



**UPAYAPENANGANAN DAMPAK PSIKOSOSIAL PENDERITA
HIV/AIDS OLEH LSM ORGANISASI GAYA WARNA KABUPATEN
JEMBER**

***THE HANDLING OF THE PSYCHOSOCIAL EFFECTS OF THE LSM
ORGANISASI GAYA WARNA JEMBER REGENCY***

SKRIPSI

Oleh:

Dhimas Adam Bagus Riesda Perdana

120910301051

Dosen Pembimbing:

Kris Hendrijanto, S.Sos, M.Si

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

UNIVERSITAS JEMBER

2018



**UPAYAPENANGANAN DAMPAK PSIKOSOSIAL PENDERITA
HIV/AIDS OLEH LSM ORGANISASI GAYA WARNA KABUPATEN
JEMBER**

***THE HANDLING OF THE PSYCHOSOCIAL EFFECTS OF THE LSM
ORGANISASI GAYA WARNA JEMBER REGENCY***

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial (S1)
Dan mencapai gelar Sarjana Sosial

Oleh

Dhimas Adam Bagus RiesdaPerdana

120910301051

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2018

PERSEMBAHAN

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dan dipersembahkan kepada:

1. Yang tercinta kedua orang tuaku, ayahanda Sudarsono , serta Ibundaku Erni Tri Prihatin, yang tiada henti memberi dukungan, kasih sayang, pengorbanan, serta mendoakan untuk setiap langkahku dengan ketulusan hati untuk keberhasilan dan kesuksesanku.
2. Keluarga besar serta kedua adikku Aulia Sadewa dan Rizky Sudrajat terimakasih telah memberikan senyuman, semangat dan doa, serta terimakasih atas keluarga besarku yang telah tulus mendukungku serta mendoakanku.
3. Guru-guruku dari TK hingga perguruan tinggi, terimakasih telah memberikan ilmunya serta membimbing dengan rasa sabar dan tulus.
4. Terimakasih kepada teman-teman seangkatan jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial 2012 yang sudah memberikan semangat dan memberi keceriaan selama masa perkuliahan. .
5. Almamaterku tercinta Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, UniversitasJember.

MOTTO

"Kemenangan yang seindah-indahnya dan sesukar-sukarnya yang boleh direbut oleh manusia ialah menundukan diri sendiri." (Ibu Kartini)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dhimas Adam Bagus Riesda Perdana

NIM : 120910301051

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ini yang berjudul “Upaya Penanganan Dampak Psikososial Penderita HIV/AIDS Oleh LSM Organisasi Gaya Warna Kabupaten Jember” adalah benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 17 Maret 2018

Yang Menyatakan,

Dhimas Adam Bagus Riesda

Perdana

NIM 120910301051

SKRIPSI

**UPAYAPENANGANAN DAMPAK PSIKOSOSIAL PENDERITA
HIV/AIDS OLEH LSM ORGANISASI GAYA WARNA KABUPATEN
JEMBER**

Oleh

**Dhimas Adam Bagus RiesdaPerdana
120910301051**

**Dosen Pembimbing:
Kris Hendrijanto, S.Sos, M.Si
NIP. 1970010319998021001**

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Upaya Penanganan Dampak Psikososial Penderita HIV/AIDS Oleh LSM Organisasi Gaya Warna Kabupaten Jember” karya Dhimas Adam Bagus Riesda Perdana telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal :Senin, 28 Mei 2018

tempat :Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua

Sekretaris

Arif, S.Sos, M.AP
NIP. 197603102003121003

Kris Hendrijanto, S.Sos, M.Si
NIP. 197001031998021001

Anggota 1

Dr. Purwowibowo, M.Si
NIP. 195902211984031001

Mengesahkan

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Dr. Ardiyanto, M.Si
NIP. 195808101987021002

RINGKASAN

Upaya Penanganan Dampak Psikososial Penderita HIV/AIDS Oleh LSM Organisasi Gaya Warna Kabupaten Jember. Dhimas Adam Bagus Riesda Perdana, 120910301051; 2018; 81halaman; Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Dalam kehidupannya ODHA atau orang dengan HIV/AIDS selalu menerima respon negatif dari lingkungan sosialnya. Belum adanya obat yang dapat membunuh virus HIV dan AIDS kemudian ditambah lagi respon negatif yang diterima menjadikan ODHA semakin tertekan dalam menghadapi permasalahan hidupnya. Komunitas Organisasi Gaya Warna yang selanjutnya disingkat OGAWA adalah komunitas yang melakukan upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Komunitas ini memiliki daerah jangkauan Kabupaten Jember. OGAWA merupakan wadah dari komunitas waria, penyalahgunaan narkoba suntik atau IDU (*inject drugs user*) yang merupakan kelompok rentan terjangkit HIV/ AIDS. Dampak Psikososial HIV/AIDS merupakan suatu hal yang penting bagi penderita HIV/AIDS, karena hal tersebut sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup serta tingkat harapan hidup yang lebih lama karena hal tersebut akan berkaitan dengan tingkat kekebalan dalam tubuh penderita HIV/AIDS. Hal inilah yang membuat peneliti tertarik melakukan penelitian tentang upaya penanganan yang dilakukan oleh komunitas OGAWA (organisasi gaya warna) Kabupaten Jember mengenai dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS atau biasa disebut dengan ODHA.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Lokasi penelitian ini berada di LSM Organisasi Gaya Warna (OGAWA) Kabupaten Jember. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara semi terstruktur, observasi yang digunakan terstruktur atau tersamar, dan dokumentasi. Setelah data terkumpul kemudian dianalisis untuk mendapatkan kesimpulan. Pengujian keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber. Data yang dikumpulkan terkait dengan

Upaya penanganan dampak psikososial yang dilakukan oleh LSM OGAWA yang selanjutnya dipaparkan secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, upaya yang dilakukan oleh LSM OGAWA adalah melalui penjangkaran ODHA terlebih dahulu yang berasalkan dari komunitas mereka sendiri yakni komunitas gay dan waria. Kemudian penanganan dampak psikososial dilakukan dengan cara konseling kepada masing-masing klien yang positif mengidap HIV/AIDS dengan memberikan motivasi untuk tetap optimis dalam menjalani kehidupan. Selanjutnya untuk pelayanan pembentukan kelompok dukungan sebaya (KDS), OGAWA bekerja sama dengan LSM lain yaitu KDS Pelangi yang merupakan LSM yang memfasilitasi KDS untuk para ODHA yang ada di Kabupaten Jember, disini peran yang dilakukan oleh LSM OGAWA merupakan perantara (*broker*). Sebagai fasilitator, para pendamping OGAWA berperan menjadi penengah antara ODHA dengan lingkungan sosialnya yang mana dalam hal ini adalah keluarganya dalam konteks pembukaan status dan juga pengobatan ODHA. Dalam rangka peningkatan kualitas kemampuan dari ODHA atau bisa disebut dengan skill building, LSM OGAWA melakukannya dengan mengadakan pelatihan seperti memasak, salon, dan juga desainer baju yang dilakukan sendiri ataupun kerjasama dengan dinas terkait. Pada sektor pemenuhan kebutuhan finansial, LSM OGAWA mengandalkan hasil pelatihan skill building yang didasarkan pada minat dan bakat dari masing-masing ODHA yang kemudian dapat dijadikan sebagai pekerjaan dan dapat menghasilkan uang yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari. LSM OGAWA juga membantu aksesabilitas kepada ODHA, yakni dengan menghubungkan dengan pihak layanan kesehatan dan juga pendampingan dalam rangka pengobatan para penderita HIV/AIDS.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, hidayah serta karunia-Nya kepada umat di seluruh penjuru jagad raya. Sehingga, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Upaya Penanganan Dampak Psikososial Penderita HIV/AIDS Oleh LSM Organisasi Gaya Warna Kabupaten Jember.”**

Selama penyusunan skripsi ini, penulis tidak lepas dari bantuan semua pihak. Dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Ardiyanto, M.Si., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.
2. Drs. Pairan, M.Si., selaku Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.
3. Bapak Kris Hendrijanto, S.Sos. M.Si selaku Dosen Pembimbing terimakasih atas segala ilmu, motivasi, nasehat dan bantuan yang telah diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tugas akhir hingga penyelesaian penulisan skripsi ini.
4. Bapak Syech Hariyono, M.Si selaku Dosen Pembimbing Akademik
5. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dan menyelesaikan skripsi ini.
6. Teruntuk Mas Budi dan seluruh pendamping atau anggota OGAWA yang telah memberikan pelajaran kehidupan odha yang luar biasa dan membantu dalam proses penelitian di LSM OGAWA.
7. Untuksahabat-sahabat terbaik yang selalu mendukung dan tidak pernah lepas untuk memberi motivasi untuk tetap berjuang.

8. Teman-temanku serta seniorku di Kepengurusan HIMAKES, FORKOMKASI Regional Jawa Timur dan Nasional, UKM Sepak Bola dan Futsal Universitas Jember, yang memberiku kesempatan untuk berproses belajar didalamnya.
9. Untuk seluruh teman-teman di Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial khususnya angkatan 2012, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember yang telah memberikan perhatian, kepedulian dan semangat selama di bangku kuliah.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan motivasi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Sebagai manusia yang sarat keterbatasan, penulis tentunya menyadari, bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Harapan yang tiada henti diinginkan penulis adalah adanya kritik dan saran dari berbagai pihak guna penyempurnaan skripsi ini. Penulis juga berharap semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pembaca dan semua pihak yang berkepentingan.

Jember, 17 Maret 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ii
MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dampak Psikososial ODHA.....	10
2.1.1 Emosi dan Motivasi.....	14
2.1.2 Interaksi Sosial	15
2.1.3 Perubahan Sosial	16
2.1.4 Penanganan Dampak Psikososial ODHA	16
2.2 HIV/AIDS.....	19
2.2.1 Stigma Bagi ODHA	20
2.3 Konsep Kesejahteraan Sosial	21
2.3.1 Bidang-Bidang Kesejahteraan Sosial	21

2.3.2 Layanan Sosial, Organisasi Pelayanan Kemanusiaan, dan Profesi dalam Bidang Kesejahteraan Sosial	25
2.3.3 Jenis penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial.....	30
2.3.4 Peran Community Worker dalam Intervensi Sosial pada Komunitas Lokal	34
2.3.5 Ilmu Kesejahteraan Sosial dan Psikologi	36
2.4 Kajian Penelitian Terdahulu	37
2.5 Alur Pikir Penelitian	41
BAB 3. METODE PENELITIAN	43
3.1 Pendekatan Penelitian Jenis Penelitian	43
3.2 Jenis Penelitian	43
3.3 Penentuan Lokasi Penelitian	44
3.4 Teknik Penentuan Informan	45
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	47
3.5.1 Observasi.....	47
3.5.2 Wawancara.....	48
3.5.3 Dokumentasi.....	49
3.6 Teknik Analisis Data	49
3.7 Teknik Keabsahan Data	51
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil Penelitian.....	52
4.1.1 Deskripsi LSM OGAWA	52
4.1.1.1 Lokasi LSM OGAWA	52
4.1.1.2 Visi dan Misi LSM OGAWA.....	53
4.1.1.3 Struktur Organisasi LSM OGAWA	54
4.1.2 Penjaringan ODHA	55
4.1.3 Penanganan Dampak Psikososial ODHA	58
4.1.3.1 Konseling	58
4.1.3.2 Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)	59
4.1.3.3 Fasilitator.....	61

4.1.3.4 Skill Building/Life Skill	62
4.1.3.5 Finansial	64
4.1.3.6 Aksesabilitas.....	66
4.2 Upaya Penanganan Dampak Psikososial	
Penderita HIV/AIDS LSM Organisasi Gaya	
Warna Kabupaten Jember	67
4.2.1 Konseling	67
4.2.2 Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya....	71
4.2.3 Fasilitator	73
4.2.4 Skill Building/Life Skill	74
4.2.5 Finansial	75
4.2.6 Aksesabilitas.....	76
BAB 5. PENUTUP.....	78
5.1 Kesimpulan.....	78
5.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian Sebelumnya	40
Tabel 3.1 Profil Informan Pokok	46
Tabel 3.2 Profil Informan Tambahan.....	47
Tabel 4.1 Pembagian Wilayah Pendamping OGAWA	53
Tabel 4.2 Daftar Klinik VCT Di Kabupaten Jember	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Jumlah Kasus HIV di Indonesia Sampai 2014 Triwulan III	2
Gambar 1.2 Jumlah Kasus AIDS di Indonesia Sampai 2014 Triwulan III	3
Gambar 1.3 Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan per Provinsi Tahun 1987 sampai dengan September 2014.....	4
Gambar 1.4 Sepuluh Provinsi yang Melaporkan Jumlah Kumulatif AIDS Terbanyak Tahun 1987 sampai dengan September 2014	4

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara Informan Pokok
2. Pedoman Wawancara Informan Tambahan
3. Transkrip
4. Koding
5. Analisis Data (Kategorisasi, Kesimpulan Awal, Triangulasi dan Kesimpulan Akhir)
6. Dokumentasi
7. Surat Ijin Penelitian dari Lembaga Penelitian (LEMLIT) Universitas Jember
8. Surat Ijin Penelitian dari BAKESBANGPOL Kabupaten Jember
9. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari LSM OGAWA
10. Surat Tugas Pembimbingan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

