

GAMBARAN STIGMA PADA PROGRAM KERJA WARGA PEDULI AIDS/WPA TERHADAP PEKERJA SEKSUAL (STUDI PADA WPA X DI KOTA SEMARANG)

Naura Afifah Mujoko^{1*}, Besar Tirto Husodo², Syamsulhuda Budi Musthofa²

¹Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

²Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

*Corresponding author : naurafifah@students.undip.ac.id

ABSTRACT

The group formed by the government as community participation in order to ward off the HIV/AIDS called Warga Peduli AIDS/WPA (literary means local residents concerned about AIDS). One of the objectives of this strategy is that no more stigma which hampers HIV/AIDS prevention, PLWHA status in X village is not open yet, but WPA as the main exertion of HIV/AIDS prevention is not expected to have a stigma on the high-risk group. This qualitative descriptive research used a purposive sampling method in determining research subject which are 7 WPA members. The data were taken from in-depth interviews. The validity test in this research were conducted on 3 triangulation subjects such as AIDS Commissions (KPA), the risk group which are sexual worker and public health center. The reliability test is done by auditing data to determine the suitability of research, with look at the focus of research, determining research subjects, collecting research data, analyzing data, testing validity with triangulation subjects, and making research conclusions, and make sure that question is asked several time get a same answer from subject. The results showed that in the planning and the implementation of WPA program, the stigma and discrimination in WPA members were still found, and must be reduced because WPA as community participation in order to ward off the HIV/AIDS. The forms of stigma is the presumption of sexual workers are not devout, even though religiosity is a side that shown to family and God only, intentionally transmitting diseases because of spite with not using condom and not want to be checked if they feel sick, differing in how they dress, ethics, words, and it making presumption that sexual worker hard to be approached.

Keywords: HIV stigma and discrimination, Warga Peduli AIDS, HIV/AIDS disease.

PENDAHULUAN

Angka HIV/AIDS di Indonesia meningkat dari waktu ke waktu. Sehingga pemerintah mengupayakan usaha pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2013 mengenai Penanggulangan HIV dan AIDS menggunakan strategi STOP (Suluh, Temukan, Obati, Pertahankan) dengan target Three Zero 2030 yaitu angka infeksi HIV baru menurun; angka kematian yang berhubungan dengan penyakit AIDS turun atau tidak ada lagi; tidak adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA; kualitas hidup ODHA dapat meningkat; dan berkurangnya dampak sosial ekonomi akibat penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.

Dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS tersebut, beberapa peran serta masyarakat diantaranya yaitu mencegah stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan keluarga, serta kelompok berisiko; mengembangkan Warga

Peduli AIDS (WPA); dan mendorong pemeriksaan diri ke fasilitas pelayanan bagi warga yang berpotensi melakukan perbuatan yang memiliki risiko penularan HIV.

Stigma dan diskriminasi akan berdampak buruk bagi ODHA yang sudah terdeteksi maupun kelompok berisiko yang belum terdeteksi. Adanya stigma dapat mengakibatkan masih banyak penderita HIV AIDS yang belum terdeteksi dan menambah risiko penularan. Kondisi ini dikarenakan kelompok berisiko tinggi enggan untuk melakukan test HIV karena takut dikucilkan oleh masyarakat apabila hasilnya positif.¹ Namun, berdasarkan survey yang telah dilakukan oleh KPA Surakarta, masih terdapat stigma dan diskriminasi pada 80% anggota WPA. Masih banyak yang tidak memperbolehkan ODHA tinggal di wilayah mereka karena takut tertular HIV/AIDS.²

Kota Semarang memiliki angka HIV/AIDS tertinggi di antara kota dan kabupaten lain di Jawa Tengah. Terbentuknya WPA di Kota

Semarang diperkuat dengan adanya Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Saat ini sudah terdapat sejumlah 177 WPA yang tersebar di setiap kelurahan di Kota Semarang.

Salah satu WPA yang ada di Kota Semarang yaitu WPA Kelurahan X yang berada di Kecamatan Semarang Barat dengan jumlah kasus HIV/AIDS sebanyak 168 kasus dan merupakan kecamatan dengan angka HIV nomor 2 tertinggi di Semarang.. Banyaknya kasus HIV/AIDS di masyarakat dapat menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. seperti yang terlihat dari hasil penelitian Shaluhiah dkk, hampir separuh dari responden (49,7%) masih memiliki sikap negatif terhadap ODHA pada wilayah yang memiliki angka HIV terbanyak keempat di Jawa Tengah.³ WPA Kelurahan X dinobatkan sebagai WPA Inovatif oleh Walikota Semarang pada tahun 2018, dan letaknya dekat dengan eks-lokalisasi. WPA Kelurahan X dibentuk sejak tahun 2016 dan sudah memiliki SK Kelurahan.

