

SYPHILIS

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**TINGKAT PENGETAHUAN HOMOSEKSUAL TENTANG
MANIFESTASI ORAL SIFILIS DI ORGANISASI GAYA
NUSANTARA SURABAYA TAHUN 2008**

SKRIPSI

KE 02/09
And
t



Oleh:

LIA INDRA ANDRIANA
020413426

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

LEMBAR PENGESAHAN

**TINGKAT PENGETAHUAN HOMOSEKSUAL TENTANG
MANIFESTASI ORAL SIFILIS DI ORGANISASI GAYA
NUSANTARA SURABAYA TAHUN 2008**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Menyelesaikan Pendidikan Dokter Gigi
pada Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga**

Oleh:

LIA INDRA ANDRIANA
020413426

Mengetahui/Menyetujui:

Pembimbing I



Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes)
NIP: 131831459

Pembimbing II



(Lydia Martina S, drg., MS.)
NIP. 130701121

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Bapa yang di atas–Tuhan Yesus Kristus atas segala berkat dan anugerah pertolonganNya yang sungguh luar biasa sehingga skripsi yang berjudul ”Tingkat Pengetahuan Homoseksual tentang Manifestasi Oral Sifilis di Organisasi Gaya Nusantara Surabaya tahun 2008” dapat terselesaikan dengan baik.

Dengan terselesaikannya skripsi ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Ruslan Effendy, drg., MS., Sp.KG selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M. Kes selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing, mengarahkan dan membantu penulis dalam penulisan skripsi ini.
3. Lydia Martina S, drg., MS selaku dosen pembimbing II yang juga telah meluangkan waktunya untuk membimbing, mengarahkan dan membantu penulis dalam penulisan skripsi ini.
4. Endah Laksmiwati, drg., MS, Adi Hapsoro, drg., MS dan Hanindio Sularso, drg., MS selaku penguji yang berkenan memberikan waktunya untuk menguji serta memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penulisan skripsi ini.
5. Organisasi Gaya Nusantara yang sudah mengijinkan penulis melakukan penelitian, terutama kepada Mbak Maria dan Mas/Mbak Vera.

6. Rinna Erlyawati, drg., MS selaku dosen wali yang telah banyak memberikan bimbingan dan motivasi selama penulis menuntut ilmu di FKG Unair.
7. Mami, Papi, kokoh dan Dedy atas segala do'a dan dukungannya yang sungguh luar biasa.
8. Meliana Linaryo dan Juwita Hutapea yang sudah bersedia direpotkan dalam proses penulisan skripsi ini.
9. Teman-teman yang selalu memberikan dukungan dalam segala hal: Liska Barus, Lisa Margaretha, Olive E.W, Novie R.I.B.M dan Endriyana.
10. Miss Rara yang sudah sangat berjasa dalam proses mencetak *hardcopy*
11. Timmy dan semua orang yang pernah direpotkan di boyzforum dan multiply. Terimakasih sudah menyediakan waktunya untuk mengenalkan dunia homoseksual.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang sudah memberikan bantuan dari awal sampai akhir proses penyusunan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang memerlukannya. *God bless you always.*

Surabaya, Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan Penelitian	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Homoseksual atau <i>Gay</i>	5
2.1.1 Terminologi	5
2.1.2 Frekwensi Homoseksual	9
2.1.3 Ekspresi Seksual	11

2.2	Sifilis	13
	2.2.1 Definisi dan Etiologi	13
	2.2.2 Cara Penularan	16
	2.2.3 Distribusi Penyakit Sifilis	16
	2.2.4 Klasifikasi Sifilis	18
	2.2.5 Cara Mendiagnosa Sifilis	24
	2.2.6 Diagnosa Banding	25
	2.2.7 Prognosis	27
	2.2.8 Tindakan Pencegahan	28
2.3	Pengetahuan	29
	2.3.1 Pengertian Pengetahuan	29
	2.3.2 Macam-Macam Pengetahuan	29
	2.3.3 Sumber Pengetahuan	30
	2.3.4 Proses Mendapatkan Pengetahuan	31
	2.3.5 Pengetahuan penyakit Sifilis	32
	BAB 3 KERANGKA TEORI	33
	BAB 4 METODE PENELITIAN	36
	4.1 Jenis Penelitian	36
	4.2 Lokasi Penelitian	36
	4.3 Waktu Penelitian	36

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian	36
4.4.1 Populasi Penelitian	36
4.4.2 Sampel dan Teknik Sampel	36
4.5 Variabel yang diteliti	37
4.6 Definisi Operasional	37
4.7 Kriteria Pengukuran	38
4.8 Pengumpulan Data	39
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	39
BAB 5 HASIL PENELITIAN	40
5.1 Data Umum	40
5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	40
5.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	41
5.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	41
5.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara	42
5.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual	42
5.2 Data Khusus	43
5.2.1 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden	43
5.2.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Umur	44

5.2.3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	45
5.2.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	45
5.2.5 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara	46
5.2.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular	47
5.2.7 Rata-Rata % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Penularan dan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis	47
5.2.8 Rata-Rata % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Penularan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Kelompok Umur	48
5.2.9 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Tingkat Pendidikan Responden	49
5.2.10 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	50
5.2.11 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui	

Organisasi Gaya Nusantara	51
5.2.12 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual	52
5.2.13 Jumlah Responden Yang Memiliki Keseimbangan Nilai pada Pengetahuan Dasar, Cara Penularan dan Manifestasi Oral Sifilis	52
5.2.14 Data Responden Yang Memiliki Keseimbangan Tingkat Pengetahuan	53
BAB 6 PEMBAHASAN	54
6.1 Pembahasan Data Umum	54
6.2 Pembahasan Data Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Data Umum	55
6.3 Pembahasan Data % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Manifestasi Oral dan Penularan Sifilis	57
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	66
7.1 Kesimpulan	66
7.2 Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Kinsey: skala orientasi seksual	10
Gambar 2.2 Bentuk spiral dari <i>T. Pallidum</i> yang menyebabkan sifilis	14
Gambar 2.3 <i>Treponema pallidum</i> , dengan pengecatan fontana	14
Gambar 2.4 <i>Chancre</i> pada rongga mulut	19
Gambar 2.5 <i>Chancre</i> pada mukosa genital	19
Gambar 2.6 Lesi sifilis stadium dua berupa papula squamous di telapak tangan	21
Gambar 2.7 Lesi siphilis stadium dua di daerah sekitar mulut	21
Gambar 2.8 Gumma di daerah bibir	23

DAFTAR TABEL

TABEL:

5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	40
5.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	41
5.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	41
5.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara	42
5.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual	42
5.2.1 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden	43
5.2.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Umur	44
5.2.3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	45
5.2.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	45
5.2.5 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara	46
5.2.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular	47

5.2.7 Rata-Rata % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Penularan dan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis	47
5.2.8 Rata-Rata % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Penularan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Kelompok Umur	48
5.2.9 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Tingkat Pendidikan Responden	49
5.2.10 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	50
5.2.11 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara	51
5.2.12 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual	52
5.2.13 Jumlah Responden Yang Memiliki Keseimbangan Nilai pada Pengetahuan Dasar, Cara Penularan dan Manifestasi Oral Sifilis	52
5.2.14 Data Responden Yang Memiliki Keseimbangan Tingkat Pengetahuan	53

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

Sifilis adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh *treponema pallidum*. Stadium awal ditunjukkan dengan terbentuknya lesi atau ulcer yang sifatnya sangat infeksius sehingga mudah menular. Gejala penyakit sifilis bisa diketahui dengan timbulnya bau khas dari mulut penderita dan adanya lesi-lesi tertentu yang khas pada mukosa mulut yang bisa dilihat sendiri oleh penderita (National Center for HIV, STD and TB Prevention, 2001).

90-95% penularan sifilis melalui hubungan seksual yang meliputi oral, genital dan rectal (Little, 2002). Ada 3 cara hubungan seksual, yaitu *coitus*, oral intercourse (*fellatio* atau *cunnilingus*) dan anal intercourse. Diantara ketiganya, oral intercourse atau seks oral sering dianggap sebagai alternatif seks yang aman karena dianggap tidak bisa menularkan penyakit menular seksual (CBN, 2007). Padahal, sudah banyak penelitian yang menyebutkan oral seks bisa menyebabkan penularan gonorrhea dan sifilis yang terjadi pada rongga mulut (Prof. DR. Dr. Wimpie, 2004).

Dalam pemantauan yang dilakukan tim peneliti dari Chicago Departemen of Public Health yang dipimpin Dr. C. Ciesielski didapatkan bahwa sifilis terus menyebar lewat seks oral. Pola penularan yang mereka pantau sangat berubah dalam periode tahun 1998 hingga 2002. Bila di tahun 1990-an sifilis hanya terjadi pada

kaum heteroseksual, sejak 2001 insidensnya lebih meningkat pada pria yang melakukan hubungan seks dengan sesama pria tercatat hampir 60% (CBN, 2007). Antara tahun 2000 hingga 2002 tim yang dipimpin Ciesielski juga mewawancarai orang yang terkena sifilis. Hasilnya, lebih dari 14 persen kasus penularan sifilis terjadi melalui seks oral. Jumlah ini dilaporkan adalah 20 persen *gay*/homoseksual dan 7 persen pria dan wanita heteroseksual (CBN, 2007).

Homoseksual disebut sebagai kelompok resiko tinggi penularan sifilis. Pria yang melakukan hubungan seks dengan sesama pria termasuk dalam homoseksual. Homoseksual adalah istilah yang diberikan kepada orang yang memiliki orientasi seksualnya atau ketertarikan secara seksual terhadap sejenis (Donatelle, 2001), dan homoseksual lebih banyak melakukan seks oral dibanding heteroseksual (McConaghy, 2001).

Sifilis, bersamaan dengan penyakit menular seksual lainnya, lebih banyak terjadi di kota besar. Lebih dari separuh kasus sifilis di kota-kota besar terjadi pada pria homoseksual (Rose and Kaye, 1990). Penyakit ini tiga kali lebih banyak terjadi pada pria dibanding wanita (Rose and Kaye, 1990).

Diperkirakan, 90% dari populasi pria yang berumur 35 tahun di Amerika pernah melakukan *oral intercourse* setidaknya satu kali (Donatelle, 2001). San Francisco Department of Public Health menyebutkan bahwa seks oral pada pria bisa menyebabkan chlamydia, gonorrhea, hepatitis A, herpes, shigella dan sifilis. Sedang pada wanita, penularan melalui seks oral sangat kecil.

Ada dua term utama dalam wacana homoseksualitas modern, yaitu: '*closet*' (kloset) dan '*coming out*' (keluar). Dulu, di Indonesia, kebanyakan homoseksual masih belum berani untuk menyatakan dirinya sebagai *gay* dan disebut sebagai homoseksualitas '*closet*'. *Closet* diartikan sebagai homoseksual yang tidak menyatakan orientasi seksualnya pada orang luar dan menutup dirinya dalam sebuah ruang lingkup pribadi (Nuraini Julisatuti, 2000).

Sebagian besar dari *closet* homoseksual saling berinteraksi dengan sesamanya melalui media internet dan memuaskan kebutuhan biologis melalui *cyberseks* maupun *phonesex* (Gaya Nusantara, 2006). Sekarang, homoseksual di Indonesia sudah mulai terbuka pada publik yang disebut dengan istilah *coming out* (Nuraini Julisatuti, 2000). Pengakuan kaum *gay* ini menyebabkan beralihnya pemuas biologis dari *cyberseks* menjadi oral seks/anal seks yang juga diikuti dengan peningkatan kasus sifilis. Disebutkan, prevalensi penyakit sifilis pada kelompok risiko tinggi cenderung mengalami peningkatan sebesar 10% sedangkan pada kelompok risiko rendah meningkat sebesar 2% (Farida Aprilianingrum, 2002).

Di Surabaya, organisasi Gaya Nusantara adalah organisasi *gay* pertama yang berkembang di bawah kepemimpinan Dede Utomo (Ammon, 2006). Organisasi ini juga termasuk dalam organisasi *gay* yang para anggotanya sudah banyak yang *come out* sehingga memudahkan dalam melakukan penelitian. Walau tidak ada pencatatan secara pasti dikarenakan adanya kesulitan yang relatif tinggi untuk dapat mengumpulkan data yang tepat dan akurat, jumlah populasi di organisasi Gaya Nusantara terus

bertambah yang diketahui dengan semakin banyaknya pengunjung *community centre* Gaya Nusantara maupun pengunjung *guestbook website* Gaya Nusantara (Gaya Nusantara, 2007).

Departemen Kesehatan di San Francisco (2007) mengemukakan fenomena peningkatan kasus sifilis pada kelompok resiko tinggi (homoseksual) kemungkinan disebabkan oleh jaranginya pemakaian kondom pada seks oral. Selain itu, adanya peningkatan jumlah homoseksual yang *come out* (Ammon, 2006), serta kurangnya pengetahuan tentang manifestasi oral penyakit sifilis juga memberikan kontribusi dalam peningkatan insiden sifilis.

Pengetahuan adalah dasar dalam proses pemecahan suatu masalah/melaksanakan tugas. Pengetahuan seseorang mempengaruhi daya ingatnya (Baharuddin dan Esa Nur W, 2007). Sehingga, untuk dapat mengenali adanya suatu penyakit, misalnya sifilis, juga diperlukan pengetahuan sebagai fondasi dari memperoleh informasi yang merupakan pendekatan dari belajar yang mengutamakan memori.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Recht dan Leslie tentang pentingnya pengetahuan dalam memahami dan mengingat suatu informasi menyebutkan bahwa untuk memecahkan masalah, tingkat pengetahuan yang tinggi jauh lebih berguna dibandingkan kemampuan membaca (perilaku) yang baik (Baharuddin dan Esa Nur W, 2007).