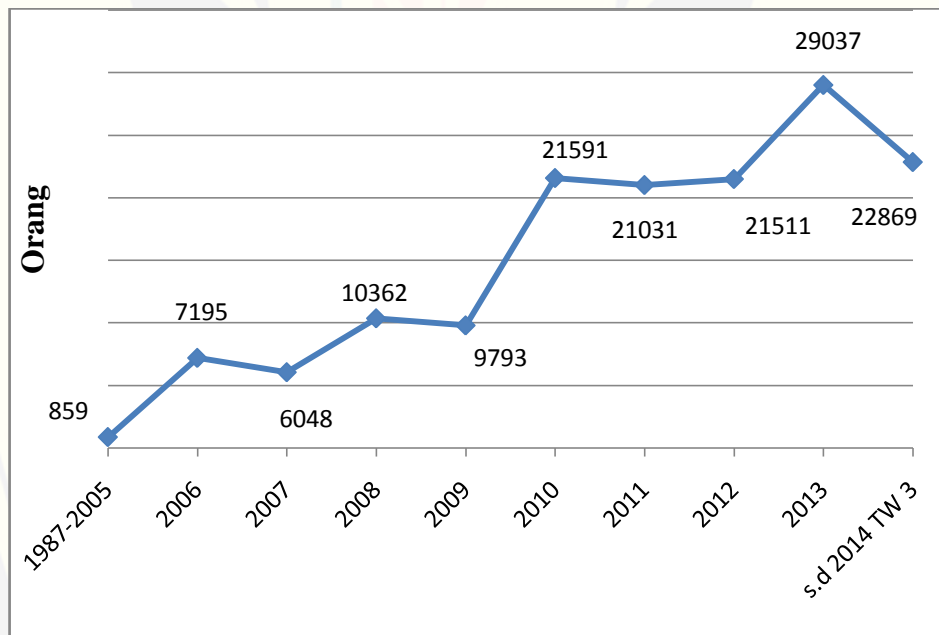
Dewasa ini dunia mengalami perubahan yang sangat signifikan dalam berbagai hal. Teknologi dan modernisasi sudah menjadi hal yang sangat biasa di kalangan masyarakat. Pertukaran informasi dan budaya pun menjadi sangat mudah di era yang serba modern dan berteknologi tinggi seperti sekarang ini. Hal ini justru menjadi masalah tersendiri dalam kehidupan sosial masyarakat. Nilai dan norma sosial pada lingkungan lokal menjadi sangat rawan untuk dilupakan atau bahkan justru dilawan. Dengan semakin mudahnya budaya-budaya modern yang hidup, dianut dan diterapkan oleh masyarakat akan menimbulkan permasalahan sosial yang disebabkan oleh penyimpangan-penyimpangan sosial karena perbedaan atau bertolak belakang dengan budaya lokal. Penyimpangan sosial seperti penyalahgunaan narkoba dan seks bebas menjadi permasalahan yang besar bagi Indonesia saat ini. Karena dampak yang ditimbulkan dari kedua permasalahan ini tidak hanya berdampak pada diri sendiri tetapi juga orang lain bukan juga hanya berdampak bagi fisik tetapi juga psikis. Penyalahgunaan narkoba terlebih narkoba suntik dan seks bebas memiliki resiko yang sama dalam bidang kesehatan, yakni keduanya memiliki resiko untuk terjangkit HIV dan AIDS.

Berdasarkan Pusat data dan informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menjelaskan bahwa HIV adalah sejenis virus yang menyerang/menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Selanjutnya, AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal.

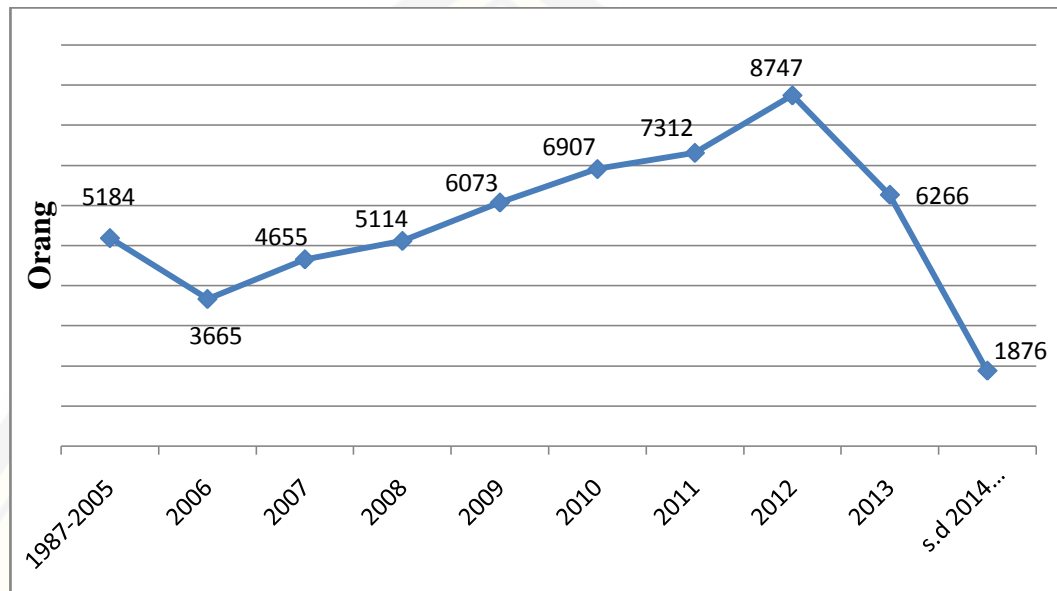
Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) serta gejala penyakit AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi di dunia. Melansir data dari badan kesehatan dunia WHO, UNICEF dan UNAIDS selama 15 tahun terakhir, remaja dan kaum muda yang

meninggal karena HIV/AIDS, meningkat tiga kali lipat. Kemudian sepanjang 2015 setidaknya terdapat 36,9 juta orang yang terinfeksi virus HIV atau hidup dengan AIDS, termasuk di antaranya 2,6 juta anak-anak.

Menurut berita online (cnnindonesia.com, 01/12/2015) menyatakan bahwa hampir di seluruh dunia kasus HIV/AIDS masih akan terus menjadi kasus yang megkhawatirkan, karena hingga saat ini belum ada vaksin yang dapat membunuh virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh ini. Para penderita HIV/AIDS sampai saat ini masih bergantung kepada vaksin jenis ARV (antiretroviral), bagi pasien HIV vaksin ini berfungsi “menidurkan” sementara virus agar tidak bertambah banyak dan menyerang sistem kekebalan tubuh, kemudian bagi pasien AIDS berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya. Di Indonesia HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Provinsi Bali pada tahun 1987 dan berdasarkan pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI hingga kini HIV/AIDS telah menyebar di 389 kota/kabupaten seluruh nusantara.



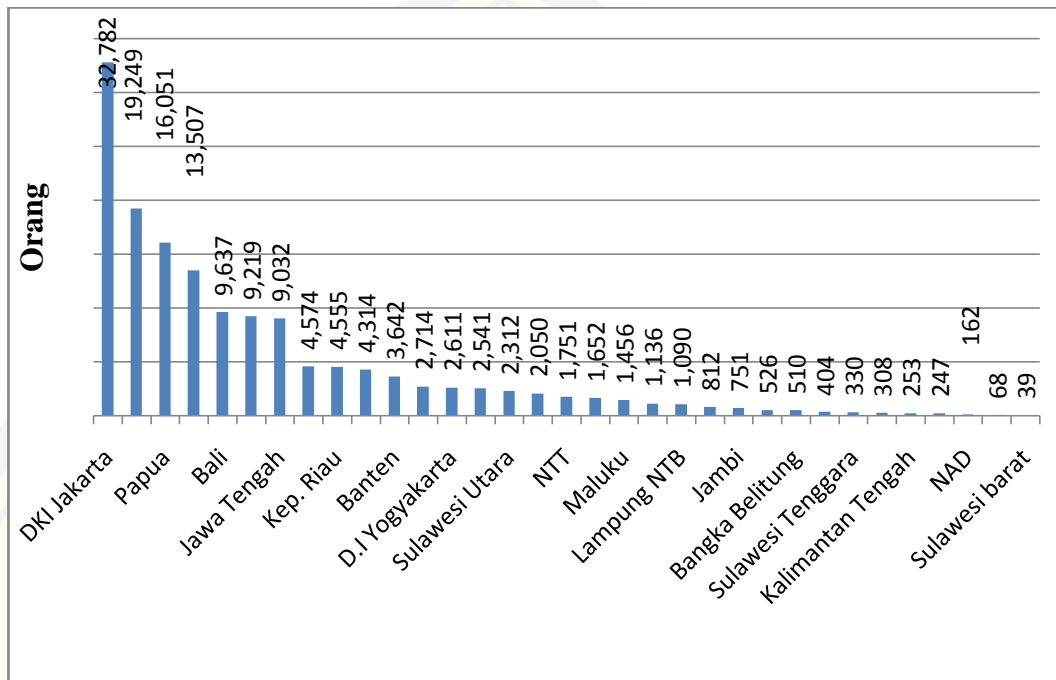
Gambar 1.1 Jumlah Kasus HIV di Indonesia Sampai 2014 Triwulan III (Sumber: Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2014)



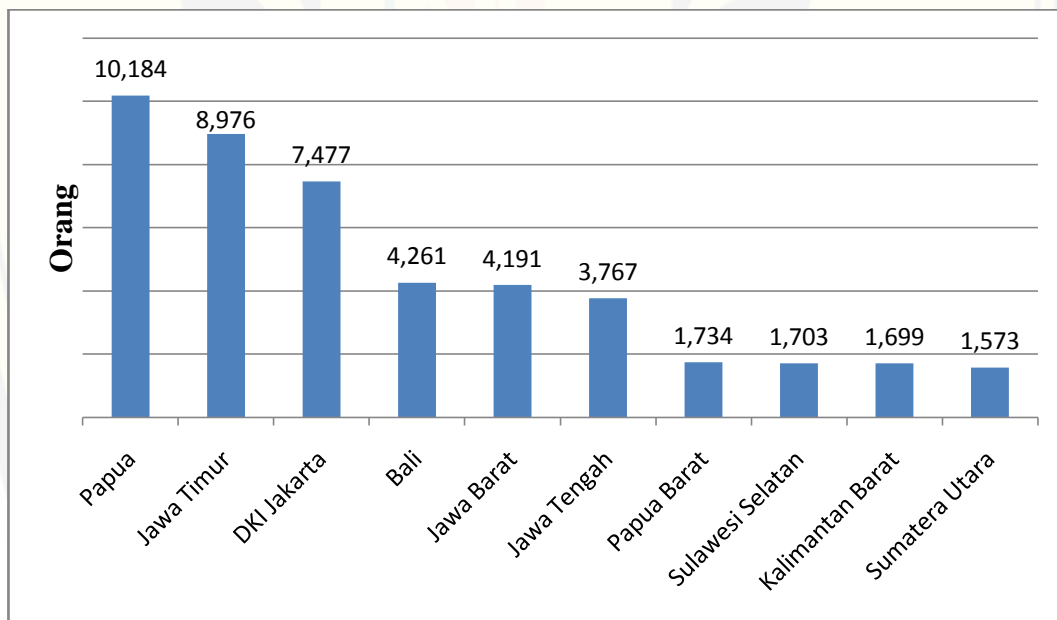
Gambar 1.2 Jumlah Kasus AIDS di Indonesia Sampai 2014 Triwulan III (Sumber: Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2014)

Di Indonesia sejak pertama kali ditemukannya HIV/AIDS pada tahun 1987 hingga tahun 2014 kasus HIV menunjukkan angka yang fluktuatif namun cenderung meningkat, yang mana pada tahun pertama penderita HIV hanya sebanyak 859 orang namun pada tahun 2014 triwulan ketiga meningkat menjadi 22.896 orang. Sebaliknya untuk kasus AIDS tidak menunjukkan peningkatan yang agresif hanya meningkat secara lambat dan bahkan pada tahun 2012 mulai menunjukkan penurunan penderita. Jumlah kumulatif penderita HIV dari tahun 1987 hingga September 2014 sebanyak 150.296 orang, sedangkan total kumulatif penderita AIDS sebanyak 55.799 orang.

Hingga data terakhir yaitu bulan September 2014 Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi ke-2 setelah DKI Jakarta dari 33 provinsi yang ada dengan selisih 13.533 jiwa. 10 Besar kasus HIV di Indonesia sejak tahun 1987 sampai dengan September 2014 yang paling banyak adalah DKI Jakarta, kemudian Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Kep. Riau, dan Sulawesi Selatan.



Gambar 1.3 Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan per Provinsi Tahun 1987 sampai dengan September 2014 (Sumber: Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2014)



Gambar 1.4 Sepuluh Provinsi yang Melaporkan Jumlah Kumulatif AIDS Terbanyak Tahun 1987 sampai dengan September 2014 (Sumber: Ditjen PP&PL, Kemenkes RI, 2014)

Kemudian untuk kasus AIDS provinsi Jawa Timur juga menempati urutan ke-2 terbanyak setelah Papua dengan selisih 1.208 jiwa. Berdasarkan angka

tersebut tidak menutup kemungkinan pada beberapa tahun kedepan Jawa Timur menjadi provinsi dengan kasus AIDS tertinggi di Indonesia. 10 besar kasus AIDS di Indonesia yang dilaporkan sejak 1987 sampai dengan September 2014 terbanyak Papua, diikuti Jawa Timur, DKI Jakarta, Bali, Jawa Barat, Jawa Tengah, Papua Barat, Sulawesi Selatan, Kalimantan Barat, dan Sumatera Utara. Menurut berita harian (rri.co.id, 25/07/2016) mengatakan bahwa Jember sebagai salah satu kabupaten dengan resiko penyebaran HIV/AIDS tertinggi ketiga di Jawa Timur, setelah kota Surabaya dan Malang. Setelah tahun 2015 kemarin Kabupaten Jember menduduki peringkat sepuluh besar di Jawa Timur atas kasus HIV/AIDS, di tahun 2016 bukan bertahan atau berkurang namun justru naik peringkat menjadi empat besar setelah Kabupaten Banyuwangi.

Berdasarkan data pada Dinas Kesehatan Pemkab Jember, sejak tahun 2004 hingga 2016 ini jumlah penderita HIV/AIDS mencapai 2.364 penderita dan 160 diantaranya meninggal dunia. Pada data per 2015 Kabupaten Jember merupakan daerah dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak ketiga dengan jumlah 2.489 orang setelah Kota Surabaya 7.045 orang dan Kota Malang 2.693 orang. Dinas Kesehatan kabupaten Jember menetapkan status merah terhadap penyebaran HIV/AIDS, status ini ditetapkan karena terus meningkatnya penderita HIV/AIDS. Terdapat 10 area merah yang ditetapkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Dinas Kesehatan Jember, yakni Kecamatan Puger, Kecamatan Kencong, Kecamatan Gumukmas, Kecamatan Bangsalsari, Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Patrang.

