



**IMPLEMENTASI PENJANGKAUAN POPULASI KUNCI UNTUK MENGAKSES
LAYANAN VCT DI KABUPATEN JEMBER
(STUDI KASUS PADA LSM LASKAR)**

SKRIPSI

Oleh:

**IMAS NOVERIKA SYIFAUR RAHMA
NIM 122110101052**

**PEMINATAN BIOSTATISTIKA KEPENDUDUKAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**IMPLEMENTASI PENJANGKAUAN POPULASI KUNCI UNTUK MENGAKSES
LAYANAN VCT HIV DAN AIDS KABUPATEN JEMBER
(STUDI KASUS PADA LSM LASKAR)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Imas Noverika Syifaur Rahma
NIM 122110101052**

**PEMINATAN BIostatistika Kependudukan
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, puji syukur atas karunia, rahmat dan hidayah Allah SWT sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Bismillahirrahmanirrahim, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku tercinta Ibu Dra. Siti Afifah dan Bapak Imam Slamet yang sudah membesarkanku, mendidik, memberikan kasih sayang yang berlimpah mulai aku dalam kandungan hingga dewasa, tak pernah lelah mendoakanku disetiap sujud dan berdoa untuk kesuksesan kebahagiaan anaknya. Motivasi yang mengandung energi dahsyat untuk menjalani kehidupanku selama ini tanpa melupakan nilai agama yang selama ini diajarkan.
2. Adikku yang saya banggakan dan sayangi, Mohammad Dahnia Luthfi dan Rizquna Sabila Alfi Ni'matin terima kasih atas segala dukungan, doa dan kasih sayang yang selama ini diberikan untukku
3. Guru-guru yang sudah berjasa dari TK sampai dengan Perguruan Tinggi terutama Dosen Pembimbingku Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., dan Ibu Mury Ririanty, S.KM., M.Kes., serta Dosen Peminatan Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., yang telah memberikan memberikan ilmu yang bermanfaat dan tidak ternilai harganya, menasehati, membimbing dan juga menginspirasi mengenai kehidupan di masa mendatang nanti.
4. Sahabat-sahabatku tercinta Ulva, Devi, Ilma, Aulia, Yunita, dan Lintang yang senantiasa selalu memberikan *support* dan dukungan untukku
5. Teman-teman seperjuangan mahasiswa FKM yang memberikan *support* serta dukungan
6. Agama, Bangsa, Negara, dan Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya
(Kutipan QS. Al-Baqarah: 286 *)

Man Jadda Wa Jadda, Man Shabara Zhafira
“Siapa yang bersungguh-sungguh akan berhasil, Siapa yang bersabar akan
beruntung”
(Kutipan Ahmad Fuadi **)

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka
mengubah keadaan diri mereka sendiri
(Kutipan QS. Ar-Ra’d: 11 ***)

Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan
(Kutipan QS. Al-Insyirah: 5 ****)

-
- *) Qs. Al-Baqarah ayat 286. 2013. Al Qur’an dan Terjemahannya. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- **) Ahmad Fuadi. 2009. Negeri 5 Menara. Jakarta: PT. Gramedia Pusat Utama.
- ***) Qs. Ar-Ra’d ayat 11. 2013. Al Qur’an dan Terjemahannya. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- ****) Qs. Al-Insyirah ayat 5. 2013. Al Qur’an dan Terjemahannya. Bandung: Sinar Baru Algensia

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Imas Noverika Syifauroh Rahma

NIM : 122110101052

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk Mengakses Layanan VCT HIV dan AIDS Kabupaten Jember (Studi Kasus pada LSM Laskar)* Adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 26 Oktober 2020

Yang menyatakan,

Imas Noverika S.Rahma

NIM 122110101052

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI PENJANGKAUAN POPULASI KUNCI UNTUK MENGAKSES
LAYANAN VCT HIV DAN AIDS KABUPATEN JEMBER
(STUDI KASUS PADA LSM LASKAR)**

Oleh

Imas Noverika Syifaur Rahma

NIM 122110101052

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Mury Ririanty, S.KM., MKes.,

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “*Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci Untuk Mengakses Layanan VCT HIV dan AIDS Kabupaten Jember (Studi kasus LSM Laskar)*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 26 Oktober 2020

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

DPU : Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 1198005162003122000

(.....)

DPA : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes
NIP. 198310272010122003

(.....)

Penguji

Ketua : Ni'mal Baroya, S.KM., M.P.H.
NIP. 197701082005012004

(.....)

Sekretaris : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.
NIP. 198204162010122003

(.....)

Anggota : dr. Candra Bumi, M.Si
NIP. 197406082007011012

(.....)

Mengesahkan

Dekan,

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci Untuk Mengakses Layanan VCT HIV dan AIDS Kabupaten Jember (Studi kasus LSM Laskar); Imas Noverika Syifauroh Rahma; 122110101052; 2020; 70 halaman; Bagian Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan Nasional yang belum terselesaikan. Kasus HIV terus meningkat dari tahun ke tahun terutama pada kelompok populasi kunci. Salah satu upaya pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut yaitu dengan kegiatan penjangkauan pada populasi kunci untuk mengakses layanan VCT. Penjangkauan populasi kunci di Kabupaten Jember dilakukan oleh lembaga swadaya masyarakat (LSM) Langkah Sehat dan Berkarya "LASKAR". Desain penelitian ini adalah Penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan kegiatan penjangkauan populasi kunci dalam aspek input, proses, dan output. Hasil Penelitian ini menunjukkan sebagian besar di aspek input berjalan dengan baik, namun tidak diadakannya pelatihan PL dan PE selama 1 tahun terakhir. Aspek proses, perencanaan, koordinasi, dan pengawasan berjalan rutin dan sesuai dengan jadwal. Namun dalam pelaksanaan penjangkauan terdapat beberapa masalah terkait kurangnya pemahaman WPS tentang pentingnya VCT, kurangnya kemampuan komunikasi PL baru, dan rendahnya penggunaan kondom. Aspek output ditunjukkan dengan capaian penjangkauan populasi kunci yang menunjukkan terjadi kesenjangan antara jumlah WPS yang dijangkau dengan jumlah WPS yang mengakses layanan VCT. Saran yang diberikan berdasarkan penelitian ini adalah diharapkan LSM melakukan pelatihan PL baru mengenai strategi komunikasi ke WPS, meningkatkan kampanye VCT pada WPS dan pelanggannya, mempermudah akses layanan VCT bagi kelompok berisiko, dan menambah anggota PL dan PE dari komunitas itu sendiri (ODHA) guna mempermudah komunikasi dan perubahan perilaku ke teman satu komunitasnya.

Kata Kunci: Penjangkauan, Populasi kunci, VCT

SUMMARY

Implementation of Outreach for Key Populations to Access VCT in Jember (Case Study of LSM Laskar); *Imas Noverika Syifaur Rahma; 122110101052;xx pages; Specialization in Biostatistics and Population Studies. Public Health Study Program, Faculty of Public Health, Jember University.*

HIV / AIDS is still a national health problem that has not been resolved. HIV cases continue to increase from year to year, especially in key population groups. One of the government's efforts to overcome this problem is by conducting outreach activities to key populations to access VCT services. The outreach of MARPs in Jember was carried out by the non-governmental organization (NGO) "Healthy and Worked Steps" "LASKAR". The design of this research is descriptive research with a qualitative approach. The purpose of this research is to describe MARP outreach activities in terms of input, process and output. The results of this study indicated that most of the input aspects were going well, but no Field Officer and PE training had been held for the last 1 year. Process, planning, coordination and supervision aspects run regularly and according to schedule. However, in implementing outreach there were several problems related to the lack of understanding of Women Sex Workers about the importance of VCT, the lack of new Field Officer communication skills, and the low use of condoms. The output aspect is indicated by the achievement of MARP outreach, which shows that there is a gap between the number of Women Sex Workers reached and the number of Women Sex Workers accessing VCT services. The advice given based on this research is that it is hoped that NGOs will conduct new field officer training on communication strategies to Women Sex Workers, increase VCT campaigns for Women Sex Workers and their customers, facilitate access to VCT services for risk groups, and add field officer and PE members from the community itself (People with HIV/AIDS) to make it easier communication and behavior change to fellow community members.

Keywords: outreach, key population, VCT

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikan proposal skripsi yang berjudul *Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk Mengakses Layanan Voluntary and Testing (VCT) HIV dan AIDS Kabupaten Jember (Studi Kasus pada LSM Laskar)* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Mury Ririanty, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan pengarahan, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

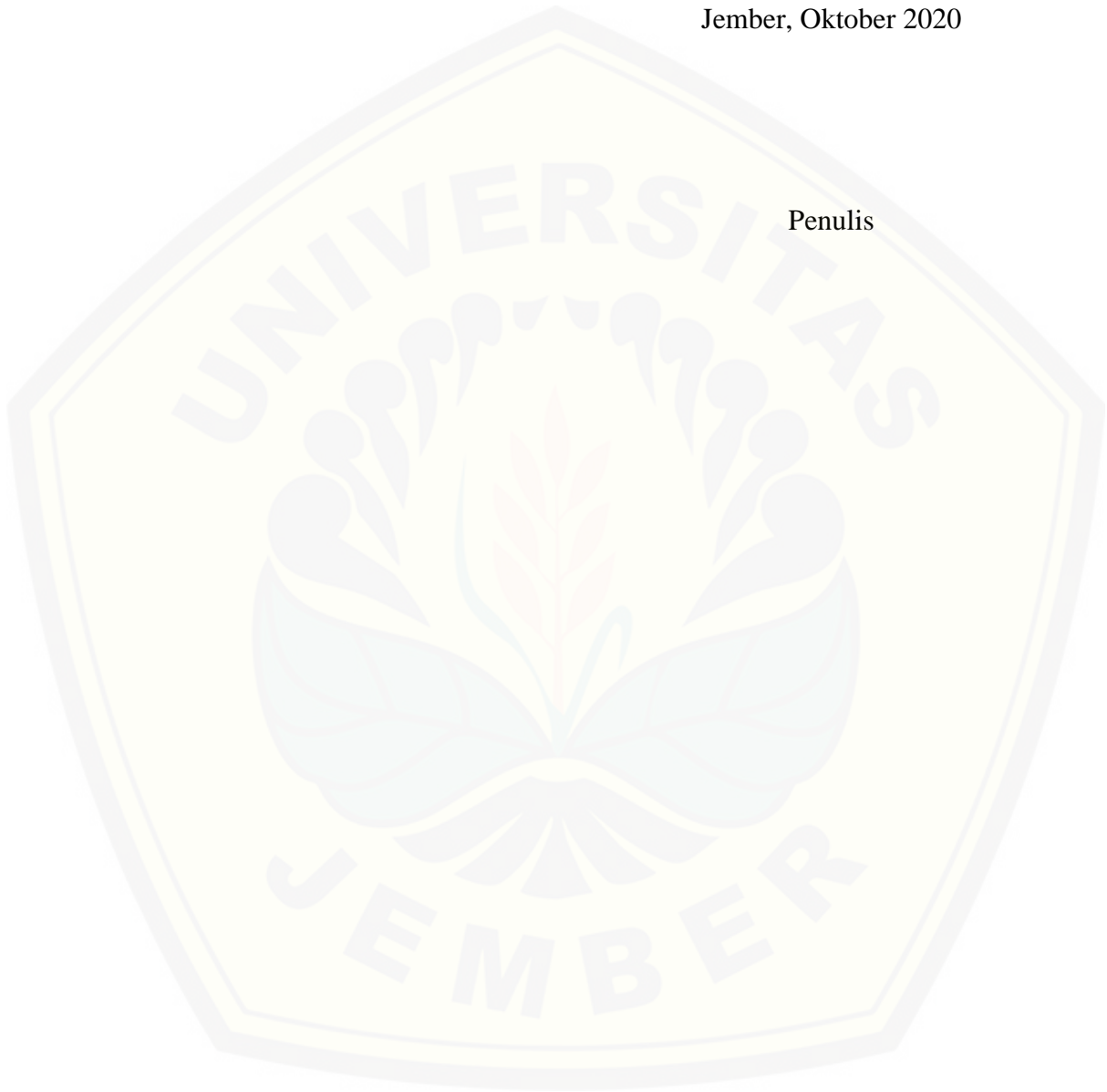
1. Ibu Dr. Farida, Wahyuningtyas, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
2. Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., selaku Koordinator Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat dan Sekretaris penguji skripsi;
3. Ibu Ni'mal Baroya, S,KM., M.PH., selaku ketua penguji skripsi;
4. Bapak Dr. Candra Bumi, dr., M.Si., selaku anggota penguji;
5. Ayah, ibu, adik serta keluarga besar yang telah memberikan dukungan, do'a, nasehatnya demi terselesaikannya proposal skripsi ini;
6. Sahabat Ulva, Aulia, Ilma, Devi, dan Maulida yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Teman-teman seperjuangan di Fakultas Kesehatan Masyarakat;
8. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik

dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan proposal skripsi ini. Semoga karya ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Jember, Oktober 2020

Penulis



DAFTAR ISI

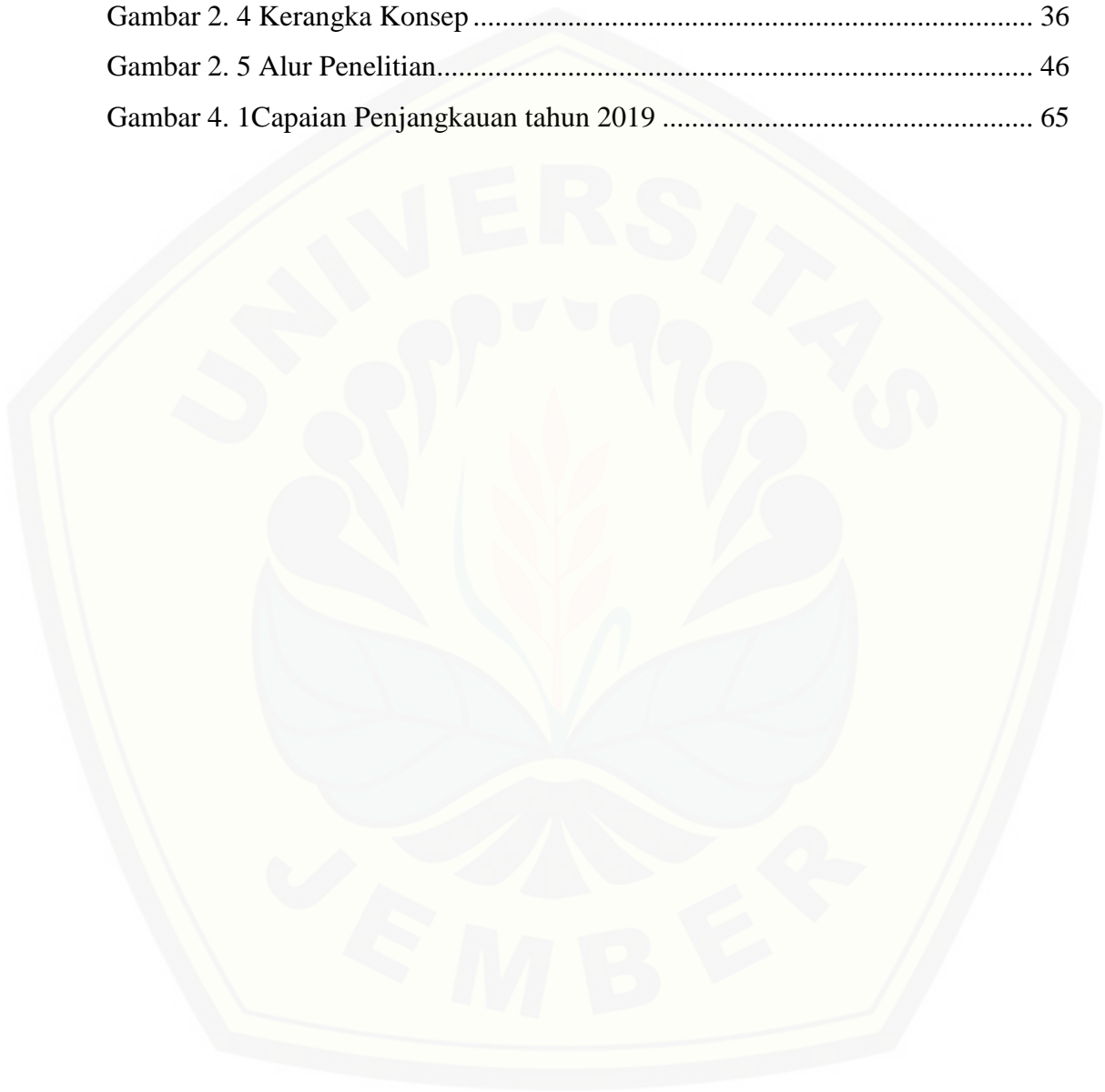
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN	iv
PEMBIMBINGAN	v
PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1. 1 Latar Belakang	1
1. 2 Rumusan Masalah	3
1. 3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Bagi Peneliti	4

