

**INTERVENSI PERUBAHAN  
PERILAKU KESEHATAN ORANG  
DENGAN HIV/AIDS (STUDI KASUS  
PADA KELOMPOK DUKUNGAN  
SEBAYA SOLO PLUS DI SURAKARTA)**

*Jurnal Analisa Sosiologi*

*April 2019, 8(1): 1-17*

**Argyo Demartoto<sup>1</sup>**

***Abstract***

*People living with HIV/AIDS (PLWHA) hope to live healthily, so that Peer Support Group (PSG) responds to the PLWHA's psychosocial and medical needs. The objective of research was to study the Solo Plus PSG's intervention to the change of PLWHA's health behavior in Surakarta. This qualitative research with case study approach was conducted on the chairperson and members of Solo Plus, People Affected by HIV/AIDS (PABHA), Surakarta AIDS Commission, health workers, and NGOs caring about AIDS in Surakarta. Data was collected through observation, in-depth interview, and documentation, while data validation was carried out using source triangulation. The explanatory analysis technique used in this case study was Simmel's social shape and Schramer's U theories. The result of research showed that Solo Plus held monthly routine meeting for information on the session attended by many parties like psychiatrist, herbalist, Voluntary Counseling and Testing (VCT); psychosocial support members; improved the capacity of organization and PSG members with training, policy advocacy and public awareness through harings with government; initiated the establishment of satellite PSG in surrounding areas to support PLWHA; participated actively in socializing the prevention of HIV to community; gave testimony in many events; supported Care Support and Treatment (CST) care, case management, such as VCT referral, CST, Local Health Insurance, CD 4 test, liver and kidney function test, Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT); provided Supplementary Food; and facilitated PLWHA in Penitentiary, visited hospitals and houses; supported the sustainable livelihood of PSG members; and developed network.*

***Keywords: Community intervention, behavior change, peer support group***

**Abstrak**

Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berharap dapat sehat, sehingga Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) merespons atas kebutuhan psikososial medis ODHA. Tujuan penelitian ini mengkaji intervensi KDS Solo Plus terhadap perubahan perilaku kesehatan ODHA di Surakarta. Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus ini dilakukan terhadap ketua dan anggota Solo Plus, Orang Hidup dengan HIV/AIDS (OHIDA), Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surakarta, petugas pelayanan kesehatan, dan LSM peduli AIDS di Surakarta. Data dikumpulkan dengan observasi,

<sup>1</sup>Program Studi Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Sebelas Maret

<sup>1</sup>argyodemartoto\_fisip@staff.uns.ac.id

wawancara mendalam dan dokumentasi, serta untuk menguji validitas data digunakan triangulasi sumber. Teknik analisis eksplanasi studi kasus ini menggunakan teori bentuk sosial dari Simmel dan teori U dari Schramer. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Solo Plus melakukan pertemuan rutin bulanan untuk info sesi dari berbagai pihak, seperti psikiatri, herbalis, Voluntary Counseling and Testing (VCT); memberi dukungan psikososial; peningkatan kapasitas organisasi dan anggota KDS dengan pelatihan; advokasi kebijakan dan penyadaran publik melalui audiensi dengan pemerintah; menginisiasi pembentukan KDS satelit di sekitarnya untuk mendukung ODHA; terlibat aktif dalam sosialisasi pencegahan HIV ke masyarakat; testimoni di berbagai even; mendukung layanan *Care Support and Treatment* (CST); manajemen kasus, seperti rujukan VCT, CST, Jaminan Kesehatan Daerah; test CD 4, test fungsi hati dan ginjal, *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT); Pemberian Makanan Tambahan, dan pendampingan ODHA di Lembaga Pemasyarakatan, kunjungan di rumah sakit maupun di rumah; mendukung keberlanjutan mata pencaharian anggota KDS serta mengembangkan jaringan kerja.

**Kata kunci : Intervensi komunitas, perubahan perilaku, kelompok dukungan sebaya**

## PENDAHULUAN

Salah satu masalah kesehatan global dan epidemik dunia yang serius adalah HIV/AIDS. Hal ini termasuk tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SDG's) dengan target pencapaian hingga tahun 2030, yakni menjamin kehidupan yang sehat serta mendorong kesejahteraan hidup untuk seluruh masyarakat di segala umur (*ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*) (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan UNDP, 2014; Osborn dkk, 2015). Secara global tahun 2016 jumlah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) ada 36,7 juta dengan 2,2 juta kasus HIV dan sekitar 1,5 juta orang meninggal karena AIDS. Kasus HIV di Asia Tenggara dari tahun 2000-2015 terus mengalami peningkatan, dari 2,9 juta menjadi 3,5 juta penderita (UNAIDS, 2016). Jumlah kasus HIV/AIDS di Surakarta berada di peringkat ke-2 se Jawa Tengah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Jumlah kasus yang tercatat bulan Oktober 2005 – Desember 2017 sebanyak 2.528 yang terdiri dari 859 kasus HIV dan AIDS sebesar 1.669, serta meninggal dunia sebanyak 701 (Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surakarta, 2017).

