

RPSEP-29

KERJASAMA PENANGGULANGAN HIV/AIDS, MEMUNGKINKAN?

Amata Luna Bethari, S.Ap.
Magister Ilmu Sosial Universitas Katolik Parahyangan
amatalunab@gmail.com

Abstrak

HIV/Aids menjadi masalah global yang sampai saat ini belum ditemukan obat penyembuhannya. HIV/Aids tidak hanya menjadi ancaman yang menyerang secara fisik pada penderitanya tetapi juga menjadi beban di dalam dirinya karena stigma terhadap penderita dari masyarakat pada umumnya. Penanggulangan HIV/Aids bukan menjadi tanggung jawab atau peranan satu instansi saja, misalnya tugas departemen kesehatan. Tulisan ini bertujuan menjawab kerjasama yang seharusnya terjadi bagi para partisipan yang peduli terhadap HIV/Aids. Kerangka konseptual yang digunakan dalam tulisan ini adalah *Collaborative Governance*. Metode yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif yang dilakukan oleh penulis di Kota Bandung sebagai pemilihan kota yang terus berkembang dan contoh kerjasama penanggulangan HIV dengan melakukan wawancara secara mendalam terhadap narasumber, studi dan analisis dokumen serta observasi. Penulisan jurnal ini dengan harapan menjadi indikasi bahwa masalah-masalah publik saat ini yang tentu saja tidak hanya di bidang kesehatan, dapat diselesaikan dengan kerjasama semua pihak.

Kata Kunci: kerjasama, penanggulangan HIV, isu kesehatan.

A. PENDAHULUAN

Sehat menjadi modal dasar seseorang dalam kehidupan. Jika seseorang saja dapat hidup sehat, maka ia dapat beraktivitas melaksanakan kegiatan-kegiatan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Oleh sebab itu, sehat menjadi modal penting jika seseorang ingin bekerja, belajar, dan melakukan hubungan sosial dengan orang lain. Salah satu derajat kesehatan yang mempengaruhi kesehatan hidup manusia adalah HIV/Aids dan isu ini menjadi isu global karena setiap negara di dunia menghadapi permasalahan ini. Isu HIV/Aids menjadi target dalam *Millennium Development Goals* hingga tahun 2015 pada poin keenam yaitu *Memerangi HIV/Aids, malaria dan penyakit lainnya*.

MDGs yang akan mendekati tahun 2015, masih ada target di tahun 2015 dengan komitmen dan tantangan yang masih signifikan sama.⁶⁴

1. Menurunkan infeksi HIV dari transmisi seksual sebesar 50% di tahun 2015.

Jumlah tahunan infeksi baru HIV di kalangan orang remaja dan dewasa mengalami penurunan sebesar 50% di lebih di 26 negara antara tahun 2001-2012. Namun untuk negara-negara lainnya belum dapat mengurangi separuh penularan HIV secara seksual sehingga upaya pencegahan harus ditingkatkan kembali. Survei di beberapa negara sub-sahara Afrika telah mengalami penurunan penggunaan kondom dan/atau peningkatan jumlah pasangan seksual.

2. Mengurangi infeksi HIV dengan narkoba suntik di tahun 2015.

Prevelansi HIV di antara orang-orang yang memakai narkoba suntik masih tetap tinggi, angka di Asia menunjukkan 28%. Target 2015, setiap negara mampu menurunkan prevelansi sebesar 50%. Cakupan pencegahan HIV bagi orang yang menggunakan narkoba suntik masih rendah, hanya 2 dari 32 negara yang melaporkan menyediakan minimal 200 jarum suntik steril per tahun untuk setiap orang pengguna.

3. Menghilangkan infeksi HIV di kalangan anak-anak dan mengurangi kematian ibu.

Target di tahun 2015, wanita hamil yang hidup dengan intervensi antiretroviral mencapai minimal 90%. Untuk tahun 2012, cakupan antiretroviral pada wanita hamil dengan HIV hanya mencapai 62% dan jumlah anak yang baru terinfeksi HIV adalah 35% lebih rendah dari 2009. Namun, untuk mengurangi jumlah anak yang baru terinfeksi pada tahun 2015 memerlukan strategi pencegahan lain yaitu pencegahan HIV primer bagi perempuan dan akses penggunaan kontrasepsi bagi keluarga.

4. Mencapai 15 juta orang yang hidup dengan HIV dengan pengobatan antiretroviral pada tahun 2015.

⁶⁴ *Ibid*, hlm..4.

Pada tahun 2012, 9,7 juta orang di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah yang menerima pengobatan antiretroviral (ART), mewakili 61% dari semua orang yang memenuhi syarat dalam pedoman pengobatan yang ditetapkan *World Health Organization* (WHO). Namun, di tahun 2013, cakupan pengobatan HIV di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah hanya mewakili 34% dari 28,3 juta orang. ART tidak hanya mencegah penyakit terkait Aids dan kematian, tetapi juga secara signifikan mengurangi risiko penularan HIV dan penyebaran TBC.

