang topik yang sedang dipelajari.

c. Penyajian data

Penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk teks, naratif, tabel, gambar, atau bagan.

d. Pemilihan kesimpulan atau verifikasi

Sajian data dibahas dengan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan menjelaskan beberapa sub bagian sebagai berikut: gambaran proses penelitian di lapangan, gambaran umum kota Semarang, gambaran tempat-tempat hiburan malam di Semarang, Gambaran WPS Tidak Langsung di pub&karaoke, café, dan diskotek di kota Semarang, keterbatasan penelitian, dan hasil wawancara mendalam dengan WPS Tidak Langsung.

#### A. Gambaran Proses Penelitian Di Lapangan

##### 1. Proses penelitian di lapangan

Beberapa langkah yang dilakukan peneliti hingga memperoleh subyek penelitian adalah pertama-tama peneliti melakukan observasi lapangan di sebuah diskotek di daerah Tanah Mas pada malam hari pukul 22.00 WIB sampai dengan pukul 01.00 WIB. Diskotek mulai dibuka pukul 21.00 WIB dan ditutup pukul 02.00 WIB. Sekitar pukul 23.00 WIB - 00.00 WIB pengunjung diskotek tersebut sangat padat. Kondisi ruangan sangat gelap. Beberapa pasangan berdansa atau hanya duduk bercakap-cakap sambil meraba beberapa bagian tubuh yang sensitif. Musik yang dimainkan adalah musik disko yang dipertunjukkan oleh seorang DJ (*disc jockey*), dan terkadang diselingi oleh pertunjukkan sebuah grup musik. Ruangan diskotek terbagi menjadi 3 (tiga) bagian yaitu panggung tempat penyanyi (*lady escort*) dan grup musik/DJ, tempat untuk berdansa (*melantai*), dan meja-meja kecil yang berkaki tinggi. Pengunjung yang datang adalah lelaki dewasa muda



dan tua, wanita dewasa muda dan tua, tetapi lebih didominasi oleh lelaki dewasa tua dan wanita dewasa muda. Interaksi antara wanita dan pria yang dapat diamati oleh peneliti adalah pria atau wanita yang tertarik kepada lawan jenisnya memberikan tanda dengan lambaian telunjuk, mengedipkan mata, tersenyum, atau langsung menghampiri untuk menarik perhatian pasangan mereka. Setelah mereka bercakap-cakap beberapa pasangan terlihat keluar bersama. Ada juga yang mengajak ke toilet untuk berkenalan di area toilet. Setelah beberapa kali mengunjungi diskotek tersebut, dapat diamati bahwa wanita-wanita yang mencoba menarik perhatian lawan jenisnya (*flirting*) hampir selalu orang yang sama. Peneliti juga menghubungi pihak manajemen dan melakukan pendekatan. Manajemen menyediakan tempat berdandan dan makanan ringan bagi para WPS Tidak Langsung. Keuntungan yang didapat dari keberadaan WPS Tidak Langsung untuk manajemen tempat hiburan adalah hasil penjualan minuman keras yang meningkat, karena salah satu pekerjaan yang harus dilakukan para WPS tersebut adalah merayu tamu untuk membelikan mereka minum.

Diskotek kedua yang dikunjungi peneliti di kawasan Semarang Utara juga memiliki karakteristik yang hampir sama dengan diskotek pertama, hanya ruangan yang dimiliki lebih kecil. Pengunjung pada umumnya adalah kaum dewasa tua. Musik yang dimainkan pada umumnya adalah musik dangdut *reggae*, dangdut pop, dan dangdut disko. Pada hari-hari tertentu terkadang dimainkan musik pop. Interaksi antar lawan jenis sama seperti pada diskotek pertama. Manajemen mendapatkan keuntungan dari keberadaan WPS Tidak Langsung ini dari keuntungan penjualan minuman.

Peneliti juga mengunjungi sebuah pub&karaoke di daerah Simpanglima. Tempat hiburan tersebut dibuka mulai pukul 20.00 WIB – 02.00 WIB. Ruangan tidak terlalu remang, terbagi menjadi 3 (tiga) area yaitu area panggung untuk grup musik (*home band*), area bar kecil, dan area kamar untuk karaoke (*karaoke room*). Pengunjung tidak terlalu padat, didominasi oleh kaum dewasa muda. Interaksi antara WPS Tidak Langsung dan klien lebih terkoordinir. Pemandu karaoke menemani tamu sambil bercakap-cakap. Jika mereka setuju dengan transaksi maka pasangan tersebut keluar. Jika klien tidak tertarik dengan pemandu karaoke, maka klien dapat bertanya dengan pelayan (*waitress*) untuk meminta dicarikan wanita lain. Para wanita tersebut dapat dipanggil sewaktu-waktu (*on call*).

Peneliti mengunjungi sebuah café luar kawasan Simpanglima. Ruangan tidak terlalu remang, dibagi menjadi 2 (dua) area, yaitu panggung untuk grup musik (*home band*), dan meja-meja kecil. Pengunjung tidak padat, didominasi oleh kaum dewasa muda. Interaksi antara wanita dan pria yang dapat diamati oleh peneliti adalah pria atau wanita yang tertarik kepada lawan jenisnya memberikan tanda dengan pandangan mata, tersenyum, atau langsung menghampiri untuk menarik perhatian mereka. Setelah mereka bercakap-cakap beberapa pasangan terlihat keluar bersama. Dapat diamati bahwa wanita-wanita yang mencoba menarik perhatian lawan jenisnya (*flirting*) hampir selalu orang yang sama. Kemudian di hari lain peneliti menghubungi pihak manajemen dan melakukan pendekatan. Komisi yang didapat untuk manajemen tempat hiburan dari WPS Tidak Langsung adalah keuntungan hasil penjualan minuman keras, karena para WPS tersebut merayu tamu untuk membelikan mereka minum.

Selain 4 (empat) tempat hiburan yang sudah dijelaskan sebelumnya, peneliti juga mengunjungi 6 (enam) tempat hiburan yang lain di Kota Semarang. Lima tempat hiburan tersebut hanya diobservasi karena peneliti tidak mendapatkan orang kunci (*key person*) yang dapat membantu peneliti dalam mendapatkan subjek penelitian.

Peneliti juga mendapatkan *key person* di luar pihak manajemen tempat hiburan, yaitu mantan WPS Tidak Langsung yang saat ini sudah berwiraswasta catering di beberapa kampus di Semarang. Dari informasi orang kunci tersebut didapatkan beberapa WPS Tidak Langsung yang dapat diwawancarai. Setelah peneliti datang ke tempat hiburan para WPS tersebut, peneliti melakukan pendekatan bersama dengan *key person*. Dengan didukung oleh pihak manajemen maka peneliti dapat lebih mengenal subjek penelitian.

Setelah memahami kondisi lapangan dan sudah berkenalan dengan beberapa WPS Tidak Langsung di masing-masing tempat hiburan malam, peneliti meminta bantuan kepada manajemen tempat-tempat hiburan untuk mempertemukan peneliti kepada beberapa WPS Tidak Langsung yang sudah berkenalan dengan peneliti maupun yang belum berkenalan. Peneliti mulai memberikan pendekatan kepada WPS Tidak Langsung tersebut dengan pendekatan pribadi di ruang ganti mereka. Setelah menciptakan suasana akrab, maka peneliti melanjutkan dengan mengadakan janji temu lebih lanjut dengan 1-2 orang dari mereka untuk dilakukan wawancara mendalam (*indepth interview*). Selain bertemu di ruang ganti, peneliti juga melakukan janji temu di kamar sewa mereka bersama dengan mantan WPS Tidak Langsung yang menjadi *key person*.

Walaupun peneliti membuka identitas sebenarnya yaitu bahwa peneliti adalah mahasiswi yang sedang melakukan penelitian untuk syarat kelulusan Strata-2 di sebuah Perguruan Tinggi Negeri di Semarang, mereka tetap mau diwawancarai. Hanya saja mereka meminta supaya hasil dari wawancara tersebut tidak dipublikasikan kepada masyarakat umum. Tidak semua WPS Tidak Langsung yang didekati peneliti mau melakukan janji temu. Sekitar 12 (dua belas) WPS Tidak Langsung yang sudah didekati oleh peneliti, hanya 7 (tujuh) orang yang mau melakukan janji temu. Untuk mendapatkan informasi lebih banyak terkadang peneliti ikut *kongkow* bersama mereka di tempat-tempat hiburan malam.

Dari 7 (tujuh) orang yang akan melakukan janji temu untuk diwawancara mendalam 1 (satu) orang menghilang (*withdrawal*). Calon subjek ini tidak dapat dihubungi kembali oleh peneliti dan sudah tidak bekerja lagi di tempat hiburan malam dimana dia dan peneliti bertemu. Peneliti tidak mengganti 1 (satu) orang yang menghilang. Dengan keterbatasan waktu yang dimiliki oleh peneliti sebagai mahasiswa untuk mendekati beberapa calon subjek penelitian, maka penelitian dihentikan pada subjek keenam.

Kegiatan wawancara mendalam ini mayoritas dilakukan di rumah sewa masing-masing dengan pertimbangan tempat tersebut adalah tempat yang paling nyaman bagi subjek penelitian. Wawancara mendalam ini dilakukan pada sore hari antara sekitar pukul 14.00 WIB sampai dengan 17.00 WIB disesuaikan dengan waktu luang yang dimiliki oleh subyek. Waktu yang dibutuhkan peneliti untuk wawancara minimal satu setengah jam dan maksimal dua setengah jam.

Secara keseluruhan, kegiatan penelitian ini membutuhkan waktu selama kurang lebih 10 (sepuluh) bulan. Diperlukan waktu selama 7 (tujuh) bulan waktu untuk observasi dan pendekatan. Kemudian 3 (tiga) bulan selanjutnya adalah waktu untuk melakukan wawancara mendalam dan triangulasi.

## 2. Hambatan di lapangan

- a. Peneliti membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan subyek yang mau memberikan informasinya pada peneliti.

Cara mengatasi :

Setelah mengenal dan dikenal oleh mereka, peneliti menumbuhkan rasa aman dan kepercayaan mereka kepadanya dengan berusaha menciptakan suasana santai dan akrab dengan subyek sehingga subyek tidak malu apabila menceritakan pengalaman subyek. Terkadang peneliti juga menceritakan pengalaman ke tempat-tempat hiburan malam sehingga secara tidak langsung subyek akan terlibat di dalam diskusi tentang pekerjaan dan hidupnya

- b. Peneliti pernah dianggap sebagai WPS Tidak Langsung oleh tamu atau klien ketika melakukan observasi lapangan.

Cara mengatasi :

Peneliti sudah mempersiapkan jawaban-jawaban sebelum kemungkinan itu terjadi sehingga tidak mempengaruhi proses observasi ataupun pendekatan kepada WPS Tidak Langsung. Peneliti selalu membawa teman pria jika datang ke tempat-tempat hiburan malam. Selain itu peneliti juga harus mempersiapkan ketahanan mental ketika akan terjun ke lapangan.

## D. Gambaran Umum Kota Semarang

### 3. Geografi Kota Semarang

Kota Semarang sebagai Ibu Kota Propinsi Jawa Tengah tergolong kota besar yang mempunyai beraneka ragam fungsi, yaitu sebagai pusat pemerintahan, perdagangan, jasa, industri, pendidikan, kota transit angkutan dan transit wisata. Selain itu, Semarang juga merupakan pintu gerbang Jawa Tengah dengan sarana perhubungan yang lengkap baik melalui darat, laut, maupun udara yang mempunyai jaringan jalan raya dari berbagai jurusan kota dan kabupaten di Jawa Tengah serta menjadi lintas utama hubungan darat Jakarta-Surabaya.<sup>56)</sup>

Secara geografis wilayah Kota Semarang terbagi menjadi dua wilayah yang keadaannya sangat berlawanan, yaitu daerah bagian utara (Kota Bawah) dan bagian selatan (Kota Atas). Daerah bagian selatan berada pada ketinggian 270 m di atas permukaan air laut. Merupakan perbukitan yang berhawa sejuk dan segar dan lebih banyak dimanfaatkan untuk perkebunan, persawahan dan hutan. Hal ini berbeda dengan bagian utara, struktur geologis wilayah ini adalah dataran aluvial pantai dengan ketinggian 0,5-5 m di atas permukaan air laut. Daerah yang dikenal dengan nama kota Bawah ini merupakan pusat aktivitas pemerintahan, perdagangan, dan industri.<sup>56)</sup>

Kota Semarang terletak antara garis 6°50'-7°10' Lintang Selatan dan garis 109°35'-110°50' Bujur Timur. Dengan batas-batas sebagai berikut:<sup>57)</sup>

- Utara : Laut Jawa
- Selatan : Kabupaten Semarang

- Barat : Kabupaten Kendal
- Timur : Kabupaten Demak

#### 4. Pariwisata Kota Semarang

Jumlah penduduk Kota Semarang sampai tahun 2008 sebesar 1.473.584 penduduk dengan tingkat pendidikan penduduk tidak lulus SD sebesar 27,5%, lulus SD sebesar 23,97%, SLTP sebesar 20,43%, SLTA sebesar 20,95%, Diploma 1 s/d 3 sebesar 3,7%, dan Diploma 4 s/d Universitas sebesar 3,45%. Semarang mempunyai beberapa sarana hiburan yaitu hotel bintang (26 buah), hotel melati (59 buah), klub malam (6 buah), karaoke (4 buah), panti pijat (17 buah), dan salon (246 buah).<sup>18)</sup>

#### 3. Pelayanan Kesehatan Kota Semarang

Kota Semarang memiliki 14 RS Umum (Pemerintah dan Swasta), 1 RS Jiwa (Pemerintah), 4 RS Bersalin (Swasta), 4 RS Ibu dan Anak (Swasta), 37 Puskesmas, 34 Puskemas Pembantu, dan 24 Laboratorium Swasta.<sup>18)</sup>

Sedangkan LSM HIV&AIDS di Kota Semarang ada 6 buah, yaitu Griya ASA PKBI Semarang dan PKBI Jateng ASA-FHI (untuk dampingan WPS Langsung dan Tidak Langsung), Yayasan Bahana Kepedulian (untuk *workplace*), Kalandara (untuk *workplace*), Yayasan Wahana Bakti Sejahtera-Budi Husada Harm Reduction (untuk dampingan IDU), dan ASA PKBI Jateng.<sup>18)</sup>

Untuk Klinik VCT di Kota Semarang ada di empat (4) tempat, yaitu BP4, RS dr. Kariadi, PKBI, dan Griya ASA.<sup>18)</sup>

### C. Gambaran tempat-tempat hiburan malam di Semarang

Tempat-tempat hiburan malam di Semarang mulai bermunculan sejak tahun 1998. Beberapa diskotek mulai dibuka dan cukup banyak pengunjung. Kemudian diikuti dengan dibukanya pub&karaoke serta café. Akan tetapi konsep jenis tempat hiburan tidak sesuai dengan arti asalnya. Seperti contohnya café, yang seharusnya adalah tempat minum yang pengunjungnya terkadang dapat dihibur dengan musik.<sup>17)</sup> Biasanya cafe digunakan untuk anak muda *nongkrong* bersama, bercakap-cakap, atau sekedar minum dan makan ringan. Akan tetapi dari hasil survey pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, beberapa cafe di Semarang terkadang memainkan musik disko hingar bingar khas diskotek dan menjadi tempat pertemuan bagi kelompok lesbian, gay, remaja putra, dan remaja putri yang mencari klien untuk diajak bertransaksi seksual.

Sekurang-kurangnya 10 (sepuluh) tempat hiburan malam besar yang ada di kota Semarang. Tempat-tempat tersebut hampir sulit dibedakan jenisnya karena beberapa unsur hiburan yang hampir selalu ada yaitu musik disko, tempat berdansa (*melantai*), panggung *live music*/DJ, meja-meja kecil untuk berbincang dan minum bersama. Kecuali tempat hiburan karaoke, disana ada beberapa ruang pribadi untuk berkaraoke.

Pada tempat-tempat hiburan malam tersebut memungkinkan terciptanya peluang untuk transaksi seksual. Kondisi ruangan yang remang, suara musik yang cukup bingar, dan sedikit pengaruh minuman keras dapat memberikan kesempatan pada pasangan untuk saling meraba bagian tubuh yang sensitif untuk merangsang dan memberikan sinyal khusus yang akhirnya membawa kepada sebuah hubungan seksual.



**E. Gambaran WPS Tidak Langsung di pub&karaoke, café, dan diskotek di Kota Semarang**

Fenomena wanita yang menjual jasa seks di tempat-tempat hiburan malam di Semarang sudah dimulai sejak tahun 1998-1999. Pada saat itu tempat-tempat hiburan malam mulai 'menjamur' di Kota Semarang. Setidaknya sampai sekarang ada 10 (sepuluh) tempat hiburan malam besar yang terdaftar di Dinas Pariwisata Kota Semarang.<sup>18)</sup> Pada umumnya mereka mulai membuka tempat hiburannya sejak pukul 20.00 WIB – 02.00 WIB dini hari keesokan harinya. Tiap tempat hiburan dipimpin oleh seorang manajer yang digaji per bulan atau ada juga yang sekaligus sebagai pemilik.

Tempat-tempat hiburan tersebut menyajikan berbagai macam hiburan seperti musik disko untuk berdansa, *live music*, dan tarian-tarian sensual. Berbagai makanan ringan dan minuman yang dijual memiliki kisaran harga Rp.10.000,00 - Rp. 150.000,00. Dalam tempat hiburan malam ada sekitar 10-15 orang WPS Tidak Langsung. Mereka ada yang dikoordinir oleh manajemen tempat hiburan, manajemen luar, atau bahkan lepas (*freelance*). Bagi yang dikoordinir oleh tempat hiburan, mereka disediakan tempat untuk berdandan dan tugas mereka adalah merayu tamu untuk sebanyak mungkin membeli minuman. Bagi yang dikoordinir lewat manajemen luar, maka mereka bekerjasama dengan para pelayan (*waitress*) dengan menghubungi mereka jika ada tamu yang mencari jasa seks. Keuntungan bagi para *waitress* yaitu mendapatkan komisi dari mereka. Terkadang ada juga *waitress* yang bisa diajak bertransaksi seksual. Untuk WPS Tidak Langsung yang tidak di bawah manajemen (*freelancer*) maka dia harus mendapatkan klien dengan usaha sendiri seperti *kongkow* dan minum bersama tamu dengan uang pribadi.