Strategi dan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS telah disusun dari tingkat global hingga tingkat Kabupaten / Kota menuju pada paradigma *zero*

*new infection, zero AIDS-related death* dan *zero discrimination* (WHO, 2017). Program penanggulangan AIDS di Indonesia mempunyai 4 pilar, yaitu pencegahan (*prevention*); Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP); mitigasi dampak berupa dukungan psikosocio-ekonomi; serta penciptaan lingkungan yang kondusif (*creating enabling environment*) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Komitmen kuat semua unsur di masyarakat bahwa epidemi HIV/AIDS adalah tanggung jawab bersama pemerintah, non-pemerintah dan masyarakat untuk bahu membahu menekan penyebaran HIV/AIDS di Surakarta dengan membentuk Komisi, Kelompok Kerja (Pokja) dan Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Surakarta yang dalam operasional pelaksanaan kerja penanggulangan HIV/AIDS mengoptimalkan 6 Kelompok Kerja (Pokja), yaitu Pokja Pencegahan dan Penjangkauan, Pokja Layanan Kesehatan dan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan, Pokja Penguatan Manajemen, Pokja Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Jarum Suntik, Pokja Pemberdayaan, Pokja Penularan HIV/AIDS Melalui Transmisi Seksual (PMTS) dan Pokja MONEV (Demartoto, 2018). Setelah banyaknya kasus infeksi oportunistik pada ODHA terutama penyakit tuberculosis, maka ditambah satu Pokja lagi yaitu Pokja HIV dan TB. Hal ini diperkuat dengan Surat Keputusan Wali Kota Surakarta Nomor 443.23/2.25/1/2017 Tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, Kelompok Kerja dan Sekretariat Pelaksana Pada Komisi Penanggulangan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* Kota Surakarta

Pelaksanaan seluruh Pokja melibatkan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS). Seperti diketahui di seluruh Indonesia sudah berdiri KDS untuk ODHA, seperti Solo Plus, Semarang Plus, Intan Jamrud Kalimantan Selatan, Medan Plus, Bandung Plus, JOY (Jaringan ODHA Yogyakarta) dan sebagainya. KDS didirikan sebagai respons atas kebutuhan dukungan psikososial bagi ODHA dan keluarganya yang terdampak termasuk KDS Solo Plus di Surakarta. Solo Plus melakukan intervensi komunitas sebagai suatu upaya pemberdayaan kelompok atau komunitas ODHA. Model intervensi komunitas memainkan peranan penting dalam pembangunan kesehatan, karena KDS berperan dalam merubah perilaku kesehatan ODHA (Nugroho, 1984; Adi, 2008; Efendi dan Makhfudli, 2010). Intervensi KDS

dapat meningkatkan kesejahteraan psikososial ODHA karena dapat menurunkan tekanan psikologis, terutama gejala depresi, kecemasan dan kemarahan ODHA lain (Kumakech dkk, 2009).

Seperti diketahui kehidupan seseorang (dalam konteks ini perilaku ODHA) merupakan sifat eksklusif individu, sedangkan komunitas atau masyarakat hanya dianggap sebagai abstraksi. Ia tidak ada diluar individu dan juga bukan penjumlahan dari individu-individu maupun proses-proses di antara mereka. Perilaku dan gerak-gerik tindakan individu yang saling menstimulir serta perubahan-perubahan yang terjadi merupakan sesuatu yang tidak dapat diraba. Oleh karena itu dalam interaksi sosial ditetapkan adanya prinsip regulatif dari interaksi dan kesalingterkaitan seluruh fenomena. Dengan kata lain, resiprositas interaksi sosial merupakan prioritas masyarakat (Simmel, 1971; Ritzer, 1996; Widyanta, 2002).

Melalui U-prosedur, seorang ketua atau pemimpin dapat melakukan metode manajemen perubahan untuk mengubah pola perilaku yang tidak produktif anggotanya. Dengan *open mind*, *open heart*, *open will*, maka pimpinan, ketua kelompok, penjangkau, pendidik sebaya harus membuka pikiran untuk menyerap langsung aspirasi anggota kelompoknya, membuka hati mendengarkan suara mereka, dan membuka kemauan yang keras untuk mewujudkan dan mengatasi berbagai persoalan dalam kelompoknya (Senge dkk, 2005; Scharmer, 2006; Schramer, 2007; Scharmer dan Kaufer, 2013; Scharmer, 2016). Seseorang harus berani untuk menerima dan menjawab situasi, tidak hanya menerima saja, namun juga melihat sepenuhnya (*open mind*), mengerti sepenuhnya (*open heart*), dan menerima sepenuhnya (*open will*), untuk kemudian mengembangkan keputusan berdasarkan hasil penerimaan itu. Konstruksi *systems thinking* konvensional telah berhasil mengajak orang untuk *open mind* (lewat pemahaman atas *events*, *patterns*, dan *structure*) dan *open heart* (lewat pemahaman atas *mental model*), namun belum sepenuhnya mengeksplorasi bagaimana sumber terdalam di diri kita mampu melihat dan menerima situasi tersebut dengan jernih melalui *open will*.