5. Mengurangi kematian yang disebabkan karena *tuberculosis* (TB) bagi orang-orang dengan HIV di tahun 2015.

Target di tahun 2015 untuk mengurangi kematian akibat TB pada orang-orang dengan HIV/Aids sebesar 50%. Sejak tahun 2004, kematian akibat TB mengalami penurunan hingga 36% di seluruh dunia dan di Afrika ada 75% orang yang hidup dengan TB dan HIV/Aids. Di antara 10 negara yang melaporkan jumlah terbesar penderita HIV/TB, hanya 2 negara yaitu Kenya dan Malawi yang memberikan pengobatan ART pada tahun 2012 menjadi lebih dari 50% pasien HIV/TB positif, sementara laju peningkatan pengobatan untuk pasien HIV/TB melambat.

6. Menutup kesenjangan sumber daya global untuk Aids.

Target pengeluaran tahunan sebesar US \$ 22-24 milyar. Pada tahun 2012, sekitar US \$ 18,9 milyar tersedia untuk program HIV di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan peningkatan 10% dari tahun 2011. Meskipun bantuan internasional untuk HIV tetap stabil secara riil di tahun 2012, banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah telah meningkatkan pengeluaran keuangan untuk HIV. Belanja domestik menyumbang 53% dari seluruh pengeluaran terkait HIV di tahun 2012. Meskipun peningkatan investasi dalam negeri telah terjadi di antara negara-negara di semua tingkat pendapatan, belanja meningkat tajam di antara negara-negara berpenghasilan menengah ke atas dengan banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah tergantung pada bantuan internasional. 51 negara, 75% pengeluaran untuk HIV nya tergantung pada bantuan internasional.

Sumber daya domestik untuk belanja pengobatan dan perawatan sedangkan bantuan internasional untuk belanja kegiatan pencegahan.

7. Menghilangkan ketidaksetaraan kekerasan berbasis gender dan meningkatkan kapasitas perempuan dan anak untuk melindungi diri dari HIV.

Perempuan yang mengalami kekerasan sebagai pasangan, memungkinkan hidup dengan HIV sebesar 50%. 92% dari seluruh negara dalam ulasan jangka menengah mengenai penanggulangan Aids nasional, mengakui bahwa pentingnya mengatasi ketidaksetaraan gender. Namun, kurang dari setengah negara saja yang mengalokasikan dana untuk organisasi perempuan, mengintegrasikan HIV dan pelayanan kesehatan reproduksi serta seksual.

8. Menghilangkan stigma, diskriminasi dan praktik hukum terkait HIV.

Stigma dan diskriminasi terkait penderita HIV masih dapat ditemukan di beberapa aspek kehidupan, salah satunya adalah akses perawatan kesehatan. Pada tahun 2012, 61% dari negara-negara melaporkan adanya undang-undang anti diskriminasi yang melindungi orang-orang yang hidup dengan HIV. Proporsi negara yang melaporkan adanya jasa hukum terkait HIV meningkat dari 45% tahun 2008 menjadi 55% tahun 2012, tetapi kurangnya akses layanan hukum berarti masih ada contoh diskriminasi HIV yang tidak tertangani.