1.4.2	Bagi Instansi.....	4
BAB 2.	TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1	Profil LSM Laskar.....	5
2.2	Kegiatan Penjangkauan (<i>Outreach</i>).....	8
2.1.1	Definisi.....	8
2.1.2	Faktor Input Penjangkauan.....	10
2.1.3	Pelaksanaan Penjangkauan.....	14
2.1.4	Mekanisme Output Penjangkauan.....	23
2.2	Implementasi Program.....	23
2.2.1	Pendekatan Sistem.....	23
2.2.2	Unsur-unsur Sistem.....	24
2.2.3	Tujuan Pendekatan Sistem.....	34
2.2.4	Manfaat Pendekatan Sistem.....	34
2.3	Kerangka Teori.....	35
2.4	Kerangka Konsep.....	36
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	38
3.1	Jenis Penelitian.....	38
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
3.2.1	Tempat Penelitian.....	38
3.2.2	Waktu Penelitian.....	39
3.3.	Penentuan Informan Penelitian.....	39
3.4	Fokus Penelitian.....	39
3.5	Data dan Sumber Data.....	41
3.5.1	Data Primer.....	41
3.5.2	Data Sekunder.....	42

3. 6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....	42
3. 6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	42
3. 6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	43
3. 7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	44
4. 4.1 Teknik Penyajian Data	44
4. 4.2 Teknik Analisis Data.....	44
3. 8 Validasi dan Reliabilitas Data	45
3. 9 Alur Penelitian.....	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	47
4. 1 Proses Pengerjaan di Lapangan.....	47
4. 2 Karakteristik Informan	48
4. 3 Hasil dan Pembahasan.....	50
4.4.1 Aspek Input	50
4. 4.2 Aspek Proses	57
4. 4.3 Aspek Output	64
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
5. 1 Kesimpulan.....	66
5. 2 Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA	68

DAFTAR GAMBAR

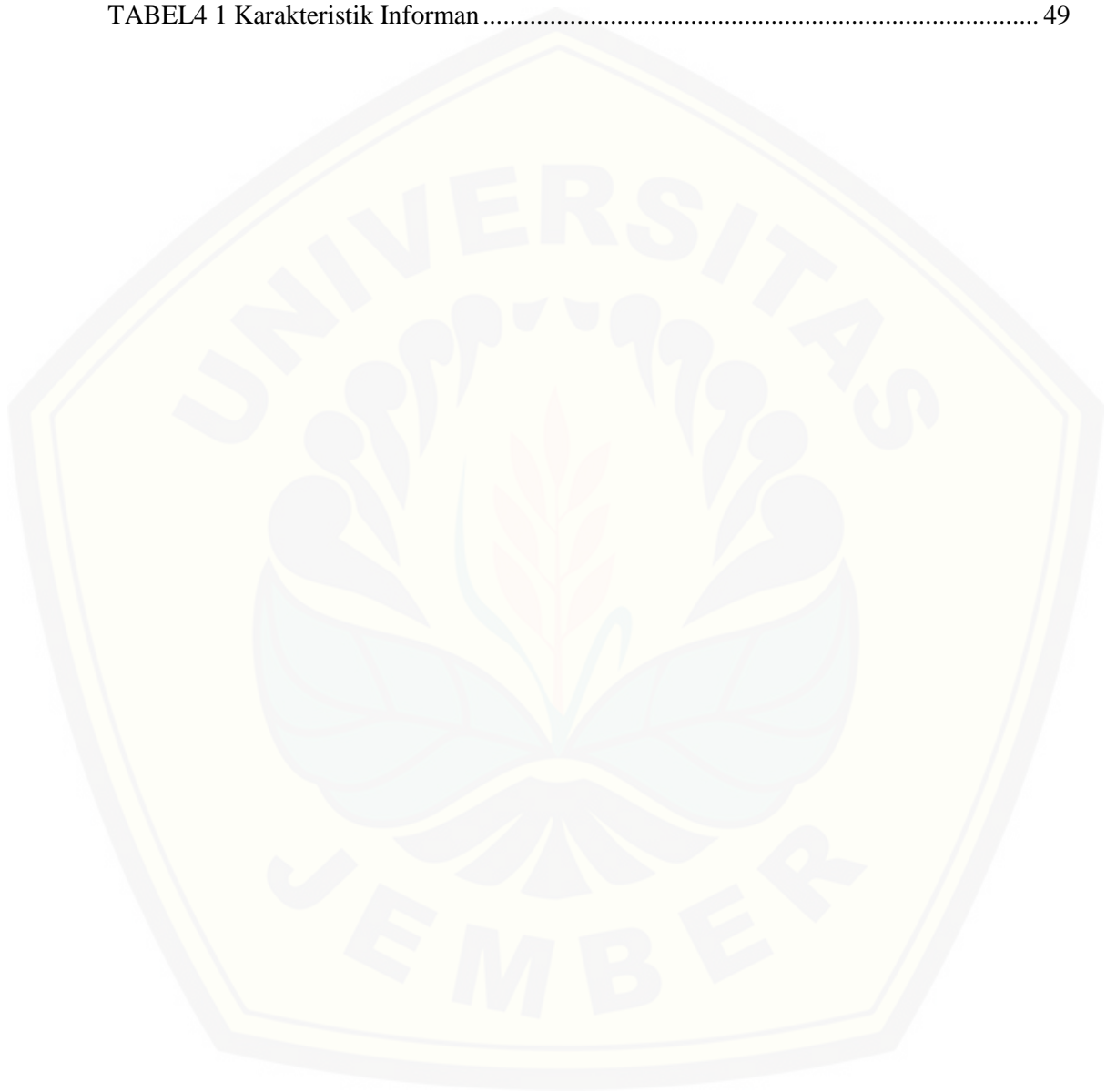
Gambar 2. 2 Hubungan Unsur-unsur Sistem	33
Gambar 2. 3 Kerangka Teori.....	35
Gambar 2. 4 Kerangka Konsep	36
Gambar 2. 5 Alur Penelitian.....	46
Gambar 4. 1Capaian Penjangkauan tahun 2019	65



DAFTAR TABEL

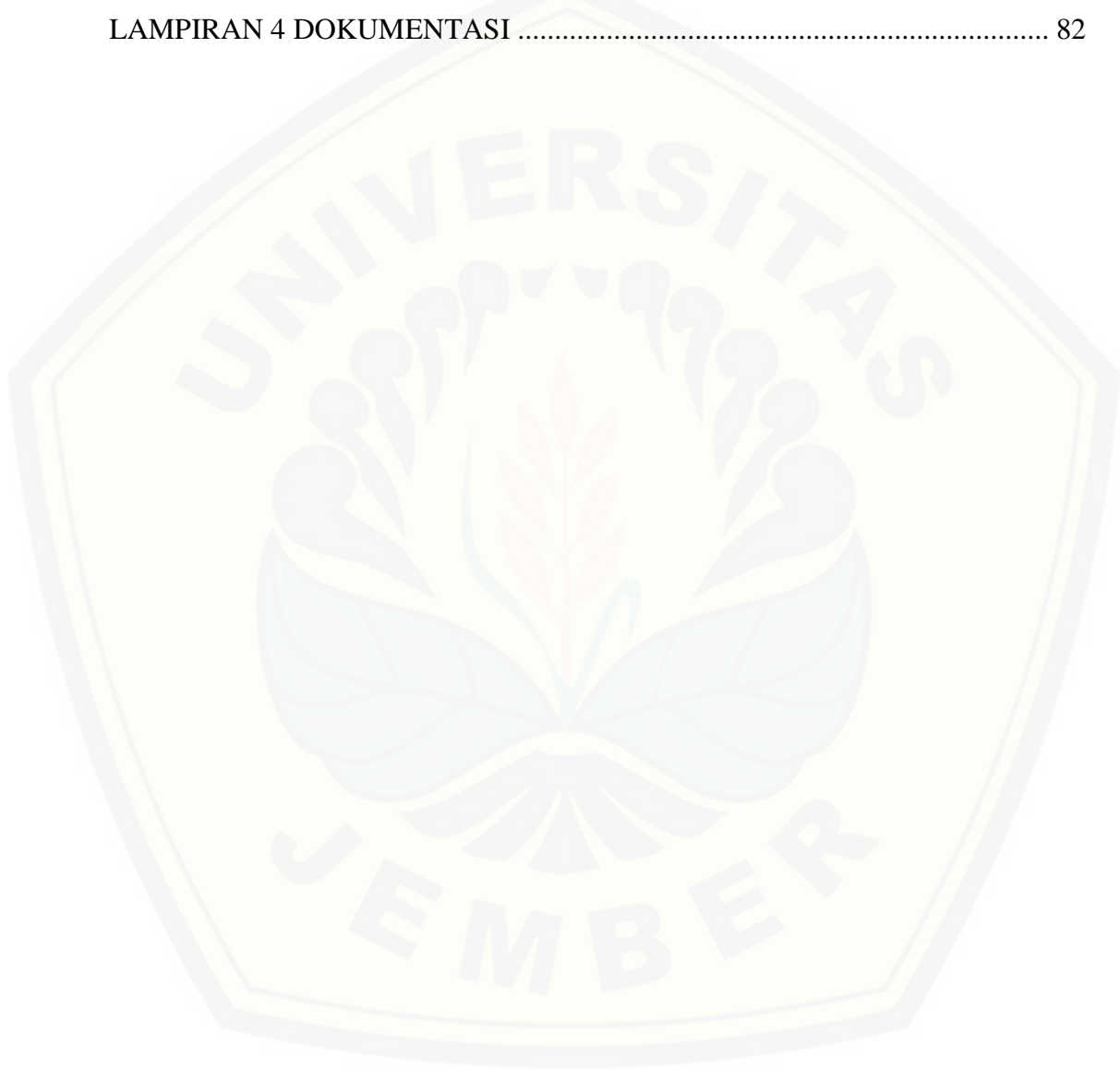
Tabel 2. 2 Fokus Penelitian dan Pengertian 40

TABEL4 1 Karakteristik Informan 49



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Panduan Wawancara Koordinator Lapangan.....	71
LAMPIRAN 2 Panduan Wawancara Petugas Lapangan.....	76
LAMPIRAN 3 Panduan Wawancara WPS.....	81
LAMPIRAN 4 DOKUMENTASI.....	82



DAFTAR SINGKATAN

HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
PDP	:	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan HIV/AIDS
AIDS	:	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARV	:	<i>Anti Retroviral</i>
VCT	:	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
PL	:	Petugas Lapangan
KIE	:	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KD	:	Kelompok Dampingan
UNAIDS	:	<i>United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
ODHA	:	Orang dengan HIV dan AIDS
LSL	:	Laki-laki Suka Laki-laki
WPS	:	Wanita Pekerja Seks
Penasun	:	Pengguna Napza Suntik
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
LASKAR	:	Langkah Sehat dan Berkarya
PE	:	<i>Peer Educator</i> atau Pendidik Sebaya

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menyerang sel darah putih sehingga menyebabkan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala penyakit yang muncul ketika sistem imun tubuh turun karena tubuh telah terinfeksi virus HIV, sehingga tubuh akan sangat mudah terkena berbagai macam penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang berakibat fatal. HIV/AIDS juga menjadi ancaman global yang menyebabkan kerugian pada hampir semua sektor kehidupan manusia. (Kemenkes RI, 2014a:1-2; WHO, 2013:2).

Distribusi jumlah infeksi HIV baru berdasarkan kelompok populasi, tiga kelompok yang menempati presentase tertinggi yaitu klien pekerja seks dan pasangan seksual dari populasi kunci (35%), kelompok LSL (29%), wanita transgender (14%). Sementara itu, diperkirakan jumlah infeksi HIV baru pada orang dewasa pada tahun 2017 di tingkat Asia dan Pasifik, Indonesia menempati peringkat ke-3 dengan total 49.000 kasus setelah Negara India dan China. Diperkirakan jumlah orang yang hidup dengan HIV di Indonesia selama tahun 2017 sebanyak 630.000 orang dan jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 39.000 orang. (UNAIDS, 2018; 125 dan 142).

Berdasarkan Laporan Kemenkes RI Triwulan IV menunjukkan jumlah kumulatif kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan sampai Desember 2019 sebanyak 377.564 kasus. Kasus AIDS yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai 2019 sebanyak 121.101 orang dimana jumlah kasus masih relative stabil setiap tahunnya. Faktor risiko tertinggi dari kasus HIV yang dilaporkan adalah 19% dari kelompok LSL dan 18% heteroseksual. Kasus AIDS di Indonesia yang dilaporkan dari bulan Oktober sampai Desember 2019 sebanyak 1.714 orang, dimana sebagian besar pada kelompok usia 30-39 tahun (34,9%). Factor risiko tertinggi dari kasus AIDS yang dilaporkan adalah 70% dari hubungan seksual beresiko

pada heteroseksual dan 22% kelompok LSL. Sementara itu, 5 provinsi dengan jumlah kasus HIV terbanyak yakni DKI Jakarta (65.578), Jawa Timur (57.176), Jawa Barat (40.215), Papua (36.382), dan Jawa Tengah (33.322). Untuk jumlah kasus AIDS, Jawa Timur berada peringkat kedua setelah Papua dengan 20.787 kasus. Jumlah Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Jember sejak tahun 2004 hingga September 2018 mencapai 4.018 orang (Dinkes Jember, 2019).

Salah satu upaya pemerintah dalam penanggulangan HIV dan AIDS yaitu peningkatan akses pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yang merupakan pintu masuk pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan. Pengetahuan akan status HIV diperlukan untuk memulai perawatan, dukungan, dan pengobatan ARV. Namun sampai saat ini masih ada kesenjangan yang tinggi antara estimasi jumlah orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dengan ODHA yang menjangkau layanan VCT. Jumlah estimasi populasi kunci di Kabupaten Jember tahun 2012 sebanyak 36.240 orang dibandingkan dengan jumlah cakupan populasi kunci yang berhasil dijangkau pada tahun 2016-2019 (Januari-Agustus) hanya sebanyak 12.057 orang (Dinkes Jember, 2019)

Situasi HIV/AIDS sangat bervariasi pada berbagai wilayah di Kabupaten Jember dan sudah mengarah ke peningkatan kasus dan penyebaran HIV melalui perilaku beresiko dan mobilitas yang cukup tinggi. Penularan HIV akan terus terjadi, karena upaya pencegahan belum mampu menekan penularan. Maka ketika keterlambatan mengakses layanan VCT mengakibatkan kurang efektifnya pengobatan ARV dan meningkatkan risiko penularan HIV kepada pasangannya. Untuk itu, cakupan layanan VCT masih perlu ditingkatkan di masyarakat, terutama cakupan pada populasi kunci seperti wanita pekerja seks (WPS), kelompok LSL, dan pengguna Napza Suntik (Penasun) yaitu dengan Tes dan Konseling HIV bergerak atau *Mobile VCT*. Untuk itu penjangkauan pada populasi perlu dimaksimalkan agar semakin besar cakupan populasi yang dijangkau sehingga bisa mengakses layanan dengan cepat dan kasus HIV bisa dikendalikan sejak dini (Kemenkes RI, 2013: 2 dan 13).

Penjangkauan populasi kunci di Kabupaten Jember dilakukan oleh lembaga swadaya masyarakat (LSM) Langkah Sehat dan Berkarya “LASKAR”. Sebagai lembaga swasta non pemerintah, peran Laskar dalam program penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Jember adalah melakukan penjangkauan pada populasi kunci di Jember untuk melakukan tes VCT. Dalam hal ini, kegiatan Laskar dinyatakan berjalan baik jika jumlah populasi kunci yang berhasil dijangkau sama dengan jumlah populasi kunci yang mengakses layanan tes VCT. Dalam pelaksanaannya, populasi kunci yang dijangkau Laskar selama ini sebagian besar adalah komunitas Wanita Pekerja Seksual (WPS).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui bagaimana Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk mengakses layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan bagaimana capaian kegiatan penjangkauan, serta hambatan dan tantangan yang dihadapi. Sehingga dapat dijadikan masukan dalam perencanaan program selanjutnya dan dapat membantu pemerintah serta instansi dalam pengendalian kasus HIV/AIDS pada komunitas WPS di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah yaitu “Bagaimana Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk mengakses layanan *Mobile Voluntary and Testing* (VCT) HIV dan AIDS Kabupaten Jember”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah mengetahui implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk mengakses layanan *Voluntary and Testing* (VCT) HIV dan AIDS Kabupaten Jember (Studi Kasus LSM Laskar).

