



**KOMISI
PENANGGULANGAN
AIDS**

WARGA PEDULI AIDS

**PERWUJUDAN PARTISIPASI MASYARAKAT
DALAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS**



**KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL
2010**



**KOMISI
PENANGGULANGAN
AIDS**

WARGA PEDULI AIDS

*“ Perwujudan Partisipasi Masyarakat dalam
Penanggulangan HIV dan AIDS ”*

Diterbitkan Oleh :

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

2010

Kata Pengantar

Sebagai suatu proses, tentunya *ikhtiar* (usaha) yang dilakukan dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang melibatkan masyarakat secara langsung, akan memiliki resiko yang tidak kecil, karena proses ini dianggap hanya bagian dari mimpi yang sulit terwujud. Namun hal itu jika hanya dilakukan lewat mimpi tanpa upaya dan *ikhtiar* yang serius, bisa jadi HIV dan AIDS di Indonesia akan terus berkobar selama-lamanya. Kami memahami bahwa proses yang dilakukan lewat Warga Peduli AIDS (WPA) dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang melibatkan masyarakat secara langsung, akan menjadi sesuatu yang mungkin dianggap musykil, karena pada banyak wilayah stigma masih dominan disebabkan isu HIV dan AIDS hanya dipahami oleh pemerintah dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) sedangkan masyarakat sering kali hanya menjadi obyek dan belum menonjol sebagai subyek program.

Warga Peduli AIDS adalah sebuah *ikhtiar* untuk membangun kesadaran nasional dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang selama ini kurang melibatkan masyarakat sebagai aktor dan perumus kebijakan. Melalui Warga Peduli AIDS kita akan memposisikan masyarakat ikut serta sebagai perumus dan aktor kebijakan publik dalam merespon dan membangun sistem rujukan layanan dasar pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Kami sadar bahwa proses untuk mencapai yang diharapkan dalam membangun komitmen Warga Peduli AIDS sangatlah panjang dan melelahkan, namun kami juga sadar jika tidak dimulai dari sekarang maka yang akan terjadi adalah situasi dimana daftar nama-nama mereka yang termasuk sub-populasi berperilaku resiko tinggi (*risti*) dan Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) akan semakin panjang. Kami juga menyadari bahwa perlu proses yang lama dan terus menerus dalam mengupayakan sebuah gerakan partisipasi masyarakat yang berkesinambungan, dan untuk itu diperlukan komitmen dari kita semua.

Buku yang memuat beberapa pengalaman dalam pembentukan Warga Peduli AIDS ini merupakan perwujudan dari peran strategis Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dalam membangun komitmen dengan masyarakat untuk penanggulangan dan pencegahan HIV dan AIDS. Buku ini disusun dengan mengaplikasikan beberapa model dan contoh gerakan partisipasi masyarakat yang sudah ada, sehingga kami berharap buku ini bisa menjadi acuan dan referensi untuk membangun gerakan partisipasi masyarakat dimanapun tempat dan lokasinya. *Amin*.

Jakarta, 3 Januari 2008

Tim Penyusun

SYAEFUL BADAR, MA

Kata Sambutan

Data epidemi AIDS di Indonesia menunjukkan kecenderungan persebaran dan jumlah kasus AIDS yang semakin meningkat dari waktu ke waktu. Setelah melewati dasawarsa kedua, diestimasikan terdapat 193.000 orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada tahun 2006, dan akan menjadi sejumlah 2.463.901 orang ODHA pada tahun 2020 jika tidak dilakukan upaya penanggulangan yang efektif dan kompherensif.

Setiap kasus HIV dan AIDS (apalagi menyangkut masalah ODHA) merupakan persoalan yang muncul tidak sebatas hanya masalah kesehatan, akan tetapi juga merupakan masalah sosial kemasyarakatan yang sangat penting untuk diatasi oleh masyarakat itu sendiri. Permasalahan HIV dan AIDS sudah hadir di tengah-tengah masyarakat, menjadi obrolan di warung kopi, kelompok supir angkutan, tukang ojek dan sebagainya di sela-sela aktivitas mereka. Kenyataan ini sangat perlu dibarengi dengan upaya kongkrit dari pemerintah dan LSM untuk memaksimalkan peran serta masyarakat dalam pencegahan HIV dan AIDS. Masyarakat dan ODHA secara sistem tidak bisa dipisahkan, karena ODHA juga bagian dari sistem yang ada di masyarakat dan keluarga (dalam lingkup terkecil) itulah mengapa sangat strategis adanya pemberdayaan masyarakat dan peran serta kongkrit masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan AIDS.

Potensi partisipasi masyarakat dalam menangani permasalahan mereka sendiri dalam banyak situasi terbukti sangat besar dan bermanfaat. Itulah sebabnya buku "Warga Peduli AIDS" yang disusun oleh Saudara Syaeful Badar, MA yang mengungkapkan bentuk partisipasi masyarakat di Provinsi Jawa Barat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS serta tata cara pembentukannya dipandang sebagai suatu pembelajaran yang baik. KPA Nasional dengan senang hati menerbitkan buku ini yang diharapkan dapat menjadi pendorong bagi daerah-daerah lain dalam menumbuh kembangkan partisipasi masyarakat yang kongkrit dalam peningkatan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Tanah Air tercinta.

Jakarta, Oktober 2008

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Sekretaris



Dr. NAFSIAH MBOI, SpA, MPH

Ringkasan Sambutan Mendagri pada acara Pertemuan Nasional Wakil Gubernur dalam Rangka Percepatan Program Penanggulangan AIDS

di Jakarta, 28 Mei 2008

Perkembangan penyebaran HIV dan AIDS sampai dengan saat ini patut membuat kita prihatin, secara kumulatif kasus HIV dan AIDS dari waktu ke waktu menunjukkan peningkatan yang sangat memprihatinkan. Departemen Kesehatan mencatat hingga Maret 2008 terdapat 17.998 orang yang terinfeksi HIV dan diperkirakan pada tahun 2020 akan menjadi 2,5 juta orang. Hampir di seluruh provinsi dan 194 kabupaten/kota di Indonesia saat ini telah melaporkan adanya kasus HIV dan AIDS.

Upaya-upaya untuk meredam laju penyebaran penyakit ini telah banyak dilakukan namun belum ada pertanda yang kuat bahwa epidemi ini dapat dihentikan. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan antara lain dengan cara : pencegahan, perawatan bagi penderita dan pemasyarakatan penderita agar dapat kembali ke tengah-tengah masyarakat.

Perlu diperhatikan bahwa penanggulangan HIV dan AIDS harus dilaksanakan secara terpadu dengan Program Pemberdayaan Masyarakat yang ada dengan prinsip transparansi, partisipatif dan akuntabilitas, serta memperhatikan nilai agama dan budaya masyarakat yang ada di Indonesia, sehingga masyarakat tahu, mau, dan mampu menanggulangi HIV dan AIDS di lingkungannya. Tugas aparaturnya Pemerintah di tingkat Kecamatan dan Desa menangani: monitoring dan pemantauan perkembangan, penyuluhan dan motivasi masyarakat, pembentukan kelompok masyarakat yang peduli HIV dan AIDS, diskusi kelompok masyarakat dan lain sebagainya.

Mengingat hal-hal tersebut sampai kepada batas Pemerintah Desa/Kelurahan yang langsung berhadapan dengan masyarakat, perlu juga dirumuskan pola pemberdayaan masyarakat di bidang penanggulangan HIV dan AIDS yang materinya melengkapi hal-hal yang berkaitan dengan peran tokoh masyarakat, lembaga kemasyarakatan, keterlibatan keluarga, unsur pemuda dan wanita yang dijadikan pedoman bagi pelaksanaannya di lapangan. Seluruh kegiatan yang menjadi tanggung jawab masing-masing tingkat pemerintahan harus didukung oleh pembiayaan dan anggaran pada APBN dan APBD yang berkelanjutan baik melalui point tersendiri maupun bantuan keuangan lainnya.

Demikian beberapa hal yang perlu saya sampaikan semoga dapat membawa manfaat.

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	i
Kata Sambutan Sekretaris KPA Nasional.....	ii
Ringkasan Sambutan Menteri Dalam Negeri.....	iii
Daftar Isi.....	iv
I. Refleksi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.....	1
II. Membangun Kesadaran Kritis Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Gerakan Partisipasi Masyarakat.....	6
III. Strategi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Masyarakat.....	15
IV. Beberapa Replikasi Gerakan Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Hidup Sehat dan Sejahtera.....	20
1. Warga Siaga Kota Cirebon.....	20
2. Warga Peduli AIDS Kota Bandung.....	27
V. Proses dan Langkah Pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA).....	31
VI. Penutup.....	37
Lampiran-lampiran.....	39
Rangkuman Istilah dan Singkatan.....	46
Referensi.....	48
Ucapan Terima Kasih :	
1. Warga Peduli AIDS Kota Bandung	
2. Warga Siaga Kota Cirebon	
3. IHPCP Jawa Barat	
4. FHI Jawa Barat	
5. HR PKBI Jawa Barat	

Refleksi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia

Upaya mempercepat penanggulangan AIDS yang selama ini dilakukan baik oleh pemerintah maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) masih berputar pada persoalan pencegahan dan penanggulangan secara medis terhadap kasus-kasus HIV dan AIDS yang terjadi. Yang ada dan muncul dalam setiap penggalan masalah HIV dan AIDS tidak lepas dari persoalan medis kurang menyentuh faktor-faktor sosial kemasyarakatan yang ada sehingga berakibat pada kurang terlibatnya masyarakat secara sistematis dan terencana. Maka sangatlah wajar jika kemudian stigma yang muncul dari masyarakat sangat menghambat upaya mencegah dan menanggulangi masalah HIV dan AIDS di Indonesia.

Dalam Komitmen Sentani muncul gagasan untuk mengupayakan pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Namun kenyataannya, stigma dan diskriminasi masih dijumpai terutama dari kalangan medis sendiri. Hal ini yang kemudian sangat memberatkan posisi ODHA di masyarakat. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih tetap merupakan tantangan yang bila tidak teratasi, potensial untuk menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Pencegahan dan penghapusan diskriminasi yang dialami ODHA baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, di tempat pelayanan publik seperti hotel, lingkungan keluarga maupun di masyarakat umum haruslah tetap menjadi prioritas dan menjadi bagian integral dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu dukungan dan peran aktif dari sektor-sektor pemerintah terkait, pengusaha, dan masyarakat dalam mengatasi stigma dan diskriminasi sangat diperlukan. Demikian pula halnya dengan pemberdayaan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi sekaligus pemberi dukungan bagi mereka yang membutuhkan perlu terus dilakukan.

Di Indonesia, sejak tahun 1967, jumlah kasus HIV dan AIDS dalam kurun waktu 13 tahun yang semula meningkat perlahan-lahan, mulai tahun 2000 menunjukkan peningkatan yang sangat tajam. Peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS pada 10 tahun pertama masih relatif rendah. Pada akhir 1997 kasus AIDS sebanyak 153 kasus dan HIV positif baru 486 orang. Data ini diperoleh dari serosurvei di daerah Sentinel. Penularan 70% melalui hubungan seksual berisiko. Sejak akhir 2002 terlihat kenaikan yang sangat tajam dari jumlah kasus AIDS dan di beberapa daerah pada sub-populasi berperilaku resiko tinggi angka prevalensi sudah mencapai 5%, sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan kedalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi. Jumlah kasus yang dilaporkan pada 2002 menjadi 1.016 AIDS dan 2.552 HIV positif. Jumlah ini jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan estimasi Departemen Kesehatan bahwa pada tahun 2002 menjadi terdapat 90.000 - 120.000 kasus. Peningkatan yang pesat itu disebabkan penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril di sub-populasi Pengguna Napza Suntik (penasun) sementara penularan melalui hubungan seksual berisiko tetap berlangsung.

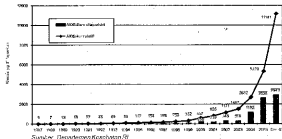
Sedangkan pada akhir tahun 2003 jumlah kasus AIDS yang dilaporkan bertambah 355 sehingga total berjumlah 1.371, sementara jumlah kasus HIV positif bertambah 168 sehingga total berjumlah 2.720. Pada akhir 2003 terdapat 25 provinsi melaporkan kasus AIDS. Penularan di sub-populasi Pengguna Napza Suntik (penasun) meningkat menjadi 26%. Peningkatan jumlah kasus AIDS terus terjadi, dimana pada akhir Desember 2004 berjumlah 2.682, pada akhir Desember 2005 naik hampir dua kali lipat menjadi 5.321 dan pada akhir September 2006 jumlah kasus sudah mencapai 6.871. Semua angka tersebut berdasarkan laporan 32 dari 33 provinsi. Estimasi (perkiraan) 2006 jumlah orang yang terinfeksi HIV diperkirakan mencapai 169.000 - 216.000 orang. Data hasil surveilans Sentinel Departemen Kesehatan (DEPKES) menunjukkan terjadinya peningkatan prevalensi HIV positif pada sub-populasi berperilaku resiko tinggi, di kalangan penaja seks (PS) tertinggi 23% dan di kalangan penasun 48% dan pada penasun di Lembaga Permasalahatan (Lapas) sebesar 68%. Peningkatan prevalensi positif terutama terjadi di kota-kota besar, sementara peningkatan prevalensi di kalangan PS terjadi di kota-kota besar dan kecil bahkan di pedesaan, terutama di provinsi Papua dan Papua Barat. Di kedua propinsi terakhir ini, epidemi sudah cenderung menyerang populasi umum yang terlihat dari kasus-kasus yang ditemukan di kalangan ibu rumah tangga baik di kota maupun di pedesaan. Distribusi usia penderita AIDS pada 2006 memperlihatkan tingginya persentase jumlah usia muda dan jumlah usia anak. Penderita dari golongan usia 20 - 29 tahun mencapai 55%, dan bila digabung dengan golongan usia sampai 49 tahun, maka angka menjadi 89%. Sementara persentase anak 5 tahun ke bawah mencapai 1%. Diperkirakan pada 2006 sebanyak 4.360 anak tertular HIV dari ibunya yang HIV positif dan separuhnya telah meninggal.

tingginya proporsi kelompok umur yang lebih muda terkena penyakit yang membahayakan ini, dapat diperkirakan nantinya akan menurunkan angka harapan hidup. Karena semakin banyak orang yang diperkirakan hidup dalam jangka waktu yang lebih pendek, kontribusi yang diharapkan dari mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial, menjadi semakin kecil. Hal ini menjadi masalah yang penting karena hilangnya individu yang terlatih dalam jumlah besar dan tidak akan mudah digantikan. Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit, dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang, membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan. Biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar. Berbagai konsekuensi lain yang harus dipikul termasuk waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, dan tidak dapat melakukan aktifitas yang produktif. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya.