Selain WPS Tidak Langsung, ada juga penyanyi (*lady escort*) yang dapat diajak bertransaksi seksual. Tetapi harga yang ditentukan oleh seorang *lady escort* untuk bertransaksi seksual sangat mahal. Para *lady escort* tersebut menetapkan harga yang sangat mahal untuk sekali bertransaksi seksual karena pekerjaan utama mereka sebagai penyanyi yang sudah memiliki penghasilan besar. Jika mereka diajak untuk bertransaksi seksual maka mereka menginginkan harga transaksi tersebut minimal sama dengan gaji menyanyi mereka per malam sekitar Rp. 750.000,00 – Rp. 2.000.000,00. Para *lady escort* tersebut merasa sangat berkelas dan terkadang memiliki penjaga pria. Pada umumnya para tamu hanya memilih ditemani minum oleh *lady escort*. Sekali menemani, seorang *lady escort* dibayar minimal sebesar Rp. 500.000,00

#### **E. Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang dimaksudkan untuk menggali informasi secara mendalam mengenai perilaku WPS Tidak Langsung dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang. Dalam pelaksanaan penelitian di lapangan didapatkan keterbatasan dan kekurangan yang dihadapi oleh peneliti, yaitu triangulasi sumber hanya dilakukan pada informan (manajemen tempat hiburan dan mantan WPS Tidak Langsung). Triangulasi sumber tidak dapat dilakukan kepada klien karena sulitnya peneliti melakukan pendekatan untuk menggali informasi dari klien WPS Tidak Langsung.

#### **F. Hasil Wawancara Mendalam dengan WPS Tidak Langsung**

##### **1. Karakteristik WPS Tidak Langsung**

Jumlah subjek yang diteliti sebanyak 6 orang yang terdiri dari 4 (empat) orang WPS Tidak Langsung di diskotek, 1 (satu) orang WPS Tidak Langsung di pub&karaoke, dan 1 (satu) orang WPS Tidak Langsung di café. Dalam hal ini, peneliti tidak akan membedakan karakteristik WPS Tidak Langsung di diskotek, pub&karaoke, dan café karena mobilitas perpindahan (*turn over*) mereka diantara tempat-tempat tersebut tinggi. Umur subjek berkisar dari yang paling muda 17 tahun dan yang paling tua 24 tahun, yang dapat digambarkan dalam tabel 4.1 berikut ini:

**Tabel 4.1 Karakteristik WPS Tidak Langsung di pub&karaoke, café, dan diskotek Kota Semarang tahun 2009**

No.	Karakteristik	Jumlah
1.	Umur : 17 tahun	1
	20 tahun	1
	21 tahun	2
	22 tahun	1
	24 tahun	1
2.	Tempat tinggal : Kamar Sewa	6
3.	Tingkat pendidikan : SMU/SMK tidak lulus	2
	SMU/SMK lulus	3
	Akademi Tidak Lulus	1
4.	Status Marital : Belum menikah	3
	Tidak menikah (kumpul kebo)	2
	Cerai mati	1
5.	Lama Kerja : 1-2 tahun	1
	3-4 tahun	3
	4 tahun <	2
6.	Asal daerah : Dalam kota (Semarang)	3
	Luar kota (Demak, Jepara, Purwodadi)	3

Subjek seluruhnya bertempat tinggal di kamar sewa. Tingkat pendidikan subjek bervariasi, separuh memiliki tingkat pendidikan SMU/SMK lulus,

sedangkan sebagian kecil masing-masing berpendidikan SMU/SMK tidak lulus dan Akademi tidak lulus.

Seluruh subjek tidak memiliki keterikatan di dalam perkawinan. Sebagian diantaranya belum menikah, sedangkan lainnya kumpul kebo dan bercerai. Sebagian kecil dari subjek masing-masing memiliki lama bekerja sekitar 1-2 tahun dan 4 tahun, sedangkan sebagian besar dari mereka bekerja selama 3-4 tahun. Dari seluruh subjek yang diteliti sebagian berasal dari luar kota (Demak, Jepara, dan Purwodadi), dan sebagian lainnya berasal dari dalam kota (Semarang).

## 2. Riwayat menjadi WPS Tidak Langsung

### a. Pertama kali terjun ke dalam profesi WPS Tidak Langsung

Seluruh subjek yang diteliti mengakui pertama kali terjun ke dalam profesi WPS Tidak Langsung sejak mereka berusia remaja. Usia termuda WPS Tidak Langsung ditinjau dari pertama kali mereka terjun ke profesi tersebut adalah 17 tahun. Usia tertua pertama kali terjun ke profesi WPS Tidak Langsung adalah 20 tahun. Dapat dilihat dari kotak 1:

Kotak 1

“...sejak ibuku sakit, sejak umur 17 tahun...”

WPS Tidak Langsung 2, 21 th

“...sejak sembilan belasan mau ke dua puluh ini mbak wis... habis mau kerja apa...”

WPS Tidak Langsung 4, 20 th

“...sejak setahun kemarin, kakakku kecelakaan...”

WPS Tidak Langsung 5, 18 th

Ada sebagian kecil subyek yang mengawali hidupnya sebagai WPS Tidak Langsung dengan pengalaman ditipu. Subjek ini diajak seseorang untuk bekerja di Sumatera sebagai karyawan rumah makan. Tetapi ternyata disana ia terjebak dalam perdagangan wanita (*trafficking*). Subjek tersebut dijual di suatu lokasi di Sumatera. Pada akhirnya ia dapat lolos dengan bantuan dari seorang klien sehingga dapat kembali ke Semarang. Ia tidak berani melapor kepada polisi karena takut terhadap pihak yang menipunya. Tetapi karena sesampainya di Semarang ia bergaul dengan teman-teman yang kurang baik dan ia tidak tahu lagi harus bekerja apa, maka iapun terjun ke dunia prostitusi. Pertama kali terjun sebagai WPS lokasi di sebuah lokasi di Semarang. Akan tetapi karena ia merasa cantik dan memiliki daya tarik lebih, maka sebuah ajakan teman untuk menjadi *freelancer* diterimanya. Di bawah manajemen dari seorang teman prianya, ia menerima panggilan di beberapa tempat hiburan malam kota Semarang. Alasan ia memilih menjadi WPS Tidak Langsung karena merasa lebih bebas daripada di lokasi.

Ada sebagian kecil lain yang memulai pekerjaannya sebagai subyek karena kakaknya kecelakaan dan membutuhkan biaya pengobatan. Ada juga yang ditinggal pergi suaminya karena ia adalah istri kedua, sedangkan ia tidak tahu lagi darimana uang untuk membesarkan anak yang dilahirkannya diluar nikah itu. Sebagian kecil lainnya dari subyek mengaku dia dulunya adalah gadis berjilbab yang taat beragama. Tetapi suatu ketika ibunya sakit. Karena berasal dari keluarga tidak mampu maka ia meminjam uang dari tetangga. Untuk membayar hutang yang dimiliki, maka ia membantu menjadi pelayan minuman/*waitress* di sebuah tempat hiburan malam. Tetapi suatu

ketika sakit ibunya makin parah. Kebetulan ia memiliki seorang kekasih yang ia pikir dapat membantunya sehingga ia meminjam sejumlah uang kepada pria itu. Tetapi ternyata pria tersebut meminta keperawanannya untuk membayar hutangnya dan pria tersebut meninggalkannya. Akibat rasa tak berharga yang dimilikinya maka ia memulai profesi sebagai WPS Tidak Langsung di tempat hiburan malam tempat ia bekerja sebelumnya.

Seorang lagi mengaku karena kedua orangtuanya bercerai, maka ia pun harus ikut dengan ayahnya. Ia sangat bergantung kepada sosok ayahnya sehingga suatu ketika saat ayahnya pergi meninggalkannya, ia merasa kesepian. Karena merasa kesepian dan kekurangan uang untuk kebutuhan hidup maka ia memulai profesi sebagai WPS Tidak Langsung. Profesi tersebut ia kenal dari beberapa temannya yang sudah lebih dulu berprofesi sebagai WPS dan teman-teman pria yang bekerja di tempat hiburan malam.

b. Perasaan subjek ketika pertama kali bekerja sebagai WPS Tidak Langsung

Seluruh subjek yang diteliti mengakui perasaan mereka ketika pertama kali bekerja sebagai WPS Tidak Langsung pertama kali bermacam-macam. Sebagian mengatakan takut, dan sebagian kecil ada yang mengatakan sedih, bingung, pasrah, dan risih. Dapat dilihat dari kotak 2:

Kotak 2

“...dulu aku takut... tapi pikirku khan sudah hilang perawanku, ya sisan aja enak lagi dibayar, hahaha.....”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...Sedih mbak campur bingung gitu... koyok ngimpi...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...aku khan kepepet mbak gara-gara suamiku mati iku, khan aku ndak pernah gituan sama selain suamiku... ya risi-risi gimana gitu...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Ada sebagian kecil WPS Tidak Langsung yang mengawali hidupnya sebagai WPS Tidak Langsung karena terpaksa. Subjek ini ditinggal mati suaminya, sedangkan ia harus menghidupi satu anaknya yang masih kecil akan tetapi ia merasa tidak memiliki keterampilan. Ia merasa kebutuhan hidup yang harus dipenuhi sangat banyak sehingga ia memerlukan uang yang banyak pula. Dalam kondisi bingung ia menerima tawaran salah seorang temannya untuk menjadi wanita panggilan (*call girl*) yang akhirnya membawa dia ke dalam kehidupan WPS Tidak Langsung di tempat-tempat hiburan malam.

### c. Alasan memilih profesi WPS Tidak Langsung

Alasan mengapa mereka terjun ke dunia prostitusi ini adalah sebagian besar karena alasan ekonomi, walaupun sebenarnya pada awalnya atau faktor pendorong bukanlah alasan ekonomi semata tetapi hasil akhir tetap pada alasan ekonomi. Kebanyakan mereka melihat bahwa dengan latar belakang pendidikan yang minim sangat kesulitan mencari pekerjaan yang dapat menghasilkan uang banyak di masa sekarang. Faktor-faktor pendorong tersebut yaitu kekerasan terhadap wanita (*women`s abuse*), serta pergaulan tidak sehat semasa remaja sehingga mengakibatkan hubungan seks sebelum menikah (*premarital seks*) dan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD).

Kemudian alasan lain adalah karena perasaan tidak berharga yang disebabkan oleh hilangnya keperawanan yang mereka anggap sebagai sesuatu yang membuat seorang wanita berharga, maka mereka memilih untuk terjun ke dunia prostitusi ini. Seperti kotak 3 dibawah ini:

Kotak 3:

“...butuh uang...ya pengaruh temen-temen...susah o` cari kerja, apalagi aku kan oga lulus SMA...”

WPS 1, 17 th

Lanjutan Kotak 3

“...Pergaulan, sudah nggak perawan, ekonomi...he, aku sudah punya motor sendiri lo... kalo temen-temenku ada yang juga watak, tabiat, cuma nyari kepuasan... aku juga kadang nyari kepuasan mbak, mumet nek ora ngono...haha....”

WPS 4, 21 th

“...yaa pengen seneng-seneng ana, anak-e wong sugih, ana sing memang kerja ya ana, wong-e aneh...mungkin pernah sakit ati...yo wong kan alasan-e dhewe-dhewe... kebanyakan sakit ati...ya karna wong lanang, wong tuwa..., soale sini tuh orang-e ada yang mampu, anak-e wong sugih-sugih..., mungkin bimbingan wong tuwane kurang opo piye..., apa pingin bebas, mungkin semasa de`e di rumah karna anak-e orang kaya dadi nggak boleh bergaul, tercekam trus pengen metu trus...ya kuwi... aku mbiyen ki ya selain ekonomi aku pernah dikhianati pacarku mbak...”

WPS 3, 21 th

Ada sebagian kecil lain yang memulai pekerjaannya sebagai WPS Tidak Langsung karena kakaknya kecelakaan dan membutuhkan biaya pengobatan. Ada juga yang ditinggal pergi suaminya karena ia adalah istri kedua, sedangkan ia tidak tahu lagi darimana uang untuk membesarkan anak yang dilahirkannya diluar nikah itu. Tetapi ada juga yang lebih ironis



lagi yaitu ia hanya mengikuti jejak kakaknya yang sudah lebih dulu menjadi WPS Tidak Langsung.

Sebagian kecil lainnya dari WPS Tidak Langsung mengaku dia dulunya adalah gadis yang taat beragama. Tetapi suatu ketika ibunya sakit. Karena berasal dari keluarga tidak mampu maka ia meminjam uang dari tetangga. Untuk membayar hutang yang dimiliki, maka ia membantu menjadi *laden* di warung rumah makan milik tetangganya. Tetapi suatu ketika sakit ibunya makin parah. Kebetulan ia memiliki seorang kekasih yang ia pikir dapat membantunya. Ia meminjam sejumlah uang kepada pria itu. Tetapi ternyata pria itu tidak sebaik yang ia kira. Ia pun harus membayar hutangnya itu dengan keperawanannya. Setelah itu kekasihnya pergi entah kemana. Sepeninggal ibunya ditambah rasa frustrasi karena merasa tidak berharga lagi, maka ia memulai kehidupan ke tempat-tempat hiburan malam bersama dengan teman-temannya dan akhirnya mulai menjual jasa seks.

Seorang lagi mengaku karena kedua orangtuanya bercerai, maka ia pun harus ikut dengan ayahnya. Ia begitu bergantung kepada sosok ayahnya sehingga suatu ketika saat sang ayah pun pergi meninggalkan ia entah kemana ia merasa kesepian. Karena merasa kesepian ditambah masalah ekonomi itulah maka ia pun terjun ke dunia WPS Tidak Langsung.

Tanggapan informan tentang WPS Tidak Langsung bahwa mereka adalah korban dari dampak ekonomi, dampak pergaulan bebas, dan perdagangan wanita (*trafficking*). Sebagian besar subjek menyatakan bahwa faktor ekonomi merupakan faktor yang melatarbelakangi subjek menjadi WPS.

### 3. Praktik WPS Tidak Langsung terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS

Yang dimaksud dengan praktik WPS Tidak Langsung terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS adalah tindakan yang berhubungan dengan upaya yang dilakukan untuk pencegahan terhadap IMS dan HIV&AIDS oleh subyek penelitian.

#### a. Jenis Layanan Seksual Yang Dilakukan WPS Tidak Langsung

Layanan (*service*) seksual yang diminta oleh para klien juga berbeda-beda, ada yang mengajak vaginal, oral, anal, sampai hanya disuruh telanjang dan menemaninya tidur. Mereka merasa jijik jika harus berciuman dengan kliennya karena menurut mereka akan melibatkan emosi pribadi. Seperti yang dikutip dalam kotak 4 ini:

#### Kotak 4

“...ya paling karaoke-nan, trus ya biasa...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...kalo tamu sih jarang pake oral..., kalo nggak sama tamu deket itu aku nggak mau, tamu deket itu sistemnya kayak digemleak gitu..., aku kan mikir-mikir kalo tamunya bersih itu aku mau, kaya oral seks gitu aku mau, tapi kalo gak bersih aku nggak mau..., kalo kita sama tamu-tamu biasa gitu paling maen-maen udah selesai..., hanya seks biasa...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...Pegang tangan, peluk, cium pipi, leher..., kalo bibir aku ndak mau, ndak tahu mbak aku nggak bisa sama orang lain kecuali suamiku atau pacarku sendiri...aku ndak bisa, terus terang..., sekarang kalo udah roman gitu kan kita makin panas, trus berhubungan... vagina aja...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Ada sebagian kecil WPS Tidak Langsung yang pernah mengalami kencan dengan klien tetapi tidak diajak berhubungan seksual. Alasannya bermacam-macam yaitu karena usia klien yang sudah tua, klien yang tidak berkeinginan berhubungan seksual, dan klien yang memiliki kelainan seksual seperti puas hanya dengan melihat wanita telanjang. Sehingga seringkali mereka menemani tidur atau memijat beberapa bagian tubuh.

Ada sebagian kecil subjek yang mendapatkan pengalaman sadokis. Ia dipukuli dengan sabuk, tetapi kemudian klien merasa bersalah. Klien mengakui ia hanya dapat puas dengan cara yang seperti itu. Akhirnya WPS Tidak Langsung dibawa ke dokter dan luka-lukanya diobati.

Seluruh subjek mengakui melakukan hubungan seks secara vaginal setelah mereka melakukan sedikit pemanasan (*foreplay*). Itupun mereka lakukan dengan secepat mungkin karena mereka tidak menginginkan adanya keterlibatan emosi. Mereka bekerja secara profesional karena tidak menginginkan adanya hubungan atau ikatan emosi dengan para klien.

#### b. Lama bertransaksi seksual

Seluruh WPS Tidak Langsung mengakui lebih sering transaksi *short time* daripada *long time*. Mereka merasa lebih aman jika bertransaksi *short time*. Alasannya yaitu untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti pemerkosaan dan penipuan. Seperti yang terdapat di dalam kotak 5 ini:

#### Kotak 5

“...short time, long time gak pernah...kadang-kadang tamunya reseh gitu... Kadang rasanya...mbak-e datang sendiri tau-tau temannya di belakang..., langsung aku kembaliin aja uangnya...”

	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
“...short time, pernah long time...maen 2 kali 3 kali...”	
	WPS Tidak Langsung 4, 22 th
“...short time, long time juga sering...”	
	WPS Tidak Langsung 3, 21 th

Kebanyakan dari mereka tidak suka diajak kencan waktu panjang (*long time*) karena perasaan tidak aman yang muncul yaitu mereka gelisah tidur sekamar dengan orang yang tidak dikenal dari malam sampai pagi. Tetapi ada juga yang mengaku senang jika diajak *long time* karena akan mendapat tips lebih banyak, terutama klien-klien dari mancanegara. Sedangkan sebagian kecil WPS Tidak Langsung mengaku mau diajak *long time* jika ia mengenal dekat kliennya atau biasanya sudah menjadi pelanggan.

c. Frekuensi berhubungan seks dengan klien

Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung mengakui berhubungan seks sebanyak rata-rata tiga sampai empat kali dalam seminggu. Tetapi ada juga yang berhubungan seks sebanyak rata-rata empat sampai lima kali dalam seminggu. Dapat dilihat pernyataan dalam kotak 6:

Kotak 6	
“... kadang empat kadang tiga paling banyak...”	
	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
“...seminggu 4 kali 5 kali...”	
	WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...ya... gak mesti satu-dua gitu aja...ya kadang ada malesnya, memang aku tuh jarang kerja...”

WPS Tidak Langsung 4, 21 th

Tetapi ada juga subjek yang mengatakan bahwa ia hanya berhubungan seksual sebanyak satu sampai dua kali dalam seminggu. Hal ini dikarenakan ia tidak selalu masuk bekerja. Jika malas, maka ia pun tidak pergi bekerja. Yang dilakukan hanyalah berdiam diri di rumah atau jalan-jalan bersama dengan teman-temannya.

d. Tempat berhubungan seks

Seluruh WPS Tidak Langsung mengaku mereka sering dibawa ke hotel untuk melakukan hubungan seks. Ada sebagian kecil orang yang mengaku pernah dibawa ke losmen. Seperti yang dikutip di dalam kotak 7 ini:

Kotak 7

“...Permata Hijau, kadang ning Fanny....Alam Indah, ning endi-endilah..., sak Semarang wis tak cobain kabeh..., Horizon pernah, Ciputra pernah, di Grand Candi pernah...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...Macam-macam, banyak hotel-lah mbak...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

“...Di hotel, losmen...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Sebelum diajak pergi berkencan, mereka biasanya menghapuskan nomor polisi kendaraan klien yang akan membawanya. Hal ini dilakukan untuk berjaga-jaga bila ada sesuatu hal yang tidak diinginkan, misalnya penipuan, pemerkosaan, dan lain sebagainya. Setelah itu nomor polisi kendaraan klien akan diteruskan kepada manajemen atau teman dekat. Biasanya mereka diajak berkencan (*booking*) di hotel-hotel Kota Semarang, yaitu Spondol Indah, Alam Indah, Permata Hijau, Ciputra, Graha Santika, Grand Candi, Rinjani, Fanny Cottage, Pandanaran. Ada juga yang diajak berkencan di *guest house* mahasiswa di daerah Pleburan.

e. Besar imbalan jasa seksual yang diberikan

WPS Tidak Langsung diajak berkencan dengan tarif waktu pendek (*short time*) sebesar Rp.350.000,00 – Rp. 500.000,00. Sedangkan untuk tarif waktu panjang (*long time*) sebesar Rp. 1.000.000,00–Rp. 2.000.000,00. Seperti yang dikutip di dalam kotak 8:

#### Kotak 8

“...ya poko ke tuh short time 350 aja, long time 1 juta-an...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...tiga setengah, kalo long time 1 jети, 200 dollar juga pernah...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...dulu 350, sekarang sekitar 450-an...”

