



**LAPORAN AKHIR
PENELITIAN RISBINKES 2015**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV-AIDS OLEH
LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT PEDULI AIDS DI JAKARTA
TAHUN 2015 (Studi Kasus Dua Lembaga Swadaya Masyarakat)**

Penyusun :

Ranti Suciati, S.Sos

Novianti, S.Sos

Mujiati, SKM,M.Kes

**PUSAT TEKNOLOGI INTERVENSI KESEHATAN MASYARAKAT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI 2015**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian: Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Pedul AIDS di Jakarta Tahun 2015 (Studi Kasus Dua Lembaga Swadaya Masyarakat)

MENGESAHKAN,
Ketua PPI

Ketua Pelaksana

Dr. Ir. Anies Irawati, M.Kes
NIP 195703171980112001

Ranti Suciati, S.Sos
NIP 197610202010122001

MENYETUJUI,
Kepala Pusat Teknologi
Intervensi Kesehatan Masyarakat

Dr. D. Anwar Musadad, SKM, M.Kes
NIP 195709151980121002



**LEMBARAN LAPORAN PEMBINAAN
LAPORAN AKHIR PENELITIAN**

Judul:

Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta Tahun 2015 (Studi Kasus Dua Lembaga Swadaya Masyarakat)

Ketua Pelaksana:

Ranti Suciati, S.Sos

Instansi Pelaksana:

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

Dinyatakan telah melalui Proses Pembinaan Penyusunan ~~Protokol~~/Laporan Akhir, dan telah diperbaiki sesuai hasil pembinaan yang dilakukan pada hari.....tanggaldengan catatan:_____

Lembaran laporan pembinaan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

MENYETUJUI,

Pembina 1:	Pembina 2:	Pembina 3:
Nama: Dr.dr.Felly P. Senewe, M.Kes	Nama: Dr. Gurendo Putro, SKM,M.Kes	
Tanda Tangan:	Tanda Tangan:	

SUSUNAN TIM PENELITIAN

No	Nama	Keahlian	Kedudukan dalam Tim	Uraian Tugas
1	Ranti Suciati, S.Sos	Antropologi	Ketua Pelaksana	Bertanggung jawab pada seluruh jalannya penelitian
2	Novianti, S.Sos	Sosiologi	Peneliti 1	Membantu ketua pelaksana pada proses persiapan, pengumpulan data, analisis, dan pelaporan.
3	Mujiati, SKM, M.Kes	Kesehatan Masyarakat	Peneliti 2	Membantu ketua pelaksana pada proses persiapan, pengumpulan data, analisis dan pelaporan.

SK PENELITIAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

NOMOR HK.02.03/1.2/2498/2015

TENTANG

TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN,

Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan Riset Pembinaan Kesehatan (Risbinkes) Tahun 2015 sesuai dengan protokol yang sudah ditetapkan, perlu menetapkan Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tentang Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2001 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);

2. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);

4. Peraturan Pemerintah ...



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 2 -

4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2005 tentang Alih Teknologi Kekayaan Intelektual serta Hasil Penelitian dan Lembaga Penelitian dan Pengembangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4497);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013, Nomor 741);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 937/MENKES/SK/IX/1998 tentang Komite Nasional Jaringan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VII/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
9. Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor HK.02.03/1.2/ /2015 tentang Tim Pengelola Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015;

MEMUTUSKAN: ...



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 3 -

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN KESEHATAN BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015.

KESATU : Susunan Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015 yang selanjutnya disebut Tim Pelaksana Risbinkes, tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Tim Pelaksana Risbinkes sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. melaksanakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan sesuai dengan bidang fokus, jenis insentif judul penelitian pelaksanaan penelitian/perekayaan, dan jumlah dana yang dialokasikan;
- b. menyampaikan laporan proses pelaksanaan dan kemajuan secara periodik serta proses akhir kegiatan penelitian dalam bentuk salinan keras dan salinan lunak sebagai berikut:
 1. laporan kemajuan kegiatan penelitian;
 2. laporan realisasi penyerapan anggaran;
 3. laporan akhir penelitian;
 4. data hasil penelitian (*raw data*) dan karakteristiknya, *log book* (Definisi operasional dan struktur data);
 5. draft naskah rancangan publikasi ilmiah penelitian;
 6. usulan Hak Kekayaan Intelektual (HKI) untuk hasil penelitian yang berorientasi HKI; dan



KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933

Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (Website) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

- 4 -

- berkoordinasi dengan Tim Teknis Administrasi dalam menyelesaikan dan menyerahkan seluruh bentuk pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

KETIGA : Tim Pelaksana Risbinkes bertanggung jawab dan wajib mengumpulkan laporan secara periodik kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Ketua Tim Pengelola Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015 dengan berkoordinasi kepada Kepala Satuan Kerja yang membidangi tugas dan fungsi masing-masing Tim Pelaksana Risbinkes.

KEEMPAT : Pembiayaan pelaksanaan tugas Tim Pelaksana Risbinkes dibebankan pada DIPA Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun Anggaran 2015.

KELIMA : Pada saat Keputusan ini mulai berlaku, Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nomor HK 02.03/I.2/1953/2014 tentang Tim Pelaksana Riset Pembinaan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2014 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KEENAM : Keputusan ini berlaku untuk Tahun Anggaran 2015.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 19 Maret 2015

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN KESEHATAN,



JANDRA YOGA ADITAMA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226
 Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933
 Surat Elektronik : sesban@litbang.depkes.go.id Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

LAMPIRAN:
 KEPUTUSAN KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
 PENGEMBANGAN KESEHATAN
 NOMOR HK.02.03/1.2/2498/2015
 TENTANG TIM PELAKSANA RISET PEMBINAAN
 KESEHATAN BADAN PENELITIAN DAN
 PENGEMBANGAN KESEHATAN TAHUN 2015

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
1	Studi Deskriptif Molekular Gen HA dan NA Virus Influenza A Subtipe H3N2 Pada Spesimen Tersangka MERS-CoV Jemaah Haji dan Umrah tahun 2013 - 2014	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Agustinih, S.Si 2. Nurika Hariastuti, MS	Ketua Peneliti Peneliti
2	Studi Deskriptif Serotipe Human Parainfluenza Virus (HPIV) Kasus ISPA Berat pada kelompok Umur ≤ 5 tahun di RSUD Mataram tahun 2014	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	3. dr. Natalie Laurentia Kipuw 4. Asri Febriyani 1. Hartanti Dian Ikawati, S.Si 2. Kindi Adam, M.Biotech 3. Kartika Dewi Puspa, S.Si.,Apt	Calon Peneliti Pembantu Peneliti Ketua Peneliti Calon Peneliti Calon Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
3	Uji Toksisitas Akut dan Antimalaria Kombinasi Ekstrak Kulit Batang Pulau (Alstonia scholaris) dan Meniran (Phyllanthus niruri) terhadap Histopatologi Limpa pada Mencit yang Diinfeksi Plasmodium berghei	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. drh. Putri Reno Intan 2. Tri Wahyuni L, S.Farm 3. Nita Prihartini,SKM 4. Nugroho Kardiyoanto	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
4	Tikus Putih Sprague Dawley Jantan Sebagai Model Untuk Penelitian Diabetes Mellitus Tipe 2 (Optimasi Dosis Dan Lama Waktu Pemberian Glukosa Oral)	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Risqa Novita, drh., M.KM 2. Sehatman,S.Pd.,M.Sc 3. Anggi Harris Faizal	Ketua Peneliti Peneliti Teknisi
5	Perbandingan Kadar Leptin Pada Individu Dengan Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) dan Diabetes Melitus (DM) di Bogor Tahun 2011 dan 2013	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. drh. Uly Alfi Nikmah, M.Biomed 2. dr. Frans Dany 3. dr. Faika Rachmawati 4. Linda Pujowati, S.Si	Ketua Peneliti Peneliti Teknisi Pembantu Peneliti
6	Karakterisasi Mutu Ekstrak Daun Sirsak (<i>Annona muricata</i> L) Pada Tiga Tempat Tumbuh	Pusat Biomedis dan Teknologi Kesehatan	1. Herni Asih Sctyorini, S.Farm, Apt 2. Arifayu Addiena Kurniatri, SSI 3. Rosa Adelina, M.Sc, Apt 4. Winarsih, SKM	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
7	Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Perkembangan Bayi Usia 3-11 Bulan Di Kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	1. Dwi Anggraeni Puspitasari, SKM 2. Indri Yunita Suryaputri, S.Psi, M.Si 3. Rika Rahmawati, SP, MPH 4. Asmidah Karmini	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Tknisi
8	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi Pada Masyarakat Di Kelurahan Kebon Kalapa Kota Bogor Tahun 2011 - 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. dr. Dewi Kristanti 2. Totih Ratna, SKM 3. Wahyuning Fitri, S.Ked	Ketua Peneliti Peneliti Tknisi
9	Karakteristik Pendaftar Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Bandung tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. dr. Anton Suryatma 2. Miftakhun Nafisah Y.P., SSI 3. Basuki Rahmat, ST	Ketua Peneliti Calon Peneliti Calon Peneliti
10	Pengetahuan dan Sikap Remaja Sekolah Menengah Pertama Tentang Dampak Perubahan Iklim Terhadap Kesehatan di Kota Bogor	Pusat Intervensi Masyarakat	1. Tities Puspita, S.Si 2. Rina Marina, S.Si 3. Kenti Friskarini, SKM, MKM	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti
11	Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS oleh LSM Peduli AIDS di Jakarta Tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat	1. Ranti Suciati, S.Sos 2. Novianti, S.Sos 3. Mujiati, SKM, M.Kes	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
12	Aspek Psikososial Ibu Usia Remaja Saat Kehamilan dan Pengasuhan Anak di Bogor Tahun 2015	Pusat Intervensi Masyarakat Teknologi Kesehatan	1. Andi Susilowati, SKM, M.Kes	Ketua Peneliti
			2. Iram Barida Maisya, SKM, MKM dr. Ika Saptarini	Peneliti
			3. dr. Ika Saptarini	Peneliti
13	Prevalensi Toxoplasmosis Pada Kambing di Kabupaten Banjarnegara	Balai Litbang Banjarnegara	1. drh. Corry Laura Junita Sianturi	Ketua Peneliti
			2. Dewi Puspita Ningsih, SKM	Peneliti
			3. Novia Triastuti, Amd.AK	Peneliti
			4. Dwi Priyanto, S.Si	Teknisi
14	Daya Tolak Bunga Lawang (<i>Illicium verum</i>) Terhadap Nyamuk <i>Aedes Aegypti</i>	Balai Litbang Banjarnegara	1. Eva Lestari, SKM	Ketua Peneliti
			2. Bondan Fajar W, SKM	Peneliti
			3. Adil Ustiawan, SKM	Peneliti
			4. Dian Indra Dewi, Amd	Teknisi
15	Penerapan Peraturan Desa Tentang Penemuan & Pengawasan Pengobatan Malaria Berbasis Masyarakat (Studi Kasus di Desa Tetel Kecamatan Pengadegan, Jawa Tengah)	Balai Litbang Banjarnegara	1. Agung Puja Kesuma, SKM	Ketua Peneliti
			2. Nova Pramestuti, SKM	Peneliti
			3. Asnan Prastawa, SKM	Peneliti
			4. Ulfah Farida T	Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
16	Faktor Determinan Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kecacangan Pada Anak Sekolah Dasar di Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2015	Balai Litbang Tanah Bumbu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deni Fakhriyal, SKM 2. Annida, M.Sc 3. Syarif Hidayat, S.Si 4. Eri Hariyati 	<p>Ketua Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Teknisi</p>
17	Studi Endemisitas Mikrofilaria Pasca POMP ke Empat di Kecamatan Kusan Hulu	Balai Litbang Tanah Bumbu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dian Eka Setyaningtyas, S.Si 2. Nita Rahayu, SKM, M.Sc 3. Windy Tri Yuana, S.Sos 4. Sudyat Sudarmawan 	<p>Ketua Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Teknisi</p>
18	Analisis Layanan Obat Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap (RSUD) Kota Palembang dan Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan	Badan Litbang dan Inovasi Daerah Provinsi Sumatera Selatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ns. Darul Udwan, M.Si 2. Irni Novitha, S.Kep, MPH 3. Dian Novriady, ST 4. Salmah, S.Kep 	<p>Ketua Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Teknisi</p>
19	Deteksi Rickettsia typhi pada pinjal tikus menggunakan Polimerase Chain Reaction (PCR) di Kota Pelabuhan Semarang, Kupang & Maumere	Balai Besar Litbang Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arum Sih Joharina, S.Si 2. Arief Mulyono, S.Si, M.Sc 3. Drh. Tika Fiona Sari, M.Sc 4. Mega Tyas Prihatin, Amd.AK 	<p>Ketua Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Peneliti</p> <p>Teknisi</p>

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
20	Faktor Risiko dan Deteksi Kuman Mycobacterium Leprae Dengan Metode PCR Pada Penderita dan Kontak Penderita Kusta di Kota Jayapura Tahun 2015	Balai Litbang Biomedis Papua	1. Hana Krismawati, M.Sc 2. dr. Antonius Oktavian M.Kes 3. Tri Nury Kridaningsih, S.Si 4. Arie Ardiansyah Nugraha	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
21	Pengembangan Model Surveilans Aktif DBD Melalui Metode Pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS) di Kota Tasikmalaya	Loka Litbang P2B2 Ciamis	1. Aryo Ginanjar, S.KM 2. Arda Dinata, S.KM 3. Rohmansyah WN, S.Sos	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti
22	Pelaksanaan Pemberian Obat Massal Pencegah (POMP) Filariasis dan Permasalahannya di Desa Mbilur Pangadu Kab. Sumba Tengah	Loka Litbang P2B2 Waikabubak	1. Varry Lobo, S.KM 2. Anderias Karniawan Bulu, S.Si 3. Monika Noshirman, S.KM 4. Maria Astiana Mapada, S.KM	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
23	Uji Aktivitas dan Toksisitas Akut Ramuan Jamu Anti Hipertensi Ringan Pada Tikus Putih Rattus Norvegicus	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. dr. Ulfatun Nisa 2. Saryanto, S.Farm, Apt 3. Suparno 4. Sigit S	Ketua Peneliti Peneliti Teknisi Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
24	Pengaruh Konseling Gizi pada Perubahan Pengetahuan, Pola Makan dan Kadar Gula Darah Penderita DM Tipe 2 di RRJ "Hortus Medicus"	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. Enggar Wijayanti, S.Gz 2. dr. Zuraida Zulkarnain 3. dr. Fajar Novianto 4. Rochmiatun, AMAK	Ketua Peneliti Peneliti Calon Peneliti Teknisi
25	Uji Aktivitas dan Toksisitas Akut Ramuan Jamu Anti Hiperurisemia Pada Tikus Putih Rattus Norvegicus L	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional	1. dr. Ulfa Fitriani 2. dr. Danang Ardiyanto 3. Saryanto, S.Farm, Apt 4. Umi Barokhah, Amd	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
26	Karakteristik Biokimia, Klinis, dan Pola Makan Pasien Goiter di Klinik Litbang Gaki Magelang	Balai Litbang Gangguan Akibat Kekurangan Iodium Magelang	1. dr. Wayan Dani Miftakhul Jannah 2. Deni Juwanto S.TP 3. Noviyanti Liana Dewi, SKM 4. Ernani Budi Prihatmi, S.ST	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi
27	Profil Kadar HbA1c dan kadar gula darah serta faktor yang mempengaruhinya pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Jayabaru Kota Banda Aceh	Loka Litbang Biomedis Aceh	1. Nur Ramadhan, Ners 2. dr. Nelly Marissa 3. Marya Ulfa, S.Si 4. Sari Hanum, AMD.AK	Ketua Peneliti Peneliti Peneliti Teknisi

No	Judul penelitian	Satuan Kerja	Tim Pelaksana	Jabatan Tim
28	Uji Daya Bunuh Ekstrak Daun Dan Bunga Kecambah (Etilingera Elatior) Terhadap Larva Nyamuk Aedes Aegypti	Balai Litbang Donggala	1. Meiske Elisabeth Koraag, S.Si	Ketua Peneliti
			2. Hayani Anastasia, SKM, MPH	Peneliti
			3. Rina Isnawati, S.Si	Peneliti
			4. Octaviani, SKM	Peneliti
29	Hubungan Anemia Gizi Dengan Infeksi Kecacingan Pada Remaja Putri Siswa SLTA di Kota Palu	Balai Litbang Donggala	1. dr. Muchlis Syahnuddin	Ketua Peneliti
			2. Phetisyia Pamela Frederika Sumolang, S.Si	Peneliti
			3. drh. Gunawan	Peneliti
			4. Leonardo Taruk Lobo, S.Si	Teknisi
30	Uji Repellent Minyak Atsiri Kulit Jeruk Bali (Citrus Maxima) Dalam Sediaan Lotion Terhadap Nyamuk Aedes Aegypti	Balai Litbang Donggala	1. Nurul Hidayah S. B	Ketua Peneliti
			1. Murni, S.Si	Peneliti
			2. Hasrida Mustafa, S.Si	Peneliti
			3. drh. Intan Tolistiawaty	Peneliti

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KESEHATAN,



TJANJUNGA YOGA ADITAMA

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. DR.Ir. Anies Irawati, M.Kes selaku pembimbing Riset Pembinaan Kesehatan, yang telah memberikan berbagai masukan, bimbingan, dan arahan terhadap keseluruhan proses pelaksanaan penelitian ini.
2. Dr. dr. Felly P Senewe, M.Kes dan Dr. Gurendo Putro, SKM,M.Kes yang telah membantu peneliti selama proses penyusunan protokol awal penelitian dan memberikan masukan terhadap seluruh proses penelitian yang telah berjalan.
3. Segenap pengurus dan petugas penjangkau Yayasan Karisma dan Yayasan Rempah yang telah mengizinkan penelitian ini berlangsung dan membantu pelaksanaan pengumpulan data.
4. Seluruh informan yang telah menyediakan waktu untuk pelaksanaan wawancara serta mendampingi ke lapangan.
5. Tim Teknis Riset Pembinaan Kesehatan, yang telah memberikan berbagai masukan dan arahan terhadap proses penyempurnaan protokol dan laporan penelitian.
6. Tim Sekretariat Riset Pembinaan Kesehatan 2015, yang telah membantu keseluruhan proses administrasi penelitian ini,
7. Dra. Rachmalina S. Prasodjo, MSCPH, selaku Kepala Sub Bidang Upaya Kesehatan Masyarakat, yang telah mendukung secara moril dan memberikan berbagai masukan terhadap pelaksanaan penelitian ini.
8. Para sahabat yang telah memberikan inspirasi dan dukungan kepada peneliti terhadap keseluruhan proses penelitian, serta
9. Segenap pihak yang telah membantu baik secara teknis maupun administratif terhadap penelitian ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu.

Ringkasan Eksekutif

Latar Belakang:

Kasus HIV-AIDS di Indonesia secara resmi dilaporkan sejak tahun 1987, sampai saat ini jumlah orang yang terinfeksi virus HIV-AIDS cenderung meningkat dan tidak pernah menurun. Pemerintah Indonesia mulai melakukan strategi respons penanggulangan AIDS sejak tahun 1994 dengan membentuk Komisi Penanggulangan AIDS. Salah satu poin dalam yang tercantum dalam strategi nasional penanggulangan HIV-AIDS adalah menciptakan dan memperluas lingkungan kondusif yang memberdayakan masyarakat sipil untuk berperan secara bermakna. (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010).

Sejumlah studi di beberapa negara telah membuktikan bahwa melibatkan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan dan penanggulangan masalah HIV/AIDS membuahkan hasil yang positif terutama dalam hal pencegahan perilaku berisiko (Ramirez-Valles, 2002). Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Peduli AIDS adalah salah satu contoh partisipasi masyarakat sipil yang dilibatkan dalam program terkait HIV-AIDS.

Penelitian ini bertujuan untuk menggali serta menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di kota Jakarta. oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS.

Hasil:

LSM Peduli AIDS dalam melaksanakan tugasnya menjalankan program terkait dipengaruhi oleh faktor struktural, organisasional, sosiokultural dan individu. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi penghambat (*barriers*) atau pendukung (*facilitator*) bagi LSM dalam menjalankan programnya.

Faktor struktural yang dapat menjadi penghambat (*barriers*) yang pertama adalah aspek legal formal. sebuah organisasi dapat bergerak dengan leluasa untuk melakukan kegiatan *fund rising* dari lembaga donor. Kedua, sehubungan dengan kebijakan Indonesia Darurat Narkoba, mempengaruhi program *harm reduction* dimana pendistribusian jarum suntik steril menjadi tidak optimal. Ketiga, sehubungan dengan kebijakan dibidang kesehatan, terkait aturan BPJS untuk ODHA dan penyeragaman jam layanan puskesmas (untuk ARV/jarum suntik steril) menjadi penghambat dalam bagi LSM. Sedangkan faktor

struktural yang dapat menjadi pendukung kinerja LSM adalah adanya lembaga-lembaga pemerintah yang menjalin kerjasama dengan LSM seperti puskesmas dan kepolisian.

Faktor organisasional terkait infrastruktur organisasi LSM, antara lain adalah memiliki visi misi yang jelas (*renstra*), struktur kepengurusan, pendanaan, kepemimpinan (*strong leadership*), serta didukung SDM yang adekuat. Dalam penelitian LSM AIDS, faktor organisasional menjadi hambatan (*barriers*) ketika *renstra* organisasi belum jelas, penyusunan struktur kepengurusan yang menyulitkan organisasi, pendanaan yang minim, serta kemampuan SDM yang terbatas.

Faktor sosiokultural terkait dengan nilai atau norma yang ada di masyarakat. Stigma adalah faktor sosiokultural yang menjadi penghambat (*barriers*). Pembagian jarum suntik steril kepada pecandu dianggap oleh masyarakat bahwa LSM mendukung pemakaian narkoba. Permasalahan seperti ini memang agak sulit untuk dikendalikan, yang dilakukan petugas LSM adalah dengan melakukan pendekatan kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat seperti RT dan RW agar hambatan ini dapat diminimalisir.

Faktor individual terkait perilaku klien terhadap program-program HIV-AIDS yang dijalankan oleh LSM. Perilaku negatif pasien menjadi hambatan (*barriers*) terkait program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Klien yang terorganisir seperti komunitas pasien Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) lebih mudah diajak bekerja sama dengan petugas LSM. Perilaku positif mereka dapat dikategorikan sebagai dukungan (*facilitator*) dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.

Rekomendasi:

Pertama, LSM sebagai mitra pemerintah lebih dilibatkan dalam program-program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS secara lebih kontinu sehingga LSM tidak harus selalu bergantung pada donor asing.

Kedua, perlu peningkatan kualitas layanan puskesmas dengan menyeragamkan jam layanan, seperti jam layanan loket untuk layanan ARV dan layanan jarum suntik steril disamakan dengan jam layanan puskesmas pada umumnya, karena ada beberapa puskesmas memiliki jam layanan pendek untuk HIV-AIDS. Untuk mengatasi masalah administratif kependudukan karena banyak kasus ODHA yang tidak memiliki KTP, maka sebaiknya ada peninjauan untuk persyaratan pendaftaran BPJS bagi ODHA.

Meningkatkan edukasi tentang HIV-AIDS kepada masyarakat, agar informasi dan pengetahuan HIV-AIDS lebih merata di masyarakat.

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PROGRAM
PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV-AIDS OLEH LEMBAGA SWADAYA
MASYARAKAT PEDULI AIDS DI JAKARTA
TAHUN 2015 (Studi Kasus Dua Lembaga Swadaya Masyarakat)

Ranti Suciati

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Litbangkes, Kemenkes RI
Email: rantisuciati7@gmail.com

Abstrak

Pelibatan masyarakat merupakan pendekatan yang digunakan untuk membantu memecahkan masalah kesehatan termasuk HIV-AIDS. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Peduli AIDS adalah salah satu contoh pelibatan masyarakat dalam program HIV-AIDS. Hasil penelitian terkait organisasi yang bergerak dalam penanganan HIV-AIDS ditemukan adanya faktor-faktor yang menjadi penghambat sekaligus pendukung bagi kelangsungan organisasi tersebut. Faktor-faktor tersebut adalah struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu.

Penelitian ini bertujuan untuk menggali lebih jauh faktor-faktor yang menjadi penghambat dan pendukung LSM AIDS dalam menjalankan program penanggulangan dan pencegahan HIV AIDS di masyarakat. Pengumpulan data dilakukan dengan metode kualitatif, yaitu wawancara mendalam dan pengamatan terlibat. Wawancara mendalam dilakukan kepada 20 orang informan pada dua LSM di wilayah Jakarta Timur. Pengamatan terlibat dengan mengikuti kegiatan para petugas LSM di lapangan.