Dalam penelitian yang lain, disebutkan bahwa pengetahuan tentang suatu penyakit dan pencegahannya yang diberikan secara terus menerus, misalnya melalui penyuluhan atau konsultasi bisa membuat penerima pengetahuan menjadi bosan dan tidak memberikan efek apabila tidak disertai dengan pemberian perubahan perilaku dari masing-masing individu. Namun, apabila pengetahuan ini terus dilakukan, maka pada suatu titik tertentu pada saat penerima pengetahuan dihadapkan pada suatu situasi yang berhubungan dengan penyakit itu, maka responden yang telah mendapatkan pengetahuan itu berkali-kali justru bisa menekan penularan penyakit dibandingkan responden yang frekwensi mendapatkan pengetahuan lebih sedikit (Wood S.E and Wood E.G, 1999).

Kurangnya pengetahuan pada kaum *gay* menyebabkan mereka tidak memiliki daya ingat yang baik sehingga mereka tidak bisa mengenali ataupun memperhatikan adanya tanda-tanda sifilis stadium awal yang ada di rongga mulut. Luka di mulut lazim disalah mengerti sebagai sariawan atau herpes. Padahal, di dalam luka itu tersembunyi kuman penyebab sifilis (CBN, 2007). Mereka tidak sadar menderita penyakit sifilis sampai sakitnya menuju stadium yang lebih lanjut.

Kurangnya pengetahuan ini menyebabkan penyakit sifilis menjadi penyakit yang sangat merisaukan para *gay* yang notabene kelompok resiko terbesar penyakit menular seksual. Padahal sebenarnya, jika penderita cepat tanggap pada stadium awal, sifilis bisa sembuh total tanpa menimbulkan bekas/cacat (Mintarsih, 2007). Sembuh total artinya sembuh klinis seumur hidup dan tidak menular kepada orang lain tapi

T.pallidum di dalam tubuh tidak bisa terbunuh seluruhnya (E.C Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).

Damayanti (2002) pernah melakukan penelitian tentang tingkat pengetahuan pekerja seks komersial tentang manifestasi oral penyakit sifilis yang dilakukan di wilayah Moro Seneng kecamatan Benowo kota Surabaya pada tahun 2002 dengan hasil data yang menunjukkan hanya 39,13% responden yang tahu bahwa sifilis memiliki manifestasi di rongga mulut.

Dari penelitian ini timbul dugaan bahwa pengetahuan homoseksual terhadap adanya gejala awal sifilis di rongga mulut juga berpengaruh terhadap tingginya penderita sifilis stadium laten. Oleh sebab itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pada tingkat pengetahuan homoseksual tentang penyakit manifestasi oral sifilis yang dapat digunakan sebagai deteksi dini dan pencegahan sifilis.

I.2 Permasalahan Penelitian

Bagaimanakah gambaran tingkat pengetahuan yang dimiliki homoseksual di organisasi Gaya Nusantara Surabaya tentang penyakit sifilis tahun 2008?

I.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang penyakit sifilis pada Homoseksual di organisasi Gaya Nusantara Surabaya tahun 2008.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari tingkat pengetahuan dasar penyakit sifilis pada homoseksual di organisasi Gaya Nusantara Surabaya tahun 2008.
2. Mempelajari tingkat pengetahuan tentang penularan penyakit sifilis pada homoseksual di organisasi Gaya Nusantara Surabaya tahun 2008.
3. Mempelajari tingkat pengetahuan tentang manifestasi oral penyakit sifilis pada homoseksual di organisasi Gaya Nusantara Surabaya tahun 2008.

1.4 Manfaat Penelitian

Diharapkan hasil penelitian dapat menjadi acuan penanggulangan penyakit sifilis dan penyakit menular seksual lainnya baik secara promotif, preventif maupun edukatif pada kelompok masyarakat yang beresiko tinggi dan masyarakat pada umumnya.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Homoseksual atau *Gay*

2.1.1 Terminologi

Menurut Meriam Webster dictionary (1994), Homoseksual adalah istilah yang diberikan kepada orang yang memiliki orientasi seksualnya atau ketertarikan secara seksual terhadap orang yang berjenis kelamin sama yang ditunjukkan dengan perilaku seksualnya.

Kata Homoseksual pertama kali digunakan oleh Karoly M. Kertbeny dalam sebuah surat pribadi pada tahun 1868. Selanjutnya, kata tersebut diperkenalkan pada masyarakat umum oleh dua orang berkebangsaan Jerman yang tidak diketahui namanya pada suatu pamflet tahun 1869. Kata ini digunakan untuk menentang perluasan undang-undang tentang anti sodomi di negara-negara persekutuan Jerman. (Rabinson, 2003).

Sedang kata *gay* sendiri pertama kali digunakan untuk merujuk lelaki homoseksual pada tahun 1933 dalam pertunjukan berjudul *Young & Evil*. Tahun 1938 Cary Grant menggunakannya dalam film *Bringing up Baby* yang merujuk pada orang wadam (*transvestism*). Sekarang, kata ini merujuk orang-orang yang mengidentifikasi dirinya sebagai homoseks, tanpa memandang jenis kelamin. *Lesbian*

adalah suatu istilah tertentu yang hanya digunakan untuk merujuk kepada wanita homoseks. (Rabinson, 2003).

2.1.2 Frekwensi Homoseksual

Secara umum, diperkirakan jumlah kaum lesbian dan homo di dalam masyarakat adalah 1% hingga 10% dari jumlah populasi (McGonaghy, 2001) Tetapi, menurut laporan kontroversi Kinsey Reports pada tahun 1984, menyebutkan bahwa setidaknya 37% pria dari total keseluruhan pria telah setidaknya mengalami pengalaman seks bersama pria lainnya. Pada wanita, Kinsey menemukan dari 2% hingga 5% 'kurang lebih secara eksklusif' homoseksual. Dari studi ini, Kinsey membagi perilaku seksual pada pria menjadi 7 kelompok yang menunjukkan keseimbangan antara heteroseksual dan homoseksual dalam satu populasi (Hirschfeld, 2007)

Berdasarkan skala Kinsey, skala orientasi seksual itu bergradasi sebagai berikut (Andry Setiawan, 2002):

0 = heteroseksual eksklusif

1 = heteroseksual lebih menonjol (predominan), homoseksualnya cuma kadang-kadang.

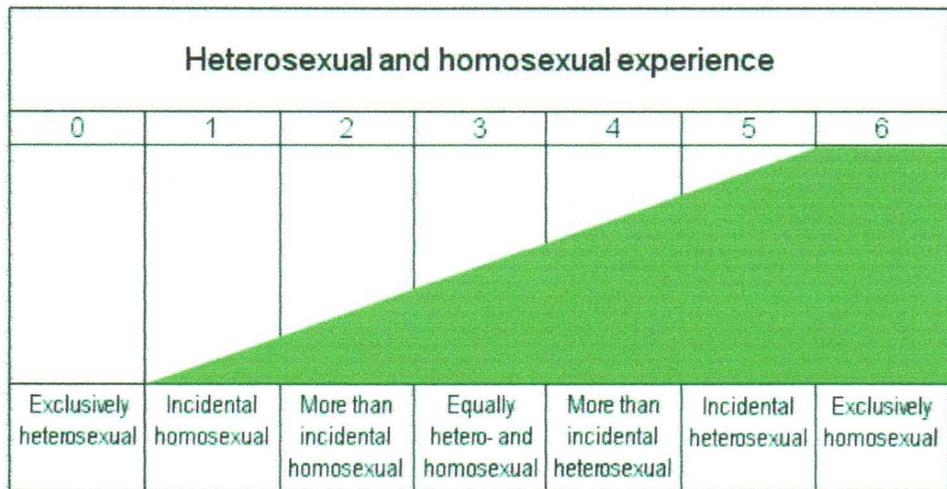
2 = heteroseksual dominan, homoseksual lebih dari kadang-kadang.

3 = heteroseksual dan homoseksual seimbang (biseksual)

4 = homoseksual dominan, heteroseksual lebih dari kadang-kadang.

5 = homoseksual dominan, heteroseksual cuma kadang-kadang.

6 = homoseksual eksklusif



Gambar 2.1 Skala Kinsey: skala orientasi seksual (Kinsey, 1984).

Dari skala tersebut, terlihat homoseksual mempunyai berbagai bentuk. Pada kenyataannya sulit untuk mengukur jumlah homoseksual karena kaum homoseksualitas yang menyembunyikan identitasnya. Namun, belakangan ini, banyak laporan yang menyatakan bahwa dari 2 hingga 3,3 persen dari populasi pria adalah homoseksual secara eksklusif (Ammon, 2007).

Di Amerika sendiri, pada tahun pemilu 2004, survei menyatakan 4% dari seluruh pemilih pria menyatakan dirinya sebagai kaum homo atau lesbian. Namun karena tekanan sosial, banyak dari kaum homoseksual yang tentunya tidak mau menyatakan identitas mereka. Di Kanada, tahun 2003 Biro Statistik Kanada menyatakan bahwa di antara warga Kanada berumur 18 hingga 59, 1% melaporkan

mereka sebagai homoseksual, dan 0,7% melaporkan sebagai biseksual. Di Indonesia, belum ada laporan secara pasti (Gaya Nusantara, 2006).

Insiden homoseksualitas dilaporkan sebanyak 1%-10% dari total populasi. Pengukuran ini tidak begitu konkrit karena pengukuran homoseksualitas sulit dilakukan. Penyebabnya antara lain (Anonymuous, 2001):

- Subyek pada survey data biasanya menolak menjawab karena dianggap terlalu pribadi.
- Peneliti harus mengukur karakteristik yang mungkin/mungkin tidak mendukung pendeskripsian orientasi seksual. Kelompok orang yang memiliki orientasi seksual pada lawan sejenis mungkin lebih besar daripada kelompok orang yang benar-benar mengakui orientasi seksualnya pada lawan sejenis.
- Penelitian yang mengukur aktivitas seksual sulit dilakukan karena responden/subyek memiliki pengertian yang berbeda tentang hal-hal yang tercakup dalam tindakan seksual.

2.1.3 Ekspresi Seksual

Ekspresi seksual adalah sebuah pilihan. Pada manusia, ekspresi ini sangat individual. Sebuah ekspresi seksual yang memuaskan bagi seseorang belum tentu dirasakan sama pada orang lain. Jika saat ini seorang individu memiliki ekspresi

seksual 'A', 2 minggu atau 2 tahun kemudian, pilihan itu bisa saja berubah. Ada beberapa macam ekspresi seksual (Donatelle, 2001):

1. *Celibacy*. Adalah suatu pilihan untuk tidak melakukan aktivitas seksual dengan orang lain. Penganut *celibacy* total juga tidak melakukan stimulasi pada diri sendiri (masturbasi).
2. *Autoerotic Behavior*. Tujuan utama dari ekspresi seksual ini adalah untuk menstimulasi kepuasan pada diri sendiri dengan cara masturbasi dan fantasi seksual.
3. Berciuman dan Sentuhan erotik. Cara ini digunakan sebagai ekspresi seksual non verbal.
4. Stimulasi Oral-Genital. Terbagi menjadi 2 kategori yaitu *cunnilingus* (stimulasi oral pada genitalia wanita) dan *fellatio* (stimulasi oral pada genitalia pria).
5. *Vaginal intercourse*. Adalah penetrasi penis ke vagina. Nama lainnya adalah *coitus*. Cara ini digunakan oleh kebanyakan heteroseksual.
6. *Anal intercourse*. Adalah penetrasi penis ke dalam anus.

Pada homoseksual, yang biasanya dilakukan adalah *celibacy*, berhubungan seks dengan banyak partner baik melalui stimulasi oral-genital maupun anal (Myers, 2001). Homoseksual lebih banyak melakukan seks oral dibanding heteroseksual (McConaghy, 2001). San Francisco Department of Public Health (2007)



menyebutkan bahwa *fellatio* (seks oral pada pria) bisa menyebabkan chlamydia, gonorrhoea, hepatitis A, herpes, shigella dan sifilis.

2.2 Sifilis

2.2.1 Definisi dan Etiologi

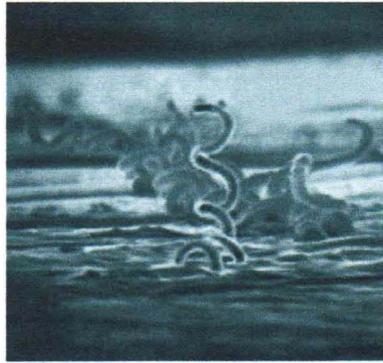
Sifilis atau yang dikenal dengan sebutan raja singa termasuk dalam *venereal disease*. *Venereal* berasal dari bahasa Latin 'venus' yang artinya *love* (cinta) atau *lust* (nafsu) (Hales, 1989). Di Indonesia sendiri, *venereal disease* lebih sering disebut sebagai Penyakit Menular Seksual (PMS).

Sifilis adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*. *T. pallidum* ditemukan oleh Schaudinn & Hoffman pada tahun 1905 dan sumber infeksi hanya manusia. Tidak ada reservoir *T. pallidum* selain manusia (Rudolf, Justin D., 2000). Beberapa peneliti memiliki pendapat bahwa *T. Pallidum* adalah hasil evolusi dari *treponema* sebelumnya yang merupakan nonvenereal *treponema* (Rose and Kaye, 1990).