Kadang mereka diberi tips jika kliennya adalah langganannya. Ada juga yang diberi uang dollar waktu melayani klien dari mancanegara. Tetapi terkadang, mereka akan menurunkan harga jika semalaman tidak mendapatkan klien. Mereka berpendapat bahwa daripada pulang tidak membawa uang sama sekali lebih baik harga transaksi diturunkan. Pernah ada yang menurunkan harga sampai Rp.100.000,00-Rp. 150.000,00.

f. Karakteristik klien

Semua WPS Tidak Langsung mengakui klien mereka berasal dari kelompok usia remaja, dewasa muda, dan dewasa tua. Dari yang muda sampai dengan yang muda mereka pernah mendapatkan. Seperti yang terdapat di dalam kotak 9:

Kotak 9

"...Jek enom pernah, wis tuwa pernah, om-om gitu...ada yang rambut bawahnya sudah putih semua hahaha...mahasiswa juga ada...cah (sebut nama perguruan tinggi negeri terkenal di Semarang)..."

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

"...ya ada yang masih muda, ada yang agak tua ya. Ada yang umur lebih bawah dari aku... 19 taun ada..."

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Lanjutan kotak 9

"...dari yang muda sampe yang tua..., pernah anak mahasiswa..."

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

Kisaran umur klien bervariasi, ada yang mengaku pernah berkencan dengan remaja berusia 18-19 tahun (mahasiswa) sampai dengan dewasa tua yang berusia 60-65 tahun.

Klien berasal dari dalam kota, luar kota, dan ada beberapa subjek yang mengaku pernah berkencan dengan orang mancanegara. WPS Tidak Langsung mengakui lebih senang mendapat klien yang berasal dari luar kota karena sering diberi tips dan dibawakan beberapa oleh-oleh, terutama klien yang berasal dari mancanegara khususnya Italia dan Perancis diakui sangat romantis dan memperlakukan mereka dengan baik. Berbeda dengan klien yang berasal dari dalam kota, mereka terkadang menawar harga. Tetapi, ada juga yang mengaku tidak suka dan *kapok* dengan klien mancanegara khususnya India dan Amerika karena memperlakukan mereka dengan sangat kasar dan meminta layanan seksual yang kasar (*sado-masokis* dan *anal*). Ada beberapa klien yang menjadi langganan tetap subjek. Para langganan tersebut memiliki ikatan emosional yang lebih dalam daripada klien biasa. Subjek biasanya menjadi *gemblesan* dari para klien yang menjadi langganan tetap. Subjek akan memprioritaskan untuk melayani klien yang memelihara (*gembles*) daripada klien biasa jika pada saat yang sama ada beberapa permintaan layanan seksual dari beberapa klien. Subjek akan mendapatkan uang lebih dari klien tetap tersebut, bahkan terkadang ada yang teratur memberi sejumlah uang dengan nominal besar setiap bulannya.

Ada yang mengaku pernah mendapatkan klien anak mahasiswa dari sebuah Perguruan Tinggi Negeri di Semarang. Tetapi ada juga yang mendapatkan pengalaman buruk dengan anak muda. Ia diajak kencan hanya oleh satu orang, tetapi sesampainya di hotel ternyata sudah ada dua



orang yang menunggu. Merasa dibohongi maka ia pulang dan uangnya dikembalikan. Akibat dari peristiwa tersebut maka ia tidak suka mendapatkan klien anak muda.

Informan membenarkan pernyataan mereka yaitu para klien berasal dari berbagai macam kalangan, akan tetapi paling banyak adalah berasal dari dalam negeri dengan kisaran umur yang bermacam-macam pula.

g. Penggunaan alat pelindung dalam berhubungan seksual dengan klien

Semua WPS Tidak Langsung berusaha untuk menggunakan kondom selama melakukan hubungan seksual (*intercourse*). Mereka menyadari bahwa dengan menggunakan kondom maka akan mencegah penularan IMS dan HIV&AIDS. Seperti yang dikutip di dalam kotak 10:

Kotak 10

“...pake kondom...yaa bisa mencegah penyakit AIDS, biar nggak kena penyakit anak nakal...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...aku ndak pernah pake apa2, cuman tamuku harus pake kondom, ya untuk mencegah penyakit seksual itu...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...ya jelas dong....., kan kondom itu bisa mencegah penyakit...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Tetapi tidak semua klien yang mereka layani mau memakai kondom. Tidak jarang mereka pun kalah posisi dengan para klien dan akhirnya melakukan hubungan seksual tanpa kondom. Mereka tidak dapat berbuat

apa-apa jika para klien tidak nyaman memakai kondom dan akhirnya tidak dapat ejakulasi. Mereka juga memiliki posisi lemah jika klien merasa superior dengan mengatakan bahwa mereka sudah dibayar dan klien tahu resiko *jajan* sehingga mau menanggung resiko. Memang jumlah klien yang seperti itu lebih sedikit daripada klien yang mau memakai kondom.

Menurut informan, klien pada WPS Tidak Langsung sangat sulit untuk memakai kondom. Pada umumnya klien berpendapat bahwa memakai kondom itu tidak enak, sedangkan mereka sudah mengeluarkan uang sehingga ingin mendapatkan pelayanan yang terbaik.

#### h. Cara memperoleh alat pelindung (kondom)

Seluruh WPS Tidak Langsung mengakui mendapatkan alat pelindung dengan membeli. Terkadang juga mendapatkan alat pelindung (kondom) dari klien dan kekasih. Lihat kotak 11 dibawah:

Kotak 11	
"... beli Sutra, Fiesta...."	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
"...dari Masku, kadang beli Sutra..."	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
"...tumbas, kadang soko tamu ne dhewe mbak..."	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Merk alat pelindung yang biasa mereka pakai yaitu Fiesta dan Sutra. Sebagian kecil dari subjek mengaku diberi pacar supaya tidak hamil atau terkena penyakit menular seksual ketika berhubungan seks dengan klien.

Sebagian mengaku ada beberapa tamu yang sudah membawa kondom sendiri, biasanya adalah orang mancanegara.

Mereka pada umumnya selalu membawa kondom ketika bekerja. Tetapi ada juga klien yang sudah membawa kondom sendiri, umumnya klien dari mancanegara.

i. Cara lain selain menggunakan alat pelindung (kondom)

Sebagian besar masih terperangkap di dalam mitos yang berkembang selama ini di masyarakat. Masih ada yang memakai pasta gigi dan minuman bersoda (*sprite*) untuk mencuci alat kelamin karena dipercaya dengan rasa perih yang ditimbulkan akan menghilangkan kuman.

Ada sebagian kecil yang menggunakan cairan pembersih alat kelamin wanita yaitu sabun cair, betadine cair, dan sabun sirih sambil dibasuh air panas atau air dingin untuk mencuci alat kelamin. Seperti yang dikutip di dalam kotak 11 ini:

Kotak 11

“...kita kan masuk kamar, nah kita liat barange dulu suruh nyuci dulu, ...ya aku dicuci dulu pake tangan, air biasa, biasanya aku ya sirih itu lho, sabun sirih, minum antibiotik juga...”

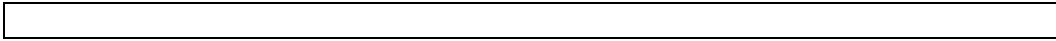
WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...teratur berobat dan minum jamu, sama antibiotik, udah itu aja, cuci pake air biasa trus anget, langsung sabun sirih., kadang-kadang pake odol, sprite ...kan kadang perih buat ngilangin kuman, sabun mandi cair juga..., trus itunya dikobok-kobok, biar kumannya keluar semua...”

WPS Tidak Langsung 4, 21 th

“... tamune tak kon adus ndhisik barange..., adus disabun dikumbah sing resik...hehehe...., nek rak gelem yo wis aku emoh nyopot klambine, aku emoh nyopoti....., aku ga usah mandi, aku kan udah bersih..., setiap habis maen pake betadine sing cair biru ...dikasih air panas atau dingin terus dicuci...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th



Sebagian kecil lain yang percaya bahwa dengan teratur berolahraga, minum jamu, dan minum antibiotik maka mereka akan terhindar dari IMS dan HIV&AIDS.

Hanya sebagian kecil dari WPS Tidak Langsung yang tidak memakai apapun untuk pencegahan penyakit seksual selain dengan kondom. Ada satu subjek yang sudah bekerja cukup lama memiliki pengetahuan baik yaitu ia berpendapat jika terlalu sering meminum antibiotik maka suatu saat jika sakit, maka tubuh akan kebal terhadap obat.

Informan menyatakan bahwa selain menggunakan kondom, cara mereka agar terhindar dari IMS dan HIV&AIDS adalah dengan meminum antibiotik setelah berhubungan seksual, mencuci vagina dengan betadine cair atau sabun siri, dan meminum jamu.

#### j. Pengalaman menderita IMS

Hampir seluruh WPS Tidak Langsung mengakui belum atau tidak pernah mendapatkan IMS. Hanya sebagian kecil saja yang mengakui pernah mendapat sakit yaitu jengger ayam. Mereka lebih sering melihat itu pada klien-klien mereka, seperti penis yang bernanah, berdarah, dan berbintil-bintil. Seperti yang dikutip pada kotak 13:

Kotak 13	
“...Jengger ayam. Berobat ke kariadi...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th
“...belum...”	WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“... nggak pernah...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Mereka merasa terkena penyakit jika melihat atau merasakan gejala yang terlihat, seperti gatal, bernanah, bergelambir (jengger), dan keputihan. Tetapi jika mereka tidak merasakan atau melihat gejala apapun maka mereka menganggap sehat-sehat saja.

Informan menyatakan bahwa WPS Tidak Langsung ada yang mendapat keputihan berbau dan berwarna, jengger ayam, dan *herpes simplex*. Terkadang jika tidak terasa gatal, panas, atau bernanah mereka merasa baik-baik saja dan diobati dengan jamu atau antibiotik.

#### k. Pelayanan kepada klien waktu WPS Tidak Langsung sakit

Hanya satu orang yang akan tetap bekerja walaupun ia sakit IMS . Tetapi ia bekerja memakai kondom. Ada juga sebagian kecil yang akan berhenti bekerja dahulu karena merasa sakit jika alat kelaminnya dipakai untuk berhubungan seksual. Seperti yang terdapat di dalam kotak 14 ini:

#### Kotak 14

“...aku tetep kerja tapi pake kondom....., tapi kalo ada yang nggak mau ya udah...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...tidak...(merasa belum pernah sakit)...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...yo nek barangku rodo lecet yo leren sek tho mbak...loro o`...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sebagian kecil dari mereka merasa belum pernah menderita IMS sehingga ia terus bekerja.

Informan menyatakan jika WPS Tidak Langsung merasa sakit IMS maka mereka akan tidak bekerja sesaat sampai keluhannya sembuh karena jika mereka memaksa diri untuk berhubungan seksual maka vagina akan terasa sakit sekali.

#### I. Pengalaman melayani klien yang sedang sakit

Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung mengaku pernah melayani klien yang menurut mereka sedang sakit IMS tetapi tetap memakai kondom ketika berhubungan. Ada yang merasa kliennya tidak terkena IMS walaupun tanda-tanda yang diungkapkan adalah IMS. Terdapat di dalam kotak 15:

##### Kotak 15

"... kalo aku pernah sekali mbak...tapi itu bukan tamuku, istilahnya orang jawa kan gemblekan...digemblek gitu kan....dia kan berdebat sama aku, katanya aku kena sifilis, lho aku ngomong aku mau dipriksain, ternyata aku ndak kena, berarti istrinya yang kena kan.....nah abis itu aku ndak tahu entah istrinya ato dia masih sama siapa, aku ndak tahu....yang penting dia kena sifilis...dia waktu itu minta....aku ndak bisa....trus pasanganku ngomong....katanya aku dah konsultasi ke dokter, kita bisa berhubungan tapi pake kondom..."

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

"...nggak..., bersih..., paling kayak ada bintik-bintik-e di itune, kayak model jerawat gitu tapi banyak, ....trus misale koyo ono korenge opo....gatel...., tapikan sering pake kondom..."

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

"...ndak, mendingan uange tak kembaliin mbak..."

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Ada satu WPS Tidak Langsung yang memilih mengembalikan uang dan pulang daripada harus melayani klien yang menurut mereka sedang sakit IMS.

Sebagian kecil lain merasa belum pernah melayani klien yang sedang sakit IMS. Bisa jadi karena ketidaktahuan mereka atau minimnya pengetahuan mereka terhadap gejala IMS, atau memang mereka memang benar-benar belum pernah melayani klien yang sedang sakit IMS.

#### **4. Pengetahuan WPS Tidak Langsung mengenai upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS**

Pengetahuan subyek mengenai IMS dan HIV&AIDS dalam hal ini meliputi penyebab, gejala, akibat, pencegahan dan cara penularannya.

##### **a. Pengetahuan mengenai pengertian IMS**

Sebagian WPS Tidak Langsung mengetahui apa yang dimaksud dengan Infeksi Menular Seksual. Tetapi mereka tidak dapat menjelaskan dengan baik definisi dari IMS. Mereka hanya mengetahui "nama jalanan" dari IMS yaitu penyakit kelamin atau penyakit anak nakal dan itu adalah penyakit untuk orang-orang seperti mereka. Sedangkan sebagian dari mereka memiliki pemahaman yang berbeda-beda mengenai pengertian IMS. Seperti di kotak 16 ini :

Kotak 16	
"...yaa, penyakit anak nakal..."	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
"...sifilis itu..."	WPS Tidak Langsung 3, 21th
"...penyakit kelamin gitu aja..."	

Hanya sebagian kecil dari mereka yang mengatakan dengan tepat definisi dari Infeksi Menular Seksual, yaitu penyakit yang ditularkan lewat hubungan seksual. Satu orang yang lain mengatakan tidak tahu apa itu IMS. Sedangkan sebagian kecil yang lain menyamakan arti IMS dengan HIV&AIDS, walaupun memang HIV&AIDS termasuk dalam IMS.

Menurut informan, para WPS Tidak Langsung di Semarang ini memang tidak dibekali dengan informasi tentang IMS dan HIV&AIDS. Kalaupun sudah pernah diberikan atau mendapatkan banyak sekali yang tidak tuntas sehingga mitos-mitos masih sangat tinggi. Sehingga resiko tertular dan menularkan di kelompok WPS Tidak Langsung sangat rentan sekali. Setahunya, informasi yang mereka dapatkan masih kurang. Memang ada yang sudah menerima informasi tersebut tetapi masih kurang sehingga tidak jarang menimbulkan persepsi yang salah.

#### b. Pengetahuan mengenai jenis-jenis IMS

Seluruh WPS Tidak Langsung tidak dapat menyebutkan secara lengkap macam-macam IMS. Lebih dari sebagian subjek mengetahui sifilis. Sebagian tahu gonore dan HIV&AIDS. Hanya sebagian kecil yang tahu tentang jengger ayam dan gonore. Seperti yang terdapat di dalam kotak 17:

Kotak 17

“...yaa...bintil-bintil, keluar nanah, bau...”

WPS Tidak Langsung 4, 21 th



“...Kaya SP, jengger ayam....., AIDS....terus....apa rak ngerti ...”  
WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...setahuku sifilis, trus bintil-bintil yang di....., trus dulu aku pernah denger Gonore, dah itu thok...”  
WPS Tidak Langsung 2, 20 th

WPS Tidak Langsung itu tahu beberapa jenis IMS tetapi kadang terbalik-balik menyebutkan satu gejala untuk satu penyakit. Yang sering mereka katakan secara terbalik-balik adalah gejala GO (*Neisseria gonore*) untuk sifilis.

Informan mengungkapkan juga bahwa para WPS Tidak Langsung itu tahu beberapa jenis IMS tetapi kadang terbalik-balik menyebutkan satu gejala untuk satu penyakit. Yang sering mereka katakan secara terbalik-balik adalah gejala GO (*Neisseria gonore*) untuk sifilis.

### c. Pengetahuan mengenai gejala IMS

Sebagian besar WPS Tidak Langsung tidak dapat menjelaskan secara tepat gejala-gejala dari penyakit IMS. Gejala-gejala yang disebutkan tidak sesuai dengan macam penyakit yang dicontohkan, atau bahkan terbalik-balik. Mereka menyebutkan gejala sifilis untuk penyakit gonore, sedangkan gejala gonore untuk penyakit sifilis. Ada juga yang mengatakan gejala sifilis sebagai jengger ayam. Satu WPS Tidak Langsung menyatakan tidak tahu apa gejala dari IMS. Seperti yang dikutip di dalam kotak 18 ini:

Kotak 18

“...jengger gatel, kayak jerawat gitu loh...”  
WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...ya kadang keringetnya bau, kayak di penisnya itu kayak ada keluar kutil-kutilnya gitu, kayak ada jerawat, kadang kan kayak ada yang belang gitu...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...kaya , pendarahan gitu...sama yang bernanah...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Ada juga yang mengatakan bahwa di penis ada kutil, seperti jerawat, dan berbelang-belang, berbintil-bintil, gatal, berdarah, dan bernanah. Ada juga yang mengatakan di celana dalamnya ada flek. Tetapi dari gejala-gejala yang disebutkan itu tidak ada yang tahu persis gejala satu untuk penyakit yang mana.

Seluruh WPS Tidak Langsung masih memegang mitos-mitos yang terdapat di seputar IMS, misalnya keringat berbau, nafas berbau, kencing berbau dan penis belang-belang. Ada juga yang masih memegang mitos bahwa kalau alat kelaminnya bersih dan sehat-sehat saja maka tidak terdapat penyakit IMS.