9. Menghilangkan pembatasan masuk dan menetap terkait HIV.

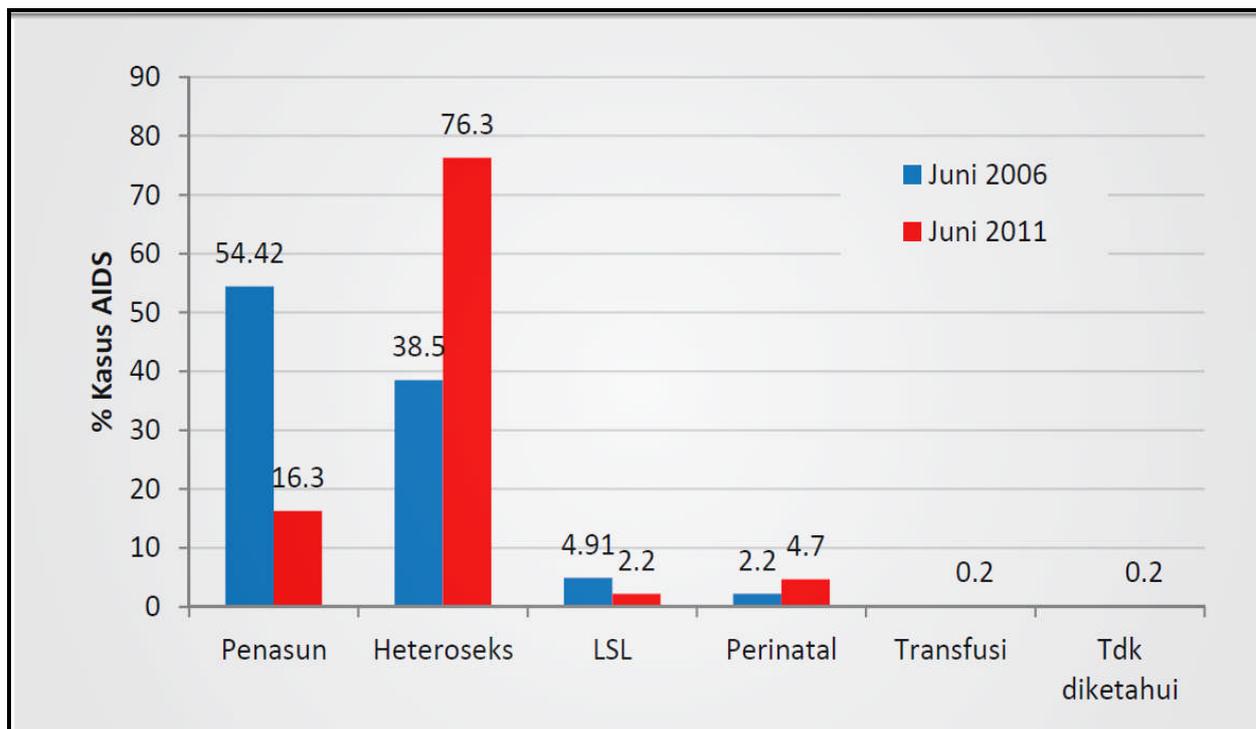
Sejak tahun 2010, 8 negara telah menghilangkan pembatasan masuk dan tinggal bagi orang-orang yang hidup dengan HIV. Pembatasan masuk dan menetap, mencerminkan penguatan stigma dan diskriminasi yang menghambat respon terhadap Aids yang membuat kesulitan bagi orang dengan HIV.

10. Memperkuat integrasi HIV

Meskipun tren terhadap integrasi HIV dengan sistem dan berbagai sektor telah jelas, diperlukan upaya yang lebih besar untuk menghilangkan struktur dan sistem paralel agar memastikan integrasi HIV dalam upaya kesehatan dan pembangunan yang luas. 90% negara di dunia mengakui integrasi sebagai prioritas inti, 82% adalah rencana strategis nasional dan 45% melaporkan bahwa HIV diselaraskan dengan perencanaan penyakit yang lain. 53% dari negara-negara sepenuhnya terintegrasi HIV dan layanan TB sebagai pelayanan bersama, 70% dari negara-negara membuka layanan untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dimana 2/3 nya berupa layanan kesehatan seksual dan reproduksi, 23% dari negara-negara menghubungkan HIV dan pengelolaan penyakit menular kronis lainnya dan setengahnya terintegrasi dengan konseling dan *testing* serta ART.

Harapannya, di dalam laporan *Global Report UNAIDS report on the global Aids Epidemic 2013*, seluruh dunia dapat mengurangi penularan infeksi HIV sehingga pencegahan Aids dapat meningkat. Di beberapa negara di Asia Tenggara telah mencapai kemajuan yang baik dalam melawan penyakit, namun situasinya masih suram di negara-negara seperti Indonesia, Vietnam, Laos, Sri Lanka dan Filipina. Sejak HIV pertama kali muncul 1980, penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan yang paling mendesak di dunia, sebagian besar menyerang kaum muda yang aktif secara ekonomi. Penyakit ini paling umum di sub-sahara Afrika, tempat HIV dianggap sebagai epidemi umum yang mempengaruhi populasi secara lebih luas. Di Asia Tenggara, HIV disebut sebagai epidemi yang terkonsentrasi, mempengaruhi kelompok-kelompok tertentu seperti pekerja seks, orang yang menyuntikkan narkoba, atau laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki. Saat ini, HIV/Aids berada di urutan kelima setelah penyakit jantung, infeksi saluran pernapasan, stroke dan diare sebagai penyakit yang mematikan di dunia.⁶⁵

⁶⁵ Dikutip dari <http://www.voaindonesia.com/content/angka-kematian-terkait-hiv-meningkat-di-98-negara/1733733.html> mengenai *Angka Kematian Terkait HIV Meningkat di 98 Negara* yang diakses pada tanggal 18 Maret 2014 pukul 13.30 WIB.



Gambar 1. Persentase Penyebab Transmisi HIV di Indonesia tahun 2006 dan 2011

Perbedaan yang sangat jelas penyebab transmisi HIV di tahun 2006 dan 2011. Ketika di tahun 2006, penyebab yang utama adalah penasun yaitu pengguna narkoba suntik, sedangkan di tahun 2011 penyebab utama adalah heteroseksual seperti wanita/pria tuna susila, waria, dan pasangan suami istri berisiko. Ini bukanlah kemajuan, dari satu sisi di tahun 2011, penggunaan narkoba suntik berkurang namun tidak menutup penggunaan narkoba jenis lain, satu sisi lagi, bagi pasangan yang berisiko atau seseorang dengan pekerjaan yang dianggap berisiko dapat menularkan HIV dengan mudah bagi seseorang yang tidak berisiko misalnya kepada anak.

