

GOTONG ROYONG MENUJU INDONESIA SEHAT

**BELAJAR DARI LAPANGAN
MEMBANGUN GERAKAN SEHAT
DARI BAWAH**



GOTONG ROYONG MENUJU INDONESIA SEHAT

**BELAJAR DARI LAPANGAN
MEMBANGUN GERAKAN SEHAT
DARI BAWAH**



PERKUMPULAN KELUARGA BERENCANA INDONESIA (PKBI)
THE INDONESIAN PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION (IPPA)

Gotong Royong Menuju Indonesia Sehat





GOTONG ROYONG MENUJU INDONESIA SEHAT

**BELAJAR DARI LAPANGAN,
MEMBANGUN GERAKAN SEHAT DARI BAWAH**

TIM PENYUSUN

Inang Winarso
Syaeful Badar
Yudi Supriadi
Slamet Riyadi

KONSULTAN

Toto Raharjo

Penerbit

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
Didukung: GLOBAL FUND

AWAL MUKA

5 DAFTAR ISI

6 KATA PENGANTAR

8 TEROPONG
SISI LAIN SEJARAH EPIDEMI HIV
DAN AIDS DI INDONESIA

11 Periode Gelombang Pertama
1987 - 1997

14 Periode Gelombang Kedua 1997
- 2007

17 Periode Gelombang Ketiga 2007 -
Sekarang

19 Membalikkan Telapak Tangan

20 Berjuang Menghadirkan Madu
Kehidupan

22 Gotong Royong Wujud Inklusi
Sosial

28 LUKISAN
TAKDIR ITU BAGAIKAN LUKISAN
YANG TERUS-MENERUS BERUBAH

30 Mengenal Masyarakat

32 Garis Batas Analisis Sosial

32 Kerumitan Dalam Analisis Sosial

34 Perpecahan Atau Solidaritas

50 Menggerakkan Masyarakat

53 Tersingkirnya Hak Kesehatan
Perempuan dan Anak

55 Membangun Gerakan Masyarakat



64 BINGKAI
KADER PIKM UJUNG
TOMBAK PENCEGAHAN &
PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

66 Cerita Kader PIKM Nusantara

79 Berubahnya Kebijakan

86 PIKM Dalam Pandangan Para Ahli

100 PAMERAN
PIKM MEWUJUDKAN
SWASEMBADA KESEHATAN

110 Penutup

PKBI (PERKUMPULAN KELUARGA BERENCANA INDONESIA) merupakan pusat unggulan pengembangan program dan advokasi kesehatan seksual dan reproduksi yang mandiri dengan menerapkan strategi model dan standard pelayanan dengan melibatkan masyarakat sebagai bentuk upaya integrasi pencegahan dan penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV-AIDS.

Upaya tersebut diatas dilakukan secara menyeluruh di semua tingkatan organisasi agar mampu menjamin pemenuhan atas hak kesehatan seksual dan reproduksi yang disertai dengan kapasitas lembaga dan sumber daya yang kompeten. Hal ini lah yang kemudian menjadi dasar dalam membangun gerakan sehat dari bawah yang dilakukan oleh seluruh komponen organisasi bersama-sama dengan masyarakat di wilayahnya masing-masing.

Masyarakat sebagai komponen utama dalam membangun gerakan ini dipelopori oleh tokoh masyarakat yang bersahaja, sederhana, dan tidak tergantung kepada pihak lain. Bahkan gerakan yang dibangun tersebut mampu mempengaruhi kebijakan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah bagi masyarakat.

Keberhasilan tersebut tentu tidak dapat dicapai dengan cara mudah, kualitas hubungan antar individu dan kelompok yang ada di masyarakat sangat mempengaruhi nilai-nilai dan budaya yang kemudian menjadi perekat dalam sebuah gerakan yang dibangun selama ini. Peran dan fungsi fasilitator atau community organizer merupakan strategi yang dibangun oleh PKBI dalam mengembangkan pusat-pusat informasi kesehatan masyarakat yang tersebar di hampir seluruh wilayah di Indonesia hingga saat ini.

Terakhir, kami ucapkan terima kasih banyak kepada seluruh staf, relawan, fasilitator, kader dan masyarakat atas partisipasi dan keterlibatannya dalam membangun gerakan sehat yang akan membawa dampak positif terhadap derajat kesehatan masyarakat secara umum.

Terima kasih

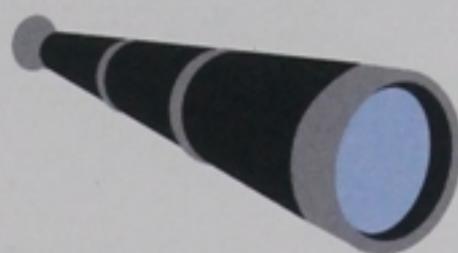
Dra. Chatarina Wahyurini, MSi
Direktur Eksekutif PKBI Pusat







TEROPONG



SISI LAIN SEJARAH EPIDEMI HIV DAN AIDS DI INDONESIA

PADA TAHUN 1987 pemerintah Indonesia secara resmi menyatakan bahwa di Indonesia ditemukan virus HIV. Sebelumnya pada tahun 1985 di Jakarta sebenarnya telah ditemukan kasus serupa akan tetapi masih belum disebut HIV dan masih disebut penyakit kronis yang diakibatkan menurunnya sistim

kekebalan tubuh manusia dan belum diketahui bahwa penyakit tersebut disebabkan oleh virus HIV. Ketika di Bali ada kasus pada wisatawan asing tahun 1987 baru pemerintah Indonesia menyatakan virus HIV sudah ada di Indonesia dan penularannya melalui hubungan seksual pada kelompok gay atau homoseksual.

Pada saat itu mitos yang berkembang bahwa HIV merupakan penyakit kaum homo seksual. Sehingga muncul stigma yang sangat kuat bahwa AIDS adalah penyakit kutukan yang diturunkan kepada kaum homoseksual, karena perilaku homoseksual memang dilarang oleh agama. Maka masuk akal ketika saat itu pemerintah enggan menangani masalah HIV dan AIDS karena takut dianggap membela kaum yang melanggar moral. Namun pada saat itu ada dokter-dokter yang peduli terhadap epidemi ini dan melakukan "penelitian" kepada orang yang memiliki gejala sudah terinfeksi HIV. Tetapi "penelitian" yang informal itu hanya dijadikan bahan untuk memenuhi rasa ingin tahu tentang seluk beluk penyakit yang disebabkan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Pada saat itu PKBI sebagai LSM yang peduli pada persoalan kesehatan sudah mengirimkan relawan dan stafnya ke London dan Bangkok untuk mengikuti pelatihan tentang HIV-AIDS. Kemudian PKBI mengembangkan modul pelatihan untuk memperkenalkan apakah HIV-AIDS, bagaimana cara penularan dan pencegahannya.

Pada tahun 1989 PKBI menerbitkan buku "Sehat Dalam Perjalanan" yang isinya tentang penyakit menular seksual termasuk HIV-AIDS. Buku tersebut diperuntukkan bagi mereka yang sering melakukan perjalanan ke luar kota dan ke luar negeri, karena pada waktu itu HIV-AIDS identik dengan kelompok risiko tinggi yang sering bepergian dan pergi ke tempat pelacuran. PKBI juga melakukan pelatihan untuk para "tour guide" terutama *non-licence tour guide* yang ada di Bali maupun di Jakarta. Karena PKBI memandang mereka adalah orang-orang dekat dan selalu bergaul dengan wisatawan atau orang yang sering bepergian. Sehingga para *tour*

SEHAT DALAM PERJALANAN



PERKUMPULAN KELUARGA BERENCANA INDONESIA
BEKERJASAMA DENGAN
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

guide ini dapat memberikan informasi tentang HIV-AIDS dan juga cara penularan dan pencegahannya.

PERIODE GELOMBANG PERTAMA 1987 – 1997

Sejak pemerintah Indonesia secara resmi menyatakan bahwa Indonesia menjadi salah satu negara yang sudah melaporkan kasus HIV, maka dapat dikatakan bahwa periode tersebut disebut sebagai periode gelombang pertama epidemi HIV tahun 1987 – 1997. Di periode ini ada peristiwa yg menggemparkan pada awal 90-an ketika itu ada satu kasus pasien HIV ditolak

rumah sakit di Jakarta Selatan. Merespon kejadian tersebut kemudian para dokter yang peduli HIV berkumpul di Yayasan Kusuma Buana termasuk pada saat itu ibu Nafsiah Mboi (sekarang Menteri Kesehatan RI) dan dokter senior di antaranya Prof Zubairi Djoerban, Prof. Samsuridjal Djauzi, dr. Firman Lubis (alm), dr. Adi Sasongko dan Marsilam Simanjutak serta beberapa aktivis LSM lainnya membahas masalah penolakan pasien HIV. Keputusan pada saat itu adalah melakukan protes pada Menteri Kesehatan kenapa ada rumah sakit yang menolak pasien HIV. Seharusnya tidak ada alasan bagi rumah sakit untuk menolak pasien hanya karena si pasien mendapatkan stigma dari masyarakat.



Peristiwa tersebut menjadi pelajaran berharga, karena diskriminasi oleh tenaga kesehatan kepada orang yang terinfeksi HIV ternyata benar-benar terjadi. Rumah sakit di Jakarta yang kemudian menerima pasien HIV dengan terbuka adalah RS. Dharmais, karena Prof Samsuridjal praktek disitu. Seiring berjalannya waktu pemerintah kemudian pelan-pelan menyadari bahwa epidemi HIV perlu segera mendapat respon. Maka kemudian dibawah kordinasi Menteri Kordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, dipilihlah delegasi dari pemerintah Indonesia dan para ahli untuk belajar program penanggulangan AIDS ke Bangkok. Thailand dipilih karena mereka lebih dulu mengembangkan program penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin langsung oleh Perdana Menteri dan program paling terkenal adalah penyebaran kondom secara besar-besaran kepada masyarakat Bangkok. Pelopor gerakan kondom itu dilakukan oleh Mr Mechai Viravaidya yang kemudian terkenal dengan sebutan Mr. Kondom. Sepulang dari Bangkok untuk pertama kalinya secara formal, Presiden mengeluarkan Keputusan Presiden nomor 36 tahun 1994, tentang Komisi Penanggulangan AIDS.

Di sisi lain pada periode ini kelompok homoseksual menjadi kambing hitam masyarakat dan dianggap sebagai sumber penularan HIV. Stigma tersebut justru mendorong kelompok homoseksual sadar bahwa mereka harus mengorganisir diri, agar mampu menghadapi masalah tersebut secara kolektif. Meskipun sebenarnya organisasi kaum homoseksual sudah mulai di awal tahun 80-an. Kasus HIV justru memperkuat jaringan organisasi gay bertambah banyak dalam waktu singkat. Ciri khas organisasi ini selalu menyebut organisasinya dengan nama depan GAYa, nama belakangnya sesuai nama daerah, misalnya GAYa Dewata yaitu jaringan gay di Bali, GAYa Celebes dari Makassar, GAYa Betawi dari Jakarta, GAYa Mataram dari Jogja, GAYa Siak dari Riau, GAYa Parahyangan dari Jawa Barat dan seterusnya. Unikny tulisan GAYA selalu ditulis dalam symbol "GAYa" yang mudah diinterpretasikan bahwa organisasi ini adalah jaringan Gay.

Periode ini adalah fase yang kelam bagi kelompok homoseksual dan menjadi sejarah yang tidak pernah tercatat di dalam program penanggulangan AIDS pada fase tahun 1987 – 1997. Padahal sebenarnya kekuatan jaringan homoseksual tersebut sangat bagus dan anggotanya bertambah tiap tahunnya. Visi dan misi organisasi jaringan gay ini adalah memperjuangkan hak sipil dan politik, yaitu hak untuk diakui identitas seksualnya dan juga memperjuangkan hak politik kaum gay di tata kelola pemerintahan. Perjuangan identitas seksual menjadi motor penggerak anggota jaringan untuk berkumpul secara periodik dan mendiskusikan misi itu terus menerus. Meskipun disadari bahwa realitas politik yang represif, tidak mungkin bisa menerima gagasan pemenuhan hak sipil dan politik bagi kaum gay.

Namun misi itu menjadi pudar secara perlahan karena tiba-tiba jaringan homoseksual ini disibukan dengan proyek-proyek penanggulangan HIV dan AIDS yang didanai USAID dan Ausaid. Jaringan gay akhirnya menjadi pelaksana proyek dan lupa pada perjuangan identitas dan politik kaum

gay. Padahal salah satu kekuatan yang bisa menjadi alat kontrol di dalam penanggulangan AIDS adalah kesadaran untuk memperjuangkan hak sipil, karena pemenuhan hak sipil bukan hanya hak sipil yang berkaitan dengan identitas, tetapi juga hak sipil yang berkaitan dengan pemenuhan layanan kesehatan khususnya akses pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV dan AIDS. Pengaruh ajaran program penanggulangan AIDS yang diberikan oleh negara donor yang hanya membahas soal target capaian penjangkauan dan perubahan perilaku sangat melemahkan perjuangan gerakan gay di Indonesia. Semangat sukarela sudah diganti dengan semangat imbalan materi atau upah.

Ada dua kejadian penting di Indonesia pada fase ini. *Pertama*, donor masuk ke Indonesia dengan program perubahan perilaku pada kelompok homo seksual. Dan tidak peduli terhadap gerakan gay untuk memperjuangkan hak sipil. *Kedua*, jaringan gay menjadi pelaksana proyek penanggulangan AIDS, sehingga orientasi kerja bukan kepada misi perjuangan hak sipil, melainkan berorientasi kepada imbalan uang sehingga perjuangan kaum gay menjadi lemah.

PERIODE GELOMBANG KEDUA 1997 – 2007

Pada awal tahun 1997 penularan HIV terjadi sangat cepat pada pengguna narkoba suntik dan dalam waktu 2 tahun sampai dengan 1999 ledakan penularan HIV pada narkoba suntik menjadi epidemi yang sangat besar, maka pada masa tahun 1997 sampai dengan 2007 adalah masa terbesar penularan HIV pada pengguna narkoba suntik dan penularan di kelompok homo seksual menurun. Dan pada masa ini pengguna narkoba suntik (penasun) menjadi anak emas program penanggulangan AIDS karena donor memberikan bantuan terhadap program harm reduction di kalangan pengguna suntik. Beruntung kelompok penasun ini segera membangun jaringan komunitas yang disebut pada awalnya IPPNI (Ikatan Persaudaraan Pengguna Napza Indonesia) lalu berubah menjadi PKNI (Persaudaraan



Korban Napza Indonesia). Kegiatan adalah melakukan advokasi di tingkat kebijakan dan mengubah Undang undang Narkotika.

Program Harm Reduction secara paralel bersamaan dengan gerakan kelompok penasun untuk memperjuangkan posisi hukum agar tidak lagi disebut sebagai pelanggar undang-undang, tapi posisi hukumnya disebut sebagai korban. Korban dari mafia perdagangan narkotika. Slogan perjuangan ini dikenal dengan sebutan Dekriminalisasi Pencandu. Gerakan ini mendapat sambutan yang positif dari seluruh pecandu, karena mereka menyadari bahwa hanya dengan dekriminalisasi, maka pecandu akan mendapatkan kesempatan untuk mengakses layanan kesehatan dan dapat memulihkan ketergantungannya. Pelatihan yang berkaitan dengan advokasi dan bantuan hukum informal atau yang dikenal dengan sebutan paralegal, menjadi agenda yang selalu dilakukan anggota jaringan penasun.

Dan kembali sejarah berulang, negara-negara donor tidak peduli dengan posisi hukum penasun. Negara donor hanya mengutamakan kepentingan yang menjalankan proyek perubahan perilaku pada kalangan penasun, yang lagi-lagi hampir melemahkan perjuangan hukum jaringan penasun. Untunglah aktivis jaringan penasun masih konsisten dengan misi gerakan penasun yaitu dekriminialisasi penasun. Dekriminalisasi penasun merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kegiatan yang melibatkan penasun dalam upaya penanggulangan AIDS. Namun lagi-lagi tidak ada catatan laporan yang secara resmi mengakui gerakan ini telah berkontribusi terhadap kekuatan komunitas yang kritis dan terorganisir sehingga memudahkan program manajer proyek harm reduction dalam menjangkau penasun. Padahal buah dari upaya penanggulangan AIDS yang konvensional yang diperkuat dengan pengorganisasian penasun melalui gerakan dekriminialisasi pecandu adalah mampu menurunkan prevalensi HIV dari diatas 50% di tahun 2007. Keberhasilan lainnya adalah mendorong legislatif untuk segera menyelesaikan perubahan UU Narkotika dan UU Psicotropika tahun 1999 dan ternyata DPR mengesahkan undang-undang baru di bidang narkotika menjadi UU 35 tahun 2009.

Perjuangan dekriminialisasi pada pengguna narkoba suntik, dan ini adalah catatan yang dilupakan dalam sejarah penanggulangan HIV dan AIDS. Padahal sekali lagi perjuangan ini telah mampu mengubah opini publik yang semula menganggap penasun adalah pelaku kejahatan menjadi pecandu adalah korban yang perlu mendapatkan akses layanan pencegahan, perawatan, pengobatan dan rehabilitasi. Dekriminalisasi ini dianggap bukan program donor, karena jika donor mengakui dekriminialisasi maka konsekuensinya negara donor tersebut dan harus sepakat untuk mengamandemenkan konvensi tunggal narkotika yang tidak membedakan antara pengguna, penjual dan produsen narkotika. Negara donor menganggap bahwa perjuangan perubahan UU dan konvensi tidak ada hubungannya dengan penanggulangan AIDS.

PERIODE GELOMBANG KETIGA 2007 – SEKARANG

Sampai dengan saat ini di wanita pekerja seks (WPS) tidak pernah terjadi ledakan kasus penularan HIV. Karena menurut studi epidemiologi penularan HIV tidak menular lebih cepat jika melalui hubungan seks. WPS selalu berada di pusaran tiap-tiap sejarah penularan HIV dan selalu dianggap sebagai penyebab menularnya HIV melalui transmisi seksual. Namun banyak yang tidak menduga bahwa penularan melalui hubungan seks justru membawa virus HIV meluas sampai ke dalam rumah tangga. Meski penyebarannya tidak cepat, tetapi ibu-ibu rumah tangga yang tidak melakukan perilaku yang berisiko justru pada periode ini terjadi peningkatan penularan yang signifikan.

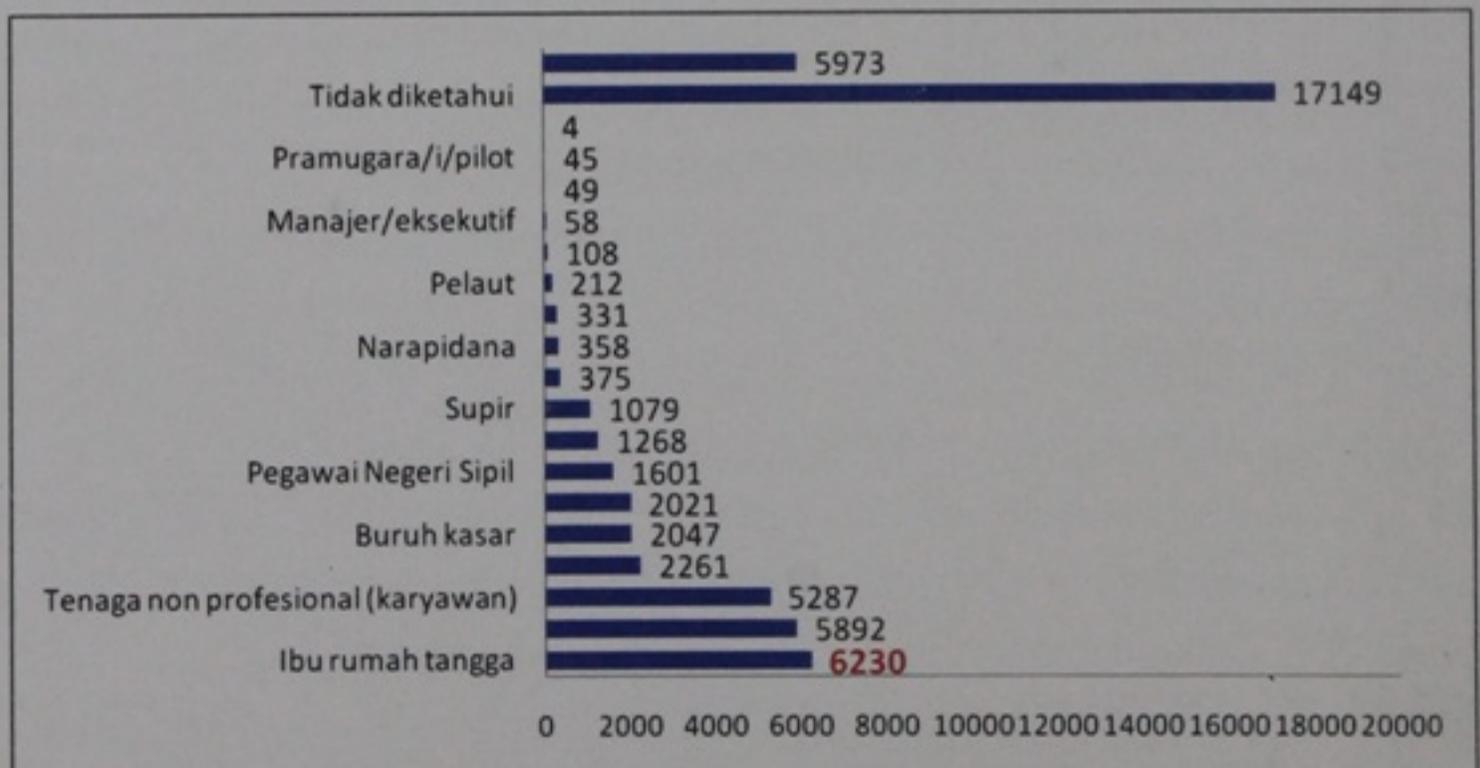
Anehnya para ahli yang bekerja di lembaga donor penanggulangan AIDS baik itu bantuan Amerika maupun Australia, selalu menyebutkan bahwa epidemi HIV di Indonesia masih terkonsentrasi pada kelompok berisiko. WPS berhubungan seks dengan orang pembeli seks yang seharusnya masuk kepada catatan sejarah epidemi ini tetapi tidak pernah ditonjolkan. Maka kita sangat kaget fase ini angka prevalensi penularan HIV kepada perempuan sangat meningkat yang di akibatkan oleh laki-laki pembeli seks. Dan dari situlah kita menyadari bahwa penularan HIV kepada ibu rumah tangga meningkat karena penularan oleh suami atau pasangan seks terjadi di rumah sendiri. Sementara di masyarakat laki-laki pembeli seks tidak pernah dianggap sebagai biang kerok yang mengakibatkan ibu rumah tangga banyak yang tertular HIV. Sikap mendua masyarakat di satu sisi membenci pelacuran, namun di sisi lain memaklumi jika ada laki-laki membeli seks bahkan dianggap biasa-biasa saja.