Melalui penelitian ini ditemukan bahwa faktor struktural terkait kebijakan dan aturan pemerintah dapat mempengaruhi kinerja LSM. Faktor organisasional terkait infrastruktur organisasi LSM, pendanaan dan SDM menjadi hambatan utama. Faktor sosiokultural terkait dengan nilai atau norma yang ada di masyarakat. Stigma adalah faktor sosiokultural yang menjadi penghambat. Faktor individual terkait perilaku klien terhadap program-program HIV-AIDS yang dijalankan oleh LSM. Perilaku negatif pasien menjadi hambatan terkait program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Perilaku positif merena dapat dikategorikan sebagai dukungan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.

Oleh karena itu disarankan pemerintah lebih meningkatkan kerja sama dengan LSM dalam program HIV-AIDS, peningkatan kualitas layanan kesehatan yaitu jam layanan puskesmas terhadap ARV dan layanan jarum suntik steril, serta edukasi lebih merata kepada masyarakat mengenai HIV/AIDS.

Kata Kunci: LSM, HIV-AIDS, Faktor Struktural, Faktor Organisasional, Faktor Sosio kultural, Faktor Individu

Daftar Isi

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBARAN LAPORAN PEMBINAAN	ii
LAPORAN AKHIR PENELITIAN	ii
SUSUNAN TIM PENELITI	iii
SK PENELITIAN.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	xvi
Ringkasan Eksekutif.....	xvii
Abstrak	xix
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah Penelitian.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT	6
2.1 Tujuan Penelitian.....	6
2.1.1 Tujuan Umum.....	6
2.1.2 Tujuan Khusus	6
2.2 Manfaat Penelitian.....	6
2.2.1 Bagi Organisasi yang Bergerak dalam Bidang Pencegahan dan Penanggulangan	6
2.2.2 Bagi Institusi Pemerintah	6
2.2.3 Bagi Peneliti.....	7
BAB 3. METODE PENELITIAN	8
3.1 Kerangka Konsep.....	8
3.2 Desain Penelitian.....	9
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	9
3.4 Informan Penelitian.....	9
3.4.1 Teknik Pemilihan Informan	9
3.4.2 Jumlah Informan	10
3.4.3 Cara Pemilihan Informan.....	10
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	11
3.6.Variabel dan Definisi Operasional Penelitian.....	12
3.7 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	12
3.8 Pengawasan Kualitas Data	13

3.9 Manajemen Analisis Data.....	13
3.10 Langkah-langkah Penelitian	13
3.12 Pertimbangan Etik Penelitian.....	14
3.13 Keterbatasan Penelitian	14
BAB 4. HASIL.....	15
4.1 Gambaran Umum Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang Menjadi Subyek Penelitian..	15
4.1.1 Gambaran Umum LSM “A”	15
4.1.2 Program dan Kegiatan di LSM “A”	17
4.1.3 Gambaran Umum LSM “B”	19
4.1.4 Program dan Kegiatan di LSM “B”	21
4.2 Faktor Penghambat dan Pendukung Upaya Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM).....	23
4.2.1 Faktor Struktural	23
4.2.2 Faktor Organisasional.....	32
4.2.3. Faktor Sosiokultural.....	43
4.2.4. Faktor Individual.....	50
4.2.5. Kendala/hambatan dan Solusinya.....	59
BAB 5. PEMBAHASAN	64
5.1. Faktor Struktural	64
5.2. Faktor Organisasional.....	65
5.3. Faktor Sosiokultural	66
5.4. Faktor Individual.....	67
Dokumentasi Foto	68
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	70
6.1 Kesimpulan:.....	70
6.2 Saran:.....	71
DAFTAR PUSTAKA.....	72
LAMPIRAN	74

Daftar Tabel

Tabel 4.1 Gambaran faktor struktural LSM “A” dan LSM “B”

Tabel 4.2 Gambaran faktor organisasional LSM “A” dan LSM “B”

Tabel 4.3 Gambaran faktor sosiokultural LSM “A” dan LSM “B”

Tabel 4.4 Gambaran faktor individual LSM “A” dan LSM “B”

Tabel 4.5. Gambaran Kendala/ hambatan dan solusi yang dilakukan oleh LSM “A” dan LSM “B”

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Surat Persetujuan Etik (Ethical Approval) dari KNEP

Lampiran 2. Surat Ijin Kementerian Dalam Negeri

Lampiran 3. Pedoman Wawancara Mendalam Pembina dan Ketua LSM Peduli AIDS

Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam Pengurus dalam organisasi LSM dan Kader LSM Peduli AIDS

Lampiran 5. Contoh Formulir Kegiatan Harian Petugas Lapangan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu program prioritas pembangunan pemerintah Indonesia adalah upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sebagai unsur dari MDGs (*Millenium Development Goals*). Berbagai upaya kesehatanpun diarahkan untuk mendukung program ini, tidak terkecuali perang melawan penyakit infeksi HIV-AIDS. Searah dengan MDG-6, UNAIDS juga memandu visinya agar di tahun 2015 tidak ada lagi penyebaran (*zero infections*), kematian (*zero AIDS-related deaths*) dan stigma (*zero discrimination*) akibat HIV-AIDS.¹ HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang/menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia.² AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV.² Akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi yang sering berakibat fatal.² Menurut WHO, pada tahun 2013 terdapat 35 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV, dan 1,5 juta orang meninggal akibat HIV-AIDS.³ Kasus infeksi HIV-AIDS telah menjadi masalah kesehatan yang di hadapi oleh banyak negara di dunia.⁴

Target MDGs Indonesia untuk HIV-AIDS adalah menghentikan laju penyebaran serta membalikkan kecenderungannya pada 2015, akan tetapi saat ini kita belum dapat mengatakan telah melakukan dua hal tersebut. Menurut laporan The GAP Report UNAIDS tahun 2014, estimasi kasus infeksi baru HIV di Indonesia justru meningkat tajam hingga 48%, estimasi kasus infeksi baru pada tahun 2005 sebanyak 54.000, pada tahun 2013 meningkat menjadi 80.000.⁴ Hal ini menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara di Asia dengan epidemi yang berkembang cepat.⁵

Menurut data Ditjen PP&PL sampai dengan tahun 2005 jumlah kasus HIV yang dilaporkan sebanyak 859, tahun 2006 (7.195), tahun 2007 (6.048), tahun 2008 (10.362), tahun 2009 (9.793), tahun 2010 (21.591), tahun 2011 (21.031), tahun 2012 (21.511), tahun 2013 (29.037) dan tahun 2014 (22.869). Angka kumulatif penderita HIV dari tahun 1987 sampai September 2014 sebanyak 150.296 orang.⁶ Sedangkan untuk kasus AIDS, sampai dengan tahun 2005 yang dilaporkan sebanyak 5.184, tahun 2006 (3.665), tahun 2007 (4.655), tahun 2008 (5.114), tahun 2009 (6.073), tahun 2010 (6.907) dan tahun 2011 (7.312), tahun 2102 (8.747), tahun 2013 (6.266) dan 2014 (1.876). Jumlah kumulatif AIDS

dari tahun 1987 sampai dengan September 2014 sebanyak 55.799 orang.⁶ Prevalensi Kasus AIDS per 100.000 penduduk di Indonesia sampai dengan September 2014 total sebesar 23,48.⁶

Kasus AIDS di Indonesia ditemukan pertama kali di Bali pada tahun 1987 dan sejak saat itu jumlah kasus terus meningkat.² Pemerintah Indonesia mulai melakukan strategi respons penanggulangan AIDS sejak tahun 1994 dengan Keputusan Presiden Nomor 26 Tahun 1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), yang diperbaharui dengan Perpres nomor 75 tahun 2006. Perpres ini menandai terjadinya intensifikasi penanggulangan AIDS, dimana keanggotaan KPA menjadi lebih luas dan multisektoral, jika di tahun 1994 anggota KPA hanya terdiri dari pihak pemerintah yang diwakili oleh 13 lembaga, maka di Perpres no.75/2006 bertambah menjadi 26 lembaga pemerintah, ditambah pihak swasta dan masyarakat.^{7,8} KPA juga dibentuk mulai dari tingkat provinsi hingga ke kabupaten/kota. Dalam pelaksanaan tugasnya, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional melakukan koordinasi dan/atau kerjasama dengan instansi pemerintah pusat maupun instansi pemerintah daerah, dunia usaha, organisasi non pemerintah, organisasi profesi, perguruan tinggi, badan internasional, dan/atau pihak-pihak lain yang dipandang perlu, serta melibatkan partisipasi masyarakat.⁸

Pelibatan masyarakat/komunitas (*community involvement*) adalah salah satu pendekatan untuk membantu memecahkan masalah-masalah kesehatan termasuk masalah HIV-AIDS.⁹ Sejak HIV-AIDS mulai menjadi epidemi, pelibatan masyarakat/komunitas telah memainkan peranan penting dalam program penanggulangan HIV-AIDS. Masyarakat (*community*) yang menjadi relawan, aktivis atau petugas penjangkau HIV-AIDS-lah yang menjadi penggerak perubahan sosial di masyarakat, mereka melakukan edukasi, pencegahan dan perawatan pada orang-orang yang berisiko tinggi terkena virus ini.¹⁰ Sejumlah studi di beberapa negara telah membuktikan bahwa dengan melibatkan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan dan penanggulangan masalah HIV-AIDS membuahkan hasil yang positif.¹⁰ Mereka misalnya, aktif untuk memobilisasi Wanita Pekerja Seks atau WPS untuk berperilaku seks yang aman, memberdayakan ODHA, memberi dukungan atau dampingan agar ODHA tidak merasa rendah diri atau berkecil hati terutama dalam menghadapi stigma di masyarakat.¹⁰

Sebuah penelitian di India yang dilakukan oleh AIDStar-One, menggali bagaimana peran dan strategi organisasi berbasis komunitas yaitu Sarathi dan Prerana Sarajik Sansta (PSS) dalam melakukan program penanggulangan HIV-AIDS di kalangan lelaki seks

dengan laki-laki (LSL) dan Wanita Penjaja Seks (WPS). Sarathi adalah sebuah organisasi komunitas peduli HIV-AIDS yang terdiri dari LSL, para anggota komunitas tersebut melakukan kegiatan penjangkauan, mendatangi tempat-tempat khusus yang biasa dikunjungi komunitas LSL, mengumpulkan data profil LSL, membangun jaringan komunikasi informal antara mereka, melakukan pendampingan untuk VCT dan membantu memfasilitasi kepada akses pada layanan kesehatan.¹¹ Sama halnya dengan organisasi PSS, organisasi ini anggotanya terdiri dari WPS, mereka mensosialisasikan pentingnya berperilaku seks yang aman (penggunaan kondom) kepada para WPS. Selain itu membantu memfasilitasi kepada akses layanan kesehatan.¹¹ Organisasi berbasis komunitas seperti Sarathi dan PSS dinilai lebih efektif dan bisa lebih diterima oleh individu-individu yang menjadi target atau sasaran program, selain itu kemungkinan program penanggulangan HIV-AIDS dapat lebih terjaga keberlanjutannya.¹¹ India adalah salah satu negara yang membuat kebijakan program HIV-AIDS dengan melibatkan *Non Government Organization* (NGO) atau *Community Based Organizations* (CBOs) sebagai ujung tombak dalam manajemen program penanggulangan HIV-AIDS bagi MARPs (*Most At Risk Populations*). Hasilnya adalah adanya peningkatan intervensi program HIV-AIDS, jika di tahun 2005 cakupan intervensi program HIV nasional di India sebanyak 5%, setelah melibatkan NGO atau CBOs meningkat hingga 13% pada tahun 2006.-2007.¹¹

Penelitian lain terkait pelibatan masyarakat dalam program HIV-AIDS di Indonesia pernah dilakukan oleh jurusan Antropologi Universitas Padjadjaran, mereka meneliti tentang Forum Warga Peduli AIDS di Bandung.¹² Hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa forum ini terdiri dari dibentuk oleh warga masyarakat biasa di tingkat kecamatan, tidak seperti Sarathi dan PSS di India yang terbentuk dari komunitas tertentu. Anggota atau kader forum WPA dalam kegiatannya memang belum seluruhnya berinteraksi dengan populasi kunci atau ODHA, tetapi mereka lebih pada upaya penyebaran informasi pencegahan HIV-AIDS, memberi dukungan pada OHIDHA, membantu keperluan administrasi bagi ODHA yang tidak mampu dan juga memobilisasi sumber daya dan sumber dana.¹²

Mengelola organisasi berbasis masyarakat/komunitas seperti Warga Peduli AIDS, Sarathi atau PSS di India tidak mudah, walaupun mereka mendapat dukungan dari pemerintah/swasta/lembaga donor sebagai mitra kerja, disaat yang sama mereka juga menghadapi berbagai tantangan dan hambatan baik yang bersifat manajerial atau teknis di lapangan.

Kasus HIV-AIDS sudah menyebar di 381 kabupaten/kota di seluruh provinsi di seluruh Indonesia.⁶ Menurut laporan Kementerian Kesehatan September 2014, DKI Jakarta adalah provinsi di Indonesia dengan angka HIV-AIDS tertinggi. Jumlah kumulatif infeksi HIV di Jakarta sampai dengan September 2014 mencapai 32.782 dengan prevalensi 77,82 per 100 ribu penduduk.⁶ Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta mengembangkan Strategi dan Rencana Aksi Provinsi Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi DKI Jakarta tahun 2013- 2017.¹³ Salah satu strategi yang dilakukan adalah dengan bekerja sama dengan unsur masyarakat/komunitas seperti LSM peduli AIDS untuk menjangkau populasi risiko tinggi dengan intervensi perubahan perilaku yang efektif untuk seluruh wilayah DKI Jakarta.¹³

Berdasarkan latar belakang di atas, kami tertarik melakukan penelitian ini untuk menggali faktor-faktor penghambat yang dihadapi oleh organisasi LSM Peduli AIDS, terutama dalam melaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Disaat yang sama dalam penelitian ini akan menggali faktor-faktor pendukung yang dimiliki LSM Peduli AIDS sehingga organisasinya terus dapat berjalan secara berkelanjutan.

1.2 Perumusan Masalah Penelitian

Dalam sebuah hasil penelitian terkait organisasi yang bergerak dalam penanganan HIV-AIDS ditemukan adanya faktor-faktor yang menjadi penghambat sekaligus pendukung bagi kelangsungan organisasi tersebut. Faktor-faktor tersebut adalah struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu.¹⁴ Untuk mengetahui bagaimana faktor-faktor tersebut mempengaruhi pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, maka penelitian tentang “Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta Tahun 2015” ini dilakukan

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana *faktor* struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu dapat memfasilitasi/mendukung pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta?

2. Bagaimana *faktor* struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu dapat menjadi penghambat pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di Jakarta oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta?
3. Bagaimana inisiatif atau strategi yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta *untuk* mengatasi hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di Jakarta?

BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT

2.1 Tujuan Penelitian

2.1.1 Tujuan Umum

Menggali atau menelusuri lebih jauh faktor-faktor yang menjadi penghambat dan pendukung bagi Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS dalam menjalankan program penanggulangan dan pencegahan HIV AIDS di masyarakat.

2.1.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya *faktor* struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu yang dapat memfasilitasi/mendukung pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta.
2. Diketuainya *faktor* struktural, organisasi, sosio-kultural dan individu yang dapat menjadi penghambat pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS di Jakarta.
3. Diketuainya inisiatif atau strategi yang dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat Peduli AIDS untuk mengatasi hambatan dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di Jakarta.

2.2 Manfaat Penelitian

2.2.1 Bagi Organisasi yang Bergerak dalam Bidang Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS

Dengan adanya penelitian ini diharapkan ada informasi dan pengetahuan yang dapat dibagi (*shared information & knowledge*) mengenai hambatan (*barriers*) dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS oleh LSM Peduli AIDS di Jakarta, serta strategi atau inisiatif yang dilakukan oleh LSM Peduli AIDS dalam mengatasi hambatan tersebut.

2.2.2 Bagi Institusi Pemerintah

Data dan informasi ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah dalam membuat kebijakan tentang hal yang berkaitan dengan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS yang melibatkan partisipasi masyarakat. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dibangun sebuah model intervensi untuk program

pengecegan dan penanggulungan HIV-AIDS yang lebih sinkron antara pemerintah dan masyarakat.

2.2.3 Bagi Peneliti

Dengan adanya penelitian ini diharapkan menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti tentang peran partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulungan HIV-AIDS.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Konsep Pelibatan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS

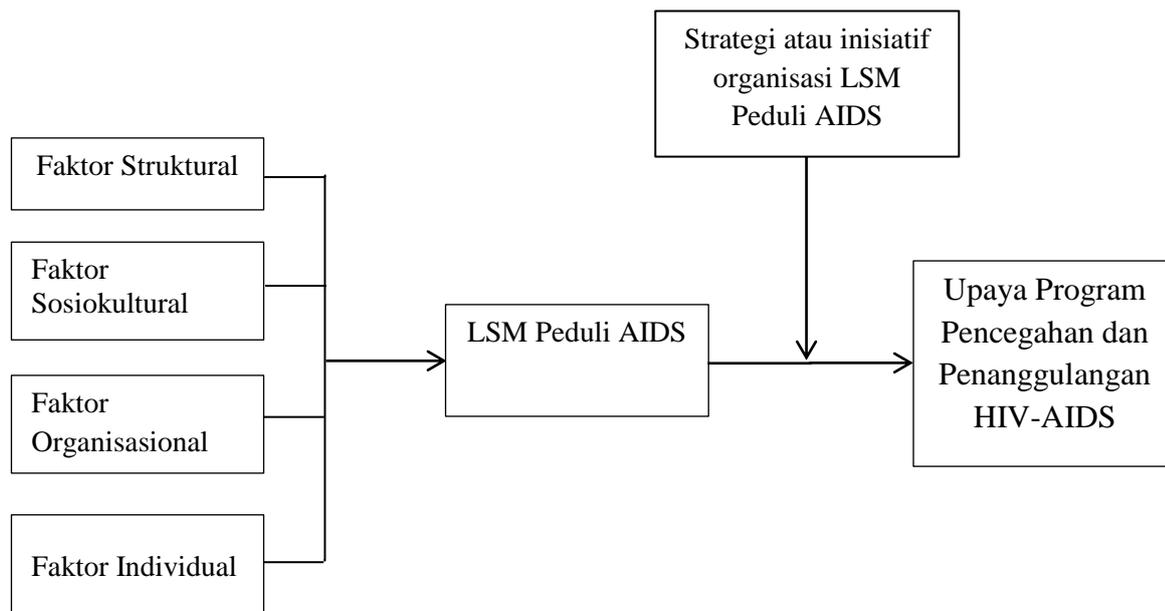
Upaya program pencegahan dan penanggulangan masalah HIV-AIDS dengan melibatkan partisipasi masyarakat telah memberi hasil yang positif.¹⁵ Salah satu bentuk atau komponen partisipasi masyarakat dalam program HIV-AIDS adalah konsep *Community Based Organizations* (CBOs) – Organisasi Berbasis Komunitas.⁹ CBOs merupakan suatu upaya yang lebih terorganisir untuk melawan HIV-AIDS. Organisasi ini dibentuk oleh anggota komunitas, mereka memiliki kantor sebagai tempat untuk berkoordinasi, dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan setempat untuk melakukan program HIV-AIDS seperti pencegahan dan pengobatan. Aktivitas CBOs tergantung pada tujuan individu-individu ada di dalamnya, mereka dapat melibatkan diri dalam upaya membantu perawatan, VCT, identifikasi pasien, membantu usaha pembiayaan, penelitian, pengumpulan data dan pengambilan keputusan dalam sektor kesehatan dalam area lokal.⁹

Sebuah penelitian mengenai organisasi berbasis masyarakat untuk penanganan HIV-AIDS menemukan bahwa faktor struktural, organisasional, sosiokultural, dan individual adalah faktor-faktor penting yang dapat menjadi penghambat dalam pelaksanaan program. Sebaliknya, jika seluruh faktor tersebut bersifat positif akan dapat mendukung tumbuh kembangnya organisasi, sehingga keberhasilan dan keberlanjutan sebuah organisasi berbasis masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS akan tercapai.^{12,14}

- Faktor struktural: Peraturan atau kebijakan dari pemerintah atau lembaga lain di luar organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi.
- Faktor Sosiokultural: Nilai atau norma yang ada di masyarakat.
- Faktor Organisasional: Karakteristik organisasi yang berhubungan dengan infrastruktur organisasi (pendanaan, sumberdaya manusia, kepemimpinan).
- Faktor Individual : siapa individu yang menjadi dampingan/klien.

Dalam penelitian ini, yang organisasi berbasis masyarakat yang dimaksud adalah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli dengan masalah HIV-AIDS.

Gambar Kerangka Konsep



3.2 Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian non intervensi dengan metode kualitatif, dimana melalui penelitian ini akan digali secara lebih mendalam suatu permasalahan atau kasus berdasarkan data dasar atau fakta yang didapat melalui proses wawancara mendalam dengan informan yang sesuai kriteria yang telah dibuat oleh peneliti serta hasil pengamatan (observasi).

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Jakarta pada dua lembaga swadaya masyarakat peduli AIDS yang menjadi anggota Forum LSM Peduli AIDS. Penelitian ini berlangsung selama 8 bulan, dengan proses pengumpulan data dilakukan selama 4 bulan (Maret – Juni 2015) dengan menggunakan metode kualitatif. Data primer diperoleh melalui proses wawancara mendalam terhadap beberapa informan dan pengamatan di lapangan

3.4 Informan Penelitian

3.4.1 Teknik Pemilihan Informan

Pemilihan informan dilakukan dengan *purposive sampling*, dimana informan dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti, yaitu memilih informan yang dianggap paling mengetahui informasi yang diharapkan.

3.4.2 Jumlah Informan

Informan yang diwawancarai pada penelitian ini sebanyak 20 orang, terdiri dari:

1. 1 orang direktur (LSM “B”)
2. 1 orang ketua LSM (LSM “B”)
3. 3 orang manajer program (LSM “B” 1 orang dan LSM “A” 2 orang)
4. 2 orang data entry (LSM “A” 1 orang dan LSM “B” 1 orang),
5. 1 orang bagian keuangan (LSM “A”)
6. 2 orang kordinator lapangan (LSM “A” 1 orang dan LSM “B” 1 orang)
7. 1 orang VCT konselor (LSM “A”)
8. 7 orang petugas penjangkau (4 LSM “A” dan 3 LSM “B”)
9. 1 orang petugas advokasi (LSM “A”)
10. 1 orang dampingan (LSM “B”)

Pemilihan informan diatas didasarkan pada struktur organisasi masing-masing LSM, dengan demikian dapat diperoleh data-data terkait manajemen organisasi maupun teknis lapangan yang dapat menjawab pertanyaan penelitian.

3.4.3 Cara Pemilihan Informan

Untuk pemilihan informan, sebagai langkah awal tim peneliti menghubungi Forum LSM Peduli AIDS, untuk mencari informasi tentang LSM Peduli AIDS di Jakarta. Menurut penjelasan dari sekretaris Forum LSM Peduli AIDS, di Jakarta ada sekitar 35 organisasi LSM. Hanya sebagian kecil LSM tersebut memiliki fokus kegiatan penjangkauan pengguna napza jarum suntik (penasun). Setelah mendengarkan penjelasan dari sekretaris Forum LSM, tim berdiskusi, dan memutuskan memilih dua LSM “A” dan LSM “B”. Adapun alasan mengapa memilih LSM tersebut pertama adalah karakteristik LSM “A” dan “B” keduanya sama-sama memiliki program penjangkauan penasun, wilayah kerja yang hampir sama, hanya saja LSM “A” adalah LSM yang sudah berdiri cukup lama dan sudah lebih mapan, sedangkan LSM “B” adalah LSM yang baru mulai diaktifkan kembali setelah sebelumnya vakum. Dengan memilih dua LSM dengan program kerja yang hampir sama tetapi memiliki karakteristik berbeda diharapkan diperoleh gambaran yang beragam tentang hambatan-hambatan yang dihadapi, bagaimana strategi organisasi menghadapi hambatan tersebut dan dukungan apa saja yang mereka peroleh dalam pelaksanaan program terkait HIV-AIDS. Kedua adalah pertimbangan lokasi dan akses yang terjangkau kedua LSM tersebut ada di wilayah Jakarta Timur dan mudah dihubungi dan kooperatif.