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Menggambarkan input (meliputi sumber daya manusia, sasaran, sumber dana, sarana dan prasarana pelaksanaan penjangkauan populasi kunci oleh LSM Laskar Kabupaten Jember
- b. Menggambarkan perencanaan, koordinasi, pelaksanaan (*actuating*) dan pengendalian (*controlling*) pelaksanaan penjangkauan populasi kunci oleh LSM Laskar Kabupaten Jember
- c. Menggambarkan pencapaian pelaksanaan penjangkauan populasi kunci oleh LSM Laskar Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi peneliti mengenai implementasi pelaksanaan penjangkauan populasi kunci oleh LSM Laskar Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi Instansi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan informasi bagi institusi terkait yaitu LSM Laskar, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, sehingga dapat digunakan sebagai masukan dan pertimbangan dalam meningkatkan keberhasilan pelaksanaan penjangkauan populasi kunci oleh LSM Laskar Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Profil LSM Laskar

Lembaga Swadaya Masyarakat Laskar adalah sebuah lembaga yang memiliki kompetensi dan sebagai mitra terpercaya dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Wilayah kerja lembaga ini adalah Karesidenan Besuki, meliputi: Kabupaten Jember, Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo dan Lumajang. LSM Laskar bertempat di Perum Taman Gading Blok GG No. 20 Kabupaten Jember Jawa Timur. LSM Laskar berdiri pada tahun 2012 yang didirikan berawal dengan harapan untuk bermanfaat bagi populasi kunci yang memang sulit untuk dijangkau yang berbasis komunitas. Laskar merupakan organisasi masyarakat yang bergerak dalam mengatasi persoalan sosial di masyarakat marginal dan masyarakat umum. Laskar adalah organisasi non Pemerintah yang memiliki tujuan dan harapan keberadaan di masa depan untuk memprioritaskan pencapaian keberhasilan dalam program aksi serta bersama masyarakat. Dengan komitmen yang kuat dari pengurus Lembaga Swadaya Masyarakat Laskar dalam menyusun beberapa program internal dan eksternal yang terkait dengan pembangunan dan pengembangan sumber daya manusia untuk mencapai suatu tatanan sosial yang sejahtera, demokratis dan adil.

LSM Laskar berupaya untuk membangun kehidupan yang seimbang dimana terbentuknya masyarakat setara, berdaya dan hidup tanpa stigma dan diskriminasi. Perhatian utama LSM Laskar yaitu isu kemasyarakatan terkait dengan masyarakat proletarian yaitu masyarakat yang terpinggirkan, termasuk bagaimana Laskar mendampingi komunitas Wanita Pekerja Seks (WPS). Salah satu program yang diperhatikan oleh Laskar yaitu bidang kesehatan. Program dalam bidang kesehatan ini dilakukan dengan pelaksanaan penjangkauan dan pedampingan pada populasi kunci yang ada di Kabupaten Jember. LSM LASKAR memiliki wilayah kerja di Karesidenan Besuki meliputi Kabupaten Jember, Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo dan Lumajang.

LSM Laskar memiliki struktur organisasi yang jelas. Berikut struktur organisasi Laskar sebagai berikut:

- a. Ketua
- b. Sekretaris
- c. Bendahara
- d. Manajer Program
- e. Koordinator Lapangan yang terdiri dari Wilayah Timur, Barat, Selatan, Utara, dan Kota.

Tujuan LSM Laskar antara lain:

- 1) Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan.
- 2) Meningkatkan pemahaman masyarakat dalam upaya pencegahan, penanggulangan dan pemberdayaan masalah kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan.
- 3) Memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan melalui penelitian-penelitian tentang kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan.
- 4) Melibatkan masyarakat untuk berperan aktif dalam kegiatan terkait kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan.

- 5) Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam komunikasi dan mengambil keputusan yang tepat untuk memecahkan permasalahan terkait kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan).
- 6) Meningkatkan kemandirian masyarakat dan penyandang masalah kesehatan reproduksi (populasi kunci) melalui program kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan).
- 7) Meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap penyandang masalah kesehatan masyarakat (populasi kunci) melalui program kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan).
- 8) Meningkatkan kerjasama dengan lembaga terkait dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat dengan pendekatan 7 bidang ilmu kesehatan masyarakat (Epidemiologi, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP), Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK), Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja, Gizi Masyarakat serta Biostatistik dan Kependudukan).

Dalam pelaksanaan penelitian Peneliti melakukan wawancara mendalam via telepon kepada informan utama yang berasal dari Laskar dan merupakan pelaksana penjangkauan dan pendampingan yang terdiri dari 1 orang Koordinator Program dan 2 Orang Petugas Lapangan.

2.2 Kegiatan Penjangkauan (*Outreach*)

2.1.1 Definisi

Menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:5) penjangkauan adalah proses pendekatan, pemberian informasi dan pendampingan terhadap individu dan kelompok populasi kunci serta masyarakat yang dijadikan sasaran program. Serta memotivasi dan mengarahkan klien ke layanan (VCT, IMS, CST). Kegiatan pendekatan berlangsung secara efektif dan tidak dapat diukur oleh waktu dan frekuensi pertemuan berbeda untuk tiap orang.

Penjangkauan merupakan kontak langsung secara individu maupun kelompok kecil (2-10 orang), yang dilakukan oleh petugas lapangan (PL) kepada kelompok berperilaku risiko tinggi. Kontak ini bertujuan memberikan informasi dan menyampaikan materi pencegahan dan media KIE dilakukan langsung di tempat mereka berada. Penjangkauan juga bertujuan mempromosikan perilaku yang lebih aman dan merujuk kelompok berperilaku risiko tinggi ke layanan terkait. *Outreach* dilakukan untuk memperoleh akses pada populasi yang sulit dijangkau karena mereka merupakan kelompok yang tersembunyi, baik secara geografis, sosial maupun budaya. Misalnya, WPS, LSL, waria, dan Penasun. Setelah terjadi hubungan baik berdasarkan kepercayaan, PL menjadi agen perubahan perilaku (*agent of change*), sumber informasi serta pendidikan HIV dan AIDS bagi kelompok tersebut. Dengan metode *outreach*, kedalaman dan kualitas informasi serta proses yang terus menerus dapat dilakukan (Kemenkes RI, 2010: 87).

Berdasarkan Pedoman Intervensi Perubahan Perilaku (dalam Kemenkes RI, 2010: 87-88) prinsip pelaksanaan penjangkauan adalah sebagai berikut:

- a. Prinsip pemberdayaan KD sebagai pelaku yang menjalankan proses perubahan perilaku. Edukasi yang diberikan harus meningkatkan kemampuan dan keterampilan mereka melakukan perubahan perilaku dan memberdayakan mereka untuk menjaga perilaku lebih aman
- b. Prinsip santai dan informal. Edukasi dilakukan dalam suasana luwes, terbuka, tidak memaksa dan informal. Pertemuan tidak boleh mengganggu

kegiatan sehari-hari KD untuk ini PL harus mampu membaca situasi di lapangan

- c. Prinsip triangulasi. Triangulasi merupakan bentuk pemeriksaan ulang data. Data yang dikumpulkan harus diklasifikasi, dianalisis dan digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan untuk menindaklanjuti situasi yang berkembang di lapangan KD. Hal ini penting untuk memberikan dukungan yang sesuai dengan kebutuhan KD
- d. Prinsip intensitas dan kedalaman informasi. Mengubah perilaku membutuhkan proses dan waktu cukup lama, perhatian terus menerus dan terfokus melalui pertemuan intensif dengan kualitas informasi yang terus diperbarui sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan pengetahuan, sikap, dan perilaku KD. Mendekati KD tidak cukup sekali, setidaknya harus dilakukan beberapa kali untuk menjadikan seseorang mengubah perilakunya. Informasi yang diberikan harus berkesinambungan (mungkin menggunakan berbagai saluran media). Untuk itu penjangkauan dan pendampingan menuntut beberapa perlakuan khusus untuk setiap KD atau kelompok KD.
- e. Kepercayaan dan kerahasiaan. Sikap menjaga kepercayaan dan kerahasiaan ini penting agar KD mau terbuka dan bersedia merencanakan perubahan perilaku.
- f. Kreativitas dan inovasi dalam mendukung KD agar mau melakukan perubahan perilaku. Untuk itu PL perlu mencari cara-cara lain di luar yang sudah ada dan banyak dikenal orang. Proses pencarian ini harus memperhatikan penerimaan dan karakteristik KD, tipe lapangan, budaya lokal dan hal-hal lain yang mungkin mempengaruhi KD
- g. Penilaian Individu (*Assesment*). Untuk memudahkan adaptasi, mengembangkan bentuk dukungan di lingkungan tersebut yang diperlukan dalam memotivasi perubahan perilaku KD, PL perlu memahami semua aspek yang berkaitan dengan pribadi KD (karakteristik, pengetahuan, sikap dan perilakunya, lingkungan dan lain-lain). Untuk itu PL harus mampu menggali hal-hal yang terkait dengan KD dan lingkungan KD

melalui observasi dan wawancara di seputar lokasi sehingga apa yang kita rencanakan (peta, penjadwalan) dapat dilakukan dengan benar dan diterima oleh KD dan lingkungannya serta sesuai dengan kebutuhan KD

- h. Non diskriminatif, artinya melakukan diskriminasi atas dasar apapun, seperti jenis kelamin, gender, agama, orientasi seks, cacat tubuh, penyakit, keyakinan politik dan lain sebagainya.

2.1.2 Faktor Input Penjangkauan

Faktor Input kegiatan penjangkauan adalah segala hal yang dibutuhkan dalam kegiatan penjangkauan. Dalam hal ini meliputi: Tenaga pelaksana, sasaran, sumber dana, dan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam kegiatan penjangkauan. Semuanya akan diuraikan pada bab ini .

Dalam pelaksanaan program penjangkau ada beberapa petugas yang berperan penting akan pelaksanaan penjangkauan terhadap populasi kunci diantaranya Koordinator Lapangan, Petugas Lapangan (PL), Konselor, Buddies (petugas pendamping ODHA dan OHIDHA. Berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:8-10) berikut adalah tugas dan peran dari masing-masing petugas:

- a. Koordinator Lapangan pada Kelompok Populasi Kunci, tugas dan peran sebagai berikut:
 - 1). Membuat perencanaan (pemetaan, penjadwalan, penempatan petugas lapangan, analisa, dan strategi) pelaksanaan kegiatan penjangkauan
 - 2). Memberikan dukungan, pemantauan, dan pembuatan laporan bulanan terhadap proses penjangkauan dan pendampingan di lapangan sehingga searah dengan tujuan program yang dikembangkan
 - 3). Memonitor dan melakukan supervise kepada petugas lapangan dan melakukan koordinasi dengan pihak terkait
- b. Koordinator Lapangan pada *Care* dan *Support* , tugas dan perannya sebagai berikut:

- 1). Membuat perencanaan (pemetaan, penjadwalan, penempatan petugas lapangan, analisa, dan strategi) pelaksanaan kegiatan penjangkauan
 - 2). Melakukan pendampingan pada ODHA (*Care dan Support*)
 - 3). Memberikan dukungan, pemantauan, dan pembuatan laporan bulanan terhadap proses penjangkauan dan pendampingan di lapangan sehingga searah dengan tujuan program yang dikembangkan
 - 4). Memonitor dan melakukan supervise kepada konselor/*buddies* dan melakukan koordinasi dengan pihak terkait
 - 5). Memberikan informasi rujukan perawatan dan pengobatan
 - 6). Memberikan dukungan psikologis dan social
 - 7). Melakukan pemberdayaan ODHA dan OHIDHA
- c. Petugas Lapangan, tugas dan perannya sebagai berikut:
- 1). Menyediakan/memberikan informasi
 - 2). Mendistribusikan alat pencegahan dan media KIE
Alat pencegahan: Layanan Jarum Suntik Steril (LJASS), kondom, dan pelican (lubricant)
 - 3). Mempromosikan, melibatkan dan memotivasi individu dalam Kelompok Dampingan agar menghindari perilaku beresiko
 - 4). Memberikan jalan akses klien ke sistem dan mekanisme rujukan yang ada
 - 5). Memberikan dukungan secara efektif pada individu dalam Kelompok Dampingan untuk mempertahankan perilaku aman
 - 6). Mendorong individu dalam Kelompok Dampingan untuk bisa menyampaikan informasi terkait materi-materi HIV/AIDS kepada orang lain
 - 7). Mencatat kegiatan dan membuat laporan kegiatan harian serta merekap laporan mingguan.
- d. *Peer Educator* atau Kader
- Keterlibatan mantan kelompok dampingan dalam merancang, mempromosikan serta memberikan layanan-layanan kepada Kelompok Dampingan merupakan sebuah prinsip yang peting bagi program

pengecahan HIV. Prinsip ini didasarkan pada prinsip umum yakni keterlibatan masyarakat. Adapun syarat yang harus dimiliki seorang kader adalah sebagai berikut:

- 1) Kematangan kepribadian yaitu orang yang cukup umur dan telah berpengalaman
 - 2) Kemapanan yaitu orang yang telah tinggal di lingkungan tersebut selama beberapa lama dan nampaknya akan tinggal dalam waktu yang lama
 - 3) Kemampuan berkomunikasi, yaitu orang dengan kemampuan komunikasi yang menonjol dan tidak takut untuk mengemukakan pikirannya
 - 4) Memiliki kepedulian yaitu orang yang menyatakan kepedulian secara terbuka dan bersedia bekerja untuk perbaikan dalam masyarakat
 - 5) Dihormati atau disegani di suatu lingkungan
 - 6) Orang kunci yaitu orang yang mempunyai hubungan secara teratur dengan kelompoknya.
- e. Konselor adalah orang yang bertugas memberikan bantuan pada ODHA dan OHIDHA dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi. Kegiatan yang dilakukan dalam bentuk konseling. Adapun tugas konselor adalah sebagai berikut:
- 1). Mencatat profil kelompok dampingan
 - 2). Membuat laporan *home visit*
 - 3). Membuat laporan kegiatan KIE (jika dilakukan)
 - 4). Membuat laporan konseling harian
 - 5). Membuat laporan pendampingan ODHA
 - 6). Mmberikan rujukan dan membuat laporan rujukan
 - 7). Membuat rekap *standart performance* mingguan yang diberikan kepada Koordinator Lapangan
 - 8). Merekap laporan mingguan untuk dilaporkan kepada Koordinator Lapangan

- f. *Buddies* adalah petugas pendamping ODHA dan OHIDHA. *Buddies* mendampingi penderita dengan melakukan pendekatan yang lebih dalam. *Buddies* bertugas memberikan motivasi kepada para klien atau penderita yang baru mengetahui dirinya terinfeksi HIV/AIDS dan mempunyai kewajiban moral membangkitkan semangat penderita dengan masuk kedalam komunitas dimana ODHA berada. ODHA akan lebih nyaman jika berada dalam komunitas yang sama. *Buddies* biasanya berasal dari komunitas yang sama dengan ODHA dan berstatus sebagai ODHA pula sehingga *buddies* mempunyai kedekatan emosional dengan klien dan mudah memotivasi klien untuk mengakses layanan PDP.

Berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:7) kriteria petugas lapangan sebagai petugas penjangkau adalah sebagai berikut:

- a. Punya pengalaman menjadi petugas lapangan minimal 1 tahun diantaranya isu HIV dan AIDS
- b. Memiliki kemampuan beradaptasi, berkomunikasi, berjiwa social, dan mempunyai motivasi untuk pengembangan kapasitas diri
- c. Mampu bekerja dengan mengikuti peraturan yang ditetapkan lembaga
- d. Mampu bekerjasama dalam tim
- e. Mampu menyesuaikan diri dengan Kelompok Dampingan tanpa terpengaruh perilaku beresiko
- f. Mampu menciptakan pandangan positif di dalam masyarakat sekitar, baik terhadap diri sendiri atau organisasi yang diwakili
- g. Cepat menyesuaikan diri dengan dinamika perubahan yang terjadi di lapangan
- h. Berpikir terbuka dan dapat bertindak tanpa prasangka negative
- i. Mampu melakukan pendekatan dengan semua pihak terkait, sehingga mereka mengerti dan mau memberikan dukungan
- j. Memiliki keinginan selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, serta mau menerima masukan dari pihak lain
- k. Peka akan kebutuhan lapangan

1. Mampu menciptakan batasan yang jelas antara tugas dengan hal ribadi (Profesional).

Menurut Pedoman Intervensi Perubahan Perilaku (dalam Kemenkes RI, 2010: 86-87) Tujuan kegiatan penjangkauan adalah:

- a. Mengurangi perilaku berisiko tinggi dan mempromosikan gaya hidup sehat melalui pemakaian kondom dan pelicin dan pemeriksaan kesehatan secara teratur
- b. Meningkatkan pengetahuan yang terkait dengan HIV dan AIDS.
- c. Meningkatkan kesadaran risiko diri dari perilakunya.
- d. Mengubah perilaku berisiko kelompok dampingan (KD) menjadi perilaku yang aman dari IMS dan HIV serta AIDS.

Berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:12) sasaran penjangkauan dan pendampingan dalam proyek *Global Fund Round 8* dibagi dalam dua bagian, yaitu:

- a. Sasaran Primer yang terdiri: Kelompok WPS, Transgender, LSL ; pasangannya, Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)
- b. Sasaran Sekunder yang terdiri dari Masyarakat sekitar lokasi penjangkauan dan orang yang hidup dengan HIV/AIDS (OHIDHA).