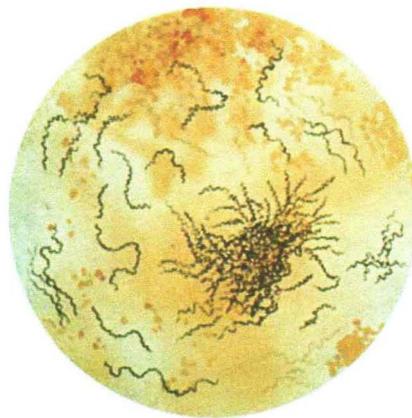
Organisme ini termasuk dalam ordo *Spirochaetales*, family *Spirochaetaceae* dan genus *Treponema* dengan tingkat virulensi yang tinggi. *Treponema pallidum* berbentuk spiral yang teratur rapat dengan jumlah lekukan sebanyak 8 – 24. Panjangnya berkisar 6 – 15 um dengan lebar 0,15 um (Rose and Kaye, 1990).

T. Pallidum tidak bisa hidup *in vitro* (di luar tubuh organisme) (Radolf, Justin D, 2000). *T. Pallidum* biasanya terdapat di lesi organ genital, rektum dan mukosa

rongga mulut (Rose and Kaye, 1990). Pembiasaan *T. Pallidum* secara pembelahan melintang dan stadium aktif terjadi setiap 30 jam di dalam tubuh manusia. Di luar badan, kuman tersebut cepat mati, sedangkan dalam darah untuk transfusi dapat bertahan 72 jam (E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).



Gambar 2.2 Bentuk spiral dari *T. Pallidum* yang menyebabkan sifilis (Wikipedia, 2007)



Gambar 2.3 *Treponema pallidum*, dengan pengecatan fontana (Liu, Peter M.D, 2006).

Transmisi sifilis melalui penetrasi *T. Pallidum* melalui mikrolesi mukosa membran dan abrasi dari permukaan epitel, biasa pada waktu sanggama (Peter Liu,

MD, 2006). Transmisi melalui media lain juga bisa terjadi jika terdapat luka atau lesi yang memungkinkan invasi dari *T. Pallidum* ke tubuh manusia (The Columbia Encyclopedia, 2007).

Saat *T. Pallidum* membiak, tubuh memberikan respon berupa pembentukan sel limfosit dan sel plasma terutama perivaskuler, pembuluh-pembuluh darah kecil berproliferasi dikelilingi oleh *T. Pallidum* dan sel-sel radang. *Treponema* tersebut terletak di antara endotellium kapiler dan jaringan perivaskuler di sekitarnya. Enarteritis pembuluh darah menyebabkan perubahan hipertrofik endotelium yang menimbulkan obliterasi lumen. Pada tahapan ini, pasien mengalami kehilangan pendarahan yang menyebabkan terjadinya erosi. Secara klinis, fase ini dikenali sebagai stadium satu dari sifilis (E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).

Dengan pengecatan mikrobiologi rutin ataupun pengecatan histologi, *T.pallidum* tidak terlihat. *T. pallidum* dapat terlihat pada jaringan dengan pengecatan perak (impregnasi Ag) dan bisa diidentifikasi melalui dark field microscop (Rose and Kaye, 1990). *T. pallidum* memiliki karakteristik mikrobiologi yang bermacam-macam yang menyebabkan banyaknya gambaran klinis sehingga perawatan yang dilakukan menjadi berbeda-beda (Nelson, dkk, 2001). Banyaknya gambaran klinis serta lokasinya yang mengenai seluruh anggota tubuh, terutama kulit dan mukosa, membuat sifilis disebut sebagai '*the great imitator*' (Rose and Kaye, 1990). Nama lain dari penyakit ini adalah Lues. (Krupp, dkk, 1984).

2.2.2 Cara Penularan

Cara penularan sifilis terbagi menjadi 2 macam, yaitu venereal transmission dan non venereal transmission. Venereal transmission adalah penularan sifilis melalui hubungan seksual, baik melalui oral, genital maupun rektal dengan orang yang terinfeksi (Rose and Kaye, 1990). Sedangkan non venereal transmission adalah transmisi penyakit melalui non seksual seperti berciuman dengan individu yang memiliki lesi oral yang aktif, transfusi darah atau inokulasi yang tidak sengaja melalui jarum yang terkontaminasi (Little, 2002). Transfusi darah dan penularan lewat jarum jarang terjadi dewasa ini karena tes serology untuk sifilis selalu dilakukan sebelum pelaksanaan donor darah (Rose and Kaye, 1990).

Akhir tahun 1980 dan awal tahun 1990, penelitian tentang penyakit ini membuktikan bahwa sifilis juga berhubungan dengan pemakaian obat-obatan, terutama *crack* (Nelson, 2001) (kokain murni berdosisi tinggi yang diletakkan dalam sebuah gulungan chip yang penggunaannya dengan dirokok (Meriam Webster Dictionary Software, 1994)).

2.2.3 Distribusi Penyakit Sifilis

Sifilis banyak terjadi pada situasi yang memungkinkan terjadinya hubungan seksual dengan banyak seks partner yang tidak diketahui asal-usulnya (Nelson, dkk, 2001). Di Amerika Serikat, prevalensi terbanyak adalah pada populasi berumur 20-24 tahun pria dan wanita. Penyakit ini tiga kali lebih banyak terjadi pada pria dibanding

wanita. Penelitian lain menunjukkan, prevalensi sifilis adalah pada pria berumur 24-34 tahun (Rose and Kaye, 1990).

Sifilis, bersamaan dengan penyakit menular seksual lainnya, lebih banyak terjadi di kota besar. Prevalensi ini paling banyak pada pria homoseksual. Lebih dari separuh kasus sifilis di kota-kota besar terjadi pada pria homoseksual (Rose and Kaye, 1990).

Tahun 1976-1981, kasus sifilis meningkat 50%, terutama pada pria homoseksual. Peningkatan kasus sifilis ini juga diikuti peningkatan kasus penyakit menular seksual lainnya. Peningkatan ini terkait dengan adanya gerakan liberasi dari kaum *gay* dan adanya peningkatan hubungan seksual dengan banyak partner (Nelson, 2001).

Prevalensi sifilis pada pria homoseksual sempat menurun pada tahun 1981-1984 karena mereka mulai mengubah perilaku seksual mereka (Rose and Kaye, 1990). Perubahan ini dimaksudkan untuk mengantisipasi HIV yang saat itu merajalela (Nelson, 2001).

Tahun 1984-1989, kasus ini kembali meningkat sebanyak 100%. Namun kali ini, karakteristik epidemiknya berubah dari homoseksual ke heteroseksual karena adanya penggunaan obat-obatan terlarang dan transfusi darah (Rose and Kaye, 1990). Inilah yang menyebabkan banyaknya sifilis kongenital (Nelson, 2001).

Insiden sifilis di dunia dilaporkan sekitar 0,04 – 0,52% sedang insidens sifilis di Indonesia sebesar 0,61% dengan jumlah penderita yang terbanyak berada pada

stadium laten (Farida, 2002; E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002). Saat ini, transmisi sifilis berhubungan dengan perilaku sosial yang bermacam-macam. Banyaknya *bathhouse* (tempat seperti spa yang juga digunakan untuk berhubungan seks oleh para *gay*) terutama di kota besar, prostitusi yang berkaitan dengan penggunaan obat terlarang serta layanan kesehatan yang buruk adalah penyebab utama meningkatnya kasus sifilis (Nelson, 2001).

2.2.4 Klasifikasi Sifilis

Ada 2 pembagian utama sifilis yaitu sifilis didapat (*acquired syphilis*) dan sifilis congenital. Sifilis didapat adalah jenis sifilis yang didapatkan setelah lahir. Sedang sifilis congenital didapatkan saat masih ada di dalam kandungan pada ibu hamil trisemester dua yang terkena sifilis karena *treponema pallidum* bisa menembus plasenta janin. Walau demikian, menyusui bayi tidak akan menularkan sifilis.

Pada abad ke 19, sifilis didapat dibagi menjadi beberapa stadium berdasarkan gejala klinisnya (Rose and Kaye, 1990). Ada 3 stadium, yaitu:

1. Stadium satu

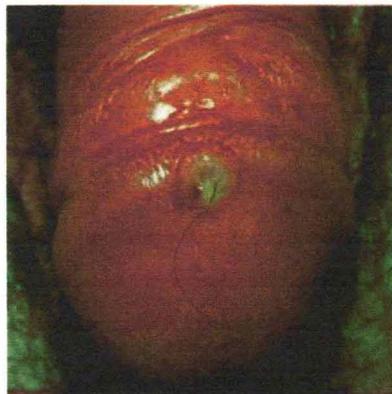
Periode inkubasinya antara 10-90 hari tapi biasanya sekitar 3 minggu (Rose and Kaye, 1990). Kelainan kulit dimulai sebagai papul yang permukaannya segera menjadi erosi lalu menjadi ulkus. Ulkus tersebut biasanya bulat, soliter, dasarnya ialah jaringan granulasi berwarna merah dan bersih, di atasnya tampak serum. Lesi ini disebut *chancre* (E.C. Natahusada

dan Adhi Djuanda, 2002). Lesi ini bisa sakit maupun tidak. Pada beberapa kasus, kelenjar submandibula dan lymphadenopathy servikal teraba (Sonis, dkk, 1984).

Dulu, *chancre* biasanya hanya ada 1 lesi tapi sekarang, hampir separuh lebih dari pasien memiliki lebih dari satu ulcer *chancre* (Rose and Kaye, 1990). Predileksi utamanya pada mukosa genital, namun, *chancre* juga bisa ditemui di tempat lain yaitu mukosa pipi, mukosa lidah, mukosa tonsil, palatum, mukosa bibir, gingiva serta merah bibir (Mintarsih, 2007).



Gambar 2.3 *Chancre* pada rongga mulut (Liu, Peter, M.D, 2006).



Gambar 2.4 *Chancre* pada mukosa genital (Liu, Peter, M.D, 2006).

Penegakan diagnosis pada stadium satu berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan screening misalnya serologic Wasserman reaction, Kahn dan active plasma reagin, hasilnya masih negative (Wood and Goaz, 1980).

Pada Stadium ini, jika diterapi dengan baik maka prognosisnya baik (Mintarsih, 2007). Dengan ataupun tanpa terapi, *chancre* akan menghilang setelah 3-6 minggu. Pada tahap ini, *spirochaeta* memasuki aliran darah dan ikut mengalir ke seluruh tubuh (Hales, 1989).

2. Stadium dua

1-12 bulan setelah terbentuk *chancre*, gejala klinis stadium 2 mulai terlihat (Hales, 1989). Pada kebanyakan kasus, *chancre* sudah menghilang saat stadium 2 mulai terjadi walaupun terkadang stadium satu dan stadium dua terjadi bersamaan (Rose and Kaye, 1990).

Stadium dua ini biasanya dideteksi sebagai sindrom dari infeksi virus karena adanya gejala sistemik (Mintarsih, 2007). Sakit kepala, sakit tenggorokan dan suhu badan yang tinggi adalah gejala awal stadium dua (Hales, 1989).

Lesi di kulit ditemukan pada 80% pasien. Lesi tersebut bermacam-macam, misalnya makula, maculopapular dan follikular yang terjadi pada sepertiga pasien dengan predileksi bilateral simetris di abdomen, shoulder dan punggung (Hales, 1989)



Gambar 2.4 Lesi sifilis stadium dua berupa papulasquamous di telapak tangan (Liu, Peter, M.D, 2006).

40% dari stadium ini akan mengenai rongga mulut. Pada mukosa manifestasinya berupa *mucous patches* yang sangat infeksius karena mengandung banyak spirochaeta (Rose and Kaye, 1990). *Mucous patches* adalah lesi yang ditutupi membrane putih keabu-abuan. Jika membrane ini dilepas, akan terlihat dasar lesinya yang erithematous (Mintarsih, 2007). Selain di mukosa rongga mulut, *mucous patches* juga banyak terdapat di kulit kepala, janggut dan kelopak mata (Hales, 1989).



Gambar 2.5 Lesi siphilis stadium dua di daerah sekitar mulut (Liu, Peter, M.D, 2006).

Bila ada individu yang melakukan kontak (hubungan seksual atau berciuman) dengan pasien yang memiliki *mucous patches*, transmisi sifilis akan berlangsung (Hales, 1989).

Mucous patches setelah 2-5 minggu akan menghilang sendiri walau tanpa terapi (terkadang meninggalkan jaringan parut) (Rose and Kaye, 1990). Stadium ini bisa berlangsung selama beberapa minggu sampai setahun (Mintarsih, 2007).

Penegakan diagnosa stadium dua ini melalui beberapa tes misalnya Veneral Disease Research Laboratories (VLDR) atau Rapid Plasma Reagin (RPR). Perlu diingat bahwa seperlima dari pasien laki-laki dan separuh dari pasien wanita dari stadium dua tidak memiliki riwayat stadium satu (Rose and Kaye, 1990).

1. Stadium tiga

Setelah stadium dua menghilang, pasien memasuki fase laten di stadium tiga. Fase ini mudah dideteksi dengan pemeriksaan serologi. Fase ini dibagi menjadi dua tahap yaitu early latency (1-2 tahun) dan late latency (setelah 2 tahun) (Rose and Hayes, 1990).

Pada stadium ini, lesi oral terjadi pada sekitar 80% pasien. Lesi oral yang terjadi misalnya gumma dan atrophic tongue (Sonis, 1984). Gumma

merupakan jaringan granulasi yang terlokalisir, tidak sakit dan bisa single maupun multiple (Mintarsih, 2007). Gumma juga menunjukkan kondisi ulserasi yang nekrosis. Di rongga mulut, lokasi utamanya adalah di palatum keras (Sonis, 1984). Selain itu, gumma juga bisa ditemui di lidah, bibir dan tonsil. Sedang lokasi di luar rongga mulut adalah pada kulit, tulang, jaringan saraf, mukosa genital dan system kardiovaskuler (Mintarsih, 2007).