Budaya patriarki yang membelenggu jalan pikiran masyarakat Indonesia, telah menutupi akar permasalahan penyebaran virus HIV di kalangan ibu rumah tangga. Akibatnya virus terus menular di rumah tangga-rumah tangga. Kembali sejarah penanggulangan AIDS tidak mencatat biang kerok penularan HIV pada kalangan ibu rumah tangga adalah pembeli seks.

Jika epidemi sudah meluas ke rumah tangga atau yang dikenal dalam bahasa epidemi adalah *generalized epidemic*, maka kita sebentar lagi menyaksikan banyaknya bayi-bayi yang lahir dari rahim seorang ibu yang HIV positif dan memikul risiko tertular. Seandainya penyebaran HIV sudah meluas hingga ke bayi, maka penularan HIV sudah sangat mengkhawatirkan, Bisa jadi generasi penerus bangsa Indonesia di masa yang akan datang akan punah secara perlahan. Periode gelombang keempat memang belum terlihat nyata, namun jika tidak ada upaya terobosan untuk menolong ibu rumah tangga, mencegah penularan HIV yang disebabkan pembeli seks, maka niscaya bangsa ini akan punah.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan yang dirilis triwulan 4 tahun 2013, Kasus AIDS secara kumulatif dari 1987-2013 menempatkan ibu rumah tangga di urutan kedua tertinggi setelah profesi wiraswasta. Data kasus AIDS terbaru selama tahun 2013 menurut kelompok pekerjaan menjadikan Ibu rumah tangga menjadi kelompok tertinggi yaitu sebanyak 6230 kasus.

Kemungkinan besar perempuan, terutama Ibu Rumah Tangga, terinfeksi HIV adalah tertular dari laki-laki pasangannya sendiri. Laki-laki pasangan,



bisa dalam kategori Penasun (Pemakai Narkoba Suntik) atau lelaki yang membeli seks. Berdasarkan estimasi 2009 dari Kementerian Kesehatan, jumlah laki-laki pembeli seks diperkirakan 3,2 juta orang. Sementara lelaki yang Penasun hanya sekitar 106 ribu, Jadi secara matematis, laki-laki pembeli seks menjadi kelompok teratas yang paling berpengaruh dalam menularkan HIV kepada kelompok ibu rumah tangga dan anak. Ibu rumah tangga dan anak akhirnya menjadi korban dari pembeli seks.

MEMBALIKAN TELAPAK TANGAN

Setiap perubahan akan membawa dampak yang tidak hanya positif tetapi juga negatif, dua sisi kehidupan yang kita alami seperti ada siang ada malam, ada gelap ada terang ada pria ada wanita akan berjalan sesuai dengan perputaran waktu yang pasti, karena rotasi bumi sebagai planet yang di huni oleh makhluk paling sempurna yaitu manusia akan di pertanggungjawabkan oleh manusia itu sendiri di alam yang lain (akherat) karena ketika ada hidup maka pasti ada kematian, kematian bukan berarti berhenti dalam beraktifias, tetapi justru kematian adalah pintu masuk untuk mempertanggungjawabkan apa yang telah di perbuat oleh manusia, sehingga jika kita melakukan perubahan ke-arah perbaikan, maka kita menjadi orang yang selalu saling menasehati dalam hal kebaikan dan tentunya bersabar dalam pergaulan, namun jika kita tidak mau berubah dari apa yang kita lakukan, maka bisa jadi kita tidak hanya menjadi orang merugi tetapi mungkin bisa juga menjadi orang yang tidak tahu arah.

Mengawali perubahan dalam skenario besar yang mungkin selama ini kita anggap bahwa apa yang kita lakukan adalah kebenaran (teori Outreach) kemudian kita rubah dengan paradigm baru untuk mencapai goal yang lebih tinggi (teori pengorganisasian/CO), tidaklah semudah membalikan telapak tangan, apalagi selama ini kita terko-optasi oleh kepentingan se pemberi dana, sehingga seolah-olah teori mereka adalah teori yang sangat sakral yang cocok di terapkan, tidak heran hampir selama 25 tahun kita

ternina bobokan oleh teori asing yang datang bersama uangnya. Mari kita ketuk pintu hati kita masing-masing, sebenarnya apa yang telah kita kerjakan? lantas siapa sih yang lebih banyak menerima manfaatnya? Kita apa masyarakat?

Dalam buku ini kita akan bersama-sama memotret kegiatan yang selama ini kita beri judul “Penanggulangan dan Pencegahan HIV-AIDS” dengan penulis skenario dan sutradara bernama funding. Dengan sentuhan para kreator penggerak masyarakat dan pengalaman dari beberapa penulis dan panelis, buku ini akan membuktikan bahwa “Sesungguhnya Masyarakatlah Sutradara Dalam Perubahan Sosial Serta Aktor Dalam Penanggulangan dan Pencegahan HIV-AIDS”.

BERJUANG MENGHADIRKAN “MADU KEHIDUPAN”

Ketika seseorang, komunitas ataupun organisasi bermaksud untuk mewujudkan cita-cita dan impiannya, yakni; manusia saling menghargai, menghindari penindasan, terus menerus menumbuhkan cinta kasih, waspada terhadap setiap gejala ketidak-adilan, peka untuk tidak terjerumus ke dalam perilaku diskriminasi, merendahkan sesama manusia atau sebaliknya: menjunjung manusia terlalu berlebihan sehingga mendewa-kannya. Juga impian untuk membangun peradaban yang lebih baik dan adil, membangun harkat, martabat, kepribadian serta kehidupan yang mandiri dan sebagainya.

Ternyata tak semudah diucapkan dalam kata-kata belaka, dibalik itu semua memerlukan berbagai daya dukung antara lain, harus terkandung prinsip, nilai-nilai yang disepakati, diyakini dan dijaga keberadaannya, syarat serta prasyarat yang harus diadakan, posisi peran yang secara sadar dipilihnya. Tentu harus juga didukung segala piranti yang diperlukan—disisi lain ada pencukupan kebutuhan menyangkut pemahaman dan kemampuan yang *jangkep* (lengkap dan holistik).

Pendek kata impian itu tidaklah mungkin akan jatuh dari langit, tidaklah mungkin dapat dicapai melalui jalan pintas, bahkan tak akan terjadi manakala tak melalui proses, ketiadaan sejarah dan peristiwa dalam realitas kehidupan sehari-hari. Percuma saja bila yang terjadi hanya teori yang dihafalkan, sangat sia-sia kalau hanya melakukan ritual tak jelas juntrungnya, dimana salah satunya melalui ikhtiar membangun “kendaraan” yang dinamakan organisasi.

Kalau dalam dunia lebah, organisasi dapat diumpamakan sebagai sarangnya lebah (orang sering menamakan *kluthukan, Tolo*), agar perkauman para lebah dapat memproduksi madu kehidupan secara komunal, karena madu yang diproduksi secara individual menjadi tak ada artinya terutama menyangkut masalah volume madu yang harus dihasilkan. Didalam sarang lebah (*Kluthukan, Tolo*) perkauman para lebah itu, untuk memproduksi madu secara terusmenerus dan berkelanjutan, diperlukan tatanan, peradaban. Ada kedisiplinan, ada keteraturan dan tanggung jawab, kewajiban masing-masing anggota perkauman lebah itu. Belum lagi, untuk menghasilkan produksi madu yang bermutu para anggota perkauman lebah ini akan sangat tergantung dari daya dukung lingkungan sekitarnya, tanaman, tetumbuhan, bunga-bunga apa saja yang tersedia, artinya ada daya dukung eksternal yang tidak bisa diadakan oleh perkauman para lebah ini, bagaimana pertautan antara lebah dan lingkungan disekitarnya juga sangat menentukan keberadaan perkauman lebah pada zaman berikutnya.

Tentu saja lebah bukan manusia, namun kami mencoba untuk mencari padanan yang gamblang untuk dimengerti dari segala silang sengkabut kehidupan bermasyarakat, bernegara, dan kira-kira demikianlah bagi orang-orang biasa yang mendambakan tatanan kehidupan yang lebih baik dan adil. Buku ini bermaksud pula secara sederhana bagaimana menumbuhkan cita-cita bersama, membangun menejemen gerakan yang

sistematis serta mencoba memaparkan berbagai perangkat *ubo rampe* yang diperlukan untuk menjawab perubahan yang kita cita-citakan seperti halnya para lebah yang ingin memproduksi madu bagi kehidupan bersama. Semoga tulisan ini dapat membantu bagi siapa saja yang tengah berjuang untuk memproduksi “madu-madu kehidupan” yakni; keadilan, menghormati hak-hak manusia, harkat dan martabat dan kemandirian manusia serta menciptakan lingkungan tanpa diskriminasi.***

GOTONG-ROYONG WUJUD INKLUSI SOSIAL

Bertahun-tahun masalah kesehatan di masyarakat datang silih berganti. Selama itu pula para ahli cerdik pandai, merumuskan solusi untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Bertumpuk-tumpuk dokumen proyek disebarakan keseluruh dunia. Sambil dibarengi dengan kata-kata *“ini cara yang paling bagus, yang sudah ada bukti terbaiknya, jika cara ini dipakai maka semua masalah kesehatan yang ada di negaramu akan segera terselesaikan. Ini pendekatan yang sudah ada evidence-nya”*. Demikian bunyi mantra yang selalu didengar di forum rapat, seminar, workshop, konferensi, atau pelatihan yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat. Dan pemerintah, LSM, dan masyarakat akhirnya mengikuti apa yang dikatakan tersebut lalu memujanya sebagai satu-satunya cara paling ampuh. Dan cara tersebut yang diperkenalkan oleh para ahli dari luar negeri saya sebut sebagai pendekatan individual.

Hasil dari pendekatan individual yang dijadikan pedoman kerja di Indonesia ternyata tidak membuahkan hasil sebagaimana bunyi propaganda mereka. Ketika dipertanyakan ketidak=ampuhan pendekatan individual dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat, selalu terdengar jawaban *kapasitas petugasnya kurang menguasai pendekatan tersebut jadi perlu dilakukan capacity building lagi*. Atau terdengar juga jawaban bahwa mutu petugasnya masih rendah, maka untuk meningkatkan mutu diperlukan

training lagi. Atau kadang terdengar jawaban bahwa masih kurang toolsnya, jadi perlu dibuatkan tools khusus yang bisa membantu kerja di lapangan seperti buku saku. Atau alasan lainnya yang sering terucap adalah masih kurang KIEnya -KIE disini adalah singkatan komunikasi, informasi dan edukasi sebuah istilah yang membingungkan- maka perlu dibuatkan KIE yang ternyata berupa poster, stiker, leaflet dan sejenisnya.

Begitu banyak alasan yang sering dikemukakan oleh pemuja pendekatan individual, yang kesemuanya itu tidak langsung berhubungan dengan metode pendekatan individual itu sendiri. Dicari alasan yang mengesankan bahwa ini bukan salah metode-nya tapi salah dari orang yang menjalankan metode tersebut atau kekurangan alat pendukung dalam mengimplementasikan metode ini. Keengganan untuk melakukan koreksi terhadap metode pendekatan individual, bukan karena tidak mampu, melainkan karena ketakutan terhadap penghentian bantuan dana dari lembaga donor yang sudah menyewa konsultan yang merancang pendekatan individual tersebut. Ketakutan ini akhirnya berbuah argumentasi untuk menghindari kritik langsung kepada metode dan dengan mudah menyalahkan pihak lain.

Apa yang menjadi latar belakang lahirnya metode atau pendekatan program yang berbasis individual? Peristiwa itu tidak bisa dilepaskan dari teori yang mengatakan bahwa sehat dan sakitnya seseorang lebih dominan ditentukan oleh perilaku hidupnya sendiri. Teori ini sebenarnya tidak salah-salah amat. Karena di dalam teori ini terkandung penjelasan yang sangat baik. Sebagaimana disebutkan oleh ahli kesehatan masyarakat Notoatmojo bahwa perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Maka perilaku menjadi tolok ukur untuk mengindikasikan seseorang ada

masalah atau tidak dengan kesehatannya. Oleh sebab itu, jika ada masalah dengan kesehatan, maka cara yang tepat adalah dilakukan intervensi untuk perubahan perilaku. Padahal di penjelasan teori tersebut dikatakan bahwa perilaku adalah hasil interaksi dengan lingkungan diluar diri si individu maupun stimulus dari dalam dirinya.

Jika intervensi yang dilakukan hanya kepada si individu yang mengalami masalah kesehatan, maka dapat dipastikan bahwa persoalan kesehatan masyarakat tidak akan kunjung diatasi. Seharusnya lingkungan di luar si individu juga harus diintervensi karena perilaku bersumber dari proses belajar (pengalaman dan interaksi) individu dengan lingkungan sosial dimana individu tersebut menjalani hidup. Nah, seringkali penjelasan komprehensif tentang perilaku ini diabaikan, sehingga yang menonjol dan disoroti hanya masalah perilaku individu yang disebabkan oleh kebiasaan individu tersebut. Disinilah ketimpangan pendekatan individual yang tidak melihat bahwa faktor sosial menjadi faktor yang ikut menentukan perilaku individu.

Ketimpangan pendekatan individual yang tidak membuahkan hasil, akhirnya menyadarkan PKBI, bahwa persoalan kesehatan masyarakat bukan bersumber dari individu. Memang masalah kesehatan itu dirasakan oleh si individu yang menderita penyakit, namun pada hakekatnya penyebabnya tidak seratus persen bersumber dari kesalahan si individu yang sakit itu. Lingkungan sosial menjadi penentu yang dominan, karena manusia sebagai individu tidak mungkin menghabiskan waktunya berhari-hari tanpa berinteraksi dengan lingkungan sosial.

Berangkat dari teori yang lebih komprehensif bahwa perilaku adalah hasil interaksi dengan lingkungan sosial, maka rumusan solusi atas masalah kesehatan yang menimpa masyarakat, digunakanlah pendekatan kolektif atau pendekatan komunal. Pendekatan ini mengandung makna bahwa persoalan kesehatan masyarakat bukan semata-mata persoalan si individu

si sakit, tetapi masalah yang diderita oleh masyarakat. Bahwa si sakit tetap didorong untuk mengubah kebiasaan yang jadi pencetus penyakit, namun lingkungan sosial juga memiliki tanggungjawab yang sama untuk mengubah budaya yang menyebabkan individu alpa atau lengah atas bahaya penyakit yang mengintai dirinya. Kondisi perubahan yang terjadi karena perubahan kebiasaan dan cara pandang masyarakat tersebut biasa dikenal dengan sebutan perubahan sosial-budaya atau disingkat perubahan sosial.

Oleh sebab itu tulang punggung perubahan sosial bukan terletak pada individu-individu yang sudah dilatih secara intens. Perubahan sosial menjadi keniscayaan karena ada kekuatan kolektif yang menciptakan perubahan itu sendiri. Dan sumber perubahan lebih baik berasal dari dalam diri masyarakat karena masyarakat itu sendiri yang mengetahui perubahan sosial yang dikehendaki yang sesuai dengan kemampuan dan kondisi lingkungan sosial mereka.

Ternyata dengan pendekatan kolektif yang diwujudkan dengan terbentuknya pranata sosial seperti Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat (PIKM) beserta para kader kader yang handal, maka persoalan kesehatan masyarakat yang tengah melanda masyarakat tersebut, secara cepat dapat segera diatasi. Contoh terbaik atas pendekatan kolektif di dalam buku ini menjadi bukti yang bisa dipelajari dan diyakini sebagai cara untuk menghadapi masalah kesehatan masyarakat. Tidak perlu ada ketakutan berlebihan atas dihentikannya bantuan dari lembaga donor atau pendekatan kolektif ini tidak dikenal di dunia barat. Biarkanlah pendekatan-pendekatan program dikembangkan dengan caranya masing-masing, tanpa harus saling meniadakan satu dengan lainnya. Berikanlah kesempatan yang sama untuk membuktikan pendekatan mana yang paling efektif dan efisien.

Tentu pendekatan kolektif lebih unggul, seperti yang sudah digariskan dalam pepatah “sekali mendayung dua-tiga pulau terlampaui”. Dengan

pendekatan kolektif bisa lebih hemat waktu, hemat tenaga, karena hemat waktu dan tenaga maka otomatis akan hemat biaya dan karena hemat biaya maka cakupan program dapat lebih luas lagi secara geografis dan demografis. Dan hal lain yang paling penting karena kepentingannya adalah perubahan sosial, maka prosedur makin sederhana dan akhirnya makin cepat pula pelaksanaan program intervensi.

Untuk mewujudkan pendekatan kolektif tersebut, diperlukan orang-orang yang memiliki kemampuan mengorganisir masyarakat. Oleh sebab itu PKBI melatih terlebih dulu para *community organizer (CO)* untuk mengawali proses intervensi berbasis kolektifitas. Pelatihan CO inilah yang menjadi tonggak penentu berhasil tidaknya pendekatan kolektif untuk terciptanya perubahan sosial. Metode yang diperkenalkan kepada calon CO, tentunya bukan teori-teori yang membelenggu keberadaan kekuatan kolektif, melainkan teori-teori yang menggali kekuatan kolektif sebagai modal sosial yang ada di masyarakat.

Berkat kerja para CO itu kemudian lahirnya para kader masyarakat yang memiliki perhatian, kemampuan dan kepedulian yang tinggi terhadap persoalan kesehatan masyarakat. Dari kaderlah bola kemudian bergulir dengan deras dan membesar laksana bola salju. Itulah yang sekarang terjadi dengan keberadaan kader PIKM. Keuntungan lain yang seringkali dilupakan orang adalah inklusi sosial dengan seketika tercipta begitu saja secara alamiah tanpa rekayasa sosial yang penuh manipulasi. Masyarakat dengan lapang dada menerima siapapun yang menderita sakit layaknya anggota keluarganya sendiri. Tanggungjawab sosial tumbuh dengan lahirnya kader-kader yang tidak kenal lelah memelopori gerakan sosial untuk menghadapi segala epidemi penyakit. Dan pendekatan kolektif ini asli Indonesia sesuai warisan leluhur yaitu : Gotong Royong. Salam perubahan sosial. ■





LUKISAN



TAKDIR ITU BAGAIKAN LUKISAN YANG TERUS- MENERUS BERUBAH

FITRAH MANUSIA selalu ingin berubah, karena perubahan dalam kehidupan manusia adalah takdir, bukan nasib. Takdir adalah perubahan secara terus menerus untuk mencapai sebuah keinginan sesuai dengan prinsip-prinsip kehidupan manusia yang berorientasi pada kebahagiaan di

dunia dan akherat. Perjalanan manusia mencapai puncaknya bagaikan sebuah lukisan hidup yang menggambarkan proses dari mulai menentukan cita-cita, menggaris lurus dan horizontal, memberikan warna-warni, menyelaraskan komposisi warna dalam menentukan obyek lukisan, yang pada akhirnya berujung pada harmonisasi antara obyek lukisan dan perpaduan warna yang serasi dan bermakna. Ketika kita akan mengenal manusia ibarat kita melihat sebuah lukisan yang terpampang di sudut ruangan, kesan indah, artistic, serta lay out dari ruangan yang ada lukisan tersebut, akan sangat mempengaruhi cara pandang kita, namun kita juga sepakat bahwa sisi lain manusia yang sebenarnya tidak terbatas pada lukisan tersebut, karena manusia adalah makhluk hidup yang memiliki rasa dan keinginan yang berkelanjutan, dalam pembahasan di bawah ini kita akan mengenal manusia melalui analisis sosial sebagai kaca mata cara pandang yang lebih hidup dalam memahami kehidupan.

MENGENAL MASYARAKAT

Mengenal masyarakat melalui analisis sosial merupakan upaya untuk memperoleh gambaran yang utuh menyangkut situasi sosial. Analisis Sosial berfungsi sebagai perangkat yang memungkinkan membantu menangkap dan memahami realitas sosial. Maka melalui penggalian realitas sosial yang ada, bahkan pentingnya meneropong masalah-masalah yang spesifik di area yang akan menjadi sasaran perencanaan. Misalnya; soal inflasi, soal kekurangan pangan, soal pendidikan dasar, soal pelayanan kesehatan juga dapat melihat apa kebijakan-kebijakan yang terkait dengan masalah-masalah yang tengah melanda masyarakat. Yang jelas analisis sosial sangat memungkinkan untuk melakukan identifikasi, penyelidikan lebih jauh dan mendalam menyangkut struktur institusi sosial, budaya, ekonomi, politik yang terkait dengan masalah-masalah dan di sana pula berbagai kebijakan tertuju.

Melalui jangkauan dimensi di balik pokok-pokok masalah, kebijakan dan struktur, analisis sosial harus memfokuskan diri pada *sistem-sistem*

yang ada—karena pada sistem itu pun juga terdapat berbagai dimensi. Perhatian berikutnya dapat dilihat bagaimana bentuknya, misalnya bagaimana bentuk ekonomi dari sebuah sistem sosial sebagai bagian fungsional yang berbeda (banyak orang sering menyebutnya dengan *subsistem*). Padahal sistem sosial sendiri bertingkat-tingkat, dari tingkat yang paling bawah sampai ke atas: kelompok utama, komunitas lokal, negara, bahkan sampai ke tingkat internasional.

Langkah penting dalam melakukan analisis sosial yakni melakukan analisis ke belakang (sejarah)—orang-orang sering menyebut dengan analisis historis, dan menganalisis yang menurut banyak orang sering menyebut analisis struktural. Analisis historis, merupakan proses identifikasi tentang perubahan-perubahan sistem sosial dalam kurun waktu yang kita tetapkan, sedangkan analisis struktural menyajikan bagian yang representatif dari desain kerja sebuah sistem dalam momen waktu tertentu. Maka dua dimensi (historis dan struktural) sangat penting dan mendasar bagi proses analisis secara menyeluruh.

Selain dimensi historis dan struktural, juga harus dibedakan antara dimensi objektif dan subjektif dalam realitas sosial. Adapun dimensi objektif mencakup institusi, organisasi, lembaga-lembaga, pola-pola perilaku (perilaku masyarakat juga perilaku birokrasi) yang mengandung ungkapan-ungkapan struktural secara eksternal. Sedangkan dimensi subjektif yakni hal-hal yang terkait dengan kesadaran, nilai-nilai dan ideologi. Unsur-unsur tersebut harus dikaji-urai, dibongkar dalam rangka memahami berbagai asumsi yang pada dasarnya sangat aktif bekerja dalam situasi sosial yang ada. Untuk memahami unsur-unsur tersebut, melalui pertanyaan-pertanyaan harus dibongkar dan ditelanjangi berbagai asumsi, nilai-nilai dasar yang membentuk pandangan dan keputusan yang aktif bekerja dalam situasi sosial.