Belum maksimalnya capaian untuk mengatasi problem kesehatan ini justru karena aspek non medis, yaitu soal stigma dan diskriminasi yang masih terus terjadi terhadap mereka yang hidup dengan virus tersebut (Katiandagho, 2015: 91) Hal tersebut semakin memperburuk keadaan, saat para pengidap HIV-AIDS membutuhkan pertolongan baik dari segi medis maupun sosial namun yang terjadi justru stigma dan diskriminasi yang menjadi tantangan tambahan bagi mereka. Hal ini di dukung oleh Ader (dalam Junaidi, 2006: 26) yang menemukan bahwa ternyata ada ribuan cara berkomunikasi antara sistem saraf pusat dan sistem kekebalan dan terdapat jalur biologis yang membuat nalar, emosi, dan tubuh

berhubungan satu terhadap yang lain, dan terjalin dengan erat. Dalam hal ini penderita HIV/AIDS membutuhkan motivasi bagi diri mereka agar tingkat kepercayaan diri mereka terus meningkat sehingga tidak menimbulkan suatu kondisi yang lebih buruk. Motivasi itu timbul karena adanya suatu kebutuhan atau keinginan yang harus dipenuhi (Sarwono, 1997: 3). Berdasarkan pengertian tersebut sudah hampir dipastikan bahwa mereka sangat membutuhkan motivasi dalam menjalani kehidupannya serta dalam melaksanakan interaksi sosial secara normal tanpa adanya diskriminasi.

Respon sosial yang positif dapat mendukung proses pengobatan sehingga progresivitas penyakit setidaknya dapat dihambat dan umur harapan hidup pasien HIV-AIDS lebih panjang. Sehingga mereka juga dapat berpikir secara positif dan terbuka terhadap kondisi yang mereka alami, karena seorang pasien yang memiliki sikap terbuka, optimis, dan rileks akan mendukung usaha penyembuhan yang lebih baik dibandingkan mereka yang berpikiran negatif, pesimis, dan tidak memiliki gairah hidup. Seiring dengan hal ini, dapat ditegaskan bahwa pikiran yang positif merupakan salah satu pengobatan yang perlu diterapkan dalam kaitannya dengan proses peningkatan kesehatan (Sudarma, 2008: 119). Pada individu dengan HIV positif sistem imunitasnya akan mengalami penurunan dan membutuhkan waktu beberapa tahun hingga ditemukannya gejala tahap lanjut dan dinyatakan sebagai penderita AIDS. Hal ini tergantung pada kondisi fisik dan psikologisnya. Sejak dinyatakan terinfeksi HIV penderita mengalami stres, dikarenakan tingginya tekanan psikologis yang mereka terima baik dari keluarga maupun masyarakat. Korban AIDS mulai merasa orang menjauhinya yang sering merupakan realitas yang menyedihkan. Derita mentalnya semakin menjadi-jadi setelah ia mengetahui bahwa ia adalah korban penyakit yang membawa kematian (Pasuhuk, 1994:32).

Bagi penderita HIV/AIDS dalam menjalani kehidupan sehari-hari akan terasa semakin sempit ruang lingkup kontak fisik maupun sosialnya, respon sosial masyarakat hingga diskriminasi menjadi tantangan psikologis bagi mereka. Stigma yang ada dalam masyarakat dapat menimbulkan diskriminasi (Katiandagho, 2015: 94). Sehingga dalam menghadapi hidupnya penderita akan

menjalami berbagai permasalahan yang sangat kompleks, dimana mereka harus berjuang untuk kesehatannya juga untuk kehidupannya secara sosial. Dampak dari HIV/AIDS tidak hanya pada bidang kesehatan saja namun juga berdampak pada aspek kehidupan lain seperti sosial, ekonomi, politik, dan keamanan dan akan menimbulkan dampak buruk terhadap pembangunan nasional secara keseluruhan. Dampak sosial ekonomi terjadi bukan hanya semata-mata dikarenakan jumlah orang yang terinfeksi HIV tinggi, tetapi juga karena orang yang terinfeksi kebanyakan berada pada usia produktif antara 25-49 tahun dan 20-24 tahun (Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2014). Pada rentang usia produktif ODHA sudah pasti akan menghadapi dampak sosial ekonomi, mulai dari kehilangan pekerjaan dan terbatasnya lingkup interaksi sosial yang akan semakin memperburuk keadaan mereka. Sedangkan ODHA memerlukan biaya yang tidak sedikit untuk biaya perawatan dan pengobatan, kemudian dorongan sosial emosional berupa penerimaan dari lingkungan sosial ODHA juga diperlukan agar mereka memiliki harapan hidup yang lebih lama.

Komunitas Organisasi Gaya Warna yang selanjutnya disingkat OGAWA adalah komunitas yang melakukan upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Komunitas ini memiliki daerah jangkauan Kabupaten Jember. OGAWA merupakan wadah dari komunitas waria, penyalahgunaan narkoba suntik atau IDU (*inject drugs user*) yang merupakan kelompok rentan terjangkit HIV/ AIDS. Dampak Psikososial HIV/AIDS merupakan suatu hal yang penting bagi penderita HIV/AIDS, karena hal tersebut sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup serta tingkat harapan hidup yang lebih lama karena hal tersebut akan berkaitan dengan tingkat kekebalan dalam tubuh penderita HIV/AIDS. Hal inilah yang membuat peneliti tertarik melakukan penelitian tentang upaya penanganan yang dilakukan oleh komunitas OGAWA (organisasi gaya warna) Kabupaten Jember mengenai dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS atau biasa disebut dengan ODHA.

1.2 Rumusan Masalah

Penanganan kasus HIV/AIDS tidak bisa terlepas dari dampak yang ditimbulkan kepada penderitanya, dampak secara medis/kesehatan hingga saat ini masih belum dapat ditemukannya vaksin yang dapat membunuh virus HIV menyebabkan para pasien hanya mengandalkan vaksin impor jenis ARV (antiretroviral) yang hanya bersifat “menidurkan” sementara virus agar tidak berkembang biak, menyebar, dan menyerang sistem kekebalan tubuh secara menyeluruh. Kemudian dampak sosial, ekonomi, politik, serta keamanan juga menjadi permasalahan dan tantangan tersendiri bagi penderita HIV/AIDS dimana mereka juga membutuhkan dukungan moral secara sosial dalam lingkungan interaksi sosialnya sehingga usia harapan hidup mereka tidak semakin pendek akibat respon sosial yang negatif terhadap dirinya. Berdasarkan uraian dan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana upaya penanganan dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS oleh LSM OGAWA yang berlokasi di Kabupaten Jember?”.

1.3 Tujuan Penelitian

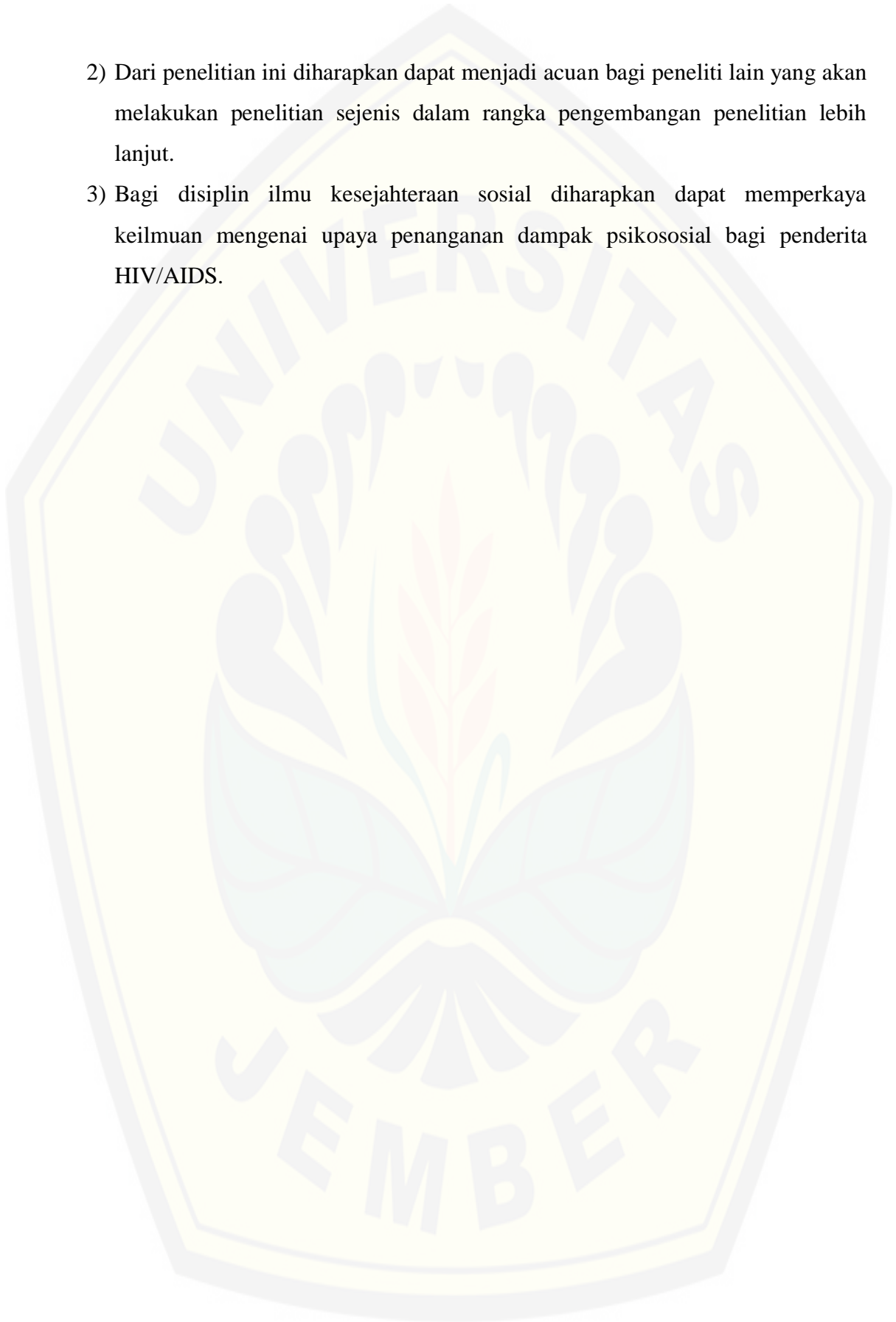
Dalam suatu penelitian tujuan penelitian diperlukan agar suatu kajian dalam penelitian memiliki arah yang jelas. Serta tujuan yang ingin dicapai dalam suatu penelitian tidak mengalami penyimpangan. Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah di uraikan, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis tentang upaya penanganan dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS pada komunitas OGAWA di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari hasil penelitian yang diharapkan peneliti adalah sebagai berikut:

- 1) Hasil penelitian diharapkan dapat memberi sumbangan informasi dan pemikiran tentang penanganan dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS.

- 2) Dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi peneliti lain yang akan melakukan penelitian sejenis dalam rangka pengembangan penelitian lebih lanjut.
- 3) Bagi disiplin ilmu kesejahteraan sosial diharapkan dapat memperkaya keilmuan mengenai upaya penanganan dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dampak Psikososial ODHA

Psikologi ialah suatu ilmu yang mempelajari tentang aspek-aspek kejiwaan dan kepribadian individu dan kelompok. Bidang cakupannya adalah proses mental/emosional dan karakteristik perilaku individu maupun kelompok (Sarwono, 1997: 7).

Sherif & Sherif (dalam Ahmadi, 1999: 3) memberikan definisi:

“Social psychology is the behavior of the individuals in relation to social stimulus situations”.

“Psikologi sosial ialah ilmu pengetahuan yang mempelajari pengalaman dan tingkah laku individu manusia dalam hubungannya dengan situasi-situasi perangsang sosial.”

Menurut Ahmadi (1999:3) Sherif & Sherif menghubungkan antara tingkah laku dengan situasi perangsang sosial, perangsang sosial, perangsang mana sudah barang tentu erat sekali hubungannya antara manusia dan masyarakat. Kemudian Sarwono (1983: 3) membedakan 3 wilayah studi psikologi sosial, yaitu:

- 1) Studi tentang pengaruh sosial terhadap proses individual, misalnya: studi tentang persepsi, motivasi, proses belajar, atribusi (sifat). Walaupun topik-topik ini bukan monopoli dari Psikologi Sosial, namun psikologi sosial tidak dapat menghindar dari studi tentang topik-topik ini.
- 2) Studi tentang proses-proses individual bersama, seperti bahasa, sikap sosial dan sebagainya.
- 3) Studi tentang interaksi kelompok, misalnya: kepemimpinan, komunikasi, hubungan kekuasaan, otoriter, konformitas (keselarasan), kerjasama, persaingan, peran dan sebagainya.

Dalam penerapan psikologi sosial pada masalah emosional Fitriah (2014: 67-70) membagi permasalahan psikologi sosial individu menjadi 7, yaitu:

- 1) **Rendah Diri**, orang dengan *self-esteem* rendah cenderung mengevaluasi dirinya secara negatif. Orang yang rendah diri cenderung akan berubah

menjadi penderita depresi yang kronis, menyalahkan peristiwa negatif, baik karena ketidakmampuan mereka sendiri maupun pada perubahan-perubahan yang disebabkan dunia yang tidak mengasihinya (Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Hal tersebut akan memengaruhi kemampuan penyesuaian dirinya dalam melakukan hubungan sosial secara seimbang.