Gumma di kulit memiliki beberapa gambaran misalnya soliter atau grup yang terdistribusi asimetris di kulit. Di tempat yang berbeda, lesi ini bisa berada dalam keadaan aktif, advanced maupun healing pada satu waktu yang bersamaan (Rose and Kayes, 1990). Walau tak seinfeksius mucous patches, gumma bersifat destruktif dan progresif sehingga bisa menyebabkan perforasi oronasal (Mintarsih, 2007).



Gambar 2.6 Gumma di daerah bibir (Liu, Peter, M.D, 2006)..

Karena pergerakannya, lidah ikut terinfeksi. Mula-mula, terjadi inflamasi aliran darah (vaskulitis) sebagai akibat dari inflamasi lebih dari satu arteri (endarteritis) yang menghasilkan sirkulasi di daerah lingual. Inflamasi ini menyebabkan atrophy dari papila filiformis dan fungiformis. Saat itulah, shrinkage dari otot di daerah lingual menyebabkan lidah terlihat berlobul (Sonis, 1984).

2.2.5 Cara Mendiagnosa Sifilis

Ada 3 cara untuk mendiagnosa penyakit ini yaitu pemeriksaan klinis oleh dokter ahli, identifikasi mikroskopik terhadap bakteri dan tes darah (Krupp, dkk, 1984). Tes rutin yang dianjurkan adalah *Venereal Disease Research Laboratories* (VDRL) dan *Treponemal Pallidum Haemagglutination Assay* (TPHA). Tes VDRL dan TPHA ini berfungsi sebagai *screening* sifilis dan pemeriksaan pembantu (Aprilianingrum, 2002).

Tes melalui dark field microscopic bisa memberikan hasil false negatif jika sebelumnya pasien mengoleskan krim antibakteri di lesinya sehingga pemeriksaan dini melalui tes ini agak sulit dilakukan. Ditambah, tidak banyak laboratorium yang memiliki alat ini sehingga *screening* melalui dark field microscopic tidaklah efektif. Diagnosa awal lebih sering dilakukan dengan melihat adanya lesi klinis yang diasosiasikan dengan pemeriksaan serologi (Nelson, 2001).

Diagnosa serologi dari sifilis dilakukan melalui 2 prosedur. Pertama, screening non treponema. Yang sering digunakan adalah VDRL dan RPR. Hasil dari tes ini berupa titer. Pasien dengan hasil positif harus melakukan tes konfirmasi misalnya fluorescent treponemal antibody absorbed (FTA-ABS) atau microhemagglutination (MHATP atau HATS). Biasanya sekitar 20% pasien yang positif non treponemal akan memiliki hasil negatif pada tes konfirmasi karena terjadi false positif (Nelson, 2001).

False positif ini banyak terjadi pada pasien yang memiliki riwayat penggunaan obat terlarang melalui intravena, kehamilan, atau penyakit sistemik misalnya lupus erythematous dan rheumatoid arthritis (Nelson, 2001).

Pada stadium primer, sensitivitas dari tes serologi ini sekitar 85%. Pada stadium kedua, sensitivitasnya mendekati 100% (Nelson, 2001).

2.2.6 Diagnosa Banding

Dalam buku Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin bab penyakit Sifilis, E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda (2002) menuliskan diagnosa banding sifilis berdasarkan stadiumnya yaitu:

a. Stadium I

Dasar diagnosanya adalah: pada anamnesia diketahui masa inkubasi, tidak ada gejala konstitusi, tidak ada rasa nyeri. Lesi primer terdapat erosi/ulkus yang

bersih, bulat, soliter dengan indurasi. T. Pallidum positif. Beberapa diagnosa bandingnya adalah:

- Herpes Simplek

Penyakit ini disertai rasa gatal, lesi berupa vesikel dan berkelompok. Jika pecah tampak sebagai erosi tapi tak terdapat indurasi.

- Ulkus Piogenik

Akibat trauma misalnya garukan dapat menjadi ulkus piogenik. Ulkus tampak kotor karena mengandung pus, nyeri, tanpa indurasi. Jika terjadi limfadenitis regional disertai tanda-tanda radang akut.

Selain itu, diagnosa banding stadium I adalah skabies, balanitis, skuamous sel karsinoma, sindrom bechet dan ulkus mole.

b. Stadium II

Dasar diagnosanya karena stadium II menyerupai berbagai penyakit kulit. Untuk membedakannya dengan penyakit lain perlu ditanyakan apakah pernah menderita luka di alat genital yang tidak nyeri. Klinis yang penting adalah lesinya tidak gatal. Beberapa diagnosa banding stadium II:

- Erupsi Alergi Obat

Pada anamnesis diketahui timbulnya alergi karena obat yang dapat disertai demam. Terdapat keluhan gatal

- Morbili

Kelainan kulit erythema. Bedanya dengan sifilis stadium II, morbili tampak gejala konstitusi dan kelenjar getah bening tak membesar.

- Pitiriasis Rosea

Terdiri bercak eritematosa terutama di pinggir dengan skuama halus, bentuk lonjong dan tidak disertai limfadenitis.

- Psoriasis

Persamaannya adalah terdapat eritema dan skuama. Pada Psoriasis tidak ada limfadenitis.

Stadium II juga didiagnosa bandingkan dengan dermatitis seboroika, kondiloma akuminatum dan alopesia areata.

c. Stadium III

Lesi pada stadium III yang terutama adalah gumma. Gumma juga terdapat dalam penyakit tuberkulosis, frambusia dan mikosis profunda. Tes serologik pada stadium III dapat negatif atau positif lemah karena itu yang penting adalah anamnesa apakah penderita menderita stadium I atau stadium II dan pemeriksaan histopatologik.

2.2.7 Prognosis

Setelah ditemukannya penisilin, prognosis sifilis menjadi baik. Penyembuhan berarti sembuh klinis seumur hidup, tidak menular ke orang lain dan tes V.D.L.R pada darah selalu negatif. Jika sifilis tak diobati, maka 25% akan kambuh, 5% akan

menjadi stadium III, 23% akan meninggal. Penderita wanita ataupun laki-laki memiliki kemungkinan sembuh yang sama. (E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).

Pada sifilis dini, penyembuhannya mencapai 95%. Kontrol teratur ke dokter dan menjaga kesehatan gigi dan mulut bisa menurunkan resiko sifilis. Pada stadium laten prognosinya baik. Sedang pada sifilis kongenital, stadium awal prognosis baik, stadium lebih lanjut tergantung kerusakan yang telah terjadi.(E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).

2.2.8 Tindakan Pencegahan

Yang bisa dilakukan untuk mencegah penyakit sifilis adalah (Aprilianingrum, 2002 dan Hales, 2001):

- Tidak berganti-ganti pasangan.
- Selalu bersikap jujur terhadap pasangan tentang penyakit menular seksual.
- Berhati-hati saat berhubungan seksual. Perhatikan jika ada luka/lesi di rongga mulut/ alat kelamin yang mungkin tidak disadari oleh pasangan.
- Kencinglah beberapa saat setelah berhubungan seks untuk membilas bakteri. Sabun dan air memiliki efek yang sama dalam menghilangkan bakteri.

- Mempraktekkan protective sex. Gunakan selalu kondom. Setelah selesai berhubungan seksual, lepaslah kondom dan bersihkan alat kelamin dengan air untuk menghilangkan bakteri.
- Menghindari penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan transfusi darah yang sudah terinfeksi.

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Baharuddin dan Esa Nur W (2007) mengatakan bahwa pengetahuan adalah hasil belajar. Pada saat seseorang belajar tentang sesuatu, seseorang mengetahui sesuatu yang baru. Pengetahuan bukanlah hasil akhir melainkan lebih dari itu, pengetahuan adalah pembimbing atau pengarah bagi belajar sesuatu yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmojo, 1993).

2.3.2 Macam-Macam Pengetahuan

Pada individu, pengetahuan dapat dibedakan menjadi 3, yaitu (Baharuddin dan Esa Nur W., 2007):

1. Pengetahuan Deklaratif

Adalah "mengetahui tentang" (*knowing that*) suatu kasus atau masalah . Pengetahuan ini berupa fakta-fakta, aturan-aturan, puisi, lirik lagu

dan teori-teori lain. Gagne menyebutkan pengetahuan deklaratif adalah informasi verbal.

2. Pengetahuan prosedural

Adalah "mengetahui bagaimana" (knowing how) untuk melakukan sesuatu atau memecahkan sebuah kasus.

3. Pengetahuan kondisional

Adalah mengetahui "kapan dan mengapa" (knowing when and why) untuk menggunakan pengetahuan deklaratif dan prosedural. Pengetahuan ini disebut juga strategi kognitif.

2.3.3 Sumber Pengetahuan

Dalam buku berjudul 'Ilmu Pengetahuan: Sebuah Tinjauan Filosofis', A. Sonny Keraf dan rekannya Mikhael Dua (2001) menyebutkan bahwa dalam pembahasan pengetahuan, ada 2 aliran pemikiran tentang asal pengetahuan yaitu aliran rasionalisme dan empirisme. Aliran rasionalisme lebih menekankan akal budi dalam pembentukan pengetahuan. Menurut aliran ini, sumber pengetahuan satu-satunya adalah akal budi. Sedang aliran empirisme berpendapat bahwa kita bisa sampai pada pengetahuan kita dengan mengandalkan panca indra kita yang memberikan informasi tentang obyek tertentu.

Kedua aliran ini sudah ada sejak abad ke 18 ini kemudian disatukan oleh Aristoteles yang menganggap bahwa pengetahuan manusia tercapai sebagai hasil kegiatan manusia yang mengamati kenyataan yang banyak lalu menarik unsur-unsur

universal dari yang partikular (A. Sonny K dan Mikhael Dua, 2001). Maka untuk memperoleh pengetahuan, diperlukan akal budi dan pengamatan.

2.3.4 Proses Mendapatkan Pengetahuan

Selama hidup, manusia pasti melakukan proses mendapatkan pengetahuan. Baik secara langsung maupun tidak langsung, manusia akan mempelajari sesuatu dari pengetahuan yang ia dapatkan.

Marsetio (1983) mengatakan bahwa pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan manusia dikembangkan melalui suatu sistem pendidikan. Dalam sistem pendidikan terdapat berbagai cara dimana manusia mendapatkan hasilnya. Menurut instansinya, ada pendidikan formal (di dalam sekolah) dan pendidikan non formal (di luar sekolah). Selain itu, mendapatkan pengetahuan dapat dilakukan dengan cara mendengarkan penyuluhan, pendidikan dan media massa.

Media cetak dan elektronik adalah sarana informasi yang memiliki dampak yang sangat besar pada kehidupan sosial di masyarakat. Media cetak dan elektronik bisa menjangkau semua golongan masyarakat sehingga melalui media ini banyak aspek yang terpengaruhi, termasuk aspek bidang kesehatan. Melalui media cetak dan elektronik, informasi dan berita dunia kesehatan bisa diakses dengan mudah.

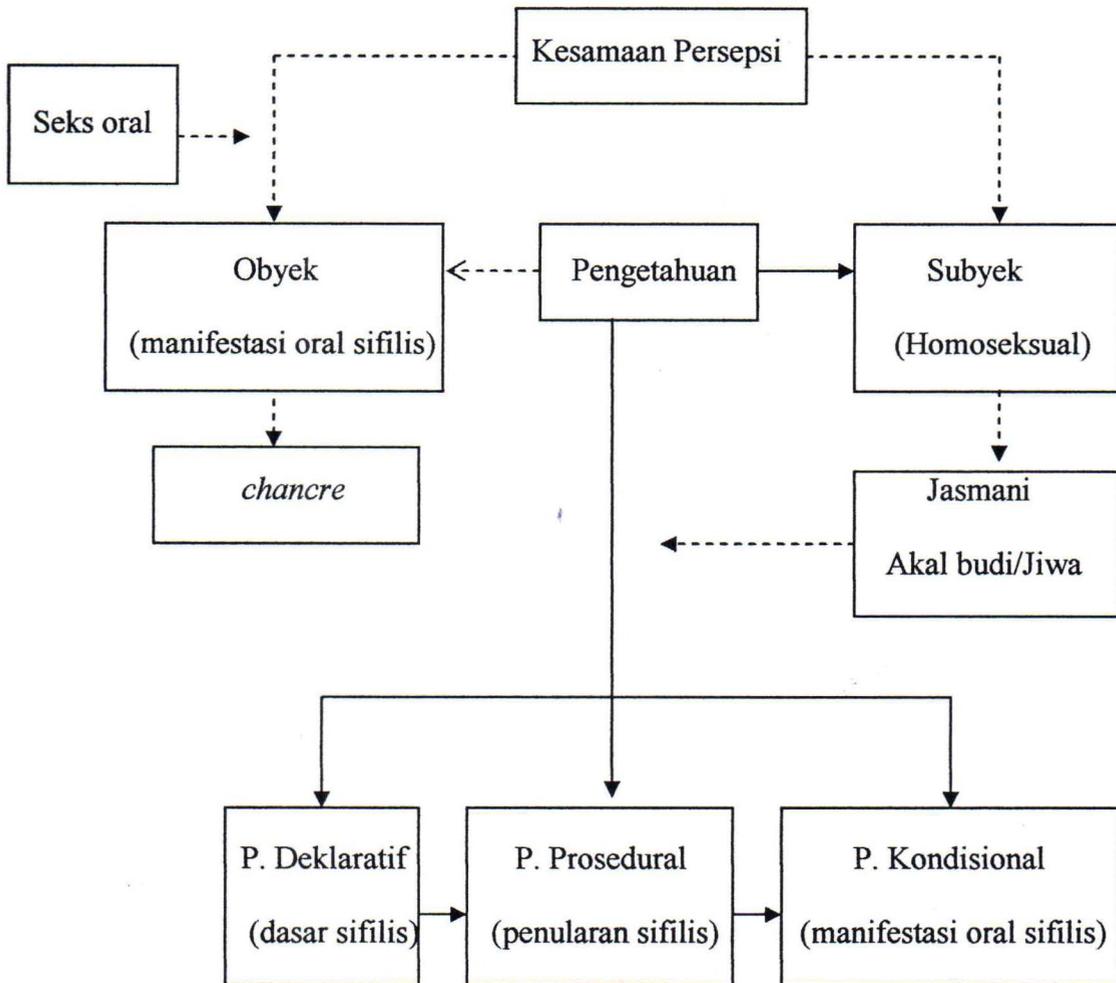
2.3.5 Pengetahuan penyakit Sifilis

Pengetahuan penyakit sifilis masuk dalam pengetahuan deklaratif, prosedural dan kondisional. Pengetahuan dasar sifilis adalah pengetahuan deklaratif yang berdasarkan teori dan fakta yang ada. Pengetahuan tentang cara penularan termasuk cara mencegah adalah pengetahuan prosedural yang merupakan proses mengetahui bagaimana (*knowing how*) untuk memecahkan kasus. Sedangkan pengetahuan tentang manifestasi dari penyakit sifilis termasuk dalam pengetahuan kondisional yang tahu kapan dan mengapa menggunakan pengetahuan deklaratif dan pengetahuan prosedural.