Dibentuknya WPA Kelurahan X berawal dari keikutsertaan beberapa anggotanya pada pelatihan yang diadakan oleh KPA, mereka diminta untuk segera membentuk WPA di wilayah. Sehingga Lurah menunjuk beberapa orang sebagai anggota WPA termasuk para ketua RW dan kader kesehatan, dan segera membuatkan SK. Sehingga, keanggotaan WPA di Wilayah X tidak diikuti secara sukarela. Bahkan masih ada subjek yang tidak mengetahui bahwa dirinya tergabung dalam WPA.

Di Kelurahan X, ODHA belum melakukan *open status*, dan tidak semua anggota WPA mengetahui keberadaan ODHA. Sedangkan menurut hasil studi pendahuluan, kelompok berisiko tinggi HIV pekerja seksual belum merasakan adanya program kerja WPA. Kondisi ini tidak seperti yang disebutkan dalam Permenkes No.21 Tahun 2013 bahwa peran WPA yaitu mendorong kelompok berisiko untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.

WPA sebagai pionir dari usaha pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS diharapkan anggotanya sudah tidak memiliki stigma kepada kelompok berisiko tinggi HIV/AIDS yaitu pekerja seksual, agar perannya yaitu mencegah stigma yang ada di masyarakat kepada kelompok risti dan mendorong mereka untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik.

Sehingga penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan stigma dari anggota WPA kepada pekerja seksual dalam program kerja Warga Peduli AIDS (WPA).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif untuk menggambarkan bagaimana stigma pada anggota WPA kepada pekerja seksual. Penelitian dilakukan dengan pendekatan studi kasus di wilayah Kelurahan X, Kecamatan Semarang Barat, Kota Semarang.

Pemilihan subjek pada penelitian ini dibantu oleh *key informan* menggunakan metode purposif sampling, yaitu suatu metode untuk mengidentifikasi, memilih dan mengambil sampel dengan kriteria merupakan anggota WPA Kelurahan X dengan jabatan sebagai Tim Inti WPA, Ketua RW, atau Kader, bersedia menjadi subjek penelitian, dan komunikatif.

Ketua RW dan kader berasal dari wilayah RW yang memiliki kasus kematian akibat HIV/AIDS, dan dari wilayah RW yang dekat dengan eks-lokalisasi. Pemilihan wilayah RW yang memiliki kasus kematian akibat HIV/AIDS dikarenakan adanya program WPA seharusnya dapat meniadakan kematian akibat HIV/AIDS dengan pemantauan obat, dan mengurangi penularannya pada kelompok risiko tinggi dengan penyuluhan dan perubahan perilaku, namun apabila terdapat stigma dikhawatirkan dapat menghambat upaya tersebut dan mengulang kembali kasus kematian akibat HIV/AIDS. Sedangkan pemilihan wilayah RW yang dekat dengan eks-lokalisasi karena jarak wilayah yang dekat, jangkauan yang mudah, dan adanya pelayanan jasa prostitusi yang menarik dapat meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS.

Pengambilan data dilakukan dengan *indepth interview* kepada subjek penelitian. Simbol untuk subjek utama disingkat SU, dengan angka 1 sampai 7 untuk urutan subjek penelitian. Uji reliabilitas dilakukan dengan auditing data. Uji validitas dilakukan dengan wawancara mendalam kepada subjek triangulasi yang terdiri atas Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), petugas puskesmas sebagai mitra WPA, dan pekerja seksual yang ada di Kelurahan X. Simbol untuk subjek triangulasi adalah ST diikuti dengan angka 1 untuk KPA, angka 2 untuk pekerja seksual, angka 3 untuk petugas puskesmas.

HASIL PENELITIAN

A. Pengetahuan dan Sikap terkait HIV/AIDS pada Anggota Warga Peduli AIDS (WPA)

Pengetahuan dasar mengenai HIV/AIDS sudah diperoleh anggota WPA pada saat mengikuti pelatihan yang diadakan oleh Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) sebelum dibentuknya WPA dan dari internal WPA yang diadakan di kelurahan. Isi pelatihan tersebut adalah bagaimana mencari dan mendampingi kelompok berisiko dan ODHA, serta pengetahuan HIV/AIDS secara umum. Dari tujuh subjek penelitian, hanya 2 subjek yang mengikuti pelatihan yang diadakan oleh KPA, 2 subjek lain mengaku pernah mengikuti di kelurahan, dan 3 subjek lainnya tidak pernah mengikuti pelatihan anggota WPA. Sehingga dapat disimpulkan belum seluruh anggota WPA mendapat pelatihan untuk menambah pengetahuan mengenai HIV/AIDS.