#### d. Pengertian mengenai cara penularan IMS

Hampir semua WPS Tidak Langsung mengatakan IMS dapat tertular lewat hubungan seks yang tidak aman yaitu tidak memakai kondom dan suka berganti-ganti pasangan. Ada juga yang mengatakan IMS dapat tertular lewat ciuman. Seperti yang terdapat dalam kotak 19:

#### Kotak 19

“...penularannya lewat hubungan seksual, lewat ciuman juga bisa, sudah ndak tahu lagi, cuman itu...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...dari cara bicara, nafasnya...ya membahayakan nantinya kita bisa... kena,

kita udah kena, ke kamar mandi, lalu gak ditebyur itu udah..., gak pernah cuci..., lalu kita kencing, gak disiram, itu bisa....berhubungan seksual...., luka berdarah...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

”...main, nggak pake kondom...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Ada satu orang subjek yang tidak dapat menjelaskan dengan baik cara penularan IMS. Ia mengatakan banyak sekali mitos tentang penularan IMS seperti alat kelamin yang tidak pernah dibersihkan dengan baik setelah melakukan hubungan seksual, dari nafas yang menular, kencing yang tidak disiram, dan luka berdarah di alat kelamin. Ada juga yang mengatakan tidak tahu bagaimana cara penularan IMS.

#### e. Pengertian mengenai akibat IMS

Hanya sebagian kecil saja yang dapat menyebutkan dengan tepat akibat dari IMS yaitu menyebabkan penyakit dalam rahim dan tidak akan punya anak. Sebagian kecil yang lain menyatakan tidak tahu. Sedangkan sebagian WPS Tidak Langsung mengatakan akibat dari IMS yaitu terkena penyakit sehingga harus berobat dan tidak dapat kerja. Kotak 20 di bawah ini mengutip beberapa pernyataan:

Kotak 20

“... ndak ngerti aku...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...ya jadi sakit tho mbak, ndak bisa kerja...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...apa ya mbak, ya kalo menurut aku menakutkan, ndak bisa diomongin, kita jadi sakit...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

Ada sebagian kecil subjek yang menyatakan ketakutannya terhadap IMS, tetapi ia tidak dapat mendeskripsikan rasa ketakutannya itu dengan baik. Hanya saja ia tahu ia akan menjadi sakit jika terkena IMS.

f. Pengertian mengenai cara pencegahan IMS

Seluruh WPS Tidak Langsung mengatakan harus memakai kondom untuk mencegah IMS. Walaupun demikian, mereka masih mempercayai mitos-mitos yang berkembang seputar IMS seperti selalu minum antibiotik setiap hari dan minum jamu. Seperti yang dikutip pada kotak 21 ini:

Kotak 21	
“...pake kondom mungkin ya... “	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
“...antibiotik bisa....., sering kontrol....., ya pake kondom...”	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
“...tamune harus pake kondom...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Ada juga sebagian kecil dari mereka yang mengatakan perlunya sering mengontrol kesehatan supaya ia dapat mengetahui terkena penyakit atau tidak. Walaupun mereka mengetahui cara pencegahan IMS itu dengan memakai kondom, tidak semua klien yang datang kepada mereka dilayani dengan memakai kondom. Hal itu dikarenakan tidak semua klien menyukai memakai kondom. Ada yang tidak bisa ejakulasi, ada juga yang merasa tidak nyaman atau tidak enak jika memakai kondom.

g. Pengetahuan mengenai definisi HIV&AIDS

Sebagian besar subjek mengatakan bahwa HIV&AIDS adalah sebuah penyakit kelamin. Tetapi mereka tidak dapat menjelaskan dengan tepat bahwa HIV&AIDS itu adalah penyakit yang bagaimana. Ada juga sebagian kecil dari subjek menambahkan bahwa HIV&AIDS adalah penyakit mematikan yang tidak dapat disembuhkan. Sedangkan sebagian kecil yang lain menyatakan ketidaktahuannya akan HIV&AIDS. Seperti yang dikemukakan di dalam kotak 22 ini:

Kotak 22	
“...ya juga penyakit, termasuk penyakit anak nakal...”	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
“...penyakit yang membahayakan, mematikan, yang ndak bisa disembuhkan...”	WPS Tidak Langsung 4, 21th
“...rak ngerti aku, khan ketoke pertamane ora AIDS tho, pertamane SP trus opo-opo...ngono, numpuk-numpuk ketambahan virus.....terus dadi AIDS ngono khan...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Ada juga yang mengatakan bahwa HIV&AIDS adalah akibat dari penyakit sifilis yang tidak diobati, lalu bertumpuk-tumpuk dengan virus lain. Bahkan ada yang mengatakan HIV&AIDS adalah penyakit yang baunya tidak enak.

h. Pengetahuan mengenai gejala HIV&AIDS

Hampir semua WPS Tidak Langsung mengatakan ketidaktahuannya terhadap gejala HIV&AIDS. Hanya sebagian kecil yang mengatakan gejalanya adalah sakit-sakitan. Tetapi merekapun tidak dapat menjelaskan secara tepat bagaimana gejalanya. Seperti yang tertulis di dalam kotak 23 ini:

Kotak 23

“...aku belum begitu paham, belum begitu ngerti...”

WPS Tidak Langsung 3, 22 th

“...kalo HIV... tamunya kena HIV pasti dari mulut... bau, ... baunya gak enak kaya... gimana lagilah...”

WPS Tidak Langsung 4, 20 th

” ....mungkin sakit-sakitan ya...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Bahkan ada sebagian kecil yang terjebak di dalam mitos yang berkembang di dalam masyarakat, yaitu dari mulut akan tercium bau yang tidak enak. Ia tidak dapat mendeskripsikan bau yang tidak enak itu seperti apa.

i. Pengertian mengenai cara penularan HIV&AIDS

Hampir semua WPS Tidak Langsung dapat menjawab dengan tepat cara penularan HIV&AIDS, yaitu lewat berhubungan seksual dan tidak memakai kondom. Ada juga sebagian kecil yang mengatakan HIV&AIDS dapat tertular lewat ciuman. Seperti yang terdapat di dalam kotak 24 ini:

Kotak 24

“...berhubungan seks...”

	WPS Tidak Langsung 2, 20 th
“...lewat hubungan seksual, lewat ciuman juga bisa.....sudah ndak tahu lagi, cuman itu...”	
	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
“...HIV tuh... gak pernah cuci, trus gak pernah “digituin” tinggal lari aja, kalo orang cewek “digituin” trus gak pernah cuci, cowoknya juga kena...”	
	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sebagian kecil dari subjek tidak tahu bagaimana cara penularan HIV&AIDS. Ada yang menyatakan lupa, dan lainnya memegang mitos bahwa jika sesudah berhubungan badan alat kelamin tidak dicuci maka akan tertular HIV&AIDS.

j. Pengertian mengenai akibat HIV&AIDS

Hanya sebagian kecil dari WPS Tidak Langsung yang menyatakan dengan cukup tepat akibat dari HIV&AIDS yaitu dapat menimbulkan kematian karena belum ada obatnya. Sedangkan sebagian besar tidak tahu akibat dari HIV&AIDS. Tercantum pernyataan dari beberapa subjek di dalam kotak 25 ini:

Kotak 25	
“...iso mari asal ono usaha iso mari...”	
	WPS Tidak Langsung 5, 22 th
”...bisa mati kita...”	
	WPS Tidak Langsung 6, 24 th
“...apa ya mbak? Ya kalo menurut aku menakutkan .....ndak bisa diomongin...”	
	WPS Tidak Langsung 3, 21 th

Mereka yang tidak tahu ada yang berpendapat bahwa HIV&AIDS itu menakutkan dan ia tidak dapat mendeskripsikannya. Ada juga sebagian kecil yang berpendapat sebenarnya kalau ada usaha HIV&AIDS itu dapat sembuh.

k. Pengertian mengenai cara pencegahan HIV&AIDS

Semua WPS Tidak Langsung menyatakan pemakaian kondom merupakan cara pencegahan HIV&AIDS yang baik. Meskipun demikian mereka masih memiliki mitos-mitos seputar pencegahan HIV&AIDS yang justru malah mempermudah IMS dan HIV&AIDS masuk. Seperti yang terdapat di dalam kotak 26 ini:

Kotak 26

“...paling bawa keamanan itu aja, ya pake kondom....biar nggak kena...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Lanjutan kotak 26

“...mencegah ya sering periksa, resikan..., rak eman-eman dhuwit-e ....., terus pake perlindungan kayak kondom,...kadang yo obat antibiotik, pokokke bar kuwi yo diresiki....pake betadine cair biru yang dikasih air panas atau dingin terus dicuci...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...ya kita teratur olahraga dan minum jamu sama obatnya...., obat antibiotik dari kedokteran, habis hubungan dicuci... pake kondom juga...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th



Mereka ada yang sebagian kecil berpendapat bahwa minum antibiotik dan jamu setiap hari itu efektif untuk pencegahan penyakit seksual. Sebagian kecil lainnya ada juga yang berpendapat sehabis berhubungan segera dicuci dengan sabun siring, sabun betadine cair, dan tidak lupa untuk selalu berolahraga.

Informan berpendapat bahwa pengetahuan yang mereka miliki adalah pengetahuan yang salah atau dapat disebut mitos, misalnya penggunaan antibiotik sebelum berhubungan seks.

#### **5. Kemampuan diri WPS Tidak Langsung terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS**

Kemampuan diri yang dimaksud dalam penelitian ini adalah estimasi kemampuan subjek penelitian yang akan mendorong ke suatu hasil perilaku dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.

- a. Pendapat WPS Tidak Langsung tentang sulitnya meminta klien menggunakan kondom

Seluruh subjek penelitian mengatakan sulit meminta klien menggunakan kondom. Sebagian kecil mengatakan meski demikian mereka tetap merayu dengan alasan supaya tidak hamil. Berikut beberapa pernyataan yang dikutip di kotak 27:

**Kotak 27**

“... ya agak susah mbak... tapi kita harus tetap merayu, alasku biasanya supaya aku tidak hamil...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

“... angel...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“... susah mbak... biasane alesan nda enak...”

WPS Tidak Langsung mengakui kesulitan di dalam upaya membujuk klien menggunakan kondom. Alasan yang sering diutarakan oleh klien yaitu tidak nyaman, tidak bisa ejakulasi, tidak biasa, dan tidak membawa kondom.

Menurut informan, cukup sulit bagi WPS Tidak Langsung merayu klien untuk menggunakan kondom. Jika mereka memaksa klien mereka untuk memakai kondom sehingga membuat klien tersinggung atau tidak nyaman, mereka takut klien akan lari kepada teman WPS lain yang tidak akan memaksa klien menggunakan kondom.

b. Pendapat WPS Tidak Langsung tentang hak bernegosiasi penggunaan kondom dengan klien

Sebagian besar subjek penelitian menyatakan mereka tidak punya hak untuk bernegosiasi tentang penggunaan kondom. Sedangkan sebagian kecil menyatakan bahwa mereka memiliki hak untuk menjaga diri sendiri dengan bernegosiasi dengan klien tentang penggunaan kondom. Seperti ditulis di dalam kotak 28:

Kotak 28

“... kita punya kewajiban buat njaga diri kita sendiri supaya ndak sakit tho mbak... saya sih nyantai aja...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Lanjutan kotak 28

“... ya saya cuma bisa ngrayu, tapi kalo dianya bener-bener ndak mau ya gimana lagi, dia kan alesannya sudah mbayar aku, pengennya enak, nek ndak enak ya ndak usah njajan mending neng omah wae...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“... hak piye tho mbak... nek dia ndak mau malah kita ra iso mangan...”  
WPS Tidak Langsung 5, 22th

Sebagian besar dari mereka menyatakan bahwa mereka sudah dibayar sehingga kekuasaan terbesar untuk memutuskan memakai kondom atau tidak terletak pada klien, meskipun mereka sudah berusaha untuk merayu. Posisi tawar yang mereka miliki cukup rendah. Ada sebagian kecil dari subjek penelitian yang menyatakan jika tidak mau memakai kondom maka uang klien dikembalikan.

c. Tingkat kepercayaan diri meminta klien menggunakan kondom

Seluruh subjek penelitian menyatakan tidak masalah jika harus meminta klien menggunakan kondom. Mereka berani bertanya atau meminta klien menggunakan kondom. Seperti dikutip di dalam kotak 29:

Kotak 29

“... pede aja lagi, haha...”  
WPS Tidak Langsung 6, 24 th

“... ya saya mesti bilang kamu punya kondom ndak, kalo ndak aku punya gitu...”  
WPS Tidak Langsung 4, 21th

“... ya saya mesti tanya dia mau pake kondom...”  
WPS Tidak Langsung 3, 21 th

Meskipun mereka berani menanyakan kepada klien untuk menggunakan kondom, keputusan akhir memakai kondom atau tidak tetap di tangan klien. Sebagian besar dari mereka akan sulit menolak jika klien tidak mau memakai kondom.

Menurut informan, meskipun WPS Tidak Langsung cukup berani meminta kliennya menggunakan kondom akan tetapi posisi tawar mereka tetap rendah di hadapan klien.

- d. Tanggapan jika klien tidak mau menggunakan alat pelindung (kondom) untuk mencegah tertular/terkena IMS dan HIV&AIDS

Semua WPS Tidak Langsung memiliki sikap yang sama jika klien tidak mau menggunakan alat pelindung (kondom) untuk mencegah tertular/terkena IMS dan HIV&AIDS yaitu dengan merayu. Seperti yang terdapat di dalam kotak 30:

Kotak 30

Jawaban:

“...sebenarnya banyak sih, cuma aku harus pake kondom, kadang nek pas kebanyakan gitu aku nggak mau mending uange takkembaliin aku pulang ...”

WPS Tidak Langsung 2, 21 th

“...kalo ndak mau...tapi saya usahain mereka pake kondom dulu. Tapi kebanyakan pake kondom. Tapi ada juga yang pake tapi gak bisa keluar. Katanya cowok pake kondom ndak enak. Ada yang pake kondom langsung bisa keluar. Jadi ndak perlu maksa-maksa lagi kan. Ada yang ditengah-tengah dia mo ngluarin ndak bisa karena ndak biasa pake kondom, trus kondomnya dilepas....tetep nglayanin tho ...dah sampe tengah-tengah kok...”

WPS Tidak Langsung 3, 22 th

“...ya...dirayu tho ya. Aku ngomong ngene “nek gak gelem pake kondom, aku kena penyakit ik piye?”, aku ngomonge aku sing kena penyakit tho yo...., terus mau tho yo.....,.....tapi kalo dia bilang ya udah aku nyari kalu udah tau resiko kena penyakit, aku bayar kamu...ya udah tho nggak bisa apa-apa lha dia nggak mau o`...”

WPS Tidak Langsung 5, 18 th

**Meskipun mereka merayu, jika kliennya tidak mau menggunakan kondom maka mereka meneruskan berhubungan seksual tanpa alat**

pelindung tersebut. Menurut mereka yang menyebabkan para klien tidak mau memakai kondom yaitu karena tidak terbiasa sehingga tidak nyaman dan tidak dapat ejakulasi jika memakai kondom. Padahal, mereka tidak mau berlama-lama berhubungan seksual dengan para klien. Prinsip mereka adalah segera cepat selesai dan segera mendapat uang. Mereka pun memiliki posisi lemah jika para tamu mengancam tidak akan membayar kalau tidak dilayani sesuai dengan keinginan.

Ada juga subjek penelitian yang akan mengembalikan uangnya jika ia melihat gejala IMS yang terdapat pada klien misal bernanah, bintil berair dan kutil kelamin dan klien tidak mau menggunakan kondom.

6. Kerentanan yang dirasa WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&AIDS

Maksud dari kerentanan yang dirasa di dalam penelitian ini adalah persepsi atau pemahaman subyektif subjek penelitian menyangkut resiko dari kondisi kesehatannya terhadap IMS, HIV dan AIDS.

a. Pemahaman tentang WPS Tidak Langsung termasuk kelompok resiko tinggi IMS dan HIV&AIDS

Sebagian besar mengakui kalau WPS Tidak Langsung itu mudah terkena IMS dan HIV&AIDS. Alasan bahwa WPS Tidak Langsung itu adalah kelompok resiko tinggi menurut mereka karena WPS Tidak Langsung itu bergonta-ganti pasangan, sedangkan belum tentu pasangannya mau memakai kondom. Dikemukakan di dalam kotak 31:

Kotak 31

“...mudah, kita kan gonta-ganti pasangan...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Lanjutan kotak 31

“...mudah sekali. Karena mereka kan sering gonta-ganti pasangan. Ada yang nggak pake kondom. Kebanyakan tamu-tamu kan pada nggak mau pake kondom kan...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...ya kaya ngene kan tergantung wong-e, nek orang-e pinter jaga kesehatan, sering priksa, khan sithik-sithik...ora` langsung dadi AIDS khan ora tho?? Nek sering priksa nek AIDS-e jek sithik khan iso diobati...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sedangkan sebagian kecil tidak mengakui bahwa WPS Tidak Langsung itu mudah terkena HIV&AIDS karena mereka tidak tahu dan menurut subjek itu semua tergantung dari orangnya sendiri. Mereka berpikir jika orangnya itu dapat menjaga kesehatan dengan baik, sering periksa, maka tidak akan terkena IMS dan HIV&AIDS. Sebab, ada pemahaman bahwa jika penyakitnya masih sedikit maka bisa segera diobati dan tidak akan menjadi AIDS.

2. Pendapat WPS Tidak Langsung tentang hak untuk melindungi diri sendiri dari tertularnya IMS dan HIV&AIDS lewat klien yang membayar

Sebagian besar subjek berpendapat bahwa mereka sudah dibayar dan harus mau melayani keinginan klien sehingga klien puas. Akan tetapi mereka tetap berharap agar tamu mau memakai kondom dengan cara merayunya. Sebagian kecil berpendapat bahwa mereka harus bisa melindungi diri sendiri dari tertularnya IMS dan HIV&AIDS lewat klien yang sudah membayar. Jika menurut mereka klien sakit, maka ia tidak segan untuk mengembalikan uangnya. Beberapa pernyataan dapat dilihat di kotak 32:

Kotak 32

" ... Gini lho mbak, kan kita itu sudah mau dibayar ya, jadi kita itu harus mau apa maunya tamu kita gitu... tapi pinter-pinternya kita untuk ngrayu supaya mau pake kondom... "

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

"... lhah wong gaweane koyo ngenge ya ngerti risikone opo, ya kudu njaga awake dhewe tho mbak... nek mbek tamu kan aku ki wis dibayar, ya kewajibanku nyenengke tamuku mbak...ya paling tak suruh nyuci bersih dulu barange... "

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

"... kalo aku sakit nanti, kan aku nggak bisa kerja, jadi ya aku harus bisa lindungi diri mbak, kalo tamuku sakit, aku nggak mau... "

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Ada yang mengatakan, jika tamu tidak mau memakai kondom maka setelah melayani tamu mereka segera minum jamu dan obat antibiotik serta membersihkan alar kelamin dengan betadine cair. Ada juga yang meminta tamu untuk mencuci dulu alat kelaminnya sebelum berhubungan seksual.