Mengingat bahwa HIV dan AIDS lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif (94% pada kelompok usia 19 sampai 49 tahun), epidemi HIV dan AIDS memiliki dampak yang besar pada ketersediaan dan produktivitas angkatan kerja. Epidemi HIV dan AIDS akan meningkatkan terjadinya kemiskinan dan ketidakseimbangan ekonomi yang diakibatkan oleh dampaknya pada individu dan ekonomi. Dari sudut pandang HIV dan AIDS berarti tidak dapat masuk kerja, jumlah hari kerja yang berkurang, kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik dan umur masa produktif yang lebih pendek. Dampak individu ini harus diperhitungkan bersama dengan dampak ekonomi pada anggota keluarga dan komunitas. Dampak pada dunia bisnis termasuk hilangnya keuntungan dan produktivitas yang diakibatkan dari berkurangnya semangat kerja, meningkatnya ketidakhadiran karena izin sakit atau merawat anggota keluarga, percepatan masa pergantian pekerja karena kehilangan pekerja yang berpengalaman lebih cepat dari yang seharusnya, menurunnya produktivitas akibat pekerja baru dan bertambahnya investasi untuk melatih mereka. HIV dan AIDS juga berperan dalam mengurangi motivasi pekerja (takut akan diskriminasi, kehilangan rekan kerja, rasa khawatir) dan juga pada penghasilan pekerja akibat meningkatnya permintaan untuk biaya perawatan medis dari pusat pelayanan kesehatan para pekerja, pensiun dini, pembayaran dini dari dana pensiun akibat kematian dini, dan meningkatnya biaya asuransi. Karena itu pengembangan program pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS di tempat kerja dengan keikutsertaan organisasi pengusaha dan pekerja sangatlah penting.

Perkembangan ekonomi akan terhambat apabila epidemi HIV menyebabkan kemiskinan bagi para pengidapnya sehingga meningkatkan kesenjangan yang kemudian menimbulkan lebih banyak lagi kecemburuan sosial. Kemiskinan adalah faktor yang kuat dalam menimbulkan keadaan resiko tinggi (risti) dan memaksa orang terjun ke dalam perilaku yang berisiko tinggi (risti). Namun demikian, pendapatan yang besar (umumnya tersedia bagi pekerja terampil pada pekerjaan yang profesional) membuka juga peluang bagi individu untuk melakukan perilaku berisiko tinggi yang sama: bepergian jauh dari rumah dan melakukan hubungan seks tidak aman dengan pasangan yang berganti maupun dengan Pekerja Seks (PS), mengonsumsi obat terlarang, minuman keras (miras), dan lainnya. (Sumber : Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010 KPA Nasional).

**Data Kasus AIDS Kumulatif 1987 - Desember 2007
(Depkes 2007)**



Setiap kasus HIV dan AIDS (apalagi menyangkut masalah ODHA) merupakan persoalan yang muncul tidak sebatas hanya masalah kesehatan, akan tetapi masalah sosial kemasyarakatan juga menjadi bagian yang sangat penting untuk segera difasilitasi agar persoalan yang muncul tidak segera meluas. HIV dan AIDS saat ini sudah menjadi fenomena global (dunia) yang tidak hanya menjadi bahan pembicaraan di kalangan ahli kesehatan dan tenaga kesehatan serta LSM, tapi sudah menjadi konsumsi publik bagi masyarakat. HIV dan AIDS sudah menjadi obrolan sehari-hari di warung kopi, dan kelompok supir angkutan serta tukang ojek di sela-sela menunggu penumpang. Namun sayangnya fenomena global HIV dan AIDS di masyarakat tidak dibarengi dengan upaya kongkrit dari pemerintah dan LSM untuk memaksimalkan peran serta masyarakat dalam pencegahan HIV dan AIDS. Kita harus sepakat dulu bahwa persoalan HIV dan AIDS bukan hanya masalah kesehatan (medis) tapi sudah menjadi masalah sosial di masyarakat, sehingga cara penyelesaian untuk pencegahannya juga harus menempatkan masyarakat dan ODHA sebagai subjek dalam

setiap kegiatan yang dilakukan. Masyarakat dan ODHA secara sistem tidak bisa dipisahkan, karena ODHA juga bagian dari sistem yang ada di masyarakat dan keluarga (dalam lingkup terkecil).

ODHA adalah kelompok keluarga yang hidup ditengah-tengah masyarakat dan selalu berinteraksi dengan masyarakat, karena memang ODHA adalah masyarakat yang menjadi korban dan sedang sakit akibat dari sistem yang tidak berpihak kepadanya. Selama ini pendekatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS kurang melibatkan peran serta masyarakat secara langsung, sehingga memunculkan stigma yang berkepanjangan terhadap ODHA. Agar tidak terjadi stigma yang berkepanjangan, maka sudah saatnya masyarakat dilibatkan secara langsung dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, dengan cara mengoptimalkan masyarakat dalam pengelolaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif (menyeluruh) bekerjasama dengan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat).

Membangun Kesadaran Kritis Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Gerakan Partisipasi Masyarakat

Berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan masalah HIV dan AIDS telah dilakukan oleh pemerintah maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Namun dampak yang dihasilkan dari kegiatan itu masih terbatas kepada pencegahan dan penanggulangan yang bersifat medis. Situasi ini disebabkan karena selama ini pendekatan-pendekatan yang dilakukan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masih sekitar persoalan medis belum menyentuh kepada persoalan sosial kemasyarakatan. Informasi tentang HIV dan AIDS bagi masyarakat selama ini masih banyak hanya merupakan wacana elitis (melangit), bahkan terkesan masyarakat masih sulit mengakses informasi HIV dan AIDS, karena selama ini baik pemerintah maupun LSM sangat hati-hati dan terbatas dalam penyampaian informasi tersebut, bahkan sebagian terkesan menutup-nutupi persoalan yang sebenarnya (baik secara sengaja maupun tidak sengaja). Sehingga mengakibatkan stigma di masyarakat terkait kasus HIV dan AIDS, dan hal ini sangat merugikan bagi ODHA untuk bersosialisasi diri di lingkungan sosial masyarakat. Jika hal ini tidak segera dijumpai, maka dikhawatirkan jurang pemisah antara ODHA dan masyarakat akan semakin lebar, akhirnya upaya pencegahan apapun yang dilakukan oleh pemerintah dan LSM dan sampai kapanpun tidak akan berhasil seperti yang dicita-citakan.

Masyarakat sebagai bagian yang tidak terlepas dari sistem kenegaraan, dalam kasus pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS belum banyak terlibat secara langsung dalam mengelola dan memfasilitasi kegiatan pencegahan HIV dan AIDS. Dalam Strateg Nasional (Stranas) Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010 yang ditetapkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) ditegaskan: "Upaya penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat sipil dan pemerintah berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat sipil termasuk LSM, KDS dan ODHA serta OHIDHA menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya penanggulangan HIV dan AIDS". Namun bagaimana bentuk penyelenggaraan oleh masyarakat itu belum dikembangkan dengan baik.

Oleh sebab itu kita membutuhkan bentuk yang nyata dari peran masyarakat sebagai penyelenggara upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS sebagaimana yang digariskan dalam Stranas. Masyarakat hendaklah diposisikan sebagai bagian dari suatu sistem pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dikembangkan pemerintah. Dalam perjalanan penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lapangan, ODHA seringkali menjadi rebutan penyelenggara kegiatan, sehingga sering ada sebutan ODHA-nya LSM ini dan ODHA-nya LSM itu. Ini sangat menyakitkan bila ODHA selalu jadi lahan rebutan kelompok-kelompok, dan akan semakin menjadi panjang daftar stigma tentang ODHA dan semakin panjang pula daftar penderitaan yang dialami oleh ODHA yang juga manusia yang harus dihargai harkat dan martabatnya di dunia ini. Pertanyaannya adalah, akan sampai kapan situasi seperti ini, memenjarakan ODHA dalam ketidakberdayaan.

Masyarakat sebagai bagian dari sistem yang tercipta dan sistem yang berlaku dalam sebuah kerangka sosial (dari tingkat nasional, tingkat Propinsi, tingkat kabupaten dan kota, tingkat kecamatan, tingkat desa dan kelurahan serta tingkat Rukun Warga (RW) dan Dusun) akan selalu menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan sistem tersebut, namun selama ini peran serta masyarakat masih sebatas *àpêtric* (hiasan) atau pemanis dari suatu program kegiatan.

Berpuluh tahun kita mengalami pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan masyarakat yang berorientasi pada program dan diselenggarakan berdasarkan proyek. Kegiatan dalam bentuk proyek-proyek itu lalu meninabobokan masyarakat. Masyarakat menerima proyek tanpa merasa terlibat di dalamnya, sehingga wajar jika kemudian masyarakat selalu hanya mampu menuntut hak dalam masalah kesehatan.

Keterlibatan masyarakat secara langsung dalam mengidentifikasi, merumuskan, melaksanakan dan memonitoring program kegiatan, akan lebih terfokus dalam menggali masalah sosial yang terjadi di lingkungannya, yang selama ini sering diabaikan oleh penyelenggara kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Penyelenggara kegiatan selalu berpanduan pada modul dan buku pedoman baku dalam mengajak masyarakat untuk ikut serta dalam sebuah kegiatan, tanpa menggali keinginan masyarakat dan kemudian berakibat program atau kegiatan tidak bermanfaat langsung bagi masyarakat. Mulai dari proses perencanaan hingga pelaksanaan, masyarakat tidak diajak ikut langsung mengelolanya. Padahal jika masyarakat secara langsung terlibat sejak dimulainya sebuah program kegiatan, maka masyarakat akan langsung memahami apa yang seharusnya mereka lakukan untuk program tersebut. Fenomena diatas menginspirasi lahirnya Warga Peduli AIDS (WPA), KPA Nasional akan mengajak masyarakat menggali dan mengkaji potensi lokal beserta hambatannya dalam kegiatan pencegahan HIV dan AIDS.

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dukungan masyarakat luas, keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat mempunyai tugas penting dan sangat mulia sebagai benteng pertama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketahanan keluarga perlu tetap diupayakan dan ditingkatkan sebab ketahanan keluarga mampu memberikan lingkungan yang kondusif bagi mereka yang berperilaku resiko tinggi dan ODHA dengan berempati dan menjauhkan sikap diskriminatif terhadap mereka. Masyarakat umum sangat berperan dalam membantu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan tempat tinggalnya dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Untuk itu masyarakat berhak mendapat dan menerima informasi yang benar tentang masalah Narkoba Suntik, Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS.

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih tetap merupakan tantangan yang bila tidak teratasi, potensial untuk menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Pencegahan dan penghapusan diskriminasi yang dialami ODHA baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, di tempat pelayan publik seperti hotel, lingkungan keluarga, maupun di masyarakat umum, haruslah tetap menjadi prioritas dan menjadi bagian integral dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu, dukungan dan peran aktif dari sektor pemerintah terkait, pengusaha, dan masyarakat dalam mengatasi stigma dan diskriminasi sangat diperlukan. Demikian pula halnya dengan pemberdayaan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi sekaligus pemberi dukungan bagi mereka yang membutuhkan, perlu terus dilakukan. Adanya stigma dan diskriminasi akan berdampak pada tatanan sosial masyarakat. Pengidap HIV dan AIDS dapat kehilangan kasih sayang dan kehangatan pergaulan sosial. Sebagian akan kehilangan pekerjaan dan sumber penghasilan yang pada akhirnya menimbulkan kerawanan sosial. Sebagian mengalami keretakan rumah tangga sampai perceraian. Jumlah anak yang terinfeksi HIV, anak dengan AIDS, anak yatim piatu, akan bertambah yang akan menimbulkan masalah tersendiri. Oleh sebab itu, keterbukaan dan hilangnya stigma dan diskriminasi sangat perlu mendapat perhatian.

Harus kita sepakati bahwa partisipasi masyarakat adalah kekuatan besar untuk membangun kemandirian bangsa, sebab partisipasi merupakan realita gerakan masyarakat yang akan terus menerus berkesinambungan hidup dalam bagian kehidupan sosial masyarakat. Kita kembalikan peran pemerintah sebagai pengarah, pembimbing dan pengayom masyarakat dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan mereka. Dengan demikian, ketergantungan masyarakat kepada pemerintah bahkan kepada LSM sekalipun dapat berkurang. Namun hal ini bukanlah akan meniadakan peran pemerintah, sebab sesuai dengan amanat undang-undang pemerintah tetap berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan kepada warga negara. Warga peduli AIDS (WPA) adalah gerakan partisipasi masyarakat bukan program atau proyek, sehingga

pendekatan yang dilakukan juga berdasarkan pengalaman masyarakat dari persoalan pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

Sehingga jika persoalan pengalaman hidup di masyarakat kita ungkap menjadi bagian dari sistem yang akan dikembangkan, maka sistem tersebut akan menjadi bagian yang tidak pernah terlupakan dari proses sosial di masyarakat: Apa perbedaan gerakan partisipasi dengan gerakan yang dilandaskan pada program atau proyek (lihat tabel).