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Maharani (2014) bahwa sebelum mendapatkan pelatihan, petugas beranggapan bahwa penyakit HIV/AIDS adalah penyakit yang menakutkan. Namun setelah mendapatkan pelatihan, masih ada petugas kesehatan yang merasa cemas ketika berhadapan dengan pasien HIV/AIDS terutama di ruang rawat inap. Kondisi ini dikarenakan tidak semua petugas kesehatan telah terpapar informasi tentang HIV dan AIDS dengan benar.⁴

Hampir semua subjek penelitian sudah benar dalam menyebutkan pengetahuan dasar HIV/AIDS terkait cara pencegahan dan penularan penyakit HIV/AIDS. Sebagaimana penelitian Wilandika (2017) yang menyebutkan bahwa penguasaan pengetahuan terkait cara pencegahan HIV/AIDS dapat membuat seseorang akan menjadi lebih siap dan tidak takut untuk mendekati ODHA dan bahkan untuk merawat pasien ODHA⁵ dan penelitian Latifa (2016), pengetahuan yang kurang terkait penularan HIV dapat membentuk stigma dan diskriminasi di Indramayu.⁶

Sedangkan untuk sikap terkait HIV/AIDS, hampir semua subjek menganggap HIV adalah penyakit karena melanggar norma agama dan masyarakat, Sebagaimana penelitian Henni (2016) bahwa terdapat keluarga yang melakukan diskriminasi dengan menelantarkan pasien ODHA karena penyakit HIV/AIDS dianggap identik dengan perilaku yang melanggar norma dianggap pantas untuk mendapat hukuman akibat perbuatan tersebut. Kondisi ini

mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.⁷ Dan terdapat anggapan pekerja seksual sengaja menularkan penyakit karena dendam dan sengaja tidak memakai kondom, serta tidak mau periksa saat merasa sakit. Sebagaimana penelitian Hermawanti (2011) bahwa ODHA yang merupakan pekerja seks dianggap sengaja menularkan penyakitnya dengan tidak memakai kondom. Namun, Subjek pada penelitian tersebut mengaku sudah menolak pelanggan yang tidak mau memakai kondom. Dan stigma tersebut dapat mempengaruhi penerimaan diri terhadap motivasi untuk tetap hidup sehat dan tidak terpuruk pada ODHA.⁸

B. Program kerja WPA

Dalam perencanaan program kerja WPA Kelurahan X, tidak ada pendataan/identifikasi adanya pekerja seksual di wilayah. Berbeda dengan WPA di Surakarta yang sudah melakukan pendataan kepada orang-orang yang tergolong berperilaku berisiko atau berpotensi tertular HIV.⁹ Menurut Subjek SU 1 dan SU 3, informasi mengenai pekerja seksual hanya bersumber dari orang-orang sekitar saja, dan tidak diperbolehkan untuk menghakimi mereka. Sedangkan Subjek SU5 dan SU7 meyakini bahwa tidak terdapat kelompok berisiko seperti pekerja seksual di lingkungan sekitarnya. Hanya saja mereka sering melihat secara sekilas para pekerja seksual karena wilayahnya berjarak cukup dekat dengan tempat eks-lokalisasi. Sebagaimana penelitian Ursullia (2018) bahwa dekatnya jarak wilayah, jangkauan yang mudah, dan adanya pelayanan jasa prostitusi yang menarik di wilayah dapat meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS sehingga angka persebaran penderita di wilayah tersebut tinggi. Seperti pada Lokasi Melanu yang menjadi hot spot persebaran penderita di Kota Sorong Tahun 2016.¹⁰

Tidak adanya identifikasi kelompok berisiko pekerja seksual di wilayah, sehingga tidak ada pula program kerja kepada pekerja seksual dikarenakan anggapan bahwa pekerja seksual sudah ditangani puskesmas, belum *urgent* untuk ditangani, dan prasangka yang disampaikan Subjek SU 2 bahwa pekerja seksual tidak mau duduk bersama dengan warga karena akan malu dengan pekerjaannya. Berikut pernyataannya.

“...pernah ada PSK, semua orang tau kalau dia itu PSK, anak-anaknya ikut pindah tinggal disini kan malu lama-lama... Itu nggabisa diajak kegiatan...”