Sebagian besar sumber dana yang dimiliki oleh LSM untuk melaksanakan kegiatan mereka adalah dari Lembaga Donor, seperti dari *Global Fund* (yang membiayai kegiatan dalam komunitas WPS). Sementara untuk sarana dan prasaran yang dibutuhkan dalam kegiatan penjangkauan meliputi media KIE (poster, leaflet, video), alat pencegahan (kondom dan pelicin), dan form pelaporan kegiatan penjangkauan (PKBI, 2009).

2.1.3 Pelaksanaan Penjangkauan

Pelaksanaan penjangkauan dimulai dari tahap perencanaan, koordinasi, pelaksanaan, dan pengawasan. Berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana (2009:10) Pada tahap perencanaan perlu melakukan tiga kegiatan utama, yakni

pemetaan, penjadwalan penjangkauan, dan penempatan petugas pada sasaran tertentu.

a. Pemetaan

Pemetaan merupakan dasar untuk melakukan kegiatan penjangkauan. Hasil awal ini harus dipelajari agar tim dapat mempelajari dari awal karakteristik daerah, apa yang harus dicapai dan bagaimana cara pendekatan yang cocok. Tujuan dilakukannya pemetaan adalah bertujuan untuk mencari pola social, geografis dan sebaran kelompok beresiko tinggi, yang akan menjadi landasan dalam melakukan langkah perencanaan secara strategis dan teknis dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS di suatu wilayah.

b. Penjadwalan

Untuk melakukan kegiatan penjangkauan perlu dibuat jadwal. Jadwal ini dibuat oleh koordinator lapangan dan dibantu oleh Petugas Lapangan di suatu wilayah. Teknis penjadwalan adalah sebagai berikut:

- 1). Kegiatan penjangkauan secara individu dapat dilakukan 1 minggu 4 kali untuk kelompok WPS, waria, LSL dan penasun. Sedangkan untuk pendampingan ODHA 3 kali dalam seminggu, kegiatan diskusi kelompok dilakukan satu bulan sekali. Keduanya dapat berubah disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan dan anggaran kegiatan penjangkauan
- 2). Penjadwalan harus disesuaikan dengan target program yang dipenuhi
- 3). Penjadwalan perlu dilakukan sejak awal program untuk menghindari penumpukan PL dan *buddies* di satu lokasi penjangkauan dan kekosongan di lokasi lain. Sehingga Koordinator dapat membagi PL di wilayah berdasarkan situasi lapangan (jarak, jumlah, tingkat kesulitan) dan tingkat pengetahuan dan factor lainnya sesuai dengan kondisi daerah
- 4). Langkah-langkah untuk mempermudah teknis penjadwalan PL dan *buddies* di lapangan adalah
 - a). Tentukan jumlah individu dalam Kelompok Dampingan dan lokasi yang akan dijangkau

- b). Tentukan kapan saja penjangkauan perlu dilakukan untuk setiap lokasi: hari apa saja, pada jam berapa saja
- c). Tentukan berapa kali penjangkauan perlu dilakukan pada suatu lokasi dalam seminggu atau sebulan
- d). Tentukan berapa lama waktu yang dialokasikan untuk sekali penjangkauan di suatu lokasi
- e). Tentukan berapa jumlah PL yang akan diturunkan dalam sekali penjangkauan atau dalam suatu lokasi
- f). Tentukan apakah ada proses penggantian tugas diantara PL di suatu lokasi, jika ada, kapan dan berapa lama penggantian dilakukan.

c. Penempatan PL dan *buddies*

Sama dengan penjadwalan, penempatan PL dan *buddies* pada wilayah jangkauan tertentu perlu direncanakan dan dilakukan secara baik sejak awal program dan terus diperbaharui dalam perjalanannya. Prinsip utama dalam penempatan PL adalah disesuaikan dengan pengalaman, ketertarikan dengan isu, dapat dipercaya masyarakat dan dapat mempengaruhi massa di lokasi tempat tinggal dan disesuaikan dengan pengetahuan dan karakteristik masyarakat.

Dalam proses kegiatan penjangkauan, berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:12-17) menyatakan bahwa kegiatan penjangkauan terhadap populasi kunci dalam implementasi di lapangan harus diterjemahkan dalam bentuk program-program yang mendukung tujuan utama yaitu penurunan risiko penularan HIV pada kelompok populasi kunci. Intervensi yang efektif harus mempunyai sifat yang menyeluruh (komperhensif), menawarkan pelayanan yang beragam dan kegiatan yang diupayakan menjawab berbagai isu terkait. Karakteristik, situasi dan kondisi lokal adalah poin yang harus menjadi pertimbangan dalam pelaksanaan program. Ruang lingkup PKBI pada kegiatan tersebut mencakup kegiatan penjangkauan dan kegiatan pendampingan. Kegiatan Penjangkauan meliputi:

a. Membangun Raport dan identifikasi Kelompok Dampungan

Sebelum memulai kegiatan penjangkauan, PL perlu memahami semua aspek yang berkaitan dengan pribadi individu dalam kelompok dampungan (karakter, pengetahuan, sikap, perilaku, dan lingkungannya) dalam upaya memudahkan adaptasi, mengembangkan bentuk dukungan di lingkungan tersebut yang diperlukan dalam memotivasi perubahan perilaku individu dalam Kelompok Dampungan. Tujuannya adalah untuk menciptakan saling percaya antara pelaksana program dengan kelompok dampungan serta mengetahui lebih jauh mengenai data pribadi, karakteristik, faktor risiko, budaya, dll. Sasaran kegiatan ini adalah kelompok populasi kunci dan masyarakat sekitar lokasi penjangkauan. Prinsip pelaksanaannya meliputi pengenalan profil lembaga dan petugas lapangan kepada KD, identifikasi KD, mencari *Key person*, melakukan pendataan, dan melakukan pendokumentasian.

b. Melakukan *Assesment* terhadap tingkat risiko KD

Kegiatan ini dilakukan selama penjangkauan dan pendampungan. Focus dari program adalah risiko IMS, HIV/AIDS, dan perilaku seksual (penggunaan kondom). Penilaian ini dimaksudkan untuk mengenalkan pesan pengurangan risiko dan mendukung upaya-upaya perubahan perilaku. Tujuan kegiatan ini adalah secara individual, seseorang yang termasuk kelompok populasi kunci dapat merencanakan upaya-upaya pengurangan risiko terjadinya infeksi HIV dalam waktu tertentu. Sasaran kegiatan ini adalah kelompok populasi kunci.

Dalam pelaksanaan penilaian risiko, PL harus terlebih dahulu melihat seberapa jauh pengetahuan tentang HIV/AIDS termasuk informasi penularan HIV. Apabila KD belum mengetahui tentang hal ini, maka PL bisa memberikan penjelasan singkat tentang informasi ini dan membuka diskusi atau menawarkan apakah ada pertanyaan yang berkaitan dengan HIV. Jelaskan risiko yang dapat diterima dan risiko yang tidak dapat diterima yang berhubungan dengan penularan HIV. Risiko yang tidak dapat diterima adalah tingkat risiko tertentu yang akan dihindari oleh seseorang karena kesadarannya tentang risiko dan merasa mampu untuk menghindari risiko tersebut.

Apabila KD tertarik untuk membuat rencana pengurangan risiko, maka PL sejauh mungkin menawarkan dukungan supaya dapat mengurangi risiko yang dipilihnya secara terus menerus dengan tempat yang nyaman dan pribadi, sehingga KD merasa cukup nyaman untuk menceritakan perilakunya. Selain itu dapat menunjukkan bahwa proses penilaian pengurangan risiko merupakan sebuah proses yang sungguh-sungguh direncanakan dan berarti baik bagi KD maupun petugas PL.

Penilaian pengurangan risiko pribadi dan kelompok sebaiknya dilakukan berulang-ulang dengan jangka waktu yang disesuaikan dengan kondisi KD. Sehingga memungkinkan KD untuk selalu mengurangi perilaku beresikonya, sampai suatu saat tidak melakukan perilaku beresiko lagi. Dalam mendiskusikan cara-cara pengurangan risiko, tawarkan beberapa alternatif pengurangan risiko yang mungkin dan masuk akal untuk bisa dilakukan baik secara individu maupun kelompok. Diskusikan pilihan untuk mengurangi risiko dari kelompok populasi kunci termasuk kesulitan/hambatan yang mungkin dihadapi sehingga KD benar-benar paham dan sadar atas pilihan yang telah ditentukan. Tawarkan dukungan yang berkelanjutan, setelah KD menentukan pilihan untuk mengurangi risiko. Dukungan tersebut dapat berupa mengingatkan tentang pilihan yang telah direncanakan, menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan rencana pengurangan risiko, menyediakan kondom dan pelicin secara teratur, dukungan pribadi, dan sebagainya.

Untuk melakukan penilaian pengurangan risiko ulangan, PL dapat langsung mengajak KD melihat hambatan yang muncul saat melaksanakan rencana pengurangan risiko sebelumnya. Setelah diidentifikasi hambatan yang muncul, PL kemudian dapat menawarkan kembali untuk melihat risiko-risiko yang selama ini dilakukan oleh KD dan menentukan rencana pengurangan berikutnya. Tahapan akan berulang kembali setiap kali dilakukan penilaian pengurangan risiko.

c. Memberikan informasi terkait IMS dan HIV/AIDS

Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) merupakan kegiatan yang dikembangkan secara khusus dalam penyediaan informasi mengenai HIV/AIDS,

Napza, IMS, kondom, risiko penularan HIV, seksualitas, merawat diri dengan lebih baik, dan isu lain yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan KD.

Media KIE dapat berupa pamflet, poster, lembaran fakta gambar, *billboard*, *graffiti*, video, siaran radio, chatting, dan bentuk lainnya yang mudah diakses oleh KD. Media informasi dapat dibagikan pada KD di tempat-tempat KD berkumpul. Penerimaan sasaran terhadap materi maupun bentuk media informasi, menjadi indikator keberhasilan program KIE. Untuk hasil yang paling efektif jika media informasi dibuat dan dikembangkan oleh sasaran, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh sasaran, sederhana dan mudah dibaca maupun dimengerti, menggunakan ilustrasi/gambar.

Program KIE harus menyediakan dan memberikan informasi dan edukasi mengenai penyebaran HIV dan pencegahannya yang didasarkan pada sebuah pemahaman mengenai perilaku beresiko. Meningkatkan pengetahuan dan sikap yang dapat mendorong perubahan perilaku dalam mengurangi risiko terinfeksi HIV. Menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna.

Keterlibatan KD dalam proses pembuatan dan pengembangan media informasi merupakan hal yang sangat dasar dan penting karena sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran. Media informasi hendaknya mencakup topik bahasan tentang IMS dan HIV/AIDS, Kesehatan reproduksi dan seksual, penggunaan kondom dan hubungan seks yang lebih aman, dan rincian nama dan alamat dari orang/organisasi yang bisa dihubungi untuk layanan kesehatan, kesejahteraan, serta layanan lainnya, dan media informasi yang dapat digunakan untuk menyebarluaskan pesan pencegahan.

d. Mendistribusikan media KIE

Kegiatan ini merupakan bagian dari kegiatan penjangkauan dimana media KIE yang dibutuhkan oleh KD di lapangan tercukupi. Media KIE akan diproduksi oleh masing-masing lembaga. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan media KIE di lapangan sesuai dengan kebutuhan kelompok dampingan/program.

Kegiatan ini dilakukan melalui beberapa cara diantaranya dibagikan secara langsung kepada KD pada saat kegiatan penjangkauan, KD datang sendiri ke

kantor/secretariat untuk mendapatkan media KIE, pendistribusian media KIE ke outlet-outlet yang menjadi tempat mangkal kelompok populasi kunci, dan dibagikan pada saat *event-event* missal.

Sedangkan kegiatan pendampingan meliputi:

a. Mempromosikan Perilaku Sehat

Dalam kegiatan penjangkauan dan pendampingan para PLmempromosikan perilaku sehat kepada KD. Kegiatan ini memberi peluang bagi KD untuk dapat mengakses berbagai layanan kesehatan yang dibutuhkannya, seperti mendapatkan layanan informasi tes HIV dan konseling, layanan kesehatan dasar yang tersedia, layanan manajemen kasus, akses untuk mendapatkan kondom, dan layanan lainnya yang memungkinkan.

Tujuan kegiatan adalah membuka akses sebesar mungkin kepada KD; memberikan informasi yang memadai mengenai bahaya IMS, HIV/AIDS sehingga menimbulkan kesadaran KD; memotivasi untuk mengurangi risiko perilaku melalui berbagai upaya yang memungkinkan untuk dicoba; dan memberikan dukungan secara terus menerus pada KD agar secara aktif melakukan penyebaran informasi dan membentuk kepedulian sesama, sehingga ikut terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.

Sasaran kegiatan ini bukan hanya Kelompok dampingan atau populasi kunci melainkan juga masyarakat di sekitar dan teman-temannya. Sehingga proses penjangkauan dan pendampingan dilakukan di berbagai lokasi yang biasa menjadi tempat KD berkumpul atau beraktivitas dalam keseharian.

b. Mendistribusikan alat pencegahan (kondom dan pelicin)

Pendistribusian atau penyediaan kondom dan pelicin adalah upaya penyediaan layanan yang meliputi penyediaan kondom dan pelicinnya, pendidikan dan informasi tentang penularan IMS, HIV, dan rujukan terhadap akses medis, hokum dan layanan sosial. Tujuan kegiatan ini adalah menyediakan dan mendistribusikan kondom kepada kelompok dampingan (KD), memastikan penggunaan kondom di lapangan, meningkatkan pengetahuan dan kemampuan KD dalam negoisasi penggunaan kondom. Sasaran kegiatan ini adalah seluruh

kelompok dampingan yang diintervensi menjadi sasaran primer dan masyarakat luas sebagai sasaran sekunder.

Kegiatan distribusi alat pencegahan dapat dilakukan dengan cara PL membagikan langsung kepada KD, menyediakan kondom di beberapa lokasi komunitas atau outlet yang telah disepakati antara LSM sebagai penanggung jawab pengadaan kondom dengan mitra pelaksana, KD datang sendiri ke kantor untuk meminta kondom, dan kondom boleh dijual oleh pengelola lapangan kepada KD. Untuk memonitor pendistribusian kondom koordinaot lapangan akan memastikan lembar data lengkap dan akurat mengenai catatan pendistribusia kondom.

c. Memonitor penggunaan alat pencegahan

Untuk memonitor penggunaan alat pencegahan (kondom dan pelicin) diperlukan dukungan PL secara terus menerus untuk membuat KD tetap menggunakan kondom sebagai bentuk pengurangan factor risiko terhadap penyakit IMS dan HIV.

d. Memotivasi untuk mendapatkan akses layanan kesehatan dasar

Merupakan kegiatan berupa dorongan psikologis yang mengarahkan seseorang kearah suatu tujuan. Motivasi membuat keadaan dalam diri individu muncul, terarah, dan mempertahankan perilaku serta menjadi dorongan terhadap seseorang agar mau melakukan sesuatu. Masih banyaknya diskriminasi dan stigmatisasi yang melekat pada KD, mengakibatkan sebaigian besar KD enggan untuk mengakses tempat-tempat layanan kesehatan, untuk itu, peran petugas lapangan adalah mengupayakan agar KD memiliki motivasi untuk mengakses layanan kesehatan yang telah tersedia. Tujuan kegiatan motivasi ini adalah bertujuan untuk memberikan informasi, mendorong dan mengajak KD untuk mengakses layanan kesehatan.

Kegiatan-kegiatan tersebut diatas memang cukup kompleks dan memerlukan kemampuan dan kapasitas pelaksana kegiatan. Walaupun kegiatan-kegiatan tersebut terkesan terpisah-pisah, namun prinsip yang harus tetap menjadi dasar adalah keterpaduan dan holistik (menyeluruh). Oleh karena itu, keterkaitan

dan koordinasi antara kegiatan menjadi penting. Lembaga yang melaksanakan program harus memastikan prinsip keterpaduan dan holistik program.

Namun hal tersebut tidak berarti bahwa program tersebut harus dilaksanakan oleh satu lembaga. Oleh karena itu jejaring antar lembaga baik pemerintah maupun non-pemerintah, yang terkait permasalahan HIV/AIDS dan Napza sangat dibutuhkan. Sistem kerja sama dan rujukan harus dibangun untuk menciptakan keterpaduan dan holistik pengembangan program wilayah.