GERAKAN PARTISIPASI	PROGRAM ATAU PROYEK
1. Masyarakat sebagai subjek	1. Masyarakat hanya objek
2. Birokrasi sebagai fasilitator	2. Orientasinya uang
3. Muncul keinginan yang berkelanjutan	3. Target pencapaian hanya proses administrasi
4. Akselerasi pencapaian dengan tindakan	4. Peran unsur birokrasi lebih dominan
5. Kesadaran kolektif dan kolosal	

"WARGA PEDULI AIDS (WPA) ADALAH GERAKAN PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM MEMBANGUN KESADARAN KRITIS UNTUK MENCIPTAKAN LINGKUNGAN HIDUP YANG SEHAT DAN SEJAHTERA"

Masyarakat Mampu Mengorganisir Diri

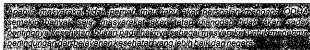
Untuk mencapai target membangun sistem gerakan partisipasi, maka langkah awal adalah masyarakat harus mampu mengorganisir dirinya sendiri dan lingkungannya. Sebab pengalaman adalah guru terbaik dalam kehidupan, hidup dengan banyak memiliki pengalaman menjadikan seseorang akan mampu bersikap arif dan berpikir kritis, ini yang kemudian akan meningkatkan kualitas diri yang akhirnya berdampak pada peningkatan kualitas kelompok. Ada banyak hal yang membuat seseorang mampu aktif merespon segala persoalan yang muncul, biasanya orang tersebut telah terlatih dari berbagai pengalaman yang pernah dilakukan. Namun bagi sebagian orang, hal tersebut sangat sulit karena tidak terbiasa melatih dirinya untuk mampu mengorganisir diri secara pribadi, sehingga bagi masyarakat yang pernah mengalami atau menghadapi persoalan dan membutuhkan pemecahan bersama untuk melakukan tindakan bersama, pasti memahami alasannya mengapa mereka melakukan pengorganisasian diri.

Namun mereka akan kesulitan menjelaskan, bahkan memahami, sebab atau alasan yang memang sumbernya bukan dari lingkungan mereka sendiri. Misalnya bagaimana mereka memahami bahwa persoalan yang mereka alami disebabkan adanya kebijakan pemerintah yang tidak memihak mereka bahkan kepentingan di luar masyarakat itulah yang sering mengakibatkan masyarakat terpecah-belah, posisi (politik, sosial, ekonomi, budaya) mereka diutamakan. Namun yang lebih parah lagi bahkan mereka sangat sulit memahami mengapa keadaan mereka seperti itu.

Sepanjang hidupnya mereka hanya menjawab pertanyaan. Mempertanyakan adalah merupakan tindakan yang sangat mewah dan asing, karena sepanjang hidupnya (sejak dari kecil) mereka hanya terbiasa menjawab pertanyaan, bukan bertanya. Tentu akan sulit membuat pertanyaan: "Mengapa posisi mereka seperti itu?", "Siapa saja pihak-pihak lain yang berkepentingan dengan keadaan mereka semacam itu?", "Apa saja dan bagaimana hubungan kepentingan antar berbagai pihak tersebut?" Singkat kata, mereka tidak terbiasa mengkaji urai terhadap berbagai faktor (yang berasal di tingkat lokal, apalagi persoalan-persoalan besar) yang menyebabkan keadaan mereka sulit, maka menjadi alasan sangat penting untuk mengorganisir diri. Celakanya pihak luar yang mengibarkan jargon mau menolong, memberdayakan terkadang dengan tidak sadar, dengan analisis yang dipakai justru ikut pula mengadili masyarakat (*blaming of the victims*), apa yang terjadi, bukannya memberdayakan namun justru memperdayai mereka.

Untuk itu, sebelum proses pengorganisasian dijalankan, maka perlunya menilai ulang terutama model-model pendekatan dan watak pendampingan oleh pihak luar, seperti yang dilakukan oleh berbagai pihak yang bergerak di isu kesehatan pada umumnya, atau secara khusus kesehatan reproduksi. Sering kali ketika memulai aktiuitasnya terhenti oleh romantisme, belas kasihan terhadap korban, namun merupakan dimensi politik yang sesungguhnya merupakan titik persoalan sekaligus menjadi ruang perebutan. Isu kesehatan tidak pernah dipahami sebagai bagian persoalan politik, seringkali diposisikan pada persoalan kemanusiaan semata, jelaslah bahwa cara pandang ini sangat berpengaruh bahkan menentukan terhadap pemilihan model aksinya.

Ada berbagai macam cara pandang terhadap suatu persoalan. Masing-masing cara tersebut merupakan pilihan dari seseorang dalam memandang dan menyikapi suatu peristiwa sosial. Cara pandang tersebut membawa implikasi pada cara atau metode dalam merealisasikan gagasan-gagasannya kepada orang lain. Hal itu berpengaruh pada kesadaran baik pada dirinya maupun orang lain. Jadi, sangat gembang bahwa masing-masing aliran pemikiran membawa akibat (implikasi) pada kesadaran dan perilaku manusia. Maka sebelum proses pengorganisasian dilakukan, perlu mempertegas pilihan-pilihannya atas aliran pemikiran (cara pandang, metode, dan strategi perjuangannya).



Apabila masyarakat tidak mampu melakukan upaya persoalan kesehatan ODHG sendiri, maka seis masyarakat akan tetap dianggap tidak akan sadar pentingnya kesehatan. Hal ini pada dasarnya sebagai masyarakat yang tidak mempunyai pendapatan dan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan negara

Berdasarkan analisis sosial yang jernih dan mendasar, proses pengorganisasian masyarakat berangkat dari kalkulasi atas keterkaitan ketidakadilan dimana masyarakat itu sendiri mampu memerankan diri dari keadaan mereka apa adanya. Sedangkan peran pengorganisir masyarakat (fasilitator) yang datang dari luar adalah memfasilitasi agar seluruh proses yang sarat dengan berbagai masalah dan juga oleh kontradiksi dapat

dipahami langsung oleh masyarakat, dan akhirnya mampu memilih, memutuskan dan melakukan tindakan bersama untuk menghadapinya sesuai dengan keadaan mereka.

Kapan proses pengorganisasian dapat dianggap selesai? Jawabnya, ketika masyarakat telah mampu mengorganisir diri mereka sendiri, sehingga tidak lagi memerlukan orang luar yang memfasilitasi mereka. Namun demikian bukan berarti masyarakat tersebut tidak membutuhkan keterlibatan orang lain. Karena banyak juga kepentingan, kebutuhan yang mungkin dilakukan oleh orang lain di luar masyarakat tersebut, misalnya peran penghubung masyarakat di wilayah lain, sebagai pemasok informasi, juga penggalangan dukungan. Namun, peran-peran baru ini pun pada saatnya juga harus diambil alih oleh masyarakat itu sendiri.

Akan tidak demikian halnya jika sang pengorganisir itu memang berasal dari kalangan masyarakat setempat. Ia tinggal dan hidup di tengah masyarakatnya. Melalui dukungan penguatan, dirinya melakukan berbagai peran yang lebih strategis dalam membangun kesadaran masyarakat dan membangun kesepakatan bersama masyarakat di lingkungannya untuk perubahan. Dengan terbangunnya mekanisme internal di kalangan masyarakat, maka tradisi pengorganisasian akan berlanjut di tengah-tengah masyarakat. Tradisi inilah yang memungkinkan semakin banyaknya warga masyarakat yang mengabdikan diri sepenuhnya ke dalam proses pengorganisasian, dalam seluruh aspek kehidupan bersama masyarakat.

Seseorang yang melakukan kerja pengorganisasian di masyarakat mempunyai peran dan fungsi utama memfasilitasi masyarakat agar bisa mengetahui dan sekaligus memiliki ketrampilan teknis yang bisa membantu, mempermudah dan memperlancar proses yang membuat mereka sanggup mengorganisir diri mereka sendiri. Seorang fasilitator tidak hanya sekedar memfasilitasi atau memandu proses pertemuan dan pelatihan saja, namun juga dituntut menguasai pengetahuan yang luas tentang masyarakat yang diorganisirnya serta masalah yang mereka hadapi, memiliki komitmen dan pandangan kerakyatan yang jelas dan tegas, serta memiliki berbagai ketrampilan teknis dan kreatif. Adapun langkah awal bagi masyarakat untuk mengorganisir diri yaitu dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi dan mendata persoalan-persoalan khusus yang berkaitan dengan sub-populasi yang berperilaku resiko tinggi (risti), Narkoba, HIV dan AIDS. Karena data adalah bagian dasar yang sangat vital bagi upaya penanganan yang akan dilakukan selanjutnya.
2. Mendiskusikan dengan masyarakat tentang kesamaan harapan dan minat berkaitan dengan persoalan mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti), Narkoba, HIV-AIDS dan upaya serta kegiatan yang telah dilakukan selama ini, sekecil apapun upaya itu.

3. Membuat kesepakatan dengan masyarakat tentang apa yang bisa dilakukan secara bersama-sama dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan masyarakat.
4. Mengadakan pertemuan dengan organisasi, institusi lokal, kelompok, dan individu yang berminat, dan membuat bersama mereka sebuah pola tentang bagaimana semuanya akan bekerja dalam satu gerak yang seirama. Mulailah dengan suatu isu yang disepakati oleh semuanya yang akan menjadi prioritas dalam pengembangan rencana aksi. Setiap organisasi boleh saja membuat rencana aksi secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri, asalkan menuju suatu target yang sama.
5. Membagi peran yang jelas sesuai kemampuan, spesifikasi, atau bidang minat masing-masing organisasi atau individu yang sepakat untuk bekerja sama. Karena setiap pihak menyumbangkan perannya, maka mereka ada dalam posisi yang sejajar. Untuk memudahkan koordinasi, perlu dipilih salah satu organisasi yang akan bertindak sebagai sekretariat yang bertugas mengkoordinasikan informasi, menyiapkan pertemuan, membagikan hasil-rapat, dan mengatur komunikasi di antara organisasi.
6. Merencanakan program dan kegiatan bersama untuk periode waktu tertentu. Kegiatan bisa dilakukan bertepatan dengan momen-momen tertentu (misalnya hari kesehatan nasional, hari anak nasional, hari AIDS, dll) untuk keperluan kampanye dan menggalang solidaritas yang lebih luas.
7. Merancang dan membuat berbagai media kampanye untuk memperluas dukungan, sekaligus promosi misi penyelamatan anak bangsa dari bahaya HIV dan AIDS.

Kontribusi dan kegiatan institusi yang terlibat, bergantung pada misi, tujuan, dan cakupan aksi masing-masing. Contoh aksi untuk organisasi yang bergerak di bidang hak anak, perempuan dan manusia, misalnya dapat melakukan:

- Memasukkan topik dan tema keselamatan ibu dan anak ke dalam kegiatan yang tengah mereka selenggarakan dan mendorong kebebasan bagi perempuan untuk membuat pilihan dan meraih peluang.
- Membantu kaum laki-laki memahami peran dan tanggung jawabnya dalam memberikan pilihan kepada kaum perempuan.
- Menggunakan perjanjian internasional dan undang-undang nasional untuk menunjang keselamatan ibu dan anak. Bila kebijakan tersebut belum ada, dapat dilakukan upaya advokasi (penyadaran) untuk mewujudkan peraturan yang memihak kepada hak ibu, anak dan perempuan.

Selain mengorganisir diri, penting bagi seorang fasilitator di masyarakat untuk mengetahui cara mengorganisir masyarakat, berikut penjelasannya.

Langkah-Langkah Pengorganisasian Masyarakat

1. Tentukan tujuan dari pengorganisasian di masyarakat
2. Petakan potensi masyarakat
3. Petakan hambatan yang ada di masyarakat
4. Bentuk *core team* (tim inti) dari semua unsur masyarakat yang mendukung tujuan program
5. Lakukan pertemuan secara intens atas tujuan yang ingin dicapai
6. Fasilitasi semua usulan dari tim inti
7. Lakukan pertemuan di RT/RW atau blok
8. Buat kelompok *Front Line* (garis depan), *Support Unit* (unit pendukung) dan *Work Ground* (basis massa penggerak)
9. Advokasi pemegang kebijakan (mulai dari yang terendah seperti desa/kelurahan sampai ke tingkat yang lebih tinggi seperti Bupati/Walikota dan DPRD)

Keterangan:

1. Tentukan tujuan dari pengorganisasian di masyarakat

Mengorganisasikan massa atau masyarakat hendaknya didahului dengan menentukan tujuan. Hal ini dilakukan supaya apa yang ingin kita kerjakan bisa terfokus, tidak bias dan tidak banyak membuang energi, waktu dan dana.

2. Petakan potensi masyarakat

Setelah tujuan ditentukan, selanjutnya fasilitator memetakan potensi masyarakat. Amali secara jeli (bahkan kalau bisa terjun langsung) atau minta bantuan orang yang betul-betul kita percaya (sebisa mungkin orang yang relatif netral dari kepentingan seperti kepentingan partai atau apapun), untuk mencari kelompok atau orang per orang yang punya potensi dan mau mendukung tujuan kita.

3. Petakan hambatan yang ada di masyarakat

Selain memetakan potensi, petakan juga hambatan yang ada di masyarakat. Hal ini penting agar hambatan untuk mencapai tujuan bisa diminimalkan. Hambatan biasanya datang dari orang atau kelompok yang merasa terusik dengan agenda atau tujuan pengorganisasian masyarakat.

4. Buat tim inti dari semua unsur masyarakat yang mendukung tujuan program

Selesai memetakan potensi dan hambatan, buat tim inti. Tim inti diupayakan melibatkan semua unsur masyarakat seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh pemuda, tokoh perempuan dan lain-lain. Kenapa harus melibatkan banyak unsur? Sebab, mereka adalah tonggak yang bisa menggerakkan basis di masyarakat.