SU 2

Alasan lainnya adalah anggapan banyak pekerja seksual yang bekerja di luar wilayah, berikut pernyataannya.

“...kalau PSK nggak bisa, karena mereka KTP nya disini tapi nggak pulang, mangkalnya di luar daerah, sakit, meninggal baru dimakamkan disini...”

SU 2

Sebagaimana yang disampaikan penelitian Widodo (2009) bahwa masih adanya stigma dari masyarakat membuat pekerja seksual yang berasal dari luar daerah berusaha mendapatkan penghasilan yang banyak dan cenderung untuk berpindah-pindah.¹¹

Di sisi lain berikut pernyataan yang disampaikan oleh subjek triangulasi pekerja seksual saat ditanya apakah sudah mengetahui kelompok WPA di wilayahnya.

“...ndak ada, malah itu intine nyukurke mbak, salahnya gonta ganti hehe kan intine gitu mesti, masa ditulungi kan nggak mungkin. Ndak mungkin perduli to mbak nek gitu...”

ST 2

Dari pernyataan di atas, dapat diketahui bahwa pekerja seksual sebagai kelompok berisiko belum mengetahui keberadaan kelompok WPA di wilayahnya.

Dalam perencanaan program seharusnya perlu dilakukan *mapping* untuk mengetahui adanya kelompok atau tempat berisiko yang ada di wilayah dan sudah diajarkan pada saat pelatihan yang diikuti oleh perwakilan anggota WPA. *Mapping* tersebut dapat menjadi dasar dalam pembuatan program kerja WPA sebagaimana yang disampaikan oleh subjek triangulasi KPA sebagai berikut.

“...di wilayah ada berapa RT dan RW, dimana tempat tempat berisiko tinggi... Itu sudah kami bekal saat pelatihan untuk *mapping*. Lalu mengajak yang berisiko tinggi ini untuk ke pelayanan kesehatan. Setelah *mapping* baru merencanakan programnya...”

ST 1

Akan tetapi, pendataan atau identifikasi untuk *mapping* wilayah belum dilakukan di Kelurahan X, dan tidak adanya *mapping* wilayah menjadikan program kerja WPA X tidak dibuat berdasarkan keterbutuhan wilayah. Menurut penelitian Argyo (2018), mengidentifikasi bukan untuk mendiskriminasi kelompok berisiko, tetapi hanyalah sebuah pendekatan saja.⁹

Pekerja seksual tidak dianggap sebagai kelompok berisiko yang harus ditangani.

Sedangkan terdapat 2 subjek anggota WPA mengungkapkan bahwa di wilayah RW-nya terdapat banyak pekerja seks namun belum pernah didiskusikan dengan WPA, serta terdapat kematian pada pekerja seksual akibat HIV/AIDS pada tahun 2018.

Sedangkan kelompok yang dianggap berisiko di wilayah X adalah remaja dan supir truk. Hal tersebut dikarenakan adanya beberapa warga yang berprofesi sebagai supir truk, serta informasi yang bersumber dari puskesmas dan kepolisian bahwa terdapat pengguna narkoba dan remaja yang hamil di wilayah X. Sehingga sasaran program kerja WPA X adalah masyarakat umum yang termasuk di antaranya yaitu remaja dan supir truk dan mereka diharapkan mengikuti program kerja WPA secara sukarela serta tidak ada pendekatan kepada mereka.

Berikut merupakan pelaksanaan beberapa program kerja WPA Kelurahan X di antaranya yaitu:

1. Penyuluhan

Sebagaimana penelitian Hutasuhut (2020) yang menyebutkan bahwa penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan HIV/AIDS.¹² Penyuluhan bisa dilaksanakan di kelurahan atau wilayah RW tertentu yang khusus dituju oleh WPA X. Penyuluhan di kelurahan mengundang ketua RW, kader, dan karangtaruna. Pelaksananya yaitu anggota WPA tim inti atau ketua, bendahara, dan pembantu umum. Setelah adanya penyuluhan di kelurahan, para ketua RW dan kader diharapkan menyampaikan informasi ke tingkat RW dan RT.

Penyuluhan juga dapat diadakan di wilayah RW tertentu. Pemilihan wilayah didasarkan atas permintaan dari wilayah atau laporan dari mitra seperti kepolisian terkait adanya remaja pengguna narkoba, atau dari puskesmas terkait kehamilan pada remaja. Dalam melaksanakan penyuluhan tersebut, anggota WPA saling berkoordinasi yaitu antara WPA tim inti dengan ketua RW dan kader yang juga merupakan anggota WPA.