BAB 3
KERANGKA TEORI

BAB 3

KERANGKA TEORI



---> Yang tidak diteliti

—> Yang diteliti

Agar pengetahuan terbentuk, diperlukan 2 hal yaitu subyek (manusia dengan unsur jasmani dan akal budinya) dan obyek (kenyataan yang diamati/dialami) (A.

Sonny Keraf dan Mikhael Dua, 2001). Dalam penelitian ini, subyeknya adalah homoseksual dan obyeknya adalah manifestasi oral sifilis. Untuk membentuk pengetahuan, homoseksual dan manifestasi oral sifilis harus memiliki kesamaan persepsi yang memungkinkan subyek bisa mengenal dan menangkap obyek yang diamati.

Artinya, supaya bisa terjadi pengetahuan, subyek harus terbuka dan terarah pada obyek dan sebaliknya, obyek harus terbuka dan terarah pada subyek. Apabila tidak ada kesamaan prinsip maka obyek tersebut tidak akan ditangkap atau dikenali oleh subyek. Pada penelitian ini obyek yang diamati dituangkan dalam kuesioner yang diisi responden.

Manusia dapat menangkap obyek melalui unsur jasmani. Tanpa unsur ini, manusia tidak akan bisa mengenali obyek yaitu manifestasi oral dari penyakit sifilis yang pada gejala awal disebut dengan *cancre* dengan ciri-ciri ulkus bulat, soliter, dengan dasar berupa jaringan granulasi berwarna merah dan bersih dan di atasnya tampak serum (E.C. Natahusada dan Adhi Djuanda, 2002).

Pada homoseksual, yang perlu ditekankan adalah ekspresi seksual yang berbeda dibandingkan heteroseksual. Yaitu pada homoseksual, seks oral banyak dilakukan. McConaghy (2001) menyatakan bahwa seks oral lebih banyak dilakukan pada homoseksual bila dibandingkan dengan heteroseksual. Melalui banyaknya seks oral inilah penyakit sifilis banyak ditularkan (San Fransisco Departement of Public Health, 2007) yang mengakibatkan adanya kenaikan jumlah homoseksual yang

menderita penyakit sifilis yaitu sebanyak 60% dari keseluruhan penderita sifilis (CBN, 2007).

Selain unsur jasmani, manusia memiliki unsur jiwa/akal budi. Dengan bantuan akal budi manusia dapat meningkatkan pengetahuannya untuk menggali lebih dalam lagi apa yang diketahui jasmaninya sehingga didapatkan pengetahuan yang lebih luas lagi (Baharuddin dan Esa Nur W, 2007).

Unsur akal budi ini juga yang membuat manusia tidak hanya tahu tentang sesuatu namun juga memiliki kesadaran bahwa ia tahu akan sesuatu. Sehingga dari sini, pengetahuan dapat dibagi menjadi 3 yaitu pengetahuan deklaratif yang berupa informasi dasar penyakit sifilis, pengetahuan prosedural yang berupa keterampilan intelektual tentang cara penularan penyakit sifilis dan pengetahuan kondisional yang merupakan strategi kognitif dalam mengaplikasikan pengetahuan deklaratif dan prosedural untuk mengenali manifestasi oral penyakit sifilis (Baharuddin dan Esa Nur W, 2007).

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif.

4.2 Lokasi Penelitian

Organisasi *Gaya Nusantara* di Jalan Mojo Kidul I/11A Surabaya.

4.3 Waktu Penelitian

Januari - Maret 2008

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah laki-laki homoseksual yang tergabung dalam perkumpulan *Gaya Nusantara* Surabaya.

Jumlah populasi 52 orang.

4.4.2 Sampel dan Teknik Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah laki-laki homoseksual yang tergabung dalam organisasi *Gaya Nusantara* Surabaya. Teknik sample yang

digunakan adalah *snowball sampling*. Cara penggunaan teknik ini adalah: sample yang datang pada bulan Januari diambil secara acak, kemudian diinstruksikan untuk membawa sample lain pada pertemuan di bulan Maret. Karena jumlah sample pada bulan Januari tidak banyak, maka diambil secara keseluruhan.

4.5 Variabel yang diteliti

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan kelompok homoseksual di organisasi Gaya Nusantara tentang manifestasi oral penyakit sifilis yang meliputi:

1. Pengetahuan dasar penyakit sifilis yang termasuk dalam pengetahuan deklaratif,
2. Pengetahuan tentang penularan penyakit sifilis yang termasuk dalam pengetahuan prosedural, dan
3. Pengetahuan tentang manifestasi oral sifilis yang termasuk dalam pengetahuan kondisional.

4.6 Definisi Operasional

Tingkat pengetahuan homoseksual tentang manifestasi oral sifilis dalam penelitian ini adalah seberapa banyak informasi yang diketahui responden yang diukur berdasarkan nilai yang diperoleh dari jawaban responden pada kuesioner yang dibagikan dan dijawab oleh responden. Tingkat pengetahuan ini meliputi:

1. Pengetahuan dasar sifilis

Dalam penelitian ini kemampuan responden dalam mendefinisikan penyakit sifilis dan mengetahui bahaya penyakit sifilis

2. Pengetahuan mengenai cara penularan penyakit sifilis

Dalam penelitian ini adalah kemampuan responden dalam mengetahui semua aspek yang dapat menularkan penyakit sifilis

3. Pengetahuan tentang manifestasi oral sifilis

Dalam penelitian ini adalah kemampuan responden dalam mengetahui gejala yang khas dalam rongga mulut yang disebabkan oleh penyakit sifilis.

4.7 Kriteria Pengukuran

Setelah data terkumpul, nilai tiap jawaban dikelompokkan berdasarkan indeks lichert modifikasi yaitu sebagai berikut:

1. Untuk pertanyaan nomer 1-3, 6, 10, 12-15, 18, 20-23, 25, 27-31, 33, 36, 38-41, 43-44 maka indeks tiap jawaban adalah sebagai berikut:

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Sedangkan pertanyaan nomer sisanya (4, 5, 7-9, 11, 13-14, 16, 17, 19, 24, 26, 32, 34-35, 37, 42), memiliki kriteria indeks sebagai berikut:

Sangat Setuju = 1

Setuju = 2

Tidak Setuju = 3

Sangat Tidak Setuju = 4

Jumlah indeks yang diperoleh dijumlahkan, kemudian dikelompokkan sebagai berikut:

1. untuk jumlah indeks 0-58, maka tingkat pengetahuan dikategorikan rendah,
2. untuk jumlah indeks 58-117, maka tingkat pengetahuan dikategorikan cukup,
3. untuk jumlah indeks 118-176, maka tingkat pengetahuan dikategorikan baik.

4.8 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dibagi dalam 2 tahap yaitu pada bulan Januari dan Maret 2008.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh akan diolah dan dianalisis secara deskriptif dengan tabel dan persentase.

BAB 5
HASIL PENELITIAN

BAB 5**HASIL PENELITIAN****5.1 Data Umum****5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur**

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Umur	Jumlah	Persentase (%)
15-20	2	3.85
21-25	17	32.69
26-30	13	25.00
31-35	10	19.23
36-40	1	1.92
41-45	8	15.38
45-50	0	0.00
51-55	1	1.92
jumlah	52	100.00

Dari tabel dapat dilihat bahwa kebanyakan responden berumur antara 21-25 tahun, yaitu sebanyak 32,69%. Responden berumur 15-20 tahun sebanyak 2 responden (3,85%), 26-30 tahun 13 responden (25%), 31-35 tahun 10 responden (19,23%) dan 36-40 tahun 1 responden (1,92%), 41-45 tahun 8 responden (15,38%), 51-55 tahun 1 responden (1,92%).

5.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SMP	3	5.77
SMA	39	75.00
D1	3	5.77
S1	7	13.46
Jumlah	52	100.00

Dari tabel dapat dilihat bahwa kebanyakan responden berpendidikan SMA sebanyak 39 orang (75%) dan yang paling sedikit adalah D1 sebanyak 3 orang (5,77%). Sisanya SMP sebanyak 3 orang (5,77%) dan 7 orang S1 (16,46%). Pendidikan seseorang bisa mempengaruhi pengetahuannya karena beberapa pelajaran tentang penyakit sifilis diajarkan di pendidikan formal.

5.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara

Tabel 5.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi *Gaya Nusantara*

Cara Tahu	Jumlah	Persentase (%)
Media	41	78.85
Teman	11	21.15
Jumlah	52	100.00

Dari tabel dapat dilihat, sebanyak 78,85% (41 orang) responden mengetahui tentang Gaya Nusantara dari media dan 21,15% (11 orang) responden mengetahui dari teman.

5.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara

Tabel 5.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota *Gaya Nusantara*

Tahun	Jumlah	Persentase (%)
1980-1990	1	1.92
1991-2000	13	25.00
2001-2008	38	73.08
Jumlah	52	100.00

73,08% (38 orang) responden bergabung dengan organisasi Gaya Nusantara pada tahun 2001-2008, 25% (13 orang) pada tahun 1991-2000 dan 1,92% (1 orang) pada tahun 1980-1990. Salah satu agenda kerja organisasi ini adalah pendidikan seksual sehingga semakin lama bergabung, diharapkan pengetahuan tentang penyakit seksual, misalnya sifilis semakin meningkat.

5.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Tabel 5.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Mengikuti Seminar	Jumlah	Persentase (%)
0-5	47	90.38
6—10	4	7.69
11—15	1	1.92
Jumlah	52	100.00

Dari tabel terlihat 47 responden (90,38%) pernah mengikuti seminar sebanyak 0-5 kali sedang 4 responden (7,69%) 6-10 kali dan 1 responden (1,92%) mengikuti

11-15 kali. Semakin banyak mengikuti seminar tentang penyakit menular seksual, pengetahuan tentang masalah ini semakin meningkat.

5.2 Data Khusus

5.2.1 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden

Tabel 5.2.1 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden

Tingkat Pengetahuan	Jumlah Responden	Persentase (%)
Kurang	0	0
Cukup	9	17.31
Baik	43	82.69
Jumlah	52	100

Berdasarkan data tersebut, terlihat 43 responden (82,69%) memiliki pengetahuan yang baik sedang 9 responden (17,31) pengetahuannya cukup. Tidak ada responden yang berpengetahuan kurang.

5.2.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.2.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Umur

Umur	Tingkat Pengetahuan						Jumlah	Persentase (%)
	Kurang	%	Cukup	%	Baik	%		
15-20	0	0	1	50	1	50	2	3.85
21-25	0	0	2	12	15	88.24	17	32.69
26-30	0	0	1	8	12	92.31	13	25.00
31-35	0	0	1	10	9	90	10	19.23
36-40	0	0	1	100	0	0	1	1.92
41-45	0	0	3	38	5	62.5	8	15.38
45-50	0	0	0	0	0	0	0	0.00
51-55	0	0	0	0	1	100	1	1.92
Jumlah	0		9		43		52	100.00

Berdasarkan tabel, pada rentang responden yang berumur 15-20 tahun, 1 orang berpengetahuan cukup dan seorang lagi pengetahuannya baik. Pada umur 21-25 tahun, terdapat 17 responden dengan kriteria berpengetahuan cukup sebanyak 2 orang (12%) dan berpengetahuan baik 15 orang (88,24%). Pada umur 26-30 tahun, terdapat 13 responden dengan kriteria berpengetahuan cukup sebanyak 1 orang (8%) dan berpengetahuan baik 12 orang (92,31%). Pada umur 31-35 tahun, terdapat 10 responden dengan kriteria berpengetahuan cukup sebanyak 1 orang (10%) dan berpengetahuan baik 9 orang (90%). Pada umur 36-40 tahun, terdapat 1 responden yang berpengetahuan baik (100%). Pada umur 41-45 tahun, terdapat 8 responden dengan kriteria berpengetahuan cukup sebanyak 3 orang (38%) dan berpengetahuan baik 5 orang (62,5%). Pada umur 51-55 tahun, terdapat 1 responden yang berpengetahuan baik (100%).