- 2) **Depresi**, Orang yang mengalami depresi umumnya memiliki skema diri yang negatif sehingga memandang bahwa tidak ada orang yang menghargainya. Kegagalan menginterpretasi dirinya akan berpengaruh pada berbagai hal lainnya, khususnya terkait dengan dunia di luar dirinya.
- 3) **Panik**, Serangan panik muncul secara berulang dan tidak terduga. Serangan-serangan panik melibatkan reaksi kecemasan yang intens disertai dengan simptom fisik, seperti jantung berdebar-debar, napas cepat, napas tersenggal atau kesulitan bernapas, berkeringat banyak, dan rasa lemas. Dalam banyak kasus, orang yang mengalami serangan panik membatasi aktivitas mereka untuk menghindari tempat-tempat yang mereka takutkan.
- 4) **Rasa Malu dan Kesepian**, Penelitian yang paling penting dalam rasa malu dan upaya yang paling signifikan untuk mengobatinya telah dilakukan Zimbardo, seorang psikolog sosial, yang mengatakan bahwa rasa malu terjadi karena seseorang gagal melakukan atribusi terhadap perasaan cemasnya saat berada dalam suatu interaksi sosial sehingga dirinya merasa kurang mampu dan tidak nyaman. Zimbardo melakukan pelatihan ketrampilan sosial untuk mengatasi rasa malu maupun gangguan fungsi sosial lainnya. *Loneliness* (kesepian) merupakan sumber utama penyebab tekanan psikologis bagi banyak orang dan dapat menjadikan seseorang tersebut terserang depresi. Orang yang kesepian mungkin gagal untuk mengatasi masalah secara memadai, bahkan kadang-kadang gagal untuk mengenali perannya di lingkungan sosial. Kegagalan atribusi tersebut menyebabkan perasaan ditolak dari lingkungan sosialnya. Melalui penelitian yang dilakukan oleh Cutrona (1982) menunjukkan bahwa atribusi awal terhadap apa yang menyebabkan kesepian merupakan faktor yang penting sehingga memperbaiki cara pandang klien mengenai ketidakmampuan

sosialnya saat berada dalam satu situasi yang dianggap sebagai penyebab kesepiannya.

5) **Permusuhan dan Agresi**, Ketika orang melihat permusuhan (*Hostility*), dapat menyebabkan ia melakukan kekerasan (*aggression*). Menurut Zilman (1971, 1984), teori ini berpendapat bahwa eksitasi dalam sistem saraf yang kurang lebih sama, terlepas dari apakah emosi yang menyertainya adalah frustrasi, marah, takut, gairah seksual, maupun perasaan lainnya. Menurut teori ini, komponen rangsang emosi tidak hilang segera setelah stimulus yang menimbulkan hal itu berhenti. Hal itu tetap hidup untuk sementara waktu. Eksitasi ini dapat meningkatkan dan mengintensifkan keadaan emosi yang ditimbulkan oleh rangsangan lain beberapa waktu kemudian.

6) **Sakit Kronis dan Kecacatan**, *Cronic pain* (sakit kronis) dan *disability* (cacat) merupakan *stressor* luar biasa bagi individu yang mengalami dan keluarganya. Tidak hanya rasa sakit yang mereka derita, tetapi mereka mungkin kehilangan sebagian besar kehidupan sosial dan rekreasi. Selain itu, mereka juga akan kehilangan status dan kekuasaan, baik di dalam maupun di luar keluarga secara drastis.

Penelitian psikologi sosial terapan dapat berkontribusi untuk memahami dan melakukan perawatan kepada korban kecelakaan maupun kejadian traumatis lainnya. Bagaimana mereka memandang peristiwa dan akibat dari apa yang mereka alami akan sangat memengaruhi kemampuan diri pasien/ klien dalam mengatasi gangguan psikologis maupun relasi sosialnya.

Atribusi terhadap efikasi diri dalam hal mampu hidup dengan cacat atau sakit, atau bahkan sembuh dari itu, memiliki dampak penting pada perilaku *coping* dan usaha dari tindakan yang diperlukan untuk memfasilitasi pemulihan. Gangguan psikologis yang diakibatkan sakit kronis dan kecacatan hampir selalu ditampilkan dalam konteks sosial sehingga psikologi sosial terapan dapat memberikan kontribusi penting untuk melakukan perbaikan melalui kajian yang cermat mengenai faktor dan pengaruh dari psikologi sosial yang relevan.

7) **Masalah dalam Hubungan**, Relasi intim (pernikahan dan hubungan kedekatan lainnya) memiliki kaitan yang kuat dengan kesehatan mental

(Burman & Margolin, 1992) dan kekurangan ataupun perpisahan dalam hubungan tersebut dapat menyebabkan banyak masalah misalnya depresi, kecemasan, dan ketergantungan alkohol. Dalam sebuah hubungan intim melibatkan emosi yang cukup besar, baik itu dalam menginterpretasi tindakan situasional (tindakan pribadi) maupun disposisional (tindakan pasangan).

Pada umumnya masalah dalam relasi/hubungan disebabkan kegagalan dalam melakukan atribusi secara tepat maupun sebagai refleksi kelemahan dalam pengelolaan konflik yang terjadi dalam hubungan itu sendiri. Dengan demikian, terapis harus mampu mengenali subjek/alasan dari munculnya masalah dan proses persoalan tersebut dipersepsi oleh klien. Jadi, peran yang dapat dilakukan oleh terapis selain melakukan konseling, penting pula untuk melatih klien dalam mengubah pola atribusi yang digunakan serta keterampilan pengelolaan konflik dalam hubungan sehingga hubungan bisa diperbaiki dan menjadi relasi harmonis.

Dari ketujuh permasalahan psikologis individu diatas, hampir semua permasalahan rentan dihadapi oleh penderita HIV/ AIDS. Selain berjuang bertahan hidup dengan melawan virus dan infeksi penyakit pada tubuhnya mereka juga dihadapkan dengan lingkungan dan kehidupan sosial mereka, dimana stigma negatif terhadap para penderita HIV/AIDS.

Ader (dalam Junaidi, 2006: 26) menemukan bahwa ternyata ada ribuan cara berkomunikasi antara sistem saraf pusat dan sistem kekebalan dan terdapat jalur biologis yang membuat nalar, emosi, dan tubuh berhubungan satu terhadap yang lain, dan terjalin dengan erat. Sangat memprihatinkan ketika ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS) disingkirkan dari keluarga, teman, atau bahkan warga di lingkungan tempat tinggalnya. Ia seakan menjadi momok yang menakutkan, seakan membawa sebuah penyakit kutukan. Musibah bagi ODHA dibutuhkan dukungan moriil dari keluarga, sahabat dan oang-orang yang terdekatnya dalam menghadapi masa-masa sulit saat terkena musibah tersebut (Katiandagho, 2015: 87).

Katiandagho (2015:88) mengemukakan bahwa, hukuman sosial berupa diskriminasi dan stigma oleh masyarakat di berbagai belahan dunia terhadap

pengidap AIDS terdapat beberapa cara, antara lain tindakan-tindakan pengasingan, penolakan, diskriminasi, dan penghindaran atas orang yang diduga terinfeksi HIV dengan diwajibkannya uji coba HIV tanpa mendapat persetujuan terlebih dahulu atau perlindungan kerahasiannya dan penerapan karantina terhadap orang-orang yang terinfeksi HIV. Kekerasan atau ketakutan atas kekerasan, telah mencegah banyak orang untuk melakukan tes HIV, memeriksa bagaimana hasil tes mereka, atau berusaha untuk memperoleh perawatan. Sehingga mungkin mengubah suatu penyakit kronis yang dapat dikendalikan menjadi “hukuan mati” dan menjadikan meluasnya penyebaran HIV.

Dampak psikososial pasien HIV/ AIDS juga mempengaruhi tingkat harga diri individu terhadap ruang lingkup interaksi sosialnya. Menurut Wells dan Marwell (dalam Mruk, 2006) menyebutkan empat tipe pengertian *self esteem*. Pertama, *self esteem* dipandang sebagai sikap. Seperti sikap-sikap yang lainnya, *self esteem* menunjuk pada suatu objek tertentu yang melibatkan reaksi kognitif, emosi, dan perilaku, baik positif maupun negatif. Kedua, *self esteem* dipandang sebagai perbandingan antara ideal self dan real self. Kita akan memiliki *self esteem* yang tinggi, jika real self kita mendekati ideal self kita, dan begitu sebaliknya. Ketiga, *self esteem* dianggap sebagai respons psikologis seseorang terhadap dirinya sendiri, lebih dari sekedar sikap. Dan yang terakhir, *self esteem* dipahami sebagai komponen dari kepribadian atau *self system* seseorang (Rahman, 2013: 65).

2.1.1 Emosi dan Motivasi

Stanley Schachter mengembangkan suatu teori kognitif tentang emosi. Dia berpikir bahwa emosi terjadi ketika ada nama tertentu digunakan pada rangsangan fisik umum. Nama itu misalnya, rasa takut, marah, atau bahagia, digunakan pada rangsangan tubuh yang dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, situasi, dan reaksi-reaksi orang lain (Wilcox, 2013: 163). Faktor emosi sangat melekat pada individu setiap manusia. Bagi penderita HIV/AIDS emosi yang ditampilkan tentu memiliki banyak wujud dari reaksi yang diterima pada kondisi dirinya dan juga respon sosial yang diterima melalui interaksi sosial mereka.

Madsen (dalam Wilcox, 2013: 150) menyatakan bahwa motivasi mencakup segala sesuatu yang merangsang, mendorong, dan mengarahkan tingkah laku. Sebuah definisi umum yang dapat diterima menyebutkan bahwa motivasi merujuk kepada proses-proses di mana tingkah laku diaktifkan dan diarahkan, dan proses-proses ini bervariasi dalam arah, intensitas, dan durasinya pada masing-masing individu (Wilcox, 2013: 150). Motivasi sangatlah penting bagi penderita HIV/AIDS, mereka membutuhkan motivasi agar memiliki semangat untuk hidup lebih lama. Karena ketika mereka memiliki kepercayaan diri dan semangat untuk hidup maka usia harapan hidup mereka akan lebih panjang.

2.1.2 Interaksi Sosial

Menurut H. Boner (dalam Gerungan, 1987: 57) Interaksi sosial adalah suatu hubungan antara dua atau lebih individu manusia, dimana kelakuan individu yang satu mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki kelakuan individu yang lain, atau sebaliknya. Menurut sarjana psikologi Woodworth (dalam Gerungan, 1987: 55) Pada dasarnya terdapat empat jenis hubungan antara individu dan lingkungannya. Individu dapat bertentangan dengan lingkungan, individu dapat menggunakan lingkungannya, individu dapat berpartisipasi (ikut serta) dengan lingkungannya, dan individu dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungannya. Dalam interaksi sosialnya, konsep diri seorang individu mempunyai peran penting. Konsep diri adalah pandangan individu mengenai karakter diri sendiri, dibanding karakter diri-idealnya. Diri-idealnya itu dibentuk berdasarkan norma masyarakat yang berlaku dan kondisi keluarga serta keadaan individu itu sendiri (Sarwono, 1997: 4). Kemudian Sarwono (1997: 5-6) juga menjelaskan bahwa, dalam interaksi antara individu dalam suatu kelompok atau masyarakat tertentu kadang-kadang dapat ditemukan orang-orang yang menunjukkan prasangka terhadap individu atau sekelompok orang tertentu. Prasangka adalah sikap negatif terhadap sesuatu. Obyek prasangka dapat berupa individu maupun suatu kelompok atau ras. Keduanya dapat mengakibatkan timbulnya diskriminasi, kata Arief Budiman (Widjaja, 1986).

2.1.3 Perubahan Sosial

Menurut Selo Soemarjan (dalam Sudarma, 2008: 92) perubahan sosial adalah segala perubahan-perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat, yang memengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap, dan pola perilaku diantaranya kelompok-kelompok dalam masyarakat. Menurut Sudarma (2008: 93) Perubahan yang terjadi di dalam masyarakat yang menyangkut perubahan materiil maupun non materiil yang secara langsung ataupun tidak langsung akan berpengaruh pada kehidupan masyarakat. Untuk memahami masalah perubahan sosial yang kompleks itu diperlukan tipologi proses sosial. Tipologinya dapat didasarkan atas empat kriteria utama berikut: (1) bentuk proses sosial yang terjadi; (2) hasilnya; (3) kesadaran tentang proses sosial di kalangan anggota masyarakat bersangkutan; (4) kekuatan yang menggerakkan proses itu. Selain itu perlu diperhatikan ; (5) tingkat realitas sosial di tempat proses sosial itu terjadi; dan (6) jangka waktu berlangsungnya proses sosial itu (Sztompka, 2005: 13)

2.1.4 Penanganan Dampak Psikososial ODHA

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Sosial dan Dukungan Bagi ODHA Berbasis Keluarga dan Masyarakat (2006: 13-16). Pelayanan yang dibutuhkan ODHA adalah sebagai berikut:

1. Konseling

Konseling diartikan di sini sebagai suatu hubungan pribadi antara seorang konselor dengan klien untuk membantu klien memahami masalah yang sedang dihadapi dan mengambil keputusan yang tepat baginya. Seorang ODHA membutuhkan konseling berkaitan dengan memperoleh informasi, mengatasi kebingungan, ketidakstabilan emosi, ketrampilan dalam menghadapi berbagai masalah dalam kehidupan. Secara lebih rinci jenis konseling yang dibutuhkan ODHA meliputi konseling kesehatan (termasuk di dalamnya pembahasan HIV/ AIDS dan kaitannya dengan narkoba, IMS serta infeksi lainnya; pola hidup sehat, perjalanan HIV dan AIDS)., *Disclosure counselling* atau konseling untuk membuka status HIV kepada

pasangan/ keluarga (konseling pasangan dan konseling keluarga), konseling untuk pencegahan agar tidak menular atau menambah tertular seperti misalnya konseling perubahan perilaku, konseling dukungan emosional, konseling kepatuhan berobat, konseling nutrisi, konseling spiritual dan konseling paliatif atau konseling menjelang akhir hayat, dan konseling post mortem (konseling dalam masa kedukaan) bagi keluarga dan kerabat ODHA. Menurut Willis (2007: 18) menyebutkan bahwa konseling merupakan proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara oleh konselor ataupun pendamping kepada individu yang sedang mengalami suatu masalah yang tujuannya adalah untuk mengatasi permasalahan tersebut. Konseling individu adalah kunci semua kegiatan bimbingan dan konseling, karena jika menguasai teknik konseling individual berarti akan mudah menjalankan proses konseling yang lain. Proses konseling individu berpengaruh besar terhadap peningkatan klien karena pada konseling individu konselor berusaha meningkatkan sikap klien dengan cara bertatap muka secara langsung untuk menghasilkan peningkatan pada diri klien, baik cara berpikir, berperasaan, sikap, dan perilaku.

2. Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Kelompok dukungan sebaya adalah komunitas yang terbentuk karena adanya kepedulian, kebutuhan, tuntutan, dan tujuan yang sama dari orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ohidha) seperti pasangan, keluarga dan kerabat serta signifikan other. Dukungan sebaya seperti ini efektif diberikan oleh orang-orang yang mempunyai sudut pandang yang sama dalam hal menyikapi permasalahan HIV/AIDS ini. Karena dengan latar belakang dan pengalaman yang sama (sebaya) akan lebih mudah dalam cara penyampaian maupun penerimaan dari berbagai bentuk dukungannya, termasuk didalamnya ada unsur-unsur komunikasi, informasi, serta edukasi. Sebaya disini diartikan sebagai kesamaan dalam perilaku beresikonya, orientasi seksual, usia, status sosial, gender, dan sebagainya. Jadi setiap KDS mempunyai spesifikasi tersendiri. KDS juga bisa

berfungsi sebagai wadah berkegiatan dalam rangka pemberdayaan dan berjaringan (lokal maupun nasional) untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan, serta membuka wawasan di bidang HIV/AIDS bagi individu dan komunitasnya. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh KDS antara lain, Closed meeting (pertemuan tertutup), home visit atau kunjungan ke rumah teman Odha yang sakit, hospital visit atau kunjungan ke ruang rawat di rumah sakit, kursus singkat bidang keahlian, lokakarya, diskusi, topik khusus, dan sebagainya. Tujuan dari kegiatan yang dilakukan KDS ini, adalah peningkatan kualitas kesehatan, kepercayaan diri, pengembangan kemampuan, sampai membuka jalan menuju produktifitas dari individu-individu didalamnya. Dengan mengedepankan slogan '*HIV stop disini*'. KDS menekankan pada setiap individu anggotanya untuk menjadi pemutus rantai penularan HIV/AIDS di lingkungan sekitarnya.

3. Fasilitator

Seorang Odha dalam membuka status HIVnya terkadang membutuhkan seorang yang mampu memfasilitasi dalam pembukaan status HIV kepada pasangan, keluarga maupun masyarakat. Termasuk dalam hal ini seorang yang mampu memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan- kebutuhan lain yang dibutuhkan Odha.

4. Skill Building/ life skill

Seorang yang terinfeksi HIV mengalami kesulitan yang berkaitan dengan status HIVnya seperti kehilangan pekerjaan, sementara pilihan untuk mendapatkan pekerjaan lain terbatas karena kemampuannya yang terbatas. Oleh karena itu seorang Odha membutuhkan berbagai latihan ketrampilan alternatif yang dapat meningkatkan kemampuan dirinya untuk memenuhi kebutuhan baik secara ekonomi maupun pengembangan diri.

5. Finansial

Odha secara umum sering mengalami kesulitan dana berkaitan dengan upaya penanganan infeksi HIV dalam dirinya seperti misalnya pemenuhan kebutuhan dasar hidup, kebutuhan untu pemeriksaan kesehatan rutin, perbaikan gizi dan peningkatan derajat kesehatan.

6. Aksesibilitas

Odha mempunyai kesulitan dalam memperoleh layanan-layanan seperti:

- a) Pelayanan kesehatan (bagaimana cara mengakses; kontak persons; RS yang bisa menerima ODHA)
- b) Jaminan sosial (SKTM, Gakin)
- c) Kesadaran hukum (advocacy, HAM, pembedaan perlakuan di tempat kerja, informasi/ segala sesuatu yang berkaitan dengan penanggulangan HIV).
- d) Pendampingan: Pada kondisi tertentu Odha membutuhkan seseorang untuk menemani atau mendampingi mengakses kebutuhan dirinya seperti misalnya pemeriksaan kesehatan atau konsultasi ke dokter, pendampingan di Rumah Sakit, atau pendampingan di rumah.
- e) Orang tua asuh: Pelayanan orang tua asuh dikembangkan untuk menangani permasalahan anak-anak yang positif HIV dan juga anak-anak yang orang tuanya positif HIV.
- f) Panti asuhan: Panti asuhan merupakan wadah untuk menampung anak-anak yang positif HIV dan juga anak-anak yang orang tuanya positif HIV.
- g) Panti rehabilitasi: Panti rehabilitasi sebagai tempat persinggahan sementara untuk merehabilitasi diri atau mengembalikan fungsi sosial Odha seperti penjaja seks komersial atau pengguna napza.

2.2 HIV dan AIDS

Menurut Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sejenis virus yang menyerang/ menginfeksi sel darah putih yang pada akhirnya menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sementara itu AIDS adalah (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), Acquired yang berarti didapat. Immune Deficiency berarti kekebalan yang rapuh, dan Syndrome berarti kumpulan gejala yang timbul bersamaan (Pasuhuk, 1994: 23). HIV dan AIDS sering disama artikan. Padahal keduanya memiliki makna yang berbeda. Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan penyebab

penyakit yang mematikan dan dikenal dengan nama AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan penyakit infeksi yang menjadi masalah kesehatan global yang tiada habisnya dari tahun ke-tahun dan tersebar hampir di seluruh negara di dunia, termasuk Indonesia (Katiandagho, 2015: 3).

Menurut Pasuhuk (1994: 35) AIDS disebarkan oleh kontak seksual, menggunakan jarum bekas, melalui transfusi darah, atau komponennya. Resiko infeksi oleh virus ini bertambah, oleh adanya mitra seksual yang bertambah pula. Juga oleh menggunakan jarum bersama di kalangan pemakai obat-obatan terlarang. Juga pasien homofilia serta orang yang memerlukan transfusi darah yang telah ditulari virus. AIDS adalah pertama-tama dan terutama penyakit yang ditularkan oleh kontak seksual, baik homosexual, maupun heterosexual. Setiap tingkah laku pribadi atau pola hidup yang meningkatkan kontak seksual dengan oknum yang telah ditulari berarti meningkatkan resiko terjangkit. Karena virus yang menyebabkan AIDS di bawa melalui kontaminasi darah. Itu sebabnya, kasus di kalangan pemakai obat bius lewat intravenous dapat juga disebabkan pola hidup, khususnya terhadap kebiasaan menggunakan jarum suntik yang tidak suci hama (Pasuhuk 1994: 47).

2.2.1 Stigma Bagi ODHA

Menurut Katiandagho (2015: 87) stigma adalah suatu ancaman, sifat atau karakteristik bahwa masyarakat menerima ketidak nyamanan yang sangat tinggi. mendapat ancaman membuat seseorang menerima stigmatisasi. Katiandagho (2015: 90) menjelaskan beberapa stigma bagi penderita AIDS, yaitu:

- 1) Stigma simbolis AIDS, yaitu penggunaan HIV-AIDS untuk mengekspresikan sikap terhadap kelompok sosial atau gaya hidup tertentu yang dianggap berhubungan dengan penyakit tersebut.
- 2) Stigma kesopanan AIDS, yaitu hukuman sosial atas orang yang berhubungan dengan isu HIV/AIDS atau orang yang positif HIV.
- 3) Stigma instrumental AIDS, yaitu refleksi ketakutan dan keprihatinan atas hal-hal yang berhubungan dengan penyakit mematikan dan menular.

2.3 Konsep Kesejahteraan Sosial

Pengertian Kesejahteraan Sosial di Indonesia tidak dapat lepas dari apa yang dirumuskan dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial, Pasal 1 ayat 1, yaitu:

“Kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya”

Menurut Suud (2006: 114), mengemukakan dua konsepsi kesejahteraan sosial. Konsepsi yang pertama (residual) memandang bahwa kesejahteraan sosial sebagai suatu stigma, merupakan suatu amal bagi mereka yang mengalami masalah sosial. Pelayanan-pelayanan kesejahteraan memainkan peranan setelah suatu persoalan diidentifikasi yang mana tidak dapat diatasi melalui kemampuan perseorangan. Sedangkan konsepsi yang kedua (institusional) memandang kesejahteraan sosial sebagai non-stigma, merupakan suatu hak bagi setiap orang yang mengalami masalah sosial. Eksistensi pelayanan-pelayanan kesejahteraan sosial merupakan bagian dari struktur sosial dan bagian dari keberfungsian masyarakat secara normal. Fokusnya adalah pada pencegahan dan tanggung jawab kolektif.

HIV/AIDS merupakan virus dan penyakit yang hingga kini masih belum ditemukan vaksin yang dapat membunuh virus dan menyembuhkan penyakit tersebut. Kemudian stigma negatif yang diterima oleh penderita HIV/AIDS sangatlah mengganggu kehidupan mereka. Menurut Katiandagho (2015: 87) stigma adalah suatu ancaman, sifat atau karakteristik bahwa masyarakat menerima ketidaknyamanan yang sangat tinggi. Mendapat ancaman membuat seseorang menerima stigmatisasi.

2.3.1 Bidang-Bidang Kesejahteraan Sosial

Friedlander (dalam Adi, 1994: 42-48) menggambarkan 12 bidang pekerjaan sosial secara lebih khusus, yaitu:

- 1) **Bidang yang terkait dengan sistem penyampaian pelayanan (*service delivery system*)**. Sistem penyampaian pelayanan menurut Friedlander merupakan hal yang sangat penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan

masyarakat, karena dengan pengembangan jaringan sistem penyampaian pelayanan yang baik maka dua unsur penting dalam proses pemberian bantuan terhadap klien dapat terpenuhi, yaitu dalam kaitan dengan (1) pelayanan yang diterima dari para petugas maupun lembaganya (dalam hal ini lembaga nonpemerintah; dan (2) pelayanan yang ditawarkan oleh lembaga-lembaga pemerintah, baik di tingkat pusat, propinsi, maupun lokal. Bentuk pelayanan yang ditawarkan dari sistem penyampaian pelayanan kemanusiaan (*human service delivery system*) dapat beragam, seperti bantuan terhadap; rumah sakit; para lanjut usia; para penyandang cacat; lembaga yang memberikan bantuan terhadap keluarga dari terpidana penjara; rumah-rumah penampungan para gelandangan; dan lain sebagainya.

- 2) **Bidang yang terkait dengan pelayanan sosial terhadap keluarga.** Pelayanan terhadap keluarga tetap merupakan bidang garapan yang menarik. Salah satunya adalah karena sebagai unit dasar dari suatu masyarakat, keluargalah yang pada awalnya mengembangkan kepuasan pribadi seseorang, dan membentuk kepribadian seseorang. Di beberapa negara “maju” (seperti Amerika, Kanada, dan Australia) ada berbagai bentuk pelayanan yang lebih menghususkan diri pada keluarga seperti *homemaker service*; ataupun pelayanan untuk para migran dan imigran.
- 3) **Bidang pelayanan terkait dengan pelayanan terhadap generasi muda dan anak-anak.** Pelayanan terhadap generasi muda dan anak-anak mempunyai keragaman bentuk, meskipun pada intinya lebih ditujukan pada anak-anak daripada generasi muda. Beberapa bentuk yang dapat dilihat di beberapa negara dunia I, antara lain: pelayanan kesehatan ibu dan anak; pelayanan untuk anak-anak cacat; pelayanan kesejahteraan anak; *foster family care*; adopsi; pelayanan terhadap anak dengan orang tua yang tidak menikah (*unmarried parents*); *guardianship*; *day nurseries and child care centers*; *child labor protection*.
- 4) **Bidang yang terkait dengan kesejahteraan sosial untuk lanjut usia.** Sejalan dengan adanya peningkatan dalam bidang kesehatan yang memberikan sumbangan terhadap peningkatan angka harapan hidup (*life*

expectancy), maka prediksi mengenai kelompok lanjut usia juga mengalami peningkatan dari segi kuantitas. Peningkatan jumlah lanjut usia juga memberikan problematika tersendiri, sehingga muncul kajian mengenai para lanjut usia ini (*gerontology*). Kajian mereka mencakup dinamika dari kelompok lanjut usia, baik dari aspek fisik; psikis; sosial; budaya; dan lingkungan yang terkait dengan keyakinan dan sikap mereka mengenai kelompok lanjut usai tersebut terhadap diri mereka sendiri. Bentuk pelayanan yang diberikan bagi kelompok lanjut usia ini dapat berbentuk pemenuhan kondisi fisik dan psikis mereka. Pelayanan yang diberikan dapat berbentuk panti seperti, nursing home (panti wredha), ataupun nonpanti (di mana para lanjut usia tetap tinggal di rumah mereka) seperti *organized home care; homemakers service; visiting nurse; meals-no-wheels; day care centers*. Di beberapa negara “barat” pelayanan terhadap kelompok lanjut usia ini sudah menjadi bisnis jutaan dolar, sedangkan di beberapa negara berkembang bidang ini seringkali belum menempati urutan prioritas dalam pengembangannya (dibandingkan dengan pelayanan terhadap anak ataupun keluarga).

- 5) **Bidang yang terkait dengan jaminan sosial (bantuan sosial dan asuransi sosial).** Dalam kerangka “negara kesejahteraan” dikenal dengan nama jaminan sosial (*social security*), yang pada prinsipnya memfokuskan pada upaya menjamin pendapatan (*income security*) warga negara sehingga ada yang menyebutnya secara tersirat sebagai jaminan ekonomi (*economic security*).
- 6) **Bidang yang terkait dengan pengurangan kemiskinan.** Dalam kelompok ini Friedlander mencoba mengetengahkan peran pekerja sosial dalam pengembangan kebijakan dan perencanaan, ataupun program aksi masyarakat yang terkait dengan upaya menanggulangi kemiskinan. Dalam kelompok ini peran pekerja sosial (ataupun sarjana kesejahteraan sosial) banyak terkait dengan peran yang dikembangkan dalam metode pengorganisasian masyarakat.