Sedangkan kelompok berisiko pekerja seksual masih belum mengikuti penyuluhan yang diadakan oleh WPA di wilayah, sebagaimana pernyataan dari subjek triangulasi pekerja seksual berikut.

“...ngga ada ik. Mestikan itu ketuanya yang dilapor dulu. Kalau di arisan ya kadang bu rw ngisi abis dari kelurahan...”

ST 2

Dari pernyataan di atas, subjek triangulasi pekerja seksual mengaku mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS hanya saat disampaikan oleh ketua RW pada pertemuan PKK dan bukan saat WPA mengadakan acara secara khusus untuk wilayah tempat tinggalnya. Saat peneliti bertanya terkait apakah informasi yang disampaikan sudah jelas, subjek triangulasi menanggapi sebagai berikut.

“...ya jelas ya ngga. Kayak gitu kan ngga penting-penting banget kan mbak. Paling yang dibahas malah arisan, kerja bakti...”

ST 2

Sebagaimana saat peneliti menanyakan terkait pengetahuan umum HIV/AIDS, subjek triangulasi pekerja seksual masih memiliki pengetahuan yang kurang. Dapat dilihat dari jawaban berikut.

“...itu penyakit yang serem ya mbak, setau saya kayak prentil-prentil gitu ya di vagina. Katanya kalo dibawa ke rumah sakit ngga ada obatnya paling biasanya operasi ya mbak...”

ST 2

Dapat disimpulkan bahwa informasi yang disampaikan WPA baik melalui pertemuan PKK maupun kegiatan di wilayah belum maksimal untuk menjangkau kelompok berisiko pekerja seksual.

2. VCT

Pelaksanaan VCT dilaksanakan berdasarkan program rutin dari puskesmas atau permintaan dari WPA itu sendiri. VCT yang dilakukan atas program rutin dari puskesmas bertempat di kelurahan dan dirasa kurang tepat sasaran. Sehingga puskesmas berharap dengan dilaksanakannya VCT atas dasar permintaan WPA di wilayah dapat lebih tepat sasaran kepada kelompok berisiko. Sebagaimana pernyataan dari subjek triangulasi petugas puskesmas :

“...dari puskesmas biasanya dilaksanakan hanya di kelurahan, jadi seringkali yang datang ya kader-kader sendiri, jadi kurang tepat sasaran. Karena orang-orang berisiko itu tadi takut duluan, jadi untuk menutup kuota undangan ya kadernya sendiri. Kalau VCT yang diminta oleh WPA lebih tepat sasaran karena kan dilaksanakan lebih dekat dari rumahnya (kelompok berisiko) jadi mau ngga mau dia harus ikut...”

ST 3

Sebagaimana yang diungkapkan oleh Subjek SU 2 bahwa VCT dapat dilaksanakan di wilayah RW karena terdapat warga yang berprofesi sebagai supir truk, remaja yang hamil

dan adanya warga yang dicurigai sakit tidak kunjung sembuh atas dasar laporan dari kader atau warga setempat. Pernyataannya sebagai berikut.

“...kalau kami dapat laporan dari kader atau warga sekitar ada yang berisiko, maka kita ajukan ke puskesmas. Nanti kepala puskesmas ajukan ke DKK agar dilakukan VCT ke wilayah...Tempat itu sampai dua kali tak adakan seperti itu, kayak massal kami sosialisasi dan vct. Karena disitu banyak supir truk, ada wilayah kumuh tinggal di rosok-rosok, pola hidup PHBS nya jelas ngga bagus, anak di bawah 20 tahun cewek-cewek hamil...”

SU 2

Akan tetapi, subjek SU 4 dan SU 7 mengungkapkan bahwa kendala dilaksanakannya VCT adalah masih kurangnya antusias warga dalam mengikuti VCT dikarenakan takut. Berikut pernyataannya.

“...pernah ditawarkan tapi tidak ada yang merespon, keterbatasan antusias SDM. Warga saya tidak melihat secara jauh jangkauannya, lebih ke malu sama tonggong, takut dikucilke warga, tidak tau nanti dijaga kerahasiaannya...”

SU 4, SU 6

“...hari H nya sasaran kami yang saat itu bapak-bapak ngga ada yang kelihatan. Suami dari ibu yang kemarin meninggal karena HIV lewat aja kayak takut...”