Proposisi-proposisi teori U adalah *Co-initiating* (mulai bersama): membangun niat umum, berhenti dan dengarkan orang lain serta panggilan kehidupan apa yang harus anda lakukan; *Co-sensing* (merasakan bersama):

mengamati, mengamati, mengamati, pergi ke tempat yang paling potensial dan dengarkan dengan pikiran dan hati yang terbuka lebar; *Presencing*: terhubung ke sumber inspirasi dan kehendak bersama, pergi ke tempat keheningan dan biarkan pengetahuan dalam muncul; *Co-creating* (mencipta bersama): membentuk dasar (*prototype*) hal baru dalam contoh nyata untuk mengeksplor masa depan dengan bertindak, serta *Co-evolving* (berkembang bersama): mewujudkan hal baru dalam ekosistem yang memfasilitasi penglihatan dan tindakan dari keseluruhan (Schramer, 2016).

Menurut Dewi (2008) bahwa peningkatan secara dramatis jumlah ODHA menimbulkan krisis kesehatan di dunia. Pekerja Seks Komersial (PSK) merupakan salah satu kelompok paling rentan terinfeksi HIV karena transmisi HIV melalui hubungan seksual. Informasi tentang HIV/AIDS menjadi sangat penting bagi PSK untuk pencegahan HIV/AIDS. Ada perbedaan pengetahuan pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan ( $p\text{-value} = 0,000$ ). Ada perbedaan sikap pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan ( $p\text{-value} = 0,000$ ). Oleh karena itu perlu adanya pembinaan, supervisi dan pelatihan secara kontinu pada *peer educator* dan perekrutan *peer educator* baru sebagai ujung tombak dalam upaya promotif dan preventif HIV/AIDS.

Penggunaan kondom merupakan salah satu strategi pencegahan penularan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV. Namun di lokasi Banyu Putih Batang, program kondom 100% masih sulit dicapai. Pemberdayaan bagi PSK menjadi pilar utama, agar PSK tidak hanya menjadi objek, tetapi juga menjadi subjek yang dapat merubah perilaku di komunitasnya 80% PSK dan atau pelanggannya tidak selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual. Faktor yang menghambat adalah pengetahuan PSK tentang HIV/AIDS, sikap terhadap penggunaan kondom, serta kurang terampilnya PSK dalam negosiasi kondom. Pada kelompok intervensi, setelah diterapkannya model integrasi Pendidik Komunitas dan sistem *reward-punishment*, praktik penggunaan kondom meningkat menjadi 82,9%. Ini menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan praktik

penggunaan kondom antara sebelum dan sesudah intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perbedaan. (Azam dkk, 2014). Menurut Kamila dan Siwiendrayanti (2010) bahwa ibu rumah tangga, waria, anak, dan pecandu yang telah atau pernah menjalani terapi ARV) memiliki persepsi positif terhadap peran KDS, karena KDS memiliki peranan bagi mereka untuk patuh melaksanakan terapi ARV. Sebagian besar menyatakan bahwa keyakinan diri mereka, dan kerentanan atas penyakit menjadi faktor lain yang menentukan pelaksanaan terapi ARV.

Komunitas gay yang berpartisipasi dalam KDS untuk jangka panjang (satu tahun atau lebih) cenderung memiliki akses ke jaringan dukungan lainnya, menerima, bertukar dan berorientasi emosional, seperti empati, menerima dan bersahabat. Sebaliknya, komunitas gay yang berpartisipasi dalam KDS untuk waktu singkat (enam bulan atau kurang) memiliki akses jaringan dukungan alternatif yang lebih besar dan tertarik menerima dan bertukar dukungan instrumental, seperti informasi yang berhubungan dengan penyakit dan cara-cara efektif untuk mengatasinya (Sandstrom, 2008). ODHA yang berpartisipasi dalam program intervensi dirancang untuk memberikan dukungan kepada ODHA lain adalah salah satu sarana untuk mempromosikan agar patuh terhadap terapi antiretroviral (ARV). Ada empat hal yang menyebabkan mereka terlibat dalam intervensi yaitu penerimaan sosial, dukungan timbal balik, perkembangan pribadi dan pemberdayaan, maupun hambatan dan kendala ODHA lain (Marino dkk, 2007).

Selama ini ODHA di Surakarta masih banyak yang tidak patuh minum ARV, tetap berganti-ganti pasangan, tidak menggunakan kondom dan pelican dalam berhubungan seksual dan lain-lain. Oleh karena itu, KDS Solo Plus berupaya melakukan intervensi perubahan perilaku kesehatan kepada mereka. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji intervensi perubahan perilaku kesehatan ODHA yang dilakukan KDS Solo Plus.