- 7) **Bidang yang terkait dengan perumahan dan lingkungan sosial.** Kebutuhan akan rumah dan lingkungan sosial yang baik merupakan salah satu hal yang penting dalam kehidupan manusia. Terkait dengan hal itu peran sarjana kesejahteraan sosial dalam bidang ini sangat terkait dengan peran profesi lain, seperti para perencana kota dan para arsitektur.
- 8) **Bidang yang terkait dengan pelayanan kesehatan masyarakat.** Dalam bidang yang terkait dengan pelayanan kesehatan masyarakat maka pekerja sosial maupun sarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial bekerja sama dengan para sarjana kesehatan masyarakat maupun profesi lain yang terkait dapat berupaya meningkatkan kesehatan masyarakat.
- 9) **Bidang yang terkait dengan perawatan medik.** Dalam bidang perawatan medik pekerja sosial maupun sarjana kesejahteraan sosial, beserta praktisi yang bergerak di bidang kedokteran (seperti, dokter, perawat, fisioterapis, dan lain-lain) berupaya untuk merawat dan menyembuhkan klien (pasien) yang mengalami gangguan fisik dan emosional.
- 10) **Bidang yang terkait dengan pelayanan kesehatan mental.** Di bidang kesehatan mental para pekerja sosial dan sarjana kesejahteraan sosial bekerja sama dengan psikiater, perawat, psikolog, dan beberapa profesi yang terkait mencoba merawat dan mengembangkan program terapi bagi klien (pasien) yang menderita gangguan jiwa, baik gangguan jiwa ringan maupun gangguan jiwa berat.
- 11) **Bidang yang terkait dengan lembaga koreksional.** Di bidang yang terkait dengan lembaga koreksional para pekerja sosial dan sarjana kesejahteraan sosial dapat bertugas di beberapa lembaga seperti peradilan anak, lembag permasaryakatan anak, detention home (dimana di dalamnya terdapat anak-anak yang membutuhkan proteksi, seperti anak yang diterlantarkan; anak yang belum bisa mandiri; anak yang diperlukan secara kasar [abuse]; anak hilang yang membutuhkan tempat berlindung; anak yang melarikan diri dari rumah orang tuanya; anak yang akan menjadi saksi dalam pengadilan dan saat ini perlu mendapat perlindungan khusus; dan lain sebagainya).

12) **Bidang yang terkait dengan lembaga pendidikan.** Dalam lembaga pendidikan, para pekerja sosial maupun sarjana kesejahteraan sosial dapat membantu di tingkat pendidikan dasar maupun menengah sebagai tenaga pembimbing bagi siswa di sekolah tersebut; ataupun di tingkat pendidikan tinggi sebagai tenaga pengajar yang berupaya mengembangkan ilmu kesejahteraan sosial baik dalam aspek pengajaran (pendidikan dalam arti sempit), penelitian, maupun pengabdian masyarakat.

Adi (2013: 102-103) mengemukakan mengenai bidang kesejahteraan sosial berdasarkan kekhususan masalah yang ditangani, antara lain:

1. Bidang yang terkait dengan Lembaga Koreksional
2. Bidang yang terkait dengan Lembaga Kesehatan Mental
3. Bidang yang terkait dengan Lembaga Pelayanan Medik
4. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Kecacatan
5. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Kasus HIV/AIDS
6. Bidang yang terkait dengan lembaga yang Menangani masalah Prostitusi
7. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Masalah Perdagangan Anak dan Perempuan
8. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Gelandangan dan Pengemis
9. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Masalah Migrasi dan Kebencanaan
10. Bidang yang terkait dengan Lembaga yang Menangani Pengentasan Kemiskinan

2.3.2 Layanan Sosial, Organisasi Pelayanan Kemanusiaan, dan Profesi dalam Bidang Kesejahteraan Sosial

Dalam upaya pencapaian pemenuhan kesejahteraan sosial dapat diartikan sebagai usaha kesejahteraan sosial (*Social Welfare Service*) yang merupakan suatu program atau kegiatan yang didesain konkrit untuk menjawab permasalahan, kebutuhan masyarakat ataupun meningkatkan taraf hidup masyarakat. Dengan adanya program yang dijalankan individu/lembaga mengarah pada pencapaian

oleh individu dalam usaha memperoleh kesejahteraan (Adi, 2005: 86). Kemudian Adi (2013: 107) menjelaskan bahwa layanan sosial (*social sevices*) itu sendiri, pada dasarnya merupakan suatu program ataupun kegiatan yang didesain secara konkret untuk menjawab masalah, kebutuhan masyarakat ataupun meningkatkan taraf hidup masyarakat. Layanan sosial itu sendiri dapat ditujukan pada individu, keluarga, kelompok-kelompok dalam komunitas, ataupun komunitas sebagai suatu kesatuan.

Menurut Fahrudin (2014: 52) pemberian pelayanan sosial didasarkan atas kebutuhan, sehingga walaupun orang tidak mampu membayar, tetap akan diberi pelayanan yang dibutuhkannya. Idealnya, pelayanan-pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan, jaminan sosial, pelatihan kerja, dan pelayanan sosial personal (semua tercakup sebagai pelayanan sosial dalam arti luas) disediakan pada tingkat minimal untuk meningkatkan kehidupan masyarakat dan keberfungsian orang-orang.

Adi (2013: 107-108) mengemukakan bahwa organisasi yang menyediakan layanan sosial, dalam persepektif yang lebih luas, sering kali disebut dengan nama organisasi pelayanan kemanusiaan (*Human Service Organization* atau sering kali disingkat dengan sebutan HSO). Berdirinya sebuah organisasi pelayanan manusia merupakan wujud nyata dari adanya sebuah tindakan perubahan dalam meningkatkan taraf kesejahteraan sosial, karena kesejahteraan sosial tidak akan dapat dirasakan oleh masyarakat kalau tidak ada adanya usaha-usaha dalam bidang kesejahteraan sosial itu sendiri. Agar sebuah organisasi dapat disebut sebagai organisasi pelayanan manusia sedikitnya ada tiga karakteristik yang harus dipenuhi menurut Netting, Kettner, McMurtry (2004) yang dikutip oleh Suharto (2009:134) yaitu diantaranya :

1. Bekerja secara langsung dengan dan untuk manusia, organisasi pelayanan manusia beroperasi untuk melayani manusia, yakni meningkatkan kualitas hidup konstituen, pelanggan atau kliennya.

2. Memiliki mandat untuk melindungi dan meningkatkan kesejahteraan orang-orang yang dilayaninya, yang pada gilirannya berarti pula meningkatkan kesejahteraan publik.
3. Dapat diklasifikasikan sebagai organisasi yang berada di bawah naungan lembaga-lembaga sektoral, baik organisasi nir-laba maupun organisasi pencari laba.

Uraian di atas menjelaskan tiga karakteristik sehingga dapat dikatakan sebagai layanan organisasi layanan manusia, dari ketiga karakteristik maka munculkan sebuah tujuan-tujuan sesuai dengan kebutuhan. Motivasi berdirinya organisasi pelayanan manusia dalam mengadakan layanan sosial dalam meningkatkan taraf kesejahteraan menurut Sehneiderman (1967) dalam adi (2013:108) yaitu menyatakan tiga tujuan dari suatu HSO dalam menyediakan layanan sosial, diantaranya:

1. Tujuan kemanusiaan dan keadilan sosial (*Humanitarian and social justice goal*) : tujuan ini bersumber dari gagasan ideal demokrasi tentang keadilan dosial, dan hal ini berasal dari keyakinan bahwa setiap manusia mempunyai hak untuk mengembangkan potensi diri yang mereka miliki.
2. Tujuan yang terkait dengan pengendalian-pengendalian sosial (*Sosial control goal*) : tujuan ini berkembang berdasarkan pemahaman bahwa kelompok yang tidak diuntungkan, kekurangan, ataupun tidak terpenuhi kebutuhan hidupnya akan dapat melakukan “serangan” ataupun menjadi “ancaman” bagi kelompok masyarakat yang sudah mapan
3. Tujuan yang terkait dengan pembangunan ekonomi (*Economic development goal*) : tujuan pembangunan ekonomi memprioritaskan pada program-program yang dirancang untuk meningkatkan produksi barang dan jasa, serta sebagai sumber daya yang dapat menunjang serta memberikan sumbangan pada perkembangan ekonomi.

Melalui organisasi pelayanan manusia seperti lembaga pendidikan mampu memberikan kesempatan yang besar kepada masyarakat agar dapat merubah

kehidupannya menjadi lebih baik lagi. Dalam usaha kesejahteraan sosial peran lembaga pendidikan menjadi dasar yang terpenting dalam mengembangkan kualitas potensi sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan dari pembangunan sosial. Sehingga Hasenfeld (1983:4) mengklasifikasikan organisasi pelayanan manusia menjadi beberapa dimensi kunci yang menyoroti fungsi khas organisasi pelayanan manusia dan juga karakteristik yang membedakan organisasi pelayanan manusia dari jenis organisasi yang lain, yaitu :

a. *The types of clients they serve* (tipe klien yang mereka layani)

The types of clients an organization is mandated to serve influences not only its domain and functions, but also society's expectations and evaluations. Thus, organizations whose primary mandate is to maintain and enhance the well-being of persons judged to be functioning adequately in society lie at one end of the continuum. At the other end lie those organizations mandated to control, ameliorate, and remedy the ill or deviant state of persons judged to be malfunctioning in society.

(Tipe-tipe klien sebuah organisasi diberi mandat untuk melayani pengaruh yang tidak hanya domain dan fungsinya, tetapi juga harapan masyarakat dan evaluasi. Dengan demikian, mandat utama organisasi adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan orang-orang yang dinilai berfungsi secara memadai dalam masyarakat yang ada di salah satu ujung kontinum. Pada akhir urutan mandat organisasi ada untuk mengontrol, dan memperbaiki keadaan tidak menarik lagi atau menyimpang dari orang-orang yang dinilai tidak berfungsi dalam masyarakat)

b. *Their transformations technologies* (transformasi teknologi mereka)

The second dimensi refers to the type of services provided by the organizations or more generally to the nature of its transformations technologies. These technologies will determine what the organization does with and to its clients and what its product will be.
(Dimensi kedua mengacu pada jenis layanan yang diberikan oleh organisasi atau lebih umum dengan sifat teknologi transformasinya. Teknologi ini akan menentukan apa yang organisasi lakukan dengan dan untuk klien dan apa produknya).

Dalam hal ini organisasi layanan manusia tidak semata-merta berdiri, namun memiliki fungsi yang berbeda jenis, fungsi atau karakteristik tersebut

mampu memberikan penilaian yang berbeda dari organisasi lainnya. Penjelasan diatas dapat diambil garis besar bahwa organisasi layanan manusia melihat dari permasalahan klien sehingga mencari peluang untuk meningkatkan kesejahteraan klien dan kedua yakni pada teknik apa yang akan digunakan kepada klien artinya organisasi yang telah menentukan strategi. Dalam menjalankan organisasi tersebut membutuhkan sebuah strategi atau teknologi organisasi yang berguna bagi manusia dan hal ini disesuaikan dengan klien yang akan ditangani. Dalam kaitan tersebut Hasenfeld (1983:5) membedakan teknologi organisasi pelayanan manusia menjadi tiga yaitu:

1. *People Processing Technologies* (teknologi untuk memproses orang)

These attempt to transform clients not by altering their personal attributes, but rather by conferring upon them a social label and a public status that evoke desirable reactions from other social units (Hasenfeld, 1972)

(upaya ini untuk mengubah klien dengan tidak mengubah atribut pribadi mereka, melainkan dengan berunding atas label sosial dan status publik mereka yang membangkitkan reaksi yang diinginkan dari unit sosial lainnya).

2. *People Sustaining Technologies* (teknologi untuk mendukung orang)

These attempt to prevent, maintain, and retard the deterioration of the personal welfare or well-being of clients, they do not, however, attempt to change directly their personal attributes.

(Upaya ini untuk mencegah, menjaga, dan menghambat kerusakan kesejahteraan klien, bagaimanapun mereka tidak mencoba untuk mengubah langsung atribut pribadi mereka)

3. *People Changing Technologies* (teknologi untuk merubah orang)

These aim directly at altering the personal attributes of client in order to improve their well-being. These technologies include, for example, psychotherapy, education, and medical treatment)

(ini bertujuan langsung pada mengubah atribut pribadi dari klien untuk meningkatkan kesejahteraan mereka. Teknologi ini termasuk, misalnya, psikoterapi, pendidikan dan perawatan medis)

2.3.3 Jenis Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial

Menurut (<http://yandatin.kemsos.go.id>, 27/03/2017) Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 8 Tahun 2012 terdapat 26 Jenis PMKS, yaitu:

- 1) Anak balita telantar: seorang anak berusia 5 (lima) tahun ke bawah yang ditelantarkan orang tuanya dan/atau berada di dalam keluarga tidak mampu oleh orang tua/keluarga yang tidak memberikan pengasuhan, perawatan, pembinaan dan perlindungan bagi anak sehingga hak-hak dasarnya semakin tidak terpenuhi serta anak dieksploitasi untuk tujuan tertentu.
- 2) Anak telantar: seorang anak berusia 6 (enam) tahun sampai dengan 18 (delapan belas) tahun, meliputi anak yang mengalami perlakuan salah dan ditelantarkan oleh orang tua/keluarga atau anak kehilangan hak asuh dari orang tua/keluarga.
- 3) Anak yang berhadapan dengan hukum: orang yang telah berumur 12 (dua belas) tahun tetapi belum mencapai umur 18 (delapan belas) tahun, meliputi anak yang disangka, didakwa, atau dijatuhi pidana karena melakukan tindak pidana dan anak yang menjadi korban tindak pidana atau yang melihat dan/atau mendengar sendiri terjadinya suatu tindak pidana.
- 4) Anak jalanan: anak yang rentan bekerja di jalanan, anak yang bekerja di jalanan, dan/atau anak yang bekerja dan hidup di jalanan yang menghasilkan sebagian besar waktunya untuk melakukan kegiatan hidup sehari-hari.
- 5) Anak dengan kedisabilitas (ADK): seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun yang mempunyai kelainan fisik atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan bagi dirinya untuk melakukan fungsi-fungsi jasmani, rohani maupun

sosialnya secara layak, yang terdiri dari anak dengan disabilitas fisik, anak dengan disabilitas mental dan anak dengan disabilitas fisik dan mental.