**3. Pendapat tentang peluang terkena IMS dan HIV&AIDS ketika bekerja menjadi WPS Tidak Langsung**

Sebagian besar dari subjek penelitian menyatakan bahwa mereka memiliki peluang untuk terkena IMS dan HIV&AIDS. Sedangkan sebagian kecil dari mereka menyatakan bahwa asal bisa merawat diri dengan baik dengan menjaga kesehatan tubuh dan teratur minum obat, maka mereka akan terhindar dari penyakit tersebut. Berikut beberapa pernyataan yang dikutip di kotak 33:

Kotak 33

“... semua pekerjaan mesti ada risikone tho mbak, ya koyo aku gini ya bisa kena AIDS...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

Lanjutan kotak 33

“... bisa banget...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

“... asal bisa merawat diri mbak, teratur minum obat, resikan, rajin olahraga, mesti ya Insya Allah tetep sehat...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sebagian kecil dari mereka percaya bahwa jika mereka teratur minum jamu, minum antibiotik jika badan terasa tidak nyaman, selalu membersihkan alat kelamin setelah berhubungan seksual, dan lompat-lompat setelah berhubungan seksual maka akan membantu mereka menghindarkan diri dari penyakit IMS dan HIV&AIDS.

7. Keseriusan yang dirasa WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&AIDS
  - a. Tempat pengobatan yang dijangkau WPS Tidak Langsung

Sebagian kecil karena merasa belum pernah sakit apapun yang berhubungan dengan alat reproduksi tidak menjawab kemana mereka biasanya pergi berobat. Sedangkan sebagian kecil yang lain WPS Tidak Langsung mengaku pergi berobat ke dokter dan RS. Kariadi. Dikutip beberapa pernyataan seperti di dalam kotak 34 ini:

Kotak 34

“...kariadi itu...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...kadang ning dokter ning kuthaku, ben rak konangan kanca-kanca. Sokdong kan saingan mbak...”



WPS Tidak Langsung 5, 22 th

“...kalo pas ada keputihan kayak gitu, mesti ke dokter, periksa...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Sebagian kecil dari mereka menyatakan pergi ke dokter swasta di daerah asalnya (luar Semarang) untuk menghindari kemungkinan teman-temannya seprofesi yang tahu jika mereka pergi ke dokter. Mereka takut jika ada teman yang tidak suka (saingan) mengetahui jika mereka pergi ke dokter akan menjatuhkan nama mereka di depan klien.

Ada juga yang memakai cara tradisional untuk upaya pencegahan maupun pengobatan. Tidak sedikit dari mereka yang meminum jamu yang dipercaya untuk mencegah dan mengobati penyakit seksual. Akibatnya penyakit yang ada semakin bertumpuk-tumpuk dengan penyakit yang baru karena penyakit yang lama belum terobati dengan baik sehingga membuka jalan bagi penyakit lain untuk masuk.

Informan mengatakan ada juga yang menggunakan salinan resep obat yang sebelumnya pernah diberikan dokter untuk mengobati gejala yang dikeluhkan. Mereka menganggap pengobatan tiap penyakit seksual itu sama sehingga mengambil langkah pengobatan sendiri. Tentu saja itu akan berakibat buruk yaitu menimbulkan resistensi virus terhadap obat.

Ada juga yang memakai cara tradisional untuk upaya pencegahan maupun pengobatan. Tidak sedikit dari mereka yang meminum jamu yang dipercaya untuk mencegah dan mengobati penyakit seksual. Akibatnya penyakit yang ada semakin bertumpuk-tumpuk dengan penyakit yang baru

karena penyakit yang lama belum terobati dengan baik sehingga membuka jalan bagi penyakit lain untuk masuk.

b. Berobat atas anjuran orang lain atau kesadaran sendiri

Seluruh WPS Tidak Langsung mengaku alasan melakukan pengobatan itu berasal dari kemauan sendiri. Seperti yang terdapat di dalam kotak nomor 35:

Kotak 35

"...pacarku, kadang-kadang ya pengen sendiri..."	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
"...dari aku sendiri..."	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
"...kemauan sendiri..."	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Mereka mengakui bahwa mereka akan berobat jika mereka merasakan ada sesuatu yang terjadi pada tubuh dan alat kelamin mereka, seperti perih, perdarahan, atau keputihan berlebih. Ada juga yang baru datang ke dokter setelah mereka mencoba mengobati sendiri bercak-bercak seperti cacar air (herpes) dengan cara memencet airnya supaya keluar tetapi makin parah dan akhirnya ke dokter. Ada WPS Tidak Langsung yang pergi ke dokter atas anjuran dari kekasihnya.

c. Pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan

Sebagian mengaku tidak selalu mereka periksa dengan teratur. Mereka mau periksa jika memang ada keluhan, seperti keputihan berlebih. Sedangkan sebagian lagi menyatakan setiap sebulan sekali melakukan pemeriksaan atau kontrol. Dikemukakan beberapa pernyataan di dalam kotak 36:

Kotak 36	
“...sebulan sekali..., kontrol...”	WPS Tidak Langsung 1, 15 th
“...nggak mesti ya, kalau ada keluhanlah...”	WPS Tidak Langsung 6, 24 th
“...kadang-kadang..., kalo pas keputihan...”	WPS Tidak Langsung 2, 21 th

Sebagian dari mereka menyatakan bahwa mereka minum jamu dan obat secara teratur sehingga mereka berpendapat tidak perlu periksa ke dokter jika tidak ada keluhan. Mereka berpendapat bahwa jamu dan obat-obatan bebas yang diminum membantu mereka untuk tetap sehat.

Menurut informan, mereka memang mengaku sering kontrol untuk memeriksakan kesehatannya. Tetapi menurut informan sebenarnya mereka memang pernah periksa tetapi tidak teratur mengontrol. Mereka cenderung akan memeriksakan diri jika merasakan adanya gejala atau keluhan yang tidak enak. Padahal belum tentu seseorang tidak merasakan gejala itu berarti sehat-sehat saja. Lagipula informan memiliki prinsip jangan terlalu percaya dengan para pekerja seks. Mereka memang akrab dengan para pendamping tetapi karena kebutuhan penerimaannya tinggi maka akan selalu berusaha menyenangkan pendamping.

d. Tempat pemeriksaan rutin yang dijangkau

Sebagian kecil mengakui bahwa RS. Kariadi adalah salah satu tempat yang sering mereka datangi untuk memeriksakan kesehatan secara rutin. Sedangkan sebagian besar WPS Tidak Langsung menyatakan ia dapat pergi periksa ke dokter swasta. Seperti yang dikutip di dalam kotak 37 ini:

Kotak 37	
“... kariadi...”	WPS Tidak Langsung 1, 17 th
“...kemana aja mbak....., tapi sering ke dokterku dong..”	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
Lanjutan kotak 37	
“...Kadang ning Telegorejo, ning Purwodadi ning Pak Dokter...cari yang jauh biar orang gak tahu...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Ada juga yang memeriksakan diri di RS Telegorejo karena pada waktu itu ia baru di Semarang dan satu-satunya tempat berobat yang ia ketahui adalah RS Telegorejo. Pernah juga ia pergi ke Purwodadi mendatangi seorang dokter swasta disana untuk memeriksakan diri disana. Alasannya mencari tempat pengobatan yang jauh adalah supaya orang lain tidak tahu.

8. Manfaat dan penghalang yang dirasa WPS Tidak Langsung dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS
  - a. Sikap terhadap penggunaan kondom ketika berhubungan seksual

Semua WPS Tidak Langsung setuju terhadap penggunaan kondom ketika berhubungan seksual. Mereka sadar akan penyakit yang bisa kapan saja menyerang mereka. Seperti yang terungkap dalam pernyataan dalam kotak 38 ini:

Kotak 38	
“...ya perlu sih, takutnya kena penyakit...”	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
“...pengennya pake kondom semua...”	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
“...sangat perlu...”	WPS Tidak Langsung 6, 24 th

Seluruh subjek penelitian berkeinginan untuk selalu memakai kondom di saat berhubungan seksual dengan klien.

b. Pengertian mengenai manfaat dari pemakaian kondom

Seluruh WPS Tidak Langsung mengakui keuntungan pemakaian kondom yaitu untuk mencegah penyakit seksual. Di dalam kotak 39 di bawah ini dicantumkan beberapa pernyataan:

Kotak 39	
“...biar nggak kena penyakit...”	WPS Tidak Langsung 2, 20 th
“...enak aja pake kondom.... Memang enak pake kondom sih daripada nggak pake kondom, kita kan nanti tau-tau bisa kena penyakit, aman gitu.....bisa jaga kebersihan...”	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
“...ada, misale ana penyakit gitu ya...nggak menular....., terus...nek cewok rak sah tekan njeru-njeru...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Bahkan ada sebagian kecil yang merasa bersih jika memakai kondom. Sebagian kecil lain mengatakan jika memakai kondom itu tidak usah membersihkan alat kelamin terlalu dalam.

c. Pengertian mengenai kerugian dari pemakaian kondom

**Hampir semua WPS Tidak Langsung menyatakan tidak ada kerugian dalam pemakaian kondom. Seperti yang terdapat di dalam kotak 40:**

Kotak 40	
“...nggak ada ya...”	WPS Tidak Langsung 6, 24 th
“...sama aja. Ya memang kita kan cuma gak masalah uang, kita kan jaga kebersihan pake kondom...”	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
“...yo kurang enak..., enak rak nganggo....asli...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sebagian kecil mengatakan tidak tahu apa kerugian dari pemakaian kondom dan lainnya mengatakan tidak enak jika memakai kondom karena merasa tidak nyaman dalam berhubungan seksual.

9. Faktor pendorong untuk melakukan upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS

Yang dimaksud dengan faktor pendorong disini ialah kampanye media massa dan nasihat teman sebaya yang memberikan pengaruh secara tidak langsung berkaitan dengan perilaku dalam upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS.

a. Akses media informasi tentang IMS dan HIV&AIDS

Sebagian besar mengatakan bahwa informasi tentang IMS dan HIV&AIDS didapatkan dari televisi. Informasi tersebut berupa iklan dan berita. Seperti yang ditulis di dalam kotak 41 berikut ini:

Kotak 41	
“...dari TV...”	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
“...Aku pernah pinjem buku dari temanku, aku baca semua, oh begini....”	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
“...biasane ning TV mbengi-mbengi, soko radio pernah, koran juga pernah...”	WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Sebagian kecil mengatakan informasi tersebut mereka dapati dari sebuah acara radio, berita di koran, dan buku-buku. Ada juga sebagian kecil yang mengaku mendapatkan informasi dari teman-temannya yang berada di Lokalisasi Sunan Kuning.

Menurut informan, mereka mendapatkan informasi dari kegiatan mengobrol dengan teman-temannya, dari beberapa media seperti majalah, koran, televisi dan radio.

b. Tanggapan mengenai informasi yang didapatkan dari media

Hampir semua WPS Tidak Langsung menanggapi secara baik informasi-informasi yang telah mereka dapatkan itu. Mereka merasa informasi tersebut berguna, bermanfaat, membuat mereka yang tidak tahu menjadi tahu. Seperti dikutip di dalam kotak 42 ini:

--

Kotak 42

“...aku jadi tahu...”

WPS Tidak Langsung 2, 20 th

“...berguna...”

WPS Tidak Langsung 4, 21 th

“...ya biasa wae...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Tetapi ada juga sebagian kecil yang tidak meresponi secara positif adanya informasi ini. Ia merasa biasa-biasa saja dengan kehadiran informasi ini dan tidak membawa perubahan berarti baginya.

c. Manfaat dari informasi yang diperoleh dari media

Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung mengakui manfaat dari informasi tersebut yaitu menambah pengetahuan mereka tentang IMS dan HIV&AIDS. Dari yang tidak tahu menjadi tahu, dan mengerti cara-cara untuk menjaga diri agar terhindar dari IMS dan HIV&AIDS. Seperti yang terdapat di dalam kotak 43:

Kotak 43

“...jadi tau macam-macam penyakit dan cara kita menjaga diri...”

WPS Tidak Langsung 6, 24 th

“...dari yang belum tahu jadi tahu. Dari yang ndak periksa sekarang rutin periksa. Itu kan menguntungkan...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...ya biasa wae, mung ngerti thok, wong aku ki wong-e rak mudhengan nek rak dijelaske sejelas-jelasnya...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th



Hanya sebagian kecil yang tidak merasa adanya manfaat dari informasi dari IMS dan HIV&AIDS. Memang ia mendapatkan pengetahuan baru akan tetapi ia merasa belum dapat mengerti dengan tepat kalau tidak dijelaskan dengan baik.

- d. Dorongan teman tentang pemakaian alat pelindung (kondom) untuk mencegah terkena/tertular IMS dan HIV&AIDS

Hampir semua WPS Tidak Langsung mengakui kalau pemakaian alat pelindung (kondom) untuk mencegah terkena/tertular IMS dan HIV&AIDS adalah kesadaran sendiri. Seperti yang ditunjukkan di dalam kotak 44:

Kotak 44	
"...nggak , kesadaran aku sendiri, paling pacarku gini ' kondomnya udah dibawa belum?' ..."	WPS Tidak Langsung 3, 21 th
"...ya itukan prinsip saya sendiri..."	WPS Tidak Langsung 4, 21 th
"... paling manajemenku, temen deketku. Ya aku bawa...., buat jaga-jaga tho mbak..."	WPS Tidak Langsung 2, 20 th

Sebagian kecil dari subjek merasa diingatkan oleh teman dekat. Sedangkan ada juga yang mengakui pernah diingatkan oleh kekasih dan manajemen tempat hiburan di mana mereka bekerja.

## 10. Niat

Yaitu keinginan/minat subyek penelitian untuk bertindak sehubungan dengan niat untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS-HIV&AIDS.

- a. Niat untuk melakukan pencegahan terkena IMS-HIV&AIDS dengan menggunakan kondom

Seluruh subyek mempunyai niat memakai kondom untuk mencegah supaya tidak hamil dan tidak terkena IMS dan HIV&AIDS. Subyek memakai kondom dengan alasan supaya tidak terkena IMS dan hamil, seperti yang tercantum pada kotak 45:

Kotak 45

“...pake kondom...yaa bisa mencegah penyakit AIDS...”

WPS Tidak Langsung 1, 17 th

“...aku ndak pernah pake apa2, cuman tamuku harus pake kondom, ya untuk mencegah penyakit seksual trus biar aku ndak hamil ...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...ya jelas dong....., kan kondom itu bisa mencegah penyakit...”

WPS Tidak Langsung 6, 24

Seluruh subjek mengaku selalu menyediakan kondom dari rumah ataupun sudah disediakan oleh manajemen. Subjek menginginkan klien mau menggunakan kondom karena mereka merasa takut jika hamil dari pria yang tidak jelas dan takut terkena penyakit seksual.

- b. Apakah niat tersebut ditolak oleh kliennya.

Sebagian besar subjek mengaku bahwa hampir semua klien menolak untuk menggunakan kondom, hal ini disebabkan karena rasa tidak nyaman (risih, tidak terbiasa, terlalu ketat, tidak enak, panas) yang dirasakan oleh klien ketika menggunakan kondom saat berhubungan seksual, seperti jawaban subyek pada kotak 46 di bawah ini :

Kotak 46

“...susah ngerayunya mbak, alesanne ketat lah, panas, ndak enak...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...ada yang oke deh aku pake, tapi ada yang marah marah kan dia udah ngebayar aku mbak, kan jadinya aku harus konsekwen mau melakukan yang dia mau tho...”

WPS Tidak Langsung 4, 21 th

“...akeh-akehe ngomonge males ah, gak kepenak, yo tak rayu mbak, ono sing gelem sih...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Jika klien menolak untuk menggunakan kondom maka subjek akan melakukan cara-cara pencegahan lain seperti yang sudah ditampilkan pada kotak sebelumnya, yaitu dengan minum antibiotik, minum jamu, berolahraga, dan membersihkan vagina dengan sabun, minuman bersoda, atau pasta gigi.

#### 11. Diskusi pencegahan KTD, IMS-HIV/AIDS dengan teman sebaya

Barkaitan dengan diskusi tentang pencegahan supaya tidak terjadi KTD atau terkena IMS dan HIV&AIDS dengan teman-teman seperti yang ada di kotak 47, seluruh subyek mengatakan pernah meskipun itu dilakukan hanya sekilas sambil bercanda dan saling mengingatkan.

Kotak 47

“...jarang, kalo siang mending tidur aku mbak, cape..”

WPS Tidak Langsung 6, 24

“...Ya sering, banyak teman tidak hanya masalah kondom tapi cerita yang macem-macem gimana melindungi diri biar gak terjadi kehamilan gitu...”

WPS Tidak Langsung 3, 21 th

“...Sering kalo di kost sering sharing eh...kayak gini...kayak gini...Kalo

enggak, ada produk baru eh...ada kondom rasa baru. Jadi info tidak di dapat dari media massa, orang , konsultasi gitu justru sharing ama teman belajar dari pengalaman lebih efektif...”

WPS Tidak Langsung 5, 22 th

Lebih dari setengah subyek pernah berdiskusi mengenai cara pencegahan supaya tidak terjadi KTD atau terkena IMS dan HIV&AIDS. Sampai-sampai ada yang bertanya bagaimana cara melakukan aborsi. Selain itu ada yang berpendapat dengan diskusi itu sebagai tempat *sharing* dengan teman, karena menurut mereka belajar dari pengalaman lebih efektif. Sebagian kecil subyek mengaku tidak terlalu banyak berdiskusi dengan teman-teman karena malas dan lebih suka untuk tidur.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan hasil penelitian, untuk memudahkan memahami perilaku WPS Tidak Langsung dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS maka peneliti membagi pokok pembahasan menjadi perilaku seksual WPS Tidak Langsung, perilaku pencegahan WPS Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&AIDS, dan faktor-faktor penyebab WPS Tidak Langsung berperilaku.

#### **Perilaku Seksual Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung**

Kelompok WPS Tidak Langsung dalam penelitian ini adalah para wanita pekerja seks yang mencari klien secara terselubung di tempat-tempat hiburan malam di Semarang. Sebagian dari mereka ada yang bekerja sebagai pemandu karaoke di tempat hiburan malam tersebut, tetapi ada juga yang berpura-pura menjadi pengunjung. Ada yang bekerja lepas sendiri, tetapi ada juga yang berada di bawah sebuah manajemen tertentu. Dari pola pekerjaannya dapat disimpulkan bahwa pekerjaan tersebut dianggap ilegal secara hukum oleh mereka sehingga ada rasa ketidaknyamanan dan ketidakamanan ketika mereka bekerja. Kesulitan dalam mencari klien juga terlihat lebih besar dibandingkan dengan WPS di lokalisasi. Sehingga dapat disimpulkan posisi tawar mereka sangat rendah dengan klien.

Perilaku adalah suatu yang kompleks, merupakan resultan dari berbagai macam aspek internal maupun eksternal, psikologis maupun fisik. Perilaku tidak berdiri sendiri karena ia selalu berkaitan dengan faktor-faktor lain.<sup>32)</sup> Jika dilihat

dari aspek eksternal dan psikologis, maka dapat diketahui bahwa WPS Tidak Langsung mendapatkan tekanan yang sangat besar pada kedua aspek tersebut.