## METODE PENELITIAN

Penelitian kualitatif dengan studi kasus ini dilakukan pada Juli-September 2017 di Surakarta. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Program Manager KPA Kota Surakarta dan Ketua Solo Plus. Sebagai informan utama adalah ODHA di Surakarta yang bergabung dengan KDS Solo Plus, dari berbagai faktor risiko tinggi tertular HIV/AIDS yaitu seorang wanita pekerja seks, seorang gay man, seorang waria, seorang lelaki berisiko tinggi dan seorang pengguna narkoba suntik serta ODHA dari masyarakat umum, telah *open status* terhadap keluarga, tempat kerja dan masyarakat, serta terlibat dalam penanggulangan HIV/AIDS (Yin, 2002). Adapun informan pendukung terdiri dari Orang Hidup dengan HIV/AIDS (OHIDA), petugas layanan kesehatan yaitu konselor *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Dr. Moewardi dan perawat Pusat Kesehatan Masyarakat Manahan serta aktivis LSM SPEK – HAM.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan seluruh informan dan megobservasi perilakunya, serta mengkaji dokumen terkait dengan intervensi perubahan perilaku kesehatan ODHA (Flick dkk, 2004; Miles dkk, 2014). Untuk menguji validitas dan reliabilitas data dilakukan triangulasi sumber dengan mengklarifikasi data yang diperoleh dari informan utama dengan informan lain (Creswell, 2014). Data primer dan sekunder yang dikumpulkan di lapangan dianalisis dengan teknik analisis eksplanasi yang merupakan hasil rangkaian perulangan dari pernyataan teoritis atau proposisi awal tentang teori bentuk sosial dan teori U, intervensi komunitas dan penanggulangan HIV/AIDS membandingkan temuan kasus intervensi KDS terhadap ODHA dalam penanggulangan HIV/AIDS di Surakarta dengan pernyataan tadi; memperbaiki pernyataan dan membandingkan satu kasus dengan kasus lainnya untuk perbaikan pernyataan tersebut, lalu membandingkan dengan fakta-fakta dari kasus-kasus lainnya. Hal ini diulangi jika diperlukan sampai data yang didapat sudah dianggap cukup untuk menjelaskannya (Yin, 2002).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Kasus HIV/AIDS di Kota Surakarta terus meningkat setiap tahun, sehingga dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS, maka KPA Kota Surakarta menyusun visi yaitu terkendalinya penyebaran HIV/AIDS di Surakarta. Adapun misinya adalah mendorong dan meningkatkan peran serta semua pihak dalam menanggulangi HIV/AIDS, meningkatkan pemahaman masyarakat tentang HIV/AIDS, menciptakan perilaku sehat dan aman dari risiko penularan HIV/AIDS, meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi ODHA, serta mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Program pencegahan HIV/AIDS di Surakarta meliputi kegiatan sosialisasi pencegahan HIV/AIDS melalui media Komunikasi Informasi dan Edukasi kepada seluruh masyarakat; memanfaatkan media massa secara optimal untuk sosialisasi dan advokasi sehingga tercipta kepedulian masyarakat untuk berperilaku aman dari resiko penularan HIV/AIDS; pelaksanaan *Harm Reduction*/ pengurangan dampak buruk; penerapan *Universal Precaution* pada fasilitas pelayanan kesehatan; *screening* donor darah; kampanye penggunaan kondom 100% kepada kaum yang berisiko; *Prevention of Mother to Child Transmision* (PMTCT), perawatan ibu hamil yang terinfeksi HIV/AIDS agar tidak menular terhadap bayi yang dikandungnya; serta pembangunan klinik IMS.

Konselor VCT Rumah Sakit Dr. Moewardi menyatakan bahwa program dukungan, perawatan, dan pengobatan terhadap ODHA berupa fasilitas pelayanan pengobatan, perawatan dan laboratorium untuk kasus IMS, HIV dan AIDS; dibukanya klinik VCT untuk pelayanan kesehatan kelompok berisiko tinggi dan pengidap; ketersediaan obat ARV (anti retroviral) untuk menjamin kelangsungan perawatan ODHA, ketersediaan obat untuk Infeksi oportunistik, dan obat untuk IMS; serta manajemen kasus. Hal ini didukung oleh perawat Pusat Kesehatan Masyarakat Manahan. Menurut Program Manager KPA Kota Surakarta bahwa fasilitas layanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan VCT di Kota Surakarta ada 17 Puskesmas (65%) dan 6 Rumah Sakit termasuk BBKPM dan PMI (60%).

Adapun program penunjang berupa surveilans kasus IMS, HIV/AIDS, pengembangan jejaring penanggulangan HIV/AIDS, pemberdayaan KPA Kota Surakarta, program peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). KPAD mempunyai kebijakan bahwa upaya penanggulangan dilakukan untuk mengurangi sebanyak mungkin masalah yang menjadi penularan HIV/AIDS. Upaya penanggulangan HIV/AIDS dilakukan secara menyeluruh, berkesinambungan dan terpadu (komprehensif). Prioritas upaya penanggulangan HIV/AIDS adalah perubahan perilaku risiko tinggi pada kelompok rentan, kelompok risiko tinggi tertular dan kelompok tertular serta ODHA. pengembangan peraturan daerah dan penerapannya secara konsisten dalam mendukung penanggulangan HIV/AIDS.