Langkah selanjutnya adalah tim mendatangi LSM kedua tersebut, memperkenalkan diri dan mengemukakan maksud dan tujuan penelitian. Setelah itu kami tim peneliti memutuskan untuk mengikuti kegiatan rutin mereka, seperti rapat mingguan dan mencoba ikut turun ke lapangan. Dari kegiatan rapat dan turun lapangan, tim peneliti memperoleh gambaran mengenai tugas atau kerja dari masing-masing anggota LSM. Dari gambaran tersebut tim berdiskusi untuk menentukan informan yang akan dipilih, data-data apa yang bisa digali dari informan tersebut yang akhirnya dapat menjawab pertanyaan dalam penelitian ini.

Untuk mendapatkan informasi atau data yang dibutuhkan dalam penelitian ini, tim peneliti memilih informan antara lain:

No	Informan	Informasi yang diperoleh
1	Ketua/Direktur LSM/program manager	Awal terbentuknya LSM, visi misi LSM, struktur dan tupoksi organisasi, rekrutmen, program LSM.
2	Koordinator lapangan (Korlap)	Menggali bagaimana cara mengatur kegiatan LSM yang bersifat teknis dan manajerial, mengkoordinir dan mengawasi pekerjaan petugas penjangkau.
3	Petugas penjangkau/VCT konselor	Menggali bagaimana LSM melakukan kegiatan penjangkauan di lapangan.
4	Individu yang didampingi LSM (klien)	Menggali tentang manfaat kegiatan yang dilakukan LSM bagi informan. Untuk menentukan informan, dipilih berdasarkan informasi dari ketua/pengurus/kader LSM yang dijadikan subjek penelitian.

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Penentuan kriteria informan adalah individu yang terlibat dalam LSM Warga Peduli AIDS.

Dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

1. LSM Peduli AIDS
2. LSM Peduli AIDS yang menjadi anggota Forum LSM Peduli AIDS

Kriteria eksklusi sebagai berikut :

1. LSM peduli AIDS di luar Jakarta

2. LSM peduli AIDS yang tidak bersedia dilakukan penelitian

3.6. Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional
Lembaga Swadaya Masyarakat /Non Government Organizations	Organisasi non pemerintah yang memiliki kepedulian terhadap isu HIV-AIDS, dalam LSM anggotanya tidak harus selalu “komunitas marjinal tertentu”, dalam menjalankan kegiatannya mereka bekerja sama dengan pemerintah, pusat layanan kesehatan setempat untuk tujuan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan bagi komunitas yang berisiko atau sudah terinfeksi HIV-AIDS. ¹⁶
Faktor struktural	Yang dimaksud dengan faktor struktural dalam penelitian ini adalah kebijakan atau peraturan pemerintah atau lembaga di luar LSM yang terkait pada isu HIV-AIDS baik secara langsung maupun tidak langsung.
Faktor sosiokultural	Yang dimaksud dengan faktor sosiokultural dalam penelitian ini adalah nilai-nilai/norma yang ada di masyarakat.
Faktor organisasional	Yang dimaksud dengan faktor organisasional dalam penelitian ini adalah karakteristik organisasi yang berhubungan dengan infrastruktur seperti pendanaan, sumberdaya manusia, pengembangan organisasi, dan kepemimpinan yang akan ditelusuri mendalam dan melihat pengaruhnya dalam dinamika organisasi.
Faktor individual	Yang dimaksud dengan faktor individu klien/dampingan dalam penelitian ini adalah siapa individu yang menjadi dampingan/klien misalnya apakah mereka yang pengguna jarum suntik (penasun), WPS (wanita penjaja seks), LBT (Lelaki Berisiko Tinggi) laki-laki yang memiliki perilaku berisiko tinggi terkena HIV-AIDS.

3.7 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian dilakukan dengan cara:

1. Wawancara mendalam.

Telah dilakukan wawancara kepada anggota organisasi/LSM, yang terdiri dari pengurus yaitu direktur, *program manager* dan koordinator lapangan, serta staf lapangan yaitu petugas penjangkau dan konselor VCT.

2. Pengamatan/observasi lapangan,

Peneliti telah mengikuti kegiatan yang dilakukan oleh petugas penjangkau di lapangan, seperti mengamati bagaimana mereka mendampingi klien dalam mengakses layanan kesehatan, melakukan kegiatan VCT atau mengadakan pertemuan *support group* dengan komunitas. Ketika melakukan pengamatan di lapangan, peneliti juga menyempatkan diri menanyakan pendapat *stakeholder* lain seperti dokter puskesmas, klien LSM (dampingan), mengenai kinerja LSM yang menjadi subyek penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data primer adalah pedoman wawancara dan pedoman observasi. Untuk melengkapi informasi saat pengumpulan data digunakan pula alat perekam (*recorder*) untuk menunjang peneliti agar tidak ada informasi yang terlewat atau tidak tercatat.

3.8 Pengawasan Kualitas Data

Untuk menjaga keabsahan atau realibilitas data peneliti melakukan proses triangulasi metode, yaitu membandingkan hasil wawancara dengan catatan hasil pengamatan terlibat di lapangan.

3.9 Manajemen Analisis Data

Analisis data menggunakan cara analisis *domain*. Prosesnya dimulai dengan memasukkan hasil wawancara yang berupa transkrip ke dalam matriks. Setelah hasil wawancara dibuat dalam bentuk matriks, langkah selanjutnya adalah melakukan penelusuran hasil wawancara dan dikelompokkan menjadi tema-tema tertentu.

3.10 Langkah-langkah Penelitian

Langkah-langkah penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan:

- Telah dilakukan pengurusan ijin penelitian Kementerian Dalam Negeri, Komisi Etik, Dinas Kesehatan, serta Komisi Penanggulangan AIDS DKI Jakarta.
 - Tim telah mempersiapkan pedoman wawancara mendalam dan observasi.
 - Tim peneliti telah melakukan penjajakan lapangan dengan mulai mengidentifikasi lokasi, antara lain Forum LSM Peduli AIDS dan LSM yang akan dipilih, mengidentifikasi informan yang akan dipilih.
 - Tim peneliti telah melakukan pengenalan atau sosialisasi tentang penelitian Risbinkes dengan organisasi LSM Peduli AIDS yang terpilih.
- b. Pelaksanaan Pengumpulan Data
- Tim telah menentukan tempat dan waktu wawancara dengan informan.
 - Tim telah melakukan pengamatan (observasi) dan wawancara mendalam dengan informan.
- c. Analisis dan pembuatan laporan
- Telah dibuat transkrip hasil wawancara dan dimasukkan kedalam matriks untuk dianalisis.
 - Membuat laporan hasil penelitian.
 -

3.11 Pertimbangan Ijin Penelitian

Ijin penelitian diperoleh Kementerian Dalam Negeri.

3.12 Pertimbangan Etik Penelitian

Penelitian ini melibatkan manusia sebagai subyek penelitian, klirens etik telah diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

3.13 Keterbatasan Penelitian

Sehubungan penelitian ini menggunakan metodologi kualitatif, maka hasil penelitian ini tidak menggambarkan wilayah tapi hanya bagi LSM yang menjadi lokasi penelitian.

BAB 4. HASIL

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian, di bagian awal dipaparkan mengenai gambaran umum dua lembaga swadaya masyarakat (LSM) yaitu LSM “A” dan LSM “B” yang menjadi subyek penelitian. Secara garis besar gambaran umum ini berisi tentang awal mula terbentuknya LSM, pendanaan LSM, rekrutmen staf/anggota LSM, dan program/kegiatan LSM. Kemudian di bagian akhir akan berisi hasil temuan di lapangan, yaitu faktor-faktor yang menjadi penghambat (*barriers*) maupun pendukung (*facilitators*) LSM “A” dan “B” dalam melaksanakan kegiatannya terkait upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.

4.1 Gambaran Umum Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang Menjadi Subyek Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum LSM “A”

LSM “A” didirikan pada tanggal 28 Desember 2001 oleh dua orang mantan pengguna narkoba dan keluarganya. Pada awal pendiriannya, LSM ini bergerak dibidang penanggulangan narkoba, yaitu dengan membuka pusat pemulihan atau panti rehabilitasi untuk pengguna napza di daerah Cilangkap. Saat itu LSM “A” belum mendapat dukungan dana dari lembaga donor manapun, maka dari itu pengguna napza yang direhabilitasi di tempat tersebut harus membayar.

Dukungan dana dari lembaga donor kepada LSM “A” pertama kali didapat pada tahun 2004, yaitu melalui proyek *Family Health International*– Aksi Stop AIDS (FHI-ASA). Kegiatannya pada saat itu adalah menjalankan program penjangkauan untuk pengguna napza suntik (penasun), awalnya hanya di satu kecamatan yaitu Tanjung Lengkong, namun dari situ makin berkembang, sampai akhirnya pada tahun 2005 LSM “A” dipercaya menjangkau se-Kotamadya Jakarta Timur. Proyek kerjasama FHI-ASA dengan LSM “A” berlangsung sekitar 5 tahun, pada Desember 2009 kerjasama tersebut selesai.

Di sisi lain, tahun 2006 panti rehabilitasi di Cilangkap ditutup, karena pengguna napza yang menjalani rehabilitasi mulai kehabisan uang, mereka tidak bisa lagi membayar biaya rehabilitasi, dan pada saat itu LSM “A” kesulitan mencari tenaga atau SDM untuk mengurus panti tersebut.

Dengan berakhirnya kerjasama dengan FHI-ASA tidak berarti program penjangkauan di LSM “A” berhenti. Karena setelah itu ada lembaga donor lain yang bernama *HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI)*, yang memiliki program sejenis, yaitu penjangkauan untuk pengguna napza suntik dan ditambah dengan peningkatan kerjasama dengan puskesmas di Jakarta Timur. Setahun kemudian, pada tahun 2010, LSM “A” mendapatkan bantuan dana dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) untuk menjalankan program Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM). Dengan dana tersebut, LSM “A” membangun sebuah *Drop In Centre (DIC)* - sebuah pusat rehabilitasi yang sifatnya gratis.

Organisasi ini berkembang cukup baik, karena LSM “A” semakin dikenal dan dipercaya, baik oleh lembaga dalam negeri maupun lembaga donor asing. Di tahun 2011, LSM “A” mendapatkan sumber pendanaan yang cukup banyak, selain kerja sama dengan HCPI dan KPAN yang masih terus berlanjut, Juni 2011 mereka mendapatkan dana dari AUSAID melalui *Research Triangle Institute (RTI)* atau yang biasa disebut dengan SUM untuk program penanggulangan dampak buruk narkotika suntik (*Harm Reduction*).

Sepanjang tahun 2012, LSM “A” bekerja sama dengan PKBI menjadi mitra PABM, setelah itu mereka mendapat dana dari proyek SUM 2 yang sudah selesai pada Februari 2015 yang lalu. Sejak tahun 2014, LSM “A” mendapat dukungan dana dari Alliance melalui organisasi Rumah Cemara, untuk melakukan program *harm reduction* di Lembaga Perasyarakatan (Lapas) dan hingga saat ini program ini dilakukan di Lapas Cipinang, Salemba dan RS Pengayoman. Bantuan dana yang berlanjut hingga penelitian ini dilakukan di tahun 2015 ini adalah dukungan dana dari Badan Narkotika Nasional (BNN) dan Kementerian Sosial untuk program rehabilitasi penjangkauan, sedangkan HCPI untuk program terkait HIV yaitu *Harm Reduction*.

Sejak awal dibentuk, LSM “A” menjunjung tinggi manfaat keterlibatan pengguna, maksudnya adalah sebagian besar anggota LSM ini merupakan komunitas yang pernah memiliki ketergantungan terhadap napza. Jumlah anggota sampai penelitian ini dilakukan berjumlah 32 orang dan sekitar 90% dari mereka adalah pernah menjadi pengguna napza, sisanya 10% campuran antara orang umum dan orang yang terdampak, misalnya apakah istri atau suaminya yang positif HIV.

Seiring berkembangnya waktu, saat ini LSM “A” memiliki 1 kantor sekretariat di daerah Pulo Gadung dan sebuah fasilitas Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM) di Utan Kayu Jakarta Timur. Secara legalitas, LSM ini terdaftar di Kementerian Hukum

dan HAM, dan memiliki Surat Keputusan (SK) dari Kementerian Hukum HAM dan Dinas Sosial.

4.1.2 Program dan Kegiatan di LSM “A”

Dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan dan ditambah beberapa pengamatan terlibat di lapangan mengikuti kegiatan pejangkau, maka program yang dilaksanakan oleh LSM “A” selama penelitian berlangsung berfokus pada penjangkauan dan pendampingan untuk pengguna napza, pasangan dan keluarga. Pertama, kegiatan yang dilakukan dalam program penjangkauan adalah membagikan jarum suntik steril kepada kelompok pengguna napza suntik (*harm reduction – pengurangan dampak buruk*). Saat penelitian ini dilakukan, LSM “A” memiliki 6 orang petugas penjangkau yang dibagi menjadi dua tim (masing-masing 3 orang) untuk dua wilayah kerja, yaitu Jakarta Timur dan Jakarta Pusat.

Untuk memulai program penjangkauan, sebagai langkah awal para petugas penjangkau biasanya mendatangi spot atau tempat berkumpulnya para pengguna napza suntik. Para petugas penjangkau LSM “A” rata-rata memiliki pengetahuan dimana spot-spot tersebut berada. Karena mereka sebelumnya telah dibekali informasi tentang spot oleh pengurus LSM, selain itu sebagian sekitar 90% petugas penjangkau di LSM “A” adalah para pengguna napza yang berhasil sembuh dari adiksi jadi otomatis sebagian mereka juga mengetahui spot-spot tersebut. Di spot petugas penjangkau melakukan pendekatan dengan kelompok pengguna napza. Pendekatan ini tentunya tidak dilakukan hanya satu dua kali, tetapi secara rutin didatangi minimal seminggu sekali, sampai akhirnya penjangkau diterima dan dipercaya bahwa ia bukan *cepu* (mata-mata polisi) oleh kelompok tersebut. Dalam proses melakukan pendekatan inilah para petugas penjangkau ini membagikan jarum suntik steril, dan jika sudah dipercaya dan diterima dengan baik, maka petugas penjangkau menyisipkan informasi tentang HIV dan mengajak mereka untuk melakukan pemeriksaan VCT atau mengikuti program rehabilitasi menyembuhkan kecanduan. Karena kebetulan LSM “A” memiliki fasilitas rehabilitasi PABM (pemulihan adiksi berbasis masyarakat). Secara berkala para petugas penjangkau LSM “A” melakukan *clean day*, yaitu membersihkan jarum suntik yang dibuang sembarangan dan berserakan di sekitar spot.

Kegiatan kedua dalam program penjangkauan ini, adalah VCT (*Voluntary Counseling Test*) bagi para pengguna napza. Dari hasil penjangkauan di lapangan, ada

pengguna napza yang menyadari bahwa dirinya melakukan hal-hal yang berisiko terkena HIV, oleh sebab itu beberapa dari mereka ada yang bersedia untuk melakukan VCT, memeriksakan darahnya untuk mengetahui apakah mereka terinfeksi HIV atau tidak. Di sini petugas penjangkau membutuhkan peran seorang konselor VCT, ia bertugas melakukan konseling bagi seseorang pada saat sebelum pengambilan darah (*pre-test*) dan setelah pengambilan darah (*post-test*).

Guna menjaga kerahasiaan pribadi kliennya seorang konselor VCT memiliki kode etik, yaitu menjaga kerahasiaan, tidak boleh menghakimi, mengarahkan atau mengatur “hidup” klien setelah mengetahui statusnya, semua keputusan ada ditangan klien. LSM “A” memiliki dua orang VCT konselor, masing-masing bertugas di wilayah Jakarta Timur dan Jakarta Pusat. LSM “A” melakukan dua jenis VCT, pertama adaah *mobile* VCT dimana mereka bekerja sama dengan puskesmas untuk mendatangi spot dan melakukan pengambilan darah langsung di tempat tersebut. Kedua bersama klien/dampingan, yaitu mereka yang menjadi pecandu napza dan akan menjalani pemulihan adiksi di PABM milik LSM “A”, bersama-sama mendatangi ke puskesmas untuk melakukan VCT di sana.

Kegiatan ketiga adalah *peer support*, di lapangan petugas penjangkau mengunjungi orang-orang yang terdampak HIV, seandainya ada yang memiliki keluhan, petugas penjangkau akan mendampingi membawa ke dokter atau rumah sakit, dan sekaligus menginformasikan kepada keluarga pasien tentang alur layanan. Dalam kegiatan *peer support*, petugas penjangkau dapat didampingi oleh seorang manajer kasus. Tugasnya sama dengan *peer support* hanya saja pendampingan manajer kasus tidak sebanyak *peer support*. Jika seorang penjangkau melakukan pendampingan untuk *peer support* mencapai 80%, maka bagi seorang manajer kasus pendampingan hanya 50%, dia akan lebih berusaha menggerakkan pasangan atau keluarganya yang lain untuk lebih terlibat agar dapat mandiri. Harapannya anggota keluarga pasien ini kedepannya dapat mandiri tidak bergantung pada petugas penjangkau, mengerti apa yang mesti mereka lakukan dan perawatan apa yang mereka bisa buat di rumah.

Berikut kutipannya:

Peer Support itu kalo di lapangan kerjanya kita ketemu sama orang-orang yang terdampak HIV, itu kita kunjungan. Selain kunjungan, kalau dia ada keluhan dan kalau memang harus segera dibawa ke dokter atau ke rumahsakit, kita dampingi. Terus, ada juga beberapa kasus penyakit dan ketemu dia itu memang lagi dalam perawatan, kita dampingi juga. Memberitahu keluarga mengenai alur, eeee...alur layanan, jadi harapannya, anggota keluarga yang lain juga mendampingi anak

atau keluarganya yang sakit, apa yang mesti mereka lakukan, teruuusss....perawatan apa yang mereka bisa buat di rumah

Untuk aktifitas MK (Manajer Kasus) sebenarnya hampir sama dengan Peer Support, (yaitu) pendampingan, ke RS, home visit ke rumah. cuma memang bedanya kalau MK begini, dia menangani kasus, jadi kita nggak...nggak..., kalau kayak Peer Support kan dia pendamaingannya sekitar 80% umpamanya yach, jadi kalau dengan Manajer Kasus ini kita hanya 50% mbak, dimana kita menggerakkan keluarga atau pasangannya supaya mereka terlibat, membuat mereka supaya lebih mandiri. Kalau Peer Support itu lebih banyak pendampingan yach, bedanya.

(BLD, VCT Konselor, LSM “A”)

Kegiatan keempat yaitu pertemuan kelompok dampingan yang oleh anggota LSM biasa disebut *support group*. Petugas penjangkau mengumpulkan kelompok dampingan di suatu tempat, bisa di spot tempat mereka berkumpul (nongkrong) atau di puskesmas jika kelompok dampingan adalah komunitas metadon. Dalam kegiatan *support group* penjangkau awalnya menyampaikan suatu topik terkait HIV, misalnya tentang TB. Setelah itu dilakukan interaksi tanya jawab, diskusi, bertukar informasi tentang topik tersebut. Agar kelompok dampingan tertarik mengikuti kegiatan ini, maka petugas penjangkau akan menyediakan konsumsi snack dan minuman.

Ketika kami tim peneliti Risbinkes baru melakukan penjajakan, tim petugas penjangkau wilayah Jakarta Pusat baru saja melaksanakan juga kegiatan pemutaran film bertema adiksi bersama tahanan narkotika di lapas Salemba, setelah itu dilanjutkan dengan diskusi kelompok terarah (FGD) dan pemberian materi tentang adiksi. Wilayah penjangkauan dan pendampingan dilakukan di Jakarta Timur dan Jakarta Pusat. Pada saat penelitian ini berlangsung, dukungan dana untuk kegiatan penjangkauan dan pendampingan ini didapat dari HCPI.

Saat ini LSM “A” sedang menjajaki program pengembangan ODHA anak dan anak ODHA, tapi masih dalam proses pengkajian, kegiatannya masih berupa pertemuan-pertemuan. Rencana kegiatan ke depannya adalah ke arah psikososial dan gizi. Program pengembangan ODHA anak dan anak ODHA ini juga bukan termasuk hal yang diteliti dalam penelitian Risbinkes ini.

4.1.3 Gambaran Umum LSM “B”

Berdirinya LSM “B” diawali sebelumnya dengan dilaksanakannya sebuah kegiatan penelitian tim Universitas Atmajaya di daerah Tambora, Jakarta Barat tentang kesehatan

reproduksi. Menurut salah seorang informan, awalnya tim ini tinggal (melakukan *live-in*) di daerah Tambora, berbaur dengan masyarakat selama kurang lebih 3 bulan, melakukan observasi tentang masyarakat di beberapa RW di kelurahan tersebut. Setelah itu, tim tersebut meminta bantuan kepada ketua RW setempat untuk mengumpulkan para remaja dari lingkungan sekitar untuk terlibat dalam proyek penelitian. Sekitar 10 orang remaja yang dilibatkan pada saat itu. Sebagai langkah awal, kesepuluh remaja tadi diberi pelatihan oleh tim universitas di Sukabumi. Di sanalah mereka diperkenalkan tentang penelitian partisipatif. Selesai pelatihan, para remaja tadi dibekali instrumen dan langsung turun ke lapangan untuk melakukan pengumpulan data, mengidentifikasi masalah-masalah sosial (terkait kesehatan reproduksi) yang ada di sekitar tempat tinggal mereka. Salah satu hasilnya adalah ditemukan masalah HIV-AIDS di wilayah tempat tinggal mereka.

Diakhir kegiatan mereka melakukan presentasi hasil penelitiannya di depan peneliti universitas dan lembaga donor. Ketika presentasi selesai, dari tim universitas ‘bertanya’ kepada kesepuluh remaja tadi, apakah setelah mengetahui ada masalah di sekitar lingkungan tempat tinggal mereka kemudian kegiatan penelitian partisipatif ini selesai saja sampai di sini, atau mau terus dilanjutkan. Pada saat itu tim peneliti universitas Atmajaya menawarkan mereka untuk mendirikan lembaga yang mempunyai kepedulian pada masalah HIV-AIDS, hal ini disetujui, dan terbentuklah LSM “B” pada tahun 2001.

Menurut penuturan ketua LSM “B”, sampai 4 tahun lembaga ini berdiri, mereka tidak memiliki donor. Mereka belum mengerti ada yang namanya lembaga donor dan untuk dapat melakukan kegiatan, mereka kumpulkan dana dari menjual koran dan botol bekas. Pertama-tama mereka melakukan kegiatan di wilayah sendiri, seperti penyuluhan tentang kesehatan reproduksi bekerja sama dengan Dewan Kelurahan. Tahun 2004-2009 mereka dilibatkan dalam program penjangkauan para pengguna napza jarum suntik oleh FHI (*Family Health International*) untuk daerah Jakarta Utara. Kemudian tahun 2010-2012 dipercaya oleh Global Fund untuk melaksanakan penjangkauan pengguna napza suntik di 3 wilayah, Jakarta Utara, Jakarta Timur dan Jakarta Pusat. Sejak tahun 2012 LSM “B” mengalami masa “rehat” tidak melakukan kegiatan apapun, karena memang kondisi pada saat itu LSM “B” mengalami putus *project* dengan lembaga donor.

Pada tahun 2014, beberapa pendirinya berkumpul dan berniat mengaktifkan kembali LSM “B” yang sudah lama vakum. Mereka menyadari bahwa hidup matinya LSM itu tidak hanya ditentukan oleh donor, tetapi adanya sistem manajerial yang baik di dalam organisasi tersebut. LSM “B” kemudian melakukan pembenahan internal, mulai mencari

dan menempatkan orang yang tepat untuk organisasi ini. BNZ, salah satu pendiri LSM “B”, ditunjuk menjadi Direktur Program, ia dinilai sebagai orang yang cocok untuk membangun kembali LSM ini. Oleh rekan-rekannya BNZ dinilai memiliki banyak pengalaman di lembaga lain yang sejenis, memiliki jaringan yang luas dan yang penting ia memiliki komitmen yang kuat untuk membawa LSM “B” menjadi organisasi yang profesional.