GARIS BATAS ANALISIS SOSIAL

Analisis sosial sebagai sebuah piranti/alat, perlu disadari ada keterbatasannya. Analisis sosial memang tidak dirancang untuk sebuah jawaban tentang apa yang harus dilakukan (pilihan-pilihan tindakan), analisis sosial tidak menyediakan *"blueprint"* tindakan. Analisis sosial hanya alat diagnosa sebagai prasyarat dasar agar diketahui apa penyakitnya, dari mana datangnya penyakit itu, apa penyebabnya sehingga penyakit-penyakit sosial itu muncul, juga apa kaitan penyakit yang satu dengan penyakit lainnya. Maka dengan sendirinya diagnosa belum tentu menjamin akan kesembuhan—analisis sosial hanya akan menghasilkan keterangan secara jelas tentang seluk-beluk penyakitnya. Analisis sosial tidak menyediakan pemecahan-pemecahan bersifat fragmatis dan langsung, analisis sosial hanya membantu menyediakan parameter yang dapat diajukan dalam keterkaitannya dengan strategi dan taktik, tidak sampai pada perumusan taktik dan strategi.

KERUMITAN DALAM ANALISIS SOSIAL

Orang sering mengabaikan analisis sosial ketika sedang membuat perencanaan strategis, walaupun sering juga menganggap bahwa analisis sosial itu penting. Ada banyak orang juga menganggap bahwa melakukan analisis sosial itu sulit dan terlalu mewah. Mengapa terjadi demikian?

- Keruwetan jalinan-jalinan manusia, institusi-institusi, jaringan kerja, dan berbagai mesin-mesin kerja, merupakan kompleksitas yang sering membikin ketidakberdayaan, bahkan mematikan yang mengarah pada "kelumpuhan analisis". Keadaan itu menyebabkan kebingungan, tergerus gelombang ketakutan. Makin banyak yang diketahui, makin banyak yang dimengerti, semakin bingunglah kita, dan celakanya semakin membuat orang tidak berani melakukan apa-apa.
- Masyarakat itu terus dan selalu berubah. Analisis yang pernah dilakukan sebelumnya bisa jadi tidak lagi cocok untuk hari ini (tidak

abadi). Perubahan-perubahan mendatang bisa jadi menggagalkan asumsi-asumsi yang sedang diyakini hari ini. Maka sebuah analisis akan sangat menentukan bagaimana interpretasi situasi baru dan juga akan menentukan apa temuan alternatif pemecahannya. Mutu dari sebuah proses analisis juga akan menentukan jawaban sosial kita itu kreatif, efektif atau justru sebaliknya, destruktif. Memang pada saatnya juga harus mulai diselaraskan antara analisis dan situasi-situasi baru. Untuk menghindari dogmatisme dan terjadi kebekuan gagasan, maka harus terbuka pada proses-proses refleksi kritis agar selalu dapat menyelaraskan analisis pada situasi-situasi baru.

- Melakukan analisis sosial sama saja memasuki "sengketa" bidang-bidang masalah. Karena analisis sosial tidak bebas nilai maka akan terkait langsung dengan tradisi cara pandang tertentu. Menyatakan diri tak berideologi juga sebenarnya merupakan posisi ideologis. Dengan memilih menempatkan diri dalam suatu visi masyarakat, entah itu kapitalisme, sosialisme, feodalisme, tribalisme dll, sesungguhnya tengah berinteraksi dengan berbagai gerakan sosial politik dan diantaranya saling bertentangan satu sama lain.

Dengan keterbatasan-keterbatasan tersebut, melakukan analisis sosial memang bukan tugas yang gampang dan ringan. Selalu ditemukan kerumitan, tak pernah selesai dan selalu kontroversial. Ketika orang baru mengenal dan melakukan analisis sosial selalu muncul pertanyaan: *"ngapain sih kita musti susah-susah?"*, *"Ngapain kita cari perkara?"*, *"Apa pentingnya ANSOS?"*, *"Mau berbuat baik saja kok ruwet, susah amat sih?"*. Pertanyaan-pertanyaan, reaksi seperti itu berasal dari warisan tradisi berpikir pragmatis yang berorientasi pada manfaat dan hasil langsung sehingga sangat lemah dalam membangun etos analisis. Akibatnya akan mudah membuang jauh-jauh apabila menemukan

kompleksitas persoalan yang ditemukan, atau kecenderungan menghindari dan mencari solusi yang sifatnya sementara dan sesungguhnya tidak akan terselesaikan. Bahkan menganggap bahwa melakukan analisis sosial merupakan kemewahan, kegiatan buang-buang waktu. Singkat kata warisan tradisi pragmatisme inilah yang telah memberikan sumbangan besar bagi pembangunan watak, dan etos yang menjurus pada sikap menganggap mudah, menganggap enteng, menyepelkan dan malas melihat persoalan sampai akarnya, menuntun orang untuk mudah menyerah-karena "gambar hidup" yang ada selalu menunjukkan tidak ada yang mungkin (*impossible*).

PERPECAHAN ATAU SOLIDARITAS

Kalau tidak terjadi perubahan pandangan baru di masyarakat dalam memahami persoalan sumber daya (alam, pekerjaan, bahan bakar, pangan dll)—tanggapan yang berlangsung hanya akan terjadi 2 (dua) bentuk yakni: perpecahan atau terjadinya soliditas.

Perpecahan (orang sering menyebut fragmentasi), kalau hal itu yang dihadapi, seringkali ketika menganalisis sistem sosial hanya dilihat hanya pada bagian-bagian perpecahannya saja. Kalau terjadi seperti itu maka sesungguhnya hanya memecahkan jangka pendek dan berarti keuntungan langsung dan cepat bagi beberapa orang, pihak tertentu saja dengan mengorbankan perubahan menyeluruh dan keuntungan jangka panjang. Setiap pihak/kelompok pasti lebih mementingkan dirinya tanpa memperhitungkan apalagi memperdulikan apa akibatnya bagi pihak/kelompok lain. Kalau terjadi fragmentasi semacam itu maka akan melahirkan disintegrasi sosial dan menghasilkan "mutu bermasyarakat" yang negatif.

Maka sekali lagi harus kritis menanggapi pragmatisme sosial yang mewariskan penyakit cara pandang, perspektif yang akut dan terjadi sepanjang kehidupan. Jika perhatian hanya tertuju, terpusat, fokus pada

bagian-bagian tertentu saja dan gagal memahami "gambar besar" yang lebih luas, maka pasti kesulitan menemukan dan menggalang strategi yang menguntungkan bagi masyarakat kebanyakan—warisan fragmatisme sosial juga membikin orang mudah bingung dan gampang dimanipulasi. Yang paling berbahaya justru ketika kaum fragmatis itu berkuasa pasti akan terjadi jalan pintas, ketegangan etnis, ras, antar jenis kelamin (gender), antar perbedaan usia, perbedaan tingkat pendidikan tidak akan pernah menjadi hitungan. Kelompok yang dilukai perasaannya oleh sistem yang ada justru sering gampang diadu dan harus menanggung kerugian seluruhnya. Peristiwa semacam ini bisa terjadi di tingkat lokal sampai ke tingkat internasional.

Apabila solidaritas yang justru lebih menonjol, maka harus lebih mendalam proses analisisnya. Tanpa menghilangkan tindakan-tindakan jangka pendek yang bersifat fragmatis namun tidak mengurangi bobot proses-proses transformasi. Tindakan fragmatis harus tetap dalam jalur kerangka struktural dan terkait dengan perjuangan sosial lebih luas, dengan berbagai masalah beserta penyebabnya, juga keterkaitan dengan area (lokal, nasional, internasional).

Tidak ada cara lain dalam proses penggalangan solidaritas atas nama keadilan dengan menggunakan Analisis Sosial (ANSOS) sebagai perangkat perencanaan strategis bagi organisasi yang meletakkan dirinya sebagai pendukung gerakan sosial—merupakan tantangan. Untuk memahami realitas sosial, dalam menganalisis perlu melihat sejumlah unsur dan dimensi di dalam masyarakat antara lain: dimensi historis, dimensi struktural, derajat masalah, berbagai pembagian.

1. Melakukan analisis Historis

Sejarah/historis, yakni untuk memahami asal-muasal pijakan saat ini, dari mana berangkatnya dan untuk menentukan mau pergi ke mana?

Kesungguhan memahami sejarah merupakan upaya membebaskan manusia, karena tengah menempatkan peristiwa/kejadian yang sedang berlangsung dan meletakkan tantangan ke dalam cara pandang. Asal-muasal merelatifkan apa yang dekat dan menunjukkan konteks yang lebih luas, memperjelas masa lalu sehingga terjadi tawar-menawar pandangan untuk masa yang akan datang. Penghindaran melihat sejarah menunjukkan orientasinya pada kemapanan (*status quo*) karena sama saja menjunjung tinggi sesuatu yang sesungguhnya lepas konteks, dan diagungkan sebagai satu-satunya yang mutlak dalam kehampaan (ruang kosong). Siapapun yang meyakini kemampuan sebuah sistem dan mencoba membandingkan dengan sistem yang lain (misalnya kapitalisme vs sosialisme), namun hanya berkuat pada sisi metode tanpa mengkaitkan dengan sejarah—padahal realitas sistem tersebut juga pada perkembangannya dipengaruhi secara terus menerus oleh sejarah yang konkret—realitas menjadi tenggelam dalam evolusi kehidupan sehari-hari. Maka kalau gagal memperhatikan dimensi ke belakang (sejarah), cara (metode) membandingkan seperti itu justru akan membawa hasil perbandingan yang tidak memadai dan menuntun pemahaman dalam kesesatan.

Mengembangkan kesadaran historis merupakan kesadaran memahami gerak waktu. Gerak waktu di sini tidak dipahami terjadi karena mutlak ditentukan secara alamiah seperti terjadinya musim, peredaran biologis pertumbuhan maupun kerusakan. Waktu menunjukkan deretan berbagai peristiwa/kejadian yang khas di mana kita terlibat secara sadar dan dengan sengaja pula berupaya untuk mempengaruhi. Dengan cara itulah manusia akan terbebas dari tirani kekuatan-kekuatan sejarah yang tidak nampak. Paulo Freire menandaskan *"Sangat penting upaya membangun kesadaran kritis, karena dengan kesadaran seperti itulah yang dapat membebaskan manusia dari posisi sebagai objek sejarah, mendorong kekuatan bagi manusia menjadi subjek sejarah (subjek perubahan)"*.

2. Melakukan Analisis Struktural

Ciri khas dari analisis sosial antara lain bagaimana upaya mengenali tatanan masyarakat kita secara tajam, melihat kaitan satu dan lainnya, bagaimana relasi kuasa, mendalami institusi dimana kita melaksanakan kehidupan bermasyarakat (kehidupan sosial). Tatanan sosial tersebut (antara lain: pemerintah, hukum, kebijakan, pendidikan, perdagangan, pelayanan publik, tenaga kerja, lembaga agama, keluarga dll) merupakan dasar pijakan bahwa masalah bukan dilihat secara pribadi, karena keadilan sosial merupakan masalah struktural. Harus menjadi catatan, bahwa aksi pribadi (individual) tidak menunjukkan pokok keadilan yang mendalam terhadap persoalan, pada akhirnya akan muncul pertanyaan-pertanyaan struktural, misalnya: menyangkut persoalan gender, pangan, pengangguran, pelayanan pendidikan, kesehatan, energi, gaji yang berbeda jauh, menggumpalnya posisi pengambil keputusan dll.

Melalui analisis sosial dimungkinkan untuk diketahuinya struktur kunci yang beroperasi dalam situasi dan bergerak di atas pertimbangan pribadi (individual) menuju arah perubahan sosial. Tanpa analisis seperti itu, seringkali dapat lumpuh menghadapi pertanyaan-pertanyaan yang sering muncul ketika sedang melakukan analisis: *"Gemana kita mau omong perubahan, kalau yang melakukan aksi perubahannya juga melakukan praktek-praktek yang tidak adil, apalagi orangnya adalah Tuan anu seorang terpandang dan dermawan bagi banyak lembaga sosial...."*

Dalam analisis sosial yang diperdebatkan bukan kebaikan atau keburukan seseorang (individu) di dalam suatu tatanan tertentu, melainkan tatanan itu sendirilah yang harus dikritisi ke dalam pertanyaan-pertanyaan analisis. Masalah petani yang digusur karena ada pelebaran kota, misalnya akan dijadikan objek untuk pembangunan real estate. Nah, permasalahan ini terkandung akar yang dalam, bukan pada pribadi-pribadi (tuan tanah, pejabat, atau pimpinan proyek), namun akarnya tetap terletak pada

tatanan ekonomi yang mendorong ke arah pembangunan industrialisasi. Dengan demikian analisa sosial yakni memindahkan individu-individu ke dalam sistem, struktur.

Secara ringkas terlebih dulu lihat tatanan ekonomi masyarakat, termasuk lembaga-lembaga bussiness dan komersial, sektor industri juga agriculture. Harus dicatat bagaimana struktur ekonomi membentuk pola-pola dasar produksi, distribusi, pertukaran dan konsumsi dalam masyarakat, juga secara detail lihat kecenderungan, fenomena apa yang sangat berpengaruh pada situasi sosial masyarakat, misalnya apa dan bagaimana implikasi pasar bebas di masyarakat.

Mengkaji urai pertanyaan struktur ekonomi akan mendorong keinsafan kita akan kelas-kelas ekonomi juga apa pengaruhnya nilai-nilai yang berkembang di masyarakat. Demikian juga pengaruh tatanan kekuasaan politik dan perilaku birokrasi sejak di tingkat kelurahan, kecamatan, kabupaten dan seterusnya (sejak dari tingkat lokal sampai di tingkat internasional). Juga institusi-institusi seperti kelompok-kelompok di masyarakat yang memiliki pengaruh, jaringan organisasi, kelompok-kelompok profesi, persatuan pedagang, berbagai koalisi, institusi agama dll. Analisa sosial atas tatanan politik sangat memungkinkan untuk menentukan di mana dan oleh siapa keputusan-keputusan kunci dibuat, siapa—pihak apa saja yang terlibat, bagaimana proses keputusan itu ditetapkan dan apa saja kemungkinan yang terjadi "akibat" keputusan-keputusan tersebut.

Pentingnya melihat tatanan budaya yang berperan sebagai dasar institusional untuk membangun mimpi-mimpi, mitos dan symbol-symbol di masyarakat. Orang sering menganggap bahwa mimpi-mimpi itu aneh, padahal ketika mimpi-mimpi itu melembaga bukan tidak mungkin mimpi itu akan terwujud menjadi kenyataan. Kita tahu bahwa kebudayaan kita adalah merupakan campuran, perpaduan yang berasal dari banyak warisan

ethnis, budaya setempat, pengaruh Hindu, Islam, Eropa, Cina, budaya kaum pendatang. Maka perlu dilihat mana yang paling dominan dan yang kurang dominan? Aspek-aspek sosial psikologi apa yang mempengaruhi peristiwa-peristiwa tertentu, misalnya bagaimana memobilisasi perasaan melalui gerakan patriotisme, kecemburuan sosial, kesukuan, agama dll. Maka penting juga mempertimbangkan seberapa jauh interaksi, relasi antar struktur—misalnya, apakah terjadi relasi antara struktur ekonomi yang operatif dalam suatu wilayah negara dengan struktur politik yang ada? Bagaimana relasi antara kekuatan ekonomi perusahaan multinasional dengan kekuatan politik yang dominan di negara yang sedang berkembang, atau juga misalnya di negara yang militernya cukup dominan.

Contoh lain terjadinya aliansi institusional yang dapat mengejutkan juga terjadi pada media massa, misalnya: sebuah surat kabar, atau televisi secara ekstrim mampu mempengaruhi dalam aspek politik, ekonomi, dan kultur masyarakat yang dilakukan melalui politik reklame, pembenaran akan calon-calon politik dan laporan budaya. Kalau pemilik media massa tersebut juga memiliki kekuatan mengontrol media massa lainnya, maka boleh jadi mereka memiliki konsentrasi kekuatan yang hebat sekali.

3. Masyarakat

Analisis sosial juga harus sampai melihat dengan lebih jelas bagaimana pembagian di masyarakat apa kaitanya dengan ras, jenis kelamin; usia, kesukuan, agama, geografis, antar tingkat pendidikan dan sebagainya. Kenyataannya pembagian itu ada di masyarakat, itu diluar kita setuju atau tidak. Bahkan seringkali pembagian seperti itu lebih nampak, berkembang dan sangat operatif di masyarakat. Maka dalam proses menganalisis persoalan ini, sama sekali tidak boleh diremehkan, bahkan harus ditarik sebagai elemen kunci. Mengabaikan soal devisa ini berarti sama saja anda melewati gambaran total realitas masyarakat. Mengapa harus menjadi elemen kunci? **Pertama**, karena akibat dari suatu kejadian istimewa dalam suatu situasi sosial tertentu ternyata tidak mempengaruhi semua orang

dengan cara yang sama (misalnya akibat dari resensi ekonomi). **Kedua**, beberapa divisi dalam masyarakat pluralistis jika “dimainkan” satu dengan yang lain dapat merupakan kekuatan yang merobek-robek dalam suatu proses perubahan sosial (misalnya persaingan antara kaum pribumi dan keturunan dalam mencari fasilitas untuk mengembangkan perusahaan). Kita kadang-kadang beranggapan bahwa semua orang melihat, menyelami dan merasakan realitas sosial dalam cara yang sama. Padahal tidaklah demikian—sebagai contoh, figur yang paling banyak dilaporkan untuk pengangguran menyamaratakan semua kelompok yang diwakili bersama-sama oleh kaum muda, yang merupakan akibat dari ledakan penduduk, urbanisasi atau pendidikan rendah. Statistik resmi hanya menunjukkan banyaknya jumlah pengangguran tetapi tidak pernah menyentuh bahwa pengangguran disebabkan antara lain karena sistem pendidikan atau sistem ekonomi itu sendiri.

Apakah dalam nuansa tradisional masyarakat kita yang pluralistis sebenarnya ada “kelas-kelas” masyarakat? Suatu “analisa kelas” memberikan kemungkinan untuk melihat siapa yang membuat keputusan-keputusan ekonomi dan politis yang mempengaruhi kehidupan masyarakat secara luas. Suatu “analisa kelas” dapat dibuat dengan tiga pertanyaan kunci yang sederhana, yakni:

1. Siapakah yang membuat keputusan?
2. Siapakah yang paling banyak memperoleh keuntungan dari keputusan-keputusan itu, masyarakat atau kelompok tertentu saja?
3. Siapakah yang menyelenggarakan dan membiayai keputusan-keputusan itu?

Marilah kita kaji keputusan untuk maksud “proses pembaharuan” suatu bagian khusus sebuah kota misalnya. Seringkali keputusan semacam itu dibuat oleh pejabat-pejabat pemerintah lokal—yang tidak mendengar, apalagi mewakili penduduk di daerah yang akan diperbaharui (walau

mereka dipilih), atau bahkan sesungguhnya tidak pernah jelas bagaimana mekanisme untuk sebuah keputusan. Dalam bekerja sama dengan pihak real estate, minat pembangunan dan perbankan, penduduk ditinggalkan begitu saja. Mereka yang akan menarik keuntungan dari perluasan daerah tersebut menjadi daerah komersial adalah orang-orang yang berpenghasilan menengah ke atas. Orang-orang yang berpenghasilan rendah dan miskin tidak akan dapat menikmati hasil, bahkan akses untuk mengetahui pelaksanaan keputusan itu, bahkan penduduk lokal akan dipindahkan ke bagian lain dan biasanya tanpa keuntungan yang seimbang dan hampir pasti tanpa perubahan nasib. Kalau toh berubah biasanya justru menjadi lebih parah!

Pada akhirnya analisa sosial akan membawa kita ke level yang lebih tinggi, regional maupun nasional, misalnya pengamatan pada keputusan-keputusan (kebijakan) ekonomi negara yang dibuat oleh kurang dari satu persen jumlah penduduk.

4. Tingkatan Pokok Masalah.

Tingkat pokok masalah ada bermacam-macam, yakni lokal, regional, nasional dan internasional. Kerangka dari analisa sosial akan menunjukkan level/tingkat dari pokok masalah, bahkan lebih penting lagi analisa sosial mampu menunjukkan hubungan antar level yang ada.

Seperti pokok masalah “garis merah” (*red line*) pada pembaharuan suatu daerah/lingkungan mempunyai fokus lokal yang dominan. Yang dimaksudkan dengan “garis merah” adalah bila suatu Bank misalnya menolak untuk memberikan bantuan modal kepada suatu bagian geografis tertentu (dapat pula bagian kota tertentu) karena resiko ekonominya terlalu tinggi oleh berbagai sebab, maka Bank tersebut akan menarik garis merah diatas peta daerah geografis tersebut.

Atau barangkali perlu dikaji apakah pokok masalah tersebut diatas mempunyai hubungan fundamental, misalnya karena “keseimbangan perdagangan” antara satu negara dengan negara lainnya. Keseimbangan perdagangan menunjukkan apakah nilai ekspor dan impor seimbang. Jawaban terhadap pokok masalah tersebut akan berkembang menurut levelnya sendiri. Meskipun begitu terdapatlah antar hubungan yang kuat antar level-level tersebut. Jika kita memerlukan jawaban efektif, maka hubungan ganda tersebut harus dikenali. Sekali lagi marilah kita perhatikan pokok masalah “garis merah”.

Masalah pokok lokal yang predominan ini dapat saja dihubungkan dengan suatu pokok masalah regional yang berarti, misalkan mengapa arus modal asing sangat deras mengalir ke negara dunia ketiga yang miskin (inipun sering terlokalisir di daerah tertentu). Sebab dan akibatnya tentu bermacam-macam tergantung dari level apa masalah ini dipandang. Satu penyebab misalnya karena tenaga kerja di negara kaya sudah demikian mahal, sementara di negara-negara “selatan”, tenaga kerja murah dan belum terorganisir serta mudah dikendalikan oleh pemegang kekuasaan, apalagi potensi alamnya rata-rata kaya dan belum diolah. Sedang akibat langsung dari negara pengekspor modal itu adalah kemungkinan naiknya angka pengangguran dan semakin sempitnya kesempatan kerja. Pertanyaan mendasarnya pada masalah ini pada akhirnya adalah siapa mengekspor apa untuk keuntungan siapa dan siapa pula yang menjadi korban. Hal ini akan semakin rumit bila kita mencoba menganalisa hubungan pokok masalah ekonomi, politik, dan militerisme. Setidaknya melalui analisa sosial, kita dimungkinkan untuk mengetahui bahwa satu masalah tidak pernah berdiri sendiri karena masalah yang ada tersebut merupakan bagian dari keseluruhan. Hubungan dari bagian pokok masalah terhadap keseluruhan hubungan dapat dimengerti dengan pertolongan beberapa pertanyaan fundamental:

1. Siapa yang mempunyai kekuasaan?
2. Untuk keuntungan siapakah kekuasaan itu digunakan?

3. Dipimpin oleh nilai-nilai apa sajakah?
4. Dengan cara apakah penguasa itu meletakkan visi masa depan?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut cukup memadai untuk mengawali pengamatan pada tiap level masalah; baik loka, regional, nasional, maupun internasional.