5. Lakukan pertemuan secara intens atas tujuan yang ingin dicapai

Tim inti berfungsi untuk mendiskusikan langkah-langkah yang akan ditempuh setelah kita tahu potensi yang ada di masyarakat. Mereka juga akan menjadi tim pendamping sekaligus fasilitator yang terjun ke blok atau RT/RW di sebuah desa atau kelurahan.

6. Fasilitasi semua usulan dari tim inti

Fasilitator hendaknya memposisikan diri sebagai warga biasa (tidak sombong dan merasa pintar di depan masyarakat) dan bukan sebagai narasumber. Dengar semua usulan dari mereka, hindari menyudutkan seseorang atau menyalahkan. Sebab, ketika perasaan mereka tidak bebas (karena belum-belum sudah dimatikan) maka ide-ide yang seharusnya mendukung kerja fasilitator akan tidak tersampaikan dan fasilitator sudah kehilangan poin penting.

7. Lakukan pertemuan di blok atau RT/RW

Ketika tim inti sudah diyakini solid dan tidak mungkin terpecah, maka ini adalah kekuatan dahsyat untuk terjun ke blok yang lebih kecil dan melakukan fasilitasi pada mereka. Ajar mereka diskusi apa yang menjadi tujuan kita (yang juga untuk kepentingan masyarakat) Lakukan pertemuan seintensif mungkin, jika perlu sediakan hidangan ala kadarnya. Ajar mereka berpikir logis atas ide besar kita. Yakinkan dengan sesuatu yang bisa membua mereka bangkit, misalnya fasilitator bercerita kisah sukses seorang tokoh yang dulunya pernah melakukan pendampingan pada masyarakat.

8. Buat kelompok *Front Line* (garis depan), *Support Unit* (unit pendukung) dan *Work Ground* (basis massa penggerak)

Setelah Tim inti (juga didampingi fasilitator) selesai terjun ke masing-masing blok, RT/RW dan sudah bisa meraih keinginan warga, maka mulailah membuat kelompok garis depan yang siap menghadapi kemungkinan perlawanan dari perorangan atau kelompok. Buat juga unit pendukung untuk menjamin ketersediaan logistik saat melakukan gerakan atau kegiatan advokasi pada pemegang kebijakan atau ketika ada pertemuan dengan warga. Usaha unit pendukung bisa digali dari potensi warga yang ada, misalkan iuran per minggu atau per bulan namun harus berkesinambungan. Persediaan itu harus di pegang orang yang bisa dipercaya

9. Advokasi pemegang kebijakan (mulai dari yang terendah sampai tingkat tinggi)

Pada akhirnya setelah kekuatan tiga sektor yakni *Front Line* (garis depan), *Support Unit* (unit pendukung) dan *Work Ground* (basis massa penggerak) betul-betul maksimal, maka saat untuk unjuk kekuatan dan menekan pemegang kebijakan untuk membuat payung hukum (seperti PERDA) yang berpihak pada rakyat.



Strategi Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Masyarakat

Warga Peduli AIDS adalah kelompok masyarakat yang terdiri dari berbagai komponen dalam suatu lingkungan masyarakat baik di tingkat Desa, Kelurahan, Rukun Warga (RW), Dusun, Blok dan tingkatan yang sejenis yang ada di suatu lingkungan tempat tinggal. Secara kelompok, masyarakat tersebut melakukan kegiatan secara aktif dan tersistem dalam melayani dan mengakses sistem layanan dan rujukan yang berkaitan dengan masalah HIV dan AIDS. Tugas utama Warga Peduli AIDS adalah menggerakkan masyarakat untuk ikut serta terlibat secara langsung dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

Proses yang akan dilakukan masyarakat dalam Warga Peduli AIDS akan dimulai dari sistem identifikasi potensi, perumusan masalah, menentukan prioritas masalah, menentukan rencana kegiatan dan program serta melakukan evaluasi dan monitoring. Semua proses tersebut dilakukan dengan metode partisipatif.

Warga Peduli AIDS merupakan bagian dari gerakan masyarakat yang memiliki sifat dan karakter sebagai berikut:

- Sistem berupa gerakan partisipasi masyarakat
- Menggalang pengalaman masyarakat dalam masalah napza suntik, IMS, HIV dan AIDS
- Menggali kemampuan masyarakat (Sumber Daya Manusia)
- Menggali potensi masyarakat (Sumber Daya Alam)
- Membangun sistem partisipasi masyarakat
- Membangun sistem rujukan layanan dasar kesehatan di masyarakat
- Membangun kesepahaman dan kesepakatan untuk mengadvokasi kebijakan publik

A. Rencana Strategis:

1. Sosialisasi respon terhadap masalah IMS, napza suntik, HIV dan AIDS ke seluruh lapisan masyarakat.
2. Melibatkan stakeholder (pemangku kepentingan) dan tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dalam merespon IMS, napza suntik, HIV dan AIDS.
3. Membangun sistem informasi dan penyelamatan terhadap orang yang terinfeksi IMS, HIV dan AIDS dan pengguna napza suntik (penasun).
4. Membangun kesamaan visi bahwa orang yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA adalah korban dan orang sakit yang perlu dilindungi dan diobati oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah.

Rencana strategis ini diawali dengan sosialisasi respon yang melibatkan masyarakat dari semua unsur dan golongan secara langsung untuk terlibat dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, dengan terlebih dahulu masyarakat diinformasikan secara dini tentang persoalan HIV dan AIDS.

Hasil survey media yang dilakukan oleh *Ford Foundation* pada tahun 2003 bahwa sumber informasi yang paling dicari dan mudah didapat oleh masyarakat yaitu :

1. Televisi	80%
2. Ketua RT dan Ketua RW	54%
3. Kunjungan ke Rumah	44%
4. Radio Siaran	37%
5. Pertemuan Keluarga	36%
6. Koran	33%
7. Komisi Pemilu Setempat	32%
8. Drama TV	16%
9. Brosur	15%
10. Poster	14%
11. Pertunjukan Wayang Orang	14%

B. Isu Strategi:

1. Ibu Hamil terinfeksi HIV dan AIDS
2. Balita terinfeksi HIV dan AIDS
3. Remaja dengan NAPZA khususnya NAPZA SUNTIK
4. Masyarakat dengan IMS
5. Penjaja Seks (PS) dan pelanggan dengan Kondomnya

C. Tujuan yang Akan Dicapai:

1. Terbangunnya kesadaran kritis dan kesadaran publik dalam merespon IMS, narkoba, suntik, HIV dan AIDS
2. Terciptanya sistem koordinasi yang berpihak pada resiko tinggi (risti) dan ODHA
3. Tersedianya layanan komprehensif (menyeluruh) yang mudah diakses dan dijangkau oleh masyarakat
4. Terbangunnya kesepakatan bersama dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungan
5. Terbentuknya fasilitator dan kader peduli AIDS di desa dan kelurahan
6. Terbangunnya kesadaran Warga Peduli AIDS (WPA)

D. Target dan Sasaran:

1. Masyarakat
2. Stakeholder dan Tokoh Masyarakat (TOMA)
3. Tokoh Agama (TOGA) dan Tokoh Adat
4. Bidan
5. Petugas promosi kesehatan (promkes) Puskesmas
6. Puskesmas
7. UTDC (Unit Transfusi Darah Cabang) PMI
8. PMI (Palang Merah Indonesia) Ranting

E. Sistem Siaga AIDS

Warga Peduli AIDS dalam merealisasikan rencananya menggunakan sistem SIAGA AIDS. SIAGA yang merupakan Akronim dari Siap Antar Jaga.

**Siap Fasilitasi Potensi dan Identifikasi Masalah
Antar ke Klinik
jaGa Kerahasiaan dan Ketenangan**

Penjabaran Sistem Siaga AIDS :

SIAP : Fasilitasi Potensi dan Identifikasi Masalah

1. Identifikasi Masalah Kesehatan (*Health Mapping*)
2. Prioritas Populasi (Konteks Lokal)
 - a. RISTI
 - b. Masyarakat
 - c. RISTI dan Masyarakat

3. Pengorganisasian
 - a. Penjangkauan
 - b. Pengorganisasian
 - c. Penguatan Kelompok (diskusi, pelatihan, pertemuan rutin, kampanye publik)
 - d. Program Aksi Bersama (rumusan-rumusan rencana kegiatan)

ANTAR : Antar ke Klinik

1. Mempersiapkan Puskesmas sebagai tempat rujukan pertama kasus napza suntik, IMS, HIV dan AIDS
2. Mempersiapkan UTD PMI sebagai mitra lokal untuk tes rujukan kasus napza suntik, IMS, HIV dan AIDS. Atau bermitra dengan klinik VCT yang sudah ada
3. Mempersiapkan Sistem Rujukan kasus napza suntik, IMS, HIV dan AIDS di Masyarakat.

JAGA: Kerahasiaan dan Ketenangan

1. Membangun Kesepakatan Bersama antara masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh adat, suku dan tenaga medis dalam memberikan pelayanan dasar terhadap kasus napza suntik, IMS, HIV dan AIDS
2. Memberikan perlindungan rasa aman bagi ODHA dan warga
3. Membangun kesepakatan visi bahwa penasun dan ODHA adalah korban dan orang sakit yang perlu dilindungi dan diobati oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah.

F. Unsur dalam Warga Peduli AIDS:

1. Fasilitator
2. Kader
3. Bidan
4. Petugas Promosi kesehatan (Promkes)
5. Pengurus PMI Ranting
6. Tokoh Agama
7. Tokoh Adat/Suku
8. Tokoh Masyarakat
9. Aparat Desa/Kelurahan

G. Manfaat Warga Peduli AIDS

1. Bagi Masyarakat :

- Adanya kesiagaan dalam menanganani proses fasilitasi potensi dan identifikasi masalah sosial kesehatan di masyarakat.
- Adanya kesiapan penanganan kegawatdarutan untuk berbagai masalah kesehatan.

- Masalah kesehatan dan epidemi HIV dan AIDS bukan lagi menjadi tanggungjawab individu melainkan tanggungjawab bersama.
- Adanya keterbukaan antara masyarakat, petugas kesehatan dan pemerintah.
- Akses terhadap layanan kesehatan menjadi lebih mudah berkat advokasi (penyadaran) yang dilakukan secara bersama-sama.
- Terbangunnya kerjasama antar komponen masyarakat: Bidan, PMI, Puskesmas, fasilitator, masyarakat, pemimpin agama, dan sebagainya.

2. Bagi Petugas Kesehatan:

- Terjalannya kerjasama yang harmonis antara petugas kesehatan, masyarakat dan komponen masyarakat lain, misalnya tokoh agama, mahasiswa, wartawan, dan sebagainya.
- Adanya kemudahan untuk membangun kegotongroyongan dari masyarakat terutama saat melakukan pemantauan terhadap hasil identifikasi potensi.
- Adanya dukungan dari berbagai komponen masyarakat untuk terlibat dalam mengatasi masalah kesehatan.

3. Bagi Aparat Pemerintah:

- Terjalannya komunikasi antara pemerintah, masyarakat dan komponen masyarakat lain misalnya wartawan, tokoh agama, mahasiswa, dan sebagainya.
- Memperoleh masukan, refleksi dan evaluasi dari masyarakat mengenai pelayanan khususnya pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, sebagai bahan untuk memperbaiki pelayanan.

H. Indikator Keberhasilan Warga Peduli AIDS:

- Terorganisirnya kelompok masyarakat peduli AIDS.
- Seluruh masyarakat (dari mulai keluarga, RT/RW mengetahui cara memperoleh layanan dasar kesehatan yang mudah dan komprehensif (menyeluruh).
- Terorganisasinya sistem rujukan bagi ODHA.
- Seluruh sub-populasi RISTI dan ODHA mudah mencari sarana rujukan sehingga tidak terjadi keterlambatan.
- Terorganisasinya Kelompok Birokrasi dan Masyarakat dalam Membangun Kesepakatan Penanggulangan HIV dan AIDS.
- Tersedianya Fasilitas Obat yang mudah dan cepat.
- Seluruh warga memahami dan mengetahui kondisi sub-populasi RISTI dan ODHA.

Beberapa Replikasi Gerakan Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Hidup Sehat dan Sejahtera

1. Warga Siaga Kota Cirebon

Gerakan berawal dari program *Maternal and Neonatal Health* (MNH) yang dikembangkan di Kota/Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Kuningan Jawa Barat oleh JHUPIEGO USAID. MNH dalam menerapkan programnya tidak memberikan bantuan (uang) secara langsung kepada Dinas Kesehatan (Dinkes) maupun masyarakat. MNH melakukan kegiatan peningkatan sumber daya manusia (SDM) dengan memberi pelatihan klinis dan komunikasi kepada para bidan (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal atau APN dan KIP/K), sementara untuk masyarakat diberikan pelatihan partisipatif dengan metode IMP atau Identifikasi Masyarakat Partisipatif. Strategi MNH adalah melalui isu kematian ibu hamil dan bayi dengan jargon *Sisteri SIAGA* (Siap Antar jaGa) yang kemudian berkembang menjadi *Desa Siaga* di Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Kuningan dan *Kampung Siaga* di Kota Cirebon.

Desa Siaga berada di tingkat desa atau di wilayah pemerintahan kabupaten. *Kampung Siaga* adalah gerakan partisipasi masyarakat yang dibangun atas kesepakatan bersama antar komponen masyarakat, untuk bersama-sama meningkatkan kesehatan ibu hamil dan bayi sebagai upaya mengurangi resiko selama masa kehamilan, melahirkan dan nifas serta mewujudkan partisipasi masyarakat dalam menekan kematian ibu hamil dan bayi baru lahir. *Kampung Siaga* berbasis masyarakat yang ada di tingkat RW atau Rukun Warga di kelurahan dalam wilayah pemerintahan kota. *Desa Siaga/Kampung Siaga* merupakan gerakan partisipasi masyarakat dalam mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di lingkungan masyarakatnya, dengan melibatkan langsung masyarakat sebagai subjek dan objek yang diperankan dalam sistem membangun partisipasi publik.