5.2.3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2.3 Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tk.Pendidikan	Tingkat Pengetahuan						Jumlah
	Kurang	%	Cukup	%	Baik	%	
SMP	0	0	1	33.33	2	66.67	3
SMA	0	0	7	17.95	32	82.05	39
D1	0	0	0	0.00	3	100.00	3
S1	0	0	1	14.29	6	85.71	7
Jumlah	0	0	9	17.31	43	82.69	52

Pada tingkat pendidikan SMP, 1 responden (33,33%) berpengetahuan cukup dan 2 responden (66,67%) berpengetahuan baik. Pada tingkat pendidikan SMA, 7 responden (17,95%) berpengetahuan cukup dan 32 responden (82, 05%) berpengetahuan baik. Pada tingkat pendidikan D1, keseluruhan responden yaitu sebanyak 3 orang dan 1 orang berpengetahuan baik. Pada tingkat S1, 1 responden (14,29%) berpengetahuan cukup dan 6 responden (85,715) berpengetahuan baik.

5.2.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara

Tabel 5.2.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Cara Mengetahui Organisasi *Gaya Nusantara*

Cara Tahu	Tingkat Pengetahuan						Jumlah
	Kurang	%	Cukup	%	Baik	%	
Media	0	0	5	12.20	36	87.80	41
Teman	0	0	4	36.36	7	63.64	11
Jumlah	0	0	9	17.31	43	82.69	52

Responden yang mengetahui organisasi Gaya Nusantara melalui media 12,20% (5 responden) memiliki pengetahuan yang cukup, sedang 87,80% (36 responden) berpengetahuan baik. Pada responden yang mengetahui organisasi *Gaya Nusantara* melalui teman, 36,36% (4 responden) memiliki pengetahuan yang cukup sedang 63,64% (7 responden) berpengetahuan baik.

5.2.5 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota Gaya Nusantara

Tabel 5.2.5 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Tahun Menjadi Anggota *Gaya Nusantara*

Tahun	Tingkat Pengetahuan						Jumlah
	Kurang	%	Cukup	%	Baik	%	
1980-1990	0	0	0	0.00	1	100.00	1
1991-2000	0	0	0	0.00	13	100.00	13
2001-2008	0	0	9	23.68	29	76.32	38
Jumlah	0	0	9	17.31	43	82.69	52

Anggota yang bergabung di *Gaya Nusantara* pada tahun 1980-1990, 100% (1 responden) memiliki pengetahuan baik. Yang bergabung tahun 1991-2000 yaitu sebanyak 13 responden (100%) berpengetahuan baik. Sedang yang bergabung pada tahun 2001-2008, 9 orang (17,31%) berpengetahuan cukup dan 43 orang (76,32%) berpengetahuan baik.

5.2.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Tabel 5.2.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Mengikuti Seminar	Tingkat Pengetahuan						Jumlah
	Kurang	%	Cukup	%	Baik	%	
0-5	0	0	9	19.15	38	80.85	47
6--10	0	0	0	0.00	4	100.00	4
11--15	0	0	0	0.00	1	100.00	1
Jumlah	0	0	9	17.31	43	82.69	52

Pada tabel, semua anggota (100%) yang mengikuti seminar antara 6-10 kali dan 11-15 kali yaitu sebanyak 4 dan 1 responden memiliki pengetahuan tentang sifilis yang baik. Sedangkan pada responden yang baru mengikuti seminar tentang penyakit menular seksual sebanyak 0-5 kali, ada yang berpengetahuan cukup dan ada pula yang berpengetahuan baik. Sedang pengetahuan cukup terdapat sebanyak 19,15% (9 responden). Pengetahuan baik sebanyak 80,85% (38 responden)

5.2.7 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan dan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis

Tabel 5.2.7 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan dan Manifestasi Oral Penyakit Sifilis

Pengetahuan	Rata-Rata % Nilai Benar
P. Dasar	65.89
P. Penularan	66.74
P. Manifestasi Oral	66.92

Pada tabel diatas, nilai benar pada pengetahuan dasar adalah 65,89%, pada pengetahuan penularan adalah 66,74% dan pada pengetahuan manifestasi oral adalah 66,92%.

5.2.8 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Kelompok Umur

Tabel 5.2.8 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Kelompok Umur

umur	Rata-rata % Nilai Benar		
	P. Dasar	P. Penularan	P. Manifestasi Oral
15-20	71.88	65.63	71.88
21-25	72.79	63.11	71.14
26-30	72.12	60.74	75.24
31-35	74.06	65.42	70.31
36-40	53.13	70.83	71.88
41-45	68.55	57.81	70.12
46-50	0	0	0
51-55	71.88	64.58	75
Rata-rata	60.55	56.02	63.19

Pada tabel diatas, umur 15-20 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 71,88%, pada pengetahuan penularan 65,63% dan pada pengetahuan manifestasi oral 71,88%. Umur 21-25 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 72,79%, pada pengetahuan penularan 63,11% dan pada pengetahuan manifestasi oral 71,14%. Umur 26-30 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 72,12%, pada pengetahuan penularan 60,74% dan pada pengetahuan manifestasi oral 75,24%. Umur 31-35 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 74,06%, pada pengetahuan penularan

65,42% dan pada pengetahuan manifestasi oral 70,31%. Umur 36-40 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 53,15%, pada pengetahuan penularan 70,31% dan pada pengetahuan manifestasi oral 71,88%. Umur 36-40 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 53,13%, pada pengetahuan penularan 70,83% dan pada pengetahuan manifestasi oral 71,88%. Umur 41-45 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 68,55%, pada pengetahuan penularan 57,81% dan pada pengetahuan manifestasi oral 70,12%. Umur 51-55 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 71,88%, pada pengetahuan penularan 64,58% dan pada pengetahuan manifestasi oral 63,19%.

5.2.9 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Tingkat Pendidikan Responden

Tabel 5.2.9 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan	Rata-rata % Nilai Benar		
	P. Dasar	P. Penularan	P. Manifestasi Oral
SMP	67.65	64.39	63.24
SMA	67.35	68.41	67.31
D1	64.22	63.64	73.53
S1	67.02	68.18	71.01
Rata-Rata	66.56	66.16	68.77

Pada tabel diatas, tingkat pendidikan SMP memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,65%, pada pengetahuan penularan 64,39% dan pada pengetahuan manifestasi oral 63,24%. Tingkat pendidikan SMA memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,35%, pada pengetahuan penularan 68,41% dan pada

pengetahuan manifestasi oral 67,31%. Tingkat pendidikan D1 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 64,22%, pada pengetahuan penularan 63,64% dan pada pengetahuan manifestasi oral 73,53%. Tingkat pendidikan S1 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,02%, pada pengetahuan penularan 68,18% dan pada pengetahuan manifestasi oral 71,01%.

5.2.10 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara

Tabel 5.2.10 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara

Cara Mengetahui	Rata-rata % Nilai Benar		
	P. Dasar	P. Penularan	P. Manifestasi Oral
Media	68.07	67.23	68.28
Teman	67.66	67.86	67.96
Rata-rata	67.86	67.55	68.12

Pada tabel diatas, responden yang mengetahui Gaya Nusantara melalui media memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 68,07%, pada pengetahuan penularan 67,23% dan pada pengetahuan manifestasi oral 68,28%. Responden yang mengetahui Gaya Nusantara melalui teman memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,66%, pada pengetahuan penularan 67,86% dan pada pengetahuan manifestasi oral 67,96%.

5.2.11 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Cara Mengetahui Organisasi Gaya Nusantara

Tabel 5.2.11 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Tahun Bergabung dengan Organisasi Gaya Nusantara

Tahun Bergabung	Rata-rata % Nilai Benar		
	P. Dasar	P. Penularan	P. Manifestasi Oral
1980-1990	61.76	70.45	66.18
1991-2000	69.12	68.01	69.91
2001-2008	67.25	68.00	67.05
Rata-rata	66.04	68.82	67.71

Pada tabel diatas, responden yang bergabung dengan Gaya Nusantara pada tahun 1980-1990 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 61,76%, pada pengetahuan penularan 70,45% dan pada pengetahuan manifestasi oral 66,18%. Responden yang bergabung dengan Gaya Nusantara pada tahun 1991-2000 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 69,12%, pada pengetahuan penularan 68,01% dan pada pengetahuan manifestasi oral 69,91%. Responden yang bergabung dengan Gaya Nusantara pada tahun 2001-2008 memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,25%, pada pengetahuan penularan 68,00% dan pada pengetahuan manifestasi oral 67,05%.

5.2.12 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Tabel 5.2.12 Rata-Rata % Nilai Benar Pada Pengetahuan Dasar, Penularan, Manifestasi Oral Penyakit Sifilis menurut Berapa Kali Mengikuti Seminar Penyakit Menular Seksual

Mengikuti Seminar	Rata-rata % Nilai Benar		
	P. Dasar	P. Penularan	P. Manifestasi Oral
0-5	67.04	68.08	67.23
6--10	69.49	68.18	74.26
10--15	86.76	65.91	66.18
Rata-rata	74.43	67.39	69.22

Pada tabel di atas, responden yang telah mengikuti seminar penyakit menular seksual sebanyak 1-5 kali memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 67,04%, pada pengetahuan penularan 68,08% dan pada pengetahuan manifestasi oral 67,23%. Responden yang telah mengikuti seminar penyakit menular seksual sebanyak 6-10 kali memiliki nilai benar pada pengetahuan dasar 86,76%, pada pengetahuan penularan 67,39% dan pada pengetahuan manifestasi oral 69,22%.

5.2.13 Jumlah Responden Yang Memiliki Keseimbangan Nilai pada Pengetahuan Dasar, Cara Penularan dan Manifestasi Oral Sifilis

Tabel 5.2.13 Jumlah Responden Yang Memiliki Keseimbangan Nilai

% Nilai Benar	Jumlah	%
0-33,3%	0	0
33,4-66,7%	3	5,77
66,8-100%	12	23,07

Keseimbangan tingkat pengetahuan dasar, penalaran dan manifestasi oral sifilis terdapat pada 15 responden dengan pembagian 3 responden (5,77%) memiliki nilai benar 33,4-66,7% dan 12 responden (23,07%) memiliki nilai benar 66,8-100%. Tidak ada tingkat pengetahuannya kurang.

5.2.14 Data Responden Yang Memiliki Keseimbangan Tingkat Pengetahuan

Tabel 5.2.14 Data Responden Yang Memiliki Keseimbangan Tingkat Pengetahuan

Responden	Umur	P. Terakhir	Cara Tahu	Tahun Gabung	Mengikuti Seminar	%nilai benar
10	42	sma	Teman	2006	1	33,4-66,7
31	45	sma	Media	2007	0	33,4-66,7
45	19	smp	media	2006	1	33,4-66,7
2	55	sma	media	1995	5	66,8-100
14	28	sma	teman	2003	2	66,8
17	35	sl	teman	2002	3	66,8
19	25	sma	teman	1999	10	66,8
22	28	sl	media	2001	10	66,8
27	20	sma	teman	2007	1	66,8
29	32	sma	media	2006	3	66,8
32	21	sma	media	2007	2	66,8
34	25	sma	teman	1997	1	66,8
35	21	sma	teman	2005	4	66,8
47	26	sl	teman	2005	1	66,8
49	27	sma	media	2001	2	66,8

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Data Umum

Dari penelitian yang dilakukan pada bulan Januari-Maret menggunakan teknik sampling *snow ball*, didapatkan 52 responden. Penelitian pada bulan Januari mencatat ada 35 responden, sedang penelitian kedua di bulan Maret didapatkan 17 responden. Pada teknik *snowball sampling*, jumlah responden pada penelitian kedua seharusnya sama atau lebih besar dari penelitian pertama.

Kendalanya, pada penelitian kedua, responden yang seharusnya membawa responden lain justru tidak membawa karena responden yang mereka kenal juga hanya terbatas di organisasi tersebut. Selain itu, kendala lain adalah beberapa anggota *Gaya Nusantara* menolak untuk mengisi kuesioner karena sifat mereka yang masih tertutup (*closet homoseksual*).

Dari data umum pada tabel 5.1.1 sampai 5.1.5, terlihat bahwa perbandingan distribusi jumlah responden dalam tiap data tidak mencapai dua pertiga bagian, maka data ini tidak bisa dibahas dengan cara membandingkan satu dengan yang lain. Oleh sebab itu, pembahasan tabel ini dan seluruh tabel yang lain hanya bisa dilakukan jika melihat ke dalam rentang/kriterianya sendiri-sendiri.

6.2 Pembahasan Data Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Data Umum

Tabel 5.2.1 menunjukkan 82,69% (43 responden) memiliki tingkat pengetahuan tentang penyakit sifilis yang baik. Apabila dijabarkan dalam distribusi umur, pada tabel 5.2.2 adalah sebagai berikut: jumlah responden dengan kriteria pengetahuan baik paling banyak terdapat pada umur 51-55 tahun dengan persentase 100%. Kemudian disusul pada umur 26-30 sebanyak 92,31%. Pada umur 31-35 sebanyak 90%, dan yang paling rendah adalah pada umur 15-20 tahun yaitu sebanyak 50%.

Umur seseorang mencerminkan kedewasaan seseorang dalam berpikir dan menelaah suatu masalah. Interval umur 21-30 (dewasa muda) dianggap sebagai interval umur yang bisa mempelajari hal yang baru dengan baik sehingga terlihat di tabel kriteria pengetahuan tentang sifilis dengan kategori baik banyak terdapat di dalam kelompok ini. Usia 51-55 tahun tidak bisa dijadikan sebagai patokan pengetahuan dengan kategori baik walaupun persentasenya 100% karena respondennya hanya 1 orang yang bisa menyebabkan pengukuran tidak valid.