Akibat dari suatu analisa sosial dapat membingungkan dan menyebabkan rasa frustrasi. Oleh karenanya penting sekali untuk memahami apa yang sebenarnya harus diusahakan melalui ANALISA SOSIAL, kesulitan apa saja yang dihadapi, aspek realitas apa yang harus diamati.

5. Tingkatan analisis struktural

- **Tingkat Mikro:** Proses analisa sosial harus dimulai bersama masyarakat; dengan menganalisa situasi lokal – keluarga – desa/ kampung – tempat bekerja – ORMAS – kelompok minoritas baik suku maupun agama dimana mereka berada atau bekerja. Masyarakat lebih mengenal realitas yang mereka kenam sehari-hari dan oleh karenanya mereka dapat merefleksikannya. Mereka harus mengadakan analisisnya sendiri. Dalam mengungkapkan pengalaman yang mereka miliki maka mereka akan sering menyatakan efek kultural dan sistem yang ada di lingkungannya. Dalam konteks ini analisa sosial akan menguatkan masyarakat dalam mengatasi fatalisme, apatisme, praktek tahayul, ketidakberdayaan, kebisuan, dll. Tentu saja analisa struktural akan mulai berpengaruh untuk melangkah maju ke arah yang dapat mempengaruhi suatu perubahan untuk keuntungan mayoritas masyarakat.
- **Tingkat Makro:** Situasi lokal biasanya ditentukan oleh impact keseluruhan sistem yang ada di tengah masyarakat. Jadi tingkatan kedua dari analisa struktural ini imperative. Analisa makro seyogyanya dilakukan oleh mereka yang terlibat mencari penyebab kemiskinan dan



berusaha memperoleh sumber-sumber yang dapat mengungkapkan penyebabnya. Peranan organisator atau siapapun yang berjuang bersama masyarakat adalah menggunakan kedua tingkatan analisa tersebut secara bersama di tengah masyarakat. Sehingga proses yang ada merupakan proses yang dinamis yang melibatkan organisator dan masyarakat dalam suatu *mutual learning process*. Dalam hal ini organisator harus mampu mengasimilasikan pengalaman masyarakat dengan berbagai sudut pandangan ilmiah yang didapat dari *resource persons* yang berasal dari luar lingkungan masyarakat. Organisator merupakan penterjemah antara hubungan mikro dan makro, menyampaikan kepada masyarakat yang tertindas dan mengkomunikasikannya kepada *resource persons*.

Catatan:

Analisa sosial dan analisa struktural adalah salah satu alat untuk mengetahui stratifikasi dan struktur-struktur (tatanan) yang ada di tengah

masyarakat tertentu. Analisa tersebut merupakan sebuah aspek ilmu sosial yang digunakan untuk membuka hampir semua problem sosial dan merupakan alat yang penting untuk menuju perubahan sosial. Kekurangmengertian terhadap terorganisasikannya masyarakat serta kekuatan positif dan negatif yang beroperasi di tengah masyarakat yang tertindas akan menyebabkan setiap usaha perubahan mengalami kegagalan langsung.

Analisa sosial dan struktural adalah milik masyarakat. Tak seorangpun dapat membuat analisa tanpa melibatkan masyarakat. Analisa struktural harus dimulai dari lapisan pengalaman yang dimiliki masyarakat dan dari dasar tingkat pemahaman terhadap situasi yang mereka hadapi. Hal ini akan menguatkan inisiatif masyarakat bersifat kolektif dan partisipasi mereka dalam proses langsung untuk merubah kondisi mereka. Analisa sosial dan struktural menciptakan lingkungan yang positif menuju perubahan dan untuk mengatasi rintangan-rintangannya. Pendekatan yang pada kenyataannya hanya akan menguatkan pihak *oppressor* harus dihindarkan karena pendekatan semacam itu justru akan membawa ke arah "*anti-perubahant*" di kalangan masyarakat dan justru akan memperteguh *status-quo*.

Tanpa didahului dengan analisa yang cukup, sebuah program tanpa disengaja dapat berlangsung di dalam *framework* yang digunakan oleh sistem yang menghisap, dan bahkan justru akan membantu memperkuat dan memperbesar kekuatan penindasan. Perubahan dengan keadilan sosial sebagai tujuan hanya dapat berlangsung bila kita dapat secara jelas mengetahui dimana ketidakadilan mengambi tempatnya.

Analisa struktural prosesnya harus dilakukan bersama masyarakat. Analisa ini tidak dapat dibuat secara kerucut tanpa melibatkan masyarakat. Peranan organisator dalam hal ini ialah melengkapi masyarakat dengan berbagai aspek teknik agar mereka mampu mengadakan analisa sendiri.

Proses dari suatu analisa harus menyentuh setiap aspek pengalaman program sebagai latihan yang terus menerus di kalangan masyarakat.

6. Proses Analisa

Menciptakan Dan Menumbuhkan Kesadaran Masyarakat

Masyarakat sering menyalahkan nasib atau kurang mampu dan kurang memahami kondisi mereka. Bahkan seringkali mereka berpikir bahwa bagaimanapun, mereka berada dalam tingkatan kelas yang berbeda dengan pihak yang menindas mereka. Justru karena adanya hal tersebut diatas sesungguhnya masyarakat memperkokoh sistem yang tidak adil dimana di dalam sistem tersebut mereka menjadi penderitanya. Maka analisa struktural harus menciptakan dan menumbuhkan kesadaran di kalangan masyarakat:

- Mengungkapkan faktor-faktor power, dan membangkitkan kesadaran masyarakat terhadap situasi yang mereka hadapi.
- Membawa penindasan ke permukaan agar masyarakat dapat merefleksikan pengalaman-pengalaman yang dirasakan dari adanya penindasan tersebut.
- Menggambarkan stratifikasi sosial dan memperdalam proses pengamatan/penyelidikan sosial. Analisa dilakukan pada tingkat kemampuan masyarakat untuk menjelaskan situasi dan kondisi mereka. Bila organisator menggunakan framework yang jelas, maka masyarakat akan dapat mengenal perspektif penderitaan, tekanan dan penindasan yang melanda mereka. Disini akan menjadi jelas bahwa pengalaman yang dimiliki masyarakat memiliki arti yang sangat penting.
- Membantu mengungkapkan mata rantai antara penyebab di tingkat lokal (mikro) dan di tingkat nasional maupun internasional (makro).

Identifikasi

Untuk memahami siapa penindas dan tertindas dan ditemukannya akar

penyebab penindasan Identifikasi sangat penting untuk menentukan siapa sesungguhnya yang harus dihadapi dalam perjuangan keadilan. Filsafat perang mengatakan : *musuh yang masih kabur (kurang pasti) berarti kekalahan 50% dalam pertempuran!*

Menentukan Sasaran

Dengan analisa struktural, harus sampai pada kemampuan menentukan sasaran dengan lebih jelas. Memusatkan perhatian pada mereka yang paling miskin dan menderita, dan merubah pendekatan-pendekatan proyek menjadi pendekatan gerakan (*movement*) masyarakat dimana masyarakat secara kolektif akan menjadi penentu nasibnya sendiri dan menjadi subyek dalam membuat perencanaan, pengambilan keputusan, maupun pelaksanaan kegiatan mereka. Menetapkan tujuan jangka panjang (VISI) yang jelas, dalam membentuk *human community* yang adil tanpa eksploitasi dan penindasan. Menyediakan perspektif kerja pembangunan yang terpadu dan efektif.

Merancang taktik dan strategi

Membentuk masyarakat dalam merancang strategi yang sesuai untuk menghadapi penindasan, masyarakat harus dididik secara kolektif sehingga mereka dapat menjadi subyek diri sendiri dan dapat menentukan nasibnya sendiri. Mengidentifikasi potensi-potensi dan sumber-sumber yang ada di tengah masyarakat dan kebutuhan akan sesuatu hal yang hanya bisa didapatkan dari sumber diluar masyarakat yang diorganisir. Memberikan pengertian perlunya rasa percaya pada diri sendiri dan solidaritas dengan kelompok lain yang tertindas.

Proses Aksi Refleksi Bersama Masyarakat

Proses aksi refleksi yang dilakukan bersama masyarakat akan membantu dalam membentuk rasa sensitif masyarakat terhadap kebutuhan dan hak-hak yang sesungguhnya mereka miliki; merubah sikap apatis

dan mentalitas fatalisme, menguatkan masyarakat untuk berjuang mendapatkan hak-haknya.

Bagi mereka yang paling miskin dan tertindas, dunia ini dianggap sangat sempit. Seperti katak dalam tempurung, persepsi mereka terhadap suatu peristiwa sangat dangkal sekali. Oleh karenanya harus kita sadari bahwa tahayul dan fatalisme berperanan besar sekali di tengah mereka. Namun analisa yang dibuat dalam tingkat pemikiran yang dapat mereka ikuti akan memungkinkan dapat membuka mata dan merubah mentalitas mereka. Masyarakat akan tumbuh bersama melalui sikap kritis ke arah persatuan dan solidaritas. Dengan bantuan analisa, masyarakat mengerti bahwa penderitaan yang mereka derita memiliki ikatan dengan penderitaan kelompok lain. Bila mereka memahami interelasi situasi lokal dengan situasi tatanan nasional bahkan pengaruh internasional yang bersifat memeras, secara emosional mereka siap memberikan solidaritasnya kepada kelompok lain yang menderita.

Membentuk lembaga-lembaga dan nilai-nilai baru di tengah masyarakat, demikian pula membentuk relasi-relasi baru dan penanaman modal yang dibuat oleh masyarakat dan bagi kepentingan sendiri.

7. Instrumen analisis

Analisa sosial, atau penganalisaan masyarakat, melibatkan dua hubungan yang erat:

- Antar kelas, disebut analisa kelas.
- Antar sub-sistem dalam masyarakat dimana ada 3 sub sistem dasar yang sangat berpengaruh, ialah: Politik, Ekonomi, Budaya (termasuk agama, keluarga, pendidikan dan mass-media).

Dengan demikian menjadi lebih jelas bahwa analisa struktural adalah analisa yang meliputi bagaimana kelas masyarakat dan sub-sistem yang

ada beroperasi dan bagaimana mereka saling berhubungan.

Alat-alat yang dapat digunakan untuk penganalisaan adalah:

Dapat menggunakan questionnaires dan surveys, pengamatan sosial (preliminary mendalam). Disamping itu secara berkala harus ada proses pendidikan langsung di masyarakat, baik melalui Pendidikan formal dan non-formal (misalnya melalui: Kelompok belajar, kelompok diskusi dan seminar) Melalui kelompok-kelompok tersebut masalah yang dibahas dapat difokuskan pada masalah tanah, penggajian dan upah, operasi pemasaran dll. yang sedang hangat, dirasakan oleh masyarakat, dan lakukan proses mengkaitkan masalah di tingkat mikro dan makro melalui: Refleksi atas sejarah dan pengalaman. Pengalaman harian yang menyentuh hati masyarakat dapat dibicarakan dan digunakan sebagai alat penyadaran. Melalui cara itu masyarakat akan mulai bertanya.

Suka dan berani bertanya merupakan tanda positif bahwa mulai timbul kebangkitan. Memberikan gambaran-gambaran yang konstan merupakan tugas setiap organisator. Oleh karenanya setiap organisator masyarakat yang berorientasi bekerja bersama masyarakat, harus senantiasa siap memberikan gambaran-gambaran untuk memacu masyarakat sanggup berpikir sendiri dengan kritis dengan melalui proses dan penggunaan media-media dalam rangka memudahkan pemahaman masyarakat misalnya: Konsientisasi (penyadaran melalui proses sosialisasi sejak kanak-kanak. Media komunikasi, buletin, majalah dinding, Radio komunitas, drama & role playing, wayang, boneka, cerita kuno/sejarah, menggunakan barang-barang yang ditemukan secara mudah di tempat yang bersangkutan. Bahan-bahan yang digunakan dapat menggunakan barang-barang atau benda-benda yang sehari-hari mudah ditemukan.

Sebagai contoh, bekas kaleng semir sepatu dapat mengilustrasikan bagaimana, tanpa sepengetahuan kita, ternyata Perusahaan Multi

Nasional Corporation (MNC) telah membuat kita mengeluarkan uang yang menguntungkan mereka.

Program disusun untuk membantu masyarakat memahami cara menghubungkan kondisi-kondisi tertentu dengan situasi yang ada secara utuh (mikro-makro) melalui *case study*, dokumentasi, dll. Menggunakan metode dialog (hadap masalah). Organisator harus memperhatikan secara tajam setiap situasi yang dapat membawa ke arah pengertian kebutuhan analisa melalui dialog antar pribadi dan antar kelompok.

“Exposure programs” ke pengalaman dan situasi kehidupan yang berbeda. Bila seseorang melakukan survey tentang kondisi hidupnya sendiri, ia dapat pergi ke daerah lain yang lebih berkembang atau yang lebih terbelakan dengan maksud mengadakan perbandingan, ia dapat pergi ke rumah sakit dan dari pengalamannya akan mulailah timbul pertanyaan-pertanyaan. Demikian pula seorang buruh yang menderita dapat menjumpai majikan yang memerasnya dan mengetahui apa saja yang sudah diterima dari kemakmuran milik majikannya.

MENGERAKAN MASYARAKAT

KPAN pernah menyelenggarakan penelitian yang dilakukan oleh Dr Gigi Ririn Hapsary M.kes sebagai berikut; **Analisis Wacana atas Perlindungan dan Pemenuhan Hak Kesehatan Perempuan dan Anak dalam Kebijakan Pencegahan HIV dan AIDS**

Upaya-upaya penanggulangan HIV dan AIDS sudah dilakukan hampir dua dekade. Namun, penyebaran virus HIV tidak hanya meluas tetapi juga berubah arah, bukan hanya menasar kelompok berperilaku resiko tinggi tetapi juga kelompok yang tidak berperilaku beresiko, yakni pasangan seksual dari kelompok resiko tinggi, terutama perempuan.

Pada tahun 2005, persentase perempuan yang memasuki stadium AIDS

adalah 16% atau 1:5,1. Kondisi ini masih sama dengan tahun 2006. Namun proporsi ini bergeser dengan laju yang lebih cepat pada perempuan yang memasuki tahap AIDS dari tahun 2007 – 2009. Diakhir 2009, dilaporkan 25,8% kasus AIDS adalah perempuan. Dalam waktu 3 tahun perbandingan perempuan dan laki-laki AIDS bergeser menjadi 1: 2,9. (Tabel 1)

Tabel 1.
PRESENTASE KUMULATIF KASUS AIDS BERDASARKAN
JENIS KELAMIN (2005 - 2009)

TAHUN	LAKI-LAKI(%)	PEREMPUAN (%)	TIDAK DIKETAHUI (%)
2005	82,0	16,0	2,0
2006	82,0	16,0	2,0
2007	79,6	19,8	0,6
2008	74,9	24,5	0,5
2009	73,7	25,8	0,5

Sumber: Laporan Triwulan Tahun 2005- 2009, Depkes RI

Sumber: Laporan Triwulan Tahun 2005- 2009, Depkes RI

Pada tahun 2006, jumlah populasi dewasa terinfeksi HIV diperkirakan 193.000 orang, dimana 21% dari total angka tersebut adalah perempuan. Pada tahun 2009 diperkirakan jumlah ODHA sudah mencapai 298.000 dan proporsi perempuan meningkat menjadi 25%. Di dunia, persentase perempuan ODHA sudah mencapai 50% dari total ODHA.

Berdasarkan data Depkes RI (2009) 44% pekerjaan perempuan AIDS adalah ibu rumah tangga. Peningkatan proporsi perempuan yang terinfeksi HIV juga akan diikuti dengan peningkatan jumlah anak yang terinfeksi HIV akibat penularan dari ibu ke bayi. Walaupun proporsinya sangat kecil dibandingkan dengan cara penularan lainnya, namun penularan HIV dari ibu ke bayi menunjukkan peningkatan yang sangat bermakna. Pada tahun 2005, kumulatif kasus AIDS yang didapat dari perinatal sebanyak 1,2%. Ternyata di tahun 2009, sudah meningkat lebih dari seratus persennya

sehingga mencapai 2,6%. Peningkatan ini luput dari perhatian, karena selama ini lebih banyak perhatian diberikan pada penularan melalui jarum suntik dan hubungan seksual. Data ini dapat dijadikan salah satu indikasi belum berhasilnya program pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi (PMTCT) dan pencegahan HIV lainnya.

Pola yang sama juga dapat terlihat dari kumulatif kasus AIDS dari tahun 2005-2009. Pada tahun 2005 kasus AIDS yang ditemukan pada anak usia dibawah 15 tahun sebanyak 1,23%. Diakhir tahun 2009, persentasenya meningkat 2 kali lipat hingga menjadi 2,64%. Menilik rentang usia yang masih sangat muda, kemungkinan terbesar virus HIV didapatkan juga melalui penularan dari ibu ke bayi. Jika dilihat dari cara penularannya, perempuan lebih banyak tertular HIV melalui hubungan seksual yang tidak aman, sedangkan penularan pada anak, lebih banyak terjadi pada masa perinatal.

Pencegahan HIV merupakan salah satu strategi yang sangat penting dalam upaya penanggulangan AIDS. Terdapat 3 cara penularan HIV yaitu melalui jarum suntik, hubungan seksual dan infeksi dari ibu ke bayi. Secara umum program pencegahan dikategorikan berdasarkan ketiga cara penularan tersebut. Pertama, program pencegahan HIV melalui jarum suntik dilakukan melalui program pengurangan dampak buruk secara komprehensif. Kedua, pencegahan terhadap penularan melalui hubungan seksual yang tidak aman, dilakukan dengan program promosi penggunaan kondom, pengobatan infeksi menular seksual. Ketiga, pencegahan terhadap penularan melalui ibu ke bayi dilakukan dengan mengembangkan mengoptimalkan akses pada layanan VCT bagi ibu hamil dan pasangannya serta menguatkan jejaring rujukan PMTCT melalui jaringan layanan Kesehatan Ibu Anak.

Panduan, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis untuk pelaksanaan program-program tersebut sudah dibuat dan disebarakan ke semua propinsi

serta dinas terkait. Program peningkatan kapasitas bagi penyusun program maupun pelaksana program juga terus dilakukan. Namun, tampaknya belum memberikan dampak yang bermakna pada penurunan infeksi baru pada perempuan dan anak.

Padahal di sisi lain, sehat adalah salah satu hak dasar manusia yang termuat dalam Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia. Kesehatan warganegara Indonesia juga dijamin oleh UUD 1945.

Fakta-fakta di atas menunjukkan perlunya mengkaji ulang semua dokumen yang terkait dengan program pencegahan ini, untuk melihat cara pandang, sudut pandang dan jarak pandang pada saat merancang program tersebut. Apakah memang program-program tersebut dibuat dengan kesadaran untuk melindungi dan memenuhi hak kesehatan warga negara Indonesia khususnya perempuan dan anak, atau mungkin ada bias kepentingan lainnya.

Maka penelitian ini akan menggunakan analisis wacana dengan melakukan pembacaan secara ketat pada semua dokumen yang terkait dengan program pencegahan terutama yang terkait dengan perempuan dan anak untuk menjawab pertanyaan, mengapa program pencegahan HIV belum mampu memenuhi dan melindungi hak kesehatan perempuan dan anak.

TERSINGKIRNYA HAK KESEHATAN PEREMPUAN DAN ANAK

Konsep “populasi kunci” dalam SRAN yang melenyapkan kategori “kelompok rentan”, dan hanya memuat kategori “ODHA” dan “kelompok berisiko tinggi”, bisa menjadi tahap awal dari kurangnya perhatian atas perempuan dan anak dalam dokumen-dokumen turunannya. Cara pikir yang digunakan untuk menentukan “populasi kunci” dan kemudian intervensi terhadapnya membuat perempuan dan anak yang tidak termasuk dalam populasi kunci tidak akan terjangkau. Selain itu kebutuhan



layanan perempuan dan anak (di luar jarum suntik dan kondom) seperti kebutuhan akan informasi, konseling, test dan lainnya semakin jauh dari perempuan dan anak.

Di atas telah diulas bahwa konsep impor ini sejak awal ditempat asalnya telah mereduksi kelompok dengan risiko tinggi menjadi hanya mereka yang dianggap “Yang Lain” (the Other), seperti LSL, WPS, Penasun. Dampaknya, kelompok rentan yang tidak termasuk dalam kategori ini menjadi sering terabaikan. Meski sudah disebutkan dan sering dikampanyekan bahwa penularan sudah merembes ke masyarakat umum, namun nampaknya di SRAN 2010-2014, kelompok tersebut tetap terpinggirkan. Miskinnya konseptualisasi istilah atau identitas yang digunakan, terutama yang berada di luar “populasi kunci”, menimbulkan masalah turunan karena kacaunya kategorisasi. Manajemen yang berwatak sentralistik dan hirarkis yang menimbulkan kesulitan menyediakan data hingga layanan yang kontekstual, juga membantu meminggirkan perempuan dan anak dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

MEMBANGUN GERAKAN 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 disengaja). 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 dijumpatani, 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 strategi 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 ODAH dalam ketidakberdayaan.

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 di atas menginspirasi lahirnya Pusat Informasi dan Kesehatan Masyarakat (PIKM).

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 berhat mendapat dan menerima informasi yang benar tentang masalah Narkoba Suntik, Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS.

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. PIKM adalah gerakan partisipasi masyarakat bukan perogram 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 pervedaan gerakan partisipasi dengan gerakan yang dilandaskan pada program atau proyek (lihat tabel)

GERAKAN ATAU 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	

Seseorang yang melakukan kerja pengorganisasian di masyarakat mempunyai peran dan fungsi utama memfasilitasi masyarakat agar bisa mengetahui dan sekaligus memiliki keterampilan 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 keterampilan teknis dan kreatif. Adapun langkah awal bagi masyarakat untu 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 sedunia) 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 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 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. Amati 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 besar dan melakukan fasilitasi pada mereka. Ajak mereka diskusi apa yang menjadi tujuan kita (yang juga untuk kepentingan masyarakat). Lakukan pertemuan seintensif mungkin, jika perlu sediakan hidangan ala kadarnya. Ajak mereka berpikir logis atas ide besar kita. Yakinkan dengan sesuatu yang bisa membuat 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 dipegang 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. ■





BINGKAI



KADER PIKM UJUNG TOMBAK PENCEGAHAN & PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

CATATAN INI bukan hanya sekedar catatan atau jurnal harian dari seorang pakar jurnalistik, dan juga bukan ilustrasi dari sebuah wacana kehidupan yang selama ini banyak di tulis oleh para pakar, akademisi, serta para sang professor, yang mungkin bisa jadi catatannya hanya menceritakan kembali

tentang teori-teori yang sudah ratusan tahun, selalu menjadi referensi dan rujukan untuk memperkuat argument atau sekedar penguat makalah, tesis, desertasi atau bentuk naskah yang lain agar di anggap lebih ilmiah, dan berbobot.