Sebagai percontohan akan diceritakan kegiatan Warga Siaga dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui Klinik Sosial. Gerakan Desa Siaga dan Kampung Siaga di Cirebon selama ini berperan sebagai lembaga fasilitator dalam membangun gerakan partisipasi masyarakat untuk menekan AKI dan AKB.

Kota Cirebon dengan luas wilayah kurang lebih 3.753,8 hektar atau sekitar kurang lebih 37,35 kilometer persegi, memiliki fasilitas sarana kesehatan yang cukup memadai seperti RSUD Gunung Djati, RSUD Swasta Pelabuhan, RSUD Ciremai, RSUD Swasta Budi Luhur, 21 Puskesmas, 15 Puskesmas Pembantu, 2 Puskesmas PONE (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar). Selain itu juga terdapat 3 RS lagi, yaitu RS Pantj Abdh Dharma, Sumber Kasih dan Putra Bahagia serta RSB Muhammadiyah.

Terdapat juga kurang lebih 10 Rumah Bersalin (RB) yang tersebar di Kota Cirebon, dan juga memiliki tenaga bidan yang sudah mengikuti pelatihan APN serta membuka praktek bidan di rumah diluar jam kerja. Penanganan secara medis dalam menekan AKI/AKB di Kota Cirebon tidak menemukan kendala, karena hampir segala sarana dan fasilitas kesehatan cukup tersedia dan buka selama 24 jam sehari.

Untuk meningkatkan derajat hidup sehat dan sejahtera di masyarakat, faktor perilaku sangat dominan disamping faktor penyediaan sarana pelayanan atau pun faktor keturunan.

Ada 4 faktor yang mempengaruhi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yaitu :

1. Faktor keturunan 5 %
2. Faktor sarana/pelayanan 20 %
3. Faktor perilaku 35 %
4. Faktor lingkungan 40 %

Menyadari bahwa faktor perilaku dan lingkungan sangat dominan dalam mempengaruhi peningkatan derajat kesehatan, maka perlu adanya gerakan yang melibatkan masyarakat secara langsung, baik sebagai objek maupun subjek yang disejajarkan peran dan fungsinya dalam meningkatkan derajat hidup sehat dan sejahtera mereka. Maka melalui Gerakan Kampung Siaga, dicoba menawarkan pola partisipasi masyarakat yang tersusun berdasarkan hasil kesepakatan bersama.

Kampung Siaga merupakan bagian dari sistem Warga Siaga :

SIAP :

- Mencatat jumlah ibu hamil di lingkungan tempat tinggal.
- Menyiapkan tabungan untuk ibu hamil dan melahirkan.
- Menyiapkan calon donor darah.

ANTAR :

- Menyiapkan transportasi menuju tempat persalinan.

JAGA :

- Menganjurkan suami mendampingi istri pada masa kehamilan, persalinan dan 40 hari setelah persalinan.
- Menemani ibu hamil pada masa persalinan.
- Menganjurkan ibu memberikan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif pada bayi mereka.

Desa Siaga dan Kampung Siaga juga merupakan bagian dari program SUAMI SIAGA :

SIAP :

- Antisipasi tanda bahaya kehamilan seperti: pendarahan, keracunan kehamilan (tensi tinggi dan kejang) serta infeksi.
- Dampingi isteri ke bidan untuk periksa kehamilan minimum 4x trimester pertama, 1x trimester kedua dan 2 x trimester ketiga.
- Ingatkan isteri untuk beristirahat yang cukup, jangan bekerja dan mengangkat barang yang berat.
- Minta bantuan keluarga dan warga setempat bila suami berhalangan untuk mengantarkan ke sarana kesehatan.
- Segera rujukan jika terjadi komplikasi persalinan.
- Berikan perhatian khusus kepada isteri dan anjurkan untuk lebih sering memeriksakan kehamilan.

ANTAR :

- Siapkan setiap saat sistem transportasi dan kendaraan serta donor darah.

JAGA :

- Dampingi isteri pada saat menjelang, selama dan pasca persalinan.

Untuk menerjemahkan sistem Warga Siaga dan Suami Siaga, maka Desa Siaga dan Kampung Siaga menerapkan 4 sistem yang meliputi :

1. Sistem Informasi
2. Sistem Transportasi
3. Sistem Donor Darah
4. Sistem Dana
 - a. DASOLIN (Dana Sosial Bersalin)
 - b. TABULIN (Tabungan Ibu Bersalin)

Keempat sistem tersebut dikembangkan sebagai upaya merubah perilaku masyarakat dalam mengorganisir kegiatan partisipasi publik.

Secara struktur, Kampung Siaga berada di tingkat Rukun Warga atau RW dan dibentuk atas kesepakatan bersama antara pengurus Rukun Tetangga/RT, tokoh masyarakat, tokoh agama, badan dan pengurus RW. Di tingkat kelurahan Kampung Siaga dikoordinir oleh fasilitator dan di tingkat kecamatan masuk dalam sistem kepengurusan Warga Siaga tingkat kecamatan. Dari 247 Kampung Siaga yang terbentuk di 22 kelurahan yang ada di Kota Cirebon, hampir 70% kepengurusan Kampung Siaga banyak melibatkan kaum pria dan tokoh masyarakat. Untuk mendampingi para fasilitator dalam memberikan motivasi dan sosialisasi di tingkat kelurahan dibantu oleh Da'i atau Muballigh (penyampai) yang pernah mengikuti pelatihan advokasi isu AKI / AKB. Para Da'i dan Muballigh kini membentuk tim DA'I SIAGA.

Susunan pengurus Kampung Siaga di tingkat RW terdiri dari:

Penanggungjawab	:
Penasehat	:
Koordinator/Ketua	:
Sekretaris	:
Bendahara	:
Koordinator Sistem Informasi/Nolifikasi	:
Koordinator Sistem Donor Darah	:
Koordinator Sistem Dana	:
Koordinator Sistem Transportasi	:

Istilah Desa Siaga lebih populer di kabupaten Cirebon dan kabupaten Kuningan, karena gerakan Warga Siaganya diarahkan untuk pembentukan Desa Siaga yang ada di setiap desa. Desa Siaga berada di tingkat desa dan melibatkan Badan Desa, Tokoh Masyarakat, Fasilitator, Masyarakat dan Kader. Desa Siaga dibentuk atas hasil musyawarah masyarakat desa difasilitasi oleh Kepala Desa, Badan Desa dan Fasilitator yang sebelumnya pernah mengikuti pelatihan Fasilitator Desa Siaga.

Desa Siaga juga memiliki 4 sistem, yaitu:

1. Sistem Informasi
2. Sistem Donor Darah
3. Sistem Dasclin
4. Sistem Transportasi

Keempat sistem ini berjalan sesuai dengan kebutuhan masyarakat desa tersebut, dan merupakan hasil kesepakatan bersama antara masyarakat desa dengan fasilitator. Desa Siaga dibentuk dari hasil kesepakatan bersama untuk mencegah AKI/AKB di desa tersebut.

Struktur kepengurusan Desa Siaga biasanya seperti:

Penanggung jawab	:
Penasehat	:
Ketua	:
Sekretaris	:
Bendahara	:
Seksi Notifikasi/Pendataan	:
Seksi Donor Darah	:
Seksi Dana	:
Seksi Sarana Transportasi	:

Struktur tersebut bersifat sederhana tergantung kebutuhan dan kesepakatan bersama antara masyarakat bidan dan fasilitator desa.

Desa Siaga dan Kampung Siaga sangat fleksibel (tidak kaku), artinya dari tujuan semula sebagai upaya partisipasi masyarakat dalam menekan AKI/AKB, dalam perkembangannya ternyata juga mampu menunjukkan bentuk partisipasi masyarakat yang lainnya, seperti pencegahan demam berdarah dan jenis sosialisasi penyakit lainnya. Kampung Siaga terbukti efektif untuk memberikan bantuan gawat darurat, bukan hanya terbatas untuk menolong ibu hamil melahirkan dan bayi baru lahir, tapi juga pada persoalan lainnya.

Sebagai contoh pada hari Kamis, 19 Agustus 2004, salah satu saudara seorang sahabat dari kabupaten Kuningan mendapat kecelakaan lalu lintas dan harus di rawat di RS Ciremai Cirebon, karena di kabupaten Kuningan belum ada rumah sakit yang bisa menangani. Pada saat itu pasien memerlukan darah golongan AB (di populasi darah golongan AB sedikit sehingga sulit diperoleh. Namun karena sistem donor darah di Kampung SIAGA sudah bagus, maka dalam waktu 1 jam pasien tersebut dapat dibantu oleh tim dari Kampung SIAGA RW 01 Subur Asih Kelurahan Larangan Kota Cirebon. Padahal pada waktu yang bersamaan pera calo darah sudah menawarkan darah golongan AB harga hingga Rp. 300.000,00. Dan *alhamdulillah* dengan adanya sistem donor darah di Kampung SIAGA sahabat tadi mendapatkan darah yang diperlukan secara cuma-cuma, tanpa harus membayar sedikitpun. Dari 12 Kampung Siaga di Kelurahan Sukapura kota Cirebon, mampu dikumpulkan Dasolin dari masyarakat sebesar Rp 5.325.000,00 (lima juta tiga ratus dua puluh lima ribu rupiah). Uang tersebut digunakan untuk membantu ibu hamil yang tidak mampu.

Manfaat lain dari adanya Kampung Siaga ialah dapat membantu mempromosikan pelayanan Bidan, Puskesmas dan juga sebagai agen informasi bagi promosi kesehatan, terutama yang menyangkut kesehatan lingkungan dan masyarakat termasuk juga kesehatan reproduksi yang banyak melibatkan perempuan. Dengan keempat sistem yang dikembangkan

di Kampung Siaga ternyata sangat efektif sebagai media silaturahmi dan advokasi kesehatan kepada masyarakat, karena melalui Kampung Siaga peran masyarakat yang dalam hal ini pengurus Kampung Siaga dan fasilitator yang ada di setiap kelurahan, mampu menjadi narasumber, motivator dan subjek langsung yang mempromosikan tentang pentingnya hidup bersih dan sehat, dan masih banyak manfaat lainnya dari sistem Kampung Siaga. Yang pasti dengan adanya Kampung SIAGA masyarakat disadarkan tentang hak kesehatannya dan dilibatkan secara langsung dalam persoalan kesehatannya itu. Masyarakat didorong untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan mereka.

Untuk menjalin agar sistem Desa Siaga dan Kampung Siaga berjalan searah dan sepadam dengan dinas, instansi atau lembaga lainnya yang terkait dengan masalah kesehatan, terutama yang menyangkut kesehatan reproduksi dan yang lainnya, maka Desa Siaga dan Kampung Siaga juga menjalin kemitraan dengan lembaga lain, serta mengadvokasi agar lembaga lain juga memiliki peran dan misi yang sama dalam melayani masyarakat.

Kemitraan yang dilakukan diantaranya dengan:

1. UTDC Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Cirebon
 - Menjamin tersedianya darah
 - Memberikan pelayanan yang baik
 - Membentuk dan membina kelompok donor darah
 - Membuat jadwal pengambilan darah/donor darah
 - Mengunjungi calon pendonor darah
 - Melakukan pengambilan darah secara rutin
2. RSUD Gunung Djati (sebagai RSUD rujukan) serta Rumah Sakit lainnya diminta mampu:
 - Menerapkan 3 S (Sapa, Salam, Senyum)
 - Memberikan pelayanan yang baik
 - Menyampaikan mekanisme pelayanan yang jelas
 - Memperbaiki komunikasi di dalam RSUD/RS Swasta
3. Puskesmas/Bidan
 - Memberikan pelayanan persalinan
 - Menemani ibu hamil saat rujukan
 - Membina sistem Kampung Siaga kerjasama dengan fasilitator kelurahan serta sistem Desa Siaga
 - Memberikan data ibu hamil ke PMI melalui anak ranting
 - Memperbaharui data di papan Siaga
4. Pemerintah Kota/Kabupaten atau Dinas Kesehatan
 - Menjadikan program SIAGA sebagai program kesehatan pemerintah kota dan pemerintah kabupaten

- Memasukkan program SIAGA dalam anggaran APBD
- Mengeluarkan kebijakan yang melindungi ibu hamil dan bayi

5. Warga atau Masyarakat

- Membentuk, membangun, memelihara dan menjalankan sistem SIAGA

Sistem kemitraan ini dibangun atas kesadaran bersama dari semua lintas sektoral. Kendati dalam pelaksanaannya masih perlu waktu untuk terjadinya proses penyadaran peran, namun hampir 80% sistem kemitraan ini berjalan. Sejak Juli hingga akhir Agustus 2004 khusus di hampir 80% sistem kemitraan ini berjalan. Sejak Juli hingga akhir Agustus 2004 khusus di kota Cirebon sistem Kampung Siaga yang merupakan bagian dari program Warga Siaga berintegrasi dengan Gerakan Sayang Ibu (GSI) Pada lokakarya GSI tingkat kota Cirebon, diperoleh kesepakatan bersama dimana program GSI melibatkan langsung Warga Siaga, umpamanya untuk Satgas GSI tingkat kecamatan ketua Warga Siaga tingkat kecamatan ditunjuk menjadi sekretaris, dan fasilitator Warga Siaga disetiap kelurahan dipercayai menjadi ketua Satgas GSI Kelurahan. Sementara itu sistem Kampung SIAGA menjadi prioritas program dalam Gerakan Sayang Ibu (GSI) disetiap kelurahan.