Hal ini dapat dibuktikan dengan beberapa pengalaman dari antara mereka sendiri yaitu pertama kali memasuki profesi WPS Tidak Langsung dengan pengalaman ditipu, kakaknya kecelakaan sehingga membutuhkan biaya pengobatan yang besar, dan orangtua bercerai. Ada juga yang bergaul dengan teman-teman yang kurang baik dan ia tidak tahu lagi harus bekerja apa, maka iapun terjun ke dunia prostitusi. Meskipun mereka mengakui bahwa faktor ekonomi berpengaruh cukup besar, faktor lain yang sudah disebutkan diatas memicu mereka untuk menetapkan keputusan berprofesi sebagai WPS Tidak Langsung. Alasan memilih menjadi WPS Tidak Langsung di tempat-tempat hiburan malam karena merasa lebih bebas ketimbang di lokasi atau di tempat lain. Mereka bersifat individual dan bebas (*freelance*). Kecuali ada beberapa di bawah koordinator "mami" atau geromo yang berperan sebagai pencari tamu dan mendapat bayaran sebesar sekitar 30%-40% dari penghasilan WPS Tidak Langsung.

Semua WPS Tidak Langsung mengakui klien mereka berasal dari berbagai strata umur. Klien berasal dari dalam kota, luar kota, dan ada mancanegara. Layanan seksual yang diminta oleh para klien juga berbeda-beda, yaitu vaginal, oral, anal, dan hanya menemani tidur. Sebagian besar WPS Tidak Langsung tidak mau melayani aktivitas seksual ciuman bibir karena menurut mereka akan melibatkan emosi pribadi. Ada sebagian kecil subjek yang mendapatkan pengalaman sadokis.

Seluruh subjek mengakui melakukan hubungan seks secara vaginal setelah mereka melakukan sedikit pemanasan (*foreplay*). Itupun mereka lakukan dengan secepat mungkin karena mereka tidak menginginkan adanya keterlibatan emosi.

Secara fisik dan emosi WPS Tidak Langsung tidak ingin terlibat lebih jauh dengan kliennya sehingga pada umumnya mereka lebih suka berkencan dengan waktu pendek (*short time*). Selain itu alasan mereka adalah untuk menghindari adanya pemerkosaan, pembunuhan, dan penipuan. Frekuensi transaksi seksual per minggu rata-rata tiga sampai empat kali dengan harga Rp. 350.000,00 – Rp. 500.000,00 setiap berkencan, dikurangi potongan untuk manajemen jika mereka bekerja dibawah aturan seseorang. Tidak jarang juga mereka memberi harga sekitar Rp. 150.000,00 jika tidak mendapatkan klien sama sekali pada satu minggu. Dengan prinsip yang mereka miliki yaitu semakin banyak klien maka semakin banyak klien yang mereka dapatkan, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku seksual mereka sangat aktif dan bervariasi.

Seluruh subjek mengaku tempat melakukan aktivitas seksual adalah hotel, losmen, dan tempat pribadi Kota Semarang. Tidak ada kekhususan tempat bertransaksi seksual pada aktivitas seksual WPS Tidak Langsung.

### **Perilaku Pencegahan Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung terhadap IMS dan HIV&AIDS**

Perilaku manusia mempunyai pengaruh terhadap status kesehatan individu kelompok maupun masyarakat. Henrik L. Blum (1974) berdasarkan analisisnya menyimpulkan bahwa faktor perilaku mempunyai peranan yang besar terhadap tingkat kesehatan, setelah pengaruh lingkungan.<sup>32)</sup>

Semua WPS Tidak Langsung berusaha untuk menggunakan kondom selama melakukan *intercourse*. Mereka menyadari bahwa dengan menggunakan kondom maka akan mencegah penularan IMS dan HIV&AIDS.

Seluruh WPS Tidak Langsung mengakui mendapatkan alat pelindung dengan membeli. Terkadang juga mendapatkan alat pelindung (kondom) dari manajemen atau pacar. Merk alat pelindung yang biasa mereka pakai yaitu Fiesta dan Sutra. Aktivitas seks yang aktif menjadikan subyek termasuk salah satu kelompok beresiko untuk terjadi KTD maupun IMS-HIV&AIDS sehingga komitmen untuk berperilaku seks aman dengan menggunakan alat pelindung juga dirasakan subyek.

Sebagian besar masih terperangkap di dalam mitos yang berkembang selama ini di masyarakat. Masih ada yang memakai odol dan sprite untuk mencuci alat kelamin karena dipercaya dengan rasa perih yang ditimbulkan akan menghilangkan kuman.

Ada juga yang menggunakan sabun cair, betadine cair, dan sabun siriH sambil dibasuh air panas atau air dingin untuk mencuci alat kelamin. Mereka mencuci alat kelamin sambil mengorek vagina supaya menurut mereka kuman-kuman keluar semua. Ada lagi yang percaya bahwa dengan teratur berolahraga, minum jamu, dan minum antibiotik maka mereka akan terhindar dari IMS dan HIV&AIDS.

Ada yang lebih unik lagi yaitu ia menyuruh semua tamunya mandi dulu sebelum berhubungan badan supaya bersih. Sedangkan ia sendiri tidak perlu mandi karena merasa sudah bersih.

Hanya sebagian kecil dari WPS Tidak Langsung yang tidak memakai apapun untuk pencegahan penyakit seksual selain dengan kondom. Ada satu subjek



yang sudah bekerja cukup lama memiliki pengetahuan baik yaitu ia berpendapat jika terlalu sering meminum antibiotik maka suatu saat jika sakit, maka tubuh akan kebal terhadap obat.

Saparinah Sadli (1982) yang mengutip pendapat J. Kosa dan L.S. Robertson mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang didasarkan pada pengetahuan yang berasal dari ilmu-ilmu biologi. Kenyataannya memang mendukung pernyataan ini. Terhadap kondisi kesehatan yang terganggu masing-masing individu mempunyai cara yang berbeda-beda dalam mengambil tindakan pencegahan atau penyembuhannya. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain, terhadap gangguan tersebut. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulir dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses sosial semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan si penderita mengenai gangguan yang dialami, dan merupakan bagian integral dari interaksi pada umumnya.<sup>32)</sup>

Infeksi Menular Seksual (IMS) diketahui mempermudah penularan HIV. Selain itu, IMS juga merupakan petunjuk adanya perilaku seksual yang berisiko. Prevalensi IMS yang tinggi pada suatu populasi di suatu tempat merupakan pertanda awal akan risiko penyebaran HIV, walaupun prevalensi HIV masih rendah. Di samping menunjukkan risiko penyebaran HIV, prevalensi IMS dapat memvalidasi data perilaku penggunaan kondom yang didapat dari surveilans perilaku. Kurangnya perilaku penggunaan kondom akan tergambar dengan tetap tingginya prevalensi IMS. Di lain pihak, peningkatan penggunaan kondom akan

lebih cepat tergambar melalui penurunan prevalensi IMS daripada penurunan prevalensi HIV.<sup>45)</sup>

Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung mengaku belum pernah mengalami IMS. Mereka lebih sering mengalami keputihan dan ada satu subjek yang mengalami infeksi mulut rahim. Sebagian kecil mengakui pernah mendapatkan IMS yaitu jengger ayam. Mereka merasa mendapatkan penyakit jika melihat atau merasakan gejala yang terlihat, seperti gatal, bernanah, bergelambir (jengger), dan keputihan. Tetapi jika mereka tidak merasakan atau melihat gejala apapun maka mereka menganggap sehat-sehat saja.

Dari jawaban yang diperoleh bukan berarti disimpulkan bahwa kelompok WPS Tidak Langsung memiliki kasus IMS negatif. Peluang cukup besar bagi mereka berpenyakit tetapi tidak terlihat karena seringnya antibiotik yang mereka minum. Hanya satu orang yang akan tetap bekerja walaupun ia sakit IMS . Tetapi ia bekerja memakai kondom. Ada juga sebagian kecil yang akan berhenti bekerja dahulu karena merasa sakit jika alat kelaminnya dipakai untuk berhubungan seksual. Tetapi ada juga yang karena merasa belum pernah menderita IMS ia terus bekerja.

Kalau melihat dari tingkat pengetahuan mereka yang rendah terhadap jenis dan gejala IMS, maka bukan tidak mustahil kalau mereka sebenarnya tidak tahu kalau sedang terkena IMS. Mengingat mereka pada umumnya mencari pengobatan jika sudah mengalami keluhan. Yang perlu diperhatikan bahwa perempuan lebih mudah terkena IMS dibandingkan laki-laki, karena perempuan menampung air mani jika berhubungan seks. Disamping itu lapisan liang senggama juga sangat halus dan mudah terluka. Akibatnya bibit penyakit mudah masuk dan jika terkena IMS sering tidak menunjukkan tanda atau gejala.<sup>46)</sup>

Selain itu IMS lebih sukar dideteksi pada perempuan dibandingkan laki-laki sehingga diagnosanya juga semakin sulit. Perempuan lebih jarang melakukan pengobatan dibandingkan dengan laki-laki karena sering tidak menunjukkan gejala pada awal, malu atau tidak mau pergi ke klinik. Akibatnya infeksi yang ditularkan secara seksual dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius sebelum perempuan-perempuan tersebut mendapatkan pengobatan. Mereka akan menderita IMS lebih lama dan mengakibatkan kondisi yang lebih parah, seperti kehamilan ektopik, radang pelvis dan kemandulan.<sup>47)</sup>

Terkena IMS adalah sesuatu yang buruk bagi mereka karena selain sulit mendapatkan tamu sehingga berpengaruh pada penghasilan, faktor persaingan juga mempengaruhi. Ada satu subjek yang bercerita bahwa karena ia sakit, maka teman saingannya mengatakan tentang sakitnya kepada tamu langganannya, sehingga ia tidak mendapat langganan lagi. Fenomena persaingan ini tidak begitu mencuat, karena pada umumnya mereka cukup individualistis, walaupun tidak menutup kemungkinan mereka membicarakan satu dengan yang lain di belakang orangnya (bergosip)

Becker (1974) dengan skema Model Kepercayaan menyimpulkan bahwa untuk meramalkan perilaku sakit maupun sehat (variabel tergantung) dipengaruhi oleh faktor sosiopsikologis (persepsi sakit, persepsi kegawatan penyakit, dan sebagainya), faktor-faktor demografis, faktor struktural seperti keadaan sosial ekonomis, kemampuan memperoleh kesehatan, dan sebagainya, pengaruh media massa, pengaruh dokter, perhitungan *cost benefit* dari tindakan dan sebagainya. Begitu juga dengan subjek yang akan mencari pengobatan jika secara subjektif sudah melihat kegawatan terhadap diri atau penyakitnya. Hal ini dipengaruhi juga dengan kondisi ekonomi dari subjek yang merasa kalau tidak

terlalu penting atau mengalami kegawatan maka tidak perlu mencari pengobatan.<sup>32)</sup>

Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung mengaku pernah melayani tamu yang sedang sakit IMS tetapi tetap memakai kondom ketika berhubungan. Ada yang merasa tamunya tidak terkena IMS walaupun tanda-tanda yang diungkapkan adalah IMS. Ada satu WPS Tidak Langsung yang memilih mengembalikan uang dan pulang daripada harus melayani tamu yang sedang sakit IMS. Sebagian kecil merasa belum pernah melayani tamu yang sedang sakit IMS. Bisa jadi karena ketidaktahuan mereka atau minimnya pengetahuan mereka terhadap gejala IMS, atau memang mereka memang benar-benar belum pernah melayani tamu yang sedang sakit IMS.

### **Faktor penyebab WPS Tidak Langsung berperilaku**

#### **1. Faktor Karakteristik**

Faktor umur pada kelompok WPS Tidak Langsung pada penelitian ini berada pada rentang 17-24 tahun. Dilihat dari umur, lebih dari setengah subjek termasuk kategori usia remaja, sedangkan dua subyek lagi termasuk kategori usia dewasa. Ditinjau dari segi pendidikan sebagian besar subjek mengenyam pendidikan yang cukup yaitu lulus SMU/SMK. Satu dari mereka ada yang pernah menduduki sekolah lanjutan atas tetapi tidak lulus. Dengan demikian subjek yang mengenyam pendidikan formal yang tinggi akan lebih mudah menerima dan mengerti informasi yang telah didapatkan. Sesuai dengan harapan Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan masyarakat akan mempengaruhi perilakunya. Dalam penelitian ini memang dapat

dilihat hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan. Sebagian besar WPS Tidak Langsung yang mengenyam pendidikan lebih tinggi dapat menerima dan mengerti akan informasi yang didapatkan. Tetapi ada satu orang tidak lulus mengenyam pendidikan lanjutan atas juga memiliki pengetahuan yang cukup baik. Pada umumnya didapatkan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih cepat dan mudah dalam menyerap informasi yang diterimanya.

Berdasarkan teori *Health Belief Model* oleh Rosentock menyebutkan bahwa variabel manfaat dan rintangan mendorong individu serius dalam melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sehingga untuk meningkatkan pengetahuan tentang IMS, dan HIV&AIDS tidak selalu memperhatikan pendidikan tetapi lebih ditekankan pada upaya memberikan kesadaran akan manfaat yang dirasakan.<sup>32)</sup>

Teori *Health Belief Model* ini terbukti di dalam penelitian ini, bahwa walaupun subjek mengenyam pendidikan yang lebih rendah, akan tetapi ia memiliki banyak pengalaman dan rintangan yang mendorong seseorang mengambil tindakan setelah melalui beberapa tahapan utama dalam proses perubahan perilaku.

Dari enam subjek yang diteliti, hanya satu orang yang berstatus sudah cerai mati. Suaminya meninggal karena kecelakaan. Dua orang yang lain ada juga yang hidup bersama tanpa ikatan perkawinan. Sedangkan sebagian dari subjek berstatus belum menikah.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa wanita yang berprofesi sebagai WPS Tidak Langsung adalah wanita yang tidak terikat oleh pernikahan sah sehingga ia harus menghidupi diri sendiri dan keluarga di sekitarnya.

Sebagian WPS Tidak Langsung berdomisili di Semarang, dan sebagian yang lain berasal dari luar daerah. Kurangnya lapangan kerja di Kota Semarang ditunjang dengan peledakan demografi yang disertai dengan kurangnya perhatian terhadap pendidikan menyebabkan permasalahan-permasalahan klasik menjadi tak berujung. Dari data-data yang dimiliki, ada sekitar 57,97% penduduk Semarang yang putus sekolah dari wajib belajar 9 tahun. Hal ini sangat memprihatinkan bagi Kota Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah.<sup>20)</sup> Di tengah era yang penuh dengan persaingan ketat, tidak terluput dalam dunia lapangan kerja, maka sudah tentu orang-orang yang tidak dapat bersaing akan tersingkirkan dari lapangan kerja. Dapat dipastikan orang-orang yang tersingkirkan ini tetap akan melakukan apa saja untuk mencari uang karena mereka pun membutuhkannya untuk hidup, sampai tindakan-tindakan amoral yang tidak dibenarkan seperti salah satunya adalah tindakan asusila dengan melacurkan diri.<sup>30)</sup> Sangat mudah untuk masuk ke dalam dunia ini karena Semarang memiliki 85 buah hotel, 6 buah klub malam, 4 buah tempat karaoke, 17 buah panti pijat, 2 buah lokalisasi dan 4 buah rumah bordil yang dapat mendukung ke arah dunia prostitusi. Data tersebut adalah data yang tercatat di Dinas Pariwisata dan tidak menutup kemungkinan ada tempat-tempat lain yang tidak tercatat.

Masa remaja, yang berlangsung dari saat individu menjadi matang secara seksual sampai usia 18 tahun, merupakan usia kematangan yang resmi. Awal masa remaja berlangsung sampai usia 17 tahun dan akhir masa remaja berlangsung sampai usia kematangan resmi. Ini merupakan masa yang terpenting dalam rentang kehidupan, suatu periode peralihan, suatu masa

perubahan, usia bermasalah, saat dimana individu menerima identitas, usia yang menakutkan, masa yang tidak realistis, dan ambang dewasa.<sup>48)</sup> Tetapi justru pada masa-masa remaja yang penuh dengan peralihan dan perkembangan itulah subjek pada umumnya mulai terjun ke dalam dunia WPS Tidak Langsung.

Seorang remaja putri biasanya digolongkan pada manusia yang belum dewasa, karena meskipun secara fisik menyerupai orang dewasa, akan tetapi untuk bersikap dan bertanggungjawab sebagai manusia dewasa mereka belum mampu.<sup>49)</sup> Ketika memasuki taraf usia tersebut, mereka mulai mengalami perkembangan dalam hal pencapaian diri, pencapaian dan perkembangan moral, perkembangan psikoseksual.<sup>50)</sup>

Seluruh WPS Tidak Langsung mengungkapkan alasan ekonomi di balik profesi WPS Tidak Langsung ini, walaupun masing-masing berpendapat bahwa alasan ekonomi ini tidak selalu berangkat dari kejadian yang sama. Kebanyakan mereka berpendapat bahwa dengan latar belakang pendidikan yang minim sangat kesulitan mencari pekerjaan yang menghasilkan uang banyak di masa sekarang. Ada juga yang mengatakan bahwa faktor-faktor yang melatarbelakangi profesi WPS Tidak Langsung ini karena trauma masa lalu seperti sakit hati kepada laki-laki, sakit hati kepada orang tua, hilangnya keperawanan oleh pacar yang tidak mau bertanggungjawab, kesepian, dan kondisi keluarga yang rusak atau *broken home*. Saat mereka sedang mencari identitas diri, sangat tertantang dengan hal-hal yang baru, dan pemikiran-pemikiran yang penuh dengan hal-hal yang tidak realistis mereka mulai mencari sesuatu yang baru dari lingkungan mereka. Mereka berusaha mencari solusi dari suatu kondisi tetapi masih dipengaruhi oleh jiwa yang labil.

## 2. Faktor pengetahuan

Pengetahuan WPS Tidak Langsung mengenai penyebab, cara penularan, akibat dan cara pencegahan IMS dan HIV&AIDS diarahkan sesuai dengan kemampuan berfikir terhadap apa yang telah mereka lihat dan alami sendiri. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Penerimaan seseorang terhadap suatu perilaku baru karena suatu rangsangan yang melalui proses kesadaran, merasa tertarik, menimbang, mencoba dan akhirnya subyek berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.<sup>31)</sup>

Namun demikian perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Apabila didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku akan bersikap langgeng dan jika perilaku tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka perubahan perilaku tersebut tidak akan langgeng.<sup>31)</sup>

IMS adalah infeksi yang sebagian menular melalui hubungan seks dengan pasangan yang sudah terinfeksi. Hubungan ini termasuk hubungan seks melalui liang senggama, lewat mulut atau lewat dubur. Istilah IMS lebih luas maknanya karena menunjukkan pada cara penularan dan tanda-tanda yang tidak selalu ada di alat kelamin.<sup>51)</sup>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan subyek mengenai IMS kurang baik. IMS menurut sebagian besar subyek adalah penyakit kelamin atau penyakit anak nakal seperti mereka. Ada juga sebagian kecil subjek yang menjawab bahwa IMS adalah penyakit yang ditularkan lewat hubungan kelamin. Penyebabnya menurut mereka adalah hal-hal yang masih berbau mitos, seperti tidak mencuci alat kelamin dengan bersih. Tetapi ada juga yang mengatakan bahwa penyebab IMS adalah kuman-kuman.