SU 2

Dari pernyataan di atas, dapat diketahui bahwa warga yang menjadi sasaran VCT masih belum mengikutinya. Sebagaimana menurut penelitian Mustikasari (2016) bahwa stigma pada pekerjaan tertentu yaitu pemandu karaoke yang dilakukan masyarakat membuat mereka enggan memanfaatkan fasilitas kesehatan berupa layanan IMS *Mobile*.¹³

Selain itu, pekerja seksual juga belum pernah mengikuti VCT di wilayahnya. Seperti halnya yang diungkapkan subjek triangulasi, pernyataannya sebagai berikut.

“...ndak ada ik mbak. Saya pernah tapi ya paling malah sama mahasiswa cek tensi, buat kesehatan gitu-gitu...”

ST 2

Sebagaimana yang disebutkan dalam penelitian Husnul (2015) bahwa minimnya orang berisiko untuk mau mengakses VCT secara sukarela disebabkan rendahnya tingkat

pengetahuan tentang layanan VCT, rendahnya sikap penerimaan terhadap layanan VCT, serta stigma dan diskriminasi.¹⁴ Sehingga dapat disimpulkan bahwa VCT yang dilakukan di kelurahan berdasarkan program rutin puskesmas maupun yang dilaksanakan di wilayah atas dasar permintaan WPA belum tepat sasaran.

3. Pendekatan Kepada Kelompok Berisiko Pekerja Seksual Untuk Mengikuti Program Kerja WPA.

Saat peneliti menanyakan apakah WPA melakukan pendekatan kepada kelompok berisiko pekerja seksual untuk mengikuti penyuluhan dan VCT, Subjek SU 3 mengatakan pendekatan lebih baik dilakukan apabila seseorang sudah positif HIV karena dapat menyinggung. Berikut pernyataannya.

“...selama ini pekerja seksual belum tersentuh oleh WPA mbak. Kalau diberi perhatian khusus takutnya nanti dia tersinggung. Kalo sudah jelas dia terkena malah gampang...”

SU 3

Selain itu, terdapat anggapan pekerja seksual susah didekati karena perbedaan etika, pakaian, tutur kata dengan masyarakat sekitar. Pernyataannya sebagai berikut.

“...kalo seperti PSK itu kan kehidupannya lain, malu mbak. Ya kita coba biasa aja ya. Tapi mbak-mbaknya sama ibu perkampungan kan beda mbak. Cara berbusana, berkata, etikanya lain...”

SU 7

Alasan lain tidak melakukan pendekatan adalah karena merasa bukan lokalisasi dan pendekatan adalah tugas dari puskesmas. Berikut pernyataannya.

“...saya ngga ada kesana. Itu kan yang tau dari puskesmas yg punya wilayah...”

SU 1

Sedangkan menurut petugas puskesmas, pendekatan kepada kelompok berisiko merupakan tugas dari WPA. Berikut pernyataannya.

“...WPA yang bertugas untuk membujuk faktor risiko itu agar mau melakukan pemeriksaan, yang penting dia mau ke puskesmas dulu lah...pendekatan ke pekerja seksual dilakukan untuk mengingatkan yang bersangkutan agar menggunakan pengaman agar terhindar dari HIV...”

ST 3

Dan berikut ada pernyataan dari subjek triangulasi KPA terkait pendekatan yang sudah diajarkan pada saat pelatihan WPA.

“...kami sudah ajarkan pada saat pelatihan agar mereka mendampingi kelompok berisiko dan mengajak untuk melakukan test HIV...”

ST 1

C. Bentuk Stigma Terkait HIV/AIDS Kepada Pekerja Seksual Oleh Anggota WPA

WPA sebagai pionir dari usaha pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS diharapkan anggotanya tidak memiliki stigma. Namun, selama peneliti melakukan wawancara, dijumpai beberapa *statement* dari anggota WPA yang menggambarkan masih adanya stigma. Bentuk stigma disesuaikan dengan Buku Pedoman penghapusan Stigma dan Diskriminasi Bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader.¹⁵ Pernyataannya adalah sebagai berikut.