Di tengah segala keterbatasan SDM yang dimiliki, BNZ sebagai direktur program LSM “B” mulai membangun jaringan, merekrut program manajer, staf teknis, mengusahakan pendampingan dari LSM lain yang sudah lebih mapan untuk beberapa hal tertentu, dan juga melibatkan staf teknis untuk mengikuti berbagai pelatihan. Hasilnya saat ini LSM “B” sudah mulai aktif berkegiatan. Mereka menjalankan dua proyek dari Global Fund yaitu penjangkauan dan pendampingan penggunaan napza suntik dan penjangkauan Lelaki Berisiko Tinggi (LBT). LSM “B” dalam kedua proyek ini berperan sebagai *implementing unit (IU)* dari SSR (*Sub Sub Recipient*) yang bernama YHP atau Yayasan Hidup Positif. Sebagai *implementing unit*, pengelolaan dana donor dari Global Fund tidak dilakukan oleh LSM “B” sendiri, melainkan dikelola oleh YHP. Selain dana bantuan dari GF, LSM “B” juga sempat mendapat bantuan dana dari SUM 2 (AUSAID) untuk proyek *community organizer*, hanya saja ketika penelitian ini dimulai proyek SUM 2 ini telah selesai.

Selama penelitian berlangsung pengurus yang terlihat aktif adalah direktur program dan 1 orang koordinator lapangan, ditambah staf teknis yaitu para petugas penjangkau. Sampai saat ini jumlah anggota aktif LSM “B” sekitar 15 orang.

4.1.4 Program dan Kegiatan di LSM “B”

Selama penelitian Risbinkes ini berlangsung ada dua proyek utama dari Global Fund (GF) yang dikerjakan oleh LSM “B”. Program pertama adalah penjangkauan dan pendampingan bagi pengguna napza suntik. Kegiatannya adalah para petugas penjangkau mendata kelompok pengguna napza suntik yang mereka temui di lapangan, dari hasil pendataan tersebut petugas penjangkau mulai melakukan pendekatan, memberikan jarum suntik steril, menginformasikan/memberikan penyuluhan tentang risiko akibat penggunaan napza, seperti HIV, infeksi menular seksual (IMS), TB dan sebagainya. Kemudian petugas penjangkau mengajak kelompok pengguna napza tersebut untuk melakukan tes darah (VCT), jika hasilnya positif maka ia akan didampingi untuk bisa mengakses pengobatan ARV.

Program kedua adalah penjangkauan dan pendampingan bagi laki-laki yang berisiko tinggi terkena HIV karena penularan melalui transmisi seks (PMTS) - diluar penasun atau LSL. Salah seorang informan menjelaskan mengenai siapa yang dimaksud dengan HRM ini, berikut petikannya:

HRM itu lebih kompleks, cuma kita di program HRM ini di ininya itu untuk yang di luar program yang sudah ada, kaya penasun, LSL. Homo kan sebenarnya juga HRM, tapi karena itu udah punya program tersendiri, kita disuruh ambilnya yang di luar itu yang umumnya. HRM itu bukan semua laki-laki. Semua laki-laki itu belum tentu HRM. HRM itu orang-orang yang punya pendapatan yang gak tetep malah - itulah HRM. Jadi orang-orang kaya supir truk, kalau orang yang punya gaji bulanan, punya keluarga, saya malah gak nyebutnya HRM dan mereka lebih gampang untuk diajak kerja dibanding orang-orang HRM yang bener Mba. (HND, Petugas Penjangkau LSM “B”)

Misalnya para supir truk, istilah yang mereka gunakan adalah *High Risk Man* (HRM) atau Lelaki Berisiko Tinggi (LBT). Kegiatannya lebih kepada sosialisasi, penyuluhan tentang HIV-AIDS serta mengajak mereka untuk melakukan VCT. Tidak mudah untuk mendekati orang-orang yang termasuk kategori HRM, salah seorang informan menceritakan pengalamannya tentang mendekati HRM:

Paling kita deketin dulu, ngomong siang Bang, kami dari LSM, perkenalan nama saya siapa. Kami punya program, kami memberikan informasi dulu pertama, setelah itu kami akan melakukan pemeriksaan, kita jadwal itu beberapa hari kemudian nanti kita dateng lagi dengan puskesmas. (HND, Petugas Penjangkau LSM “B”)

Sebelumnya LSM “B” pernah mengikuti program yang disebut *Strategic Used of ARV* (SUFA). Program SUFA dilaksanakan selama 3 bulan (Januari – Maret 2015), kegiatannya adalah petugas penjangkau melakukan 12 kali kunjungan kepada ODHA, data ODHA diperoleh dari puskesmas, dan mereka diminta untuk melakukan pendekatan persuasif agar ODHA yang putus obat mau melanjutkan program terapi ARV-nya dan bagi yang belum mengakses obat dibujuk untuk mau memulai terapi ARV.

Di luar program Global Fund ada yang dinamakan program Dokter Keliling (Dokling), yaitu kerja sama puskesmas dan LSM. Kegiatannya adalah petugas penjangkau berkoordinasi dengan puskesmas untuk mengadakan VCT dan tes IMS terhadap kelompok-kelompok berisiko tinggi seperti para pekerja panti pijat plus, waria, dan wanita pekerja seksual (WPS). Mereka, para petugas penjangkau turun lapangan untuk melakukan koordinasi dengan subyek yang menjadi target dokling, mengatur jadwal dengan

puskesmas, mempersiapkan tempat di spot dan mendata kira-kira siapa saja yang akan diperiksa.

4.2 Faktor Penghambat dan Pendukung Upaya Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Di dalam hasil penelitian ini ada empat faktor yang akan digambarkan, yaitu faktor struktural, sosiokultural, organisasional dan individu.

4.2.1 Faktor Struktural

Faktor struktural yang dimaksud dalam penelitian ini adalah peraturan atau kebijakan dari pemerintah maupun lembaga lain di luar LSM yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Salah satu syarat administratif yang harus dimiliki oleh LSM agar bisa mengajukan dana kepada lembaga donor adalah adanya akte yang disahkan oleh Kementerian Hukum dan HAM. Jika persyaratan tersebut belum bisa dipenuhi, maka agak sulit bagi LSM untuk mengawali proyek pengajuan proposal kepada lembaga donor.

LSM “A” sudah mempunyai Surat Keputusan (SK) pembentukan LSM dari Kementerian Hukum dan HAM (Kemenkumham) dan Dinas Sosial. Selain itu, LSM “A” juga mendapat surat dukungan dari Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), Polres Jakarta Timur, dan sedang mengusahakan kerjasama dengan Polres Jakarta Pusat. Surat dari Dinas Sosial juga secara rutin diperpanjang setiap tahun. Sedangkan LSM “B” sampai saat ini belum mempunyai SK pembentukan LSM, karena ada kendala pada proses pengurusan/pembuatan SK tersebut. Berikut petikan wawancaranya:

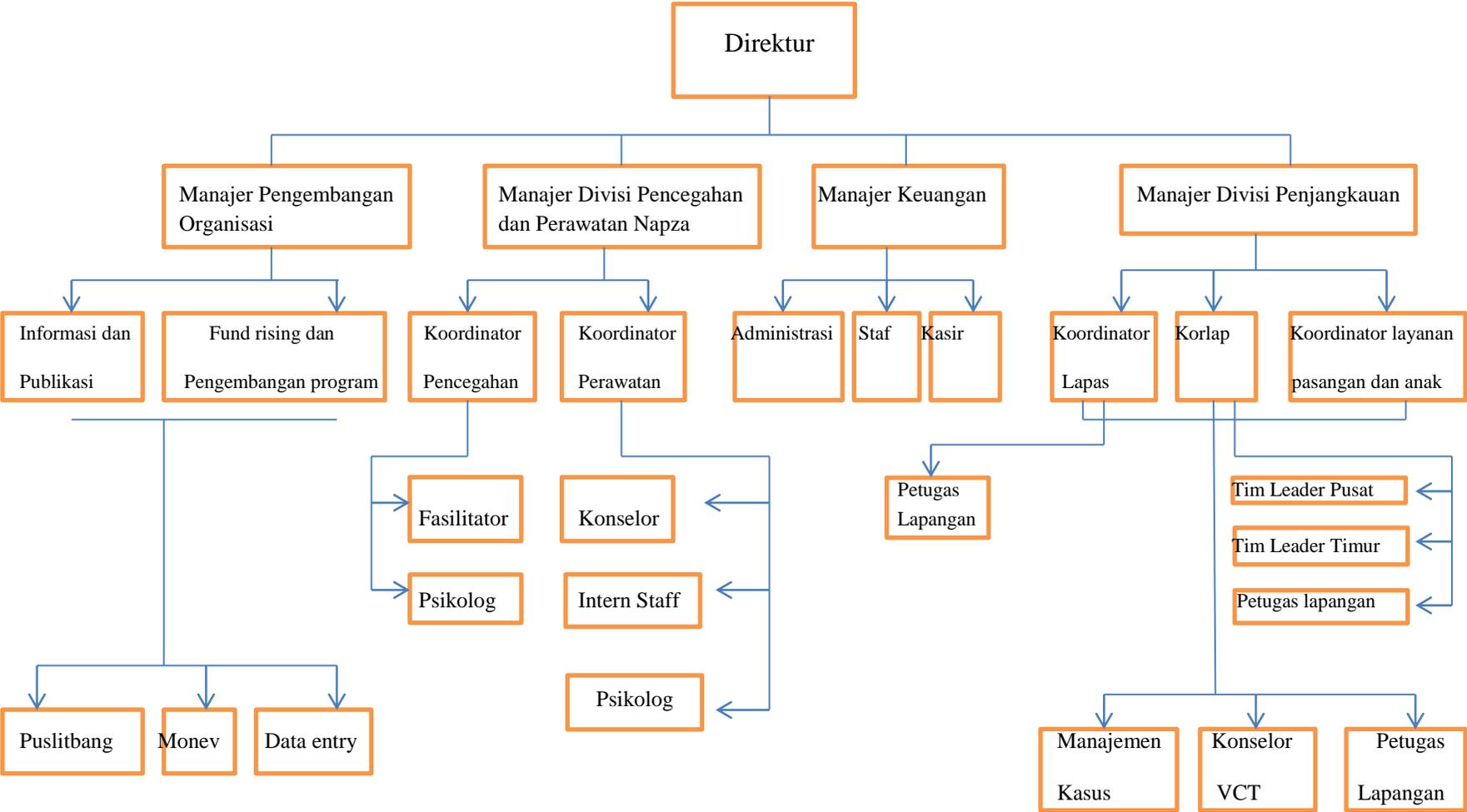
“Ada. SK dari Kemenkumham dan Dinas Sosial, terus dari Dinas apalagi gitu saya lupa. Dinkes dan KPA hanya surat dukungan. Tapi kan kalau pendirian lembaga, kita kan harus ngikutin undang-undang yang berlaku ya mbak, harus ke Kemenkumham, Dinsos, dan satu lagi lupa gue. Tapi untuk surat dukungan kita dapat dari KPA, dari Polres Jakarta Timur, karena kita kerjasama dengan Polisi, dan kita sedang mengusahakan kerjasama dengan Polres Jakarta Pusat juga, karena saat ini “A” menjangkau di wilayah Jakarta Timur dan Jakarta Pusat. surat Dinas Sosial kita perpanjang tiap tahun, mesti perpanjang...perpanjang.”(WK, Chief LSM “A”, 36 tahun)

“Saya ditipu sama notaris, saya buat sudah 4 tahun belum jadi-jadi. Uang sudah saya kasih, ditipu, terus dikasih lagi salinannya, salinannya palsu juga. Ini lagi saya bahas

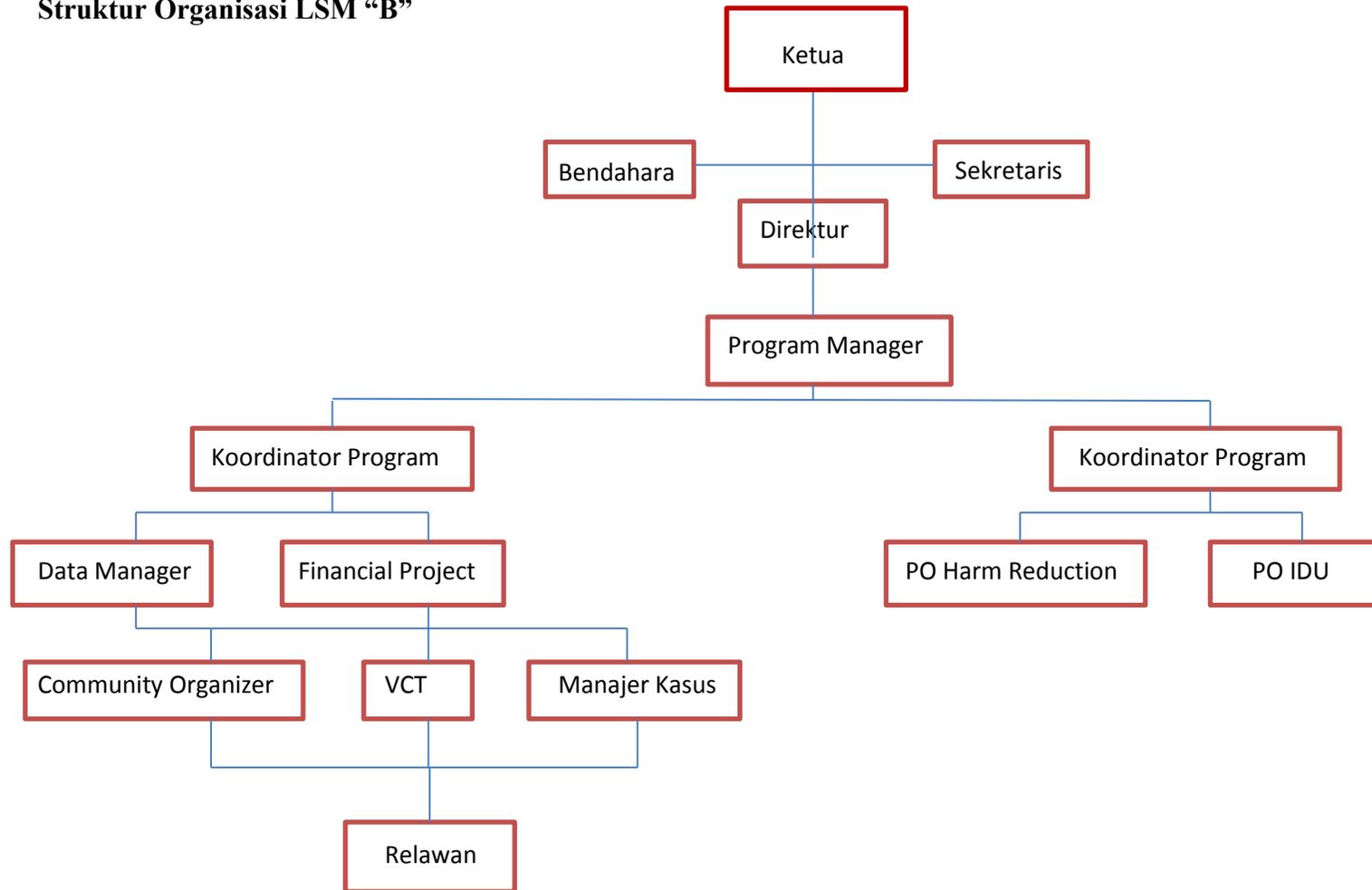
sama teman-teman. Kita ilang uang, terus waktu juga kebuang. Jadi ternyata banyak orang-orang gitu di notaris.” (AS, Ketua LSM “B”, 40 tahun)

Struktur organisasi masing-masing LSM dapat dilihat pada bagan berikut:

Struktur Organisasi LSM “A”



Struktur Organisasi LSM “B”



Struktur organisasi di LSM “A” menurut informan sifatnya fleksibel dan terus berkembang. Jika ada kegiatan/ hal baru, maka akan ditambahkan penanggungjawab dan pelaksanaanya ke dalam struktur organisasi tersebut, tanpa mengubah struktur yang sudah ada sebelumnya. Jadi yang dimaksud terus berkembang adalah adanya penambahan struktur baru (bukan pengurangan) sesuai dengan penambahan tupoksi.

“Struktur Organisasi “A” yang selalu berkembang. Terus berkembang, kalau saya menyebutnya pondasi struktur organisasi “A” itu ada sampai dengan dibentuk, pasti include sampai dengan direktur, itu gak bakal berubah. Tapi di bawahnya bisa berubah-ubah sesuai perkembangan. Nah sampai sejauh ini berubahnya pun bertambah, bukannya diganti. Misalnya ada direktur di bawahnya ada program manager untuk rehab, waktu tahun 2002 kalau gak salah Oktober sampai 2006, tahun 2003 dikembangin ada manager untuk harm reduction. Tahun 2012, 2013 lah sebelumnya belum ada yang megang penjara, kita udah masuk penjara. 2014 dibuat, sampai hari ini ada manager untuk intervensi lapas. Tahun 2012 itu pengembangan. Sebenarnya bukan tahun 2012, pengembangan itu sebenarnya awal jadi rehab satu pengembangan dari awal. Yang pengembangan ini biasanya berkumpul, bersosialisasi dengan organisasi lain, dengan instansi lain, yang satu, direktornya khusus untuk ke dalam.” (AF, Chief LSM “A”, 36 tahun)

Sedangkan struktur organisasi di LSM “B” diakui banyak kekurangan dan menimbulkan banyak kendala. Sebagai contoh, adanya dua donor yang berbeda, yaitu SUM 2 dan GF menyebabkan system pelaporan yang berbeda pula dan cenderung membingungkan. Masing-masing kegiatan dengan sumber dana yang berbeda tersebut mempunyai seorang Koordinator Program, dan seharusnya masing-masing Koordinator Program tersebut melaporkan kegiatannya ke Program Manager. Namun yang terjadi justru pihak donor meminta laporan kegiatan langsung kepada Koordinator Program, bukan kepada Program Manager, dan hal tersebut yang seringkali membuat Program Manager tidak tahu perkembangan hasil kegiatan anak buahnya. Kendala yang kedua adalah struktur organisasi LSM “B” berpengaruh terhadap system penggajian. Besaran gaji dari kedua donor berbeda dan target jangkauan per bulan juga berbeda, sehingga seringkali menimbulkan kecemburuan diantara anggota LSM “B”.

“Jadi begini, mmm..ada satu kekurangan dari struktur (organisasi) ini. Struktur ini bagus, cuma pas diimplementasikan, sulit. Karena semua pelaporan itu dilaporkan oleh Koordinator Program. Karena ada dua program yang berbeda (dari Sum 2 dan GF), kalau kita dibikin kerjasama, kita posisi di sini kan IU mbak, Implementing Unit, nah disini Global Fund itu ngambil dari Koordinator Program, harusnya, secara struktur kelembagaan, dia (GF) harusnya ngambil ke Program Manager. Karena

disini (lembaga) daya tawarnya kurang. Padahal, di lapangan, dalam penjangkauan, dalam mengkoordinir kegiatan apapun, dalam rencana kerja, semua saya gabung, karena ada kesamaan antara kegiatan dari Sum 2 dan GF.

Nah, satu hal lagi, system penggajian itu berpengaruh. Besaran gajinya berbeda cukup jauh. Kalau dalam pemetaan 5 tahun, yang dari GF jangkauannya 80 per bulan, tapi yang dari Sum 2 jangkauannya 25 per bulan. Jauh sekali. Kalau di Sum 2 kita UMR, bisa negosiasi, tapi kalau yang dari GF karena 5 tahun, ya sudah...jadi nilai tawarnya disini nggak ada, lemah sekali. Jadi kalau yang dari GF itu ditandatangani 2,5jt, tapi take home-nya 1,5jt.” (JNT, Program Manager LSM “B”, 38 tahun)

Selain faktor struktural dalam institusi sendiri, faktor struktural dari luar organisasi juga berpengaruh terhadap capaian kegiatan, baik di LSM “A” maupun di LSM “B”. Sebagai contoh, kasus *Bali Nine* membawa dampak yang cukup besar bagi dampungan kedua LSM ini. Adanya penggerebekan besar-besaran oleh pihak Kepolisian membuat dampungan sulit ditemui, temuan jarum suntik tidak ada, sehingga capaian distribusi jarum suntik juga rendah. Selain itu, kasus *Bali Nine* juga berdampak pada berubahnya disiplin kerja penjangkau atau petugas lapangan. Tidak adanya dampungan yang dapat ditemui menyebabkan penjangkau atau petugas lapangan sering absen ke *drop in* dan lapangan, yang akhirnya berpengaruh juga terhadap tidak terisinya laporan kegiatan.

Berikut pernyataan yang disampaikan oleh salah seorang informan terkait dampungan yang sulit ditemui di lapangan:

Harga barang sekarang 6 juta se-gramnya, itu yang saya tahu dari teman-teman, jadi siapa yang mau beli? Nyarinya juga susah, digerebekin, kaya di Berland, kita biasanya nemuin orang lalu-lalang, lalu-lalang, sekarang bener-bener sepi, kosong, di CI (Ciracas Indah) kan banyak tuh disamping-samping situ, sekarang sepi, mau pemakai sabu nya ke, pemakai putawnya ke, sekarang gak ada, banyak digrebekin, banyak ditangkepin itu pengaruh, jadi bener-bener kosong (MY, Penjangkau LSM “B”)

Sekarang yang aktif dikit, karena kan udah banyak berhenti dari putaw, harga 6 juta se-gram dari harga 700.....Ampir sama semua, sampai satu satelit bilang, gue kayanya off dulu deh jadi satelit. Percuma dikasih jarum.(YN, Penjangkau LSM “A”)

Dari sisi pengurus/manajerial, hal ini berakibat menurunnya kinerja penjangkau atau petugas lapangan, berikut petikannya:

....pada saat situasi lapangan ini menurun, dampingan sulit ditemui karena tidak adanya barang, kinerja teman-teman (petugas lapangan) juga anjlok. Mereka seperti kebingungan ke lapangan tuh mau ngapain. Jadi otomatis, tujuan mau ke lapangannya aja udah gak jelas, untuk disiplin datengnya juga jadi berkurang. Jam di lapangan berkurang, pulang ke drop in juga penulisan laporannya bingung, mau ngapain, apa yang ditulis (SB, Koordinator Lapangan, LSM "A")

Hal yang sama juga dikatakan oleh salah seorang pengurus:

....Sekarang kendala paling besar adalah penggerebekan terjadi besar-besaran, putau gak ada , pengguna NAPZA tidak ada yang suntiknya, jadi sulit ditemuin, capaian distribusi jarum suntik rendah (AF, Chief Divisi Penjangkauan, LSM "A")

Adanya beda kepentingan antara pihak kepolisian dan LSM yang menjangkau dan mendampingi para pengguna napza juga berpengaruh terhadap kinerja LSM. Hambatan atau masalah hukum yang dihadapi LSM lebih kepada kegiatannya dalam mendistribusikan jarum suntik steril. Berikut petikannya:

"..... biasanya saat bagikan jarum suntik steril ada aparat kepolisian yang memegang atau menangkap kita. Sebagai petugas lapangan karena ada surat tugas ya aman lah. itu, Kalau berurusan dengan aparat yang kasian malah dampingan kita, waktu itu mau diangkat dan ditangkap dia karena kan status dia sebagai pengguna, padahal BB (Barang Bukti) tidak ada kan yah paling jarum suntik steril doank. Tapi polisi kan juga punya kepentingan mau dapat informasi dari dampingan kita dia beli atau dapat barang narkoba itu dimana kan. Ada gesekan kepentingan sih klo kita petugas lapangan dengan aparat kepolisian." (IYN, Penjangkau LSM "B")

Hal-hal lain yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di LSM "A" dan "B" adalah peraturan BPJS dan layanan di Puskesmas. Peraturan mengenai alur BPJS yang mengikuti domisili pasien membuat klien merasa segan untuk mengakses layanan kesehatan sehingga ada pasien yang suka putus obat, seperti yang dituturkan oleh informan sebagai berikut:

"...sistem BPJS kan ikut domisili, kalau dia tinggal di cempaka putih maka harus ke puskesmas cempaka putih. Dan itu merujuk harus ke RSUD. Kalau seandainya dia mau ambil obat ke Cipto, di harus ke RSUD Tarakan dulu baru kemudian ke RSCM. Jadi banyak yang punya BPJS pun tapi mereka punya uang, gak mereka pakai itu BPJS, mending pakai uang sendiri dlu daripada ribet kan proses dan alurnya itu Adapun yang memang alurnya begitu akhirnya dia putus obat." (AM, Penjangkau LSM "A")

Petugas puskesmas yang tidak ada di tempat atau melakukan pekerjaan multifungsi, juga dapat menghambat para petugas penjangkau di lapangan, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Biasanya dari petugas layanan, kalau dampingan mau akses jarum suka gak ada di tempat. Kadang-kadang nanti dipekerjakan dimana, apalagi kader yang sebagian udah UMR, yang harus dipekerjakan di bagian apa lah. Kader muda itu dibuat multi, itu kadang dampingan mau akses jarum gak dapet. Karena LASS-nya ini kan beda, LASS kan kadang-kadang kadernya inian karcis, kadernya dipekerjakan di situ.” (YN, Penjangkau LSM “A”)

Para petugas penjangkau menghadapi kebijakan alur layanan puskesmas yang berbeda-beda, yang terkadang menyulitkan, misalnya di salah satu puskesmas, dampingan LSM yang berniat mengakses ARV harus bolak-balik karena dia harus melakukan VCT ulang, pemeriksaan darah ulang, foto torax, pemeriksaan CD4, padahal sudah terbukti positif HIV.