- 6) Anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau diperlakukan salah: anak yang terancam secara fisik dan non fisik karena tindak kekerasan, diperlakukan salah atau tidak semestinya dalam lingkungan keluarga atau lingkungan sosial terdekatnya, sehingga tidak terpenuhi kebutuhan dasarnya dengan wajar baik secara jasmani, rohani maupun sosial.
- 7) Anak yang memerlukan perlindungan khusus: anak yang berusia 6 (enam) tahun sampai dengan 18 (delapan belas) tahun dalam situasi darurat, dari kelompok minoritas dan terisolasi, dieksploitasi secara ekonomi dan/atau seksual, diperdagangkan, menjadi korban penyalahgunaan narkoba, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (napza), korban penculikan, penjualan, perdagangan, korban kekerasan baik fisik dan/atau mental, yang menyandang disabilitas, dan korban perlakuan salah dan penelantaran.
- 8) Lanjut usia telantar: seseorang yang berusia 60 (enam puluh) tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya.
- 9) Penyandang disabilitas: mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama dimana ketika berhadapan dengan berbagai hambatan hal ini dapat mengalami partisipasi penuh dan efektif mereka dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya.
- 10) Tuna susila: seseorang yang melakukan hubungan seksual dengan sesama atau lawan jenis secara berulang-ulang dan bergantian diluar perkawinan yang sah dengan tujuan mendapatkan imbalan uang, materi atau jasa.
- 11) Gelandangan: orang-orang yang hidup dalam keadaan yang tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak dalam masyarakat

setempat, serta tidak mempunyai pencaharian dan tempat tinggal yang tetap serta mengembara di tempat umum.

- 12) Pengemis: orang-orang yang mendapat penghasilan meminta-minta ditempat umum dengan berbagai cara dan alasan untuk mengharapkan belas kasihan orang lain.
- 13) Pemulung: orang-orang yang melakukan pekerjaan dengan cara memungut dan mengumpulkan barang-barang bekas yang berada di berbagai tempat pemukiman penduduk, pertokoan dan/atau pasar-pasar yang bermaksud untuk didaur ulang atau dijual kembali, sehingga memiliki nilai ekonomis.
- 14) Kelompok minoritas: kelompok yang mengalami gangguan keberfungsian sosialnya akibat diskriminasi dan marginalisasi yang diterimanya sehingga karena keterbatasannya menyebabkan dirinya rentan mengalami masalah sosial, seperti gay, waria, dan lesbian.
- 15) Bekas Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan (BWBLP): seseorang yang telah selesai menjalani masa pidananya sesuai dengan keputusan pengadilan dan mengalami hambatan untuk menyesuaikan diri kembali dalam kehidupan masyarakat, sehingga mendapat kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan atau melaksanakan kehidupannya secara normal.
- 16) Orang dengan HIV/AIDS (ODHA): seseorang yang telah dinyatakan terinfeksi HIV/AIDS dan membutuhkan pelayanan sosial, perawatan kesehatan, dukungan dan pengobatan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal.
- 17) Korban Penyalahgunaan NAPZA: seseorang yang menggunakan narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya diluar pengobatan atau tanpa sepengetahuan dokter yang berwenang.
- 18) Korban trafficking: seseorang yang mengalami penderitaan psikis, mental, fisik, seksual, ekonomi dan/atau sosial yang diakibatkan tindak pidana perdagangan orang.

- 19) Korban tindak kekerasan: orang baik individu, keluarga, kelompok maupun kesatuan masyarakat tertentu yang mengalami tindak kekerasan, baik sebagai akibat perlakuan salah, eksploitasi, diskriminasi, bentuk-bentuk kekerasan lainnya ataupun dengan membiarkan orang berada dalam situasi berbahaya sehingga menyebabkan fungsi sosialnya terganggu.
- 20) Pekerja Migran Bermasalah Sosial (PMBS): pekerja migran internal dan lintas negara yang mengalami masalah sosial, baik dalam bentuk tindak kekerasan, penelantaran, mengalami musibah (faktor alam dan sosial) maupun mengalami disharmoni sosial karena ketidakmampuan menyesuaikan diri di negara tempat bekerja sehingga mengakibatkan fungsi sosialnya terganggu.
- 21) Korban bencana alam: orang atau sekelompok orang yang menderita atau meninggal dunia akibat bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor terganggu fungsi sosialnya.
- 22) Korban bencana sosial: orang atau sekelompok orang yang menderita atau meninggal dunia akibat bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror.
- 23) Perempuan rawan sosial ekonomi: seorang perempuan dewasa menikah, belum menikah atau janda dan tidak mempunyai penghasilan cukup untuk dapat memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari.
- 24) Fakir miskin: orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencarian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.

25) Keluarga bermasalah sosial psikologis: keluarga yang hubungan antar anggota keluarganya terutama antara suami-istri, orang tua dengan anak kurang serasi, sehingga tugas-tugas dan fungsi keluarga tidak dapat berjalan dengan wajar.

26) Komunitas Adat Terpencil: kelompok sosial budaya yang bersifat lokal dan terpencar serta kurang atau belum terlibat dalam jaringan dan pelayanan baik sosial ekonomi, maupun politik.

2.3.4 Peran *Community Worker* dalam Intervensi Sosial pada Komunitas Lokal

Adi (2013: 216-220) menyatakan bahwa secara konvensional, sekurang-kurangnya ada tujuh peran yang sering kali diadopsi dan dikembangkan oleh *community worker*, yaitu sebagai:

1) Pemercepatperubahan(*Enabler*)

Sebagai *enabler* seorang *community worker* membantu masyarakat agar dapat mengartikulasi kebutuhan mereka; mengidentifikasi masalah mereka; dan mengembangkan kapasitas mereka agar dapat menangani masalah yang mereka hadapi secara lebih efektif. Peran sebagai *enabler* ini adalah peran klasik dari seorang *community worker*. Dasar filosofis dari peran ini adalah “*help people to help themselves*”.

Ada empat fungsi utama yang dilakukan *community worker* sebagai pemercepat terjadinya perubahan (*enabler*), yaitu:

- a. membantu masyarakat menyadari dan melihat kondisi mereka;
- b. membangkitkan dan mengembangkan ‘organisasi’ dalam masyarakat;
- c. mengembangkan relasi interpersonal yang baik; dan
- d. memfasilitasi perencanaan yang efektif.

2) Perantara (*Broker*)

Peranan seorang *broker* (perantara) dalam intervensi komunitas terkait erat dengan upaya menghubungkan individu ataupun kelompok dalam masyarakat yang membutuhkan bantuan ataupun layanan masyarakat (*community service*),

tetapi tidak tahu di mana dan bagaimana mendapatkan bantuan tersebut, dengan lembaga yang menyediakan layanan masyarakat.

3) Pendidik (*Educator*)

Dalam menjalankan peran sebagai pendidik, *community worker* diharapkan mempunyai kemampuan menyampaikan informasi dengan baik dan jelas, serta mudah ditangkap oleh komunitas yang menjadi sasaran perubahan. Disamping itu, ia harus mempunyai pengetahuan yang cukup memadai mengenai topik yang akan dibicarakan. Dalam kaitan dengan hal ini, seorang *community worker* tidak jarang harus menghubungi rekan dari profesi lain yang menguasai materi tersebut.

4) Tenaga Ahli (*Expert*)

Dalam kaitan dengan peranan sebagai tenaga ahli (*expert*), *community worker* diharapkan untuk dapat memberikan masukan, saran, dan dukungan informasi dalam berbagai area. Pada umumnya klien dari ‘tenaga ahli’ adalah organisasi pelayanan manusia (*human service organization*) baik itu dari organisasi pemerintah (*government organizations*) ataupun non-pemerintah (*non government organizations*).

5) Perencana Sosial (*Social Planner*)

Seorang perencana sosial mengumpulkan data mengenai masalah sosial yang terdapat dalam komunitas; menganalisisnya; dan menyajikan alternatif tindakan yang rasional untuk menangani masalah tersebut. Setelah itu perencana sosial mengembangkan program, mencoba mencari alternatif sumber pendanaan, dan mengembangkan konsensus dalam kelompok yang mempunyai berbagai minat ataupun kepentingan.

6) Advokat (*Advocate*)

Peran sebagai ‘*advocate*’ dalam *community work* dicangkok dari profesi hukum. Peran ‘advokat’ pada satu sisi berpijak pada tradisi pembaharuan sosial, dan pada sisi lainnya berpijak pada tradisi pelayanan sosial. Peran ini merupakan peran yang aktif dan terarah (*directive*), di mana *community worker* menjalankan fungsi advokasi atau pembelaan yang mewakili kelompok masyarakat yang membutuhkan suatu bantuan ataupun layanan, tetapi institusi

yang 'seharus'nya memberikan bantuan ataupun layanan tersebut tidak memdulikan (bersifat negatif ataupun menolak tuntutan warga). Dalam menjalankan fungsi advokasi, seorang *community worker* tidak jarang harus melakukan persuasi terhadap kelompok profesional ataupun kelompok *elit* tertentu, agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan (dalam kaitan dengan upaya mengembangkan suatu komunitas).

7) Aktivis (*Activist*)

Sebagai *activist*, seorang *community worker* mencoba melakukan perubahan institusional yang lebih mendasar, dan sering kali tujuannya adalah pengalihan sumber daya ataupun kekuasaan (*power*) pada kelompok yang kurang mendapatkan keuntungan (*disadvantaged group*). Seorang *activist* biasanya memerhatikan isu-isu tertentu, seperti ketidaksesuaian dengan hukum yang berlaku (*injustice*), kesenjangan (*inequity*), dan perampasan hak. Sebagai lembaga yang melakukan intervensi terhadap para penderita HIV/AIDS, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Timur sudah seharusnya memiliki dan menerapkan ketujuh peran *community worker* diatas dalam intervensinya terhadap para penderita HIV/AIDS.

2.3.5 Ilmu Kesejahteraan Sosial dan Psikologi

Adi (2013: 71) menjelaskan beberapa sumbangan Psikologi pada disiplin pekerjaan sosial dan juga Ilmu Kesejahteraan Sosial terdapat bukan saja pada kerangka berpikir (*theoretical background*), tetapi juga pada aspek metodologi (baik pada metode penelitian maupun metode intervensi). Beberapa sumbangan dari disiplin Psikologi antara lain:

- 1) Memberikan dasar ketrampilan untuk menjalin hubungan (relasi) dengan kelompok sasaran, baik pada level individu, keluarga maupun kelompok.
- 2) Memberikan pemahaman tentang keterkaitan antara aspek dan dinamika kejiwaan dengan perilaku seseorang.
- 3) Memberikan pemahaman tentang tugas-tugas perkembangan individu, keluarga, dan kelompok yang nantinya dapat dimanfaatkan baik untuk intervensi mikro maupun makro.

- 4) Memberikan dasar pengetahuan untuk mengembangkan keterampilan intervensi di level mikro (individu, keluarga, dan kelompok), terutama dalam melakukan *engagement*, *assessment*, dan melakukan terapi.

2.4 Kajian Terhadap Penelitian Terdahulu

Menurut Ibrahim (2015: 41) kajian terdahulu akan mempertegas posisi penelitian yang akan dilakukan. Artinya bahwa, penelitian yang akan dilakukan bukanlah penelitian yang hanya mengulangi atau menjiplak apa yang sudah diteliti oleh orang lain. Dengan memahami kajian terdahulu, seorang peneliti akan terhindar dari plagiarisme, baik yang sengaja (untuk menjiplak), maupun tidak sengaja (karena tidak melakukan analisis kajian yang pernah dilakukan oleh orang lain).

Kajian terdahulu juga sangat berguna bagi penelitian yang akan dilakukan, baik sebagai bahan perbandingan, maupun sebagai bahan analisis. Sebagai bahan perbandingan, kajian terdahulu bermanfaat untuk dijadikan model atau titik berangkat bagi sebuah penelitian yang baru akan dilakukan. Sebagai bahan analisis, kajian terdahulu sangat bermanfaat untuk melakukan pembahasan, diskusi, interpretasi dan proses pemaknaan terhadap penelitian yang akan dilakukan (Ibrahim, 2015: 41-42).

Kajian terhadap penelitian terdahulu tentang upaya penanganan dampak psikososial terhadap penderita HIV/AIDS tidak ditemukan oleh peneliti. Akan tetapi peneliti menemukan 2 penelitian terdahulu yang akan dijadikan kajian penelitian terdahulu, yaitu tesis dari Dewa Putu Yudi Pardita dengan judul “Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV/AIDS Di Kota Denpasar” dan Skripsi dari Wahyu Catursari dengan judul “Pemahaman Dan Kesadaran PSK Tentang HIV/AIDS”. Kedua penelitian terdahulu tersebut dipilih peneliti sebagai bahan perbandingan terhadap penelitian yang akan dilakukan sehingga akan muncul persamaan dan perbedaan dari penelitian terdahulu dan penelitian yang baru akan dilakukan.

Tesis oleh Dewa Putu Yuri Pardita mahasiswa Program Magister Program Studi Ilmu Ekonomi Program Pasca Sarjana Universitas Udayana dengan judul

“Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV/AIDS Di Kota Denpasar”. Rumusan masalah yang digunakan dalam penelitian ini adalah bagaimana karakteristik penderita HIV/AIDS dan apakah ada perbedaan kondisi sosial, ekonomi, psikologis responden sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar. Dengan tujuan untuk mengetahui karakteristik penderita HIV AIDS di Kota Denpasar dan Untuk menganalisis perbedaan kondisi sosial, ekonomi, psikologis responden sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar. Responden pada penelitian ini adalah penderita HIV AIDS di Kota Denpasar. Data yang diperoleh kemudian dibagi berdasar kankarakteristik responden penelitian yang dibedakan menurut jenis kelamin, umur, status perkawinan, jumlahanak, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan karakteristik penderita HIV AIDS di Kota Denpasar berdasarkan jenis kelamin, persentase perempuan lebih banyak daripada laki-laki, usia produktif antara 31 – 40 tahun, untuk status perkawinan persentase terbanyak adalah status kawin dengan persentase jumlah anak kurang dari dua anak, serta penderita berasal dari berbagai tingkat pendidikan dalam hal ini persentase terbanyak tingkat pendidikan terakhir penderita adalah SMA. Jenis pekerjaan penderita HIV AIDS di Kota Denpasar beragam, salah satunya adalah pekerjaan sebagai WTS yang berisiko tertular dan menularkan penyakit HIV AIDS menempati posisikedua persentase terbanyak, sedangkan pekerjaan yang paling banyak digeluti penderita adalah sebagai wiraswasta.