Peningkatan pengetahuan pada usia 15-20 tahun yang hanya mencapai pengetahuan baik sebanyak 50% saja tidak mutlak dilakukan. Pada rentang umur tersebut, manusia pada umumnya masih dalam proses mencari tahu dan belum memahami. Dengan berjalannya waktu, pengetahuan mereka akan terus bertambah baik melalui pendidikan formal/informal serta lingkungan. Meski demikian, karena kelompok homoseksual merupakan kelompok resiko besar terjadinya sifilis, lebih

baik penyampaian informasi tentang sifilis dimulai sejak mereka sadar dirinya sebagai seorang *gay* pada umur 20 tahunan (Myers, 2001) .

Pada tabel 5.2.3, 32 responden (82, 05%) dari 39 responden yang pendidikan terakhir SMA memiliki pengetahuan tentang sifilis yang baik. 6 orang (85,71%) dari keseluruhan 7 orang yang pendidikan terakhirnya S1 memiliki pengetahuan tentang sifilis yang baik, sedang pada tingkatan SMP, 2 (66,67%) dari 3 orang memiliki pengetahuan yang baik.

Pendidikan formal berpengaruh dalam pengetahuan seseorang karena melalui media ini, cara berpikir seseorang dibentuk. Selain itu, pendidikan formal bisa menambah wawasan seseorang. Namun, hal ini tidak mutlak karena pengetahuan bisa didapat dari pendidikan informal juga (Marsetio, 1983).

Pengetahuan tentang penyakit sifilis yang tampak pada tabel 5.2.4 menunjukkan pengetahuan responden yang mengetahui organisasi Gaya Nusantara dari media lebih baik dibanding responden yang mengetahui dari teman. Responden yang mengetahui Gaya Nusantara dari media, 87,80% memiliki pengetahuan baik. Sedang responden yang mengetahui Gaya Nusantara dari teman, hanya 63,64% yang memiliki pengetahuan baik.

Responden yang mengetahui Gaya Nusantara melalui media berpengetahuan lebih baik karena pengetahuan banyak didapat dari media. Media cetak dan elektronik adalah sarana informasi yang memiliki dampak yang sangat besar pada kehidupan sosial di masyarakat (Marsetio, 1983).

Dari tabel 5.2.5 terlihat pengetahuan tentang sifilis dengan kategori baik terdapat pada seluruh anggota (100%) yang bergabung tahun 1980-1990 dan 1991-2000. Pada tahun menjadi anggota 2001-2008, 29 responden (76,31%) berpengetahuan baik sedang 23,68% berpengetahuan cukup.

Semakin lama seseorang bergabung dalam organisasi ini, tingkat pengetahuannya semakin baik karena salah satu agenda kerja organisasi ini adalah pendidikan seksual sehingga semakin lama bergabung, diharapkan pengetahuan tentang penyakit seksual, misalnya sifilis semakin meningkat.

Dari tabel 5.2.6 terdapat sebanyak 100% dari responden yang mengikuti seminar tentang penyakit menular seksual sebanyak 6-10 kali dan 11-15 kali memiliki pengetahuan tentang penyakit sifilis yang baik. Sedang pada responden yang mengikuti seminar sebanyak 1-5 kali, 80,85% berpengetahuan baik dan 19,14% berpengetahuan sedang. Semakin banyak mengikuti seminar penyakit menular seksual maka pengetahuan akan semakin baik karena semakin banyak info yang didapatkan

6.3 Pembahasan Data % Nilai Benar pada Pengetahuan Dasar, Manifestasi Oral dan Penularan Sifilis.

Apabila dipisahkan antara pengetahuan dasar, penularan dan manifestasi oral sifilis, maka pada tabel 5.2.7 diketahui bahwa pengetahuan yang paling banyak diketahui oleh responden adalah pengetahuan tentang manifestasi penyakit sifilis di

rongga mulut yaitu dengan rata-rata % nilai benar sebanyak 66,92%. Sedangkan pengetahuan yang paling sedikit diketahui adalah pengetahuan dasar yaitu sebanyak 65,89%.

Berdasarkan teori, seharusnya pengetahuan yang paling banyak diketahui oleh responden adalah pengetahuan dasar yang merupakan pengetahuan deklaratif yang berupa fakta/aturan-aturan. Tapi, dalam penelitian ini, justru pengetahuan inilah yang paling rendah. Rendahnya pengetahuan ini kemungkinan disebabkan karena sumber pengetahuan mereka bersifat rasionalisme. Pada buku karangan A. Sony Keraf dan Mikhael Dua yang berjudul Ilmu Pengetahuan: Sebuah Tinjauan Filosofis, disebutkan bahwa 'kita perlu meragukan segala sesuatu sampai kita memiliki ide yang jelas dan tepat (*clara et distincta*)'. Manusia seringkali tidak mempercayai sesuatu sampai mereka melihat buktinya. Hanya dengan melihat bukti nyata mereka bisa mempercayai sesuatu tersebut sebagai pengetahuan. Sehingga bisa dijelaskan bahwa pengetahuan dasar yang berupa jenis kuman sifilis, cara hidup kuman sifilis di luar organisme maupun darah masih belum bisa ditangkap oleh responden sebagai suatu fakta yang benar, terlebih karena kuman sifilis itu tidak bisa dilihat/dialami oleh responden.

Dari penjelasan di atas, bisa disimpulkan kenapa pengetahuan manifestasi oral yang termasuk dalam pengetahuan kondisional/ strategi kognisi malah menunjukkan angka yang tinggi (66,92%). Padahal seharusnya, pengetahuan kondisional yang termasuk dalam tahap akhir pengetahuan ini baru bisa dicapai apabila pengetahuan

deklaratif (pengetahuan dasar) dan pengetahuan prosedural (pengetahuan cara penularan) sudah bisa dipahami.

Alasannya adalah responden cenderung lebih menyukai sesuatu yang bisa dilihat/dialami. Dalam penelitian ini, yang bisa dilihat adalah manifestasi oral sehingga banyak responden yang pengetahuannya tinggi pada jenis pengetahuan ini. Pada data tambahan, diketahui pula bahwa dari 34 responden yang memiliki pengetahuan manifestasi oral sifilis yang tinggi, 25 responden (73,53%) pernah memiliki (pertanyaan nomer 34) dan melihat luka/gejala awal sifilis di rongga mulut (pertanyaan nomer 20).

Pada tabel 5.2.8, pada seluruh kelompok umur, pengetahuan tentang penularan menunjukkan angka yang paling rendah dibanding pengetahuan yang lain yaitu sebanyak 56,02% nilai benar. Walau demikian, nilai benar pada pengetahuan tentang manifestasi oral justru lebih besar yaitu 63,19%. Berarti bila ditinjau dari komponen umur, walaupun responden tidak banyak mengerti cara penularan penyakit sifilis mereka mengerti tentang adanya gejala awal sifilis di dalam rongga mulut.

Pengetahuan tentang penularan adalah pengetahuan yang paling diperlukan agar responden bisa melakukan tindakan pencegahan. Oleh sebab itu, berdasarkan komponen umur, pada kelompok homoseksual masih perlu ditingkatkan penyuluhan atau seminar tentang cara penularan penyakit sifilis, terutama pada pengetahuan prosedural (pengetahuan tentang cara penularan) yang memiliki angka paling rendah.

Peningkatan pengetahuan ini ditujukan pada semua kelompok umur karena rata-rata nilai benar yang mereka dapat hampir sama yaitu berkisar antara 50-70%. Namun, sebaiknya difokuskan pada kelompok umur antara 20-30 tahun karena pada permulaan usia 20 tahun seseorang menyadari dirinya *gay*, ditambah dengan rentang masa *adolescent* yang merupakan usia seks produktif (Myers, 2001).

Rata-rata pada hasil tabel 5.2.9 sama dengan tabel 5.2.8 yaitu pengetahuan prosedural memiliki nilai paling tinggi (68,77%), dengan nilai tertinggi pada pendidikan terakhir D1 (73,53%) dan S1 (71,01%). Artinya secara umum, responden mengetahui bahwa sifilis memiliki gejala awal di rongga mulut yang disebut *chancre*. Namun, apabila ditinjau lagi dari masing-masing tingkat pendidikan, ternyata pengetahuan tentang manifestasi oral yang tinggi hanya terdapat pada pendidikan terakhir S1 dan D1 sedang pada pendidikan terakhir SMP dan SMA, pengetahuan kondisional ini lebih rendah (63,24% dan 67,31%) dibanding pengetahuan dasar dan pengetahuan penularan.

Lebih tingginya pengetahuan deklaratif pada tingkat pendidikan SMP dan SMA karena pada usia anak sekolah, pengetahuan yang mereka dapatkan hanya sebatas pengetahuan dasar yang diajarkan di sekolah. Sedang pada tingkat pendidikan D1 dan S1, pengetahuan yang mereka peroleh di kampus jauh lebih luas yang bisa mencapai ke pengetahuan manifestasi oral.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin baik pengetahuannya. Teori ini bisa diterapkan ke dalam tabel ini walau tidak mutlak, karena pengetahuan juga bisa didapatkan dari pendidikan informal.

Tabel 5.2.10 memperlihatkan nilai rata-rata pada pengetahuan manifestasi oral (68,12%) lebih tinggi dibanding pengetahuan penularan (67,86%) maupun pengetahuan dasar (67,55%). Apabila ditinjau dari cara mengetahui *Gaya Nusantara*, responden yang mengetahui melalui media memiliki nilai yang lebih baik. Hasil ini menunjukkan bahwa penyaluran informasi melalui media jauh lebih berguna dibandingkan lewat teman. Sehingga, apabila hendak dilakukan peningkatan pengetahuan, media bisa dijadikan alternatif yang baik karena media adalah sarana informasi yang memiliki dampak yang sangat besar pada kehidupan sosial di masyarakat (Marsetio, 1983).

Tabel 5.2.11 menunjukkan bahwa berdasarkan tahun bergabung, responden lebih mengetahui tentang pengetahuan penularan sifilis (68,82%). Pengetahuan prosedural dan pengetahuan kondisional akan lebih terasah melalui interaksi dengan orang lain yang disebut *social cognition* (Citation, 2006) yaitu melalui pengalaman yang dialami.

Semakin lama seseorang bergabung dalam suatu organisasi *Gaya Nusantara* maka pengetahuannya akan semakin tinggi karena adanya interaksi antar anggota yang bisa meningkatkan pengetahuan melalui informasi melalui dirinya sendiri (intrapersonal) dan dari orang lain (interpersonal) (Citation, 2006).

Pada seminar, responden mendapatkan 3 jenis pengetahuan yaitu pengetahuan tentang fakta-fakta dasar penyakit sifilis (pengetahuan deklaratif), pengetahuan tentang cara penularan sifilis (pengetahuan prosedural) dan pengetahuan tentang adanya manifestasi oral sifilis (pengetahuan kondisional). Diantara ketiga pengetahuan ini, pengetahuan deklaratif memiliki angka yang tertinggi (74,43%) seperti yang terlihat pada tabel 5.2.12. sedang angka terendah adalah pada pengetahuan penularan (67,39%) sehingga pada seminar yang akan datang perlunya diberikan penekanan yang lebih pada pengetahuan penularan penyakit sifilis.

Keseimbangan tingkat pengetahuan pada pengetahuan dasar, penularan dan manifestasi oral penyakit sifilis (tabel 5.2.13) hanya didapatkan pada 15 responden saja. Pada 3 responden (5,77%), nilai ketiga jenis pengetahuan tersebut sama-sama 33,4-66,7%. Ketiga responden ini bergabung dengan Gaya Nusantara pada setelah tahun 2006, hanya mengikuti seminar tentang penyakit menular seksual sebanyak 1 kali, bahkan ada yang belum pernah. Inilah alasan kenapa ketiga responden ini memiliki pengetahuan yang masih sedang.

Keseimbangan nilai yang lain terdapat pada 12 responden (23,07%) yang masuk dalam kategori pengetahuan baik. Keduabelas responden tersebut pernah mengikuti seminar tentang penyakit menular seksual minimal 2 kali, berumur lebih dari 21 tahun dan pendidikan minimal SMA, 9 responden bergabung dengan Gaya Nusantara antara tahun 1995-2005 sedang sisanya bergabung tahun 2007. Banyaknya cara mereka mendapatkan pengetahuan tentang sifilis yaitu melalui organisasi Gaya

Nusantara serta seminar yang mereka hadiri yang didukung pula dengan latar belakang pendidikan mereka menjadikan distribusi jenis pengetahuan mereka menjadi baik.

Keseimbangan nilai pada pengetahuan dasar, cara penularan dan manifestasi oral penyakit sifilis penting dalam menilai apakah responden mengerti dengan benar apa, dimana, siapa, bagaimana serta mengapa penyakit sifilis itu muncul. Apabila didapatkan suatu ketidakseimbangan, sangatlah mungkin responden tersebut tidak tahu pemecahan masalah yang mereka hadapi.

Kelompok homoseksual, sebagai kelompok resiko tinggi penularan penyakit sifilis diharapkan mengerti fakta-fakta tentang penyakit ini mulai dari teori umum sampai dengan penularan dan manifestasi oral yang bisa digunakan sebagai deteksi dini.

Walaupun tingkat pengetahuan responden menunjukkan 82,69% (43 responden) berpengetahuan baik, namun apabila ditinjau pada tiap-tiap komponen pengetahuan (dasar, manifestasi oral dan penularan) ternyata tidak ada keseimbangan antara ketiga pengetahuan ini. Bahkan, pengetahuan deklaratif yang merupakan dasar dari pengetahuan prosedural dan pengetahuan kondisional malah menunjukkan nilai yang lebih rendah (tabel 5.2.8).