Sedangkan untuk pengawasan kegiatan penjangkauan yaitu dalam bentuk pengawasan dan pelaporan yang dilakukan selama periode waktu yang telah ditentukan. Berdasarkan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009:12-13) capaian yang berhubungan dengan kegiatan penjangkauan dan pendampingan adalah:

- a. Kuantitatif yang meliputi: Jumlah kelompok dampingan yang berhasil dijangkau sesuai dengan target yang telah disepakati dalam penyusunan perencanaan awal, jumlah lembaga dan staf organisasi yang dilatih setiap periode waktu, dan *performance* capaian kuantitatif akan dilihat setiap 6 bulan
- b. Kualitatif yang meliputi: meningkatkan kesadaran atas risiko tertular penyakit menular seksual (IMS) dan HIV dari perilaku beresiko, berubahnya perilaku beresiko individu dalam kelompok dampingan menjadi perilaku yang aman dari IMS dan HIV/AIDS, meningkatnya jumlah individu dalam kelompok dampingan yang mengakses layanan kesehatan, meningkatnya kesadaran akan kesehatan bagi kelompok ODHA, dan meningkatnya kualitas hidup ODHA

2.1.4 Mekanisme Output Penjangkauan

Salah satu hal yang menentukan keberhasilan program adalah adanya pelaporan yang teratur dan memnuhi persyaratan. Beberapa indikator yang dilaporkan dalam laporan bulanan kegiatan penjangkauan oleh LSM dari (Kemenkes RI, 2010:54):

- a. Jumlah yang dijangkau bulan ini
- b. Jumlah yang dijangkau dan didampingi
- c. Jumlah klien yang diberi bahan KIE
- d. Jumlah klien yang diberi kondom
- e. Jumlah klien yang dirujuk ke layanan IMS
- f. Jumlah klien yang dirujuk ke layanan VCT

2.2 Implementasi Program

Implementasi ialah sebuah proses untuk mewujudkan terlaksananya suatu kebijakan dan tercapainya kebijakan tersebut. Implementasi merupakan kegiatan yang dilakukan guna mewujudkan perencanaan yang selesai dikerjakan dengan menggerakkan semua sumberdaya yang memiliki organisasi melalui aktivitas koordinasi dan supervisi (Nuryadi *et al*, 2013:33). Gambaran mengenai implementasi layanan *Mobile Voluntary Counseling and Testing (VCT)* pada Populasi Kunci di Kabupaten Jember didasarkan dengan menggunakan Pendekatan Teori Sistem (*System Approach*).

2.2.1 Pendekatan Sistem

- a. Pengertian Pendekatan Sistem

Sebelum memahami pengertian pendekatan sistem, terlebih dahulu memahami pengertian sistem. Sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai suatu tujuan yang jelas. Komponen suatu sistem terdiri dari *input*, proses, *output*, *outcome* dan mekanisme umpan

baliknya (*feedback*). Hubungan antara komponen-komponen sistem tersebut berlangsung secara aktif dalam suatu tatanan lingkungan (Muninjaya, 2004: 169-170).

Sistem secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu sistem sebagai suatu wujud dan sistem sebagai suatu metoda:

1) Sistem sebagai suatu wujud

Suatu sistem disebut sebagai suatu wujud (*entity*), apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu wujud yang ciri-cirinya dapat didiskripsikan secara jelas.

2) Sistem sebagai suatu metoda

Suatu sistem disebut sebagai suatu metoda (*method*), apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metoda yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi.

Pendekatan sistem adalah suatu pendekatan analisis organisasi yang menggunakan unsur-unsur sistem sebagai titik tolak analisis (Ismagil, 1982 dalam Ritonga dan Widyaismara, 2012:2). Pendekatan sistem juga merupakan suatu upaya untuk melakukan pemecahan masalah yang dilakukan dengan melihat masalah yang ada secara menyeluruh dan melakukan analisis secara sistem.

2.2.2 Unsur-unsur Sistem

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut adalah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, jika tidak demikian maka tidak disebut sebagai sistem. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, jika disederhanakan terdiri dari enam unsur, yaitu masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), umpan balik (*feedback*), dampak (*impact*) dan lingkungan (*Environment*) (Azwar, 2010:28).

a. *Input*

Input yaitu kumpulan elemen/bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk data berfungsinya sistem tersebut (Azrul A, 2010:28). *Input* merupakan sumber daya atau masukan yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Sumber daya dari suatu sistem adalah *man, market, money, material, machine* dan *method*, disingkat dengan 6M (Muninjaya, 2004:40).

1) *Man* (Sumber daya manusia)

Sumber daya (*resources*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan dan digunakan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi, sumber daya yang diperlukan manajemen dapat dibedakan atas sumber daya manusia (*human resources*) dan sumber daya non manusia (*non human resources*). Manusia yaitu orang yang menggerakkan dan melakukan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan organisasi, termasuk juga mendayagunakan sumberdaya lainnya. Manusia merupakan penggerak utama untuk menjalankan fungsi-fungsi manajemen. Sumber daya manusia yaitu segenap potensi yang dimiliki oleh manusia. Potensi yang dimiliki setiap manusia berbeda satu sama lain, untuk itu dibutuhkan pengelolaan agar diperoleh tenaga kerja yang memuaskan dan dapat mencapai tujuan organisasi dengan efektif dan efisien. Unsur-unsur dalam *Man* atau Sumber daya manusia meliputi masa kerja, pendidikan, pelatihan, pengetahuan, dan ketersediaan SDM.

a) Masa Kerja

Lama kerja dihitung dalam satuan tahun sejak mulai bekerja/SK pengangkatan. Lama kerja adalah jangka waktu yang telah dilalui seseorang sejak menekuni pekerjaan. Lama kerja dapat menggambarkan pengalaman seseorang dalam menguasai bidang tugasnya. Pada umumnya, petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalamannya sedikit (Prayitno, 2005:20).

Robbins (2008:68) menyatakan jika mendefinisikan senioritas sebagai waktu pada suatu pekerjaan, maka kita dapat berkata bahwa bukti terbaru menunjukkan adanya hubungan positif antara senioritas dan produktifitas

pekerjaan. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa senioritas berkaitan secara negatif terhadap ketidakhadiran, semakin lama berada dalam satu pekerjaan lebih kecil kemungkinannya untuk mengundurkan diri.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja adalah faktor pegawai salah satu diantaranya adalah masa kerja, dalam beberapa situasi tertentu karyawan paling senior memperoleh promosi, senior dalam hal ini berarti karyawan yang memiliki masa kerja terlama dalam perusahaan, kebanyakan ahli SDM menunjukkan perhatiannya tentang kompetensi dari yang dipromosikan semata-mata karena senioritas (Mangkuprawira, 2011). Lama kerja seseorang berkaitan erat dengan pengalaman kerja yang merupakan bekal yang sangat baik untuk memperbaiki kinerja seseorang, dengan demikian semakin lama seseorang melakukan suatu pekerjaan maka semakin banyak pengalaman yang dapat dijadikan pedoman untuk memperbaiki kinerjanya (Green dan Kreuter, 2005 dalam Kusriani 2012:20).

Masa kerja juga dipengaruhi oleh faktor umur. Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati (Depkes RI, 2009). Terdapat korelasi antara kepuasan kerja dengan seorang karyawan, artinya kecenderungan yang sering terlihat ialah semakin lanjut usia karyawan tingkat kepuasan kerjanya pun biasanya semakin tinggi (Siagian 2008 dalam Kusriani 2012:90). Hubungan antara usia dan kinerja pekerjaan kemungkinan akan menjadi masalah lebih penting selama dekade mendatang, terdapat kepercayaan yang luas bahwa kinerja pekerjaan menurun seiring bertambahnya usia, namun di sisi lain sejumlah kualitas positif yang dibawa para pekerja lebih tua pada pekerjaan mereka khususnya pengalaman, penilaian, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap kualitas (Robbins 2008 dalam Kusriani 2012:16).

b) Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana sebagai proses pembelajaran untuk mengembangkan potensi diri yang dimiliki (Prayitno, 2005:17). Siagian (2008:18) mengatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang dan pelatihan yang pernah diikutinya mencerminkan kemampuan intelektual

dan jenis ketrampilan yang dimiliki oleh orang yang bersangkutan. Pelaksanaan *Mobile VCT* pada populasi kunci di LSM dapat dilaksanakan oleh tenaga medis maupun non medis. Tenaga medis antara lain dokter umum, dokter spesialis, petugas laboratorium, sedangkan tenaga non medis antara lain konselor, pekerja sosial, manajer kasus (bagdis) dan pendukung sebaya (Depkes RI, 2008:17).

c) Pelatihan

Petugas yang menjangkau populasi kunci yang bertugas memberikan informasi HIV/AIDS dan membuka akses layanan PDP tentunya harus mendapat pelatihan terkait pemetaan secara geografis, sosial, maupun budaya; perbekalan informasi terkait HIV/AIDS; pelatihan cara berkomunikasi interpersonal yang baik; dan pelatihan konseling. Seorang dinyatakan sebagai konselor apabila telah mengikuti pelatihan dengan menggunakan Modul Pelatihan Konseling dan Tes terbitan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang senantiasa diperbarui sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan perubahan peraturan perundangan serta kebijakan negara. Sertifikasi dilakukan oleh Kementerian Kesehatan/Dinas kesehatan, sesudah modul dan pelatihan diakreditasi oleh Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan. Peserta pelatihan dapat berasal dari jajaran Dinas Kesehatan, Kementerian Kesehatan, LSM, RS pemerintah dan swasta, institusi kesehatan lainnya atau mereka yang peduli HIV. Registrasi keanggotaan konselor HIV dilakukan oleh perhimpunan konselor seminat di wilayah dan pusat (Kemenkes, 2013:57).

Tenaga yang sudah tersedia ditingkatkan kemampuannya melalui pelatihan, magang, studi lapangan maupun bimbingan teknis langsung (mentoring). Peningkatan keterampilan perlu dilakukan secara berkesinambungan sampai tingkatan mahir. Diharapkan setiap daerah mampu memberikan peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga. Dalam mengemas program pelatihan, perlu diperhatikan kebutuhan sarana penunjang kerja dari tenaga yang akan dilatih. Pelatihan yang baik harus disertai dengan

adanya kegiatan evaluasi pasca pelatihan dan diikuti dengan mentoring dan bimbingan untuk dapat menerapkan sepenuhnya ilmu dan keterampilan yang diperoleh selama mengikuti pelatihan (KPAN, 2010:43).

d) Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2011:23), pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar, pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Tenaga penjangkau harus memiliki fungsi sesuai dengan kompetensi masing-masing tugas dan peran yang dilakukan.

e) Ketersediaan SDM

Sumber daya manusia (SDM) adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk social yang adaptif dan transformative yang mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan. SDM dalam penanggulangan HIV/AIDS meliputi tenaga-tenaga dalam bidang perencanaan, pelaksanaan, dan tenaga monitoring dan evaluasi di semua tingkat dan di setiap lembaga pemangku kebijakan (KPAN, 2010:41).

Salah satu faktor keberhasilan suatu program adalah tersedianya sumber daya manusia yang cukup, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Pelaksanaan penjangkauan dan pendampingan ODHA terdiri dari koordinator lapangan, petugas lapang, konselor, dan *buddies* (PKBI, 2009:8). Penelitian Ledikwe *et al*" (2013) menyatakan bahwa sumber daya yang memadai dapat mempengaruhi pelaksanaan pelayanan VCT HIV dan AIDS.

2) *Market*

Market atau pasar adalah tempat dimana organisasi menyebarluaskan dan memasarkan produknya. Memasarkan produk sangat penting, sebab apabila produk tidak laku maka produksi akan berhenti. *Market* bisa diartikan sasaran dari program yang mendapatkan pelayanan secara langsung. Secara umum

sasaran *mobile* VCT adalah bagi komunitas di tempat yang sulit dijangkau atau komunitas yang termarginalisasi atau populasi kunci yang kurang mendapat akses layanan kesehatan formal yaitu antara lain: pengguna napza suntik, Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung maupun tidak langsung, pelanggan/pasangan seks WPS, Gay, waria, LSL, warga binaan lapas/rutan (Kemenkes RI, 2013:14).

3) *Money*

Money atau uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (*tools*) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi (Chadijah, 2014).

Money atau dana yang dapat digali dari swadaya masyarakat dan yang disubsidi oleh pemerintah (Muninjaya, 2004). Dana dari program penanggulangan HIV/AIDS bersumber dari anggaran pemerintah pusat (APBN), anggaran pemerintah provinsi kabupaten/kota (APBD) dan bantuan dari pihak swasta, masyarakat dan mitra internasional. Semua sumber pendanaan dapat berupa dana tunai maupun kontribusi non tunai, misalnya dari masyarakat dapat berbentuk kontribusi tenaga maupun fasilitas masyarakat (KPAN, 2010:45).

Menurut surat edaran dalam logistik program pengendalian HIV AIDS dan IMS menyatakan bahwa Obat ARV dan metadon sepenuhnya 100% ditanggung pemerintah pusat dan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1190/Menkes/SK/X/2004 dana berasal dari pemerintah daerah sebesar 40% dan 60% dari Kemenkes. Pembiayaan *Regensia* HIV (*Rapid Diagnostic Test*) 45% dari kebutuhan nasional dan 55% dari kebutuhan masing-masing wilayah. Permintaan *Regensia* dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat dinas kabupaten/kota menggunakan stok daerah dan jika tidak

tersedia mengajukan ke provinsi. Pengajuan biaya Regensia disesuaikan dengan kebutuhan yang digunakan dalam memenuhi target.

4) *Machines*

Machine atau mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Sarana merupakan fasilitas yang dipakai langsung, sedangkan prasarana adalah alat/aktifitas yang menunjang sarana. Sarana prasarana adalah alat penunjang yang digunakan untuk melaksanakan suatu kegiatan atau menjalankan tugasnya (Kusrini, 2012). Sarana prasarana yang lengkap dan mendukung atau memperlancar jalannya suatu program, demikian sebaliknya, jika sarana prasarana yang diutuhkan tidak atau kurang memadai, akan menghambat berlangsungnya suatu program (Tampubolon, 2009).

Berdasarkan Pedoman intervensi perubahan perilaku (Kemenkes, 2010: 89) menyatakan bahwa pelaksanaan penjangkauan ditunjang dengan adanya sarana yakni media KIE, alat pencegahan (kondom dan pelican), formulir kegiatan WPS dan klien, Formulir kegiatan LSL, dan panduan pemetaan.

5) *Materials*

Materi terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Bahan paket yang lengkap akan memperlancar jalannya suatu program, demikian sebaliknya, jika bahan paket kurang atau tidak memadai, akan menghambat berlangsungnya suatu program (Tampubolon, 2009).

6) *Method*

Pelaksanaan dalam kerja diperlukan metode-metode kerja. Suatu tata cara kerja yang baik akan memperlancar jalannya pekerjaan. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Pelaksanaan suatu program jika tidak ada metode sebagai acuan, maka dalam pelaksanaan program besar kemungkinan terjadi salah persepsi, sehingga metode dalam suatu program sangat penting keberadaannya.

b. Proses

Proses adalah kumpulan atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi mengubah masukan menjadi keluaran yang telah direncanakan. Untuk memudahkan pelaksanaannya, biasanya dengan menggunakan fungsi manajemen. Manajemen merupakan suatu proses yang membeda-bedakan atas perencanaan, pengorganisasian, penggerakana dan pengawasan dengan memanfaatkan baik ilmu maupun seni agar dapat menyelesaikan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (G.R Terry dalam Azrul Azwar 2010:27).

1) Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah fungsi pertama yang harus dilaksanakan dalam manajemen dan merupakan fungsi yang paling penting, karena merupakan penentuan apa yang harus dicapai (tujuan), bagaimana cara mencapainya dan bagaimana tolok ukur pencapaian tujuan serta memberikan rencana kegiatan yang akan dikerjakan selanjutnya. Perencanaan dapat juga diartikan sebagai kerja sebagai hasil karya merencanakan. Dalam suatu rencana terdapat unsur-unsur berikut (Prayitno, 2005:42):

- a) Unsur tujuan, adanya perumusan tujuan yang jelas
- b) Unsur Prosedur, pembagian tugas dan hubungan antara masing-masing anggota kelompok/organisasi
- c) Unsur *policy*, adanya metode untuk mencapai tujuan
- d) Unsur *Progress*/Kemajuan, adanya standar evaluasi.
- e) Unsur program, macam-macam program disusun melalui prioritas

Perencanaan dalam penjangkauan meliputi pemetaan, penjadwalan penjangkauan, dan penempatan PL dan *buddies*.

2) Pengorganisasian (*Organizing*)

Suharsimi (2008: 10) menyatakan bahwa pengorganisasian adalah usaha untuk mewujudkan kerjasama antar manusia yang terlibat dalam suatu kegiatan. Suatu keseluruhan proses pengelompokan orang, alat-alat, tugas, tanggung jawab atau wewenang sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai satu kesatuan dalam rangka mencapai tujuan. Pada

pokoknya pengorganisasian adalah proses pembagian kerja, sistem kerja sama, sistim hubungan antar personal yang terlibat dalam suatu organisasi.