Kebijakan yang tertuang dalam Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No.564/2006 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga mengamanatkan agar pada akhir tahun 2008 seluruh desa di Indonesia telah menjadi Desa Siaga. Surat Keputusan tersebut kemudian disusul dengan KEPMENKES RI No. 50/MENKES/SK/VIII/2006 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Jadi Desa Siaga yang sekarang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan, embrionya berasal dari Kota Cirebon, kabupaten Kuningan dan kabupaten Cirebon Jawa Barat. Desa Siaga yang semula mengambil kematian ibu hamil, bersalin, nifas dan kematian bayi baru lahir sebagai isu sentralnya, maka sekarang isu sentral tersebut telah meliputi hampir semua aspek kesehatan yang ada di lingkungan dan masyarakat. Satu bukti bahwa gerakan partisipasi masyarakat mampu mengadvokasi kebijakan publik sehingga yang awalnya hanya berkembang di satu propinsi, yaitu Jawa Barat, sekarang sudah berkembang di 31 propinsi yang ada di Indonesia.

Jumlah dan Penyebab Kematian Ibu Hamil di Kota Cirebon

No.	Penyebab	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Pendarahan	7	3	3	2	3	1	2	1
2	Infeksi	2	3	5	0	1	1	0	0
3	Eklamsi	0	3	2	0	2	2	2	1
4	Lain-lain	1	4	4	5	5	7	3	0
5	Jumlah	10	13	14	7	11	11	7	2

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Cirebon

Jumlah Kematian Ibu Per Kecamatan di Kota Cirebon

No.	Kecamatan	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Kejaksan	1	3	1	1	3	1	0	0
2	Kesambi	2	0	3	0	1	2	0	0
3	Pekalipan	0	3	0	2	0	0	0	1
4	LWungluk	4	3	5	2	1	3	1	0
5	Harmukti	3	4	6	2	6	5	6	1
	Jumlah	10	13	14	7	11	11	7	2

Sumber Dinas Kesehatan kota Cirebon

Jumlah Kematian bayi Per Kecamatan di Kota Cirebon

No.	Kecamatan	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Kejaksan	14	12	0	7	6	9	8	10
2	Kesambi	5	11	11	13	13	15	6	8
3	Pekalipan	8	6	2	5	5	5	6	5
4	LWungluk	13	17	8	17	14	15	11	25
5	Harmukti	15	12	15	18	20	35	44	37
	Jumlah	55	57	36	60	56	79	75	85

Sumber Dinas Kesehatan kota Cirebon

2. Warga Peduli AIDS Kota Bandung

Kelompok ini terbentuk dari rasa keprihatinan beberapa orang aktifis masyarakat yang biasa disebut kader kesehatan di beberapa kelurahan yang ada di kota Bandung. Seperti diceritakan oleh Ibu Nani, ia terpaksa harus berpindah dari satu tempat tinggal ke tempat tinggal yang lain sebanyak empat kali, hingga akhirnya tinggal di Kiara Condong. Berpindahnya Bu Nani dari satu tempat ke tempat lainnya karena ingin menghindari stigma (masyarakat terhadap anaknya yang bernama Diana (bukan nama sebenarnya) yang positif HIV. Ibu Nani baru mengetahui kalau sebenarnya Diana telah memakai napza suntik sejak di SMU. Ia mengetahui masalah yang dihadapi Diana tiga tahun kemudian setelah kondisi fisik anaknya menurun drastis. Dari pengalaman pribadi tersebut maka Bu Nani awalnya setiap 3 bulan melakukan kumpul-kumpul dengan warga yang dimulai dari lingkungan beliau. Bu Nani ingin agar pengalaman dirinya bisa diketahui masyarakat sehingga masyarakat mampu membentengi diri agar keluarga mereka, jangan sampai ada yang terinfeksi HIV.

Upaya Bu Nani dalam membangun komitmen lingkungannya, patutlah dihargai karena hampir selama 3 tahun melakukan kegiatan tersebut, beliau bekerja sukarela tanpa gaji dan honor dari siapapun, Bu Nani bekerja hanya semata-mata mencari ridho (restu) dari Allah SWT. Satu lagi, yang bisa dikembangkan demi kemaslahatan masyarakat sendiri. Bu Nani juga memelopori *mobile VCT* mengunjungi warga masyarakat di sekitar tempat tinggalnya, termasuk juga para tukang ojek yang biasa mangkal di sana. Yang menarik dari cerita Bu Nani bahwa di lingkungan tempat tinggalnya masyarakat kalau menyebut AIDS dengan istilah A.I.D.E dan istilah tersebut ternyata lebih akrab dan mudah dipahami oleh masyarakat.

Pengalaman serupa terlontar juga dari Bu Cece yang berdomisili di Kebon Gedang. Bu Cece merasa prihatin dan khawatir terhadap kelompok remaja yang berperilaku tidak sesuai dengan norma yang ada. Beberapa waktu kemudian Bu Cece mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh HR (Harm Reduction) PKBI Bandung. Setelah mengikuti pelatihan, Bu Cece mengetahui sedikit tentang HIV dan AIDS. Maka dengan bakal yang sedikit itu, Bu Cece secara pribadi melakukan sosialisasi di lingkungannya tentang HIV dan AIDS. Ketertarikan dan kepedulian Bu Cece terhadap lingkungan tempat tinggalnya bermula ketika ada salah seorang warga yang sakit berkepanjangan. Melalui pendekatan dengan sedikit pengetahuan yang dimiliki Bu Cece tentang HIV dan AIDS, maka warga yang sakit tersebut dibujuk dan diajak untuk menjalani pemeriksaan darah. Ternyata hasil pemeriksaan warga tersebut positif HIV dan sayangnya tidak lama setelah menerima hasil tes, warga tersebut meninggal dunia, kemudian isterinya juga meninggal dunia saat melahirkan.

Lain lagi pengalaman Bu Nova, yang sejak awal merasa risih dengan predikat lingkungan tempat tinggalnya yang terkenal dengan minuman keras. Lingkungan tempat tinggalnya sangat terganggu oleh masyarakat yang suka minum minuman keras tersebut dengan segala akibatnya, sehingga situasi ini mendorong Bu Nova untuk mengikuti pelatihan HIV dan AIDS bersama HR PKBI Bandung. Sejak itu Bu Nova secara sukarela membagi-bagikan foto kopi materi HIV dan AIDS kepada setiap orang yang meminta. Bahkan untuk menggandakan materi tersebut Bu Nova rela menggunakan uang pribadi yang seharusnya dapat digunakan untuk keperluan dapur rumah tangganya.

Bu Yanto, seorang guru di salah satu SMU di Margahayu, mempunyai pengalaman yang sedikit berbeda, dimana ia diajak untuk aktif oleh kader dari Kelurahan Banjaran. Bu Yanto sangat tertarik untuk mengetahui seluk beluk HIV dan AIDS dan ingin mensosialisasikan apa yang diketahuinya di tempat beliau bertugas sebagai pendidik. Semakin jelas bahwa masyarakat mempunyai potensi yang sangat besar untuk ikut serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan masing-masing seperti yang telah diperlihatkan oleh ke 4 Srikandi diatas, Bu Nani, Bu Cece, Bu Nova dan Bu Yanto.

Berbagai pengalaman tersebut (baik pengalaman secara individu maupun kelompok) akhirnya dapat memstimulasi atau merangsang mereka membuat sebuah wadah dan terbentuklah "WARGA PEDULI AIDS" yang di singkat dengan WPA. WPA merupakan wadah masyarakat yang mempunyai motivasi dan komitmen terhadap kondisi kesehatan

masyarakat secara umum dengan isu HIV dan AIDS di wilayah tempat tinggalnya masing-masing. Motivasi dan komitmen yang kuat dari kelompok masyarakat tersebut yang akhirnya mendorong mereka terus memacu dan mengajak masyarakat di sekitar untuk terus bersama-sama melakukan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan tempat tinggal masing-masing.

Sebagai sebuah gerakan partisipasi masyarakat, WPA Bandung yang sudah terbentuk sejak tahun 2005 dan diresmikan oleh Walikota Bandung pada bulan Januari 2007, secara keorganisasian WPA belum menjadi wadah yang formal. Kondisi tersebut membuat WPA melakukan kegiatan dengan tanpa perencanaan yang sistematis, seperti koordinasi dengan Puskesmas yang belum dilakukan secara intens. Sehingga wajar jika kemudian ada Puskesmas yang kurang merespon kegiatan WPA. Akibatnya kegiatan mereka belum mempunyai pengaruh yang cukup kuat di masyarakat maupun di jajaran birokrasi serta layanan kesehatan. Pelatihan yang kemudian diadakan tidak dilanjutkan dengan kegiatan yang istimewanya dan terorganisir. Padahal jika melihat potensi dan komitmen para Srikandi tersebut diatas, diyakini WPA Bandung akan mampu menjadi lokomotif perubahan kebijakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

Meskipun masih berupa wadah yang belum sistematis dan terorganisir dengan rapi, kegiatan sosialisasi HIV dan AIDS pada kader PKK, tukang ojek, Majelis Ta'lim, pertemuan RW, terus dilakukan WPA Bandung dengan segala keterbatasannya. Dana untuk kepentingan pertemuan terkumpul melalui swadaya masyarakat. Selain sosialisasi, WPA Bandung juga mengidentifikasi masyarakat yang ditengarai mengidap HIV dan AIDS, membawa mereka untuk mengikuti tes HIV seperti yang dilakukan oleh Bu Cece dan rekan-rekannya serta melakukan pendampingan pada mereka dengan biaya yang berasal dari swadaya masyarakat.

Kepedulian masyarakat dalam membangun komunitas Warga Peduli AIDS juga dilakukan oleh Asnawati dan Supriatna, kader muda dari Puskesmas Kecamatan Tambora, Jakarta Barat. Mereka sudah melakukan upaya penguatan di masyarakat dengan kegiatan sosialisasi respon tanpa suntik dan HIV dan AIDS. Kegiatan yang dilakukan berkaitan dengan masalah *Harm Reduction* (pengurangan dampak buruk penggunaan jarum dan alat suntik tidak steril) di lingkungan remaja dan masyarakat. Dapat dipahami bahwa pada awalnya kegiatan tersebut banyak mendapat hambatan dari masyarakat, terutama dari institusi RT dan RW. Namun berkat kegigihan dan kesabaran serta komitmen yang tinggi, Asnawati dan Supriatna, kegiatan tersebut hingga kini masih terus dilakukan. Walaupun berasal dari birokrasi, keduanya tidak canggung untuk ikut menggerakkan masyarakat menghadapi masalah mereka sendiri.

Sementara pengalaman menarik dalam membangun komunitas sistem rujukan pelayanan bagi ODHA juga dilakukan oleh Denovan dari Yayasan Harapan Sejahta Kabupaten Tangerang. Yayasan ini awalnya tidak pernah ada dan dimulai dari pengalaman pribadi Denovan membangun rumah atau Rumah Singgah bagi ODHA. Awal dari gerakan tersebut bermula dari Denovan yang mengetahui status dirinya sudah terinfeksi HIV dari kebiasaannya mengonsumsi napza. Setelah mengetahui status dirinya positif HIV sejak 2000, maka sejak saat itu Denovan mulai melakukan upaya penguatan diri sendiri dengan cara menghentikan kebiasaan mengonsumsi narkoba, upaya tersebut mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan dimana ia tinggal.

Kemudian setelah melakukan upaya penguatan diri, Denovan selanjutnya mengajak teman dan sahabat yang masih mengonsumsi narkoba untuk bersama-sama melakukan upaya kongkrit untuk melakukan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dengan cara membuat Rumah Singgah bagi ODHA pada tahun 2005 di daerah Pamulang-Ciputat Tangerang. Rumah yang di pakai untuk kegiatan tersebut awalnya rumah yang sudah tidak terawat milik salah seorang sahabatnya. Kemudian dengan bersama-sama masyarakat dan pengurus RT, dengan alasan memberantas sarang nyamuk demam berdarah dan flu burung, maka dengan kerja bakti bersama para ODHA lainnya membersihkan rumah tersebut. Setelah Rumah Singgah ODHA itu sering digunakan untuk pertemuan dan diskusi, maka kemudian pihak Puskesmas merasa prihatin dan membantu memberikan beberapa fasilitas untuk kelengkapan di rumah tersebut (seperti tikar sebagai alas lantai). Hingga kini kegiatan yang semula dilakukan hanya oleh Denovan seorang diri, sekarang sudah menjadi kegiatan bersama dengan jumlah anggota 630 orang, dan sekarang gerakan tersebut menjadi yayasan. Komitmen diri merupakan kunci sukses untuk membangun komitmen dan mampu membangun sistem di masyarakat.

"Keberhasilan Warga Slaga kota Cirebon, Warga Peduli AIDS di beberapa kelurahan di kota Bandung, Kader Muda Puskesmas dan Denovan dengan Yayasan Harapan Sejahtanya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya patut menjadi teladan. Mereka menggagas, melakukannya bagi kepentingan masyarakatnya, tidak hanya sekedar bicara tetapi berbuat dengan segala kemampuan yang ada dan mereka berhasil. Mereka berhasil membangun Gerakan Partisipasi Masyarakat yang memang harus diawali dari diri sendiri".



Proses Dan Langkah Pembentukan Warga Peduli Aids (WPA)

1. Rekrutmen Fasilitator Desa/Kelurahan

Dalam membentuk Warga Peduli AIDS (WPA), diperlukan fasilitator Desa/Kelurahan, yaitu seorang penggerak yang akan berfungsi untuk mengoordinasikan semua aktifitas yang ada di desa dan kelurahan. Jika terjadi suatu masalah, fasilitator yang menjadi penghubung antara masyarakat dengan pelayanan kesehatan, rumah sakit, instansi kesehatan, wartawan dan lembaga terkait lainnya. Secara formal fasilitator berfungsi sebagai "penggalang solidaritas" di masyarakat masing-masing. Namun pada saat yang sama fasilitator juga berperan mendorong masyarakat untuk berani melakukan advokasi terhadap berbagai kebijakan publik apabila kebijakan tersebut tidak berpihak kepada masyarakat. Peran fasilitator sangat berpengaruh terhadap proses perjalanan program yang akan dilakukan di masyarakat, sehingga wajar jika kemudian akan ada pelatihan untuk mempersiapkan fasilitator. Oleh sebab tugasnya yang cukup berat, maka calon fasilitator harus dipilih dengan teliti dan memenuhi syarat-syarat tertentu.