Penanggulangan HIV/AIDS di Surakarta dilakukan oleh pemerintah, non-pemerintah dan masyarakat termasuk KDS Solo Plus. Dalam menanggulangi HIV/AIDS pemerintah sebagai fasilitator, sedangkan masyarakat, LSM dan dunia usaha sebagai pelaku utama. KDS Solo Plus adalah kelompok independen yang bertujuan memperjuangkan persamaan hak, kesempatan, mendapatkan akses layanan kesehatan dan dukungan serta penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Solo Plus berdiri tanggal 7 Maret 1997 atas inisiasi Bapak Yunus dan rekan-rekannya, khususnya pengguna narkoba suntik yang bergabung di LSM Mitra Alam yang mengharapkan ODHA memperoleh perhatian khusus, khususnya ODHA penasun. Awal berdiri Solo Plus hanya beranggota 5-6 orang. Semenjak Desember 2011 hingga sekarang Solo Plus diketuai oleh Ibu Emi Zulaikha dengan Sekretaris Ibu Dian Munawaroh, Bendahara Ibu Sulistyanyingsiih, dan Penasehat Bapak Puger. Anggota Solo Plus bertambah karena meningkatnya jumlah ODHA di Surakarta dan kegiatan berkembang dengan baik. Secara administrasi anggota Solo Plus bertambah, namun yang aktif mengikuti pertemuan sekitar 100 orang.

Menurut Ketua KDS Solo Plus bahwa Solo Plus sebagai organisasi berbasis komunitas bertugas menjangkau ODHA di Surakarta serta menyebarkan media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di masyarakat. Beberapa ODHA dan OHIDA menyatakan bahwa Solo Plus mempunyai agenda rutin pertemuan

setiap akhir bulan di Puskesmas Manahan Solo. Pertemuan tersebut dihadiri oleh anggota KDS, ketua KDS, pengurus KDS yang lain, tenaga kesehatan Puskesmas Manahan Solo, dan OHIDA. ODHA yang aktif datang dalam pertemuan bulanan hanya sekitar 40 orang, karena tempat pertemuan yang belum memadai, sempit dan ada kepentingan ODHA yang berbeda-beda. Pertemuan tersebut membahas semua tentang HIV/AIDS (pengobatan, kepatuhan, dukungan bagi ODHA/ OHIDA/ anggota baru, penanggulangan, stigma, pendanaan, isu terkini HIV/AIDS dan sebagainya). Keanggotaan baru KDS bergabung dengan cara ODHA sukarela mendatangi Ketua KDS untuk mendaftar menjadi anggota baru atau dengan cara Ketua KDS merekrut anggota dengan pendekatan kepada ODHA yang sedang pengobatan di rumah sakit dan kemudian disarankan untuk rutin datang ke pertemuan. Dana yang digunakan untuk sarana dan prasarana sebagian besar berasal dari donatur luar negeri, misalnya Caritas Germany dan USAID. Pemerintah juga menyumbangkan dana untuk keperluan KDS melalui KPA.

Program kerja KDS Solo Plus yaitu peningkatan kapasitas organisasi dan anggota KDS dengan mendorong anggota KDS mengikuti pelatihan yang diselenggarakan berbagai pihak; dukungan psikososial bagi ODHA baru dan anggota; pertemuan rutin bulanan; diberikan info sesi dari berbagai pihak (psikiatri, herbalis, VCT dan sebagainya); merangkul semua ODHA di wilayah Kota Surakarta dan sekitarnya agar menjadi anggota KDS Solo Plus serta membenah data base anggota. Solo Plus melakukan advokasi kebijakan dan penyadaran publik melalui audiensi dengan pemerintah Kabupaten di Solo Raya terkait dukungan ODHA; menginisiasi pembentukan KDS satelit di wilayah Surakarta dan sekitarnya untuk kemudahan dukungan pemerintah lokal; terlibat aktif dalam kampanye pencegahan HIV pada peringatan Hari AIDS sedunia dan Malam Renungan AIDS; sosialisasi langsung ke masyarakat dalam penyebaran informasi tentang HIV dan AIDS serta melakukan testimoni dalam berbagai even. Solo Plus juga mendukung layanan CST pada ODHA dengan manajemen Kasus (rujukan VCT, CST, Jamkesda); test CD 4, test fungsi hati dan ginjal, PMTCT; Pemberian Makanan Tambahan bagi ODHA memfasilitasi PMTCT bagi anggota; pendampingan ODHA anak; pendampingan ODHA di Rutan/Lapas serta kunjungan ODHA di rumah sakit maupun di rumah

(mendukung semangat hidup, mendorong open status dan perubahan perilaku). Selain itu juga mengembangkan jaringan kerja dan mendukung keberlanjutan mata pencaharian anggota KDS dengan menghubungi pihak-pihak terkait (pemerintah, LSM, swasta); bantuan stimulan modal usaha individu atau kelompok; membentuk pra koperasi KDS Solo Plus serta memfasilitasi pelatihan *life skill*/ keterampilan bagi anggota.