Tabel 1. Jumlah Kumulatif Kasus HIV/Aids Menurut Provinsi Tahun 2013

No	Provinsi	HIV	Aids
1	Papua	12840	7795
2	Jawa Timur	15273	7714
3	DKI Jakarta	27224	6299
4	Jawa Barat	9340	4131
5	Bali	7791	3798
6	Jawa Tengah	5882	3339
7	Kalimantan Barat	3973	1699

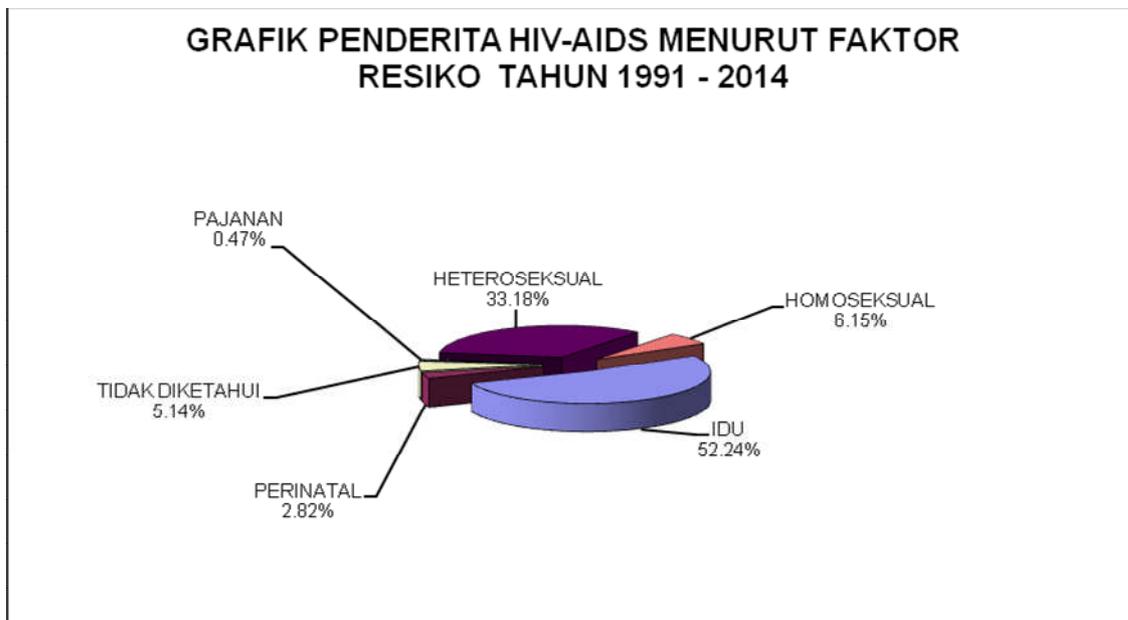
No	Provinsi	HIV	Aids
8	Sulawesi Selatan	3563	1660
9	Banten	2983	957
10	Riau	1620	951
11	D.I. Yogyakarta	1966	821
12	Sumatera Barat	836	802
13	Sulawesi Utara	1973	759
14	Sumatera Utara	7588	515
15	Nusatenggara Timur	1453	496
16	Jambi	577	384
17	Kepulauan Riau	3640	382
18	Nusatenggara Barat	666	379
19	Maluku	1093	355
20	Kalimantan Timur	2071	332
21	Sumatera Selatan	1389	322
22	Bangka Belitung	406	288
23	Lampung	898	242
24	Papua Barat	2174	187
25	Sulawesi Tenggara	196	186
26	Bengkulu	213	160
27	NAD	124	145
28	Kalimantan Selatan	314	134
29	Maluku Utara	193	131
30	Sulawesi Tengah	275	127
31	Kalimantan Tengah	180	93
32	Gorontalo	45	62
33	Sulawesi Barat	33	5
	Jumlah	118792	45650

(sumber : www.yayasanspiritia.co.id mengenai Laporan Terakhir Kemenkes)

DKI Jakarta menjadi daerah dengan epidemik HIV/Aids tertinggi di Indonesia sampai tahun 2013. Data kasus HIV/Aids di atas merupakan data kasus yang teridentifikasi di Indonesia dan Jawa Barat menempati urutan keempat di Indonesia. Data di atas menyajikan bahwa penyebaran HIV merata di seluruh Indonesia.