1. Anggapan pekerja seksual berbeda busana, perkataan, dan etika

Subjek SU 7 mengungkapkan bahwa pekerja seksual memiliki kehidupan yang lain dengan ibu-ibu di perkampungan. Perbedaan tersebut terletak pada cara berbusana, berkata, dan beretika pada pekerja seksual. Anggapan tersebut berasal dari pengaruh sosial dari masyarakat sekitar atau yang disebut sebagai norma subjektif dan menimbulkan stigma terhadap penampilan dan penghakiman. Sebagaimana yang disebutkan pada penelitian Nirindah (2019), adanya norma subjektif dan *believe* normatif dapat mempengaruhi seseorang yang sudah mempunyai pandangan baik mengenai HIV/AIDS dapat melakukan stigma pada ODHA karena pengaruh norma tersebut dan lingkungan yang ada disekitarnya.¹⁶

2. Prasangka pekerja seksual tidak mau ikut kegiatan karena akan malu dengan pekerjaannya dan mudah tersinggung

Pernyataan disampaikan oleh Subjek SU 2 bahwa pekerja seksual tidak mau duduk bersama dan mengikuti kegiatan dengan warga karena malu dengan pekerjaannya, sehingga subjek tidak ingin mengajak pekerja seksual mengikuti kegiatan. Dan pernyataan dari Subjek SU 3 bahwa jika ada pendekatan kepada pekerja seksual ditakutkan mereka tersinggung, sehingga lebih mudah jika sudah positif HIV.

Pernyataan tersebut dapat menjadi salah satu bentuk label negatif dan penghakiman. Sebagaimana pada penelitian Castro (2005), stigma dapat mendorong seseorang untuk

mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga.¹⁷ Serta kurangnya pengetahuan dan prasangka dapat menciptakan stigma serta diskriminasi pada ODHA.¹⁵

3. Prasangka pekerja seksual sengaja menularkan penyakit HIV/AIDS karena dendam, tidak memakai kondom dan tidak mau diperiksa jika merasa sakit

Pernyataan disampaikan oleh Subjek SU 2, SU 4, dan SU 5 dan termasuk dalam bentuk label negatif. Sebagaimana penelitian Hermawanti (2011) bahwa ODHA yang merupakan pekerja seksual dianggap sengaja menularkan penyakitnya dengan tidak memakai kondom. Namun, subjek pada penelitian tersebut mengaku sudah menolak pelanggan yang tidak mau memakai kondom. Dan stigma tersebut dapat mempengaruhi penerimaan diri terhadap motivasi untuk tetap hidup sehat dan tidak terpuruk pada ODHA⁸

4. Anggapan perilaku penyimpangan pada pekerja seksual dikarenakan iman yang tidak kuat

Pernyataan disampaikan oleh Subjek SU 4 dan SU 6 dan termasuk pada bentuk stigma penghakiman. Berbeda dengan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Anwar (2020) bahwa sikap religiusitas PSK lokalisasi Boker di JL. Raya Bogor merupakan sisi yang tidak ingin ditampilkan karena bentuk profesional kerja. Namun di balik itu semua, sisi religius tetap mereka jaga dan menjadi sisi yang ditampilkan kepada keluarga dan Tuhan saja dan berkebalikan dengan stigma bahwa pekerjaan mereka adalah pekerjaan yang bertentangan dengan nilai-nilai religiusitas.¹⁸

KESIMPULAN DAN SARAN

WPA dibentuk sebagai peran serta masyarakat dalam menanggulangi HIV/AIDS. Perannya yaitu mencegah stigma pada kelompok berisiko, namun dari hasil penelitian masih ditemukan bentuk stigma pada anggota WPA pada pengetahuan, sikap, dan perencanaan maupun pelaksanaan program kerja WPA. Bentuk stigma yang ditemukan yaitu berupa penghakiman, stigma pada penampilan, dan label negatif. Peran WPA yang lain adalah mengajak kelompok berisiko untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, namun masih belum maksimal dilakukan. Kondisi ini

terlihat dari masih belum adanya pendataan, pendekatan, dan program yang tertuju pada kelompok berisiko yang ada di wilayah kelurahan X dikarenakan masih adanya stigma pada anggota WPA, dan belum maksimalnya koordinasi pada internal WPA dan mitra WPA yaitu puskesmas dalam pembagian tugas.