Program yang rutin dilakukan Solo Plus yaitu kampanye penanggulangan HIV/ AIDS, khususnya pada saat Hari AIDS sedunia. Solo Plus juga dikaitkan dalam rapat koordinasi dalam penyusunan anggaran secara rutin serta rapat koordinasi capaian program rutin 3 bulan sekali. Banyak kendala yang dialami Solo Plus dalam melaksanakan program dan kegiatannya, antara lain terbatasnya kemampuan KDS dan anggota selaku pendidik sebaya dan penjangkau di lapangan, dana yang terbatas, sekretariat yang apa adanya, dukungan yang masih kurang optimal dari Pemerintah, tenaga kesehatan maupun masyarakat, kesulitan menangani ODHA yang *lost follow up* dan tempat pertemuan yang kurang bisa menampung seluruh anggota ODHA.

### **Pembahasan**

Sejak pertama kali ditemukan ODHA di Surakarta tahun 2005, setiap tahun jumlah ODHA terus meningkat secara signifikan. Akan tetapi, tidak semua penderita merupakan warga asli Solo, dan dari kasus yang ada kelompok yang rentan terinfeksi HIV/AIDS adalah komunitas WPS, waria, mahasiswa, pelajar, pembeli seks, ibu rumah tangga dan pengguna narkoba suntik. Usia paling rentan tertular HIV/AIDS antara 15 s.d 45 tahun. Sebagian besar penularan HIV/AIDS sebanyak 90% disebabkan hubungan seksual yang tidak sehat dan aman baik berlainan jenis (heteroseksual) maupun sesama jenis (homoseksual). Selebihnya, penularan terjadi melalui jarum suntik bekas penderita HIV/AIDS, alat-alat kesehatan, narkotika, transfusi darah, dan hubungan plasenta janin serta ibu terinfeksi HIV.

Kasus dan laju epidemi HIV/AIDS di Surakarta tentu menimbulkan ancaman tersendiri bagi pembinaan kualitas manusianya. Dampaknya, produktivitas masyarakat Surakarta semakin berkurang, produk dan daya saing yang dihasilkan semakin menurun, sehingga dibutuhkan solusi yang

cepat dan tepat. Seperti diketahui apabila kondisi klinis ODHA mengalami penurunan daya tahan tubuh, maka akan berisiko tertular berbagai macam penyakit infeksi oportunistik. ARV adalah pengobatan antivirus yang diberikan pada ODHA. ARV bukan untuk menyembuhkan HIV tapi berfungsi untuk menekan aktivitas virus seminimal mungkin. Hingga saat ini belum ada obat yang bisa menyembuhkan HIV, namun diharapkan dengan pengobatan ARV/ART, ODHA akan bisa hidup normal seperti orang lain dan memperpanjang usia harapan hidup. ARV memang diberikan secara gratis oleh Pemerintah Kota Surakarta bagi ODHA yang memenuhi kriteria klinis karena hal itu memang menjadi program pemerintah untuk menekan angka penyebaran HIV. Untuk mendapatkan ARV secara gratis, ODHA bisa mengunjungi rumah sakit dan Puskesmas rujukan AIDS, yaitu RS Dr. Moewardi, RS Dr. Oen Kandang Sapi, RSUD Ngipang, RS BBKPM, serta 17 Puskesmas di Surakarta. Meskipun ARV diberikan secara gratis, namun masih diperlukan biaya administrasi, dokter, dan beberapa tes lain, seperti CD4, dan lain-lain. Besar biaya bergantung pada rumah sakit dan Puskesmas yang dirujuk.

Ketua maupun anggota KDS Solo Plus yang bertindak selaku pendidik sebaya, penjangkau di lapangan dan pendamping ODHA melakukan metode manajemen perubahan untuk mengubah perilaku kesehatan ODHA (anggota KDS). Solo Plus melakukan intervensi komunitas dengan membuka pikiran, menyerap langsung aspirasi anggota KDS Solo Plus, membuka hati, mendengarkan suara anggota, membuka kemauan yang keras untuk mewujudkan dan mengatasi berbagai persoalan ODHA (Simmel, 1971; Widyanta, 2002). Sebagai pendidik sebaya harus berani menerima dan menjawab persoalan ODHA tidak hanya menerima, namun juga melihat sepenuhnya (*open mind*), mengerti sepenuhnya (*open heart*) seluruh persoalan yang dihadapi ODHA di lapangan, dan menerima sepenuhnya (*open will*), untuk kemudian mengembangkan keputusan berdasarkan hasil penerimaan tersebut (Schramer, 2007). Diawal kegiatan penjangkauan dan pendampingan seluruh pendidik sebaya (Ketua dan anggota KDS) berdiskusi bersama dengan tujuan melakukan pemetaan situasi dan kondisi di lapangan yang benar-benar dialami komunitas ODHA.