Kota Bandung berada pada posisi pertama dengan kasus HIV/Aids di provinsi Jawa Barat. Kasus HIV di Kota Bandung ditemukan pada tahun 1991 sebanyak 1 orang dan perkembangannya setiap tahun mengalami peningkatan yang cukup signifikan karena banyaknya kasus HIV/Aids di Kota Bandung yang meningkat pula. Pada awalnya kasus HIV ditemukan pada kelompok tertentu yang mempunyai risiko tinggi seperti pengguna narkoba

suntik, wanita penaja seks dan lelaki seks lelaki lainnya. Sejak tahun 2006 kasus HIV telah ditemukan pada ibu rumah tangga dan anak. Hal ini disebabkan orang yang berisiko tinggi menularkan pada pasangannya sebagai ibu rumah tangga dan dari ibu ditularkan kepada anaknya dan kecenderungannya setiap tahun terus meningkat. Sampai tahun 2011 tercatat 248 kasus ibu rumah tangga dan 75 kasus anak.⁶⁶



Gambar 2. Grafik Penderita HIV/Aids Menurut Faktor Risiko di Kota Bandung Tahun 1991-2014

Menurut data di atas, faktor risiko penyebaran HIV/Aids di Kota Bandung yang tertinggi adalah penggunaan *Injecting Drug Use* (IDU) atau penggunaan jarum suntik yang tidak steril, dan risiko ini tinggi di antara pengguna narkoba dengan jarum suntik yang disebut putauw. Penggunaan jarum suntik berisiko menularkan jenis penyakit hepatitis C dan HIV/Aids. Di peringkat kedua tertinggi adalah heteroseksual pada pasangan suami istri, pasangan yang berganti-ganti pasangan, pekerja seks, dan diikuti dengan pasangan homoseksual bagi para gay atau waria dan pasangan lesbi. Sebesar 2,82%, risiko penularan HIV terjadi juga dalam periode perinatal (periode kehamilan, selama dan setelah persalinan).

⁶⁶ Dikutip dari <http://www.kpakotabandung.org/index.php/kpa/tujuan> mengenai *Latar Belakang KPA* yang diakses pada tanggal 20 Maret 2013 pukul 21.00 WIB.

B. HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut Chris Ansell dan Alison Gash, *collaborative governance* adalah⁶⁷

“A governing arrangement where one or more public agencies directly engage non-state stakeholders in a collective decision-making process that is formal, consensus-oriented, and deliberative and that aims to make or implement public policy or manage public programs or assets.”

Adanya hubungan baik yang terjalin antara pemerintah dan lembaga non-pemerintah dalam memecahkan masalah publik. Penyelesaian ini dimulai dengan pembuatan dan pelaksanaan kebijakan. Dalam proses pengambilan keputusan sebuah kebijakan dilaksanakan secara formal dengan musyawarah antara pemerintah dan lembaga non-pemerintah yang memiliki kepentingan sehingga masalah yang ada dalam masyarakat dapat dipecahkan.

Salah satu instansi pemerintah yang berperan dalam pemberantasan HIV/Aids adalah Komisi Penanggulangan Aids. KPA dibentuk berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan Aids dan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/ Ketua Komisi Penanggulangan Aids Pusat Nomor 8/KEP/MENKO KESRA/VI/1994 tentang Susunan Tugas dan Fungsi Keanggotaan Komisi Penanggulangan Aids. Dasar hukum berdirinya KPA diperbarui dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan Aids Nasional dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan Aids dan Pemberdayaan Masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan Aids di daerah.

Komisi Penanggulangan Aids Kota Bandung sesuai dengan Keputusan Walikota Bandung Nomor 443/Kep.190-Huk/2007 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan HIV/Aids (KPA) Kota Bandung. Lembaga ini termasuk aktif dalam segala kegiatan yang berhubungan dengan penanggulangan HIV di kota Bandung karena ia sebagai jembatan antara pemerintah dan masyarakat khususnya para penderita HIV/Aids di Kota Bandung.

⁶⁷ Chris Ansell dan Alison Gash, *Collaborative Governance in Theory and Practice*. University of California, Berkeley. hlm. 544.

1. Komisi Penanggulangan Aids dengan klinik kesehatan

Ada beberapa layanan HIV/Aids di Kota Bandung seperti *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*/Konseling dan Tes HIV Sukarela, *Care Support Treatment (CST)*/Perawatan Pengobatan Dukungan, *Anti Retroviral (ARV)*/Obat yang dapat menekan pertumbuhan virus HIV, *Harm Reduction (HR)*/Pengurangan Dampak Buruk Narkoba dalam program pencegahan HIV/Aids dan Infeksi Menular Seksual (IMS). Beberapa daftar tempat yang menerima layanan HIV/Aids, yaitu :

- a. Ruang teratai RS. Hasan Sadikin : CST (VCT, ARV dan perawatan)
- b. RSUD Kota Bandung : CST (VCT, ARV dan perawatan)
- c. Puskesmas Kopo : HR, VCT dan Yankesdas
- d. Puskesmas Ibrahim Adjie : HR, VCT dan Yankesdas
- e. Puskesmas Garuda : HR, VCT dan Yankesdas
- f. Puskesmas Pasundan : HR, IMS, VCT dan Yankesdas
- g. Puskesmas Pasirkaliki : HR dan Yankesdas
- h. Klinik Mawar PKBI : IMS dan VCT