Menurut Suharsimi (2008:11) pengorganisasian adalah pembagian tugas atau pekerjaan, pembidangan, pengunitan, yaitu: macam dan jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan, banyaknya orang yang terlibat dalam organisasi, dan kemampuan, minat, bakat yang berbeda terhadap pekerjaan. Adapun manfaat adanya pembagian tugas adalah spesialisasi dalam melaksanakan tugas, memudahkan koordinasi, dan dapat meningkatkan efektivitas kerja.

3) Pelaksanaan (*Actuating*)

Setelah perencanaan dan pengorganisasian selesai dilakukan, maka selanjutnya adalah mewujudkan rencana tersebut dengan mempergunakan organisasi yang terbentuk menjadi kenyataan. Hal ini berarti bahwa rencana tersebut dilaksanakan (*implementating*) dan atau diaktualisasikan (*actuating*) (Azwar, 2010:324). Pelaksanaan tersebut bukanlah merupakan pekerjaan yang mudah, karena dalam melaksanakan suatu rencana terkandung berbagai aktivitas yang bukan saja satu sama lain saling berhubungan, tetapi juga bersifat kompleks dan mejemuk. Semua aktivitas tersebut harus dipadukan sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan (Azwar, 2010:326). Pelaksanaan adalah suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha untuk mencapai sasaran yang sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi (Nuryadi *et al*, 2013:33).

4) Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan merupakan fungsi manajemen yang disusun untuk mengetahui apakah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya, dalam artian pengawasan membandingkan antara kenyataan dengan standar yang telah ditentukan sebelumnya. Pengawasan (*Controlling*) adalah suatu kegiatan untuk memantau, membuktikan, dan memastikan seluruh kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasikan, diperintahkan, dan dikondisikan sebelumnya dapat berjalan sesuai target atau tujuan tertentu (Azwar, 2010:330). Dalam Pengawasan, Pengendalian dan Evaluasi terdapat

beberapa unsur salah satunya adalah proses pelaporan dan pencatatan. Proses pelaporan dan pencatatan adalah proses untuk memastikan bahwa segala aktivitas terlaksana sesuai dengan apa yang telah direncanakan melalui pelaporan pertanggung jawaban secara tertulis. Selain proses pencatatan dan pelaporan juga ada kegiatan supervisi, yakni kegiatan pengawasan berkelanjutan yang dilaksanakan untuk menilai pencapaian program terhadap target dan tujuan yang telah ditetapkan.

c. Keluaran (*output*)

Keluaran (*Output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010:22). Menurut Chadijah, *et al* (2014) dalam penelitiannya, keluaran dari suatu program adalah keberhasilan dari program yang dilaksanakan. Pada pelaksanaan penjangkauan *ouput* yang akan dikaji adalah jumlah populasi kunci yang dapat dijangkau, jumlah populasi kunci yang bersedia mengakses layanan kesehatan (PDP), dan jumlah klien yang melanjutkan pengobatan.

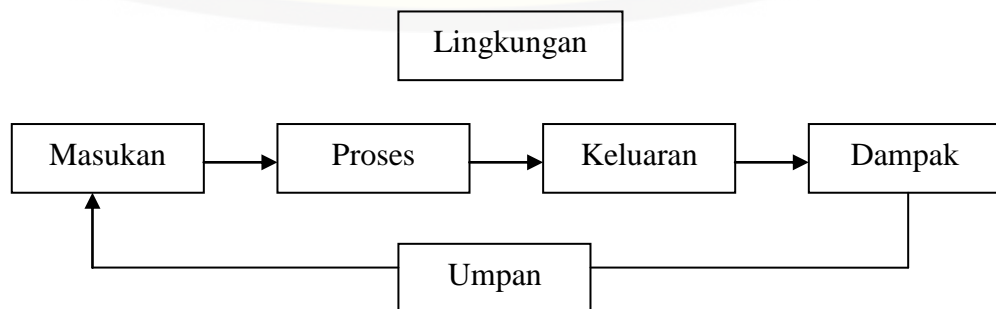
d. Dampak (*Impact*)

Dampak (*Impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem (Azwar, 2010:22). Target dampak penjangkauan HIV/AIDS adalah nol diskriminasi, nol kasus HIV baru, dan nol kematian karena AIDS.

e. Umpan Balik (*Feedback*)

Umpan balik (*Feedback*) adalah kumpulan bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem yang sudah terlaksana (Azwar, 2010:22).

Keenam unsur sistem tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi yang secara sederhana dapat digambar dalam gambar 2.2



Gambar 2. 1 Hubungan Unsur-unsur Sistem
Sumber: Azwar, 2010:22

2.2.3 Tujuan Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem merupakan penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai suatu kesatuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Harvey dalam Azwar, 2010). Pendekatan sistem juga merupakan suatu strategi yang menggunakan metode analisa, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Batasan mengenai pendekatan sistem tersebut dapat disimpulkan bahwa tujuan dari pendekatan sistem terdiri dari dua hal, yaitu (Azwar, 2010:27):

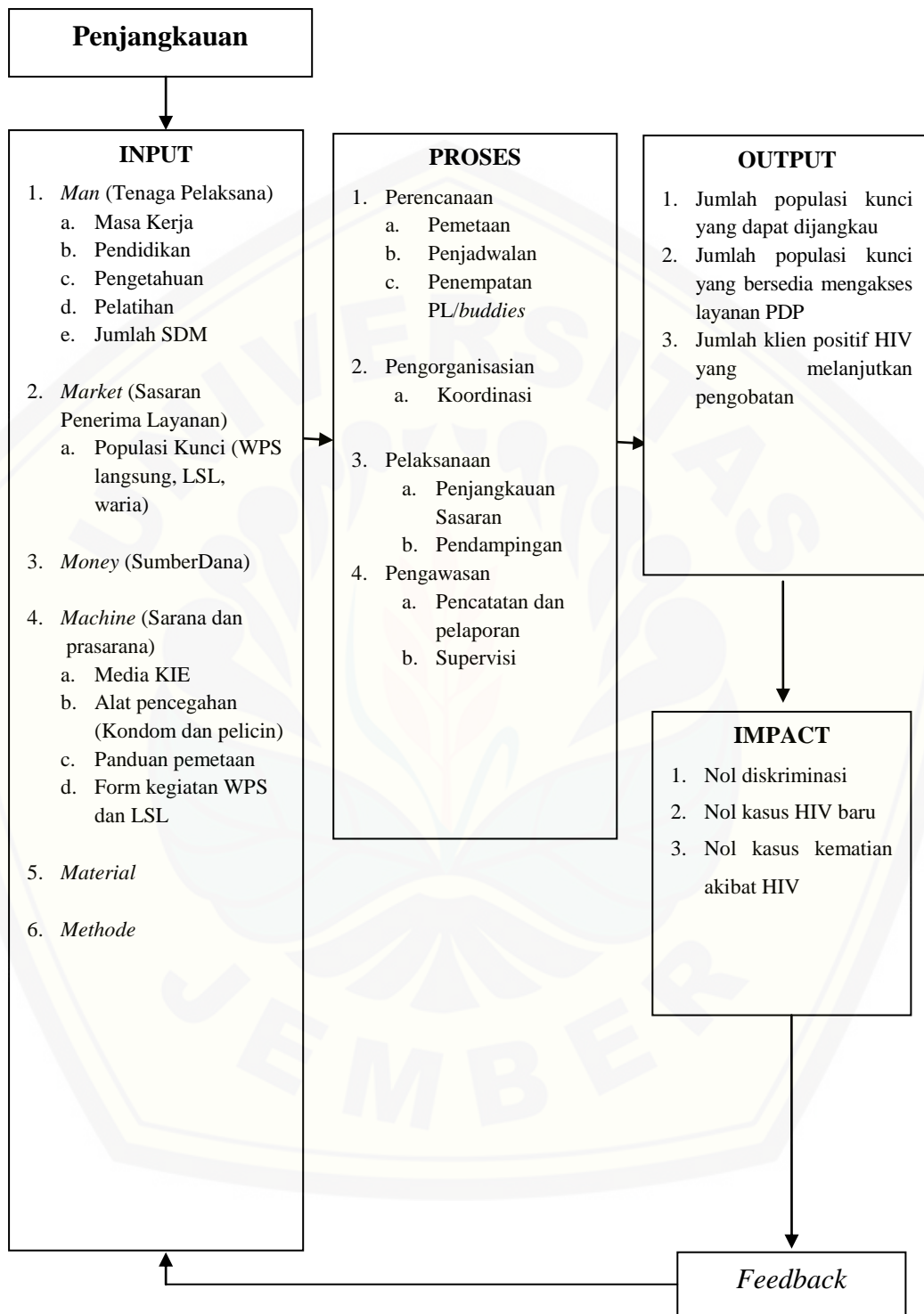
- a. Membentuk sesuatu, sebagai hasil dari pekerjaan administrasi
- b. Menguraikan sesuatu yang telah ada dalam administrasi yang artinya dalam menguraikan sesuatu dapat menemukan masalah-masalah yang dihadapi dalam suatu rangkaian pendekatan sistem, sehingga dari masalah tersebut dapat diupayakan mencari jalan keluar yang sesuai.

2.2.4 Manfaat Pendekatan Sistem

Apabila pendekatan sistem dilaksanakan sesuai dengan tahapannya, maka akan memperoleh beberapa manfaatnya, antara lain (Azwar, 2010:27):

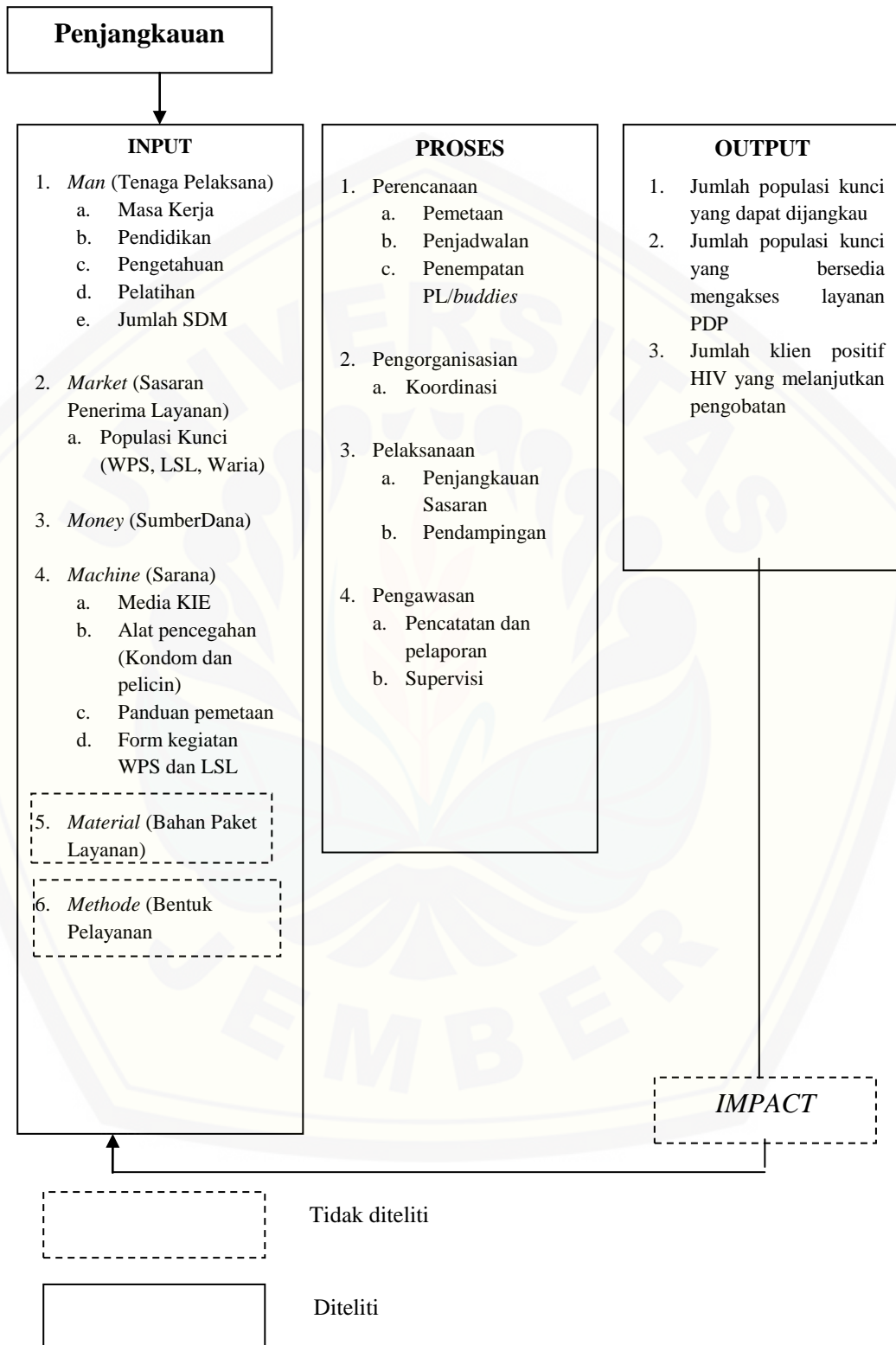
- a. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur sesuai dengan kebutuhan, dengan demikian penghamburan sumber, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya selalu terbatas, akan dapat dihindari
- b. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan
- c. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih tepat dan objektif
- d. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program.

2.3 Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori
 Kerangka Teori diatas adalah modifikasi teori Azwar (2010), G.R Terry (1997), PKBI (2009), Kemenkes RI (2013)

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini menggunakan pendekatan teori sistem. Teori sistem terdiri dari *input*, proses, *output*, *impact* dan lingkungan (Azwar, 2010:22). Penelitian ini berfokus pada variabel *input*, proses, *output*. Variabel *input* yang terdiri dari *man* (sumber daya manusia/petugas kesehatan), *market* (penerima layanan), *money* (sumber dana), dan *machine* (ketersediaan sarana dan prasarana). Unsur petugas pelaksana (*man*) terdiri dari masa kerja, pendidikan, pengetahuan, pelatihan, dan jumlah SDM. Unsur *money* meliputi pendanaan/sumber dana. Unsur *market* meliputi sasaran penerima layanan. Namun, untuk unsur material dan *method* (bentuk layanan) tidak diteliti sebab unsure tersebut telah dijabarkan dalam unsure ketersediaan sarana dan prasarana.

Pada variabel proses, terdiri dari unsure perencanaan (*planning*) yakni pemetaan, penjadwalan dan penempatan PL/*buddies*, unsur pengorganisasian (*organizing*) yakni koordinasi, unsur pelaksanaan (*actuating*) yang terdiri dari penjangkauan sasaran dan pendampingan. Unsur pengendalian (*controlling*) meliputi pencatatan dan pelaporan serta supervisi. Variabel *output* didasarkan pada jumlah populasi kunci yang dapat dijangkau, jumlah populasi kunci yang bersedia mengakses layanan PDP, dan jumlah klien positif HIV yang melanjutkan pengobatan.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif bertujuan membuat deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif dan dilakukan terhadap sekumpulan obyek yang biasanya cukup banyak dalam jangka waktu tertentu dan bertujuan membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan program di masa sekarang (Notoadmojo, 2010: 35-36). Menurut Moeloeng (2007: 6-7) menjelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang yang dialami oleh subjek penelitian secara *holistic* (keseluruhan) dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah, serta dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah yang salah satunya bermanfaat untuk meneliti dari segi prosesnya. Peneliti dalam penelitian kualitatif mencari jawaban atas pertanyaan mengapa dan bagaimana suatu keputusan diambil oleh subjek bukan sekedar apa, dimana, dan bilamana. Oleh karena itu, penelitian kualitatif lebih mengutamakan jumlah subjek yang sedikit namun terfokus daripada sekedar jumlah subjek yang banyak. Metode penelitian kualitatif dalam penelitian ini digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai gambaran pelaksanaan penjangkauan populasi kunci untuk mengakses layanan VCT di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Lembaga Swadaya Masyarakat “Laskar” Kabupaten Jember. Alasan pengambilan di LSM “Laskar” karena pelaksanaan penjangkauan dan pendampingan populasi kunci di Kabupaten Jember dilakukan oleh LSM Laskar.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dimulai pada bulan November 2019 sampai dengan bulan Oktober 2020. Kegiatan ini dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian, penyusunan laporan hingga ujian akhir skripsi.

3.3. Penentuan Informan Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini diambil secara *purposive*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu, misalnya orang tersebut orang yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan oleh peneliti sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2013:216). Penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi karena penelitian kualitatif berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu dan hasil kajiannya tidak akan diberlakukan ke populasi (Sugiyono, 2013: 50).

Informan adalah orang yang bersedia pada lingkup penelitian, artinya orang yang dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Menurut Suyanto (2005:137) informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Informan dalam penelitian ini terdiri: Informan utama yakni mereka yang terlibat secara langsung dalam interaksi sosial yang diteliti, diantaranya Koordinator Program, Petugas lapangan, dan Wanita Pekerja Seksual (WPS).