“Alur layanan puskesmas yang beda-beda kebijakannya, kalau di Puskesmas ‘P’ kaya gitu, padahal kita udah program SUFA yang gak perlu pemeriksaan CD4, Torax tapi di sana ada.” (BNK, Penjangkau LSM “A”)

Secara ringkas, faktor pendukung dan penghambat dari segi struktural kedua LSM tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Gambaran faktor struktural LSM “A” dan LSM “B”

Faktor Struktural	LSM “A”		LSM “B”	
	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat
Ketersediaan SK/ peraturan	Ada SK dari Kemenkumham dan Dinas Sosial	-	-	Belum ada, masih dalam proses pembuatan.
Kerjasama/ surat dukungan	Ada, dari Dinkes, KPA, Polres Jakarta Timur dan Jakarta Pusat	-	-	Belum ada
Struktur organisasi	Ada, sifatnya fleksibel dan terus berkembang	-	-	Ada, namun menyulitkan dalam pelaporan dan menimbulkan kecemburuan dalam system penggajian
Kebijakan Pemerintah Indonesia tentang Darurat Narkoba (kasus Bali Nine)	-	Dampungan sulit ditemui, disiplin kerja berubah, laporan kegiatan kosong	-	Dampungan sulit ditemui, disiplin kerja berubah, laporan kegiatan kosong
‘Gesekan’ kepentingan antara kepentingan hukum dan kesehatan	-	Penjangkau atau petugas lapangan menghadapi masalah hukum dengan kepolisian terkait dengan kegiatan pendistribusian jarum suntik steril..	-	Penjangkau atau petugas lapangan menghadapi masalah hukum dengan kepolisian terkait dengan kegiatan pendistribusian jarum suntik steril..
Peraturan BPJS	-	Menghambat klien untuk mengakses layanan kesehatan	-	Menghambat klien untuk mengakses layanan kesehatan
Kebijakan alur layanan di Puskesmas	-	Ketidakpuasan klien dalam mendapatkan layanan	-	Ketidakpuasan klien dalam mendapatkan layanan

4.2.2 Faktor Organisasional

Faktor organisasional dalam penelitian ini adalah karakteristik organisasi yang berhubungan dengan infrastruktur organisasi (pendanaan, sumberdaya manusia, kepemimpinan). Tidak bisa dipungkiri sumber dana yang berkelanjutan merupakan faktor yang sangat penting untuk menjaga keberlangsungan sebuah organisasi seperti LSM. Tanpa sumber dana yang berkelanjutan, sumber daya manusia/pengurus yang baik dan berdedikasi tinggi serta kepemimpinan yang lemah dapat menghambat LSM untuk berkembang.

Pendanaan

Sumber dana LSM sebagian besar berasal dari bantuan lembaga donor yang sifatnya tidak kontinyu, sehingga selalu menjadi kendala. Untuk memperpanjang kerjasama agar tetap mendapatkan donor, LSM harus mengajukan proposal terlebih dahulu dan setelah beberapa bulan jika disetujui, baru bisa direalisasikan. Untuk pembuatan dan pengajuan proposal *funding*, LSM “A” sudah terbiasa dan sebagian besar dari proposal tersebut diterima dan disetujui oleh lembaga donor.

“Dukungan pendanaan memang selalu menjadi masalah sich mba. Karena untuk program harm reduction sendiri itu 70-80% didanai oleh lembaga donor. Nah kita tahu bahwa lembaga donor ini tidak selalu akan berada di Indonesia, dan program-program yang didukung ini yang akan menjadi masalah kalau sampai ditinggal dia. Kan kayak Kementerian Kesehatan pasti dia mau mensupport yang ada di bawahnya dia kan? Dinas Kesehatan kah, rumahsakit-rumahsakit. KPA juga. Hanya mau diarahkan semua, kayaknya susah juga. Kan kita tahu sendiri, program HIV ini kalau tidak ada LSM eee...akan timpang sekali, gitu yach. Kayak temen-temen Puskesmas atau rumahsakit, mereka tidak akan mungkin melakukan penjangkauan setiap hari.” (WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”)

Saat menunggu realisasi dana dari lembaga donor, kadangkala LSM memiliki keterbatasan untuk menggaji stafnya, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Kalau ada pengajuan proposal gitu, suka ada jeda waktu 3-4 bulan, jadi akhirnya kita tidak bisa memberikan gaji seperti yang selama ini kita berikan. Kita memang dapat support dari yayasan, yang gajinya memang gaji semampunya, itu yang....kalau dia punya keluarga ya habis juga, nahan 2-3 bulan, aduuhh..keluarga saya nanti gimana?.” (WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”)

Perpanjangan *funding* tergantung dari kebijakan pemerintah negara donor. Menurut informan LSM “A”, dengan adanya kasus *Bali Nine* berpengaruh terhadap keberlangsungan *funding* dari negara donor, seperti Amerika dan Australia. Untuk tahun

2016-2017, LSM “A” akan sangat tergantung pada *Global Fund*, yang dananya tidak hanya dikhususkan untuk HIV-AIDS, tetapi juga untuk Tuberkulosis dan Malaria. Namun besaran dana yang diterima dirasa masih terbatas. Berikut petikan wawancaranya:

“Paling tahun depan, dua tahun kedepan, 2016-2017 sangat bergantung dengan Global Fund. Global Fund mencakup cukup banyak, ada 40 kabupaten/kota, cuma kan juga eee...pendanaannya juga terbatas, jadi tidak hanya untuk HIV-AIDS saja tapi juga untuk TB dan Malaria.” (WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”)

Besaran gaji yang diterima oleh anggota/ staf LSM “A” sudah dikomunikasikan di awal tandatangan kontrak, sehingga merupakan kesepakatan bersama. Selain gaji, karyawan LSM “A” juga mendapatkan BPJS Ketenagakerjaan.

“.....biasanya kita di depan mba, sebelum tandatangan kontrak, kita jelaskan bahwa sewaktu-waktu dimana kontrak kita habis, selama 2-3 bulan temen-temen mungkin akan mendapatkan gaji yang tidak full. Ya itu di perjanjian kontrak, itu yang kita balikkan ke temen-temen, kalau temen-temen mau bertahan ya bagus sekali, kalau mau cari pekerjaan yang lebih bagus ya monggo.” (WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”)

Menurut salah satu informan, besaran gaji yang diterima dirasa masih kurang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Berikut petikan wawancaranya:

‘Gaji di bawah UMR. Gaji sekitar yaaa....2 kedip laahhh...hehehe..., (Gaji sebesar itu) Sebenarnya menurut saya kurang, karena saya sudah berkeluarga, anak satu. Kalau mau dihitung-hitung yaaachh..kurang, kalau dilihat dari jarak rumah ke sini juga...itungannya kan rumah juga masih kontrak.’ (BLD, Konselor LSM “A”)

Untuk kegiatan di lapangan, LSM “A” menyediakan uang transport yang besarnya ditetapkan berdasarkan zona.

“Ada transport untuk turun lapangan yang besarnya tergantung zona, yaitu Zona 1, 2, dan 3 antara 23.000,- s/d 31.000,-. Zona 1 yang paling dekat dengan kantor Sekretariat. Dalam satu bulan bisa turun lapangan sampai 12 kali, tapi bisa sampai 14 kali, dan kalau kelebihan turun lapangan, transportnya dibayar oleh lembaga.” (BLD, Konselor LSM “A”)

Permasalahan lain dari faktor organisasional adalah kendala administrasi untuk pertanggungjawaban ke donor, seperti yang diceritakan oleh informan berikut:

“Administratif laporan itu laporan donor itu kadang beda sama kebutuhan kita,..... bukan berorientasi pada program malah berorientasi pada administrasi, jadi programnya ngikut administrasi. Contoh terjadi penggerebakan besar-besaran, gak bisa dilakukan pertemuan dengan mereka, geser kan harus ke bulan keberapa, nah menurut dia bergeser itu harus bersurat, harus apa-apa itu jadi nambah beban.”

“Contoh lain misalnya mereka harus punya bon standar, kwitansi tanda terima yang standart mereka harus punya nama toko, kop usaha, telepon dan sebagainya. Kalau kita nongkrong di komunitas, yang ada gorengan gimana? Yang ada cuma beli makanan di warung, warung gak punya bon – itu susah.”

Hal serupa juga dikemukakan oleh informan dari bagian keuangan, seperti dikutip di bawah ini:

*“...untuk keuangan itu kadang administrasinya kurang lengkap atau yang gak sesuai kaya gitu. Misalkan abis kegiatan, kaya pertemuan masyarakat atau apa harus membuat laporan, yang dibudget dananya sekian, yang diundang 15 s.d 30 orang, terus yang hadir cuma berapa orang, terus konsumsi udah dipesen 1 hari sebelumnya, gak sesuai jumlahnya, konsumsinya lebih.” (EM, **Keuangan LSM “A”**)*

Mengurus masalah administrasi ini cukup menghabiskan waktu, oleh sebab itu terkadang sulit untuk meluangkan waktu untuk pengembangan kapasitas SDM dalam organisasi, hal ini diungkapkan oleh salah satu manajer:

*“Karena kita orang terbatas, chief-chiefnya terbatas, kita gak bsia ngasih mereka peningkatan kapasitas, kadang kita nunggu atau minta ke donor buat datengin ngelatih. Kenapa kita gak bisa? Karena kita sibuk banget gak sih? Itu dia tadi administratif bikin sibuk banget.” (AF, **Chief Divisi Penjangkauan LSM “A”**)*

Sedangkan di LSM “B”, selama empat tahun awal berdiri, mereka belum mengenal dan belum mengerti yang namanya lembaga donor, sehingga dana yang digunakan untuk operasional kegiatan dikumpulkan dari menjual Koran dan botol bekas. Dan saat penelitian ini dilakukan, LSM “B” sedang menjalankan proyek yang didanai dari Global Fund.

Salah satu imbas tidak memiliki akte dari Kementerian Hukum dan HAM adalah LSM “B” sulit mengajukan proposal sendiri kepada lembaga donor, karena akte adalah salah satu persyaratan administratif yang wajib dipenuhi. Tetapi walau bagaimanapun karena komitmen yang kuat, didukung pengalaman yang cukup lama serta modal jejaring yang dimiliki pengurus LSM ini, maka LSM “B” dengan segala keterbatasannya bisa aktif kembali. Kerjasama dengan LSM lain juga dimanfaatkan oleh LSM “B” untuk *sharing* pengalaman dan belajar dalam membuat dan mengajukan proposal *funding* yang bagus agar menarik dan diterima oleh lembaga donor.

Saat ini LSM “B” sedang menjalankan proyek *Global Fund* (GF) untuk program penjangkauan pengguna napza suntik dan lelaki berisiko tinggi (HRM) di wilayah Jakarta

Timur. Hanya saja LSM “B” menjadi *implementing unit* (IU) dari SSR (*Sub sub recipient*) lembaga bernama Yayasan Hidup Positif (YHP). Posisi sebagai *implementing unit* (IU) ini menyebabkan LSM “B” memiliki keterbatasan terutama hal pengelolaan dana, semua diatur dari YHP sebagai SSR-nya.

Untuk gaji para petugas penjangkau misalnya semua diatur oleh YHP sebagai SSR. Para petugas penjangkau LSM “B” harus mengambil ke kantor YHP. Karena ada dua lembaga donor di LSM “B”, maka besaran gaji yang diterima oleh petugas lapangan menjadi berbeda, dan seringkali menimbulkan rasa iri satu sama lain.

“Gak bisa menutup mata juga karena mereka banyak yang udah kenal uang, kenal funding, kenal donor. Memang kita disini terbuka dan transparan mengenai keuangan dan donor, tapi yang jadi kendala kadang beda donor beda insentif kan untuk petugas lapangan. Ada beberapa kasus timbul rasa iri sesama petugas lapangan.. Ribut dan akhirnya kadang ada yang mengundurkan diri meskipun kadang masih bisa kita atasin.” (BNZ, Direktur Program LSM “B”)

Besaran gaji yang diperoleh staf LSM “B” dirasa belum cukup. Dari gaji yang yang diterima, ada pemotongan sebesar 5% untuk pengembangan organisasi dan melengkapi sarana-prasarana. Karyawan LSM “B” juga mendapatkan Jamsostek. Berikut petikan wawancaranya:

“Saya ikut terlibat dari tahun 2001 itulah sampai sekarang ini meskipun selama beberapa tahun saya sebelum bergabung kembali dengan “B” saya sempat bekerja di yayasan lain dengan gaji yang memang lebih besar dari yang bisa diberikan “B” saat ini ke saya.” (BNZ, Direktur Program LSM “B”)

“Gaji pokok 2 juta per bulan, total sekitar 2,8 juta. Jamsostek juga dibayar kok, sama asuransi. Tetep ada kontribusi, kontribusi 5% dari gaji pokok. Yaa..kalau (gaji) cukup enggak ya saya nggak bisa bilang, tergantung masing-masing. Yaa..kalau kita sich maunya, harapannya sich yaaa...mencukupi standar (kebutuhan hidup) yach..” (JNT, Program Manager LSM “B”)

Besaran gaji dari lembaga donor *Global Fund* malah lebih sedikit, seperti yang dituturkan berikut ini:

“Kalau yang dari GF karena 5 tahun, ya sudah...jadi nilai tawarnya disini nggak ada, lemah sekali. Jadi kalau yang dari GF itu ditandatangani 2,5 jt, tapi take home-nya 1,5jt.” (JNT, Manajer Program LSM “B”)

Masalah lain terkait pendanaan di LSM “B” yaitu pengelolaan dana yang diatur dari SSR (YHP) mengakibatkan antara lain dana operasional kegiatan penjangkauan yang

minim. Untuk setiap kegiatan di lapangan idealnya LSM memiliki dana khusus yang digunakan untuk membeli konsumsi atau lainnya, hal semacam ini diperlukan untuk ‘membuka jalan’ supaya bisa dekat dengan dampingan. Terbatasnya dana operasional untuk kegiatan di lapangan dapat menghambat para petugas penjangkau melakukan pendekatan kepada dampingan. Pengaturan dana operasional di lapangan untuk kegiatan penjangkauan di LSM “B” jumlahnya Rp. 300 ribu per bulan, untuk semua kegiatan. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Bisa bayangin gak 300 ribu untuk 1 lembaga. Ada program HRM, ada program IDU jadi kalau misalnya saya punya 5 kegiatan gak usah 5 deh, 2 atau 3 kegiatan aja, sekarang saya sekali turun mobile aja kan dengan puskes, dengan PO-POnya (PO=Petugas Outreach) aja paling gak 2 atau 3 orang, belum bensin...gak cukup.” (HDR, Petugas Penjangkau LSM “B”)

“..... kalau kita ke lapangan itu ya kadang-kadang rokok kita gelar, makanan kita sedia in, ya untuk pendekatan, kalau udah kenal sih mereka paham, tapi kalau yang baru-baru kan belum tahu, harusnya ada lah dananya, buat buka jalan lah, nah bos saya bilang, gak MY, dana itu kan cuma per 3 bulan, ya GF pertemuan kan per 3 bulan, jadi lo bagi-bagi seputar itu aja.” (MY, Petugas Penjangkau LSM “B”).

Sumber Daya Manusia (SDM)

Pengurus LSM “A” cukup selektif dalam menerapkan system perekrutan staf, terutama memilih staf yang mengisi posisi teknis seperti petugas penjangkau. Prioritas pertama LSM “A” adalah merekrut orang-orang yang pernah menjadi dampingan atau yang pernah menjalani program rehab di LSM “A”. Kelompok dampingan yang sudah pulih dari ketergantungan dapat diangkat menjadi relawan, dan jika dilihat memiliki potensi mereka ditawarkan untuk mengirimkan surat lamaran ke LSM “A” dan diangkat staf LSM, seperti menjadi petugas penjangkau. Prioritas kedua adalah merekrut dari komunitas yang berasal dari luar, yang bukan dampingan LSM, setelah itu baru merekrut dari kalangan umum. Alasan mengapa memilih dari dampingan atau komunitas karena mereka dianggap memiliki ideologi yang sama dengan LSM “A”, para dampingan yang diangkat menjadi staf LSM dapat menjadi contoh teladan yang dulunya pengguna napza sekarang sudah berhenti. Sedangkan untuk merekrut posisi staf non teknis seperti bagian keuangan dan data, LSM “A” mengadakan rekrutmen untuk kalangan umum dan bisa berasal dari non komunitas. Saat ini LSM “A” mempunyai staf sebanyak 32 orang.

Sistem perekrutan staf LSM “A” menggunakan *open recruitment* melalui media cetak, media elektronik, dan dari mulut ke mulut. Calon anggota kemudian diseleksi melalui proses interview. Persyaratan lolos seleksi sudah ditetapkan yaitu tidak takut bekerja dengan ODHA, disiplin, dan jujur.

“Waktu itu kita ada open recruitment di Koran Sindo untuk (tenaga) keuangan dan (bagian) data. Jadi waktu itu kita open recruitment yaa...profesional aja, kita interview. Open recruitmentnya di mailing list-mailing list, mailing list apa tuch...desk jobs yaa? Sama ini sich, dari mulut ke mulut, tapi kebanyakan mailing list sich. Syarat lolos interview: yang pasti, dia tidak takut dengan ODHA, itu mba. Terus, eee...apa yaa, dia mau bekerja dengan pecandu, disiplin dalam bekerja, jam kerjanya fleksibel meskipun kita ada jam kerja yang benar harus dilakukan yaitu jam 9 sampai jam 4. Tapi ada di waktu-waktu tertentu yang kita perlu (bekerja) sampai malam atau minggu. Terus yang pasti, jujur sich.” (WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”)

Sedangkan di LSM “B”, perekrutan petugas penjangkau di LSM “B” dilakukan dengan 2 cara, pertama adalah membuka lamaran yang di informasikannya melalui milis, yang kemudian tersebar juga dari mulut ke mulut, beberapa orang melamar ke “B” diseleksi kalau memenuhi syarat dan mau menerima kesepakatan yang ditawarkan, maka diterima. Kedua, perekrutan dilakukan secara lebih longgar, yaitu staf didapat dari LSM lain, manajer program YHP ditawarkan untuk pindah ke LSM “B” dan bersedia. Bersamaan dengan itu, maka anak buahnya ikut keluar dan pindah ke “B”. Saat ini LSM “B” mempunyai staf sebanyak 15 orang.

“Untuk rekrutmen, yang pertama memang kita informasinya dari mulut ke mulut, terus kita mengajukan permohonan, terus kemudian dipanggil. Terus kita diinterview.,Setelah diinterview semua yang sudah disortir mana yang layak untuk diterima, saya diangkat sebagai Program Manager, terus saya merekrut orang. Jadi kebutuhan berdasarkan project.” (JNT, Program Manager LSM “B”)s

Permasalahan terkait SDM yaitu keterbatasan dalam jumlah, sehingga satu orang harus bisa memegang beberapa peranan. Seorang *chief* atau manajer selain dituntut dapat membuat proposal, ia juga terlibat mengurus administrasi. Selain dari segi jumlah, dari segi kualitas SDM juga masih ada keterbatasan. Sebagai contoh, SDM yang memiliki ketrampilan untuk membuat proposal jumlahnya tidak sebanyak SDM yang memiliki ketrampilan teknis. Akibatnya beban kerja bagi pengurus seperti manajer menjadi lebih banyak. Selain itu, kualitas SDM yang masih rendah menyebabkan lemahnya nilai tawar dengan lembaga donor. Berikut petikan wawancaranya:

“Kendalanya adalah lembaga ini kan karena kekurangan dana nya tadi ya, maka 1 orang bisa memegang beberapa peranan, jadi penuh nih.” (AF, chief Divisi Penjangkauan LSM “A”)

“Kapasitas SDM ini memang ada yang baguuuss..., ada yang biasa-biasa aja, ada yang perlu terus kita dorong. Terutama tim teknis ini yach mba, hampir 90% itu pengguna napza.” (WK, Manajer Pengembangan Organisasi LSM “A”)

“Kadang-kadang kita kurang nilai tawar. Nilai tawar kita itu kurang, kenapa? Kalau SDM-nya kita bagus, fund rising kita punya, kita kan belum ada fund rising, kita bikin produk batu cincin kek, apa kek, atau kita, sampah kek atau apa...jadi tidak punya nilai tawar. Jadi mempertimbangkan kita semua itu udah...nah ini kan balik-balik lagi kan ke SDM.” (JNT, Program Manager LSM “B”)

Untuk meningkatkan kapasitas SDM, baik di LSM “A” maupun LSM “B” yaitu dengan mengadakan rapat koordinasi dan evaluasi yang dilaksanakan secara rutin sehingga diketahui kendala-kendala yang ditemukan di lapangan dan untuk bersama-sama dicarikan solusinya. Selain itu, LSM “A” dan LSM “B” juga mengirimkan anggotanya untuk mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai dengan tupoksi masing-masing anggota.

Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan di LSM “A” dirasa cukup fleksibel, komunikasi cukup terbuka antara petugas lapangan, direktur dan manajer. Pimpinan juga mau mendengar dan mempertimbangkan pendapat bawahan, misalnya tentang permintaan kenaikan honor Zona 1-3. Kinerja LSM “A” lebih dipentingkan ke arah mutu, bukan jumlah klien yang dijangkau atau didampingi, sehingga masing-masing petugas/karyawan tidak pernah terikat dengan target kerja.

Pimpinan LSM “A” selalu membekali penjangkau atau petugas lapangan dengan Surat Tugas, kartu identitas dari LSM dan beberapa jarum suntik steril di dalam tas setiap kali melakukan kegiatan di lapangan. Sebagai penjangkau atau petugas lapangan, mereka diwajibkan mengisi formulir kegiatan harian petugas lapangan. Di dalamnya antara lain ditulis identitas kelompok dampingan (KD), tipe KD (individu atau kelompok), lokasi, jenis kegiatan, informasi yang telah diterima, informasi yang diberikan, deskripsi kelompok dampingan, deskripsi lapangan dan rekomendasi. Selain formulir kegiatan harian, petugas penjangkau juga diminta mengisi formulir profil kelompok dampingan, di dalamnya ditulis informasi yang lebih dalam, seperti faktor risiko transmisi seksual, riwayat napza, tempat nongkrong, tempat menyuntik, status HIV dan lain sebagainya.

Jam kerja mulai dari jam 9.00 hingga jam 16.00 WIB, namun berlaku fleksibel juga seperti misalnya ada kegiatan yang harus diselesaikan sampai malam atau pada hari minggu. Setiap kali datang, anggota LSM “A” harus mengisi daftar hadir, dan apabila tidak hadir tanpa keterangan maka akan dikenakan pemotongan gaji Rp. 50.000,00 tiap kali alpa. Namun jika tidak hadir tapi ada keterangan atau terlambat datang namun sebelumnya sudah konfirmasi ke coordinator lapangan atau ke bagian administrasi, maka tidak dikenakan pemotongan.

“Misalnya kita gak hadir nih tanpa keterangan kita dipotong 50.000, tapi makanya dibiasakan kalau kita gak hadir atau terlambat konfirmasi dan beritahukan ke koordinator kita. Jadi gak dipotong tuh walaupun gak masuk atau terlambat asal ada alasan yang jelas yah. Tulis aja di absen antar anak berobat atau izin apa gitu, terus di tanda tangan sama korlapnya atau sama orang adminnya. Tergantung kita izinnya sama siapa kita minta tanda tangan dia.”(YN, Petugas Lapangan LSM “A”)

Gaya kepemimpinan di LSM “B” dapat dilihat dari awal pemilihan Direktur Program LSM “B” . Pemilihan Direktur Program dimulai dari keinginan beberapa pendiri LSM tersebut untuk berbenah. Mereka mulai mencari dan menempatkan orang yang tepat untuk organisasi ini. Direktur Program yang terpilih dipercaya sebagai orang yang cocok untuk membangun kembali LSM “B”, karena dinilai memiliki banyak pengalaman di lembaga lain yang sejenis, memiliki jaringan yang luas dan memiliki komitmen yang kuat untuk membawa LSM “B” menjadi organisasi yang profesional.