Rata-rata % nilai benar yang belum tergolong baik karena hanya berkisar 65% menyebabkan perlunya peningkatan pengetahuan terutama melalui media. Dari tabel 5.2.4 dan 5.2.10 terlihat bahwa responden yang mengetahui Gaya Nusantara melalui

media memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Itu artinya, sarana media merupakan sarana yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit sifilis.

Homoseksual adalah kelompok resiko tinggi penyakit sifilis yang disebabkan karena ekspresi seksual mereka yang berbeda dengan heteroseksual. Homoseksual di Gaya Nusantara sebagian besar sudah *coming out*. Pada saat akhirnya mereka menerima orientasi seksual mereka yang biasanya terjadi pada masa *adolescent* (Myers, 2001), ada 4 pilihan yang biasanya mereka lakukan yaitu: *celibacy*, berhubungan seks dengan banyak partner, bunuh diri atau menjalin *long term love relationship* (Donatelle, 2001). Pada *gay*, pilihan berhubungan seks dengan banyak partnerlah yang paling banyak dipilih. Sedang *long term love relationship* lebih banyak dipilih oleh lesbian (Myers, 2001).

Selain seks dengan banyak partner, kaum *gay* juga memperlihatkan seksual behavior melalui fantasi seksual. Myers (2001) menyebutkan 95% pria dan wanita memiliki fantasi seksual, namun pada kaum *gay*, frekwensi fantasi seksual lebih banyak dibanding pada heteroseksual. Fantasi seksual ini merupakan salah satu faktor motivasi seksual.

Pengetahuan terutama harus difokuskan pada pengetahuan prosedural yaitu tentang bagaimana sifilis dapat menular (melalui media apa saja) karena apabila ditinjau dari data umum, diantara ketiga pengetahuan, pengetahuan inilah yang paling tidak diketahui oleh responden (tabel 5.2.8-5.2.12). Namun, secara global,

peningkatan pada setiap jenis pengetahuan haruslah dilakukan karena keseimbangan antara pengetahuan deklaratif, prosedural dan kondisional harus dicapai agar responden mengerti apa, dimana, siapa, bagaimana serta mengapa penyakit sifilis itu muncul sehingga mereka dapat melakukan pencegahan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan tentang terjadinya penyakit sifilis pada homoseksual di Gaya Nusantara Surabaya termasuk baik karena 43 responden (82,69%) masuk dalam kriteria memiliki pengetahuan yang baik. 9 responden (17,31%) berpengetahuan cukup dan tidak ada yang berpengetahuan rendah.
2. Pengetahuan yang paling banyak diketahui oleh homoseksual di Gaya Nusantara Surabaya adalah pengetahuan tentang manifestasi oral penyakit sifilis yaitu dengan rata-rata nilai benar sebanyak 66,92%. Sedangkan pengetahuan deklaratif dan pengetahuan prosedural penularan penyakit sifilis menunjukkan nilai benar 65,89% dan 66,74%.
3. Pengetahuan Homoseksual di Gaya Nusantara Surabaya pada pengetahuan dasar dan pengetahuan penularan dan pengetahuan manifestasi oral penyakit sifilis masih kurang yang dapat dilihat pada distribusi dan persen nilai jawaban benar pada tabel.

7.2 Saran

1. Peningkatan penyebaran informasi kepada masyarakat tentang pengetahuan dasar, penularan dan manifestasi oral penyakit sifilis terutama melalui media cetak dan elektronik.
2. Peningkatan penyuluhan dan seminar penyakit menular seksual pada organisasi Gaya Nusantara Surabaya, terutama pada pengetahuan cara penularan penyakit sifilis sehingga bisa didapatkan responden yang lebih mengerti tentang apa saja yang bisa dilakukan untuk mencegah penularan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ammon, Richard. Gay Indonesia. Available at <http://globalgayz.com>. Accessed 11st August 2007. 2006.
- Aprillianingrum, Farida SKM. Survei Penyakit Sifilis dan Infeksi HIV Pada Pekerja Seks Komersial Resosialisasi Argorejo Kelurahan Kalibanteng Kulon Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang. Semarang: FKM UNDIP. Skripsi. 2002.
- Bloom. dalam skripsi Tingkat Pengetahuan Pekerja Seks Komersial Tentang Manifestasi Oral Penyakit Sifilis di Wilayah Moro Seneng Kecamatan Benowo Kota Surabaya Tahun 2002. Surabaya: FKG UNAIR. 2002.
- Cristopher, S. Hall and Gail Bolan. HIV InSite Knowledge Base Chapter. Available at <http://www.cdc.gov>. 2006. Accessed 5th August 2007.
- Damayanti, Isma. Tingkat Pengetahuan Pekerja Seks Komersial Tentang Manifestasi Oral Penyakit Sifilis di Wilayah Moro Seneng Kecamatan Benowo Kota Surabaya Tahun 2002. Surabaya: FKG UNAIR. Skripsi. 2002.
- Djuanda, Adhi. "Sifilis" dalam *Penyakit Menular Seksual*. Jakarta : Gramedia. 1984.
- Donatelle, Rebecca J.. Health the Basic. 4th Edition. Pearson Education Company: Needham Heights, MA. 2001.
- Natahusana, E.C dan Adhi Djuanda. Sifilis dalam *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi 3. Jakarta: Universitas Indonesia. 2002.

- Hales, Dianne. *An Invasion to Health*. The Benjamin/Cummings Publisher Company: California. 1989.
- Hirschfeld, Magnus. *Basic Types of Sexual Behavior*. Available at www.sexology.org. Accessed 2nd September 2007.
- Little, James. W and friends. *Dental Management of The Medically Compromised Patient*. 6th Edition. Mosby: St. Louis Missouri. 2002
- Littlejohn, Stephen W. 1989. *Theories of Human Communication*. 3rd Edition. Wadsworth Publishing Company: Belmont, California
- Liu, Peter, M.D. *Syphilis*. Available at www.emedicine.com. Last Update 1st August 2006. Accessed 20th November 2007.
- Mar'at. Prof. Dr. *Sikap Manusia Perubahan serta Pengukuran*. Ghalis Indonesia: Jakarta Timur. 1981.
- McConaghy, Nathaniel. *Psychosexual Disorder*. Pearson Education Company: Needham Heights, MA. 2001.
- Meriam Webster Dictionary. *Software Meriam Webster Dictionary*. Incorporated Springfield Massachusetts: USA. 2004.
- Mintarsih, drg, MS. Sp. PM. "Kelainan di Rongga Mulut Akibat Infeksi Kuman" dalam kuliah *Oral Medicine I FKG Unair*. Surabaya. 2007.
- Myers, David. G. *Psychology*. 6th Edition. Worth Publishers: Michigan, Usa. 2001
- Natahusada; Djuandha Adhi. "Sifilis" dalam *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi 3. Jakarta : FK UI. 2000.

- Nelson, Kenrad E., dkk. *Infectious Disease Epidemiology*. An Aspen Publication: USA. 2001.
- Notoatmodjo, Dr. Soekidjo. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset: Yogyakarta. 1993.
- Nuraini Julisatuti. *Study Gay/Lesbian dalam Newsletter Kunci No. 5*, April 2000.
- Radolf, Justin D. 2000. *Treponema*. Available from. Accessed 7th December 2007.
- Robinson, B.A. *Homosexuality and Bisexuality: Lesbian, Gay, Bisexual Terminology*. Available at <http://www.religioustobrance.org>. Last update 11st December 2003. Accessed 21st July 2007.
- Rose, Louis F. And Donald Kaye. 1990. *Internal Medicine for Dentistry*. 2nd Edition. The CV Mosby Company: St Louis, Missouri.
- San Francisco Departement of Public health. *STD Risk Chart*. PLANETOUT INC: USA. 2007.
- Setiarso, Bambang. *Manajemen Pengetahuan dan Proses Penciptaan Pengetahuan*. Available from www.ilmukomputer.org. Accessed 25th September 2007.
- Setiawan, Andry. *Homoseksualitas: Sebab, Akibat dan Penyembuhannya*. Malang: SMUK Kolese Santo Yusup. 2002.
- Sonis, Stephen T., dkk. 1984. *Principles and Practice of Oral Medicine*. WB Saunders Company: Canada.
- Sukardi, dan Maramis. 1986. dalam skripsi *Tingkat Pengetahuan Pekerja Seks Komersial Tentang Manifestasi Oral Penyakit Sifilis di Wilayah Moro Seneng*

Kecamatan Benowo Kota Surabaya Tahun 2002. Surabaya: FKG UNAIR.
2002.

The Columbia Encyclopedia. Syphilis on The Columbelia Encyclopedia. Sixth
Edition. 2007

Wikipedia. Homosexuality. Available at <http://en.wikipedia.org>. Accessed 11st
August 2007.

Wikipedia. Homoseksualitas. Avaiable at <http://id.wikipedia.org>. Accessed 11st
August 2007.

Wikipedia. Syphilis. Available at <http://en.wikipedia.org>. Last Update 19th November
2007. Accessed 20th November 2007.

Wood, Norman. K and Paul W. Goaz. Differential Diagnosis of Oral Lession. 2nd
Edition. The CV Mosby Company: St Louis, Missouri. 1980.

Wood, S.E and E.G Wood. The World of Psychology. 3rd Edition. A Aviation
Company. 1999.

LAMPIRAN

LAMPIRAN

LEMBAR KUESIONER

Nama =
 Umur =
 Pendidikan Terakhir =
 Tahu tentang Gaya Nusantara dari =
 Bergabung di Gaya Nusantara sejak =
 Pernah mengikuti seminar/pelatihan tentang penyakit menular seksual....kali

Berilah Tanda Cawang (√) Pada Jawaban Yang Anda Anggap Paling Benar

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STJ
Pengetahuan Deklaratif/Dasar Sifilis					
1	Sifilis disebut juga penyakit raja singa				
2	Penyakit sifilis adalah penyakit menular				
3	Raja singa adalah penyakit menular seksual				
4	Sifilis tidak dapat ditularkan melalui hubungan seksual (seks oral, genital (alat kelamin) maupun seks anal)				
5	Sifilis disebabkan oleh virus				
6	Penyebab sifilis adalah bakteri <i>treponema pallidum</i>				
7	Penderita sifilis boleh melakukan donor darah				
8	Penderita sifilis tidak boleh menyusui bayinya				
9	Sifilis belum ada obatnya				
10	Sifilis bisa membuat penderitanya meninggal dunia				
11	<i>Treponema pallidum</i> selalu ada di tubuh manusia meskipun sudah diobati				
12	Penyembuhan sifilis pada wanita lebih sulit dibanding laki-laki				
13	Pengobatan sifilis yang tidak tuntas dapat menyebabkan kekambuhan				
14	Gejala sifilis di rongga mulut bisa dikurangi dengan menjaga kesehatan gigi dan mulut				
15	Sifilis dapat dicegah dengan penggunaan alat kontrasepsi (kondom)				

16	Pencegahan sifilis bisa dilakukan dengan melakukan kontrol teratur ke dokter				
Pengetahuan Prosedural/Pengetahuan Penularan Sifilis					
17	Sifilis tidak menular pada heteroseksual				
18	Kuman sifilis tidak bisa hidup di luar tubuh organisme (in vitro)				
19	Kuman sifilis bisa hidup di dalam darah selama 72 jam				
20	<i>Treponema pallidum</i> bisa menembus plasenta janin				
21	Bayi yang baru lahir dapat menderita sifilis jika ibunya menderita sifilis				
22	Ibu yang menderita sifilis bisa menularkan penyakitnya pada bayi yang menyusu				
23	Sifilis biasanya ditularkan melalui pemakaian bersama alat-alat mandi				
24	Sifilis tidak menular melalui transfusi darah				
25	Seorang perempuan yang berhubungan seks dengan pria pengidap sifilis				
26	tidak akan terkena sifilis karena sifilis hanya menular pada hubungan seks dengan sesama pria				
27	Kita dapat tertular sifilis jika berciuman dengan penderita				
28	Oral seks bisa menyebabkan penularan penyakit sifilis				
Pengetahuan Kondisional/Pengetahuan Manifestasi Oral Sifilis					
29	Sifilis memiliki gejala pada rongga mulut				
30	Rongga mulut pada penderita sifilis memiliki gejala yang khas				
31	Gejala sifilis di rongga mulut tidak terasa sakit				
32	Gejala Sifilis pada rongga mulut adalah gusi bengkak				
33	Luka seperti sariawan adalah gejala sifilis di rongga mulut				
34	Sariawan adalah gejala awal sifilis di rongga mulut				
35	Gejala awal sifilis di rongga mulut beda dengan gejala herpes karena gejala herpes berupa luka yang jumlahnya banyak dan bergerombol				
36	Sifilis menimbulkan bau yang khas pada penderitanya				
37	Gejala awal sifilis di rongga mulut dan sariawan berbeda karena sariawan terasa sakit sedang gejala awal sifilis tidak menimbulkan rasa sakit				
38	Gejala awal sifilis di rongga mulut berupa luka yang jumlahnya hanya 1				
39	Gejala awal sifilis di rongga mulut tidak menular				
40	Luka di rongga mulut bisa dicurigai sebagai gejala penyakit sifilis				
41	Saya pernah melihat/menemui gejala sifilis di rongga mulut				
42	Gejala Sifilis di rongga mulut bisa hilang jika si penderita melakukan terapi penyembuhan				

43	Saya pernah mengalami luka di rongga mulut				
44	Orang yang memiliki luka di rongga mulut boleh melakukan oral seks				

KETERANGAN:

S= SETUJU

SS= SANGAT SETUJU

TS= TIDAK SETUJU

STJ= SANGAT TIDAK SETUJU