Bagi para pasangan berisiko, tes HIV wajib dilakukan dan tes sudah dapat dilakukan di puskesmas sebagai unit pelayanan terpadu kesehatan yang dekat dengan masyarakat. Salah satunya pelayanan di puskesmas Pasundan. Pelayanan yang pertama adalah HR atau pengurangan dampak buruk narkoba dalam program pencegahan HIV/Aids dengan kegiatan pertukaran jarum suntik. Program ini diadopsi dan diinisiasi dari WHO. Program pertukaran jarum suntik ini diberikan kepada para pengguna narkoba suntik atau *Injected Drug User (IDU)* dengan tujuan untuk mencegah penularan virus HIV kepada orang lain dan penyakit virus lainnya yang ditularkan melalui jarum suntik. Di puskesmas, layanan ini disebut Layanan Jarum Suntik Steril (LJSS). Program ini tentu menimbulkan kontra karena mendukung pengguna narkoba suntik. Namun, bagi pengguna narkoba suntik, mereka belum dapat menghentikan sepenuhnya aktivitas narkoba mereka dan mereka

berusaha untuk mengurangi penggunaan narkoba tersebut. Beberapa pengguna narkoba suntik juga menjadi penderita HIV.

Pelayanan LJSS tidak hanya melayani pertukaran jarum suntik, tetapi juga memberikan edukasi atau pendidikan atau penyuluhan kepada pengguna narkoba suntik untuk mau peduli dengan orang di sekitarnya agar tidak tertular dengan tidak sengaja tertusuk oleh limbah jarum suntik bekasnya. Para pengguna diajarkan untuk mensterilkan jarum suntik yang telah dipakai, diajar untuk mengumpulkan dan mengamankan jarum suntik bekasnya dan selalu dihibau untuk segera mengembalikan jarum suntik bekas ke puskesmas.

Kemudian, beberapa penderita HIV di kota Bandung sudah ada yang menikah. Mereka diwajibkan untuk melindungi pasangan yang berisiko dengan penggunaan pengaman yaitu kondom karena infeksi virus HIV menyebar melalui cairan kelamin saat berhubungan intim. Pengenalan ini pun melalui penyuluhan seperti yang dilakukan oleh Puskesmas Pasundan yang bekerja dengan KPA Kota Bandung dimana KPA Kota Bandung menyebar informasi kepada LSM pemerhati HIV/Aids dan masyarakat di Kecamatan setempat yaitu Regol. Tes VCT juga dilakukan di puskesmas, dengan Rp.10.000,- dan membayar administrasi, tes HIV sudah dapat dilakukan.

Bagi para penderita HIV/Aids, puskesmas juga memberikan pengobatan ARV, yaitu obat yang dapat menekan laju pertumbuhan virus HIV sehingga seseorang yang telah terinfeksi HIV mampu bertahan hidup dengan meminum obat ARV secara rutin pada jam tertentu dan setiap hari selama hidupnya.

KPA Kota Bandung menjadi pen jembatan informasi terhadap program penanggulangan HIV/Aids yang dilaksanakan oleh pemerintah. Dinas Kesehatan Kota Bandung melalui puskesmas menjadi mitra dengan KPA Kota.

2. Komisi Penanggulangan Aids dengan LSM Pemerhati HIV/Aids

Lembaga Swadaya Masyarakat menjadi himpunan bagi orang-orang yang berkepentingan karena memiliki kesamaan baik dalam hobi, visi dan misi, ideologi dan masalah yang sama, sama halnya dengan beberapa LSM yang selalu berhubungan dengan KPA dalam hal penyebaran informasi mengenai kegiatan pemerintah. Bagi para anggota dalam LSM peduli HIV/Aids memiliki misi dan pola yang sama yaitu menghilangkan stigma masyarakat terhadap Orang dengan HIV/Aids (odha), menjalankan aktivitas positif bagi para odha dan mengurangi penyebaran infeksi HIV.

Stigma dan diskriminasi ini berupa .⁶⁸

a. Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Individual

HIV/Aids masih memiliki citra yang menakutkan di kalangan masyarakat khususnya pada penderita sendiri, selain karena faktor cara penularannya, Aids dianggap sebagai vonis hukuman mati. Orang yang pertama kali terdiagnosis HIV/Aids seringkali merasa depresi, takut, gundah dan putus asa. Hal ini menyebabkan ODHA melakukan stigma dan diskriminasi terhadap dirinya sendiri. Kejadian ini masih sering dijumpai pada ODHA di Kota Bandung terutama pada ODHA yang berusia lebih muda yaitu sekitar 15-24 tahun. Ketika pertama kali terdiagnosis HIV, banyak ODHA merasa cemas tidak akan lagi diterima di keluarga, lingkungan dan masyarakatnya serta ketakutan untuk menyongsong masa depan sehingga ODHA tidak lagi mau bergaul, tidak mau melanjutkan pendidikan atau cenderung melakukan bunuh diri. Pada ODHA yang sudah lebih tua cenderung tidak mengalami stigma sebab telah mencapai tingkat kemandirian dan kepercayaan diri.

b. Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Keluarga

Stigma dan diskriminasi di lingkungan keluarga di Kota Bandung masih sering terjadi hingga saat ini walaupun sudah mulai terjadi perubahan ke arah yang lebih baik. Perubahan terjadi seiring dengan mulai bertambahnya pengetahuan masyarakat mengenai HIV/Aids. Contoh tindakan stigma dan diskriminatif yang

⁶⁸ Eka Nurhayati, Deni. K. Sunjaya, Irvan Afriandi. *Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA di kota Bandung (Bandung : Universitas Padjajaran)*, hlm 5.

terjadi di lingkungan keluarga di Kota Bandung diantaranya adalah pengucilan atau pembuangan ODHA ke tempat terpencil di luar kota, pengucilan ODHA dari daftar waris keluarga, pemisahan alat mandi dan alat makan di rumah, serta tuntutan perceraian dari pasangan.

c. Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Komunitas

Seperti halnya pada lingkungan keluarga, stigma dan diskriminasi di lingkungan komunitas pun telah banyak menunjukkan perubahan ke arah yang lebih baik dibandingkan pada tahun-tahun sebelumnya. Masyarakat saat ini telah menerima ODHA sebagai bagian dari komunitas. Tindakan diskriminatif yang sebelumnya ada seperti pengucilan, tidak mau berjabat tangan atau melakukan kontak dengan ODHA masih ada di tengah-tengah masyarakat, namun menunjukkan banyak perubahan sikap dan perilaku ke arah yang lebih baik. Pengakuan beberapa ODHA yang sudah mau membuka statusnya kepada masyarakat menyatakan bahwa mereka tidak lagi menemukan kesulitan untuk berbaur dan bersosialisasi dengan masyarakat. Senada dengan pengakuan tersebut, narasumber lainnya juga menyatakan bahwa saat ini tingkat toleransi masyarakat terhadap ODHA di Kota Bandung saat ini semakin tinggi. Menurut narasumber, hal ini diakibatkan oleh peran serta LSM dan masyarakat yang turut serta membantu pemerintah dalam sosialisasi HIV/Aids.

d. Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Institusi

Stigma dan diskriminasi di berbagai lingkungan institusi di Kota Bandung, terbilang masih tinggi dan menimbulkan banyak hambatan. Di institusi pendidikan, banyak ODHA anak dan anak dari ODHA yang tidak mau lagi melanjutkan pendidikan karena mendapat perlakuan yang berbeda dari guru maupun rekan sesama siswa. Lebih buruk lagi, masih banyak institusi sekolah yang tidak mau menerima ODHA anak atau anak ODHA untuk bersekolah di institusinya. Di institusi pekerjaan, saat ini banyak perusahaan swasta maupun BUMN di Kota

Bandung yang mengharuskan pelamarnya melakukan tes diagnostik HIV. Bila hasilnya positif, maka pelamar tentu saja tidak diterima bekerja. Tindakan lainnya adalah mencutikan pegawai ODHA dalam waktu yang tidak terbatas, pemecatan secara sepihak, tidak mendapatkan jaminan kesehatan tenaga kerja dan sebagainya. Di institusi kesehatan pun masih banyak terjadi tindakan diskriminatif walaupun kebanyakan tenaga kesehatan telah memiliki pengetahuan yang cukup memadai mengenai HIV/Aids. Tindakan diskriminatif ini antara lain adalah tes diagnostik HIV tanpa informed consent kepada pasien yang akan dilakukan tindakan operatif, tenaga kesehatan tidak mau melakukan kontak fisik seperti jabat tangan dan pemeriksaan fisik dasar dengan ODHA, tenaga kesehatan tidak mau mengambil sampel darah ODHA dan sebagainya.

e. Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Kebijakan

Kebijakan pencegahan dan penanggulangan HIV/Aids di Kota Bandung saat ini jumlahnya sangat banyak, namun belum ada kebijakan yang secara spesifik mengatur stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Kebijakan yang ada pun dinilai kurang sosialisasi ke masyarakat umum, sehingga yang mengetahui kebijakan tersebut hanya pemerintah. Kebijakan pun dinilai hanya sebagai aturan tertulis, namun implementasinya di lapangan sangat berbeda. Contohnya ialah kebijakan yang menyatakan bahwa perusahaan tidak boleh memecat karyawan ODHA. Pada kenyataannya, sampai saat ini masih banyak ditemui kasus karyawan dipecat karena terdiagnosis HIV. Kebijakan lainnya ialah pelarangan pemeriksaan HIV pada pelamar kerja. Kenyataannya, masih banyak perusahaan yang meminta pelamar kerja untuk melakukan tes HIV terlebih dahulu sebelum diterima kerja.