Selama ini, hubungan antara atasan dan bawahan di LSM “B” dirasa nyaman, karena tidak ada sekat/batas diantara mereka dan rasa solidaritasnya cukup tinggi. Direktur Program juga menetapkan system transparansi pada segala hal termasuk dari segi kegiatan dan keuangan.

“Yang saya liat sih, alhamdulillah tingkat transparansi tinggi dalam segala hal, baik pekerjaan, keuangan, sangat tinggi, solidaritasnya juga terjaga cukup baik, justru saya merasa bekerja disini merasa lebih nyaman, kalau disini bekerja tidak melihat atasan dan bawahan. Jadi walaupun memang secara struktur ada Program Direktur, ada Program Manager, tapi disini kita semua samalah..mereka memang lebih dihormatilah kan tapi beda di tempat lain, ada sekat tersendiri. Sedangkan enaknyanya disini kumpul-kumpul semua, mau lo direktur, mau manajer, kita kumpul sama-sama.” (IYN, Petugas Lapangan LSM “B”)

Kinerja LSM “B” dinilai dari capaian target kerja. Lembaga dituntut mencapai target yang kurang realistis yaitu target mendapatkan data profil untuk program penjangkauan *High*

Risk Man (HRM) sebanyak 1200 data per bulan. Jadi untuk satu petugas penjangkau harus memenuhi target mengumpulkan per hari sebanyak 60 data HRM, target itu terlalu tinggi dan sulit untuk dicapai. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

*Kalau untuk yang program GF ini kita diminta target untuk menjangkau 60 orang per hari. Memang saya bilang itu tidak mungkin. Saya bicara apa adanya, tapi kebanyakan ya saya sehari ngejangkau 20-30, itu tuh udah banyak banget. Sekarang bisa Mba bisa bayangin, di saat kita ngasih informasi ke satu orang, kalau kita ngasih per individu, ngasih informasi kan gak cukup 5-10 menit. Kalau 60 orang, gimana, gak mungkin kan. Tapi ya program adanya segini ya udah lah, saya bilang dari pada saya gak ada orang yang gaji saya, ya saya jalanin aja, yang penting yang saya lakukan mereka tahu lah (**HDR, Petugas Penjangkau LSM “B”**)*

Absensi yang diterapkan di LSM “B” yaitu pagi hari datang ke kantor dan kemudian absen. Setelah dari lapangan, mereka kembali lagi ke kantor kemudian absen lagi. Koordinasi dilakukan sebelum dan setelah dari lapangan untuk membahas kegiatan yang akan dilakukan pada hari itu dan evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan. Bagi yang tidak hadir tanpa keterangan maka akan dikenakan sanksi berupa pemotongan uang transport, dan jika selama tiga hari berturut-turut alpa, maka akan dikeluarkan Surat Peringatan (SP) dari Direktur Program. Secara khusus, karena LSM “B” mempunyai dua lembaga donor, maka untuk absensi penjangkau atau petugas lapangan mengikuti aturan dari masing-masing lembaga donor tersebut. Sebagai contoh, untuk petugas lapangan di Tim Global Fund, mereka tidak dipermasalahkan berapa kali harus datang. Namun untuk petugas lapangan di Tim Sum 2, mereka diwajibkan untuk datang setiap hari.

Secara ringkas, gambaran faktor organisasional LSM “A” dan LSM “B” terdapat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Gambaran faktor organisasional LSM “A” dan LSM “B”

Faktor Organisasional	LSM “A”		LSM “B”	
	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat
Pendanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Sudah terbiasa membuat dan mengajukan proposal untuk funding. - Besaran gaji sudah dikomunikasikan saat tandatangan kontrak. - Ada uang transport dan memiliki BPJS ketenagakerjaan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lembaga donor sifatnya tidak kontinyu, sehingga harus terus-menerus membuat dan mengajukan proposal baru. - Besaran dana dari lembaga donor dirasa masih terbatas. - Gaji belum memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. - Persyaratan administrasi untuk pertanggungjawaban ke lembaga donor rumit dan sangat menyita waktu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekerjasama dengan LSM lain untuk sharing pengalaman dan belajar membuat proposal funding yang menarik. - Dana operasional dan gaji berasal dari dua lembaga donor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sulit mengajukan proposal untuk funding karena belum ada SK pendirian LSM - Dana operasional sangat minim. - Besaran gaji yang diterima berbeda, tergantung dari masing-masing lembaga donor, sehingga timbul rasa iri satu sama lain. - Gaji belum cukup memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.
Sumber daya manusia	<ul style="list-style-type: none"> - Perekrutan melalui system <i>open recruitment</i> dan lebih selektif . - Diprioritaskan merekrut dari dampingan. - SDM diikutkan pelatihan-pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah dan kapasitas SDM terbatas 	<ul style="list-style-type: none"> - Perekrutan melalui system <i>open recruitment</i>, longgar. - Diprioritaskan merekrut dari LSM lain. - SDM diikutkan pelatihan-pelatihan sesuai dengan 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah dan kapasitas SDM terbatas, sehingga nilai tawarnya lemah.

	sesuai dengan tupoksinya.		tupoksinya.	
Kepemimpinan	<ul style="list-style-type: none"> - Gaya kepemimpinan fleksibel. - Ada rapat koordinasi dan evaluasi seminggu sekali. - Membekali petugas lapangan dengan Surat Tugas, Kartu Identitas LSM, dan formulir isian. - Jam kerja sudah ditetapkan, namun berlaku fleksibel. - Disiplin kerja, ada <i>reward</i> and <i>punishment</i>. - Penilaian kinerja berdasarkan mutu. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Gaya kepemimpinan mengedepankan transparansi, solidaritas tinggi. - Ada rapat koordinasi setiap hari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absensi tergantung dari masing-masing lembaga donor. - Hanya ada <i>punishment</i>.

4.2.3. Faktor Sosiokultural

Faktor sosiokultural yang dimaksud dalam penelitian ini adalah nilai atau norma yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan HIV-AIDS. Hambatan yang terkait faktor sosiokultural misalnya masalah stigma, yang berasal dari lingkungan keluarga ODHA, penolakan dari masyarakat umum dan dari terkait program penanggulangan HIV-AIDS. Di sisi lain ada hal-hal yang mendukung para petugas LSM menjalankan tugasnya, antara lain sikap tenaga kesehatan di puskesmas yang mendukung LSM, kesamaan latar belakang seperti sama-sama pengguna narkoba dan ODHA memudahkan petugas penjangkau untuk melakukan pendekatan kepada lingkungan kelompok dampingan serta nilai yang dimiliki dan dikembangkan oleh pekerja LSM sendiri yaitu bekerja adalah untuk membantu sesama yang punya nasib yang sama dengan mereka.

Stigma

Sebagian besar petugas di LSM “A” dan “B” mengatakan bahwa stigma masih ada di masyarakat, akan tetapi mereka tidak menghadapinya langsung, stigma itu lebih dialami oleh kelompok dampingan yang mereka temui. Stigma menjadi hambatan yang dihadapi oleh petugas LSM dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Hambatan-hambatan ini ditemui oleh para petugas penjangkau ketika mereka turun ke lapangan, berikut kutipannya:

...banyak juga ketemu keluarga yang kurang mendukung, masyarakatnya, masalah stigma lah. Kalau keluarga, ah udah lah biarin aja, gak usah diurusin, mau gimana ke, mau mati kek, kaya gitu. Masyarakat istilahnya ngejengkelin, ah dia make, berhenti ntar juga make lagi. itu lagi, saya ngeliat diri saya sendiri juga dulu begitu. Pelan2x sih emang (BNK, Peenjangkau LSM “A”).

Masih ada ketakutan stigma kata HIV, itu masih tetep ada. Oke dengan ODHA nya tidak, tapi dengan kata HIV nya untuk pemeriksaan HIV itu mereka bilang ngapain periksa HIV. Gue gak kok, jadi masih ada stigma terhadap kata-kata HIV atau VCT. (HND, Petugas penjangkau LSM “B”)

Masyarakat umum memandang program *harm reduction* dengan membagikan jarum suntik yang dilakukan LSM berarti mendukung pecandu untuk terus memakai narkoba. Padahal program ini dimaksudkan untuk pencegahan, agar para penasun tidak memakai jarum suntik bergantian yang dapat menimbulkan risiko terinfeksi HIV. Seperti yang dituturkan oleh salah seorang informan:

*Awalnya saya dulu datang ke spot mau membagikan jarum suntik stereril di daerah Jatinegara. Aku kemudian dipanggil sama RW dan aku disidang disitu jadi seakan-akan kita ini mendukung si pecandu untuk terus dalam dunia narkotika suntik gitu loh mba makanya kita membagikan jarum suntik steril. Cara saya mengatasinya yah saya jelaskan bahwa pada dasarnya kita di LSM atau Yayasan ini tidak mendukung mereka menggunakan jarum suntik atau pecandu, tapi kita mau mendukung untuk pencegahan HIV AIDS makanya kita bagikan jarum suntik steril ini. Setelah saya coba jelaskan fungsi jarum suntik steril ini terkait penyebaran HIV AIDS alhamdulillah mereka bisa menerima, dan sekarang pun RW nya jadi aktif jadi anggota WPA di Jatinegara (IYN, **petugas penjangkau LSM “B”**)*

Keluhan dari masyarakat juga sering mereka terima jika jarum suntik yang berserakan:

*komplain dari masyarakat mengenai jarum yang berserakan, masyarakat komplain takut kena anak-anak kecil..komplain ke saya dari teman saya mas Bnk salah satu petugas lapangan “itu tolong donk bilangin anak-anak kalau sakau pakai jarum jangan main taro dan buang sembarangan aja takut buat mainan anak..susah yah memang kalian ini pecandu..bla..bla..bla..”. (AM, **petugas penjangkau LSM “A”**)*

Petugas penjangkau menganggap saat ini para tenaga kesehatan terutama di puskesmas mendukung pekerjaan mereka. Walaupun kebijakan layanan puskesmas berbeda-beda, namun menurut beberapa informan para tenaga kesehatan di puskesmas sangat baik menerima mereka dan aksesnya pun lebih mudah. Seperti yang diceritakan oleh informan berikut ini:

*Kebijakan tiap puskesmas beda2x, kalau temen2x yang sulit untuk ARV atau metadon saya arahkan ke puskesmas KR. Saya telepon dari sini, dateng, gak proses lama. Karena kalau disana yang utama diobatin dulu, urusan surat nanti. Kemarin ada dampingan teman, 8 bulan bolak balik, saya tanya udah running belum? Katanya, “Belum Bang, sulit, buang sana buang sini”. Ya udah, telepon, dikonsul ke KR, gak lama, cek dulu hari ini, besok dapat obat. Beda kebijakan, Bunda nih (dokter di puskesmas Kr), kalau saya liat, dia TOP, Temukan Obati dan Pertahankan, gak kaku dia, yang penting dia mau bener, mau terapi, kan lebih bagus dia terapi. Saya aja terapi di situ sampai sekarang, gak mau pindah. Maksud saya kan bisa di puskesmas P, karena kenyamanan saya, sudah dapat di sana. Oranya asyik, enak, kaya ibu sama anak. (YN, **petugas penjangkau LSM “A”**)*

*Kalau sebelumnya, hambatanya dulu sulit dampingan untuk mengakses layanan (kesehatan), lebih banyak kebutuhan dia aja, kaya jarum, kondom, tapi kalau untuk merujuk dia ke akses itu agak sulit. Karena dia masih ada faktor takut, ntar takut dibawa kemana gitu. Beda sama sekarang, karena kan kalau sekarang udah ada kepercayaan, kenyamanan (YN, **petugas penjangkau LSM “A”**)*

LSM dan puskesmas pun sudah menjalin kerjasama yang cukup baik, misalnya dalam hal melakukan *mobile VCT*. LSM B, misalnya sudah beberapa kali bekerja sama dengan

puskesmas CP untuk melakukan dokling (dokter keliling/mobile VCT), selain itu puskesmas pun memanfaatkan LSM untuk membantu melakukan pendataan seperti panti pijat, WPS atau transgender.

Jadi PKM beda-beda peraturan, ada yang maunya pagi doang, kalau dari puskesmas CP termasuk enak. Dia mau malem, mau siang, kapan aja bisa. Wilayah Cipayung itu kan luas, buat WPS-nya aja banyak ada 3 tempat, 4 lah sama Kampung Makasar, panti pijatnya juga lumayan banyak. Petugas puskesmas itu sekarang lebih terbuka, mau aja kita ajak, Bu kita nge-Dokling (dokter keliling) di sini ya Bu, ya udah My, bikin jadwal, jadi dari pihak layanan enak-enak aja. Paling nanti gini, My coba tolong cari in data ini dong terus kita turlap cari datanya, udah dapet nanti kita kasih. Data itu biasanya WPS, panti pijat (plus-plus) kalau ada transgender atau waria (My, petugas penjangkau LSM "B")

Kesamaan latar belakang mantan pecandu dan ODHA/orang yang terdampak memiliki rasa tanggung jawab terhadap orang lain agar tidak seperti mereka

Di LSM "A" dimana sebagian besar anggotanya berasal dari komunitas mantan pecandu napza, hal ini memudahkan mereka melakukan pendekatan kepada kelompok dampingan di lapangan.

... mereka berasal dari komunitas juga, kalau mereka yang masuk lebih mudah. Menjadi role model, menjadi contoh teladan, orang yang mungkin dulu pernah menggunakan jadi dia berhenti, makanya di LSM "A", 80% atau 90% mereka itu semuanya orang-orang yang pernah ketergantungan narkoba semua. Dia bisa menerima fakta atau kenyataan, bahwa yang didampingi adalah pecandu. Gak boleh ada diskriminasi, stigma, itu mutlak. (AF, Program Manager LSM "A")

Di lembaga juga tersebut ditanamkan prinsip yang disebut *mea culpa*, berasal dari bahasa Yunani, yang artinya kurang lebih *salah saya*. Diungkapkan ketika kita mengakui kesalahan, atau meminta maaf atas kesalahan kita. Tulisan ini mereka perlihatkan di salah satu seragam mereka. Dengan prinsip ini membuat para petugas LSM bisa bertahan dan tidak cepat putus asa.

MEA CULPA, itu tuh prinsip kita, adalah nunjuk diri sendiri, kita salah, iya gue salah, gue harus benerin apa yang udah gue perbuat, itu penting banget, itu kayanya basa latin deh. Itu yang membuat kita bertahan (AF, Program Manager LSM "A")

Karena saya ex pengguna saya tahu banget deh susahnyanya untuk keluar dari adiksi, jadi saya pengen berguna bagi orang, saya sudah dibantu sama "A" untuk keluar dari identitas saya sebagai penasun, saya juga harus berkontribusi sebagai tanda terimakasih saya sama "A" untuk bantu penasun diluar sana supaya mereka keluar dari adiksi mereka dan mencegah penularan hiv aids melalui penggunaan jarum suntik bersama. (Tf, petugas penjangkau LSM "A")

Bahwa saat kita sudah dibantu, maka tugas kita adalah membantu orang lain yang punya pengalaman dan penderitaan yang sama seperti kita untuk bisa hidup baik dan bebas dari adiksi. Itu yang penting juga kenapa LSM ini bisa bertahan sampai sekarang meskipun funding sudah habis masa proyeknya. Kita semua merasa punya tanggungjawab yang sama untuk hidupnya LSM (AM, petugas penjangkau LSM “A”)

Tidak jauh berbeda dengan di LSM “B”, beberapa anggotanya adalah ODHA atau orang yang terdampak ODHA. Mereka merasa memiliki tanggung jawab moral, ingin berbagi dengan teman-teman yang memiliki nasib yang sama. Seperti yang diceritakan oleh informan berikut:

saya punya tanggung jawab moral, saya ODHA, apa pun bisa saya lakukan selama saya hidup, saya pengen nebus dosa, ya udah saya mau ngelakuin sesuatu lah. Mungkin itu bisa ngurangin dosa saya. Saya gak pengen ada korban lagi, saya gak pengen ada orang yang seperti saya. Terutama untuk pecandu narkoba (Hnd, petugas penjangkau “LSM “B”)

Saya basic suami bekas pecandu, saya juga sempet make, sempet maen juga lah, trus suami minum metadon, dia berhenti karena pas kena HIV positif. Karena pengalaman pribadi aja skalian lah dibagi ke temen-temen, punya pengalaman pribadi yang sama dengan teman-teman, jadi gitulah (My, petugas penjangku LSM “B”)

LSM yang memiliki anggota yang berasal dari komunitas seperti ODHA, pengguna napza, atau orang terdampak di satu sisi memang dapat memudahkan kerja LSM terutama dalam hal penjangkauan. Tetapi di sisi lain ada risiko kesehatan yang harus dihadapi. Di LSM “A”, karena sebagian besar anggota adalah mantan pecandu, ada risiko mereka akan terjerumus lagi menjadi pengguna napza, oleh sebab itu para pengurus LSM selalu memantau perkembangan para anggotanya, mereka bisa melakukan tes urin mendadak tanpa terjadwal. Hal ini disampaikan oleh salah seorang informan:

Di LSM ini sangat memantau perkembangan staff atau pekerja lapangan nya. Ini kan yayasan “A” sebenarnya terbentuk karena mayoritas orang didalamnya adalah pecandu. Jadi kalau sudah mulai kelihatan gelagat staffnya kaya orang mabok atau mulai sakau, itu biasanya petinggi akan mengadakan test urin dadakan tapi tidak terjadwal. Yang saya tahu tujuannya supaya kita sebagai staff jangan terjun lagi lah kedalam adiksi karena disini kita memahami adiksi sebagai penyakit (Tf, petugas penjangkau LSM “A”)

Sedangkan di LSM “B”, petugas penjangkau yang ODHA bisa terkena penyakit lain ketika melakukan tugasnya. Seperti yang dituturkan oleh informan berikut:

Kondisi badan saya kaya gini, saya bilang, tahun kemarin saya baru selesai program TB, CD4 saya rendah, saya punya banyak dampingan dan saya gak pernah pake masker segala macem, saya ngejaga ini mereka juga, ampe akhirnya kena TB. Ya udah lah itu risiko. Sampe saya bilang sama istri saya ya udah lah inilah hidup saya, yang penting saya ngejalanin apa yang saya anggap bisa bermanfaat buat orang. (Hnd, petugas penjangkau “LSM “B”)

Secara ringkas gambaran hal-hal yang menjadi penghambat dan pendukung dari faktor sosiokultural dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Gambaran faktor sosiokultural LSM “A” dan LSM “B”

Faktor Sosiokultural	LSM “A”		LSM “B”	
	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat
Stigma dan penolakan dari masyarakat terhadap program-program	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya dukungan dari tenaga kesehatan terutama puskesmas yang memudahkan pekerjaan para petugas LSM, sehingga mereka dan dampungannya merasa nyaman. 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dari dampingan penasun yang seringkali kurang mendukung dampingan untuk pulih, padahal dukungan keluarga itu sangat berarti. - Penolakan dari masyarakat untuk program harm reduction terutama dalam masalah pembagian jarum suntik steril. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga kesehatan yang mudah diajak bekerja sama dengan petugas LSM 	<ul style="list-style-type: none"> - Sulit mengajak dampingan (klien) yang memiliki perilaku berisiko untuk VCT karena takut dengan kata HIV. - Penolakan dari masyarakat untuk program harm reduction terutama dalam masalah pembagian jarum suntik steril.
Kesamaan latar belakang mantan pecandu dan ODHA/orang yang terdampak sehingga memiliki rasa tanggung jawab terhadap masyarakat sekitarnya	<ul style="list-style-type: none"> - Anggota LSM tidak mengalami masalah stigma secara langsung, karena LSM “A” mengkondisikan sebagian besar anggota LSM adalah bagian dari komunitas mantan pengguna napza. - Prinsip <i>mea culpa</i>, yang ditanamkan kepada seluruh anggota LSM, 	<ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang petugas LSM yang pernah menjadi pecandu napza memiliki risiko terjerumus kembali menjadi pecandu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa memiliki tanggung jawab moril, ingin berbagi dengan teman-teman yang memiliki nasib yang sama 	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas LSM yang ODHA memiliki risiko terkena/tertular penyakit yang berasal dari dampingan.

	<p>dimana mereka mengakui kesalahan mereka dimasa lalu ketika menjadi pecandu melalui LSM ini mereka memperbaiki diri dengan membantu sesama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebagai pemantauan terhadap petugas lapangan yang pernah terjerumus dalam adiksi narkoba, agar tidak kambuh lagi, pengurus LSM memerintahkan untuk melakukan tes urin secara mendadak dan tidak terjadwal. 			
--	--	--	--	--

4.2.4. Faktor Individual

. Faktor individual yang dimaksud adalah perilaku individu yang menjadi dampingan/klien terhadap program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS yang dilaksanakan oleh LSM. Kegiatan utama LSM “A” dan “B” adalah melakukan pendampingan kepada orang-orang atau kelompok yang rentan terkena infeksi HIV, seperti pengguna narkoba suntik (penasun), lelaki yang memiliki perilaku berisiko tinggi (LBT) terinfeksi HIV atau Wanita Pekerja Seksual (WPS). Para petugas LSM turun ke lapangan melakukan kontak dengan kelompok dampingan/klien, mereka memberi informasi mengenai HIV dan secara bertahap mereka juga mengajak kelompok berisiko tinggi tersebut untuk melakukan VCT atau pemeriksaan ke layanan kesehatan. Perilaku mereka ada yang sifatnya positif, mereka lebih mudah untuk diajak bekerja sama. Tetapi banyak juga perilaku negatif, ketika mereka cukup sulit untuk bekerja sama. Misalnya, tidak jarang ketika petugas LSM melakukan penjangkauan di lapangan, mereka mengalami penolakan dari klien.

Komunitas Dampingan Yang Terorganisir Lebih Mudah diajak Bekerja Sama

Yang dimaksud dengan komunitas yang terorganisir adalah mereka yang menjadi anggota komunitas PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon) di puskesmas. Dari hasil pengamatan peneliti di lapangan, kelompok dampingan dari komunitas PTRM lebih mudah dijumpai oleh petugas penjangkau, karena mereka memiliki jadwal rutin datang ke puskesmas untuk mengakses metadon. Oleh sebab itu petugas penjangkau LSM “B” hampir setiap hari akan menyempatkan untuk mendatangi puskesmas yang memiliki pelayanan metadon, menemui orang-orang yang mengakses metadon, “nongkrong” sambil mengobrol dan bersama mereka, sambil menemani dampingan untuk akses ke layanan kesehatan, pemeriksaan seperti VCT dan IMS ke puskesmas. Seperti yang diceritakan salah satu informan:

“Tiap hari sih kaya gini aja (nongkrong di puskesmas), kalau gak ada janji paling ntar saya tanya-tanya lagi, kalau di sini temen-temen gak ada yang mau akses saya jalan lagi kemana. Di sini 2 atau 3 jam. Hari ini lagi sepi, biasanya agak siangan ramai. (MY, Penjangkau LSM “B”)

Selain itu, dari hasil pengamatan di lapangan, kelompok yang terorganisir memiliki tingkat pemahaman tentang HIV/AIDS yang lebih baik sehingga memudahkan

pekerjaan petugas penjangkau. Hal ini terlihat pada pengamatan di lapangan, ketika YN petugas penjangkau LSM “A” dan BLD (VCT konselor) mengadakan kegiatan kelompok diskusi terarah (FGD) mereka tentang TB dan HIV/AIDS dengan komunitas PTRM puskesmas Jatinegara. Saat YN mulai menjelaskan tentang apa itu TB, bagaimana penularannya, bagaimana pengobatannya dengan bantuan gambar peraga, para peserta FGD ikut menanggapi dengan menjawab dengan benar pertanyaan-pertanyaan yang diajukan. Seperti ketika ditanya tentang gejala TB para peserta FGD menjawab dengan antusias, bergantian mereka menjawab, ‘demam’, ‘batuk sampai 1 bulan tiada henti’, ‘baru jalan sedikit udah *ngap-ngapan*, petugas lapangannya pun menanggapi dengan sedikit bercanda,

“Nah, ini yang gue seneng, semua teman-teman sudah cukup mengerti TB, jangan pake istilah TBC ya, kalau TBC itu turut berduka cita ” (YN, **petugas penjangkau LSM “B”**)

Anggota komunitas PTRM memang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang lebih baik, karena selama mereka mengakses metadon di puskesmas mereka lebih sering melakukan kontak dengan petugas LSM atau tenaga kesehatan. FGD tidak sebatas membahas masalah HIV/AIDS, dalam FGD dibahas juga tentang bagaimana mengajak anggota komunitas supaya ikut BPJS, membahas organisasi dan sebagainya.