Catatan yang akan kami sajikan ini adalah catatan dari sebuah serial nyata yang benar-benar terjadi, bukan rekayasa apalagi sekedar wacana memperkuat cerita. Ini nyata dan factual kerja-kerja masyarakat yang aktif di PIKM (Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat) yang tersebar di penjuru Nusantara Indonesia Raya. Kami mulai cerita kerja kader PIKM Nusantara:



MALE NOERMALEWATI:

“Sahabat Sejati Genk Motor “

Genk Motor, apa yang ada dalam benak kita ketika mendengar kata Genk Motor ?, kenakalan remaja, kriminalitas, pengguna obat terlarang dan berbagai macam kebrutalan yang sering kita dengar, lantas siapa sih sebenarnya Genk Motor ? Berbagai atribut, trade mark atau stigma negative

terhadap Genk Motor, tidak membuat wanita yang satu ini surut untuk bergaul dan berteman dengan Genk Motor.

Adalah Male Noermalewati, Kader perempuan yang berhasil melakukan pengorganisasian pada genk motor dan komunitas jalanan lainnya, yang selama ini dianggap melanggar norma serta hukum di masyarakat, Bunda Male, begitu biasa di panggil, lahir di Ciamis Jawa Barat pada tanggal 15 Nopember 1967 bersama PIKM Anak Bangsa Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat, mendampingi anak jalanan dan genk motor yang ada di Tasikmalaya. Menurut Male, sebenarnya untuk mengajak kelompok manapun termasuk genk motor tidak susah, asal kita ada pendekatan dan tahu kemauan mereka, genk motor juga ada kemauan dan cita-cita. Faktor

lingkungan, factor pergaulan dan factor keluarga akibat perceraian orang tua dan kurang kasih sayang adalah penyebab mereka ada di jalanan, sehingga pendekatan yang berbasis ketrampilan dan melibatkan mereka dalam aktivitas seperti bermusik, olah raga serta kesenian lainnya sangat mampu menjadi jalan untuk mendekati genk motor dan anak jalanan.

Selama ini Male bersama PIKM Anak Bangsa menjalin mitra dengan xtc, vespa, arculys, blek baron, briges, metal head, juga bermitra dengan ormas, lsm, dinas kesehatan, dinas pendidikan, kepolisian dan koramil dan pemerintah daerah, kemitraan tersebut menurut Male, dilakukan agar ada pengakuan bahwa tidak semua genk motor berperilaku melanggar hukum. PIKM Anak Bangsa terus melakukan sosialisasi dan tes HIV bersama, sehingga sebanyak 500 orang anggota genk motor dan anak jalanan secara sukarela tes HIV.



ELSYA YULISKA LESTARI:

“Kader PIKM Remaja berhasil Mengajak Warga Tes HIV “

Elsya lahir di Tembilhan Kota Indragiri Hilir-RIAU, 22 April 1997 menjadi kader PIKM Tembilhan karena termotivasi oleh orang tuanya, yaitu ibunya Elsy yang memang aktif sebagai kader PIKM di desanya. Melihat kesibukan ibunya

sebagai kader yang tentunya banyak membantu dan menolong orang lain, membuat Elsy ingin berperan juga di masyarakat seperti yang ibunya lakukan. Sebagai kader remaja tentunya tidak begitu saja dapat berbaur dengan masyarakat, berbagai kendala dialami Elsy diantaranya masih banyak kader lain yang menganggap sebelah mata, meragukan kemampuannya, dianggap kurang berpengalaman, masih belum mampu banyak bicara di depan umum. Namun semua kendala tersebut dapat Elsy atasi dengan cara seringnya mengikuti kegiatan ibunya, baik di posyandu, pkk, majlis taklim dan di PIKM, sehingga seringnya Elsy ikut

kegiatan ibunya maka semakin banyak orang yang melihat dan mengetahui kemampuan Elsy sebagai kader remaja PIKM.

Langkah yang dilakukan Elsy untuk mengajak remaja aktif di PIKM dengan cara mendata potensi remaja, dari mulai mahasiswa, pelajar, palang merah remaja, organisasi kepemudaan serta remaja putus sekolah juga di ajak, disamping juga melalui kegiatan kesenian, terutama seni tari karena Elsy juga termasuk pandai menari tarian melayu. Setelah melakukan pendataan selanjutnya Elsy mengajak mereka untuk sosialisasi dan Tes HIV bersama. Elsy Yuliska Lestari, adalah kader remaja yang belum punya pengalaman namun berhasil mengajak masyarakat untuk beramai-ramai tes HIV.



I WAYAN S WIRYAWAN:

“5 Juta Dana dari Desa di Desa Adat Banjar Untuk Penanggulangan HIV & AIDS“

I Wayan Subaga Wiryawan adalah Kader PIKM Werdi Buana Kabupaten Badung Propinsi Bali, telah berhasil memasukan issue HIV & AIDS ke dalam sistem Desa Adat Banjar, sampai dengan berhasil menangani kasus di Desa tersebut. Pria yang lahir di Badung tanggal 20 Maret 1970 ini adalah Kepala Dusun Werdhi Bhuana selalu respon dan aktif dalam kegiatan yang diadakan di Desa Adat Banjar, tidak semua hal boleh di bicarakan dalam rapat adat biasanya ada beberapa aturan yang boleh dan tidak boleh untuk dibicarakan, biasanya yang dibicarakan dalam rapat adat adalah tentang pembangunan tempat ibadah, lengkap dengan upacaranya, masalah kesehatan, terutama kesehatan yang ada di masyarakat, sementara yang tidak boleh di bicarakan dalam rapat adat adalah masalah politik.

Untuk masalah kesehatan masyarakat terutama masalah HIV & AIDS selalu menjadi bahan diskusi dalam rapat adat, karena kasus HIV & AIDS sangat

meresaikan masyarakat, di dusun dimana I Wayan tinggal, ditemukan 13 kasus positif HIV, satu tahun terakhir sudah ada 4 orang yang meninggal dunia akibat HIV & AIDS. Keresahan I Wayan tidak hanya di renungkan, melalui PIKM I Wayan terus melakukan sosialisasi dan tes HIV bersama. Untuk tes HIV bersama I Wayan memberi contoh tes HIV terlebih dahulu, hal ini menurut I Wayan sangat penting untuk contoh di masyarakat bahwa tes HIV sangat mudah dan banyak manfaatnya. Kegiatan PIKM yang dipimpin I Wayan tidak hanya sekedar sosialisasi dan tes HIV, tetapi juga dalam rapat di Desa Adat Banjar, I Wayan mengusulkan dana kegiatan pertemuan dengan masyarakat untuk membicarakan HIV& AIDS serta Tes HIV melalui APBDES. Akhirnya ada dana sebesar 5 Juta Rupiah khusus untuk penanggulangan serta pencegahan HIV & AIDS.



MUHAMAD MUSTOFA:

“25 Juta Rupiah Dana Desa Untuk Pemulasaraan Jenazah ODHA “

Berawal dari ditemukannya Odha yang meninggal dunia di Dusun Wates Kabupaten Kediri, yang tentu berdampak terhadap proses pemulasaraan atau proses memandikan dan mengkafani jenazah odha

tersebut, tidak hanya pemulasaraan juga terhadap anggaran yang di butuhkan sebab tidak ada desa yang bisa di pakai secara mendadak, apalagi jika odha tersebut dari keluarga miskin. Menghadapi kenyataan tersebut Muhamad Mustofa yang biasa disebut Gus Mus bersama kader PIKM Wates melakukan pendekatan ke pemerintah desa, meminta kepala desa untuk memberikan dana yang dibutuhkan untuk pemulasaraan jenazah odha serta meminta kepala desa untuk memfasilitasi pengadaan kebutuhan alat yang di perlukan sesuai dengan standar kesehatan untuk pemulasaraan jenazah odha.

Rupanya usulan Gus Mus dan kader PIKM Wates di respon oleh kepala desa, bahkan untuk memenuhi dana yang diperlukan untuk pemulasaraan jenazah termasuk odha, serta untuk keberlangsungan kegiatan pencegahan dan penanggulangan hiv dan aids di desa, maka usulan tersebut di sampaikan dalam rapat musrembangdes (musyawarah rencana pembangunan desa) mengusulkan kebutuhan dana tersebut dimasukan ke APBDES (Anggaran Pendapatan Belanja Desa). Diusulkan pertahun sebesar 15 juta rupiah, sedangkan untuk pemulasaraan jenazah sebesar 25 juta rupiah dengan asumsi pertahun ada 50 orang yang meninggal dunia. Desa menurut Gus Mus, sesungguhnya mampu menyediakan dana bagi program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di masyarakat. Mohamad Mustofa atau Gus Mus adalah kader PIKM ysng berhasil menunjukan bahwa desa mampu mengalokasikan alokasi dana secara mandiri, untuk kegiatan di masyarakat walaupun hanya melalui peraturan desa (Perdes) atau peraturan kepala desa (Perkedes).



BIDAN MEILINA:

“Kok Pria Nggak Manfaatkan Layanan Puskesmas “

Bidan Meilina yang lahir di Karyamulia Prabumulih Palembang, tanggal 23 Mei 1991 adalah Kader PIKM Patih Gading, merasa gelisah karena banyak laki-laki yang tidak mau periksa atau memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas, padahal kesehatan adalah masalah bersama, bukan hanya perempuan tapi juga laki-laki. Kalau dikaitkan dengan kegiatan bidan di layanan kesehatan atau Puskesmas, ternyata bidan tidak hanya melakukan pemeriksaan kehamilan, menolong proses persalinan, suntik kb, memberikan imunisasi kepada bayi dan balita, bidan juga memberikan informasi tentang kb kepada laki-laki namun sayangnya setiap ibu hamil maupun perempuan yang mengakses layanan kesehatan, selalu datang

sendirian, jarang di temani oleh suaminya, padahal dukungan suami sangat di perlukan untuk memberikan motivasi dan pendampingan.

Bidan Meilina melihat adanya ketimpangan di layanan kesehatan yang selama ini dilakukan, ketimpangan tersebut diantaranya yang datang hanya perempuan, tidak terlihat ada pendamping atau suami, kalau toh ada suami yang mendampingi hanya mengantar berobat. Dari hasil pengamatan ternyata laki-laki atau suami tidak mau datang ke layanan kesehatan, menurut Bidan Meilina, karena malu, takut dan menganggap laki-laki atau suami tidak berisiko. Bidan Meilina kemudian mengadakan pendekatan dengan cara sering berkunjung ke rumah masyarakat untuk memberikan pendampingan kepada keluarga, terutama kepada istri dan juga memberikan informasi kesehatan kepada suami, Alhamdulillah ada tanggapan positif dari para suami yang akan memeriksakan kesehatan, di harapkan banyak laki-laki yang datang periksa kesehatan di layanan yang telah di sediakan, sehingga diharapkan jumlah kasus yang terjadi dapat di tangani dengan baik.



DEISYE PURUKAN

“Integrasi Pemeriksaan TB dan HIV “

Pulau Papua nan indah di lihat, tanah Papua mengandung emas dan harta terpendam lainnya, sejauh mata memandang nampak indah, cantik nan rupawan pulau dan tanah Papua, aku rindu pada Papua, siapapun pasti ingin menginjakan kaki di bumi Cendrawasih nan indah bak alunan orchestra yang memainkan musik mengajak kita untuk menari tarian Papua.

Kendati lahir di Manado, 20 Desember 1960, namun Deisye Purukan hidup lebih lama di tanah Papua dibanding tanah tempat Deisye lahir, gerak dan langkah hidupnya pastilah Papua, apalagi Deisye sekarang aktif di PIKM Tanjung Ria Jayapura-Papua apalagi motto hidupnya adalah

hidup untuk melayani, melayani dengan hati, dengan rela dan ikhlas dimanapun Deisye tinggal, termasuk akan menjadi pelayan umat di bumi Cendrawasih-Papua.

Langkah Deisye dalam menggerakkan masyarakat tentunya sangat berbeda dengan apa yang selama ini kita bayangkan, kendala geografis, sumber daya manusia dan adanya kebijakan yang bersumber dari kearifan local, menjadi bagian yang harus di konfirmasikan. Sebagai kader PIKM yang bergerak di isu HIV-AIDS, Deisye ingin melakukan kolaborasi mengintegrasikan kegiatan HIV dengan TB, apalagi sering ditemukan kasus TB yang ternyata sudah HIV atau sebaliknya kasus HIV yang sudah TB yang jumlahnya semakin meningkat. Deisye juga menggagas adanya layanan SATU ATAP untuk melayani pemeriksaan IMS, HIV-AIDS dan TB.

Dalam melakukan kegiatan di lapangan Deisye tidak hanya mendata kasus, tapi juga mengantar mereka ke layanan kesehatan, sekaligus sebagai kader PMO (Pengawas Minum Obat) baik yang kasus HIV maupun TB, karena Deisye ingin agar masyarakat yang di damping selalu sehat, apalagi jika di temukan kasus TB yang sudah HIV, maka Deisye berperan untuk mengajak mereka menuntaskan pengobatan TB, selanjutnya pengobatan akses ARV. Deisye Purukan adalah kader PIKM yang melakukan integrasi pemeriksaan TB dan HIV



SUCI DILA WIJAYANTI:

“Kampanye Kondom di Posyandu “

Posyandu sudah teruji sebagai sarana efektif berkumpulnya masyarakat untuk kesehatan, walaupun tidak ada dana rutin, posyandu tetap berjalan. Kegiatan di posyandu tidak hanya menimbang dan mengukur tinggi berat badan bayi dan balita, juga bisa menjadi tempat

penyuluhan dan konseling kesehatan dan penyakit termasuk penyuluhan tentang HIV dan AIDS.

Suci Dila Wijayanti, kader PIKM Tanjung Balai Karimun Kepulauan Riau, yang lahir tanggal 23 Maret 1988 adalah kader PIKM yang selalu gencar mengadakan penyuluhan tentang HIV dan AIDS serta penggunaan kondom di kalangan kader posyandu. Ibu dan Anak menurut Suci Dila Wijayanti “ Ibu dan Anak adalah kelompok yang rentan terinfeksi HIV dan AIDS “, data di Puskesmas Kecamatan ada 13 ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV, Suci merasa khawatir karena orang yang sudah positif HIV tidak tahu bahwa dirinya sudah terinfeksi, apalagi di wilayah tempat tinggal Suci ada galangan kapal milik orang asing yang berdekatan dengan lokalisasi.

Melalui kegiatan di posyandu Suci melakukan sosialisasi dan tes HIV, kader posyandu menurut Suci adalah penggerak masyarakat terutama penggerak kesehatan ibu rumah tangga, sehingga sangatlah tepat jika ajakan untuk tes HIV dan kampanye kondom dilakukan di posyandu. Untuk mengawali tes HIV, Suci mengajak suaminya untuk bersama-sama tes HIV terlebih dahulu agar warga yang lainpun ikut tes HIV. Suci juga mengajak suaminya untuk sosialisasi dan tes HIV bagi karyawan yang ada di galangan kapal asing tersebut yang berdekatan dengan lokalisasi. Lebih lanjut Suci mengatakan, Tidak hanya kegiatan sosialisasi dan tes HIV saja, kami juga menganjurkan kepada laki-laki yang ada di pabrik untuk selalu memakai kondom, begitu juga kepada ibu yang datang ke posyandu beserta pasangannya. Argumen kami menurut Suci, bahwa hanya dengan memakai kondom, kita akan terhindar dari penyakit kelamin dan virus HIV, disamping juga kondom sangat praktis sebagai alat kontrasepsi bagi keluarga. Suci Dila Wijayanti adalah kader yang berhasil menaklukkan ibu-ibu posyandu dan masyarakat di wilayahnya untuk memakai kondom secara konsisten.

**PAK DIKIN:****“Memberi Contoh Lebih Baik, Dari Pada Banyak Bicara!”**

Adalah Pak Dikin, nama lengkapnya Sodikin, pria yang lahir di Simbolon, 10 Oktober 1950 adalah seorang Kepala Dusun Kelurahan Tanjung Pinggir Kecamatan Siantar Martoba Pematang Siantar Sumatera Utara. Pak Dikin awalnya orang yang tidak begitu peduli tentang HIV-AIDS, pikirnya apa pula itu HIV-AIDS jangan-jangan hanya akan menjadi beban baru bagi para Kepala Dusun. Namun setelah seringnya diajak berkali-kali di Kantor Kelurahan untuk mengikuti pertemuan dengan masyarakat dan mendengarkan serta membicarakan HIV-AIDS, lama-lama Pak Dikin berfikir juga bagaimana kalau kena pada diri sendiri, keluarga atau masyarakat yang Pak Dikin pimpin ?. Apalagi di Kelurahan Tanjung Pinggir di lahan eks PTPN 3 banyak berdiri panti pijat dan-café, tidak menutup kemungkinan akan terjadi transaksi seks.

Maka pada bulan Desember 2013, Pak Dikin sebagai kepala dusun mengajak warga dan masyarakat di dusun yang Pak Dikin pimpin untuk membentuk PIKM atau Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat, setelah terbentuk PIKM, pak Dikin mengadakan pertemuan dengan masyarakat untuk membicarakan HIV dan AIDS, sekaligus untuk tes HIV.

Untuk mengajak masyarakat tes HIV tentunya tidak mudah, apalagi selama ini terkesan bahwa orang yang terkena HIV adalah irang yang suka ke café dan panti pijat. Maka sebagai kepala dusun pak Dikin memberi contoh dengan tes HIV terlebih dahulu, kemudian di ikuti oleh keluarga pak Dikin. Menurut pak Dikin “ Kalau saya tidak mau tes, apalagi masyarakat ? jangan sampai ada kata pandai bicara tak bisa berbuat “ Contoh yang baik akan lebih mudah di ikuti oleh masyarakat, lanjut pak Dikin. Dan itu terbukti setelah pak Dikin dan Keluarga TES HIV, maka masyarakat-pun akhirnya mengikuti jejak pak Dikin untuk tes HIV secara sukarela.

PIKM di dusun yang pak Dikin pimpin terus melakukan pertemuan dengan masyarakat untuk membicarakan HIV dan AIDS serta tes HIV, kegiatan pertemuan ini tidak hanya di lakukan di balai dusun, tapi juga di kelompok perwiritan atau pengajian baik untuk ibu-ibu atau bapak-bapak, remaja masjid, kelompok suku dan agama, pernah pertemuan di pertonggohan atau Gereja yang ada di sekitar dusun tersebut. Pak Dikin yakin jika pertemuan diadakan terus-menerus akan membuat masyarakat sadar dan mau TES HIV secara sukarela.

Pak Dikin ternyata mampu mengidentifikasi dan memobilisasi masyarakat dari berbagai kalangan untuk mengikuti sosialisasi dan Tes HIV. Kata pak Dikin “ Memberi Contoh akan Lebih Mudah Mengajak Orang untuk Tes HIV “. Percayalah !



DWI HARYANTO:
“Bangga Jadi ODHA !”

Dwi Haryanto, adalah kader berstatus ODHA yang telah membuka diri dan berhasil menyakinkan ODHA yang lain untuk membuka diri dan melanjutkan pengobatan. Dwi, nama panggilannya, lahir di Kabupaten Kendal, 29 Januari 1995 adalah kader PIKM Desa Selokaton

RT 08 RW 08 Sukarejo Kabupaten Kendal Jawa Tengah. Pada tanggal 21 Mei 2013 di vonis terinfeksi virus HIV. Kaget, terguncang, putus asa atau entah kata-kata apalagi yang harus terucap, saat itu kata Dwi hanya ada bayangan hitam yang menutupi semua penglihatannya, harus apa ?, kondisi ini menurut Dwi berlangsung cukup lama, namun Tuhan rupanya masih sayang, perlahan-lahan Dwi mencoba untuk bersikap tegar.

Status ODHA yang kini menjadi bagian dari hidup Dwi secara pribadi masih bisa di atasi oleh Dwi sendiri, namun bagaimana dengan keluarga ?. Dwi sempat merenung sehari-hari untuk mencari cara bagaimana agar bisa

berkomunikasi dengan keluarga, terutama ayah dan ibunya. Sempat terlintas dalam pikirannya “ apakah ayah dan ibu akan terima, jika Dwi berterus terang, bahwa Dwi sekarang ODHA “, tentu tidak mudah untuk menyakinkan ayah dan ibu, apalagi Dwi satu-satunya anak laki-laki, yang tentu sangat diharapkan sama ayah. Bertindak dan berterus terang akan lebih baik, walaupun resikonya juga akan membuat lebih sakit, namun bagi Dwi daripada sakit tapi tidak membuka diri kepada ayah dan ibu, mendingan sakit tapi sudah membuka status, maka dengan rasa yang cukup berat, Dwi memberanikan diri mendekati ayah dan ibu, walaupun Dwi sadar bahwa resiko penolakan dan mungkin akan di usir dari rumah, tapi bagi Dwi resiko apapun sudah siap.

Keterbukaan Dwi kepada ayah, ibu dan keluarganya ternyata menjadi motivasi yang kuat untuk terus hidup, sebab dukungan keluarga sangat penting untuk terus memotivasi dan keluarga juga bisa membantu untuk terus meminum obat atau sebagai PMO (pengawas minum obat) disamping juga adanya kasih sayang dari ayah, ibu dan keluarga merupakan modal kepercayaan yang sangat besar untuk terus bertahan hidup. Semenjak itu Dwi kemudian aktif di PIKM dan mengajak agar ODHA yang lain tidak putus asa, mampu membuka statusnya baik kepada keluarga atau masyarakat sehingga ODHA akan mendapatkan kesetaraan seperti masyarakat sehat pada umumnya. Dwi juga menyadari masih banyak ODHA yang belum membuka statusnya, sehingga sulit untuk mengakses layanan kesehatan. Dwi berharap dengan membuka diri statusnya sebagai ODHA dapat memotivasi yang lain, terutama yang belum berani membuka statusnya. Serta kepada masyarakat yang lain agar waspada dan berperilaku hidup yang sehat, menurut Dwi “ Cukup Saya yang ODHA, Jangan Ada Korban Lain “ Dan hingga sekarang Dwi dengan PIKMnya selalu mengadakan sosialisasi dan tes HIV kepada masyarakat dimana Dwi tinggal.