Mengenai cara penularan IMS, pengetahuan semua subyek cukup baik. Jawaban yang diperoleh dari wawancara mendalam beragam, mulai dari berganti-ganti pasangan, melakukan HUS tidak aman (tidak memakai kondom), melalui cairan tubuh atau sperma. Ada juga subyek yang menjawab IMS bisa menular dari nafasnya, tidak pernah pernah mencuci alat kelamin, kencing, tidak disiram, dan luka berdarah. Dari jawaban tersebut sekuruh subyek mempunyai pengetahuan yang kurang karena tidak dapat menjawab dengan tepat, bahkan ada yang masih terjebak dengan mitos yang berkembang di masyarakat.

IMS hanya bisa menular melalui hubungan seksual yang tidak aman. Tidak aman disini adalah HUS lewat liang senggama tanpa kondom, HUS lewat dubur tanpa kondom, seks oral atau karaoke. Ada juga cara penularan yang lain yaitu pertama melalui darah misal transfusi darah, saling tukar jarum suntik atau benda tajam, pemakaian obat bius dan menindik telinga atau tato. Yang kedua ibu hamil ke janin yaitu bisa saat hamil, saat melahirkan atau sudah melahirkan lewat Air Susu Ibu (ASI).<sup>51)</sup>

IMS tidak menular dengan cara duduk bersebelahan dengan orang yang terkena IMS, menggunakan toilet umum, bekerja terlalu keras, menggunakan kolam renang, berjabat tangan, melalui peralatan makan, bersin atau berkeringat. IMS menular terutama jika cairan kelamin atau darah seseorang yang sudah terkena IMS masuk ke dalam tubuh orang lain.<sup>51)</sup>

Pengetahuan semua subyek mengenai akibat atau dampak terkena IMS kurang baik, karena subyek hanya menjawab akibat atau dampak dari IMS sebatas dapat menimbulkan rasa sakit, dan dapat menelan biaya yang besar karena obatnya mahal. Bahkan ada juga subyek perempuan yang tidak mengetahui apa saja penyakit yang disebabkan oleh IMS dan akibatnya. Tetapi

ada juga yang dapat menjawab akibat dari IMS adalah penyakit di dalam rahim. IMS jika tidak diobati bisa berakibat buruk diantaranya menyebabkan kemandulan pada laki-laki maupun perempuan, kanker rahim pada perempuan, kehamilan di luar rahim, infeksi menyeluruh, nyeri di perut bagian bawah atau infeksi saluran reproduksi, bayi terlahir dengan cacat-bawaan dan infeksi HIV.<sup>51)</sup>

Cara pencegahan IMS yang diketahui semua subyek cukup baik. Intinya subyek menyebutkan cara mencegah IMS dengan memakai kondom. Akan tetapi masih ada pula yang terjebak di dalam mitos seputar IMS yaitu dengan teratur minum obat antibiotik dan minum jamu. Ada satu subjek menyebutkan bahwa menjaga hygiene sanitasi dan teratur berobat termasuk tindakan yang baik untuk mencegah penularan penyakit IMS, tetapi hal itu bukan merupakan salah satu cara untuk mencegah penularan penyakit IMS.

Selain menggunakan kondom, pencegahan penularan IMS melalui seks yaitu dengan absen dari seks (tidak berhubungan seks sama sekali), dan berlaku setia pada satu pasangan. Penularan yang lain yaitu dengan mencegah masuknya transfusi darah tambahan yang belum diperiksa kebersihannya, mencegah alat-alat tembus kulit yang tidak steril seperti jarum suntik atau alat tato. Makin sering minum obat-obatan semakin sulit menyembuhkan IMS karena kumannya menjadi kebal terhadap obat.

Pengetahuan sebagian besar subyek mengenai HIV&AIDS buruk. Rata-rata subyek menjawab penyakit HIV&AIDS adalah penyakit yang membahayakan, tetapi mereka tidak dapat mendeskripsikannya. Ada juga yang memiliki pengetahuan yang salah yaitu HIV&AIDS adalah penyakit yang berbau tidak enak, dan diakibatkan dari penumpukan penyakit-penyakit IMS lain yang tidak terobati. Hampir semua subyek mempunyai pengetahuan kurang

tentang cara penularan HIV&AIDS, rata-rata subjek hanya menyebutkan satu cara penularan yaitu lewat HUS yang tidak aman.

Pengetahuan WPS Tidak Langsung mengenai akibat terkena HIV&AIDS juga buruk. Sebagian besar subjek tidak dapat menyebutkan akibat dari HIV&AIDS. Ada juga yang memiliki pengetahuan salah yaitu HIV&AIDS bisa sembuh asalkan mau berusaha mencari pengobatan. Hanya satu WPS Tidak Langsung yang menjawab HIV&AIDS akan menimbulkan kematian. Adapun gejala yang akan dihadapi yaitu menjadi sering sakit secara terus-menerus yang tidak kunjung sembuh akibat dari kekebalan tubuh yang menurun.

Sedangkan cara pencegahan, sebagian besar subjek mempunyai jawaban yang sama dengan cara pencegahan untuk IMS. Mereka hanya dapat menyebut untuk memakai alat pelindung (kondom), sedangkan yang lainnya pengetahuan mereka bercampur dengan mitos-mitos yang ada seperti minum antibiotik, minum jamu, membersihkan alat kelamin memakai sabun silih atau sabun betadine, dan teratur berolahraga.

Pengetahuan subyek buruk terhadap IMS dan HIV&AIDS dipengaruhi oleh pemberian informasi yang tidak komprehensif dan tuntas dan kemampuan memahami dan mengerti yang kurang.

Pemberian informasi kurang komprehensif dan tuntas karena subjek hanya menerima komunikasi satu arah (lewat media cetak dan elektronik) sehingga ketika subjek tidak dapat memahami sesuatu hal, subjek tidak dapat menanyakannya

Ada satu WPS Tidak Langsung yang ketika ditanya tentang IMS dan HIV&AIDS selalu menjawab tidak tahu dan lupa, padahal ia mengaku sering membaca informasi tentang hal tersebut. Ia mengakui bahwa ia bukan orang yang cepat mengerti akan sesuatu hal, walaupun ia menyukai hal tersebut. Ia harus dijelaskan berulang-ulang dengan baik dan tepat supaya dapat mengerti keseluruhan informasi dengan baik.

Beberapa media cetak yang dibaca juga tidak memenuhi kebutuhan dan tidak terlalu tepat dengan segmentasi khususnya WPS Tidak Langsung dengan segala kondisi lokal yang ada pada mereka. Begitu pula dengan beberapa media elektronik yang dijadikan sumber informasi oleh para WPS Tidak Langsung, misal suatu acara *talkshow* di televisi ataupun radio.

Pengetahuan mereka terhadap kondom sebagai alat pelindung supaya tidak tertular atau menularkan IMS dan HIV&ADS baik. Seluruh subjek mengakui keuntungan dari pemakaian kondom dan tidak melihat sisi kerugiannya secara signifikan walaupun ada satu orang yang mengakui yaitu dengan pemakaian kondom membuat hubungan seks menjadi tidak enak karena merasa tidak asli.

### 3. Faktor kemampuan diri

Pandangan subyek yang sudah setuju terhadap kegunaan kondom, ternyata tidak cukup menjamin upaya subyek memakai kondom. Hal ini sesuai dengan analisa Tim WHO bahwa pemikiran dan perasaan seseorang juga menyebabkan seseorang berperilaku tertentu. Dalam hal ini sebagian subjek mengakui ada beberapa tamu yang tidak menyukai memakai kondom dengan alasan tidak dapat ejakulasi dan tidak nyaman dipakai.

Memang sebagian besar dari mereka selalu berusaha dan merayu para tamu untuk memakai kondom. Ada yang berhasil merayu para tamu untuk memakai kondom, tetapi ada juga yang merasa tidak dapat berbuat apa-apa ketika tamu menolak. Ada beberapa subjek yang menceritakan pengalamannya yaitu ketika ia sedang melayani tamunya dan sudah merayu untuk memakai kondom, ternyata pada saat HUS berlangsung si tamu merasa tidak nyaman dan kesulitan untuk ejakulasi. Karena merasa tidak enak dengan tamunya akhirnya subjek terpaksa melepas kondom dan meneruskan HUS. Ada juga yang mendapatkan tamu yang betul-betul tidak mau memakai kondom sehingga si tamu mengeluarkan

pernyataan bahwa ia sudah membayar subjek dan tahu resiko “jajan”, jadi apapun resikonya akan tetap dijalani asal tidak memakai kondom. Dengan tekanan-tekanan seperti itulah para subjek akhirnya memiliki posisi tawar (*bargaining position*) yang lebih rendah daripada posisi permintaan tamu.

#### 4. Faktor kerentanan yang dirasa

Lebih dari setengah menyatakan tidak ada dampak bekerja menjadi WPS Tidak Langsung. Mereka mengakui memang bekerja seperti itu tetap ada resiko jika tidak dapat menjaga kesehatan. Tetapi hal itu tidak berpengaruh besar bagi mereka. Justru mereka merasa tidak suka atau mereka pikir akan berakibat buruk jika mereka tidak mendapatkan uang. Padahal mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi yang perlu diwaspadai. Mereka adalah kelompok yang sering sekali bergonta-ganti pasangan sehingga sangat memudahkan penularan IMS dan HIV&AIDS. Dapat diketahui bahwa mereka sedang berada pada tahap tidak sadar dari proses perubahan perilaku. Mereka belum terlalu peduli akan suatu masalah secara umum. Yang mereka sadari hanyalah untuk kesehatan diri mereka sendiri supaya tidak terkena penyakit, tetapi belum secara sadar melihat efek domino dari penularan IMS dan HIV&AIDS yang juga akan mempengaruhi generasi bangsa.

#### 5. Faktor keseriusan yang dirasakan

Sebagian besar dari mereka memeriksakan diri ke ke praktek dokter swasta dan rumah sakit seperti Kariadi dan Telegorejo. Bahkan ada yang pergi keluar kota (Purwodadi) ketika periksa ke praktek dokter swasta. Ketika ditanya alasannya, ia mengaku supaya tidak diketahui orang-orang yang dikenal bahwa ia sakit.

Sebagian besar subjek menjawab motivasi pergi untuk berobat atas keinginan sendiri karena jika sakit, mereka sangat merasakan dampaknya secara

pribadi. Ada sebagian kecil yang merasa diingatkan oleh teman dan kekasihnya. Diakui sebagian dari mereka sering teratur kontrol minimal sebulan sekali. Sebagian lagi mengakui kalau sedang ada keluhan atau merasa sakit saja baru periksa. Biaya yang dikeluarkan dirasakan tidak begitu memberatkan bagi semua subjek yang diteliti. Jika pergi ke praktek dokter swasta menghabiskan biaya sebesar Rp.75.000,00-Rp.150.000,00. Walaupun mereka mengeluarkan uang sebesar itu, mereka merasa tidak keberatan karena mereka merasa ini untuk kepentingan mereka sendiri yang akan berakibat fatal bagi pekerjaannya jika keluhan yang dirasakan tidak segera diobati.

Rata-rata WPS Tidak Langsung melihat IMS dan HIV&AIDS sebagai suatu penyakit yang menakutkan. Tetapi ada satu subjek yang mengatakan kalau sudah terbiasa mendengarnya menjadi biasa-biasa saja. Ada lagi yang lain mengatakan bahwa kalau mau berusaha maka segala penyakit akan dapat diobati. Secara umum mereka memang dapat melihat suatu masalah dalam diri mereka yaitu resiko terkena IMS dan HIV&AIDS. Mereka cukup tahu dengan perilaku mereka yang bergonta-ganti pasangan maka akan mempermudah IMS dan HIV&AIDS masuk ke dalam tubuh. Tetapi ada anggapan bahwa semuanya itu dapat dicegah dengan berbagai pengobatan yang sebenarnya merupakan mitos di dalam komunitas mereka.

Bibit IMS terutama ada dalam cairan kelamin dan darah. Semua sikap subjek membenarkan jika orang yang sering berganti-ganti pasangan mempunyai resiko lebih tinggi tertular IMS. Tetapi ada sebagian kecil dari WPS Tidak Langsung yang mempunyai anggapan bahwa seseorang yang dapat menjaga kebersihan alat kelamin dengan baik, seperti mencucinya dengan odol, sabun cair, betadine cair, sabun sirih dan sprite serta mengorek-ngorek vagina dapat membantu

mengeluarkan kuman-kuman yang menurut mereka ada di dalam alat kelamin. Padahal anggapan tersebut merupakan salah satu mitos seputar IMS dan HIV&AIDS.<sup>51)</sup> Disamping itu meskipun mereka yang terkena penyakit kelamin seperti herpes, jengger ayam atau bahkan HIV&AIDS tampak sehat dan bersih tetap saja bisa menularkan penyakit tersebut pada orang lain.

Demikian juga aktivitas berciuman, berpelukan dan makan minum bersama dengan ODHA bukan merupakan salah satu cara menularkan HIV&AIDS. Ada juga subyek yang beranggapan bahwa ciuman dapat menularkan IMS. Tetapi untuk kegiatan cium basah bisa menyebabkan terkena penyakit Candida yang didapatkan dari partner yang sebelumnya telah berhubungan secara orogenital dan terkena penyakit tersebut.

#### 6. Faktor manfaat dan penghalang yang dirasakan

Berdasarkan penuturan subyek tentang penggunaan kondom untuk mencegah terkena IMS dan HIV&AIDS, hampir seluruh subyek mengatakan setuju. Sikap tersebut menunjukkan subyek sependapat untuk mencegah terjadi IMS dan HIV&AIDS dengan menggunakan kondom. Hal tersebut sesuai dengan kegunaan kondom sebagai pencegah IMS. Kondom berbentuk seperti balon yang terbuat dari bahan karet (lateks). Fungsi kondom adalah untuk menghambat masuknya cairan air mani dan bibit penyakit ke liang senggama dan juga mencegah laki-laki terkena bibit penyakit dari cairan tubuh dan yang ada di liang senggama perempuan. Karena kondom tidak berpori sehingga menyebabkan laki-laki dan perempuan akan terlindungi terkena bibit penyakit dari pasangannya.<sup>51)</sup>

Pandangan subyek yang sudah setuju terhadap kegunaan kondom, ternyata tidak cukup menjamin upaya subyek memakai kondom. Hal ini sesuai dengan

analisa Tim WHO bahwa pemikiran dan perasaan seseorang juga menyebabkan seseorang berperilaku tertentu. Dalam hal ini sebagian subjek mengakui ada beberapa tamu yang tidak menyukai memakai kondom dengan alasan tidak dapat ejakulasi dan tidak nyaman dipakai.

Memang sebagian besar dari mereka selalu berusaha dan merayu para tamu untuk memakai kondom. Ada yang berhasil merayu para tamu untuk memakai kondom, tetapi ada juga yang merasa tidak dapat berbuat apa-apa ketika tamu menolak. Ada beberapa subjek yang menceritakan pengalamannya yaitu ketika ia sedang melayani tamunya dan sudah merayu untuk memakai kondom, ternyata pada saat HUS berlangsung si tamu merasa tidak nyaman dan kesulitan untuk ejakulasi. Karena merasa tidak enak dengan tamunya akhirnya subjek terpaksa melepas kondom dan meneruskan HUS. Ada juga yang mendapatkan tamu yang betul-betul tidak mau memakai kondom sehingga si tamu mengeluarkan pernyataan bahwa ia sudah membayar subjek dan tahu resiko “jajan”, jadi apapun risikonya akan tetap dijalani asal tidak memakai kondom. Dengan tekanan-tekanan seperti itulah para subjek akhirnya memiliki posisi tawar (*bargaining position*) yang lebih rendah daripada posisi permintaan tamu.

Menurut buku saku penjangkauan masyarakat program ASA-FHI, ada beberapa aturan yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan penularan IMS yaitu : a) menggunakan kondom setiap kali HUS; b) menggunakan kondom baru; c) tidak membiarkan zakar dan vagina, mulut atau dubur bersentuhan sebelum menggunakan kondom; d) setelah mencapai kepuasan seksual segera tarik zakar dari liang senggama dengan memegang kondom pada pangkalnya.<sup>51)</sup>

## 7. Faktor Eksternal



Menurut Irawati Imron, pada masa remaja pengaruh teman sebaya sangat kuat sehingga munculnya penyimpangan perilaku seksual selalu dikaitkan dengan norma kelompok sebaya. Salah satu pengaruh negatif dari teman sebaya adalah gaya pergaulan bebas. Hal-hal yang dilakukan teman sebaya dijadikan standar norma tingkah laku yang diharapkan dalam kelompok.<sup>52)</sup> Ahli psikologi Skinner menekankan lingkungan juga berpengaruh dalam membentuk pribadi seseorang. Sehingga seseorang memilih pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat penguatan dari masing-masing lingkungan sekitar termasuk teman sebaya untuk bersikap dan berperilaku.<sup>31)</sup> Sehingga muncul sikap yang mengarah pada perubahan pandangan atau penilaian terhadap suatu perilaku yang sudah menganggap biasa perilaku tersebut di lingkungan pergaulan subyek. Hal ini juga diperkuat oleh pandangan subjek tentang alasan menjadi WPS Tidak Langsung yaitu karena pergaulan salah dalam memilih teman-teman ataupun kekasih, walaupun memang faktor ekonomi menjadi eksek dari faktor-faktor yang lain.

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) mengatakan kelompok variabel yang memberikan jalan untuk melakukan tindakan (*path of action*) adalah dorongan dari luar (*cues*) antara lain adanya sumber informasi yang akan mempengaruhi pengertian (*perception*) tersebut di atas, misalnya pesan atau informasi dari media dan para pendidik.<sup>53)</sup>

Umumnya subyek mendapatkan informasi mengenai IMS dan HIV&AIDS dari beberapa media elektronik seperti TV dan radio serta media cetak seperti majalah. Ada juga satu subjek yang mendapatkan informasi tentang IMS dan HIV&AIDS dari temannya yang ada di Lokalisasi Sunan Kuning.

Informasi dari teman sebenarnya membawa pengaruh yang lebih besar karena belajar dari pengalaman lebih efektif dari pada membaca. Mereka menanggapi secara positif akan kehadiran dari informasi tersebut.

Pesan sugesti yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberikan dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuk arah sikap tertentu. Meskipun pengaruh media massa tidak sebesar pengaruh interaksi individual secara langsung, namun dalam proses pembentukan dan perubahan sikap, media massa mempunyai peran yang tidak kecil artinya.<sup>54)</sup>

Manfaat yang mereka terima dari informasi yang mereka dapatkan cukup memuaskan mereka, dari yang tidak pernah atau tidak suka berobat menjadi mau berobat. Dari yang tidak tahu tentang sesuatu hal menjadi tahu akan sesuatu hal walaupun terkadang pengetahuan yang mereka miliki masih kurang tepat dan bercampur dengan mitos yang sebelumnya sudah dipegang.