Adapun langkah pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA) diawali dengan merekrut fasilitator, dengan persyaratan sebagai berikut :

1. Warga desa/kelurahan setempat
2. Memiliki komitmen kuat dan kemauan untuk bekerja bersama masyarakat desa/kelurahan
3. Bukan orang yang sering terlibat dengan program-program desa/kelurahan sebelumnya (orang baru)
4. Tidak harus yang berpendidikan tinggi
5. Tidak harus tokoh masyarakat
6. Perempuan atau laki-laki (perlu ada keseimbangan jumlah jenis kelamin dalam setiap kelas).
7. Generasi muda
8. Mengikutsertakan pula aktivis dari lembaga independen misalnya: tokoh agama, wartawan, penyiar radio, pengacara, dan lain-lain

2. Pelatihan IMP (Identifikasi Masyarakat Partisipatif) bagi Fasilitator Desa atau Kelurahan

Pelatihan Identifikasi Masyarakat Partisipatif (IMP) adalah pelatihan yang bertujuan untuk membentuk calon fasilitator menjadi seorang penggerak atau pengorganisir masyarakat desanya. Pelatihan ini dirancang khusus dengan menggunakan modul pelatihan dan diterapkan dengan fleksibel, disesuaikan dengan situasi, kondisi dan latar belakang peserta.

- a. **Metode:** menggunakan metode pendidikan orang dewasa (*adult education*) yang sangat partisipatif. Pelatih atau fasilitator pelatihan tidak akan mengajari peserta, hanya menggali pengalaman peserta. Selain itu pelatihan ini juga tidak menggunakan metode ceramah namun lebih banyak menggunakan metode diskusi, menggambar, dan bermain peran.
- b. **Materi:** materi yang diberikan bervariasi tergantung kondisi peserta, tetapi pada dasarnya yang diberikan adalah:
 - Menggali pemahaman peserta mengenai sistem kegotongroyongan
 - Menggali nilai-nilai korelasi untuk sesama terutama kepada tetangga terdekat
 - Menggali kembali cerita tentang kasus-kasus napza suntik, HIV dan AIDS serta dampak sosialnya bagi masyarakat
 - Menggali kembali sistem atau mekanisme yang ada di masyarakat ketika terjadi kematian ODHA
 - Menggali kembali peran komponen masyarakat: pemerintah, puskesmas, bidan, bupati, camat, kepala desa, pimpinan agama, perempuan, dan sebagainya
 - Mendiskusikan bersama bagaimana pemecahan masalah dilakukan bersama masyarakat
 - Menyusun konsep kegotongroyongan melalui pembentukan sistem SIAGA AIDS
 - Mendiskusikan tata cara dalam melibatkan semua pimpinan dan komponen masyarakat
 - Mendiskusikan sumber daya dan sumber dana yang ada di masyarakat
 - Membuat rencana kerja untuk membentuk sistem SIAGA AIDS
- c. Pelatih/fasilitator adalah figur yang memiliki kemampuan bekerja dengan masyarakat dan pernah mengikuti pelatihan IMP.

3. Pembentukan Forum Fasilitator

Setelah Fasilitator Desa/Kelurahan dilatih dan menerapkan ilmunya di masyarakat, maka sebagai pengelola program masyarakat, ada baiknya mereka yang tinggal dalam satu kabupaten/kota beriansi untuk membentuk wadah berupa forum fasilitator. Banyak keuntungan yang bisa didapat pada forum semacam ini.

Pertama, komunikasi antar fasilitator dapat terjalin. Dalam komunikasi ini semua permasalahan dalam menjalankan program dapat dipecahkan bersama, dan sumber daya dan sumber dana yang ada dapat dibagi dan dimanfaatkan bersama. Dengan adanya Forum semacam ini, informasi mengenai fasilitas dan tata cara pengurusan suatu bantuan khusus, misalnya Gakin, JPSBK, dan bantuan lainnya dapat dilakukan secara kolektif.

Kedua, dengan bergabung dalam forum, mereka mempunyai kekuatan jika harus mengadvokasi permasalahan atau pemecahan masalah ke tingkat yang lebih tinggi. Kerjasama semacam ini tidak hanya terbatas dalam satu kabupaten atau kota tetapi juga dapat dikembangkan antar kabupaten. Diharapkan dengan forum ini kepercayaan diri fasilitator menjadi lebih tinggi. Ini modal penting bagi mereka untuk menjalankan tugasnya. Pembentukan forum ini tidak memerlukan biaya karena dapat dilakukan sejalan dengan pertemuan lain.

4. Pertemuan Fasilitator Tingkat Kabupaten / Kota

a. Tujuan:

- Advokasi untuk menggalang kesepakatan dengan pemangku program sehingga menghasilkan suatu kebijakan atau membuat rancangan kebijakan
- Mendiskusikan isu kesehatan dan kebijakan yang terbaru
- Menyampaikan isu yang terjadi di masyarakat kepada pengambil kebijakan

b. Peserta :

- Fasilitator
- Bidan
- Dinas Kesehatan
- UTD PMI
- Puskesmas
- Rumah Sakit
- Pemda
- Aparat Pemerintahan
- Ormas
- Dan lain-lain (tergantung isu yang diangkat)

5. Pertemuan Warga Peduli AIDS di Masyarakat

a. Tujuan :

- Sebagai media untuk menyebarluaskan informasi tentang Napza Sunik, IMS, HIV dan AIDS
- Membangun kesadaran masyarakat untuk bergotong royong membantu masyarakat yang sedang mengalami kesulitan

- Memberikan pengertian bahwa membantu sesama bukan hanya dalam wujud uang, tetapi bisa apa saja yang bisa disumbangkan (waktu, tenaga, ilmu dan sebagainya)

b. Pemandu : Fasilitator desa/kelurahan yang telah mengikuti pelatihan IMP

c. Peserta : Warga masyarakat dan ODHA

d. Waktu : Digabung dengan pertemuan-pertemuan warga yang lain misalnya : pertemuan kader, pengajian, dan lain-lain

e. Agenda :

- Sosialisasi sistem SIAGAAIDS
- Pembentukan pengurus Warga Peduli AIDS di tingkat RW/dusun/blok
- Penyampaian dan mendiskusikan isu kesehatan terkini
- Mencari dukungan masyarakat
- Membuat rencana kerja bersama

f. Tempat : Rumah warga, balai pertemuan kampung, balai desa dan lainnya

g. Biaya : Berdasarkan kemampuan masyarakat karena makanan kecil dapat disediakan secara gotong royong oleh masyarakat

6. Pertemuan Forum Fasilitator Desa/Kelurahan

a. Peserta :

- Fasilitator
- Warga Peduli AIDS tingkat RW/dusun/blok
- Kader
- Narasumber: PMI, Puskesmas, ODHA, Tokoh Masyarakat/Tokoh Agama/Tokoh Adat

b. Waktu : Dapat digabung dengan pertemuan masyarakat

c. Agenda :

- Evaluasi perkembangan sistem SIAGAAIDS di setiap RW/dusun/ blok
- Sosialisasi isu kesehatan
- Pemecahan masalah

d. Tempat : Rumah warga, balai pertemuan kampung, balai desa dan lainnya

e. Biaya : Berdasarkan kemampuan masyarakat, karena makanan kecil disediakan secara gotong royong oleh mereka

7. Membangun Jaringan

a. Tujuan :

- Mendapatkan dukungan politis
- Mengembangkan opini publik untuk mendapatkan dukungan masyarakat

b. Lembaga kerjasama :

- Wartawan
- Penyiar radio
- Mahasiswa
- Tokoh agama
- Tokoh Ormas
- Legislatif
- Lembaga lainnya yang memiliki peran penting dalam mencapai tujuan advokasi

c. Bentuk kegiatan :

- Lokakarya
- Bazar sebagai perayaan hari AIDS, hari kemerdekaan dan lainnya
- Jalan Santai/Gerak jalan
- Siaran radio
- Pameran foto

8. Peningkatan Kapasitas Fasilitator

Pelatihan Advokasi

a. Tujuan :

- Meningkatkan pengetahuan fasilitator mengenai advokasi
- Menyusun strategi advokasi

b. Hasil : terbentuk tim advokasi dan penentuan peran dari setiap anggota tim (seperti tim penyusun legal draft, yang bekerja di masyarakat, yang mengampunyskan lewat media, tim pelobi mungkin juga kebutuhan lainnya)

c. Peserta berjumlah sekitar 40 orang terdiri dari :

- Fasilitator Desa/Kelurahan
- Bidan
- Wartawan
- Mahasiswa
- Ormas
- Dan lain-lainnya yang dianggap penting

d. **Lokasi** : Aula Dinas, gedung pertemuan, balai diklat dan lain-lain

9. Pelatihan Media/Theater Lapangan

a. **Tujuan** :

- Membangun kesadaran peserta tentang bahaya napza suntik, IMS, HIV dan AIDS
- Meningkatkan keterampilan peserta untuk menyampaikan pesan HIV dan AIDS kepada masyarakat

b. **Peserta** berjumlah 50 orang terdiri dari :

- Fasilitator desa/kelurahan
- Tokoh masyarakat
- Bidan

c. **Fasilitator** : Pemain Theater/Aktifis LSM

d. **Tempat** : sebaiknya di lapangan terbuka atau di halaman gedung

10. Pelatihan Manajemen Kelompok Donor Darah

a. **Tujuan** :

- Meningkatkan keterampilan pengurus kelompok donor darah untuk mengelola kelompok pendonor
- Memahami fungsi pengurus kelompok donor darah yaitu sebagai penghubung antara PMI dengan masyarakat

b. **Peserta** berjumlah 100 orang :

- Pengurus Kelompok donor darah desa/kelurahan
- Kepala Puskesmas dan Bidan

c. **Fasilitator** : PMI

d. **Materi** :

- Fungsi dan manfaat donor darah
- Manajemen dan prosedur donor darah
- Pencatatan dan pelaporan donor darah
- Rencana tindak lanjut kegiatan kelompok donor darah

e. **Tempat** :

- Gedung PMI / Pemda

Salah satu keberhasilan Warga Peduli AIDS adalah apabila mampu mencetak para fasilitator desa atau kelurahan yang memiliki dedikasi dan rasa tanggung jawab yang tercipta dari hasil proses pelatihan IMP. Hal ini menjadi benar karena fasilitator adalah ujung tombak dalam gerakan partisipasi masyarakat Warga Peduli AIDS yang ada di lingkungan masyarakat, untuk itu proses yang harus terus dilakukan adalah bagaimana agar fasilitator tersebut mampu memberdayakan diri (baik untuk dirinya sendiri maupun orang lain) sehingga apa pun kondisinya fasilitator akan mampu menjalankan peran dan fungsinya di masyarakat.

Untuk mendapatkan sosok fasilitator tersebut, tentunya melalui proses berbagai pelatihan yang terus diupayakan oleh pemangku kebijakan yang ada di Kabupaten maupun Kota. Fasilitator yang muncul dari kelompok masyarakat tidak lepas dari karakter dan kultur daerah atau lingkungan dimana dia tinggal. Oleh sebab itu pada saat proses rekrutmen, pengambil kebijakan harus benar-benar jeli dan teliti ketika akan mengajak orang untuk mengikuti pelatihan IMP, agar fasilitator yang dihasilkan sesuai dengan harapan. Sebagai panduan publik ada beberapa karakter masyarakat yang memiliki kecenderungan dalam proses pelatihan, yaitu :

- Orang yang suka mengikuti pelatihan tetapi tidak mampu menerapkan hasil pelatihan.
- Orang yang selalu ingin dilibatkan dalam pelatihan tetapi tidak memiliki kemampuan dan ketrampilan yang diharapkan.
- Orang yang hobi dan selalu ingin dilibatkan dalam pelatihan tetapi tidak pernah melakukan kegiatan di lapangan.

Warga peduli AIDS merupakan sebuah iktiar (usaha) dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di masyarakat, dan suatu gerakan partisipasi masyarakat, sehingga target pencapaian tidak bisa diukur dengan waktu yang cepat, apalagi ditarget dengan menggunakan sistem program yang biasa dilakukan. Warga Peduli AIDS adalah murni gerakan partisipasi masyarakat yang muncul dari masyarakat, sehingga azas manfaat dan kesinambungan Warga Peduli AIDS) tergantung dari proses yang terjadi di masyarakat, apakah masyarakat merasakan ada manfaatnya atau justru sebaliknya. Ini yang

membedakan gerakan partisipasi dengan program atau proyek yang biasa dilakukan pemerintah dan LSM dalam sebuah kegiatan.