Sehingga saran dari peneliti yaitu pelatihan dapat diadakan kembali agar diikuti oleh semua anggota WPA untuk menambah pengetahuan mengenai HIV/AIDS agar membentuk sikap positif terhadap pekerja seksual sehingga dapat mengurangi adanya stigma. Serta dapat melakukan *mapping* wilayah secara lebih mendetail agar mengetahui masalah yang ada di wilayah. Selain itu, WPA dapat memperkuat koordinasi antar anggota dan puskesmas dalam mengidentifikasi, pendekatan, dan membuat program kerja agar lebih tepat sasaran. Meskipun WPA adalah wadah peran serta masyarakat yang bersifat sukarela, namun KPA sebagai instansi yang membentuk WPA diharapkan dapat melakukan monitoring evaluasi terkait apakah program kerja WPA sudah terlaksana dengan tepat sasaran melalui *mapping* wilayah dalam pembuatan program kerjanya, sehingga peran WPA dapat lebih dirasakan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pradono J. Faktor Persepsi Dan Sikap Dalam Pemanfaatan Layanan Voluntary Counseling And Testing (Vct) Oleh Kelompok Berisiko HIV/AIDS di Kota Bandung. Pus Teknol Interv Kesehat Masyarakat, Litabankes. 2014;(April 2013):47–53.
2. Widayati. et al. Hubungan Program Kerja Wpa Dengan Stigma dan Diskriminasi Terhadap Odha Pada Anggota Wpa Di Surakarta. 2019;
3. Shaluhiah Z, Musthofa SB, Widjanarko B. Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. Kesmas Natl Public Heal J. 2015;9(4):333.
4. Maharani R. Stigma dan Diskriminasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) pada Pelayanan Kesehatan di Kota Pekanbaru Tahun 2014. J Kesehat Komunitas. 2014;2(5):225–32.
5. Wilandika A. Pengaruh Case-Based Learning Terhadap Pengetahuan Hiv/Aids, Stigma Dan Penerimaan Mahasiswa Keperawatan Pada Odha. J

- Pendidik Keperawatan Indones. 2017;3(1):1.
6. Latifa A, Purwaningsih SS. Peran Masyarakat Madani Dalam Mengurangi Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Penderita HIV & AIDS. *J Kependud Indones.* 2016;6(2):51–76.
 7. Kusuma H. Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Media Med Muda Univ Diponegoro [Internet].* 2016;1(2):115–24. Available from: <https://ejournal2.undip.ac.id>
 8. Pian H. Hubungan Persepsi Odha Terhadap Stigma HIV/AIDS Masyarakat Dengan Interaksi Sosial Pada ODHA. 2011;1–115.
 9. Demartoto A. Warga Peduli Aids Wujud Peran Serta Masyarakat Dalam Penanggulangan HIV/Aids. *J Anal Sosiol.* 2018;7(1):141–51.
 10. Deas Santrika Ursullia. Analisis Spasial Persebaran Penderita HIV Serta Lokasi dan Lokalisasi Prostitusi. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2018.
 11. Widodo E. Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Dan HIV&AIDS Di Lokalisasi Koplak, Kabupaten Grobogan. *Prakt Wan Pekerja Seks Dalam Pencegah Penyakit Infeksi Menular Seksual Dan HIV&AIDS Di Lokal Koplak, Kabupaten Grobogan.* 2009;4(2):94–102.
 12. Hutasuhut AR, Noor MS. Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Remaja Dalam Pencegahan Infeksi HIV/AIDS di Sma Negeri 2 Banjarmasin. *Homeostasis.* 2020;Vol. 3:243–7.
 13. Mustikasari I, Shaluhiah Z, Widjanarko B, Magister A, Kesehatan P, Diponegoro U, et al. Apakah Layanan IMS Mobile untuk Pemandu Karaoke Masih Relevan diterapkan sebagai Pencegahan IMS dan HIV-AIDS ? Apakah Layanan IMS Mob untuk Pemandu Karaoke Masih Relev diterapkan sebagai Pencegah IMS dan HIV-AIDS ? 2016;9(2):173–82.
 14. Umam H. Identifikasi Karakteristik Orang Risiko Tinggi Hiv Dan Aids Tentang Program Pelayanan Voluntary Counseling And Testing (VCT). *Ekp.* 2015;13(3):1576–80.
 15. Kementerian Kesehatan. Pedoman Penghapusan Stigma dan Diskriminasi Bagi Pengelola Program , Petugas Layanan Kesehatan dan Kader. 2014;
 16. Nirindah R, Prastiwi W, Studi P, Masyarakat K, Kesehatan FI, Surakarta UM. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Anggota WPA Tentang HIV/ AIDS dengan Stigma Pada ODHA di Surakarta. 2019;hal 1,5,7.
 17. Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: From anthropological theory to clinical practice in Haiti [Internet]. Vol. 95, *American Journal of Public Health.* American Public Health Association; 2005 [cited 2020 Sep 21]. p. 53–9. Available from: [/pmc/articles/PMC1449851/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC1449851/?report=abstract)
 18. Anwar AT. Religiusitas Pekerja Seks Komersial (Studi Kasus Lokalisasi Boker Jl. Raya Bogor Kelurahan Ciracas Kecamatan Ciracas Jakarta Timur) Skripsi. 2020.