Media massa cukup membawa pengaruh positif kepada WPS Tidak Langsung karena jika dilihat dari teori proses perubahan perilaku yang memiliki 5 (lima) tahapan utama, mereka sudah sampai kepada tahapan yang keempat dalam perilaku memeriksakan diri dan menggunakan kondom yaitu mencoba perilaku baru tersebut.<sup>33)</sup> Walaupun mereka sudah mau mencoba perilaku yang baru dalam hal memeriksakan diri, mereka masih mencampurkannya dengan mitos-mitos yang ada seperti melakukan pengobatan sendiri dengan antibiotik, jamu, dan melakukan pembersihan alat kelamin atau vagina secara tidak aman.

Teman sebaya merupakan salah satu faktor yang memperkuat seseorang untuk berperilaku. Menurut Irawati Imron, pada masa remaja pengaruh teman sebaya sangat kuat sehingga munculnya penyimpangan perilaku seksual selalu dikaitkan dengan norma kelompok sebaya. Salah satu pengaruh negatif dari

teman sebaya adalah gaya pergaulan bebas. Hal-hal yang dilakukan teman sebaya dijadikan standar norma tingkah laku yang diharapkan dalam kelompok.<sup>52)</sup>

Ahli psikologi Skinner menekankan lingkungan juga berpengaruh dalam membentuk pribadi seseorang. Sehingga seseorang memilih pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat penguatan dari masing-masing lingkungan sekitar termasuk teman sebaya untuk bersikap dan berperilaku.<sup>31)</sup>

Dilihat dari lingkungan pergaulan subyek, norma subyektif juga mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Norma subyektif ini adalah keyakinan seseorang mengenai apa yang orang lain harapkan agar orang tersebut berperilaku.<sup>31)</sup>

Hampir semua WPS Tidak Langsung mengakui kalau pemakaian alat pelindung (kondom) untuk mencegah terkena/tertular IMS dan HIV&AIDS adalah kesadaran sendiri. Sebagian kecil dari subjek merasa diingatkan oleh teman dekat dan kekasih.

Seseorang yang dianggap penting yang diharapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah laku dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan atau seseorang yang sangat berarti khusus bagi kita akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang terhadap sesuatu.<sup>55)</sup>

Dalam penelitian ini subjek didukung oleh kelompok sebaya sehingga mereka berperilaku berdasarkan akan tingkat pemahamannya dan kepercayaannya terhadap kesehatan diri sendiri.

## 8. Niat

Niat merupakan unsur terbaik dalam perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang maka cara untuk meramalkan adalah dengan mengetahui niat orang tersebut.

Niat dalam menggunakan kondom seluruh subyek mempunyai niat menggunakan kondom dengan alasan supaya tidak terkena IMS dan HIV&AIDS. Akan tetapi sebagian besar subjek mengaku bahwa klien pada umumnya menolak menggunakan kondom karena merasa risih, tidak enak, tidak terbiasa memakai kondom, terasa panas dan tidak nyaman. Dalam mempersiapkan diri mencegah supaya tidak terkena KTD, IMS dan HIV&AIDS hampir seluruh subjek sudah menyediakan kondom dari rumah atau dari manajemen. Keseluruhan niat dari subjek untuk mencegah IMS dan HIV&AIDS cukup baik.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap WPS Tidak Langsung di tempat hiburan malam Kota Semarang dapat disimpulkan :

1. Karakteristik WPS Tidak Langsung
  - a) WPS Tidak Langsung berumur 17-24 tahun pada saat pengambilan data.
  - b) Umur pertama kali menjadi WPS Tidak Langsung adalah 17-20 tahun.
  - c) Latar belakang pendidikan sebagian berada di tingkat Sekolah Menengah Atas. Sebagian kecil tidak lulus di tingkat Sekolah Menengah Atas dan tidak lulus di tingkat Akademi.
  - d) Hampir semua WPS Tidak Langsung tidak memiliki pasangan resmi atau suami.
  - e) Sebagian besar telah bekerja selama 3-4 tahun. Lama bekerja paling kecil adalah 1 (satu) tahun dan lama bekerja paling lama adalah 5 (lima) tahun.
  - f) Separuh berasal dari Kota Semarang, dan separuh lainnya berasal dari dari Demak, Jepara, dan Purwodadi. Faktor yang membuat subjek tetap menjadi WPS Tidak Langsung karena ekonomi.

## 2. Perilaku Seksual WPS Tidak Langsung

- a) Dari 6 WPS Tidak Langsung selama tiga bulan terakhir sebagian besar masih melakukan transaksi seksual rata-rata 3-4 kali dalam seminggu.
- b) Tempat yang paling sering digunakan untuk melakukan HUS, semua WPS Tidak Langsung menjawab di hotel-hotel yang ada di Kota Semarang. Sedangkan sebagian kecil WPS Tidak Langsung mengakui pernah dibawa ke losmen dan tempat pribadi klien.
- c) Lama transaksi yang sering dilakukan dan lebih disukai oleh WPS Tidak Langsung adalah waktu pendek (*short time*) sekitar 1-2 jam dengan imbalan sebesar Rp. 350.000,00-Rp. 500.000,00 karena dirasa lebih aman. Transaksi *long time* diberi imbalan sebesar Rp. 1.000.000,00-Rp. 2.000.000,00.
- d) Golongan usia orang-orang yang menjadi tamu dari WPS Tidak Langsung dari kelompok usia remaja, dewasa muda, dan dewasa tua.
- e) Aktivitas seksual yang dilakukan adalah seks vaginal, oral, dan anal. Subjek sebagian besar keberatan untuk melakukan ciuman bibir karena menurut mereka ciuman bibir membutuhkan emosi yang lebih mendalam.

## 3. Perilaku Pencegahan WPS Tidak Langsung

- a) Usaha yang dilakukan sebagian besar WPS Tidak Langsung terhadap pencegahan IMS dan HIV&AIDS adalah dengan penggunaan alat pelindung (kondom). Meskipun dalam kenyataan ada sebagian kecil

WPS Tidak Langsung yang tidak menggunakan kondom saat berhubungan seksual karena penolakan tamu yang merasa tidak nyaman dan tidak enak. Sebagian besar dari WPS Tidak Langsung juga masih terjebak di dalam mitos-mitos yang ada seputar IMS dan HIV&AIDS yang akhirnya justru akan mempermudah jalannya IMS dan HIV&AIDS untuk masuk.

- b) Sebagian mengakui tetap melayani tamu ketika sedang sakit IMS hanya saja harus menggunakan kondom. Sedangkan sebagian lagi merasa belum pernah mendapatkan sakit IMS.
- c) Sebagian mengaku pernah melayani tamu yang sedang sakit IMS dan menggunakan kondom. Sedangkan sebagian kecil mengaku belum pernah bertemu dengan tamu yang sedang sakit IMS dan ada juga yang pulang dan mengembalikan uangnya jika bertemu dengan tamu yang sedang sakit IMS.

4. Faktor yang mendukung dan melemahkan di dalam perilaku WPS Tidak Langsung.

- a) Faktor pengetahuan
  - Pengetahuan WPS Tidak Langsung mengenai penyakit IMS semua kurang. Begitu pula halnya mengenai cara penularan, pencegahan dan akibat atau dampaknya semua WPS Tidak Langsung mempunyai pengetahuan kurang.
  - Semua WPS Tidak Langsung memiliki pengetahuan mengenai penyebab, penularan, akibat dan cara pencegahan HIV&AIDS yang kurang.

b) Faktor kemampuan diri

Sebagian besar subjek mengaku selalu merayu klien agar mau memakai kondom. Ada sebagian kecil subjek yang menolak bertransaksi seksual jika klien tidak mau memakai kondom, akan tetapi sebagian besar mengaku tidak dapat berbuat apa-apa jika klien menolak memakai kondom. Hal ini membuktikan bahwa posisi tawar subjek masih rendah dalam negosiasi pemakaian kondom dengan klien.

c) Faktor keseriusan yang dirasakan

- Sebagian besar memiliki kesadaran yang tinggi untuk memeriksakan diri walaupun itu terjadi jika WPS Tidak Langsung mengalami keluhan. Sebagian besar WPS Tidak Langsung jarang untuk memeriksakan diri secara teratur jika ada keluhan.
- Sebagian besar WPS Tidak Langsung mengakui bahwa mereka termasuk dalam kelompok resiko tinggi. Tetapi mereka tidak terlalu menganggap itu adalah suatu masalah asalkan menurut mereka dapat menjaga kesehatan dengan baik.

d) Faktor manfaat dan penghalang yang dirasakan

Seluruh WPS Tidak Langsung mempunyai sikap mendukung dalam penggunaan kondom untuk mencegah terjadinya IMS dan HIV&AIDS karena mereka merasa kondom bermanfaat untuk mencegah penyakit kelamin.

e) Faktor pendorong

- Sebagian besar WPS Tidak Langsung mendapatkan informasi dari media elektronik seperti TV dan radio, dan ada pula yang mendapatkan informasi dari media cetak yaitu majalah dan koran.



- Mengenai informasi kesehatan yang didapatkan, hampir semua WPS Tidak Langsung mempunyai sikap positif. Mereka mengakui dari yang tidak pernah periksa menjadi mau memeriksakan diri, dan dari yang tidak tahu menjadi tahu walaupun masih ada pengetahuan yang salah serta bercampur dengan mitos. Tetapi ada satu WPS Tidak Langsung yang menganggap tidak berdampak apa-apa tentang adanya informasi tersebut. Hal itu disebabkan karena ia merasa perlu dijelaskan berulang-ulang untuk suatu informasi. Media informasi yang masuk tidak sesuai dengan segmentasi yang dituju sehingga menyulitkan penerimaan sasaran.
- Dukungan dari keluarga dan teman sebaya lemah dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS yang benar.

f) Niat

Seluruh subjek memiliki niat yang baik dalam upaya pencegahan IMS dan HIV&AIDS yaitu dengan menggunakan kondom

## **B. SARAN**

1. Untuk Dinas Kesehatan Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit (P2P)

Dinas Kesehatan subdin P2P sebaiknya bekerjasama secara lintas sektoral dengan Dinas Pariwisata, Dinas Sosial, manajemen tempat hiburan, masyarakat peduli AIDS, dan lembaga donor untuk membuat sebuah program pendampingan yang berperan sebagai monitoring status kesehatan WPS Tidak Langsung terutama yang berkaitan dengan IMS dan alat reproduksi, kelompok dukungan, dan membuat suatu media KIE yang sesuai

dengan segmentasi yang ada (segmentasi WPS Tidak Langsung dan klien WPS Tidak Langsung).

## 2. Perguruan Tinggi

Perlu dikaji lebih lanjut melalui beberapa penelitian tentang penggunaan kondom wanita pada WPS Tidak Langsung. Selain itu perguruan tinggi dapat membuat rancangan sebuah model penyuluhan efektif berupa iklan spot di tempat-tempat hiburan malam untuk segmentasi klien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. United Nations Joint Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. Report of the global AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/ UNHCR/ UNICEF/ WFP/ UNDP/ UNFPA/ UNESCO/ WHO/ WORLD BANK. Geneva. 2006
2. United Nations Joint Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. AIDS Epidemic Update 2006. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS / World Health Organization. Geneva. 2006
3. Depkes RI. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia. Ditjen PPM & PLP Depkes RI. 2008.
4. ----- Renstra HIV/AIDS Kota Semarang Tahun 2004-2008. Semarang. 2004.
5. Depkes RI. Buku Pegangan Pendidikan Kelompok Sebaya dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PMS lainnya di kalangan resiko tinggi. Depkes RI Jakarta. 1996/1997.
6. -----, Condom use among brothel-based sex workers and clients in Bali, Indonesia (diakses tanggal 12 Januari 2008)
7. Wong ML, Roy Chan RKW, Chua WL, Wee S. Sexually transmitted diseases and condom use among free-lance sex and brothel-based sex workers in Singapore. Sexually Transmitted Diseases 1999; 26; 10:593-600.
8. Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, Bertozzi SM; ASCI FPP Study Team. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. BMC Public Health 2005; 5:87.

9. Varga CA. The condom conundrum: Barriers to condom use among commercial sex workers in Durban South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 1997; 1:74-88.
10. Wong ML, Chan Roy, Lee J, Koh D, Wong Christina. Controlled evaluation of a behavioral intervention program on condom use and gonorrhoea incidence among sex workers in Singapore. *Health Educ Res.* 1996; 11:423-432.
11. Wong ML, Chan Roy KW, Koh D. The long term effects of condom promotion programmes for vaginal and oral sex on sexually transmitted infections among sex workers in Singapore, 1990-2002. *AIDS* 2004; 18:1195-1199.
12. World Health Organization, Regional Office for Western Pacific. *Controlling STI and HIV in Cambodia: The Success of Condom Promotion.* Manila: World Health Organization, 2001.
13. UNAIDS. *HIV and Sexually Transmitted Infection Prevention Among Sex Workers in Eastern Europe and Central Asia.* UNAIDS Best Practice Collection. May 2006.
14. Singapore Police Force-SPF Annual Report 2005. [http://www.spf.gov.sg/prints/annual/2005/05spfa\\_gdiv.htm](http://www.spf.gov.sg/prints/annual/2005/05spfa_gdiv.htm). Accessed on 22 October 2007.
15. Amadora-Nolasco F, Alburo RE, Aguilar EJT, Trevathan WR. Knowledge, Perception of Risk for HIV, and Condom Use: A comparison of registered and freelance female sex workers in Cebu City, Philippines. *AIDS and Behavior* 2001; 5:319-330.
16. Kartono, K. *Patologi Sosial.* PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2001.

17. \_\_\_\_\_. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta. Pusat Bahasa Depdiknas RI. 2008
18. \_\_\_\_\_, *Situasi HIV/AIDS di Jawa Tengah tahun 2005*. Dinas Kesehatan Kota, Makalah Seminar, Semarang, April 2005.
19. BPS Propinsi Jawa Tengah. Laporan Hasil Survey Surveilans Perilaku (SSP) 2003 Jawa Tengah. Semarang. 2003.
20. FHI Jawa Tengah. *Laporan Hasil Penelitian Prevalensi Infeksi Saluran Reproduksi pada Wanita Penjaja Seks di Semarang, Jawa Tengah, Indonesia, 2005*. Semarang. 2005
21. Manuaba, Ida Bagus Gde. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penerbit Arcan. 1999.
22. \_\_\_\_\_, Mitos-mitos Seputar PMS  
[Http://www.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/pengelola/ceria/pp3pms.html](http://www.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/pengelola/ceria/pp3pms.html) , Diakses tanggal : 11 Mei 2004
23. Adhi, Djuanda. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. FKUI. Jakarta. 1987.
24. Hartadi. *Penyakit Hubungan Seksual*. FK Undip/RSU Kariadi Semarang. 1988.
25. Lochlan, MC. *Diagnosa & Pengobatan Penyakit Kelamin*. Penerbit Yayasan Essentica Medica. 1987.
26. Manuba, I, BG. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Arcan Jakarta. 1999.
27. Wartono, JH, dkk. *AIDS/HIV Dikenal Untuk Dihindari*. Penerbit Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia (LEPIN). Jakarta. 1999.

28. Wibisono, Bing. AIDS : Petunjuk untuk Petugas Kesehatan. Penerbit Direktorat Jendral Pajak Pemberantasan Penyakit seksual dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Jakarta. 1989.
29. Satoto. The Right Condom on The Right Place. Semarang. 2001
30. Sarwono, Sarlito. Sosiologi Kesehatan : beberapa Konsep Beserta Aplikasinya. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1997.
31. Notoatmodjo, Soekidja. Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-prinsip Dasar. Rineka Cipta. Jakarta. 1997.
32. Notoadmodjo, Soekidja. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan. Andi Offset. Yogyakarta. 1993.
33. Notoatmodjo, S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. PT. Rineka Cipta. Jakarta. 2003.
34. Asmadi, A. Psikologi Sosial. PT Renika Cipta. Jakarta. 1991.
35. Gochman, David S. *Handbook of Health Behavior Research: Personal and Social Determinants*. Plenum Press New York and London. 1997
36. Smet, B. Psikologi Kesehatan. Gramedia W. Jakarta.M1991.
37. Ogden, Jane. Health Psychology a text book. Open University Press. Buckingham-Philadelphia. 1996.
38. Bafadal, Ibrahim. Analisa Data dalam Penelitian Kualitatif. Lokakarya Metodologi Penelitian Sosial (kualitatif). YP2MD-Malang: 15-19 Desember 1996.
39. Poerwandari, E. Kristi. Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi, Fakultas Psikologi UI, Jakarta. 1998

40. Kusnanto, Hari. Metode Penelitian Kualitatif dalam Riset Kesehatan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta.
41. Bungin, Burhan. Analisis Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman Filosofis dan Metodologis Kearah Penguasaan Model Aplikasi. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2003.
42. Maleong, Lexy .J. Metodologi Penelitian Kualitatif cetakan ke XIV. Penerbit PT. Remaja Rosdakarya. Bandung. 2001
43. Debus, Mery. Buku Panduan Diskusi Terarah. 1998.
44. Terence H, Endang S, Gavin W. J. Prostitution in Indonesia (Its History and Evolution). PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 1999.
45. \_\_\_\_\_, Leaflet Fakta tentang HIV/AIDS. Diadaptasi dari The Global Business Council on HIV/AIDS [www.businessfightaids.org](http://www.businessfightaids.org). Family Health International. USAID. 2000
46. Hanifa, Laily. Pacaran : Benarkah Faktor Utama Hubungan Seksual Pranikah Remaja? <http://situskespro.info/krro4.htm>. Diakses tanggal 20 Juli 2009
47. \_\_\_\_\_, Population Report Man Made Differences : Slowing The Spread of HIV/AIDS. Vol XXXI. Number 2, Oktober 1998.
48. Hurlock, EB. Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Alih Bahasa: Istiwidanti & Soejarwo. Penerbit Erlangga. Jakarta. 1994.
49. Monk, FJ : Knoers, AMP, Haditono, SR. Psikologi Perkembangan: Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1994.
50. Sarwono, Sarlito. Psikologi Remaja. Penerbit Raja Grafindo Persada. Jakarta. 1997.

51. \_\_\_\_\_, Alat Kelamin dan Semua Yang Perlu Kita Ketahui Tentang Infeksi Menular Seksual. Buku Saku Penjangkauan Masyarakat Program Aksi Stop AIDS-Family Health International. Jakarta. 2004
52. Imron, Irawan. Perkembangan Seksualitas Remaja. PKBI Pusat. Jakarta. 2000.
53. Brotosaputra, B. Pengantar Pendidikan (penyuluhan) Kesehatan Masyarakat. FKM UNDIP. Semarang. 1998
54. Anwar, Saifuddin. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Edisi II. Pustaka Pelajar Offset. Yogyakarta. 2002.
55. Smet, Bart. Psikologi Kesehatan. Gramedia Widia Sarana Indonesia. Jakarta. 1994.
56. \_\_\_\_\_, *Profil Daerah Kabupaten dan Kota*. Penerbit Buku Kompas, Jakarta, Desember 2001.
57. \_\_\_\_\_, *Jawa Tengah dalam Angka 2003, Jawa Tengah in Figure 2003*, BPS Propinsi Jawa Tengah dan Bappeda Jawa Tengah Semarang, 2003.