Kerjasama atau saling dukung antara petugas penjangkau dengan kelompok dampingan komunitas PTRM diperlihatkan juga ketika salah seorang dari mereka mengeluh kepada petugas penjangkau LSM “A” bahwa dia kehabisan ARV, sedangkan puskesmas untuk layanan ARV sudah tutup. Petugas penjangkau langsung menawarkan untuk meminjamkan motornya untuk mengambil ke puskesmas lain yang layanan ARV-nya buka sampai sore. Petugas penjangkau memberi dukungan dan kepercayaan kepada dampingannya supaya tidak sampai putus obat, dan dampingan sendiri mengikuti saran dari petugas lapangan.

Sedangkan untuk perilaku negatif dampingan/klien terhadap program-program pencegahan/penanggulangan HIV/AIDS antara lain adalah:

Tidak jujur, menolak, menuntut imbalan dan sering mangkir jika berjanji

Dampingan atau klien LSM “A” dan LSM “B” banyak yang berasal dari para pengguna napza suntik. Menurut penuturan beberapa para petugas lapangan baik yang berasal dari LSM “A” maupun “B”, penasun banyak yang masih kurang kesadarannya,

sebagian mereka tidak jujur, jika diminta untuk kumpul mereka menuntut imbalan dan kalau janji untuk bertemu sering mangkir. Berikut kutipannya:

Kalau dari kelompok dampingan, dari junkie2x masih tetep, udah kita informasi in, masih tetep kurang kesadarannya. Saat ngomong ke kita A, ah nggak, udah nggak tuker2xan jarum kok, disaat kita ketemu sama itu, tuh dia masih tukeran jarum, masih belum jujur, masih belum ada perubahan, (Bnk, Petugas Penjangkau IDU, LSM "A")

kalau ke lapangan lebih gampang ada jarum suntik sebenarnya, karena gini anak-anak, kalau cuman ngomong LSM doang, mereka akan bilang, aaah males dah, ada duitnya gak? Saya jawab gak ada. Kata mereka, aaah males. Ada jarum suntiknya gak? Bawa, nah mereka mau tuh kumpul My, Petugas Penjangkau IDU, LSM "B")

IDU itu kalau janji sering mangkir, kalau janji sekarang, tahunya dua hari lagi atau seminggu lagi, tergantung mood dia deh. Jangan sekarang deh nanti aje, kadang-kadang kaya kita yang butuh, padahal dia yang butuh tapi saya sih maklum aja (My, Petugas Penjangkau IDU, LSM "B")

Dampingan yang tidak memiliki kelengkapan administratif kependudukan

Petugas penjangkau juga menghadapi klien-klien penasun yang tidak punya kelengkapan administratif kependudukan seperti KTP atau kartu keluarga. Akibatnya sulit jika mereka ingin mengakses layanan kesehatan, akhirnya baru bisa dirujuk jika kondisinya sudah sangat lemah. Biasanya di layanan kesehatan pasien yang tidak memiliki kelengkapan identitas dapat diterima dan masuk dalam kategori orang terlantar (OT).

aku pernah temuin klien, dia mau akses yankes, tapi dia berdiam diri di salah satu spot, tapi dia gak punya KTP, KK, otomatis gak punya BPJS kan, uang pun tidak ada. Kalau sudah begini akses yankes pasti terkendala dalam segala hal yang berhubungan dengan dia sebagai penasun, kita kan harus test VCT nya, kalau dia positif otomatis harus akses obat ARV atau OAT..sampai kita rujuk jika kondisinya sudah drop sekali (AM, petugas penjangkau, LSM "A")

Klien Menghindari/menolak pemeriksaan VCT

Bagi kelompok penasun yang memiliki perilaku berisiko terinfeksi HIV-AIDS, VCT menjadi suatu hal yang mutlak dilakukan, untuk mengetahui apakah dia positif HIV atau tidak. Petugas penjangkau menghadapi penolakan dari klien atau dampingan ketika diminta untuk melakukan VCT, walaupun sebelumnya sudah dilakukan pendekatan dengan penyuluhan. Seperti yang disampaikan salah seorang informan dalam kutipan berikut:

Kaya kemarin pas kita mengadakan mobile VCT, disalah satu rumah dampingan, dia ikut penyuluhan, kita kasih penyuluhan tentang IMS pada akhirnya di absen untuk pengambilan darah, nah pada saat pengambilan darah itu dia menolak, gak

tau alasan pastinya kenapa, takut sama jarum kayaknya tidak mungkin kan..loh kan dia pengguna narkoba jarum suntik masa takut sama jarum suntik? Daripada lo yang datengin puskesmas kan mending puskes yang datengin lo kan, udah didatengin ke tempat lo untuk memberikan lo layanan pengobatan cuma-cuma..gratis pula, kok ada fasilitas malah nolak? Ada sih yang memang begitu. (AM, petugas penjangkau, LSM "A")

Hal yang kurang lebih sama juga dialami oleh petugas penjangkau High Risk Man, hambatan seperti kurang kesadaran atau ketidakpedulian dari kelompok dampingan juga dihadapi di lapangan. High Risk Man (HRM) atau Lelaki Berisiko Tinggi (LBT) adalah salah kelompok yang rentan terinfeksi HIV dan LSM "B" memiliki program penjangkauan HRM ini. Menurut salah seorang informan, program ini sulit, karena sifatnya umum, berada di luar kategori IDU atau LSL :

*HRM itu lebih kompleks, penasun juga termasuk HRM, kalau laki-laki, LSL kan sebenarnya juga HRM, tapi karena itu udah punya program tersendiri kita disuruh ambilnya yang di luar itu yang umumnya **Hnd, Petugas Penjangkau HRM, LSM "B"**)*

Para supir truk di daerah Pasar Induk Kramat Jati adalah salah satu target HRM yang harus dijangkau, karena menurut informasi yang didapat oleh LSM di daerah itu terdapat praktik prostitusi, dimana ada supir-supir di sana melakukan praktik seksual berisiko dengan WPS (Wanita Penjaja Seksual). Informan menceritakan sulitnya mengajak kelompok dampingan HRM ini untuk melakukan VCT,

*Di Pasar Induk tuh di pangkalan truk, kita deketin dulu, kami memberikan informasi dulu pertama, kemudian nanti kita dateng lagi dengan puskesmas mobile VCT setelah itu kami akan melakukan pemeriksaan, kita jadwal itu beberapa hari. Tapi disaat puskesmasnya dateng begitu kelakuan mereka, mereka gak mau dateng, pada ketawa-ketawa aja, pada maen jorok-jorokan, ah elu deh, elu deh untuk ngejar target 20 orang tuh susahny mba.....(**Hnd, Petugas Penjangkau HRM, LSM "B"**)*

Pada awal tahun 2015 LSM "B" mengikuti program SUFA (*Strategic Used of ARV*) selama 3 bulan (Februari-April), suatu program yang dibuat pemerintah melalui dinas kesehatan dan puskesmas dimana petugas penjangkau LSM diminta untuk melakukan pendekatan persuasif kepada ODHA yang putus obat mau melanjutkan program terapi ARV-nya dan bagi yang belum mengakses obat didampingi untuk memulai terapi ARV. Petugas penjangkau dari LSM "B" mengatakan bahwa orang-orang yang didatangi terkadang sulit untuk diajak bekerja sama. Ada kasus dimana ODHA yang didatangi ternyata sudah meninggal, dan dia mempunyai pasangan yang kemungkinan memiliki

risiko terinfeksi HIV dari suaminya. Oleh sebab itu penjangkau mengajak pasangannya untuk melakukan pemeriksaan, akan tetapi ajakannya ditolak.

*Ya itu lah, ada orang yang mau dibantu ada yang tidak. Kita gak mungkin, masa orangnya kita seret-seret. Seperti yang saya bilang ada orang yang saya datengin udah meninggal, dia punya istri, istrinya saya minta untuk periksa gak mau. “Mba dateng, ini nomor saya, saya minta nomornya gak dikasih. Ampe 2 kali saya datengin rumahnya, saya gak mau yang ketiga kali, cukup lah. Dateng ke rumah anda aja saya ngabisin bensin, saya gak dapat apa-apa. Itu SUFA, dan kembangan dari SUFA nya saya, ada namanya si A, si A meninggal, istrinya kan berisiko, ktu tanggung jawab moril aja buat saya. **Hnd, Petugas Penjangkau HRM, LSM “B”**)*

ODHA yang tidak mau berobat mengakses ARV

Selain itu ada ada ODHA yang ditemui oleh petugas penjangkau belum mau mengakses ARV. Petugas penjangkau LSM “B” menemui ODHA dengan status duda yang belum mau mengakses ARV tetapi ironisnya disaat yang sama dia masih suka menggunakan jasa wanita pekerja seksual (WPS). Selain itu ada juga pasangan suami istri yang ODHA menolak untuk terapi ARV dan menerima segala konsekwensinya jika kondisinya bertambah parah, alasannya karena si suami selalu bertengkar dengan istrinya.

Seperti yang disampaikan berikut:

*Ada ODHA yang sudah tahu status sebenarnya hampir 2,5 atau 3 tahun yang lalu, dia itu sudah 6 kali periksa sampai sekarang masih belum ARV, saya datengin dia, saya datengin lagi juga, dia menghindar terus dia yang minta ketemu diluar dari rumahnya. Di saat dia pertama kali tuh di Surabaya, trus dia mobile dari Surabaya ke Jakarta yang bikin saya miris adalah, dia statusnya duda, dia bilang gue sih terus terang aja bang, kalau gue butuh ya gue jajan. Berarti penularan yang dia lakukan sendiri aja udah berapa selama 3 tahun (**Hnd, Petugas Penjangkau HRM, LSM “B”**)*

*Yang kedua adalah pasangan suami istri, jadi disaat saya kunjungi si suami, saya gak boleh ketemu istrinya, dia minta jangan ketemu bang, nanti biar gue yang ngomong sama bini gue katanya. Saya mau mereka dateng supaya mereka bisa akses ya, karena istrinya ketahuannya itu pertama waktu hamil. Sekarang anaknya udah mau umur setahun, sekarang akhirnya mereka ribut intern antar mereka berdua, sampe akhirnya kemaren saya ketemu dengan suaminya, dia bilang, Bang udah deh hapus aja dari datanya, dia minta untuk tidak dikunjungi lagi. Itu data yang kita punya. Ya udah dia udah tahu segala risikonya, udah. Ya udah lahYa mau ngomong apa, kita udah berusaha kan. Gak bisa ngomong apa-apa (**Hnd, Petugas Penjangkau HRM, LSM “B”**).*

Secara ringkas gambaran hal-hal yang menjadi penghambat dan pendukung dari faktor individual dapat dilihat pada tabel 4.4

Faktor Individual	LSM "A"		LSM "B"	
	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat	Faktor Pendukung	Faktor Penghambat
Tidak jujur, menuntut imbalan dan sering mangkir jika berjanji	-	- Perilaku dampungan yang tidak jujur, mengaku sudah tidak bertukar jarum suntik, ternyata masih suka bertukar.	-	- Kelompok dampungan yang meminta imbalan seperti uang, snack atau minimal jarum suntik jika mereka diajak untuk berkumpul oleh petugas penjangkau, padahal LSM tidak memiliki anggaran khusus untuk dampungan.
Dampungan yang tidak memiliki kelengkapan administratif kependudukan	-	- Ada kelompok dampungan pengguna napza dan positif HIV yang tidak memiliki KTP atau kartu keluarga, ketika mereka harus mengakses layanan kesehatan sulit. Sehingga ada kalanya mereka baru mengakses layanan kesehatan jika sudah parah.	-	-
Klien Menghindari/menolak pemeriksaan VCT	-	- Klien atau dampungan pengguna napza suntik yang sudah mengikuti penyuluhan tapi tidak mau melakukan VCT	- Kelompok dampungan yang teroganisir seperti komunitas metadon lebih mudah diajak bekerja sama, mereka bersedia	- Klien yang berasal dari golongan HRM (High Risk Man) seperti supir truk di daerah pasar induk Kramatjati sulit

			<p>untuk mengakses layanan kesehatan seperti VCT, terapi ARV, cek CD 4 atau IMS</p>	<p>untuk diajak melakukan pemeriksaan VCT, padahal mereka berisiko terinfeksi HIV karena di lingkungan pasar Induk tersebut ada praktik prostitusi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dampingan atau klien yang ibu rumah tangga dan suaminya meninggal karena AIDS juga tidak mudah untuk diajak untuk melakukan pemeriksaan VCT.
<p>ODHA yang tidak mau berobat mengkases ARV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sikap ODHA yang berasal dari kelompok dampingan teroganisir lebih mendengarkan saran dari petugas penjangkau. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Kelompok dampingan yang teroganisir seperti komunitas metadon lebih mudah diajak bekerja sama, mereka bersedia untuk mengakses layanan kesehatan seperti VCT, terapi ARV, cek CD 4 atau IMS 	<ul style="list-style-type: none"> - ODHA dengan status duda dan sudah 6 kali melakukan pemeriksaan dan positif belum mau minum ARV, karena merasa masih sehat, dan ironisnya disaat yang sama dia suka menggunakan jasa wanita pekerja seksual (WPS) - Pasangan ODHA suami istri juga ada yang sulit untuk diajak untuk mengkases ARV dengan

				alasan mereka selalu bertengkar karena hal tersebut. Istrinya baru mengetahui bahwa dia positif HIV setelah hamil. Suaminya juga menolak untuk dikunjungi lagi oleh petugas pendamping dan menerima semua konsekwensinya jika kondisinya bertambah parah.
--	--	--	--	---

4.2.5. Kendala/hambatan dan Solusinya

Kendala/ hambatan yang dihadapi dari faktor struktural, organisasional dan sosiokultural, maka LSM “A” dan LSM “B” berupaya untuk meminimalisir dan mengatasi kendala-kendala tersebut.

Tabel 4.5. Kendala/ hambatan dan solusi yang dilakukan oleh LSM “A” dan LSM “B”

	Kendala/ hambatan	Solusi
LSM “A”	Dampingan/klien pengguna napza suntik sulit ditemui di lapangan (di spot tempat pengguna napza berkumpul) sehingga distribusi jarum suntik steril menurun (program harm reduction)	Mencari lokasi penjangkauan alternatif, biasanya di spot panasun pindah ke spot penjara, komunitas PTRM di puskesmas atau menemui dampingan ke rumahnya.
	Kontinuitas lembaga donor dan gaji yang dirasa belum cukup.	Akan membangun sebuah <i>business unit</i> .
	Jumlah dan kapasitas SDM terbatas.	Merekrut staf sesuai kebutuhan dan mengirimkan staf mengikuti pelatihan-pelatihan di luar organisasi.
	Penolakan dari masyarakat terhadap program harm reduction (pembagian jarum suntik steril)	Mendekati tokoh masyarakat (RT/RW)
	Perilaku negatif dari klien/dampingan terhadap program HIV-AIDS dari LSM	Pendekatan yang kontinu, terutama untuk klien yang potensial untuk diajak bekerja sama
LSM “B”	Dampingan/klien pengguna napza suntik sulit ditemui di lapangan (di spot tempat pengguna napza berkumpul)	Melakukan pendekatan ke layanan kesehatan (puskesmas) dan mendekati kelompok/ komunitas PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon)
	Kapasitas/kemampuan SDM yang masih terbatas	Meminta bimbingan/pendampingan dari lembaga lain
	Kecemburuan karena perbedaan besaran gaji.	Lebih selektif dalam merekrut dan mempertahankan anggota.
	Nilai tawar organisasi yang lemah	Membuat SK pendirian LSM, menyusun renstra dan SOP.

Berikut beberapa petikan penjelasan informan terkait kendala/hambatan yang dihadapi oleh LSM “A” dan “B” dan bagaimana lembaga tersebut mengatasinya:

Kendala struktural di luar organisasi LSM yaitu penggerebekan bandar-bandar narkoba oleh kepolisian menyebabkan harga narkoba menjadi mahal di pasaran dan sulit untuk didapat. Program *harm reduction* dari LSM “A” sedikit terganggu, distribusi jarum suntik steril tidak maksimal, karena pengguna narkoba suntik sulit ditemui. Menghadapi hal tersebut pengurus LSM mencari lokasi lain untuk penjangkauan. Seperti yang diceritakan informan berikut ini:

.....Setelah kita diskusi, sudah bisa mengalihkan, kalau memang ternyata distribusi jarumnya tidak bisa maksimal, artinya alternatifnya kualitas layanannya kita tingkatkan, akses rujukannya. Jadi sekarang ini misalkan kalau temen-temen di spot kesulitan untuk bertemu dengan penasunnya, strateginya sekarang di coba metadon dikuatkan komunitas penasun di metadon, jadi lebih mudah, jadi ada yang dikerjakan setiap harinya (SBM, Koordinator Lapangan LSM “A”)

Justru dengan jarum rendah bukan karena kita gak berhasil, jadi harus ada alasan tepat. Alasan tepat adalah tidak adanya putaw, jadi udah lah sebenarnya itu bagian dari keberhasilan kita juga, kalau putaw gak ada, kan gak perlu jarum suntik keluar. Kalau dulu tuntutan itu selalu harus ditingkatin, jadi mereka merasa bersalah, feeling guilty, jadi bete, jadi gak enak, kalau sekarang saya kasih logika-logikannya, jadi kebuka gitu – ngerasa in juga, jadi gak papa Bang? Ya Gak papa, jadi sekarang gini, di lapangan tidak ada pecandu yang ditemui oleh LSM, karena putawnya gak ada, ya tulis, putaw nya gak ada. Kenapa putaw gak ada? Karena penggerebekan, ya tulis penggerebekan, dalam penelitian itu namanya catatan lapangan. Jadi kalau sudah terbukti gak ada gak masalah, mau Kementerian, Dinas, nanya kita udah bisa jawab, jadi jangan mempertahankan gelap mata, emosi marah. Saya kasih tempat lain, ke penjara masuk, baru dia semangat lagi. (AF, Chief Divisi Penjangkauan LSM “A”)

Hal yang kurang lebih sama juga dilakukan oleh petugas LSM”B”, oleh koordinator lapangannya, karena sulitnya mendapat dampingan di spot, maka para petugas penjangkau diminta untuk lebih mendekati tenaga kesehatan di puskesmas, dengan harapan mereka mendapat data orang-orang yang potensial untuk dijadikan dampingan, seperti yang dituturkan oleh informan berikut:

saya sendiri ke temen-temen PO (Petugas outreach) harus wajib tuh lebih mengenal layanan, lebih sering ke layanan. Di hotspot dampingan susah, di layanan kan kadang ada 1 apa 2 ke layanan sendiri. Ya pinter-pinter kita lah biar dekat sama layanaan, minta datanya, jadi rujukan kita (INDR, Koordinator Lapangan LSM “B”)

Keberlangsungan program yang dijalankan oleh LSM selama ini sangat bergantung pada dukungan dana dari lembaga donor asing yang tidak dapat dipastikan keberlanjutannya. Untuk mengantisipasi tidak adanya dukungan lembaga donor, pengurus LSM “A” pun

merencanakan sumber dana lain untuk mendukung kegiatannya. Seperti yang disampaikan informan sebagai berikut:

kami harus mulai berfikir kalau lembaga-lembaga donor ini tidak ada akan bagaimana.(Kalau tidak ada funding) kami mau bikin business unit, unit usaha. Jadi harapannya, dari unit usaha ini kita mensupport kerja-kerja sosial yang kita lakukan. Tapi memang ini masih digodok dan akan dijalankan oleh orang-orang yang memang professional (WK, Chief LSM “A”, 36 tahun)

LSM “B” yang baru mulai mengaktifkan kembali organisasinya setelah lama vakum menghadapi kendala kapasitas SDM yang terbatas, oleh sebab itu mereka mencoba bekerja sama dengan organisasi lain, seperti yang disampaikan oleh informan:

Ada pelatihan konselor dan pelatihan tentang manajemen keuangan. Ada lembaga namanya Pena Bulu, itu emang bagian mendampingi untuk laporan keuangan. Ngasih pelajaran lah tentang pelaporan keuangan. Satu lagi konselor. (AS, Ketua LSM “B”, 40 tahun)

Rekrutmen dan peningkatan kapasitas SDM adalah hal yang sangat penting. Pengalaman pengalaman LSM “A” memilih LSM yang salah akhirnya justru merugikan organisasi. Peningkatan kapasitas juga dilakukan dengan mengirim anggotanya mengikuti pelatihan. Berikut petikan wawancara dengan salah seorang informan:

memilih orang itu paling penting, yang kita rekrut, padahal awal yang direkrut itu anak jalanan, anak-anak nongkrong suka mabok, jadi berantem mulu. Berangsur-mulai tuh yang direkrut dari komunitas, itu yang pertama direkrut tuh dari dampingan yang di lapangan, dengan berjalannya waktu beberapa PKM percaya percaya sama kita. (AF, Chief Divisi Penjangkauan LSM “A”)

setiap seminggu sekali kita melakukan capacity building internal. Jadi antara manajer dan temen-temen di luar. Kita juga mengirimkan temen-temen untuk ikut training (WK, Chief LSM “A”, 36 tahun)

Salah satu informan yang bekerja sebagai petugas penjangkau menceritakan ada trik atau cara mendekati stakeholder seperti RT atau RW dalam menghadapi stigma terhadap jarum suntik:

beda kalau ngomong ke dampingan sama stake holder, kita sowan dateng, walaupun cuman RT2x situ, baru RW kita memperkenalkan diri awalnya saya menjelaskan saya bekerja di LSM “A” di bidang HIV dan AIDS penanggulangan. Kebetulan saya menjangkau di wilayah Jakarta Timur, khususnya di wilayah bapak. Dia tanya, Mas tujuannya? Nah baru saya jelasin, yang pertama kali saya ini bukan masalah jarum, karena stigma jarum dulu tinggi, jadi kita menjelaskan dulu gimana pecandu direhabilitasi. Kalau kita jarum, nanti kita ngeblok,, oh gak ada pecandu di sini. Kalau masuk ke rehabilitasi pemikirannya pasti bagus buat warga, nah dari situ menjalin keakraban. Setelah dari situ baru kita bilang selain

dari itu kita ada ini loh pak, jarum. Kalau udah akrab, baru kita jelasin bahwa jarum ini fungsinya untuk mencegah. Baru paham. Biasa kita datang ke spot, RT, warga pun tahu kalau kita buat support group, ada LSM "A" support group buat edukasi, warga sebagian tahu (YN, penjangkau LSM "A")

Perilaku negatif dari dampungan yang dihadapi oleh para petugas penjangkau LSM A, dianggap sebagai hal yang lumrah, karena perilaku dampungan itu mengingatkan perilaku mereka, seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan:

Kalau ke klien kita ngelakuin pendekatan lagi, saya pikir saya juga dulu begitu. Jadi kita punya prioritas orang, di sini kan diajarin, bisa berubah perilakunya ada yang merah kuning dan ijo. Kalau merah tuh, dia cuma ngambil jarumnya saja, diajak ngobrol tuh gak mau. Kalau ijo dia udah mau diajak VCT, udah aktif lah dalam kegiatan support group, udah mau melakukan perubahan perilakunya. Nah itu kita deketin tuh yang oranye (kuning) yang dia diomongin mau tapi ada kegiatan dia gak mau ikut (BNK, Penjangkau LSM "A")

Motivasi para pengurus atau petugas LSM ini menjadi dorongan kuat untuk menghadapi segala masalah yang mereka alami. Orang-orang yang bekerja di LSM memiliki jiwa sosial yang tinggi, tidak selalu mengejar uang, pada dasarnya ingin membantu dan memberi dukungan kepada orang-orang termarjinalkan seperti para pecandu napza dan ODHA. Berikut adalah kutipan beberapa informan terkait motivasi mereka bekerja di LSM:

Saya ini seperti diberikan cermin mengenai kondisi yang terjadi di sekitar kita, hamil di luar nikah, aborsi, pemakaian narkoba, bahkan ternyata ada kasus HIV AIDS. Mungkin untuk mengatasi masalah tersebut kita belum bisa berbuat banyak, tapi paling tidak kita bisa memberikan waktu dan tenaga untuk membantu komunitas sekitar kita untuk menghambat penyebaran HIV AIDS. Saya punya beban moral, merasa punya tanggungjawab untuk ada di "B", kembali ke "B" dan terus berusaha membuat "B" ada sebagai salah satu LSM peduli HIV AIDS di Jakarta ini apalagi sebenarnya rempah ini adalah cikal bakal LSM peduli HIV AIDS kan mba. Masa sebagai cikal bakal malah gak terdengar aktivitasnya. Hehehehe..dan semoga dengan keterlibatan saya disini menjadi tabungan amal saya di akhirat, membuka pintu saya mendapatkan kebaikan didunia dan tempat di surga bersama keluarga saya, Aamin (BNZ, Direktur Program, LSM "B").