ADELIA:

“Kenapa Belum Ada Sangsi Hukum Untuk Laki-Laki Pembeli Seks “

Adelia, Kader PIKM yang lahir di Jakarta, 27 Juni 1973 menggugat belum adanya sangsi hukum untuk laki-laki pembeli seks, sehingga menjadi hambatan bagi Kader dalam menanggulangi HIV dan AIDS di masyarakat, apalagi selama ini Adelia

sering mondar-mandir antara Jakarta-Tangerang karena sebagai kader PIKM pendampingan PSK di daerah perbatasan Jakarta-Tangerang yang memiliki lokalisasi “ Ceng In “ sebutannya alias se-ceng dapat chek in, lokasi tersebut ada di perbatasan Jakarta Barat dengan Kota Tangerang.

Kendati lokalisasi Ceng In berada di Tangerang namun pelanggannya kebanyakan dari Jakarta, ini yang kemudian menjadi hambatan bagi Adelia, karena tidak bisa masuk ke lokalisasi tersebut, karena terkendala oleh batas administrasi wilayah, tidak adanya MOU antara perbatasan banyak kepentingan luar yang sulit untuk di akses. Apalagi kalau ada razia hanya PSKnya yang di tangkap dan ditahan, sementara pelanggannya hanya di data dan langsung di suruh pulang, ini yang kemudian menjadi keprihatinan Adelia yang selama ini mendampingi PSK untuk menggunakan kondom sementara pelanggannya tidak mau pakai kondom. Menurut Adelia, kondom bagi kami adalah salah satu cara efektif untuk mencegah penularan penyakit kelamin dan HIV, terutama bagi lelaki yang suka jajan jangan lupa pakai kondom, ingat anak dan istri.

ESRI SAMAWATI:

“Sekolah Kebanggaan Ku”

Sekolah apa sebenarnya menjadikan mahasiswi ini rela mondar-mandir dari kampus ke sekolah dengan menggunakan sepeda motor ?. yuk kita cari tahu informasinya?.

Esri Samawati, lahir 1993 saat ini masih perguruan tinggi di aktif di PIKM Harapan beberapa teman Esri dengan beberapa menjadi pendamping Swasta tingkat SLTP,



di Cirebon 25 Agustus kuliah di salah satu Kota Cirebon, Esri Kita bersama dengan kuliahnya. Selain kuliah temannya saat ini di salah satu Sekolah sekolah ini menurut Esri

adalah sekolah resmi seperti sekolah lainnya, namun di sekolah tersebut mau menampung siswa-siswi yang dianggap bermasalah oleh sekolah lain. Kondisi siswa dan siswi yang ada adalah korban keluarga cerai, korban keluarga tidak utuh, pengguna narkoba, hamil di luar nikah, siswa limphan dari sekolah lain karena pecandu dan dianggap nakal. Namun hebatnya guru di sekolah tersebut mau menjemput siswa miskin dan buangan sekolah lain dari lingkungan sekitar agar mau sekolah walaupun ruangnya yang terbatas, setiap hari selalu ada siswa yang berkelahi di dalam lingkungan sekolah. Jam belajar tidak penuh, sewaktu-waktu kelas kosong, disela-sela belajar siswa minta istirahat hanya untuk sekedar bisa merokok.

Kendala awal yang di hadapai menurut Esri, sekolah tersebut kurang mendapat respon dan dukungan dari Dinas Pendidikan, bahkan sempat mau di bubarkan. Sistem ke-uangan tidak sama dengan sistem ke-uangan di sekloah lain, sekolah tersebut tidak memungut biaya, hanya sebatas sumbangan dari muridnya ketika mendekati Ujian Akhir Semester serta fasilitas sekolah yang terbatas. Esri beserta teman-teman setiap hari sabtu melakukan pendampingan dengan mendapat dukungan dari Perkumpulan Warga Siaga dan Komisi Penanggulangan AIDS Kota Cirebon, Esri dan teman-temannya berharap sekolah tersebut akan menjadi sekolah umum yang tetap bertahan menampung siswa yang di anggap bermasalah, supaya mendapat pendidikan dan bimbingan, sebab mereka

adalah pelajar dan remaja yang memiliki hak yang sama, jadi mari kita dukung sikap sekolah yang berpihak kepada anak-anak yang di anggap bermasalah.

BERUBAHNYA KEBIJAKAN

Keberhasilan program penanggulangan HIV-AIDS butuh komitmen yang nyata dari Kepala Daerah, hal ini tentunya harus adanya peraturan-peraturan yang di buat oleh Kepala Daerah untuk mendukung upaya masyarakat dalam menanggulangi HIV dan AIDS di Daerah Berikut ini adalah pemaparan para Kepala Daerah dalam upaya membangun komitmen Kepala Daerah dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indoensia

A. DR. H. NURALAM, SE, MSI: (Wakil Walikota Jayapura-Papua)

"Assalamu'aikum Wr. Wb. Salam sejahtera untuk kita semua.Kota Jayapura mempunyai Perda, No: 7 Tahun 2006 telah kami revisi agar lebih menggigit contoh " setiap orang yang baru datang harus periksa kesehatannya atau tes HIV.Semua pemilik panti pijat wajib memeriksakan karyawanya, 2 bulan sekali.Sekarang bukan hanya risiko tinggi yang periksa namun ibu rumah tangga juga.Di Propinsi Papua terdapat 3 juta penduduk, hampir ada 20.000 kasus. Ada kejadian H-1 tes dan poisitif HIV.Anggaran di KPA tahun lalu sekitar, 1,5 Milyar Rupiah. Dalam kegiatan penanggulangan kami melibatkan TOGA, pemuda muslim dan pemuda gereja MUI, NU dan Muhammadiyah.

AYAT CAHYADI, S.SI: (Wakil Walikota Pekanbaru-Riau)

Assalamu'alaikum...salam sejahtera, panitia yang saya hormati, kader seluruh Indonesia dari 12 propinsi, jumlah penduduk Kota Pekanbaru sekitar 1,1 juta jiwa sementara jumlah penduduk Propinsi Riau sekitar 6



juta. Di Riau diatas minyak dan bawah minyak, PAD kami dari hotel restoran dan jasa lain. Bapak dan ibu....saya menjabat mulai 26 Januari 2012, baru secara ex officio menjadi ketua pelaksana KPA. Kader di Pekanbaru masih dibedakan yakni kader posyandu dibawah BPM, kader Jumantik dibawah Dinkes dan Kader PIKM dibawah PKBI. Kedepan saya usul disatukan kader yang ada 3 kelompok itu. ketiga kader itu dari sisi kebijakan sudah ada insentif, berapa insentifnya? Skrg 100 ribu, dulu hanya 20.000,- yg belum dapat insentif kader PIKM karena saya baru jadi wakil walikota 2012. Applaus untuk kader PIKM, meski belum dapat insentif, luar biasa buat mereka? Mereka melakukan upaya pencegahan HIV, tahun 2013-2014 HIV di kota Pekanbaru ada penurunan.

Ini menunjukkan kader PIKM sudah bekerja dengan baik meskipun anggaran belum ada insentif, kemudian tentang kebijakan dari sisi regulasi, setelah jadi wakil walikota, saya minta secretariat KPA Perwako 2012 (peraturan wali kota) untuk pencegahan HIV, dukungan dari SKPD, anggaran KPA belum maksimal, namun kalau diakumulasikan cukup besar, kalau ditotal sekitar 1 milyar rupiah dan tersebar di beberapa SKPD. Untuk layanan VCT mulai 2015 ini dari 20 puskesmas, 33 puskesmas sudah ada layanan VCT. Ada stigma pada ODHA, saya katakana jangan memusuhi orang, yang harus kita perangi penyakitnya, orangnya harus kita selamatkan, saya motivasi masyarakat. 2012 akhir saya ikut tes VCT hasilnya Alhamdulillah negatif. Di RSUD, RSJ dan RS Swasta ada layanan HIV, kader PIKM, kita juga bermitra dengan yayasan utama. Kami ada 12 kecamatan. 58 kelurahan, dari 12 kecamatan sudah ada kader PIKM, yang 11 kecamatan dibawah koordinasi yayasan utama. Kami mencoba mengidentifikasi tentang tingkatan partisipasi kader di masyarakat:

- Tingkatan partisipasi Kader:
- Partisipasi karena terpaksa
- Karena imbalan
- Karena rasa ingin memiliki

Saya harap kader PIKM agar melihat kasus HIV seperti di Papua, maka saya ingin ada atau tidak ada insentif kader jalan terus. Untuk itu strategi yang sedang kami lakukan dalam setiap kegiatan diantaranya :

- Pelibatan kader
- Keterbukaan aparat pemerintah
- Membantu menyediakan SDM
- Mendrong kader menggalang dukungan public
- Beri info secara individu

Kami memberi penghargaan dan kami memberi penghargaan bukan hanya uang. Diakhir paparan, pak Wakil membacakan puisi dalam rangka menyemangati perjuangan kader PIKM. Panen selasih halaman belakang, tak lupa siapkan pembangunan kesehatan akan berkembang

SERUBABEL SARAGIH, SKM:

(Kabid Pengendalian Masalah Kesehatan Dinkes Kab. Simalungun Pematang Siantar)

Kota Siantar dan Kabupaten Simalungun sudah dipisahkan, tahun 2005 kami baru pisah. Klam forum ini karena semua yang datang walikota dan wakilnya sementara dari Kabupaten Simalungun hanya Kepala Bidang. Di Kabupaten Simalungun ada sekitar 3.686 desa, 27 kelurahan. Jumlah penduduk sekitar 833.251 jiwa, kami punya 8 Rumah Sakit, 26 Puskesmas, Pustu 167 unit, apotik 26. Polindes 25 unit. Layanan HIV ada di 5 Puskesmas VCT. Kasus IMS dan Kasus HIV tahun 2014 yang IMS positif 179 orang HIV positif 326 orang. Terakhir di Kab. Simalungun HIV ada bumil positif umurnya 19 tahun, suaminya di Lapas. Tahun 2014 PNS dan honorer di Kab. Simalungun wajib tes HIV, Kami juga bermitra dengan beberpa LSM yakni: CBR Simalungun support dll. Sasaran yang diperiksa, TNI, Polri dan masyarakat umum. Temapt tes HIV di kantor kecamatan.

H. ABDULLAH ABU BAKAR, SE: (Walikota Kediri Jawa Timur)

" Selamat Pagi...memulai dengan film, ada 3 kecamatan.di Kota Kediri. Kota Kediri tempat berkumpulnya org, ada pabrik rokok Gudang Garam. Kota Industri juga kota perdagangan dan jasa. Kita beri ruang kader beraktualisasi. Sosialisasi dulu narkoba dan HIV, sekarang diambil BNK. Saya akan kasih trik. Ini goalnya, goalnya bukan hanya cari honor, goalnya menekan angka HIV dan masyarakat tahu apakah HIV bisa disembuhkan. Maka dari dulu saya bicara HIV, bukan kenakalan remaja tapi masalah sosial, dampak globalisasi, karena masalah sosial maka apakah hanya pemerintah saja? Yang harus menyelesaikan adalah seluruh makhluk sosial di muka bumi.

Karena ini masalah sosial, di Kota Kediri ada kebijakan wajib, kita punya Perwali, klo perda rumit urusan dengan DPRD, caranya bapak dan ibu di kami gak boleh sungkan, gak boleh malu, gak boleh ada jarak. Saya jelasin HIV ke Kyai, dulu bagi kondom saya dimarahin, tapi saya jelaskan bahwa saya ingin menggali sebanyak mungkin, ada berapa ODHA, setelah ada data, maka kader tidak boleh salah untuk mengajak mereka dan membina. Tugas Kader adalah menghubungkan antara dinas yang satu dengan yang lain, sehingga ada keberlangsungan yang terjamin termasuk kegiatan dan jika gak diurus maka akan terjadi ledakan. Peran kader memberi penyadaran akan bahaya HIV, mereka awalnya penasaran. Perkembangan pemudadan pemudi yang sekarang beda dengan dulu. Nanti ada anggaran dari APBD untuk program pencegahan HIV-AIDS.

Kita gak perlu debat soal ini, gak bisa menyalahkan siapa? Kalau saya sekarang semuanya dengan uang tapi semua-maunya dengan uang. Kalau gak pakai kepala daerah, kepala darah harus berperan. Strateginya deketin terus, bantu LSM, yang agak susah kalau komunikasi dengan Lurah, kadang Lurah gak dong, gak faham. Memang harus sabar, saya pernah bilang ke Kyai, klo anak pa Kyai kena ? mau ngomong apa? Kalau ada ibu rumah

tangga kena gimana?. Coba pendekatannya dari hati ke hati. Pak Lurah juga belum tahu semuanya, lambat laun saya yakin bisa. Jangan lupa deketin tokoh agama dan tokoh masyarakat di daerah masing-masing.

DR. WIDOYONO, MPH:

(Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Jawa Tengah)

"Assalamu'alikum...saya mewakili Walikota Semarang, kasus HIV di Kota Semarang tahun 2014 ada 453 kasus angka kematian menurun, anggaran APBD untuk HIV di KPA meningkat, upaya mendapat anggaran, Walikota mensupport Dinas Kesehatan ke HCPI, mengajukan proposal WHO. Sosialisasi kondom dana kroyokan dari WHO, GF dll. APBD Kota Semarang, rekening untuk dana HIV berdiri sendiri, kita aktif advokasi dengan dinas agar dapat support. 3 tahun lalu kita punya PERDA. Dana aspirasi melalui DPRD, kita sedang melihat UU Desa agar ada dana dari dana desa. Kalau dulu dana desa lebih banyak untuk fisik.

Belum semua SKPD mengalokasikan anggaran untuk HIV, perbedaan antara kemampuan APBD dengan BLN (bantuan luar negeri), ketergantungan pada GF, Koordinasi antara pusat, provinsi dan kab/kota. Di kami HIV lintas Kab/kota. Ketergantungan kepada pemerintah besar, saya gak tahu..apakah ini bentuk hedonisme atau apa?. Pemecahan masalah, Semangat kader PIKM.

ATALIA PRARATYA:

(Ketua Tim Penggerak PKK Kota Bandung)

" Assalamu'alikum...saya hadir mewakili kang Ridwan Kamil (Walikota Bandung) karena saya Ketua Tim Penggerak PKK, saya akan banyak bicara gerakan kesehatan di Bandung, kita bisa pantau tempat yang rentan penyebaran HIV, ada 3290 kasus HIV tahun 2014. Penularan banyak pada usia muda strategi penanggulangan melalui berbagai program di antaranya :

- Ada WPA (Warga Peduli AIDS) yang tersebar di 30 Kecamatan.
- Program Hebat

- Pagelaran seni dan Budaya “ BALUKARNA”
- Perawatan Dukungan Pengobatan
- Penyediaan Perawatan di 10 Rumah Sakit dan di 73 Puskesmas serta adanya Klinik di LAPAS.
- Bantuan Untuk ODHA
- Pertemuan Pendampingan Minum Obat

Sementara untuk kegiatan di Warga Peduli AIDS yang kami lakukan :

- Gerakan Warga Bandung Peduli Kesehatan
- Monitoring dan Evaluasi
- Jejaring
- Deklarasi ODHA tidak menularkan.
- Adapun Untuk Program HEBAT dengan melakukan sosialisasi HIV dan AIDS di 52 SMP yang ada di Kota Bandung.

DRS H. SUPENDI, M.SI:

(Wakil Bupati Kabupaten Indramayu)

”Assalamu’alikum....perkenankan saya mewakili Bupati Indramayu, berangkat dari masalah sosial di Kabupaten Indramayu. Indramayu termasuk terbesar lahan pertanian mencapai 116 rbu hektar, pemasok beras terbesar, dari jumlah penduduk hampir mencapai 2 juta, jumlah TKI dari Indramayu mencapai 97.503 orang terkait dengan kesempatan kerja semakin sempit. Jumlah kasus trafficking sampai tahun 2014 mencapai 52 kasus, dampak trafiking banyak TKI yang kena IMS. Adapun untuk TKW dari Indramayu mencapai 80 %.

Indrmy adalah Daerah ketahanan pangan nasional, 6 % kembali ke Indmy dari hasil migas balongan. Tingkat perceraian tinggi, terjadi karena pasangan muda nikah. Kasus HIV di Idrmy 1666 kasus, no 3di jabar. Saya terim kasih pada kader PIKM yg mau menggerakkan masy. Yg terbesar perempuan 1117 prmpuan. Anggaran 2015, 2 milyar kita selipkan di SKPD.

DR. H. SUKMAWIJAYA, MM :
(Bupati Sukabumi)

“ Assalamu;alikum...saya awali dengan pertemuan saya dengan 2 orang yang positif HIV, Ibu dengan 2 orang anak itu hasil kawin-cerai dan ini saya duga potensi untuk menularkan HIV. Kita harus sepakat hentikan penyebaran HIV, lalu bagaimana? HIV diduga karena seks bebas, maka mencegahnya dengan tingkatkan keimanan dan taqwa. Maka pendidikan agama harus dan pasti, juga sosialisai terus diberikan sejak dini. Termasuk pada remaja, kami pernah selenggarakan lomba nulis “apa dan bagaimana menghindari AIDS, dapat rekor MURI penulis HIV terbanyak, karena otomatis mereka baca HIV. Kemudian kita lakukan pemberdayaan ekonomi masyarakat. Sebab ini menjadi salah satu sumber masalah HIV. Terhadap populusi kunci, kita bekali pengetahuan yang cukup biar bisa hidup sehat.

Jangan sampai menularkan pada pihak lain, memang ini bukan hal yang gampang, kita kolaborasi dengan mereka (WPS, Gay dan Waria) dengan itu tercipta komunikasi terbuka, kita tampung masalah yang mereka hadapi. ODHA kita semangatiasa agar mengkonsumsi obat dengan itu mereka punya harapan untuk sehat dan mereka semangat. Kita menyediakan layanan VCT di 12 Kecamatan Kabupaten Sukabumi. Kedepan tahun 2015 kita akan peringati hari AIDS Sedunia, aka nada tes HIV massal dan target mencapai rekor MURI.

PIKM DALAM PANDANGAN PARA AHLI

Pengantar : *PIKM yang merupakan gerakan pasrtisipasi masyarakat dalam meningkatkan derajat hidup sehat, telah terungkap jelas disampaikan oleh para keder melalui kegiatan yang di lakukan di masyarakat, terbukti bahwa menempatkan masyarakat sebagai bagian dari sistem sosial di Indonesia sudah terbukti mampu memberikan kontribusi yang nyata dalams setiap kegiatan, karena falsafah “ Gotong*

royong” sebagai ideologi yang tidak pernah pudar menjadi salah satu bukti membahannya nilai-nilai kemanusiaan di Indonesia. Dari cerita para kader PIKM tersebut kemudaian dianggapi oleh para Cendekiawan, Akademisi, Tokoh, dan Pengamat Sosial dari berbagai Perguruan Tinggi di Indonesia, menanggapi Kader PIKM:

DR. LINDA T. MAAS, MPH

(Universitas Sumatera Utara (USU))

Pandangan: Kalau dari Sabang-Merauke, saya paling awal. Jadi saya di HIV sudah lama sejak 1997. Saya sebagai ketua PLH KPA Provinsi Medan saya bekerja di USU. Saya tdk menangani satu persatu. Saya melihat secara keseluruhan. Para penyaji dari berbagai segmen. Ada Kader, guru, Bidan... semuanya saya simpulkan ada ketidak pedulaian apakah dari pemerintah atau masyarakat. Lelah karena kita hanya berbicara, renstra apa yang terjadi, sedih sudah banyak program yang dilakukan saya masih melihat masalah 20 tahun yang lalu masih terjadi sampai saat ini. Saya termasuk orang yang “berisik”, protes dengan kebijakan pemerintah. Pemerintah membuat penelitian, banyak seminar, padahal kita kerja minus strategi.

Saya akademisi, saya juga aktivis, saya juga masyarakat, saya pernah bilang ke DPRD di Sumatera Utara “berikan anggaran untuk pencegahan HIV/AIDS... mereka malah bilang, ibu silahkan bicara HIV ke tempat pelacuran, saya marah besar, saya katakan “Bapak dan ibu duduk disini, ada disini sebab rakyat”, saya tegaskan. Pak dikin lelah ya Pak, kita bukan lagi bicara MDGS tapi SDGS (Sustainability Development Goals). Saya harap PIKM bersama bekerja secara strategis, bukan seperti kata pak Jokowi “bekerja, bekerja dan bekerja tanpa strategi. Maka kita selalu lelah. Kita Harus punya satu gerakan dengan strategi bukan hanya kerja dan kerja. Ketika membantu orang harus pakai rasio, program yang kita kembangkan harus suistanabile. Kata Toto Rahardjo, ada 3 tipe orang pertama: kebarat-baratan, kedua ke-arab-araban supaya jadi alim dan bagus dan ketiga ikut-ikutan.

Saya pernah tanya ke ustad (lulusan IAIN): dosakah jika seseorang berzina, dia bilang jelas dosa. Ternyata istrinya positif HIV. Jadi saya bilang apa yang kita kerjakan dari tiga ke satu, tidak meluruskan ke istri dan anak. Lalu apa kata ustad : ini memang ngeri ibu nih. “Mari kita duduk bersama, bekerja dengan strategi seperti lagu “jangan ada dusta diantara kita”. Sehingga apa yang dilakukan teman-teman benar-benar holistik.

**DR. DR. DYAH PRADNYAPARAMITA DUARSA, MM, MSI.
(Universitas Udayana, Denpasar-Bali)**

Pandangan : “Saya ingin berdiri, saya ingin tanya, apa kabar hari ini ? Luar biasa...semangat bisa sama. Saya ingin menambah riwayat keberhasilan program...riwayat ini dari Kabupaten Badung, kabupaten ini kaya punya Jimbaran. Kabupaten Badung adalah kabupaten ke 3 yang punya Perda HIV-AIDS. Perda Nomor 3 tahun 2006. Awalnya Kabupaten Klungkung, Kabupaten Gianyar, baru kemudian Kabupaten Badung. Perda HIV dan AIDS di Kabupaten Badung yang mau mencantumkan secara eksplisit satu pasal secara eksplisit pengawasan ketat pada tempat-tempat beresiko. Kemudian saya komentari pak Mus, dan Male saya salut dengan perjuangan untuk pembiayaan kita di pedesaan, tetapi saya punya kekhawatiran jika penganggaran ini tidak diikat dengan sistem, bentuknya banyak kalau di Bali namanya Prarem. Sekarang kasihan tetapi kalau nanti ada sesuatu dan lain hal ganti kepala desa bisa jadi berubah aturannya. Tolong nanti diikat di perdes masuk pada pasal. Berikutnya apa yg disampaikan moderator, kita ga boleh nyerah, pertama pasti kita punya modal, modal komitmen yang tidak bisa dibeli. Untuk ibu Male, mengingat ibu pun sudah identifikasi potensi yang ibu milik untuk bisa merangkul geng motor yang anarkis. Berikutnya sikasus pasti ada alasannya, yang ke3 ada metode, mengawinkan koel kiat dengan potensi yang ada disana. Mari kita gali, apa potensi pada kita dan potensi di desa kita.