3.4 Fokus Penelitian

Pada penelitian kualitatif, peneliti memasuki situasi sosial tertentu, melakukan observasi dan wawancara kepada orang-orang yang dipandang tahu tentang situasi sosial tersebut. Berikut ini adalah fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 2. 1 Fokus Penelitian dan Pengertian

No.	Fokus Penelitian	Pengertian
Aspek Input		
<i>Man</i> (Tenaga Pelaksana)		
a)	Masa Kerja	Lama waktu informan mulai bekerja sebagai tenaga pelaksana penjangkauan sampai wawancara dilakukan
b)	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh informan
c)	Pengetahuan	Segala hal yang diketahui informan mengenai penjangkauan pada populasi kunci
d)	Pelatihan	Pengalaman informan mengikuti pelatihan untuk menunjang tugasnya sebagai tenaga penjangkau
e)	Jumlah SDM	Banyaknya orang yang ikut serta dalam penjangkauan
<i>Market</i> (sasaran)		
a)	Populasi Kunci	Kelompok berisiko tinggi yang menjadi sasaran utama untuk melakukan tes HIV guna mengetahui status HIV mereka
<i>Money</i> (sumber dana)		
Rencana anggaran yang telah dibuat untuk penjangkauan		
<i>Machines</i> (sarana dan prasarana)		
a)	Media KIE	Segala hal untuk membantu pemberian informasi terkait IMS dan HIV/AIDS bisa dalam bentuk pamflet, video, atau lainnya yang bisa dengan mudah diakses oleh KD
b)	Alat Pencegahan	Sebuah alat yang sangat penting untuk digunakan guna menurunkan risiko penularan IMS dan HIV/AIDS ke orang lain berupa kondom dan <i>lubricant</i> (pelicin)
c)	Panduan pemetaan	Pedoman yang berguna untuk pemetaan populasi kunci secara geografis, social, dan budaya guna mempermudah dan memperoleh sasaran yang tepat untuk penjangkauan
d)	Form kegiatan WPS dan LSL	Formulir yang berisi serangkaian kegiatan penjangkauan dan pendampingan terhadap WPS dan LSL
Aspek Proses		
Perencanaan		
a)	Pemetaan	Kegiatan yang bertujuan untuk mencari pola social, geografis dan sebaran kelompok berisiko tinggi
b)	Penjadwalan	Penentuan waktu, tempat dan jumlah PL yang diturunkan ke lokasi untuk kegiatan penjangkauan
c)	Penempatan PL/ <i>buddies</i>	Susunan rencana penempatan PL/ <i>buddies</i> di suatu lokasi penjangkauan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat
Pengorganisasian		
a)	Koordinasi	Mekanisme kerjasama tim penjangkau dan pihak terkait yang berhubungan dengan kegiatan penjangkauan
Pelaksanaan		

a)	Penjangkauan Sasaran	Pencarian sasaran oleh petugas lapangan dari LSM Laskar ditempat yang sesuai dengan hasil pemetaan untuk menemukan kelompok populasi kunci serta pemberian informasi dan pentingnya akses layanan PDP
b)	Pendampingan	Bentuk dukungan secara terus menerus kepada klien untuk tetap mempertahankan perilaku sehat dan akses terhadap layanan PDP
Pengawasan		
a)	Pencatatan dan pelaporan	Rekap data laporan secara berjenjang satu kali setiap bulan oleh LSM Laskar
b)	Supervisi	Kegiatan pengawasan berkelanjutan yang dilaksanakan untuk menilai pencapaian indikator penjangkauan terhadap target dan tujuan yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan melalui obsevasi dan evaluasi
Aspek Output		
a)	Pencapaian Indikator	Penilaian aspek output yang digunakan peneliti sebagai dasar penilaian adalah jumlah populasi kunci yang dapat dijangkau, jumlah populasi kunci yang bersedia mengakses layanan PDP, dan jumlah klien positif HIV yang melanjutkan pengobatan

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoadmojo, 2010: 180). Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini bersumber dari data primer dan data sekunder.

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2011: 156). Data primer dalam penelitian ini berupa data-data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan informan penelitian yakni 2 petugas lapangan dari LSM Laskar, koordinator program, dan 1 populasi kunci (WPS).

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2013). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data kasus HIV/AIDS di Kabupaten Jember tahun 2018-2019 dan data capaian Jangkauan LSM Laskar Tahun 2019.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang ditetapkan (Sugiyono, 2013: 62). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

a. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data keterangan secara lisan dari informan dengan cara bercakap-cakap dengan informan tersebut (Notoadmojo, 2010:102). Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* atau panduan wawancara (Nazir, 2005: 193). Pengumpulan data pada penelitian ini yakni informan akan menjawab pertanyaan dan juga akan diberikan *informed consent* sebagai persetujuan menjadi subjek dalam penelitian. Wawancara yang dilakukan yaitu wawancara (*semistructure interview*), dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur (Sugiyono, 2013:233).

b. Pengamatan (Observasi)

Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan observasi terus terang atau tersamar. Hal ini dikarenakan peneliti akan menyatakan terus terang kepada sumber data, bahwa peneliti sedang melakukan penelitian. Jadi mereka yang diteliti mengetahui sejak awal sampai akhir aktivitas peneliti dan observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan mengetahui data-data yang tersedia dan yang berhubungan dengan penelitian. Tapi dalam suatu saat peneliti tidak terus teraang jika yang bersangkutan sedang melakukan observasi, untuk menghindari kalau data yang dicari masih dirahasiakan (Sugiyono, 2014:66).

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian (Suharsimi, 2006:135). Tahap pengumpulan data dengan pengambilan data dokumenter pada saat penelitian berlangsung yakni pengumpulan data dengan menggunakan dokumen-dokumen penting yang berkaitan dengan masalah penelitian. Data-data tersebut diperoleh dari dokumentasi yang telah dikumpulkan oleh LSM Laskar selama kegiatan *mobile* VCT berlangsung.

3. 6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti dalam kegiatan pengumpulan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Suharsimi, 2006:126). Penelitian ini menggunakan panduan wawancara yang sudah disusun untuk memperoleh informasi dari informan penelitian dan dibantu dengan menggunakan alat perekam suara selama kegiatan pengumpulan data berlangsung.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

4.4.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2007: 103). Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk, salah satunya dengan bentuk teks (*textular*) (Afifudin, 2009:48). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian adalah dalam bentuk tulisan, uraian kata atau kutipan dari para informan penelitian yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Data penelitian ini juga disajikan dalam bentuk tabel untuk mempermudah pembaca memahami karakteristik informan.

4.4.2 Teknik Analisis Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyonno, 2013:88).

Analisa data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada penelitian ini, analisis data dilakukan dengan model Miles dan Huberman. Aktivitas dalam analisa data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh (Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2013:91). Analisis data yang digunakan

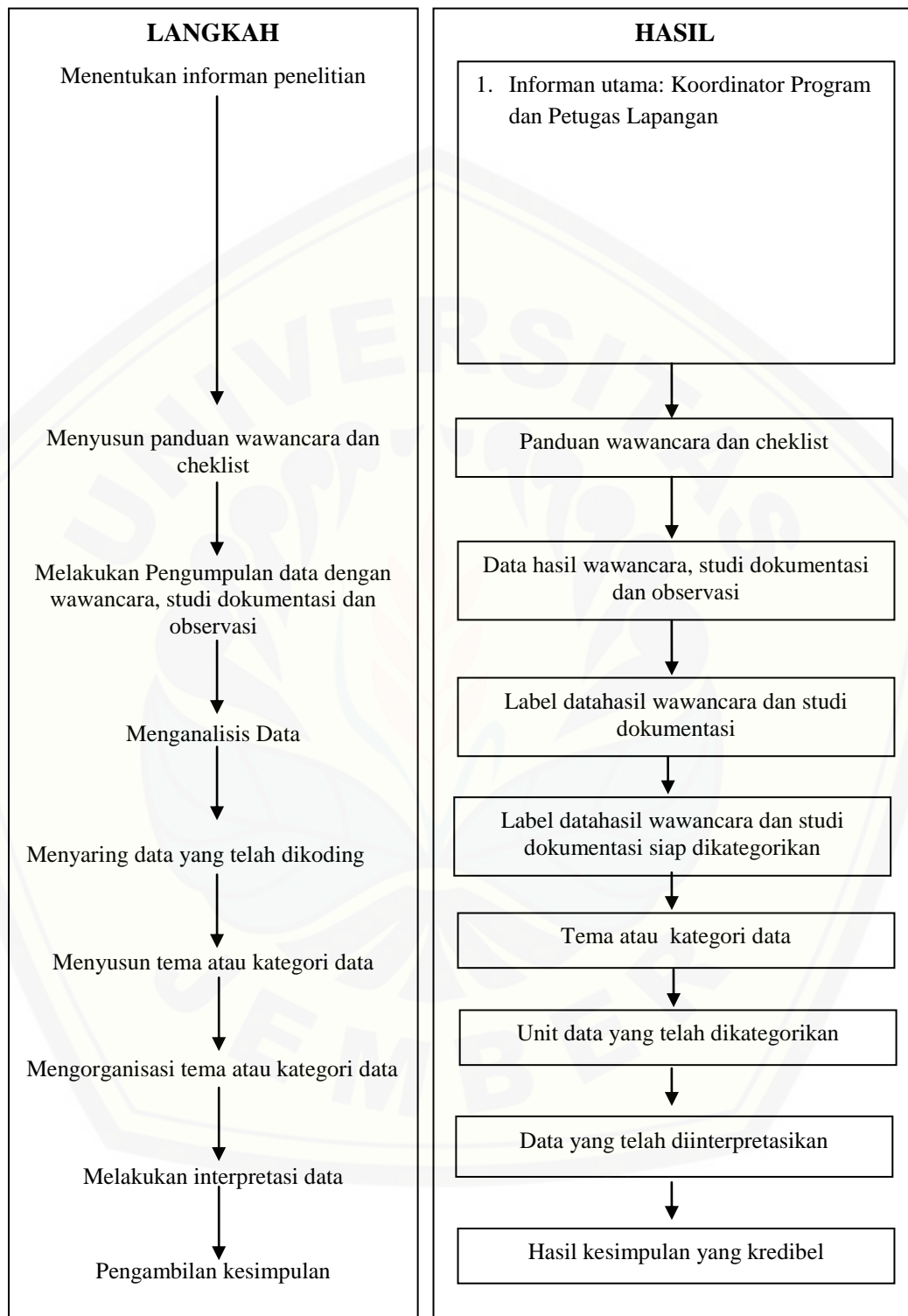
dalam penelitian ini, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

3.8 Validasi dan Reliabilitas Data

Dalam penelitian kualitatif, temuan data dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang terjadi di lapangan. Validasi dalam metode kualitatif lebih dikenal dengan istilah “autentisitas” yaitu memberikan deskripsi, keterangan, informasi yang adil dan jujur. Sedangkan, reliabilitas menunjuk pada tingkat konsistensi, baik jika dibanding dengan peneliti yang berbeda atau tempat berbeda. Memvalidkan hasil penelitian berarti menentukan akurasi dan kredibilitas hasil melalui strategi yang tepat salah satunya menggunakan strategi triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang ada dan sumber data yang ada. Pengumpulan data dengan triangulasi sebenarnya peneliti mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas data (Sugiyono, 2014:119).

Menurut Sugiyono (2014:127), ada tiga macam triangulasi yaitu: triangulasi sumber, triangulasi teknik dan triangulasi waktu. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan menggunakan teknik yang sama. Informasi yang didapatkan dari informan utama ditriangulasikan dari informasi dari informan utama yang lain.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 2. 4 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk Mengakses Layanan VCT HIV dan AIDS studi Kasus LSM Laskar maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Dalam aspek Input secara umum terkait sasaran, sarana prasarana, ketersediaan dan pemanfaatan dana sudah cukup baik. Namun, berkaitan dengan pelatihan selama 1 tahun terakhir tidak ada pelatihan PL dan PE, ketersediaan pelicin belum tersedia secara berlanjut.
- b. Dalam aspek proses dari LSM sangat baik dilihat dari perencanaan, pengorganisasian, monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan secara rutin dan terjadwal. Namun, dalam hal pelaksanaan beberapa masalah penjangkauan antara lain masih kurangnya pemahaman WPS tentang pentingnya VCT bagi mereka, kemampuan komunikasi PL baru ke WPS yang masih kurang, dan penggunaan kondom yang masih rendah setiap aktivitas seksual.
- c. Dalam aspek output berdasarkan data capaian penjangkauan WPS bulan Januari-Agustus Tahun 2019 menunjukkan bahwa telah terjadi kesenjangan antara jumlah WPS yang berhasil dijangkau dengan jumlah WPS yang mengakses layanan VCT

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Implementasi Penjangkauan Populasi Kunci untuk Mengakses Layanan VCT HIV dan AIDS studi Kasus LSM Laskar, maka saran yang diberikan peneliti sebagai berikut :

- a. Bagi LSM Laskar
 1. Diharapkan LSM mengadakan pelatihan kepada PL dan PE, terutama pada PL baru mengenai strategi komunikasi ke WPS dan bentuk

pelatihan keterampilan lain untuk menunjang kemampuan mereka sebagai tenaga penjangkau

2. Diharapkan bagi LSM perlu meningkatkan kampanye VCT pada WPS dan pelanggannya, mempermudah akses layanan VCT bagi kelompok berisiko, serta meningkatkan pelayanan yang terkait perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS
3. Diharapkan bagi LSM untuk menambah anggota PL dan PE dari komunitas itu sendiri (ODHA) guna mempermudah komunikasi dan perubahan perilaku ke teman satu komunitasnya.

b. Bagi Peneliti

1. Penelitian selanjutnya diharapkan untuk menambah informan yakni kader sehingga dapat menggali informasi lebih dalam dan lengkap
2. Selain itu diharapkan peneliti melakukan observasi langsung di lapangan sehingga memperoleh data yang nyata terjadi di lapangan

DAFTAR PUSTAKA

- 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. 10: 25-32
- Azwar. 2010. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Afifudin. 2009. Metodologi Kualitatif. Bandung: Pustaka Setia.
- Bungin, B. 2007. Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial. Jakarta: Kencana Premana Media Group.
- Departemen Kesehatan RI Dirjen P2PL, 2008. Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2019. Data Hasil Mobile VCT tahun 2018-2019. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Fibriana, A.I. 2013. Determinan Keikutsertaan Pelanggan Wanita Pekerja Seks dalam Program *Voluntary Counseling and Testing*. 8:146-151
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. Pedoman Nasional Pelaksanaan Intervensi Perubahan Perilaku untuk Pencegahan IMS dan HIV melalui Hubungan Seksual. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Nasional Tes dan Konseling *HIV/AIDS* Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia.
- Laskar. 2018. Profil Laskar 2018. Jember: Laskar
- Kemenkes Kesehatan RI. 2019. Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual Triwulan II 2019. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia

- KPA. 2015. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2016-2019*. Jakarta: KPA
- KPAN. 2010. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional; 2010.
- Kusrini. 2012. *Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen*.
- Mahadewi, E.P., Heryana, A., Handayani, P. 2019. *Peningkatan Kapasitas Kader Komunikasi pada Kader Penjangkauan HIV/AIDS (ODHA) di Jakarta*, 5: 242-246.
- Mangkupawitra. 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Megaputri, P.S., Sawitri, Wirawan, A.A.S. 2016. *Negoisasi dan Determinan Pemakaian Kondom oleh Pekerja Seks di Kota Denpasar*, 6: 3-1.)
- Moeloeng. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muninjaya, A.A. G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nazir, M. 2005. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nuryadi, Herawati, Y.T., Sandra, C. 2013. *Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat*. Jember: UPT penerbitan UNEJ.
- Notoadmojo, S. 2010. *Metedologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- PKBI. 2009. *Panduan Teknis Pelaksanaan Program HIV dan AIDS Dukungan Dana Global Fund*. Jakarta: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia

- Prayitno, S. 2005. *Dasar-dasar Administrasi Kesehatan Masyarakat*. Airlangga University Press: Surabaya
- Siagian, S P. 2008. *Manajemen Sumber daya Manusia*, Jakarta: Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suharsimi, A. 2008. *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Suyanto, B. 2005. *Metode Penelitian Sosial Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media.
- UNAIDS. 2018. *UNAIDS Global Report*. Swiss: UNAIDS
- Widianto, Gunawan. 2008. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Pekerja Seksual dalam VCT ulang di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang. *Thesis*. Semarang: Program Studi Magister Promosi Kesehatan
- World Health Organization (WHO). 2013. Consolidated Guidelines on The Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendation for a Public Health Approach. London: WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva:WHO

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Panduan Wawancara Koordinator Lapangan

Karakteristik Responden

Nama :
 Alamat :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Masa Kerja :
 Jabatan :
 Pendidikan Terakhir :

No.	Pertanyaan	Jawaban
Faktor Input		
Man (Tenaga Pelaksana)		
1.	Pernahkah Anda mengikuti pelatihan mengenai pemetaan, penjangkauan, pendampingan sasaran beresiko HIV/AIDS?	
2.	Pelatihan apa saja? Berapa kali Anda mengikuti pelatihan tersebut?	
3.	Instansi mana yang mengadakan pelatihan tersebut?	
4.	Apakah dalam waktu dekat berniat untuk mengikuti pelatihan lagi?	
5.	Bagaimana pembagian kerja dalam kegiatan penjangkauan dan pendampingan? Adakah PE atau <i>buddies</i> ?	
6.	Adakah klasifikasi khusus untuk dijadikan PL?	