Ngikutin hati aja, kalau motivasi uang gak ada, karena kesenangan kita aja, hobi atau gimana. Saya di organisasi udah kaya jiwa saya, ada orang yang hidup dari organisasi (AGS, Ketua Yayasan LSM "B")

Saya bisa menyuarakan idelaisme, bisa menuangkan kosep2x, ide2x, kemudian orang banyak mendidik di jalur-jalur formal, sekolah, kampus, tapi jarang orang yang mau mendampingi, mendidik, membantu orang yang termarjinalkan, seperti pengguna narkoba, meskipun orang lain bilang ngapain ngurusin orang

*ngegunain narkoba, udah gak bener idupnya, gak bakalan dapet apa-apa, saya positive thinkingnya gini aja lah, tapi bukan berarti kasar sama satu pihak ya, tukang sampah, itu juga kan jelek ya, kerjanya dia kan cuma mungutin sampah2x orang, tapi bayangin aja kalau di DKI Jakarta gak ada tukang sampah, gimana tuh sampah, sama – masyarakat yang sebagian menurut mereka sampah, kenapa dibilang sampah, mereka gak peduli, gue mau make mau apa, yang jadi pertanyaan samaph di tinggal diem aja jadi penyakit, nah apalagi narkoba, kalau gak ada yang peduli elu juga susah sebenarnya, tetangga-tetangga yang susah kan, mau gak mau harus ngurusin, nah kalau gak ada yang mau ngurusin, gue aja yang ngurusin gak apa-apa (**AF, Chief Divisi Penjangkauan LSM “A”**)*

*terpanggil sich mba, saya untuk temen-temen, hanya berharap ya bisa membagi pengalaman saya, ya kita belajar bersama-sama, seperti itu. Saya percaya bahwa rejeki itu sudah ada yang ngatur sich mba yach., ya mungkin saat ini kita hanya dapat 1000, siapa tahu nanti kita dapat 10.000, yaaa...untungnya keluarga terutama istri, support yach, dan ngerti. Awal-awal 2001 aku masuk Karisma, bangun-bangun LSM “A”, tahun 2004 aku berhenti. Karena memang hatinya di HIV, aku balik lagi ke sini tahun 2011 Karena saya berawal dari sini ya saya ingin bekerja disini (**WK, Chief Divisi Pengembangan LSM “A”**)*

BAB 5. PEMBAHASAN

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS :

5.1. Faktor Struktural

Faktor struktural dapat mempengaruhi pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS oleh LSM. ^{14,11} Hasil penelitian yang dilakukan oleh Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Amerika Serikat tahun 1997 terhadap 26 Community Based Organizations (CBO) menunjukkan bahwa, faktor struktural seperti kebijakan pemerintah Amerika tentang undang-undang keimigrasian dan peraturan federal tentang pelarangan pendanaan untuk program pertukaran jarum suntik mempengaruhi kinerja LSM terutama terhambatnya akses pelayanan atau intervensi CBO terhadap kliennya. ¹⁴ Dalam laporan penelitian tentang Forum Warga Peduli AIDS (Forum WPA) tahun 2011 yang dilakukan oleh Jurusan Antropologi Universitas Padjajaran, menulis bahwa penerbitan buku pedoman pembentukan Forum WPA oleh pemerintah kota Bandung merupakan bentuk dukungan struktural terhadap program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. ¹²

Dari penelitian tentang LSM Peduli AIDS ditemukan bahwa faktor struktural ini terbagi 2, ada yang berasal dari dalam organisasi (internal) dan dari luar organisasi (eksternal). Dari sisi dalam organisasi, ditemukan bahwa aspek legal formal dari sebuah organisasi seperti lembaga swadaya masyarakat itu sangat penting. Hal ini bukan hanya menyangkut ketentuan hukum atau pengakuan pemerintah terhadap lembaga tersebut, akan tetapi secara lebih luas legalitas berpengaruh terhadap keleluasaan gerak organisasi itu sendiri.

LSM “B” yang belum memiliki akte atau SK Kementerian Hukum dan HAM mengalami kesulitan dalam menjalin kerjasama program dengan lembaga donor secara langsung. Karena salah satu persyaratan yang harus dipenuhi adalah adanya akte atau SK Kemenhum dan HAM. Akibatnya adalah sulitnya mencari dukungan dana untuk menjalankan program-program terkait pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Kerjasama yang dilakukan oleh LSM “B” masih terbatas, artinya mereka hanya menjadi *implenting unit* (IU) dari lembaga lain yang menjadi *Sub Sub Recipient* (SSR). Di sini tidak

memiliki posisi tawar yang kuat, misalnya pengelolaan keuangan tidak dilakukan sendiri, dan terkadang program yang dijalankan dinilai tidak realistis.

Berbeda dengan LSM “A” yang sejak awal berdiri, dukungan aspek legal formal sudah dipenuhi, dengan demikian ia dapat melakukan kerja sama dengan lembaga lain lebih leluasa untuk mendapatkan dukungan dana menjalankan program-programnya. LSM “A” telah melakukan berbagai terobosan dengan melakukan kerjasama atau bermitra dengan pemerintah seperti puskesmas, kepolisian, lembaga permasyarakatan (Lapas) untuk melakukan kegiatan *mobile VCT* dan *support group*. Penjangkauan tidak hanya di lapangan atau di jalanan (spot penasun) akan tetapi sudah merambah ke lokasi yang menjadi sebuah lembaga resmi.

Ada kebijakan pemerintah secara tidak langsung mempengaruhi program-program HIV-AIDS yang dijalankan oleh LSM. Kebijakan Indonesia Darurat Narkoba, dimana sejumlah penggerebekan narkoba oleh polisi membuat program *harm reduction* LSM menjadi tidak maksimal, mereka kesulitan untuk mengakses klien/dampingan. Perbedaan kepentingan antara LSM dan penegak hukum membuat petugas LSM menghadapi masalah hukum. Karena program *harm reduction*, yang salah satu kegiatannya memberikan jarum suntik steril dianggap mendukung penggunaan narkoba. Padahal dari sisi kesehatan, pembagian jarum suntik steril ini membantu pengguna napza suntik untuk tidak *sharing* jarum suntik dengan sesama pengguna yang apabila hal itu dilakukan maka akan berisiko tertular virus HIV. Kebijakan layanan kesehatan (puskesmas) yang berbeda-beda, petugas layanan kesehatan yang tidak ada di tempat serta alur rujukan BPJS yang panjang, mendorong pasien menjadi malas untuk mengakses ke layanan kesehatan dan salah satu akibatnya adalah pasien ada yang putus obat.

LSM Peduli AIDS merupakan mitra kerja pemerintah untuk program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, khususnya dalam hal penjangkauan dan pendampingan. Kebijakan pemerintah ada ada yang dapat mendukung kinerja LSM tetapi ada juga yang dapat menghambat.

5.2. Faktor Organisasional

Keberlanjutan sebuah organisasi LSM didukung oleh beberapa infrastruktur yang baik, misalnya struktur birokrasi organisasi, visi misi yang jelas (*strong mission*), kepemimpinan yang kuat (*strong leadership*), dukungan sumber dana, serta komitmen yang kuat dari anggotanya.¹⁴ LSM harus menyadari bahwa dengan infrastruktur yang baik

maka kinerja LSM dalam menjalankan perannya dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS dapat lebih efisien, sebaliknya jika infrastruktur organisasi masih belum sempurna, maka kinerja LSM dapat terhambat.¹¹

Pada penelitian ini diketahui kedua LSM menghadapi hambatan seperti masalah pendanaan, dimana LSM selalu dikhawatirkan dengan keberlanjutan dukungan dana dari lembaga donor, dana operasional yang minim dan gaji pegawainya yang rendah (di bawah UMR). Kapasitas SDM juga masih kurang, pengurus LSM yang diharapkan dapat membantu dalam peningkatan kapasitas SDM anggotanya justru disibukkan dengan masalah penyelesaian pertanggungjawaban administrasi kepada lembaga donor. Selain itu untuk penggalangan dana, LSM membutuhkan SDM yang memiliki kemampuan membuat perencanaan proposal kepada lembaga donor, tidak banyak jumlah SDM yang mampu membuat proposal untuk diajukan ke lembaga donor.

Infrastruktur organisasi LSM yang kurang memadai dapat mempengaruhi pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Penjangkauan dan pendampingan terhadap klien tidak dapat dilaksanakan secara maksimal. Dalam penelitian LSM AIDS ini diketahui bahwa LSM “B” hanya bisa menganggarkan dana operasional Rp.300 ribu per bulan, untuk seluruh kegiatan penjangkauan baik penasun maupun HRM. Infrastruktur organisasi LSM “A” lebih baik, mereka dapat mengelola keuangan sendiri, sehingga dana operasional penjangkauan dapat dianggarkan. Walaupun demikian, masalah keterbatasan infrastruktur organisasi dapat ditangani oleh para petugas LSM. Komitmen kerja pengurus LSM yang kuat untuk mengembangkan organisasinya serta membangun jaringan dan bekerja sama dengan lembaga lain untuk mengatasi hambatan-hambatan di atas.

5.3. Faktor Sosiokultural

Penelitian yang dilakukan CDC terhadap 26 CBO di Amerika Serikat pada tahun 1997 menggambarkan bahwa yang termasuk faktor sosiokultural adalah nilai dan norma di masyarakat, sikap, perilaku dan kepercayaan. Faktor sosiokultural dapat menjadi penghambat dalam program HIV-AIDS antara lain rasisme, stigma, *homophobia*, perilaku kelompok penasun dan kelompok marjinal lainnya (WPS).¹⁴ Lembaga berbasis komunitas (*Community Based Organization*) yaitu Sarathi (komunitas LSL) dan PSS (komunitas WPS) di India, berusaha mengatasi hambatan sosiokultural dengan cara melakukan pertemuan informal diantara komunitas mereka, mengidentifikasi hal-hal negatif yang

mereka hadapi dari masyarakat serta melakukan advokasi dan membangun jaringan untuk mendapatkan dukungan terhadap komunitas mereka.¹¹

Faktor sosiokultural yang dihadapi LSM Peduli AIDS dalam penelitian ini adalah masih ada stigma masih di masyarakat. Penolakan masyarakat terhadap program *harm reduction*, distribusi jarum suntik kepada pecandu dianggap masyarakat sebagai dukungan LSM terhadap penggunaan narkotika. Informasi dan pengetahuan masyarakat yang belum merata tentang HIV-AIDS menjadi tantangan bagi petugas LSM dalam melakukan kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.¹⁷ Kesamaan latar belakang dan pengalaman diantara petugas LSM, seperti sama-sama ODHA, pernah terlibat narkoba dapat memudahkan mereka untuk mendekati atau masuk ke dalam komunitas klien/dampingan. LSM sendiri membangun kultur/budaya di dalam organisasinya menanamkan prinsip bahwa mereka harus membantu sesama, karena itu cara untuk memperbaiki diri mereka atas kesalahan mereka yang telah dilakukan dimasa lalu.

5.4. Faktor Individual

Hasil penelitian yang dilakukan CDC terhadap 26 CBO di Amerika Serikat juga menemukan bahwa faktor individu, yang mempengaruhi program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Karakteristik klien seperti kelompok pekerja seks, pengangguran, tuna wisma, kaum homo seksual, menjadi hambatan (*barriers*), terutama keberhasilan petugas CBO membawa mereka untuk mengakses layanan kesehatan.¹⁴ Salah satu alasan mereka adalah karena merasa bosan dan lelah dengan intervensi program-program HIV-AIDS.

Temuan di lapangan terkait faktor individual, klien yang terorganisir lebih menerima program-program HIV-AIDS yang diinformasikan petugas LSM. Klien terorganisir ini adalah mereka yang tergabung dalam komunitas Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di puskesmas. Sedangkan klien yang berada di lapangan sedikit lebih sulit untuk diajak bekerja sama melakukan program-program HIV-AIDS, seperti VCT dan terapi ARV jika sudah diketahui positif.

Dokumentasi Foto



Foto 1. Kegiatan VCT mobile di Lapas Narkotika Polres Jakarta Timur



Foto 2. Sebelum melakukan VCT, dilakukan penyuluhan tentang HIV-AIDS kepada tahanan.



Foto 3. Kegiatan rapat koordinasi mingguan LSM "B" petugas lapangan melaporkan hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan minggu berikutnya.



Foto 4. Panti pijat yang menjadi salah lokasi penjangkauan LSM untuk Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung (WPS TL) LSM untuk melakukan VCT.



Foto 5. Tenaga analis kesehatan dari puskesmas Kramatjati sedang melakukan pengambilan darah kepada salah satu pekerja panti pijat.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan:

Dari hasil dan pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. LSM Peduli AIDS dalam melaksanakan tugasnya menjalankan program terkait dipengaruhi oleh faktor struktural, organisasional, sosiokultural dan individu. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi penghambat (*barriers*) atau pendukung (*facilitator*) bagi LSM dalam menjalankan programnya.
2. Dalam penelitian terkait LSM Peduli AIDS diketahui faktor struktural yang dapat menjadi penghambat (*barriers*) yang pertama adalah aspek legal formal dari sebuah organisasi sangatlah penting. Dengan terpenuhinya aspek legal formal maka sebuah organisasi dapat bergerak dengan leluasa, misalnya melakukan kegiatan *fund rising* dari lembaga donor. Kedua, sehubungan dengan kebijakan Indonesia Darurat Narkoba, program harm reduction menjadi tidak optimal. Ketiga, sehubungan dengan kebijakan dibidang kesehatan, terkait aturan BPJS untuk ODHA dan penyeragaman jam layanan puskesmas (untuk ARV/jarum suntik steril) menjadi penghambat dalam bagi LSM. Sedangkan faktor struktural yang dapat menjadi pendukung kinerja LSM adalah adanya lembaga-lembaga pemerintah yang menjalin kerjasama dengan LSM seperti puskesmas dan kepolisian.
3. Faktor organisasional terkait infrastruktur organisasi LSM, antara lain adalah memiliki visi misi yang jelas (renstra), struktur kepengurusan, pendanaan, kepemimpinan (*strong leadership*), serta didukung SDM yang adekuat. Dalam penelitian LSM AIDS, faktor organisasional menjadi hambatan (*barriers*) ketika renstra organisasi belum jelas, penyusunan struktur kepengurusan yang menyulitkan organisasi, pendanaan yang minim, serta kemampuan SDM yang terbatas.
4. Faktor sosiokultural terkait dengan nilai atau norma yang ada di masyarakat. Stigma adalah contoh faktor sosiokultural yang menjadi penghambat (*barriers*). Hasil penelitian LSM Peduli AIDS diketahui bahwa penolakan masyarakat

terhadap program *harm reduction* menjadi hambatan yang dihadapi oleh LSM “A” dan “B”. Pembagian jarum suntik steril kepada pecandu dianggap oleh masyarakat LSM mendukung pemakaian narkoba. Permasalahan seperti ini memang agak sulit untuk dikendalikan, yang dilakukan petugas LSM adalah dengan melakukan pendekatan kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat seperti RT dan RW agar hambatan ini dapat diminimalisir.

5. Faktor individual terkait perilaku klien terhadap program-program HIV-AIDS yang dijalankan oleh LSM. Perilaku negatif pasien menjadi hambatan (*barriers*) terkait program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Klien yang terorganisir seperti komunitas pasien Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) lebih mudah diajak bekerja sama dengan petugas LSM. Perilaku positif mereka dapat dikategorikan sebagai dukungan (*facilitator*) dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.

6.2 Saran:

Saran yang dapat diberikan antara lain:

1. LSM sebagai mitra pemerintah lebih dilibatkan dalam program-program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS secara lebih kontinu sehingga LSM tidak harus selalu bergantung pada donor asing.
2. Perlu peningkatan kualitas layanan puskesmas dengan menyeragamkan jam layanan, seperti jam layanan loket untuk layanan ARV dan layanan jarum suntik steril disamakan dengan jam layanan puskesmas pada umumnya, karena ada beberapa puskesmas memiliki jam layanan pendek untuk HIV-AIDS.
3. Untuk mengatasi masalah administratif kependudukan karena banyak kasus ODHA yang tidak memiliki KTP, maka sebaiknya ada peninjauan untuk persyaratan pendaftaran BPJS bagi ODHA.
4. Meningkatkan edukasi tentang HIV-AIDS kepada masyarakat, agar informasi dan pengetahuan HIV-AIDS lebih merata di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. *PEDOMAN LAYANAN KOMPREHENSIF HIV-AIDS & IMS Di Lapas, Rutan Dan Bapas*. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jendral Pemasarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI; 2012.
2. *Situasi Dan Analisis HIV AIDS*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2014.
3. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fact Sheet: Global AIDS epidemic facts and figures 2014. 2014:1-6.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *The Gap Report.*; 2014. doi:ISBN 978-92-9253-062-4.
5. *Strategi Dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV Dan AIDS Tahun 2010 - 2014*. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional; 2010.
6. Laporan Terakhir Kemenkes Kasus HIV-AIDS. 2014;381(September).
7. KEPPRES_NO_36_1994.
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana. 2008;(2):1-24.
9. Mbuagbaw L, Shurik E. Community Participation in HIV/AIDS Programs. In: Barros DE, ed. *HIV-Infection-Impact, Awareness and Social Implications of Living with HIV/AIDS, Dr. Eugenia Barros (Ed).*; 2011.
10. Ramirez-Valles J. The protective effects of community involvement for HIV risk behavior: a conceptual framework. *Health Educ. Res.* 2002;17(4):389-403. doi:10.1093/her/17.4.389.
11. Charles M. *Community-Based Initiatives for HIV Program Management among Most-at-Risk Populations*. Case Studies Series, Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resource, AIDSTAR-One, Task Order 1; 2013.
12. Prihartini Ambaretnani, MSc, PhD; Erna Herawati, MA; Rina Hermawati, MSi; Tita Sri Puspitasari, Dra, Psi, Susana Laorensia, SKM, Rd Ayu Mutiara SS. *Laporan Penelitian: Pembentukan Dan Pemberdayaan Warga Peduli AIDS (WPA) Untuk Peningkatan Akses Program Mitigasi Sosial Bagi ODHA Di Kota Bandung*. Jurusan Antropologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Padjajaran; 2011.
13. *Strategi Dan Rencana Aksi Provinsi Penanggulangan HIV Dan AIDS Provinsi DKI Jakarta*. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta; 2013.

14. Carol Woodside, and Franciso Sy, Kata Chillag, Kelly Bartholow, Janna Cordeiro, Sue Swanson, Jocelyn Patterson SS. Factors Affecting the Delivery of HIV/AIDS Prevention Programs by Community-based Organizations. *AIDS Educ. Prev.* 14, *Suppl. A* 2002;501(c):27-37. Available at: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.14.4.27.23886>.

15. Letsie PR, Hlalele D. Theoretical perspectives on community engagement in HIV prevention and programming among the Basotho tribe. *Stud. Tribes Tribals* 2012;10(1):73-82. 39 ref. Available at: [http://www.krepublishers.com/02-Journals/T & T/T & T-10-0-000-12-Web/T & T-10-01-000-12-Abst-PDF/S-T&T-10-1-073-12-247-Letsie-P-R/S-T&T-10-1-073-12-247-Letsie-P-R-Tt.pdf](http://www.krepublishers.com/02-Journals/T&T/T&T-10-0-000-12-Web/T&T-10-01-000-12-Abst-PDF/S-T&T-10-1-073-12-247-Letsie-P-R/S-T&T-10-1-073-12-247-Letsie-P-R-Tt.pdf)<http://lshtmsfx.hosted.exlibrisgroup.com/lshtm?sid=OVID:cagbdb&id=pmid:&id=doi:&issn>.

16. Cornish F, Banerji R, Shukla A. Community-based organisations in policy and practice: sex workers, HIV prevention and the social construction of solutions. In: ; 2010. Available at: <http://eprints.lse.ac.uk/47794/>.

17. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Pedoman Dan Modul Pencegahan Positif*; 2012.

LAMPIRAN

Pedoman Wawancara:

Pembina dan Ketua LSM Peduli AIDS

1. Dapatkah anda menceritakan latar belakang terbentuknya LSM Peduli AIDS di Jakarta?
2. Apakah ada surat keputusan / SK tentang pembentukan LSM peduli AIDS?
3. Siapa yang bertanda tangan dengan SK tersebut, kapan?
4. Apa tujuannya dalam SK tersebut?
5. Bagaimana struktur organisasi LSM Peduli AIDS?
6. Siapa saja yang menjadi anggota LSM Peduli AIDS?
7. Berapa jumlah anggotanya?
8. Bagaimana merekrut anggota LSM Peduli AIDS dan kader yang bekerja di lapangan?
9. Apa saja program-program kegiatan yang dilakukan LSM Peduli AIDS?
10. Apakah yang mendukung dalam pembentukan LSM Peduli AIDS?
11. Hambatan atau kendala apa saja yang LSM Peduli AIDS hadapi dalam melaksanakan kegiatannya?
12. Bagaimana anda menghadapi kendala-kendala tersebut?
13. Bagaimana LSM Peduli AIDS memperoleh sumber dana dalam pelaksanaan kegiatannya?
14. Hal-hal apa yang memotivasi anda terlibat dalam LSM Peduli AIDS ini?

Pengurus dalam organisasi LSM dan Kader LSM Peduli AIDS

1. Dapatkan anda menceritakan awal mula terlibat dalam organisasi LSM Peduli AIDS?
2. Sudah berapa lama anda terlibat dalam organisasi LSM Peduli AIDS?
3. Dapatkan anda menceritakan aktivitas apa saja yang anda lakukan dalam LSM Peduli AIDS?
4. Apakah yang mendukung dibentuknya LSM Peduli AIDS?
5. Hambatan atau kendala apa saja yang anda hadapi di lapangan dalam melakukan kegiatan LSM Peduli AIDS? → Kendala itu bisa dari banyak hal, misalnya secara sosiokultural dia banyak tidak disukai oleh masyarakat (stigma), secara struktural misalnya dia membantu user LSM dengan BPJS, ternyata di lapangan dia merasa dihambat dengan berbagai macam aturan administrasi (KTP, KK dll), secara organisasional misalnya masalah (merasa bekerja sendiri karena kurang tenaga di LSM), kendala individual (user LSM yang sulit diajak bekerja sama dengan informan).
6. Bagaimana anda mengatasi kendala-kendala tersebut?
7. Adakah insentif yang diberikan kepada anda selama terlibat dalam LSM Peduli AIDS? → digali apakah dia digaji atau tidak, kalau tidak kenapa dia mau kerja di situ.
8. Hal-hal apa saja yang memotivasi anda terlibat dalam LSM Peduli AIDS?
9. Apakah anda merasa betah bekerja di LSM? Mengapa? → digali alasan kenapa dia bertahan di LSM tersebut. Selain itu digali juga faktor tempat tinggal, jauh atau dekat dari LSM tersebut, kalau misalnya jauh, ditanya kenapa mau.

Wawancara pada ODHA:

1. Apakah yang dilakukan LSM Peduli AIDS pada ODHA?
2. Bagaimana menurut ODHA tentang LSM tersebut? (kelebihan dan kekurangan)
3. Apakah manfaat LSM bagi ODHA?
4. Apakah kegiatan LSM peduli AIDS terkait pencegahan HIV/AIDS?
5. Apakah kegiatan LSM peduli AIDS terkait dengan penderita yang sakit?
6. Apakah kegiatan LSM peduli AIDS terkait dengan penderita yang meninggal?
7. Apakah yang dilakukan LSM peduli AIDS untuk advokasi ke masyarakat terhadap ODHA?