Mereka bersatu menjadi kelompok inti yang kuat untuk mencapai tujuan program dan kegiatan yang telah disusun. Seluruh anggota KDS Solo Plus mengutarakan aspirasinya untuk memetakan permasalahan di lapangan agar dapat dipecahkan bersama. KDS mengkaji secara mendalam, tajam, dan kolektif. Ketika anggota KDS mengkaji bersama-sama dengan dalam dan jelas, mereka menjadi sadar akan potensi kolektif mereka, sehingga KDS dapat menetapkan strategi dan cara mengatasi masalah di lapangan secara sistemik dan terintegrasi. Oleh karena itu, anggota harus mengedepankan kebersamaan (kolektivitas) bukan individualitas, tidak mementingkan diri sendiri dan membuka diri (Schramer, 2016).

Inti dari *presencing* adalah pengalaman tentang hal baru dan perubahan hal yang lama, kemudian anggota KDS sebagai kesatuan mulai beroperasi dengan semangat yang tinggi guna mencapai target yang telah ditetapkan. Di lapangan, anggota KDS harus dapat bekerjasama, berjejaring sosial dengan berbagai pihak, karena hal ini merupakan sistem kesehatan. Adanya *co-creation* menghasilkan jaringan untuk merubah perilaku kesehatan ODHA, seperti merubah perilaku seksual yang tidak sehat, misalnya dengan menggunakan kondom dan pelicin, tidak berganti-ganti pasangan, aktif mengikuti Program Terapi Rumatan Metadone (PTRM), patuh minum ARV, dan lain-lain. Kegiatan ini merupakan upaya intervensi KDS Solo Plus untuk merubah perilaku kesehatan ODHA. Namun program dan kegiatan ini memerlukan dukungan dan keterlibatan pemangku kepentingan dari lembaga dan sektor lain (Scharmer dan Kaufer, 2013; Scharmer, 2016).

ODHA dan organisasi ODHA memiliki peran dan nilai penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. ODHA menjadi salah satu komponen yang harus diperhatikan karena mempunyai pengalaman langsung dengan HIV/AIDS. Penanggulangan HIV/AIDS, bukanlah suatu aliran kerja yang bersifat vertikal, namun dengan prinsip kebersamaan yang horisontal, pengalaman langsung menjadi tolak ukur dalam langkah-langkah penanggulangannya. Salah satu kata kunci yang melibatkan ODHA dan organisasi ODHA adalah intervensi (Adi, 2008). Hal ini berkaitan dengan adanya KDS. Kelompok ini termanifestasi dengan dua atau lebih orang terinfeksi atau terpengaruh langsung oleh HIV yang berkumpul dan saling

mendukung (Simmel, 1971). Dalam pengembangannya, KDS kemudian berubah fungsi menjadi kelompok penggagas. Kelompok penggagas adalah kelompok atau wadah pengambil dan pelaksana gagasan atau inisiatif untuk mencapai kualitas hidup ODHA yang lebih baik dengan melayani pembentukan, penguatan, dan pengembangan dalam prinsip kesetaraan.

Sebelum adanya KDS, banyak pernyataan bahwa orang terinfeksi HIV bertanggung jawab atas penyebaran HIV. Dengan dibangunnya wacana baru mengenai infeksi HIV dan digiatkan dalam KDS, menjadi strategi baru penanggulangan HIV/AIDS yang berfokus pada individu dengan status HIV positif dan individu yang mungkin mempunyai risiko menularkan HIV kepada orang lain. Kesadaran yang dibangun dalam kelompok ini melahirkan sebuah harapan akan memberikan pencerahan masyarakat dan terbukanya informasi untuk merubah perilaku tidak aman menjadi lebih aman secara konsisten (Sandstrom, 2008; Kumakech dkk, 2009). Bahkan lebih dari itu, kehadiran KDS yang berkembang menjadi kelompok penggagas ini menciptakan ceruk untuk pemberdayaan ODHA di tengah masih kurangnya penerimaan sosial bagi mereka, Inilah yang dilakukan oleh Solo Plus.