“Saya kembali ke Banjar adat, saya yakin semua daerah punya hal yang sama, kami punya filosofi “Tri Pita Karana” manusia dengan manusia, manusia dengan Tuhan dan manusia dengan lingkungan. Kemudian kita punya “Briuk Siu” atau gotong royong, teman dari Medan sudah kasih contoh dengan melakukan tes HIV. Jadi ada pendekatan-pendekatan Voluntary Massal, jadi tokoh harus memberi contoh, hadir ditengah –tengah masyarakat. Tahun 2006 kami buat program untuk bertemu 100 kabupaten/kota se Indonesia untuk buat PERDA, diawal sejumlah anggota Dewan minta VCT, setelah makan siang, namun setelah makan siang tidak ada yang mau, jadi VCT, banyak sekali cerita yang unik.

Kembali lagi...semua wilayah punya cara, cuma berbeda istilah dan bentuk. Kalau bicara sistem banjar, ada anggota, kegiatan ada juga perangkat-perangkatnya disitu. Mari kita cek lagi sistem yang ada, kuatkan agar benar-benar kuat, apakah kita sudah melibatkan semua perangkat. Kalau kita lihat sub.sistem, ada laki-laki, perempuan remaja, dari mereka apa yang bisa mereka lakukan? Sampai anak sekolah, belum TOMA, TOGA juga kalau di Bali ada kegiatan adat selalu pake perangkat. Semua disana bisa jadi media, tidak hanya publikasi koran. Kemudian potensi lain kita juga membimbing penelitian lokal wisdom untuk menanggulangi banyak penyakit termasuk HIV. Karena itu mari kita ungkap kembali potensi lokal wisdom yg kita miliki. Kita punya sistem “ layon ” (mayat). Jadi di kami sudah kuat dalam “prarem”. Terima kasih.

PROF. IRWANTO, PHD
(Universitas Atmajaya, Jakarta)

Pandangan: “Salam..bapak dan ibu, tepuk tangan untuk teman kita. Saya diberi tugas berbicara gotong royong, HIV adalah konseskuensi, tidak ada yang kekal kecuali perubahan, dua hal ini akan memberi konsekuensi pada gotong royong, bagi banyak orang, *gotong royong adalah musuh dari kemajuan*. Kalau gotong royong dimaknai mengangkat batu besar,

tetapi kalau gotong royong memecahkan masalahnya Golkar konflik tidak selesai jadi hati-hati dengan konsep. Bagaimana dengan waktu? Bahwa setiap organisasi itu terancam busuk karena waktu, kegiatan akan bubar karena waktu. kenapa karena organisasi ikut pola, awalnya merasa satu aliran, begitu masuk mulai kecewa, ditambah jika ada anggota yang ternyata punya kepentingan pribadi lebih dominan. Apakah contoh tadi adalah yang khusus atau berkembang ?

Pertama, jangan2 stagnan, mari melihat bahwa manusia banyak dimensi, dimensi reproduksi, kalau tidak punah yang tinggal kodok. Tetapi bukankah saat ini yang dinafikan penyakit yang berhubungan dengan kelamin, bukankah itu yang kita perdebatkan tentang social expectation? Bagi saya kegiatan PIKM ini akan langgeng kalau anda berani terobos perosalan terutama bariernya. Tetapi apakah kader PKBI mampu di rumah melakukan yang juga dilakukan pada masyarakat. Jika tidak bisa maka non sense. *Policy environment* banyak hambatan dari pada dukungannya. Saya kira ini tantangan terutama yang muda, mengapa yang muda penting sebab mereka agen perubahan. PKBI ingin ada perubahan, sebab perubahan diperlukan, cara piker kritis diperlukan 3 syarat untuk melakukan Gotong Royong ;

- Tujuan jelas
- Ada kepemimpinan, tidak mungkin semua anggota jadi pemimpin. Seperti kasus Golkar yang mau jadi pemimpin semua. Prestasi kelompok, sama dengan rata-rata IQ anggotanya, jika tidak ada anggota yang mau menabrak maka omong kosong.
- Adanya pendukung dilingkungan anda, jika terlalu banyak hambatan maka cape-cape anda ber-Gotong Royong. Saya percaya dengan energi perempuan, sebab yang merasa punya kesempatan bereksperimen dengan norma sosial justru perempuan, anda didukung kebijakan seluruh dunia. Yang takut laki-laki, dengan kesempatan itu maka ber-Gotong Royong- lah.

PROF. DR. ADANG DJUMHUR SALIKIN, M.AG
(Guru Besar Hukum Islam IAIN Cirebon)

Pandangan: “Saya bahagia bertemu dengan calon ahli surga, mengapa, ada ceritanya sutau saat ada seorang PSK pulang dinas, kemudian bertemu anjing kehausan kemudian ia ambil sepatu untuk ambil air dan kasih ke anjian. Dengan cerita itu, maka saya yakin kader lebih berhak masuk surga ketimbang PSK, sebab kata nabi, siapa yg memberi kehidupan pada manusia maka Tuhan akan memberi kehidupan. Bapak dan ibu... kemudian agama itu memang dua tujuan : darul mafasid dan jalbul mashaleh, menutup ruang gerak berbagai hal yang menjurus hal negative, dan mengembangkan hal positif, agama punya 5 tujuan; melihara jiwa, agama, harta, dalam konteks ini bahwa keterlibatan anda semua adalah dalam rangka memelihara otak, memelihara jiwa.

Maka jika dalam kenyataannya fenomena masyarakat banyak yang kena HIV maka agama bisa jadi tergugat, sehingga agama perlu berkontribusi. Rasul banyak memberi contoh Agama mengajarkan sholat, siapa yang sholat sebenarnya harus mencegah kerusakan dan dosa. Kemudian soal kondom, memang selama ini banyak protes, lepas kontroversi, sejauh ini belum ada cara lain untuk cegah HIV kecuali dengan kondom. banyak kritik pada kondom, dianggap legalisasi pada pelacuran.

Mungkin saya mengakatan bahwa dalam kaidah ushul fikih, memilih satu diantara madarajat yang paling ringan. Seks haram, tetapi sampai hari ini kita belum membendung itu. Maka penggunaan kondom ini upaya mengurangi penularan HIV/AIDS.

TOTO RAHARJO
(Tokoh Gerakan Masyarakat)

Pandangan: Kader adalah ujung tombak penyelesaian urusan HIV AIDS, tapi kalo negara tidak berfungsi menyadarkan masyarakat, maka

kerja kader hanya sia-sia. Seampuh-ampuhnya kader kalau negara tidak berfungsi maka sia-sia saja. Akan menjadi berbahaya ke depan, itu yang pertama dan tentang modal dari kader, saya pikir ini masih ada dan bahwa nilai kemanusiaan saya kira yang menjadi penguat mereka bekerja, menurut saya **kemanusiaan adalah cara pandang dalam menghadapi masalah kemanusiaan**. Menurut saya nasib sekolah ini tidak akan lama, sebab sekolah itu hidup ditengah-tengah lingkungan yang banyak label 'Sekolah Standar Nasional Indonesia atau SNI' sekolah bertaraf internasional, sekolah akhlak mulia dan lainnya. Masyarakat juga menganggap sekolah kok menampung anak nakal dan narkoba, jadi saya pikir harus didukung agar sekolah ini berumur panjang, gak perlu menunggu presiden ganti.

Sekolah ini masih menunjukkan memiliki nilai kemanusiaan. Contoh anak yang hamil diluar nikah, anak yang hamil itu berhadapan dengan kebiasaan masyarakat dan " hukuman " negara. Saya kira sekolah melihat pluralitas melihatnya seperti apa ?. Nah saya kira apa yang di lakukan Esri di sekolah tersebut, sudah bisa melihat **pluaritas bukan hanya dari sisi agama dan suku seperti pada umumnya, namun dari sisi yang lain yakni pluralitas dari kelas sosial**. Sudah HIV, pencandu, miskin, hidup lagi. Saya apresiasi pada sekolah tadi ini yang mungkin saat ini sudah mulai yang tambah peduli.

PROFESOR NURUL ILMU IDRUS, PHD

(Universitass Hasanudin Makassar Sulawesi Selatan)

Pandangan: Saya sangat mengapresiasi yang sudah dilakukan kader dengan berbagai cerita menarik dan menantang. Saya tanggapi testimoni DWI tentang penguatan dan pemahaman kesehatan. Saya pikir penguatan tidak hanya pada mereka yang HIV tetapi dalam kaitan dengan mereka bisa membuat jaringan dengan orang-orang yang HIV. Kalau kita bicara kesehatan, mereka yang telah dapat info HIV dianggap sudah faham, namun hasil penelitian menunjukkan sesungguhnya mereka masih juga melakukan

stigma, stigma diantara mereka masih ada. Seperti mereka yang sudah mengankses ARV, dianggap lebih buruk kesehatannya daripada yang belum. Nah ini pemahaman keliru, sehingga pemahaman kesehatan mereka masih ada tahapan-tahapan, ada yang masih dasar, ada yang midle dan advant. Tadi Dwi menjelaskan dalam penguatan apa yang ingin dilakukan?.

Dalam pemahaman apa yang harus dilakukan ?. “ **Stigma di tempat layanan kesehatan**” saya kira ada banyak hal yang harus dilakukan terus adalah masih banyak hal yang harus dilakukan ke ibu. Hasil penelitian menunjukkan di puskesmas hanya ada tiga obat yakni Vitamin. Banyak info salah misalnya bahwa obat dari puskesmas itu jelek, maka banyak pasien pasien dalam hal ini ibu hamil yang membuang obat ke tong sampah. Yang lain, soal pelayanan kesehatan, ada perbedaan pelayanan bagi ODHA satu sisi ini membuat stigma.

DR. SRI KUSYUNIATI, PH.D

(Pengamat Sosial dan Motivator Masyarakat)

Pandangan: Senang melihat semangat bapak dan ibu, pernah dengar maskulinitas, nilai dari maskulinitas...kemacoan serorang sering dinilai dengan ketegasan kemudian rasional, kaya, perkasa dan ga bisa menangis karena tidak punya emosi. Maskulin mendominasi masalah yang tadi disampaikan pada testimoni. Apa yg disampaikan Dwi itu menunjukkan kasus HIV menimpa laki-laki.

Soal kita adalah stigma dan diskriminasi dengan tes HIV terlalu banyak masalah, ternyata voluntary bisa dibangun. Yang memberikan kampanye HIV-AIDS itu kuno, tapi kalau menurut teman-teman, kalau dilakukan dari bawah akan lebih efektif. Mengurangi stigma dan diskriminasi. Dalam pengalaman Esri misalnya, selama ini perempuan hamil yang diluar nikah, perempuan sering dapat stigma, sementara laki-laki yang menghamili tidak, bahkan masih bisa sekolah. Lalu dimana keadilannya. Maka kalau

Bidan Meilina mengatakan bahwa” yg datang ke saya hanya ibu-ibu” padahal bidan tahu kesehatan reproduksi, mestinya yang belum menikah-pun bisa konsultasi kesehatan reproduksi. Maka info yang sifatnya rahasia. Saat ini informasi kesehatan reproduksi terbatas. Nah, karena itu Bidan Meilina melakukan penyuluhan dan pemeriksaan hal ini menerobos mitos pemberian informasi kesehatan reproduksi. Saya kira apa yg dilakukan teman-teman, menggunakan metode sangat Indonesia. Kasus Dwi, Ini kita melihat bahwa masyarakat mampu menyelesaikan masalah HIV-AIDS dengan cara masyarakat dan saya kira ini harus di lanjutkan oleh PKBI, bahwa ternyata ada cara yang sangat Indonesia dalam menyelesaikan masalah HIV dan AIDS.

DRS. JENDRIUS, MSI

(Universitas Andal Padang-Sumatera Barat)

Pandangan: “Assalamu’alaikum ...saya dari dulu tidak yakin Indonesia akan bangkrut, atau Indoensia hancur karena masyarakatnya, hebat. Dan hari ini kehadiran kawan-kawan membuktikan bahwa PIKM memang hebat, luar biasa. Dari pagi saya lihat testimoni kawan-kawan, itu menunjukkan bahwa semua orang bisa ambil bagian, yang menarik di Sumatera Barat, ketika ada bencana tidak ada pengungsi, tidak ada yang menginap di tenda dan salah satunya karena sistem kekerabatan bekerja dengan baik. Saudaranya yang di Bukit Tinggi menjemput saudaranya yang kena gempa. Saya memang sangat yakin kalau masyarakat kita mampu memberi bantuan ketika diperlukan. Anggaran jadi pokok disemua tempat, saya banyak meneliti dan anggaran jadi salah satu hambatan. Saya juga salut bahwa perempuan mampu menaklukkan geng motor. Kemudian saya salut pada pak Wayan mendorong penganggaran di desa untuk kesehatan masyarakat. Lalu apa khasnya di Sumatera Barat ?

Apakah budaya minang matrilineal dan patrilineal membawa konsekuensi pada proses pengambilan keputusan? Antropolog lama mengatakan: kuasa

tetap di tangan laki-laki sementara property di perempuan. Di Minang tidak ada pembagian secara jelas kekuasaan laki-laki dan perempuan. Banyak pengaruh luar yang mempengaruhi sistem patrilineal di Padang termasuk pengaruh negara. Lalu apa kaitannya dengan HIV, masyarakat Minang yg sangat berkerabat ini ?. Yangg satu sakit yg lain merasa juga, partisipasi masyarakat sangat tinggi. Minang dibiasakan yang matrilineal, Itu dari saya.

DR. BROTO WASISTO, MPH

(Consultant Adviser Kementerian Kesehatan RI)

Menurut DR. Broto Wasisto, MPH “ Sikap nyata pemerintah daerah dalam mencegah HIV dan AIDS sangat di butuhkan untuk mengurangi intervensi lembaga donor, sebab lembaga donor memiliki keterbatasan dalam memberikan bantuan, kemandirian harus di bangun dan ini butuh komitmen Kepala Daerah “ Berikut pandangannya :

”Terimakasih kepada Walikota dan Wakil dan Kepala Dinas atas paparannya, memberi info gamblang. dari ceramah yang sangat membedakan, saya dulu dokter, yang menggembirakan adalah pada saat ini tiap kota/ kabupaten. Sudah ada komitmen politik, ada kebijakan, ini patut diapresiasi, sebab jika ada masalah besar maka harus ada komitmen bersama termasuk kebijakan. Didalamnya ada dukungan dana, tanpa dana akan sulit mengatasi masalah kesehatan serius. Catatan saya, HIV di Indonesia angkanya meningkat, tapi ada juga yang menggembirakan. Komitmen lain, Pemda memberi perhatian berupa bantuan dan pembinaan. Tidak bisa semua masalah kesehatan ditanagni pemerintah. Perlu peran kader. Kader tidak boleh berhenti menyampikan manfaat gaya hidup sehat.

Terima kasih pada narasumber, paparan tadi nampak semua daerah telah berusaha serius mengatasi HIV yang makin lama makin buruk, namun masih ada masalah, saya melihat ada kecenderungan anggaran daerah yang meningkat. UU tentang kesehatan diamanahkan ada dana

kesehatan 15 %, 10 APBD, Kab/Kota 15 %. Untuk menjamin peningkatan kesehatan. beberapa kabupaten, sudah melaksanakan amanah UU kesehatan. Saya menghargai inovasi kalangan muda kader PIKM, masalah TKI di Indrama termasuk paling tinggi perlu dibekali info kesehatan (HIV). Akhir-akhir ini kasus HIV pada perempuan lebih banyak, dibanding laki-laki, saya ingin ingatkan hati-hati pada Kabupaten Sukabumi untuk rekor muri karena pemeriksaan HIV massal punya efek jangan sampai wacana ini menimbulkan stigma. Efek lain, pemeriksian HIV massal, tentang pembiayaan termasuk pengobatan.

HALIK SIDIK, S.T, ME

(Asisten Deputi Penguatan Kelembagaan KPA Nasional)

Menurut Halik Sidik “ Strategi Nasional dalam penanggulangan HIV –AIDS di Indonesia tahun 2015-2020 diharapkan peran masyarakat dan pemerintah daerah menjadi kontribusi yang di harapkan, untuk kemandirian program HIV dan AIDS di Indonesia “ Berikut pandangannya :

- ” Salam sejahtera....saya apresiasi pejabat daerah yang peduli. KPA diketuai Bupati, Walikota, kalau Bupati dan Walikota jadi ketua KPA maka harus ada anggaran. Temuan kasus masih rendah maka harus ada keterlibatan masyarakat. Program KPA, laki-laki pelanggan gak mau pake kondom. Kebijakan anggaran, KPA perlu payung hukum untuk memberi anggaran di UU Desa semua kader bisa dibiayai. Apresiasi semua Kepala Daerah, tantangan kita untuk penanggulangan HIV, adalah anggaran, maka pemda harus mengambil alih dana program pencegahan HIV setelah donor asing tidak lagi ada. Tantangan WPA, kader dan KPA, bahwa outcome WPA bagus.

DRS. BAGONG SUYANTO, M.SI, PH.D

(Universitas Airlangga Surabaya Jawa Timur)

Menurut Drs. Bagong Suyanto, M.Si, Ph.D “ Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS saat ini tidak hanya mengandalkan kebijakan di tingkat nasional tetapi juga harus ada kebijakan local, tidak hanya

Perda tetapi juga kebijakan yang nyata dan bertanggungjawab “ berikut tanggapan Drs. Bagong Suyanto, M.Si, Ph.D :

Dibutuhkan kreatifitas untuk mendekati siapa, saya setuju jika desentraliasi, lebih kontekstual, saya gak bisa ngajari Madura untuk nabung untuk sekolah, baiknya suruh nabung untuk naik haji. Harus ada kreatifitas daerah, kader harus faham karakter daerah. Tugas pimpinan daerah memberi dukungan. Kader harus mencatat pejabat yang buat janji saat seminar, soalnya sering pulag seminar terus lupa. Ada LSM di Jawa timur mereka kreatif, bulan maret kader temui dewan, komisi E dikalungi bunga, menjelang diskusi APBD daerah, datang lagi ke dewan nagih janji, yang dikalungi bunga ditagih janji. Beserta do'a, rupanya do'a nya terkabul.

Saya tanggapi Bupati Sukabumi pak Sukma, saya tidak anti dogmatis keagamaan, teori ilmu sosial yang saya pelajari korban HIV ada pada wilayah abu-abu, mereka ada di grey area. Saya tertarik pada ibu Atalia Ketua Tim Peggerak PKK Kota Bandung, yang melakukan pencegahan HIV menggunakan subkultur kedaerahan, lebih memahami subkultur anak muda. Pendekatan dogmatis keagamaan rawan pada sikap hitam-putih. Banyak kepala daerah yang laporkan dana HIV relatif kecil, saya lihat karena isu HIV belum jadi isu politis yang semua orang mau, jadi strategi mempolititasi bukan saja isu moral tapi juga isu politik supaya mereka sadar tentu dengan cara bukan besaran jumlah korban tapi kegawatan masalahnya. Tugas kita menunjukkan kegawatannya, saya pernah diskusi dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, katanya 19 orang yang kena HIV, itu kelihatan kecil tapi kalau saya tanya kalau salah satu korban itu saudara atau anak maka beda, maka perlu empati.

4. DR. IR. SUJANA ROYAT

(Senior Advisor Program Peduli The Asia Foundation)

Dr.Ir. Sujana Royat memberikan tanggapan kepada semua narasumber dengan mengkorelasikan Undang-Undang Desa dalam menyikapi

kebijakan local yang terkait dengan penanggulangan HIV dan AIDS, berikut tanggapannya :

Assalamu'alikaum...saya wakil Asia Foundation, barusan ada fatwa mati untuk waria dan transgender, kami kerjasama dengan PKBI untuk menangani anak yang dilacurkan. Dua tanggapan saya untuk pemda dan PIKM untuk pemda kepemimpinan juga harus ada kebijakan yang berlanjut. Waktu KPA mendidik masyarakat dengan HIV tidak bergantung pada pemerintah buat dana pengembangan amanah masyarakat. Saya kira, kita bantu pemda tapi jangan berharap banyak, satu hal HIV tidak berdiri sendiri, ini akibat pergaulan sosial. Ada 4,5 juta kaum marginal yang tidak bisa dibantu, seperti waria, PSK, human trafficking dan lainnya. Ibu dan bapak kader PIKM luar biasa yang mengali sila Pancasila. Dua sila yakni sila kedua, masih ada yang dizalimi bahkan ada fatwa suruh dibunuh. Pemda sudah bagus yang perlu ditambah adalah dukungan riil. Kami juga menangani orang marjinal seperti waria dan aliran sesat.

Saya apresiasi semua nara sumber, banyak contoh bagus ini adalah strategi, kita perlu memanfaatkan sosial media, untuk pemda saya kira perlu tambahkan keberanian di website soal penaggulangan HIV. Kader punya facebook, lihatkan kerja yg selam ini dikerjakan. Di Bandung kami dorong waria untuk kreatif, waria di Bandung dilatih salon, produksi jilbab. Di Indrmayu, kami tangani dayak Losarang, kami jadikan juara sehingga stigma hilang, intinya jangan ditutup-tutup fenomena HIV AIDS, kalau ditutupi yang untung politisi, setelah jadi mereka lupa.

5. SOKA HANDINAH KATJASUNGKANA (Direktur LBH APIK, Semaran Jawa Tengah)

Soka memberikan pandangan terhadap cerita-cerita kader PIKM tersebut dari “ Sanksi hukum dalam relasi seksual sangat diperlukan untuk melindungi kelompok yang rentan dari penularan IMS dan HIV. Sanksi hukum di harapkan memberikan efek jera bagi pelaku kekerasan seksual “ berikut tanggapannya:

“Selamat sore, salam, saya dari LBH APIK, saya pernah ke Papua, Manado, Medan sudah kenal budaya nusantara ini. Saya suruh komentar HIV, saya mulai dengan istilah PSK, apakah istilah PSK sudah mencerminkan dirinya?. Istilah ini idealnya disepakati sesuai dengan lumrahnya pekerja yang dilindungi ketenagakerjaan, relasi pekerja dengan konsumen tidak di hukum, kecuali jika melanggar seperti tidak bayar dan lain-lain. Ada peristiwa di New York disana ada tragedi yang mengenaskan, ada perempuan yang dilacurkan, dia dibunuh secara brutal, dirumah bordil, tidak dapat respon dari kepolisian begitu juga media massa, mengekspos sisi bahwa perempuan tentang pelacur, juga pernah terjadi di Lampung, yang diungkap status perempuan sebagai pelacur, tidak pada proses pembunuhannya.