Gerakan partisipasi masyarakat, perkembangan dan hasil yang dicapai akan lama dan memerlukan proses berkesinambungan, kolosal (melibatkan banyak pihak) dan terus menerus secara sistem, sehingga pencapaian keberhasilan tergantung dari azas manfaat yang dialami oleh masyarakat dan fasilitator sebagai penggerakannya. Untuk memahami Warga Peduli AIDS, siapapun harus melihat dari sisi gerakan dan partisipasi yang muncul di masyarakat, bukan diukur dari capaian target dan program kegiatan. Sebab tidak mudah untuk merubah perilaku masyarakat apalagi menyangkut masalah epidemi penyakit tertentu. Agar Warga Peduli AIDS berhasil, kata kuncinya adalah **kerja keras dan terus kerja**: menggerakkan masyarakat untuk melakukan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

Lampiran I: URAIAN TUGAS WARGA PEDULI AIDS

A. Warga Peduli AIDS (WPA) di Desa/Kelurahan

1. Koordinator

- a. Mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan.
- b. Bertanggungjawab terhadap keberhasilan pelaksanaan kegiatan Warga Peduli Aids di Desa/Kelurahan.
- c. Mengupayakan dana dari berbagai sumber.
- d. Melaksanakan pemantauan kegiatan.
- e. Melaksanakan evaluasi kegiatan pelaksanaan.
- f. Menyediakan dana berdasarkan musyawarah.
- g. Mendata potensi resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- h. Melakukan penyuluhan dan penggerakkan sasaran untuk dilayani.
- i. Melakukan pencatatan dan pelaporan potensi sub-populasi berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA.

2. Sekretaris Koordinator

- a. Melakukan pengadministrasian kegiatan Warga Peduli AIDS (WPA).
- b. Membuat peta sasaran Warga Peduli AIDS (WPA).

3. Bendahara Koordinator

- a. Melakukan pengadministrasian pemasukan dan pengeluaran uang.
- b. Menerima dan mengeluarkan uang sesuai dengan perintah ketua.

B. Komponen Warga Peduli AIDS (WPA)

1. Aparat Desa/Kelurahan

- a. Membantu pengadaan sarana dan dana untuk kelancaran kegiatan Warga Peduli AIDS.
- b. Memberikan penyuluhan tentang pelaksanaan kegiatan Warga Peduli AIDS.
- c. Memonitor/memantau secara rutin pelaksanaan kegiatan.
- d. Memotivasi agar mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA mau bersosialisasi dengan masyarakat.

2. Pokja PKK

- a. Memberikan penyuluhan tentang kesehatan masyarakat.
- b. Membina kader Warga Peduli AIDS.
- c. Mengadakan koordinasi dengan PKK ditingkat RW dan RT dalam penanganan layanan rujukan mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- d. Memotivasi agar mereka yang berperilaku resiko tinggi dan ODHA selalu memeriksakan kesehatan mereka secara berkala.

3. Tokoh Agama

- a. Memberikan penyuluhan tentang pentingnya kesehatan dalam ceramah agama baik di Masjid dan sarana peribadatan lainnya maupun Majelis Ta'lim, sebab dengan badan yang sehat maka ibadah pun akan sempurna.
- b. Memotivasi agar mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA mau bermasyarakat dan sebaliknya kepada masyarakat dihimbau agar mereka tidak didiskriminasi tetapi diperlakukan sebagai saudara dan hanya orang-orang yang bertaqwalah yang akan masuk surga.
- c. Membantu kelancaran pelaksanaan Warga Peduli AIDS. Mendorong masyarakat untuk rela menyisihkan rizki/penghasilan untuk keperluan kegiatan Warga Peduli AIDS.
- d. Membantu dalam pencarian dana.

4. Bidan

- a. Membina remaja dalam masalah kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual.
- b. Memeriksa ibu hamil, ibu bersalin secara berkala.
- c. Melakukan koordinasi dengan Warga Peduli AIDS bila menemukan indikasi adanya ibu hamil resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- d. Melakukan koordinasi layanan rujukan bila menemukan indikasi adanya ibu hamil resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- e. Bersama-sama dengan Warga Peduli AIDS, PKK, RW dan RT untuk selalu koordinasi dalam setiap tahapan kegiatan Warga Peduli AIDS.

5. Tokoh Masyarakat

- a. Memberikan motivasi kepada mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA agar selalu rajin memeriksakan diri dan mendorong masyarakat agar selalu menghargai setiap upaya yang dilakukan mereka.
- b. Menginventarisasi dan memotivasi setiap kegiatan Warga Peduli AIDS.
- c. Melaksanakan pemantauan kegiatan Warga Peduli AIDS.

6. Tokoh Adat dan Kepala Suku

- a. Memberikan motivasi kepada mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan

ODHA agar selalu rajin memeriksakan kesehatan serta mendorong masyarakat untuk saling menghargai dan menghormati.

- b. Memotivasi semua potensi adat dan suku untuk mendorong agar tercipta suasana yang nyaman dan tenteram.
- c. Membangun jaringan budaya dan adat sebagai bagian dari layanan publik kesehatan.

7. RW dan RT

- a. Melakukan koordinasi kegiatan Warga Peduli AIDS dan memberikan respon serta motivasi publik kepada warga masyarakat di lingkungan RT maupun RW.
- b. Memotivasi agar mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA selalu memeriksakan kesehatan dan berobat.
- c. Memberikan dorongan kepada mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA untuk diperiksa secara rutin.
- d. Mengupayakan calon donor darah untuk setiap ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas
- e. Mendata warga yang memiliki sarana dan fasilitas yang bisa menunjang kegiatan Warga Peduli AIDS.
- f. Mengupayakan dana untuk pelaksanaan Warga Peduli AIDS (WPA).
- g. Mengadakan pertemuan secara rutin dengan para pelaksana Warga Peduli AIDS.

8. Kader Warga Peduli AIDS

- a. Membantu RT dalam pendataan sasaran.
- b. Memberikan penyuluhan dan bimbingan kepada sasaran dan keluarga. Menghadiri pertemuan koordinasi Warga Peduli AIDS.
- c. Berperan aktif dalam setiap kegiatan Warga Peduli AIDS.
- d. Memotivasi mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA untuk terus bersemangat dalam menjalankan kehidupan agar terus bisa berprestasi.

9. Karang Taruna

- a. Membantu Warga Peduli AIDS di RW dan RT dalam pendataan potensi sasaran.
- b. Membantu menyajikan data bila diperlukan.
- c. Membantu dalam mencari dan memelopori kebersamaan dan kesetaraan hak masyarakat.
- d. Memotivasi mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA selalu memeriksakan kesehatan mereka.

10. Remaja Masjid dan Ustadz

- a. Memberikan dorongan spiritual bagi mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- b. Mengadakan pertemuan pengajian warga untuk menginformasikan pentingnya kesehatan reproduksi, bahaya napza dan pengaruh lain HIV dan AIDS.

- c. Membantu RT menyiapkan informasi melalui fasilitas masjid dan sarana peribadatan lainnya bila diperlukan.
- d. Memotivasi agar resiko tinggi (risti) dan ODHA periksa secara rutin.

11. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)

- a. Mengakses data potensi mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA dari Warga Peduli AIDS.
- b. Mengolah data tersebut diatas.
- c. Menyiapkan tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dalam masalah HIV dan AIDS.
- d. Menyiapkan sarana rujukan pelayanan dasar kesehatan untuk mereka yang berperilaku resiko tinggi (risti) dan ODHA.
- e. Memastikan bahwa sistim rujukan ke rumah sakit bagi mereka yang berperilaku risiko tinggi dan ODHA berfungsi.
- f. Koordinasi dengan Unit Transfusi darah (UTD) PMI dalam pemeriksaan darah.
- g. Melakukan Monitoring dan Evaluasi kegiatan Warga Peduli AIDS.

12. Unit Transfusi Darah (UTD) PMI

- a. Mendata potensi calon pendonor darah di tingkat Rukun Warga (RW).
- b. Melakukan kegiatan donor darah di tingkat Rukun Warga (RW).
- c. Melakukan koordinasi dengan Puskesmas dan Warga Peduli AIDS tentang hasil pemeriksaan darah.

Lampiran II: JADWAL PELATIHAN IMP BAGI FASILITATOR WPA

Hari Pertama : waktu 8 jam

- Pembukaan
- Coffee Break
- Sesi 1 : Harapan dan Tujuan Pelatihan
- Sesi 2 : Potret Kesehatan Masyarakat di kota atau kabupaten
(Persoalan napza suntik, IMS, HIV dan AIDS)
- Istirahat dan makan siang
- Sesi 3 : Mulai menggali masalah
- Coffee Break
- Sesi 4 : Menganalisa masalah

Hari Kedua : waktu 8 jam

- Review hari pertama
- Sesi 5 : Merumuskan masalah 1
- Coffee Break
- Sesi 6 : Merumuskan masalah 2
- Istirahat makan siang
- Sesi 7 : Memahami peran dan fungsi fasilitator
- Coffee Break
- Sesi 8 : Memahami peran dan fungsi fasilitator

Hari Ketiga : waktu 6 Jam

- Review hari kedua
- Sesi 9: Merencanakan langkah tindak lanjut
- Coffee Break
- Sesi 10: Membangun jaringan
- Istirahat makan siang
- Penutup/pulang

Lampiran III: CARA MEMBENTUK WPA DI RW/BLOK/DUSUN

1. Langkah-langkahnya:

- Audiensi ke ketua RW/blok/dusun
- Sampaikan maksud dan tujuan
- Minta agar ketua RW/blok/dusun menyiapkan waktu untuk pertemuan warga
- Fasilitasi pertemuan tersebut dengan cara koordinasi dengan Puskesmas
- Tentukan waktu pertemuan yang mungkin tidak memberatkan warga, Misalnya : Sore hari atau malam hari setelah sholat Isya

2. Sistem pertemuan pembentukan Kampung Siaga:

- Yang diundang : Ketua-ketua RT, Ibu hamil, Pengurus RW, Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, Tokoh Pemuda dan komponen masyarakat yang lain
- Hadirkan Bidan, pengurus UTDC PMI, Dokter Puskesmas dan dipandu oleh Fasilitator Warga Peduli AIDS tingkat kelurahan yang sudah mengikuti pelatihan fasilitator
- Sampaikan maksud dan tujuan pertemuan tersebut dengan cara menceritakan tentang kasus napza suntik, IMS, HIV-AIDS, Ibu hamil dan bayi terinfeksi HIV dan AIDS atau cerita tentang pengalaman pribadi dan orang lain dalam masalah HIV dan AIDS
- Ciptakan komitmen bersama dalam pertemuan tersebut, dengan menggugah kembali tentang sistem gotong royong
- Bentuk pengurus Warga Peduli AIDS sesuai kesepakatan yang muncul

3. Pengurus Warga Peduli AIDS

Penanggungjawab	: Ketua RW/Blok/Dusun
Penasehat	: Tokoh Masyarakat (Toma) Tokoh Agama (Toga) Ketua RT
Ketua	: Motivator gerakan dan dibantu oleh beberapa Pengurus RT
Sekretaris	: Pemegang data, tugas administrasi
Bendahara	: Melakukan tugas kebhendaharawanan
Seksi Identifikasi/Notifikasi	: Mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan
Seksi Transportasi	: Mengusahakan sarana angkutan bila diperlukan
Seksi Dana	: Menghimpun dana dari masyarakat
Seksi Donor Darah	: Menginventarisir calon donor potensial
a. Koord. Gol. Darah A	: Mencatat, menghubungi Gol. A bila diperlukan
b. Koord. Gol. Darah B	: Mencatat, menghubungi Gol. B bila diperlukan

- c. Koord. Gol. Darah O : Mencatat, menghubungi Gol.O bila diperlukan
- d. Koord. Gol. Darah AB : Mencatat, menghubungi Gol AB bila diperlukan
- e. Koord. Kegiatan Donor Darah : Mengkoordinasikan semua kegiatan DD
- f. Koord. Humas dan Informasi : Mengkoordinasikan kehumasan dan penyebaran informasi kegiatan WPA

Daftar Istilah dan Singkatan

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kemalian Bayi
AKI	: Angka Kemalian Ibu
DASOLIN	: Dana Sosial Ibu Bersalin
DESA	: Pemerintahan di Tingkat Desa
FASILITATOR	: Orang yang secara sukarela memfasilitasi kepentingan masyarakat dengan masyarakat atau masyarakat dengan institusi pemerintah dan swasta
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i> , virus yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMP	: Identifikasi Masyarakat Partisipatif, suatu metode latihan masyarakat
KARANG TARUNA	: Kelompok Organisasi Pemuda di Tingkat Kelurahan dan Desa
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya
KELURAHAN	: Pemerintahan di Tingkat Kelurahan
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan RI
KOMUNITAS	: Sekelompok Orang yang memiliki kesamaan status, kesamaan visi dan misi serta kesamaan dalam banyak hal
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya
ODHA	: Orang dengan HIV & AIDS
PENASUN	: Pengguna Napza suntik
PMI	: Palang Merah Indonesia
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKK	: Pendidikan Kesejahteraan Keluarga
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PS	: Penjaja Seks
RISTI	: Resiko tinggi, sub-populasi yang berperilaku resiko tinggi
RSKO	: Rumah Sakit Ketergantungan Obat
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
SIAGA	: Siap, Antar, Jaga

STAKEHOLDER	: Pemangku kepentingan
STIGMA	: Tuduhan/sebutan yang melekat berkaitan dengan karakter, moral atau sikap yang cenderung bersifat negatif
TABULIN	: Tabungan Ibu Bersalin
TOGA	: Tokoh agama, menguasai masalah agama, panutan
TOKOHADAT	: Orang yang menjadi telus dalam adat istiadat
TOMA	: Tokoh masyarakat, orang terkemuka di masyarakat, jadi panutan
UTDC	: Unit Transfusi Darah Cabang
VCT	: Voluntary Counseling and Testing
WPA	: Warga Peduli AIDS

1. Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2007-2010 KPA Nasional
2. Rencana Strategis Penanggulangan HIV dan AIDS Kota Cirebon Tahun 2006-2010
3. KPA Kota Cirebon-Jawa Barat
4. *Annual Report* Program MNH-JHUPIEGO Tahun 2001
5. Syaeful Badar dalam Warga Siaga Wujud Aplikasi Klinik Sosial Tahun 2003
6. Focus Group Discussion (FGD) Tanggal 9 Februari 2008 di Bandung
7. Diskusi Finalisasi Penulisan buku Warga Peduli AIDS (WPA) Tanggal 14 Februari 2008 di Jakarta