## **KESIMPULAN**

Solo Plus selaku kelompok penggagas telah mendukung bahkan meningkatkan kualitas hidup ODHA di Surakarta, sekaligus mampu mengantar kelompok kecilnya menjadi kelompok yang mandiri dan berarti bagi masyarakat luas. Untuk dapat mengoptimalkan intervensi komunitas ODHA diperlukan pengembangan jaringan yang positif, peningkatan kualitas dan kekuatan dalam penyebarluasan informasi tentang kebutuhan ODHA, sehingga efektivitas program kerja dapat terwujud.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adi, I.R. 2008. *Intervensi Komunitas Pengembangan Masyarakat Sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Azam, M., Fibriana, A.I., & Azinar, M. 2014. Model Integrasi Pendidik Komunitas dan Sistem Poin “RP” (*Reward-Punishment*) Untuk Pencapaian *Condom Use 100%* di Lokalisasi. *KEMAS Jurnal Kesehatan Masyarakat* 10 (1) : 25 – 32
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan UNDP. 2014. *Agenda Pembangunan Global Pasca-2015: Dari MDGs Menuju SDGs*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan UNDP.
- Creswell, JW. 2014. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* 4th ed. London: Sage Publications Inc.
- Demartoto, A. 2018. Warga Peduli AIDS Wujud Peran Serta Masyarakat dalam Penanggulangan HIV/AIDS. *Jurnal Analisa Sosiologi*. 7(1) : 141-151
- Dewi, N.S. 2008. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan HIV/AIDS Pada Pekerja Seks Komersial. *Media Ners*, 2, (1) : 1- 44
- Efendi, F., & Makhfudli, M. 2010. *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. 2004. *A Companion to Qualitative Research*. London : Sage Publications .
- Kamila, N., & Siwiendrayanti, A. 2010. Persepsi Orang dengan HIV dan AIDS terhadap Peran Kelompok Dukungan Sebaya. *KEMAS Jurnal Kesehatan Masyarakat* 6 (1) : 36-43
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Infodatin. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2015. Strategi Rencana Aksi Nasional HIV dan AIDS 2015-2019. Jakarta : Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surakarta. 2017. *Kasus Desember 2017, Laporan Kasus HIV AIDS di Solo Raya*. Surakarta : Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surakarta.
- Kumakech, E., Cantor-Graae, E., Maling, S., & Bajunirwe, F. 2009. Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: Cluster randomized trial. *Social Science & Medicine* 68, (6) :1038-1043.
- Nugroho, E. 1984. *Sistem Intervensi Kesejahteraan Sosial*. Yogyakarta: PT. Hanindita
- Marino, P., Simon, J.M., & Silverstein, L.B. 2007. Peer Support to Promote Medication Adherence Among People Living with HIV/AIDS The Benefits to Peers. *Social Work in Health Care* 45 ; (1) : 568 : 67-80
- Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldana, J. 2014. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. California : Sage Publications Inc
- Osborn, D., Cutter, A., & Ullah, F. 2015. *Universal Sustainable Development Goals: Understanding the Transformational Challenge for Developed Countries. Report of a Study by Stakeholder Forum*. New York: UNDP.
- Ritzer, G. 1996. *Sociological Theory*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Sandstrom, K.L. 2008. Searching for Information, Understanding, and Self-Value: The Utilization of Peer Support Groups by Gay Men with HIV/AIDS. *Social Work in Health Care* 23 (4) : 51-74
- Scharmer, C.O. 2006. Theory U: Learning from the Future as it Emerges, Fieldnotes: An online Newsletter of the Sahmbhala Institute for Authentic Leadership. Diakses 10 Juni 2018 dari <http://www.ottoscharmer.com/>

- Scharmer, C.O., & Kaufer, K. 2013. *Leading from the Emerging Future From Ego-System to Eco-System Economies*. San Francisco, United States: Berrett-Koehler.
- Scharmer, C.O, 2007, Addressing The Blind Spot of Our Time. An executive summary of the new book by Otto Scharmer Theory U: Leading from the Future as It Emerges. Diakses 10 Juni 2018 dari [www.mspguide.org/sites/default/files/resource/addressing\\_the\\_blind\\_spot\\_of\\_our\\_time\\_theory\\_u\\_leading\\_from\\_the\\_future\\_as\\_it\\_emerges\\_otto\\_scharmer\\_2008.pdf](http://www.mspguide.org/sites/default/files/resource/addressing_the_blind_spot_of_our_time_theory_u_leading_from_the_future_as_it_emerges_otto_scharmer_2008.pdf)
- Scharmer, C.O. 2016. *Theory U: Leading from the Future as it Emerges. The Society for Organizational Learning* 2nd ed, San Francisco, United States : Berrett-Koehler.
- Senge, P.M., Jaworski, J., Scharmer, C.O., & Flowers, B.S. 2005. *Presence: Exploring Profound Change in People, Organizations and Society*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Simmel, G. 1971. *On Individuality and Social Forms*. Chicago: The University of Chicago Press.
- UNAIDS. 2016. Report on The Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS Diakses 10 Juni 2018 dari [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2016\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2016_en_1.pdf) . Diakses tanggal 8 November 2017.
- WHO. 2017. *Global Summary of The AIDS Epidemic 2016*. Diakses 10 Juni 2018 dari [http://www.who.int/hiv/data/epi\\_core\\_2016.png?ua=1](http://www.who.int/hiv/data/epi_core_2016.png?ua=1)
- Widyanta, AB. 2002. *Problem Modernitas dalam Kerangka Sosiologi Kebudayaan George Simmel*. Yogyakarta: Cindelaras Pustaka Rakyat Cerdas.
- Yin R K. 2002. *Case Study Research Design and Methods* 3<sup>rd</sup> ed. London : Sage Publications .