Itu menunjukkan bahwa mereka yang dipekerjaan, tidak suka rela, tidak ada yang bercita-cita jadi PSK. Namun ada sistem ekonomi, sosial (melihat rendah dari laki-laki), namun juga dianggep jalang, Katanya objek kok juga menggoda. Ini berpikir dualisme, ini berjalan ribuan tahun maka dianggap wajar. Kalau ibu rumah tangga kena HIV dengan PSK yang kena apa pendapat kita? Pasti berbeda, kalau PSK kena “rasain lho” Ada UU yang pelaksanaannya perlu 10 tahun prakondisi untuk mendidik kembali lelaki yang tadinya jajan. Di Papua banyak sekali lokalisasi, mendidik cara pandang seksualitas perempuan. Kalau menutup gampang, namun yang susah dilakukan secara humanistik. Di Swedia lelaki yang jajan diluar akan kena hukuman. ■





PAMERAN



PIKM MEWUJUDKAN SWASEMBADA KESEHATAN

PENGERTIAN SWASEMBADA

kesehatan tidak begitu populer di kalangan masyarakat bahkan di kalangan pemerintah dan akademisi serta para aktivis bidang kemasyarakatan juga tidak pernah dibicarakan. Pemahaman tentang kesehatan adalah suatu keadaan

sakit yang perlu dipulihkan menjadi sehat. Atas dasar itulah maka prinsip yang selalu digunakan adalah, yang penting bisa sehat kembali, meskipun harus mengeluarkan biaya yang sangat besar. Dogma yang ditanamkan adalah kesehatan itu *mahal* harganya, maka janganlah mempersoalkan mahal dan murahnya agar kembali menjadi sehat. Meskipun makna mahal dalam hal ini tidak hanya berarti mahal secara finansial, namun bisa juga mahal dalam makna sulit diperoleh.

Ajaran itu telah merasuk ke dalam persepsi masyarakat. Sehingga tanpa sadar ketika seseorang sakit, ada banyak cara yang dilakukan untuk memperoleh kesehatan. Tujuan hanya satu yaitu menjadi sehat kembali. Perilaku mencari kesehatan dengan berbagai metode, hanya didasarkan pada pengertian sempit, bahwa sehat adalah kondisi yang perlu dicapai jika ingin dapat beraktifitas dan produktif secara normal kembali. Tidak dapat disalahkan pemahaman seperti itu, karena sakit bukanlah keadaan yang menyenangkan dan membahagiakan. Namun yang disayangkan adalah pencarian metode pengobatan yang dilakukan oleh masyarakat justru mengarah kepada metode tunggal yaitu pengobatan modern yang berasal dari luar negeri. Memang pengobatan modern tidak bisa diremehkan karena telah terbukti mampu mengatasi kesakitan yang diderita oleh sebagian besar manusia. Namun pengobatan modern yang harus berasal dari luar negeri (baca : bangsa asing) dianggap sebagai solusi paling mujarab jika ingin sembuh dari sakit, maka itulah yang menjadi faktor komersialisasi atau komodifikasi masalah kesehatan di Indonesia saat ini. Sehingga mencari pengobatan agar kembali sehat-pun harus menggadaikan kedaulatannya sebagai bangsa yang merdeka karena meragukan dan tidak percaya kepada sistem pengobatan modern bangsa sendiri.

Jarang, bahkan hampir tidak pernah dibahas bahwa menjadi sehat dan terus sehat, adalah bagian dari proses menegakkan kedaulatan atas diri sendiri, bangsa dan negara. Jika terus menerus kita meyakini bahwa

kesehatan adalah kembalinya fungsi tubuh dan jiwa secara normal, maka tidak pernah ada kaitan antara kesehatan dengan kedaulatan atas tubuh dan kedaulatan sebuah negara. Soal sehat dan sakit itu hanya soal adanya abnormalitas di dalam tubuh atau jiwa seseorang. Jika pemerintah menunjukkan bahwa semua biaya kesehatan menjadi tanggungjawab pemerintah dan pemerintah menyediakan anggaran untuk hal tersebut, maka kebijakan pemerintah itu tidak lebih hanya memenuhi mandat konstitusi. Lalu apakah pemenuhan mandat konstitusi selalu menjadi bagian dari penegakan kedaulatan atas warga negara dan kedaulatan bangsa? Jawabnya : tidak! Pemenuhan hak kesehatan saat ini hanya sebatas kepatuhan terhadap perintah undang-undang. Tidak ada maksud dan tujuan dibalik itu semua kecuali hanya mempertimbangkan kekuasaan politik sebagai janji dan komitmen mensejahterakan rakyat. Sehingga tampak sekali betapa dangkalnya makna di balik motif pemenuhan hak kesehatan. Meskipun secara konstitusi sudah terpenuhi yang namanya hak kesehatan dan kesehatan untuk semua warga negara. Namun dimensi lain yaitu kedaulatan seringkali dikorbankan.

Lalu bagaimana dengan swasembada kesehatan yang telah disebut di atas. Apakah pengertian dan prasyarat menuju tercapainya swasembada kesehatan hanya akan memenuhi hasrat kekuasaan politik penguasa dan menguntungkan secara ekonomi. Jawabnya : tidak! Swasembada kesehatan bukan hanya sekedar pemenuhan hak kesehatan dan kesehatan untuk semua (*health for all*) yang merupakan pemenuhan mandat konstitusi, namun lebih dari itu ada makna yang luhur dalam terminologi swasembada yaitu kedaulatan, kemandirian, keberlangsungan, dan bebas dari ketergantungan.

Untuk memahami lebih dalam mengenai swasembada kesehatan, maka terlenih dulu akan diuraikan pengertian dasar dari swasembada kesehatan. Istilah swasembada lazimnya dikenal sebagai terminologi yang biasa digunakan di bidang pertanian. Seperti jargon pada masa orde baru



berkuasa yaitu : swasembada beras, swasembada kedelai, dan sebagainya, intinya hanya berkisar pada konteks pangan. Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, swasembada diartikan sebagai *usaha mencukupi kebutuhan sendiri*, dan diberi contoh adalah swasembada beras. Padahal jika mengacu kepada pengertian dalam kamus tersebut, maka tidak hanya soal pangan saja. Swasembada kesehatan, swasembada energi, swasembada perumahan juga mengandung pengertian yang sama untuk menggambarkan bahwa usaha mensejahterakan rakyat di segala bidang kehidupan harus dicukupi dengan usaha sendiri. Oleh sebab itu secara lengkap bisa diartikan bahwa swasembada kesehatan bagi bangsa Indonesia adalah : **usaha yang berasal dari kemampuan dan pengetahuan bangsa Indonesia di bidang kesehatan, dilakukan oleh bangsa Indonesia dan untuk mencukupi kebutuhan kesehatan bangsa Indonesia.** Sehingga prinsip *dari-oleh-untuk* yang dijadikan syarat adanya swasembada dapat diwujudkan.

Yang dimaksud dengan usaha yang berasal dari **kemampuan** bangsa Indonesia di bidang kesehatan adalah, segala upaya yang dikerahkan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat semua bersumber dari modal yang dimiliki bangsa Indonesia. Modal yang dimaksud adalah modal pembiayaan dan modal sosial. Modal pembiayaan merupakan penganggaran yang diperlukan untuk biaya atau pengeluaran pemerintah bagi sektor kesehatan. Pembiayaan kesehatan bukan berasal dari pinjaman luar negeri atau bantuan hibah donor asing. Pembiayaan kesehatan harus berasal dari pajak penghasilan asli pendapatan negara. Sehingga kita tidak lagi tergantung kepada bantuan negara atau lembaga luar negeri untuk membiayai kebutuhan kesehatan masyarakat. Jika kita masih mengandalkan bantuan bahkan hutang luar negeri untuk pembiayaan kesehatan, maka syarat mencapai swasembada kesehatan sudah gugur sejak awal.

Modal sosial adalah kapabilitas yang dimiliki oleh masyarakat yang bersumber dari kepercayaan (**trust**) masyarakat itu sendiri. Kepercayaan bahwa bangsa Indonesia mampu mengatasi segala persoalan di bidang kesehatan harus menjadi modal dasar untuk mencapai swasembada. Ketidakpercayaan ini biasanya muncul karena adanya propaganda dari kepentingan bangsa asing yang mengatakan bahwa metode mereka lebih baik dan sudah teruji dan dijamin. Propaganda ini layaknya pedagang yang menjajakan barangnya sebagai barang yang paling baik. Dan celakanya banyak dari masyarakat kita yang termakan oleh propaganda itu, sehingga muncul ketidakpercayaan terhadap pengetahuan dan teknologi yang dikuasai oleh tenaga kesehatan Indonesia. Jika kita masih meragukan kemampuan bangsa Indonesia untuk mengatasi masalah kesehatan, maka syarat untuk mencapai swasembada juga gugur sejak awal.

Yang dimaksud usaha swasembada kesehatan yang berasal dari **pengetahuan** bangsa Indonesia, adalah segala ilmu dan teknologi di bidang

kesehatan sejak jaman pra-sejarah hingga masa kini yang telah dikuasai oleh tenaga-tenaga ahli Indonesia. Sehingga budaya pengobatan yang merupakan warisan tradisi nenek moyang bangsa Indonesia misalnya jamu dan kemampuan spiritual yang masih ditemui di beberapa suku bangsa di Indonesia juga merupakan bagian dari pengetahuan yang dijadikan metode pengobatan untuk mengatasi masalah kesehatan. Bukan sekedar alternatif pengobatan saja, tapi pengobatan secara tradisional adalah bagian dari metode pengobatan. Sementara pengetahuan tenaga ahli Indonesia dengan menggunakan metode pengobatan modern harus dimaksimalkan dan dipacu untuk terus meningkatkan kapasitasnya melalui berbagai riset dan penemuan-penemuan baru pengobatan modern.

Swasembada kesehatan diupayakan **oleh** tenaga ahli Indonesia yaitu semua penyedia layanan kesehatan yang terdidik dan kompeten adalah anak-anak bangsa Indonesia sendiri, meskipun telah menimba ilmu di luar negeri. Sehingga kita tidak lagi tergantung kepada tenaga-tenaga asing untuk menyembuhkan penyakit yang diderita masyarakat Indonesia, dan masyarakat Indonesia juga tidak perlu berobat keluar negeri hanya sekedar mencari dokter yang lebih ahli dan kompeten, dibandingkan dokter Indonesia. Karena semua sudah dikuasai oleh tenaga kesehatan dari Indonesia. Maka kemampuan pembiayaan dari anggaran pemerintah Indonesia dalam konteks ini, juga termasuk biaya untuk riset dan pendidikan tenaga kesehatan Indonesia, agar meraih keahlian setinggi mungkin dan menguasai segala macam penyakit dan metode pengobatannya.

Swasembada kesehatan untuk masyarakat Indonesia, maknanya adalah swasembada ini bukan untuk kelompok yang mampu saja, dan bukan hanya untuk orang di kota saja, melainkan untuk seluruh rakyat Indonesia yang ada di kota dan dipelosok-pelosok desa yang terpencil tanpa membeda-bedakan tingkat ekonomi, sosial, agama, etnis, pendidikan, gender, termasuk juga memperhatikan orang yang mengalami disabilitas. Maka swasembada kesehatan tidak sekedar pemenuhan hak kesehatan

dan akses kesehatan untuk semua, namun lebih bermakna lagi karena dengan swasembada kesehatan maka kita menjunjung tinggi kedaulatan dan martabat bangsa Indonesia sebagai negara yang merdeka. Untuk mencapai swasembada kesehatan dan mempertahankannya agar swasembada itu terus bisa memenuhi segala kebutuhan masyarakat yang ingin selalu sehat, diperlukan prasyarat lainnya. Prasyarat terwujudnya swasembada kesehatan sebagaimana bagan di bawah ini :



Berdasarkan gambar di atas maka prasyarat lainnya untuk mencapai swasembada kesehatan adalah:

1. Manggalang Partisipasi Masyarakat (foto pelatihan kader)



Masyarakat sebagai bagian dari sistem sosial terus melakukan aktifitas tidak hanya sekedar untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, juga untuk melengkapi kebutuhan sosialnya. Kegiatan sosial memang tidak semua manusia

menyukainya, namun sebagian manusia sering melakukan kegiatan sosial termasuk beraktifitas dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial masyarakat, akan memperkuat realita sosialnya serta mampu mengadaptasi dalam lingkungan kehidupannya. Berikut ini adalah album, potret atau foto-foto kegiatan masyarakat dalam menggalang partisipasi masyarakat untuk mencegah dan menanggulangi HIV & AIDS di Indonesia yang terkam Kamera PIKM TV.

2. Membangun jaringan penggerak masyarakat (foto rembug kader)

Bekerja tidak hanya sendiri, bekerja harus bersama-sama itulah gotong royong. Kader sebagai actor perubahan sosial tentunya tidak hanya saling mengenal sesama kader, juga



harus mampu sosialisasi terhadap dirinya sendiri dengan semua potensi stake holder yang ada. Berikut ini adalah cerita foto-foto kader dalam beriteraksi sosial dengan semua potensi yang ada di masyarakat.



3. Membentuk Opini Publik (foto Kampanye HAS dan WTO)

Membangun opini public adalah salah satu bagian dari advokasi kader untuk memperkuat eksistensi dirinya, agar lebih ter-update oleh semua potensi stakeholder yang ada, untuk itulah kampanye terus dilakukan. Berikut ini foto-foto kader untuk membentuk opini public.



JARINGAN AKSI PERUBAHAN INDONESIA
 SEKRETARIAT : JL. BAYU PIK GANG DARUSALAM RT 01 RW 01 NO. 48 KEL. KELAPA DUA WETAN KEC. CIRANCAJURU JAKARTA TIMUR
 TELP : 021-5741-5493
 EMAIL : @JAPINASIONAL@GMAIL.COM
 TWITTER : @JAPINASIONAL

No : 002/JAPI-NAS-VI/2015 Jakarta, 11 Juni 2015
 Lamp : -
 Hal : Perkembangan Grant Agreement Pemerintah Indonesia dengan Global Fund

Kepada Yth
 Menteri Kesehatan RI
 Prof. Dr. Nila Djavitia F. Muband, Sp. M
 Di tempat

Dengan hormat,
 Mengantui perkembangan bahwa hingga hari ini belum ada kepastian dari Pemerintah mengenai Grant Agreement dengan Global Fund untuk New Funding Model (NFM) program penanggulangan AIDS, TB dan Malaria. Kami dari Jaringan Aksi Perubahan Indonesia (JAPI) sebagai organisasi masyarakat yang membela kepentingan kaum marginal dan memperjuangkan terwujudnya keadilan kesehatan nasional. Menyampaikan pertanyaan tentang kelanjutan negosiasi antara pemerintah Indonesia dengan pihak Global Fund terkait klausul dalam Grant Agreement yang meniadakan kedaulatan bangsa Indonesia.

Kami dari JAPI memberikan dukungan penuh kepada Pemerintah untuk terus memperjuangkan kepentingan bangsa dan tidak menaruh pada klausul perjanjian yang diadopsi oleh Global Fund. Berikut pasal - pasal dalam klausul perjanjian yang perlu dikaji kembali oleh pemerintah Indonesia antara lain:

1. **Mandatory tax exemption**
 Pembebasan pajak ini harus dikaji oleh Kementerian Perdagangan dan Kementerian Keuangan agar negara tidak dirugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip perpajakan Indonesia.
2. **Privileges dan Immunities**
 Sebagaimana diketahui hak immunitas adalah hak para kepala negara dan anggota perwakilan diplomatik untuk tidak tunduk pada hukum pidana - hukum perdata, dan hukum administrasi negara tempat mereka bekerja. Staf Global Fund bukan termasuk perwakilan diplomatik sebuah negara sehingga tidak tepat jika diberi hak immunitas. Perjanjian ini harus dikaji oleh Kementerian Luar Negeri dan Kementerian Hukum dan HAM RI.
3. **Access Rights**
 Perjanjian ini sangat berlawanan karena Global Fund mendapatkan kebebasan akses informasi tanpa batas. Sesuai dengan UU no. 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik pasal 2 maka informasi yang bisa di akses secara bebas adalah yang memuat data informasi publik. Namun untuk informasi publik yang dikawatirkan, harus dipertanyakan secara kritis dan berbasis demi melindungi kepentingan negara. Kementerian Komunikasi dan Informatika RI perlu mengkaji secara mendalam perjanjian ini.

Demiikian surat ini kami sampaikan, kami berharap mendapatkan jawaban perkembangan terkini proses negosiasi atas perjanjian tersebut diatas. Kami bersedia untuk berdiskusi terkait klausul tersebut diatas yang merugikan bangsa Indonesia sebagai bangsa yang besar. Sebagaimana kami bisa dihubungi melalui Wiberik Nivita, email : nivita@japiindonesia.com, Telp : 08131776028. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,
 Koordinator Nasional JAPI


 Lukmanul Hakim

- Tembusan :
- Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Indonesia
 - Menteri Luar Negeri
 - Menteri Sekretaris Negara
 - Menteri Hukum dan HAM
 - Menteri Komunikasi dan Informatika

4. Mendesak Kebijakan (audiensi dengan pemerintah, melalui surat)

Terkadang tidak hanya menyuarakan ideology kita, tapi juga harus terus melakukan pengawasan terhadap ide yang kita suarakan, salah satu bentuknya ialah mendesak kebijakan ke pemerintah. Berikut ini surat-surat kami yang terus kami awasi dan bila perlu kami desak pemerintah agar respon terhadap persoalan kita. Hidup Kader PIKM !



PENUTUP:

Merubah kegiatan proyek menjadi gerakan masyarakat yang dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan perlu waktu yang cukup panjang serta ke-seriusan dalam mengawal dan mengevaluasinya. Namun jika hanya bisa bicara tanpa harus memulai maka merubah proyek menjadi gerakan hanyalah sebuah mercusuar tanpa arti, segala sesuatu harus berani di mulai dari komitmen kita untuk “berubah “

Buku yang telah saudara baca tadi, adalah refleksi perubahan perilaku dari para relawan yang selama ini bergerak dalam isu kesehatan, melakukan terobosan dengan merubah paradigma-paradigma yang selama ini dianggap sebagai guru besar dalam kegiatan kesehatan di Indonesia, namun ternyata apa yang pernah dilakukan selama ini asas manfaatnya masih terbatas pada kelompok yang diberi nama “ POP KUN” atau populasi kunci yang jumlahnya sangat terbatas, belum menyentuh kearah substansi yang sebenarnya, bahkan mendewakan populasi kunci yang sebenarnya hanya bagian terkecil dari kelompok yang ada.

Masyarakat sebagai bagian sistem yang ada di Negara tidak pernah tersentuh secara langsung baik sebagai obyek maupun subyek yang terdampak dari proyek kegiatan kesehatan berbasis NGO tersebut. Sementara dampaknya sangat dekat dengan masyarakat sehingga tidak aneh tiba-tiba ibu rumah tangga yang terdampak HIV dan AIDS meningkat jumlahnya, bayi dan balita yang terinfeksi HIV dan AIDS terus meningkat serta semakin ter-diskriminasikan ODHA di masyarakat

Menyikapi perkembangan tersebut, maka kemudian ada terobosan terhadap pengembangan kegiatan yang ada dalam proyek tersebut, dengan cara melibatkan masyarakat sebagai obyek maupun subyek kegiatan proyek tersebut. Masyarakat menjadi actor terdepan dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, dengan memunculkan " Semangat Gerakan Masyarakat Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat " menjadi amunisi untuk meningkatkan partisipasi public, tidak hanya melibatkan masyarakat, tapi para stakeholder pengambil kebijakan public bersatu pada dengan masyarakat bergerak untuk mencegah dan menanggulangi HIV dan AIDS melalui kegiatan tes HIV bersama, rembuka kader PIKM, Pengalokasikan Dana Penanggulangan dan Pencegahan HIV & AIDS melalui dana kas Desa, APBD Kota dan Kabupaten serta dana gotong royong masyarakat.

Ternyata kita mampu merubah takdir dalam mencegah dan menanggulangi HIV dan AIDS di Indonesia. Hal ini terbukti dari adanya buku yang telah saudara baca ini yang secara gamblang menceritakan dari proses ke proses untuk merubah paradigma tentang penanggulangan dan pencegahan HIV & AIDS di Indonesia. ■

Gotong Royong Mewujudkan Indonesia Sehat Membangun Gerakan Sehat dari Bawah dalam Merubah Takdir terhadap tafsir pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia

Jalan panjang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia hampir 30 tahun, namun belum mampu mencapai puncak, bahkan terkesan stagnan berjalan di tempat. Persoalan ini yang akhirnya kita hanya bisa menonton sebuah sinetron yang berjudul “ Jalan-Jalan Bersama AIDS “ kita masih belum mampu bisa menyaksikan sebuah film kemanusiaan orang-orang yang ter-diskriminasi masuk dalam rumah besar kehidupan bersama yang nyaman dan mapan.

Menempatkan “ OUTREACH “ sebagai guru besar dalam penanggulangan dan pencegahan HIV & AIDS yang selama ini menjadi panduan pokok, ternyata dirasa oleh beberapa penulis yang terlibat dalam menyusun buku ini “ Sangat Menyesatkan “ sehingga perlu merubah paradigma agar pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS bisa melibatkan semua, tidak hanya kepada kelompok populasi kunci (PSK, LSL, WARIA, IDUs dan HRM) tapi juga melibatkan semua potensi masyarakat, karena ternyata dampak yang terpapar jumlahnya lebih banyak di masyarakat, terutama ibu rumah tangga, bayi dan balita.

Buku ini “ Membedah ” cara pandang dalam mengelola pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS dari proyek NGO menjadi gerakan di masyarakat. Buku ini menarik karena para penulis dan penyusunnya adalah actor yang mengakui tersesat dalam mengelola kegiatan HIV dan AIDS di Indonesia

Dari pengalaman di lapangan yang kemudian di aplikasikan dalam event-event besar seperti Tes HIV Bersama Masyarakat, Jambore Nasional dan Rembug Nasional Kader PIKM (Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat), serta melibatkan langsung pakar dan tokoh ahli dari berbagai Perguruan Tinggi di Indonesia, juga melibatkan para Walikota dan Bupati dalam mengalikasikan dana dari APBD untuk kegiatan pencegahan dan penanggulngan HIV & AIDS di masyarakat. Buku ini memadukan antara teori dengan aplikasi lapangan serta realita yang sesungguhnya terjadi. Kesimpulannya BUKU INI ASLI cerita kegiatan di lapangan tidak hanya teori tapi juga bukti kerjanya. Buku ini memberikan bukti bukan janji. Selamat Membaca.



PERKUMPULAN KELUARGA BERENCANA INDONESIA (PKBI)

THE INDONESIAN PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION (IPPA)

Jl. Hang Jebat III/F3, Kebayoran Baru, Jakarta 12120 - INDONESIA

Phones: (62-21) 7207372, 7394123, 7206413, 7231326, 7205804, Fax.: (62-21) 7394088

Cable address : IPPA Jakarta E-mail : ippa@pkbi.or.id