7.	Berapa jumlah petugas lapangan yang dimiliki LSM Laskar?	
8.	Berapa PL yang ditugaskan dalam setiap kali penjangkauan?	
9.	Apakah jumlah PL saat ini sudah cukup?	
10.	Hambatan apa yang ditemui saat kegiatan penjangkauan dan pendampingan oleh PL?	
Market (Sasaran)		
1.	Siapa saja yang menjadi sasaran yang berhasil dijangkau oleh Laskar selama ini?	
2.	Apakah ada target sasaran setiap kegiatan penjangkauan?	
3.	Apakah kegiatan sudah mencapai target sasaran?	
Money (Dana)		
1.	Darimana sumber dana yang digunakan untuk penjangkauan?	
2.	Bagaimana pemanfaatan dana penjangkauan?	
3.	Adakah kendala dalam proses pendanaan penjangkauan di Laskar? Bagaimana solusinya?	
4.	Menurut Anda apakah pendanaan tersebut sudah cukup untuk semua kebutuhan penjangkauan dan pendampingan?	
Machine (Sarana dan Prasarana)		

1.	Sarana apa saja yang dibutuhkan selama kegiatan penjangkauan?	
2.	Bagaimana ketersediaan sarana tersebut (media KIE, kondom)?	
3.	Adakah panduan (protap) terkait pemetaan (geografis, social, budaya)?	
4.	Apakah ada form selama kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
5.	Jika tidak, bagaimana proses pendokumentasiannya?	
Faktor Proses		
Perencanaan		
1.	Bagaimana awal proses penentuan titik lokasi keberadaan populasi kunci?	
2.	Adakah yang membantu dalam melakukan pemetaan terhadap populasi kunci?	
3.	Apakah ada aplikasi khusus untuk melakukan pemetaan?	
4.	Menurut anda, apakah hasil pemetaan sudah menunjukkan pola persebaran populasi kunci secara geografis, social, dan budaya?	
5.	Siapakah yang membuat penjadwalan kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
6.	Berapa kali dalam satu periode waktu kegiatan penjangkauan dan pendampingan dilakukan?	
7.	Berapa lama alokasi waktu	

	penjangkauan?	
8.	Apakah penjadwalan telah disesuaikan dengan target program yang ingin dicapai?	
9.	Apakah ada dasar penempatan PL/ <i>budies</i> di suatu lokasi penjangkauan?	
Koordinasi		
1.	Selama ini, Laskar telah berkoordinasi dengan siapa saja untuk membantu kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
2.	Adakah hambatan saat berkoordinasi dengan pihak terkait?	
Pelaksanaan		
1.	Selama kegiatan penjangkauan dan pendampingan adakah hambatan yang dilaporkan PL?	
2.	Bentuk dukungan seperti apa yang diberikan oleh koordinator lapangan kepada PL?	
3.	Apakah anda juga turut serta dalam pendampingan?	
4.	Siapa yang memberikan informasi terkait rujukan dan perawatan kepada klien?	
5.	Apakah selama ini Laskar pernah melakukan program pemberdayaan terhadap ODHA dan OHODHA?	
Pengawasan		

Pencatatan dan Pelaporan		
1.	Apakah Laskar selalu membuat laporan bulanan terkait proses penjangkauan dan pendampingan?	
2.	Indikator apa saja yang dilaporkan oleh Laskar? Dan ke siapa laporan disampaikan?	
3.	Apakah terdapat formulir tertentu yang digunakan untuk proses pencatatan dan pelaporan? Atau dengan bentuk lain?	
4.	Adakah tindak lanjut setelah pelaporan?	
Supervisi		
1.	Berapa kali melakukan supervise terhadap kinerja PL?	
2.	Apakah rutin dilakukan? Seperti apa bentuk Supervisi tersebut?	

LAMPIRAN 2 Panduan Wawancara Petugas Lapangan

Karakteristik Responden

Nama :
 Alamat :
 Jenis Kelamin :
 Umur :
 Masa Kerja :
 Jabatan :
 Pendidikan Terakhir :

No.	Pertanyaan	Jawaban
Faktor Input		
Man (Tenaga Pelaksana)		
1.	Pernahkah Anda mengikuti sebagai tenaga PL dalam penjangkauan dan pendampingan?	
2.	Pelatihan apa saja? Berapa kali Anda mengikuti pelatihan tersebut?	
3.	Instansi mana yang mengadakan pelatihan tersebut?	
4.	Apakah dalam waktu dekat berniat untuk mengikuti pelatihan lagi?	
5.	Bagaimana pembagian kerja dalam kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
6.	Berapa jumlah petugas lapangan yang dimiliki LSM Laskar?	
7.	Berapa PL yang ditugaskan dalam setiap kali penjangkauan?	
8.	Menurut Anda apakah jumlah PL yang dimiliki Laskar sudah cukup untuk saat	

	ini?	
9.	Hambatan apa yang ditemui saat kegiatan penjangkauan dan pendampingan oleh?	
Market (Sasaran)		
1.	Siapa saja yang menjadi sasaran yang berhasil dijangkau oleh PL selama ini?	
2.	Apakah ada target sasaran setiap kegiatan penjangkauan? Berapa?	
3.	Apakah kegiatan sudah mencapai target sasaran?	
Money (Dana)		
1.	Darimana sumber dana yang digunakan untuk penjangkauan?	
2.	Bagaimana pemanfaatan dana penjangkauan?	
3.	Adakah kendala dalam proses pendanaan penjangkauan di Laskar? Bagaimana solusinya?	
4.	Menurut Anda apakah pendanaan tersebut sudah cukup untuk semua kebutuhan penjangkauan dan pendampingan?	
Machine (Sarana dan Prasarana)		
1.	Jenis Media KIE apa saja yang digunakan untuk kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
2.	Bagaimana ketersediaan sarana tersebut (media KIE, kondom)?	
3.	Apakah media KIE yang digunakan	

	sudah tepat dan mudah dipahami klien? Apakah ada kekurangannya?	
4.	Apakah ada form selama kegiatan penjangkauan dan pendampingan?	
5.	Jika tidak, bagaimana proses pendokumentasiannya?	
Faktor Proses		
Perencanaan		
1.	Menurut anda, apakah hasil pemetaan sudah menunjukkan pola persebaran populasi kunci secara geografis, social, dan budaya?	
2.	Menurut Anda, apakah sistem penjadwalan sudah tepat?	
3.	Berapa kali dalam satu periode waktu kegiatan penjangkauan dan pendampingan dilakukan?	
4.	Apakah ada target program yang ingin dicapai di setiap penjadwalan penjangkauan?	
5.	Berapa lama alokasi waktu penjangkauan dan pndampingan?	
6.	Pernahkah terjadi penumpukan PL di suatu lokasi dan terdapat kekososngan di lokasi lain?	
Koordinasi		
1.	Selama kegiatan penjangkauan dan pendampingan PL telah berkoordinasi dengan siapa saja untuk membantu kegiatan penjangkauan dan	

	pendampingan?	
2.	Adakah hambatan saat berkoordinasi dengan pihak terkait?	
3.	Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?	
Pelaksanaan		
1.	Hal-hal apa saja yang dipersiapkan sebagai PL sebelum memulai penjangkauan? (identifikasi karakter, pengetahuan, sikap, perilaku, lingkungan)?	
2.	Jika dilakukan kegiatan tersebut diatas, bagaimana pendataan dan pendokumentasiannya?	
3.	Bagaimana PL membangun rasa saling percaya terhadap klien?	
4.	Bagaimana penjelasan PL terkait penilaian perilaku berisiko yang klien lakukan?	
5.	Apakah ada respon dari klien setelah dijelaskan? Adakah keinginan klien untuk mengurangi perilaku berisiko?	
6.	Bentuk dukungan seperti apa yang diberikan PL agar klien mempertahankan perilaku aman mereka?	
7.	Informasi kesehatan apa saja yang disampaikan kepada klien? (IMS, HIV, layanan PDP dll)	
8.	Media apa yang digunakan dalam	

	penyampian informasi ke klien?	
9.	Siapa yang terlibat dalam pembuatan media tersebut?	
10.	Bagaimana ketersediaan kondom dan pelicin untuk klien?	
11.	Bagaimana pendistribusian (kondom dan pelicin)? Apakah ada targetnya?	
12.	Bentuk pendampingan seperti apa yang PL lakukan kepada klien?	
13.	Bagaimana cara memonitor penggunaan kondom oleh klien?	
14.	Bagaimana cara memotivasi klien untuk mengakses layanan kesehatan (PDP) mengingat masih adanya stigmatisasi?	
Pengawasan		
Pencatatan dan Pelaporan		
1.	Laporan apa saja yang dibuat PL selama penjangkauan dan pendampingan?	
2.	Indikator apa saja yang dilaporkan? Dan ke siapa laporan disampaikan?	
3.	Adakah tindak lanjut setelah pelaporan?	
Supervisi		
1.	Apakah ada supervise kegiatan penjangkauan dan pendampingan? Siapa yang melakukan?	
2.	Apakah rutin dilakukan? Seperti apa bentuk Supervisi tersebut?	

LAMPIRAN 3 Panduan Wawancara WPS

Karakteristik Responden

Nama :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan Terakhir :

- a. Berapa lama Anda bekerja sebagai WPS?
- b. Sudah berapa kali Anda mengikuti kegiatan penjangkauan yang dilakukan oleh LSM Laskar? Jadwal nya hari apa saja?
- c. Di lokasi mana anda bergabung kegiatan penjangkauan?
- d. Menurut Anda, bagaimana proses kegiatan ini berlangsung?
- e. Berapa petugas lapangan yang hadir di lokasi? Apa yang mereka lakukan?
- f. Informasi apa saja yang disampaikan PL selama kegiatan berlangsung?
- g. Apakah informasi yang disampaikan mudah untuk difahami?
- h. Media apa yang digunakan menyebarkan informasi tersebut?
- i. Apakah Anda merasa nyaman saat bercerita dengan PL?
- j. Apakah sekarang Anda sudah berperilaku aman ketika bekerja setelah menerima informasi tersebut?
- k. Apakah anda selalu menggunakan kondom dan pelicin saat bekerja? Jika tidak, kenapa?
- l. Berapa kali Anda mengakses layanan kesehatan (VCT, konseling, IMS)?
- m. Apakah Anda rutin melakukan VCT (3bln sekali)?

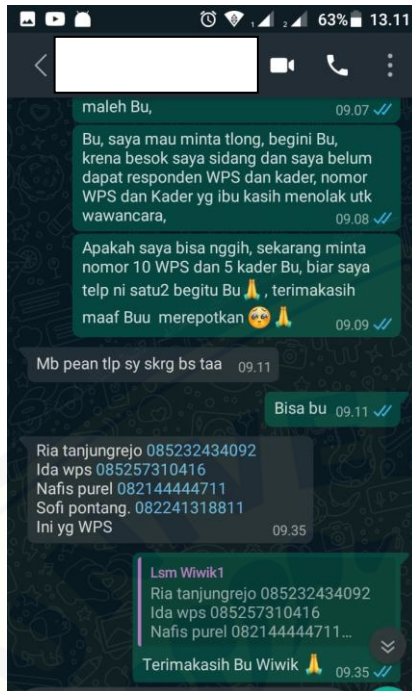
LAMPIRAN 4 DOKUMENTASI

The image shows a form titled "FORM PENJANGKAUAN PL DAN PE". At the top, there are fields for "TANGGAL EDUKASI" and "NAMA PL/PE WILAYAH KERJA". Below this is a large table with 10 rows and several columns. The columns are labeled as follows: "NO.", "NAMA PEKERJA SIKES POKOK/UMUM", "TEMPAT LAKUKAN", "TANGGAL LAKUKAN (DDMMYYYY)", "LOKASI EDUKASI", "KELOMPOK", "JENIS JAJAN", "JENIS BAHAN", "METODE/ALAT", "ALASAN/REASONS", "JENIS/LOKASI", "JAM/LOKASI", "JENIS/LOKASI", "JENIS/LOKASI", "JENIS/LOKASI". The table is mostly empty, with some faint markings. At the bottom, there are fields for "Wegabubuk, Kabupaten SI" and "Dibuat oleh, PL/PE", along with lines for "Nama dan tanda tangan".

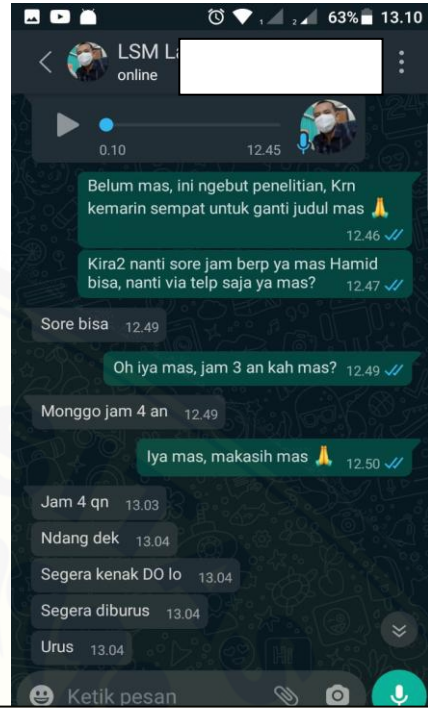
Gambar 1. Form Penjangkauan Oleh PL

The image shows a form titled "FORM BUKTI RUJUKAN". It includes a header with "SSR/IU" and "Voucher D". Below the header, there are fields for "Kepada Yth", "PL/PE : _____", and "IU/LSM : _____". A section titled "Bersama ini kami sampaikan bahwa rujukan anda dibawah ini:" contains fields for "Nama : _____ Umur : _____ tahun", "ID mitra KD/IUC : _____", "No KTP/No Registrasi nasional : _____", "Tipe mitra KD: WPSL/ WPSTL/LPP/LBT* (lingkari salah satu)", and "Alamat : _____". Below this, it says "Telah mendapatkan layanan pengobatan ARV (Anti Retro Viral). Mohon tindaklanjutnya. Terima kasih" followed by a date field "_____ Tgl _____ / _____ / 20____" and "Petugas Fasyankes yang menerima". At the bottom, there is a line for "(nama, tandatangan dan stempel)".

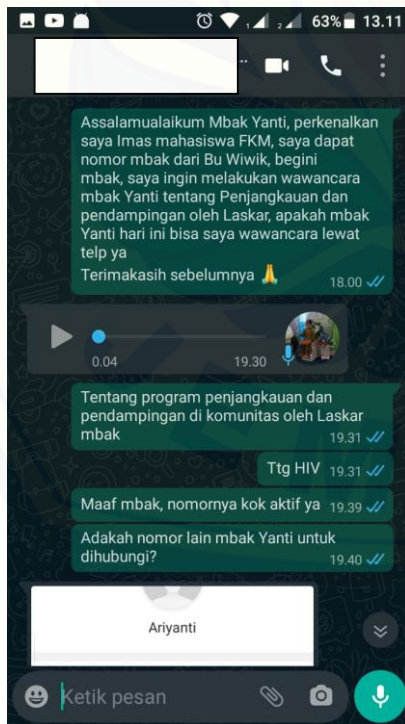
Gambar 2. Form Bukti Rujukan



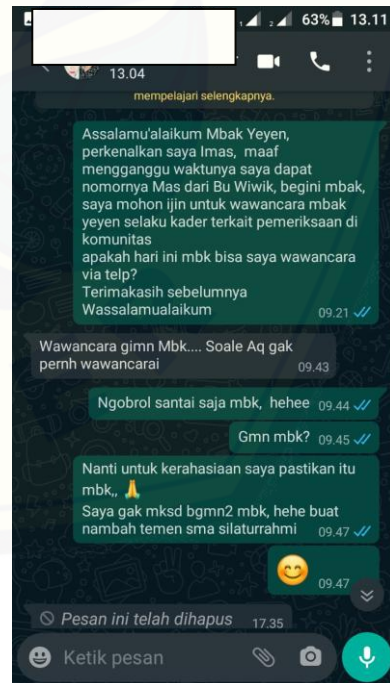
Komunikasi dengan Informan untuk melakukan wawancara



Membuat janji wawancara dengan informan



Komunikasi dengan WPS untuk melakukan wawancara



Informan tidak bersedia untuk wawancara