Misi yang dikembangkan oleh LSM ini, sama halnya dengan misi yang dikembangkan KPA yaitu :

- a. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis dalam pengendalian, penanggulangan serta memutus mata rantai penyebaran HIV/Aids di Kota Bandung.
- b. Mengidentifikasi dan memetakan lokasi/wilayah yang berpotensi dalam penyebaran HIV/Aids di Kota Bandung.

- c. Mengembangkan pusat informasi dalam hal penanggulangan HIV/Aids serta pengelolaan data dan informasi terkait HIV/Aids di Kota Bandung.
- d. Memfasilitasi kerjasama lintas sektoral, lintas daerah dan antar tingkatan pemerintahan berkaitan penanggulangan HIV/Aids.
- e. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV/Aids di Kota Bandung.
- f. Menyiapkan laporan tentang perkembangan endemic HIV/Aids di Kota Bandung serta upaya penanggulangannya kepada KPA Provinsi Jawa Barat dan KPA Nasional.

3. Komisi Penanggulangan Aids dengan Masyarakat

Kebijakan yang dikeluarkan KPA adalah membentuk program Warga Peduli Aids (WPA) yang diprakarsai di tahun 2005. WPA adalah bentuk gerakan warga masyarakat yang memiliki kesiapan, kemampuan dan kemauan untuk berpartisipasi dalam melakukan pencegahan dan penanggulangan masalah-masalah penyakit medis yang ditimbulkan akibat perilaku masyarakat yaitu penyakit kelamin (infeksi menulat seksual), hepatitis C dan HIV/Aids. WPA ada di setiap kecamatan. Sampai tahun 2011, baru ada 7 kecamatan yang memiliki wadah WPA. Di tahun 2012, wadah WPA sudah mencapai 22 kecamatan. WPA menjadi semacam pionir di lingkungannya dengan mengajak warga sekitarnya untuk memahami persoalan HIV/Aids secara lebih mendalam

Salah satu kegiatan yang dilakukan dimana anggota WPA menghadiri penyuluhan mengenai HIV/Aids di puskesmas. Setelah mereka mendapatkan penyuluhan, mereka akan kembali ke kecamatan masing-masing dan menyebarkan informasi bagi warga setempat di masing-masing RW. Tidak hanya berakhir sebagai penyebar informasi juga, WPA memberikan bantuan juga untuk mendampingi para odha di wilayah setempat untuk menjalani terapi pengobatan HIV.

Hal ini menjadi peluang bahwa stigma negatif mengenai odha dapat berkurang.

C. PENUTUP

Bentuk kerjasama yang dilakukan Komisi Penanggulangan Aids dilakukan dengan tiga pihak yaitu puskesmas, LSM dan masyarakat. Tidak menutup kemungkinan akan ada aktor-aktor baru yang memiliki rasa yang sama, misalnya pihak bisnis. Kerjasama dengan tiga pihak tersebut berjalan secara beriringan dan saling mendukung. KPA kota Bandung membuktikan bahwa ia mampu berperan aktif dalam kegiatan penanggulangan HIV/Aids.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, kerjasama antar instansi di Indonesia sangat diharapkan terjadi. Adanya pembagian tanggungjawab bahwa isu HIV/Aids menjadi perhatian bersama. Dunia mengakui bahwa penyebaran HIV akan sangat cepat apabila setiap individu tidak memiliki rasa peduli terhadap sesamanya. Apa yang dilakukan oleh KPA Kota Bandung sebagai kepanjangan tangan program-program yang dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemberi informasi sehingga program-program tersebut dapat berjalan dengan efektif.

Penulis berharap bahwa akan muncul aktor baru untuk ikut serta berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan HIV/Aids misalnya bisnis. Tentu saja, hal ini dapat dianggap sebagai tanggungjawab sosial perusahaan untuk masyarakat. Penulis juga berusaha untuk mengembangkan penelitian lanjutan mengenai kerjasama yang menghasilkan dampak jangka panjang. Dengan kata lain, penulis ingin meneliti dampak dari kerjasama ini.

Sekian penulisan jurnal ini, terima kasih kepada pihak-pihak yang telah menjadi narasumber dalam penyelesaian tulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

Internet

“Angka Kematian Terkait HIV Meningkat di 98 Negara”

(<http://www.voaindonesia.com/content/angka-kematian-terkait-hiv-meningkat-di-98-negara/1733733.html>, diakses 18 Maret 2014)

“Latar Belakang KPA”

(<http://www.kpakotabandung.org/index.php/kpa/tujuan>, diakses 20 Maret 2013)

Jurnal

Ansell, Chris., Gash, A. (2007), "Collaborative Governance in Theory and Practice", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 544-563.

Nurhayati, Eka., Sunjaya, D., Afriandi, I.. (2012), "Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA di kota Bandung", *Universitas Padjajaran*, 5-7.