Indikator sosial yang mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah intensitas keikutsertaan dalam rapat, intensitas berkunjung ke rumah keluarga atau kerabat, intensitas keikutsertaan gotong royong di lingkungan sekitar tempat tinggal, dan intensitas menghadiri undangan adat. Sedangkan indikator sosial yang tidak mengalami perubahan setelah responden terkena HIV AIDS adalahvariabel komunikasi, intensitas sembahyang/ibadah bersama keluarga atau masyarakat, dan interaksi dengan keluarga. Indikator ekonomi yang mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah variabel jam kerja, artinya ada perbedaan jam kerja, sebelum dan sesudah terkena HIV AIDS di Kota Denpasar. Sedangkan indikator yang tidak mengalami perubahan setelah responden terkena penyakit HIV AIDS adalah variabel keadaan bekerja atau tidak, lapangan

pekerjaan, status pekerjaan, dan pendapatan. Ada perbedaan kondisi psikologis responden yaitu stress, frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, berduka, dan rasa malu sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar.

Pada skripsi oleh Jenit Retno Wulandari mahasiswi Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember Tahun 2013 dengan judul “Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS (Studi Kasus Pada Remaja di Lingkungan Lokalisasi *Land Craft Machine* di Dusun Krajan RT01/RW03, Desa Bulusan, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi)”. Rumusan masalah yang digunakan dalam penelitian ini adalah tentang bagaimana pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS di lingkungan lokalisasi *Land Craft Machine* yang terletak di Dusun Krajan RT01/RW03, Desa Bulusan, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi. Peneliti menggunakan metode pendekatan penelitian kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus yaitu penelitian yang dilakukan pada waktu tertentu pada suatu fenomena sosial di wilayah tertentu.

Hasil dari penelitian yang didapatkan adalah remaja di lingkungan lokalisasi LCM mengetahui tentang HIV/AIDS adalah suatu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh pada manusia dan melumpuhkan organ-organ vital manusia. Para remaja di lingkungan tersebut mendapat informasi tentang HIV/AIDS melalui media internet, koran, dan majalah namun menurut mereka informasi terkait hal tersebut lebih sering didapat dari lingkungan mereka sendiri yang terletak di sekitar lokalisasi. Pengetahuan tersebut tidak didapatkan secara sengaja oleh para remaja akan tetapi terkadang informasi mengenai HIV/AIDS mereka dapatkan *nongkrong* di sekitaran lokalisasi LCM. Mereka mendapat informasi dari teman, warga, dan PSK secara langsung. PSK memberi informasi seadanya saja tentang HIV/AIDS dan tidak terlalu panjang, mereka memberi informasi berdasarkan pengetahuan dan pengalaman. Pengetahuan tentang HIV/AIDS bermanfaat bagi remaja di lingkungan lokalisasi LCM agar lebih berhati-hati dalam bergaul dan pacaran juga membuat mereka untuk tidak bertingkah aneh-aneh.

Pengetahuan tentang HIV/AIDS bermanfaat bagi remaja di lingkungan lokalisasi LCM agar lebih berhati-hati dalam bergaul dan pacaran juga membuat mereka untuk tidak bertingkah aneh-aneh. Pengetahuan tersebut juga bermanfaat

agar mereka mendapatkan masa depan yang lebih sehat dengan terbebas dari ancaman virus HIV/AIDS. Para remaja tersebut juga mengetahui penyebab menularnya virus HIV/AIDS yaitu melalui darah, air mani (cairan sperma atau cairan vagina), dan air susu ibu (ASI), serta penggunaan jarum suntik yang tidak steril di kalangan pengguna narkoba. Mereka melakukan pencegahan terhadap diri sendiri dengan tidak nakal, tidak sering melakukan hubungan badan, menjauhi narkoba terutama yang memakai jarum suntik dan bekal iman yang kuat dalam berpacaran.

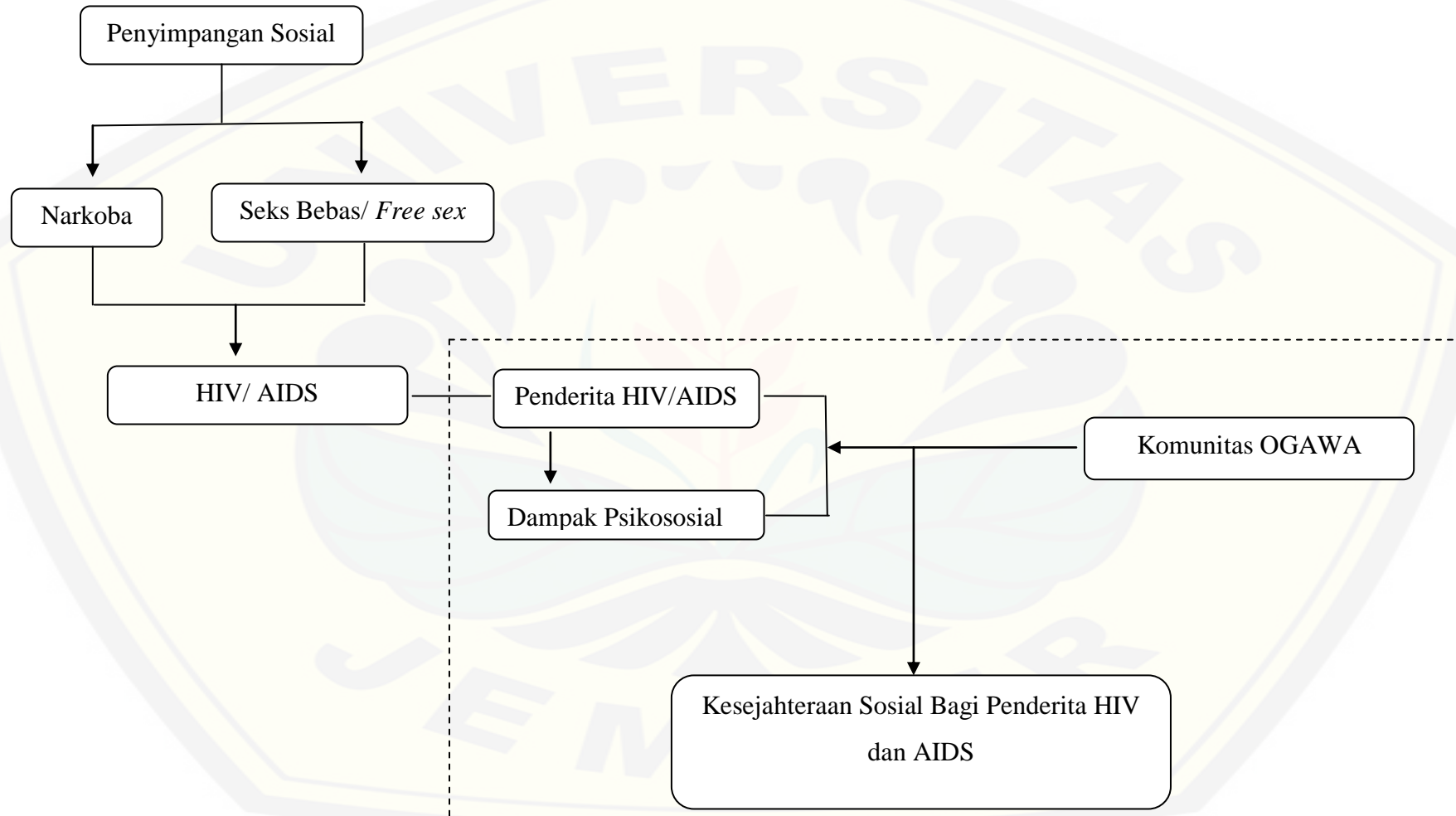
Tabel 2.1 Penelitian Sebelumnya

Penulis	Dewa Putu Yuri Pardita	Jenit Retno Wulandari
Judul Penelitian	Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV/AIDS Di Kota Denpasar	Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS (Studi Kasus Pada Remaja di Lingkungan Lokalisasi <i>Land Craft Machine</i> di Dusun Krajan RT01/RW03, Desa Bulusan, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi)
Tahun Penelitian	2014	2013
Lembaga	Program Magister Program Studi Ilmu Ekonomi Program Pasca Sarjana Universitas Udayana	Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember
Rumusan Masalah	bagaimana karakteristik penderita HIV/AIDS dan apakah ada perbedaan kondisi sosial, ekonomi, psikologis responden sebelum dan sesudah terkena penyakit HIV AIDS di Kota Denpasar?	bagaimana pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS di lingkungan lokalisasi <i>Land Craft Machine</i> ?
Persamaan Penelitian	Membahas mengenai dampak psikososial penderita HIV/AIDS	Membahas mengenai HIV/AIDS
Perbedaan Penelitian	Metode penelitian kuantitatif	Tidak membahas lebih mendalam mengenai dampak psikososial

2.5 Alur Pikir Penelitian

Penyimpangan sosial menjadi permasalahan yang sangat mengkhawatirkan di era modern dan berteknologi tinggi seperti sekarang ini. Mudah dan sangat cepatnya pertukaran informasi dan juga dampak modernisasi di semua bidang membuktikan bahwa dunia kini terlihat seperti tanpa jarak. Nilai dan norma yang berlaku di lingkungan masyarakat Indonesia kini sudah mulai bercampur budaya asing dampak modernisasi. Penyimpangan sosial berupa penyalahgunaan narkoba dan seks bebas merupakan dua contoh penyimpangan sosial yang hidup bersama masyarakat luas. Keduanya memiliki kesamaan resiko, yakni bagi para pecandunya akan menjadi sangat rawan terhadap virus dan penyakit HIV dan AIDS. Hal tersebut juga akan menyebabkan ada dan bertambahnya penderita HIV/AIDS di setiap daerah. Karena ketika ada penderita HIV/AIDS di lingkungan masyarakat tentunya memiliki dampak bagi masyarakat dan penderita dalam berinteraksi pada lingkungan sosialnya. Stigma negatif masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS menjadi permasalahan yang timbul akibat latar belakang penularan virus dan penyakit tersebut yang merupakan dua negatif yang termasuk dalam penyimpangan sosial. Sehingga akan berdampak terhadap psikososial bagi para penderita HIV/AIDS yang juga berpengaruh pada kesehatan, kehidupan sosial, ekonomi, politik, dan keamanan mereka.

Dampak Psikososial HIV/AIDS merupakan suatu hal yang penting bagi penderita HIV/AIDS, karena hal tersebut sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup serta tingkat harapan hidup yang lebih lama karena hal tersebut akan berkaitan dengan tingkat kekebalan dalam tubuh penderita HIV/AIDS. Hal inilah yang membuat peneliti tertarik melakukan penelitian tentang upaya penanganan yang dilakukan oleh komunitas OGAWA Kabupaten Jember mengenai dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS yang mana pada akhirnya akan berdampak pada kesejahteraan sosial bagi kehidupan penderita HIV/AIDS secara keseluruhan.



BAB 3. METODE PENELITIAN

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat kata kunci yang perlu diperhatikan yaitu, cara ilmiah, data, tujuan, dan kegunaan. Cara ilmiah berarti kegiatan penelitian itu didasarkan pada ciri-ciri keilmuan, yaitu rasional, empiris dan sistematis. Rasional berarti kegiatan penelitian itu dilakukan dengan cara-cara yang masuk akal, sehingga terjangkau oleh penalaran manusia. Empiris berarti cara-cara yang dilakukan itu dapat diamati oleh indera manusia, sehingga orang lain dapat mengamati dan mengetahui cara-cara yang digunakan. Sistematis artinya, proses yang digunakan dalam penelitian itu menggunakan langkah-langkah tertentu yang bersifat logis (Sugiyono 2008: 2).

3.1 Pendekatan Penelitian

Pada penelitian ini berusaha menggali informasi mengenai upaya yang dilakukan oleh LSM OGAWA (organisasi gaya warna) di Kabupaten Jember terhadap dampak psikososial penderita HIV/AIDS. Maka dari itu dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2008: 9).

3.2 Jenis Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif. Secara bahasa, deskriptif adalah cara kerja yang sifatnya menggambarkan, melukiskan, meringkaskan berbagai kondisi, situasi, atau berbagai variabel yang diamati (Ibrahim, 2015: 59). Kemudian menurut Ibrahim (2015: 58-59) deskriptif juga

digunakan untuk menyebutkan pendekatan (pendekatan deskriptif), juga model penelitian (model deskriptif), atau jenis penelitian (jenis deskriptif), teknik penelitian (teknik deskriptif), dan metode itu sendiri (metode deskriptif). Artinya, deskriptif bisa saja dijelaskan sebagai satu karakter penelitian tersendiri, yang bersesuaian sejak penentuan jenis atau model penelitian, pendekatan hingga metode sebagai deskriptif (Jalaludin Rakhmat, 2005: 25) (dalam Ibrahim, 2015: 59).

Dengan demikian, penelitian yang menggunakan metode deskriptif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk melukiskan, menggambarkan, atau memaparkan keadaan objek yang diteliti sebagaimana adanya, sesuai dengan situasi dan kondisi ketika penelitian tersebut dilakukan. Dengan metode ini peneliti hanya perlu menggambarkan realitas objek yang diteliti secara baik, utuh, jelas dan sesuai dengan fakta yang tampak (dilihat dan didengar) (Ibrahim, 2015: 59). Maka dari itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif, dengan tujuan atau target akhir penelitian peneliti dapat melukiskan, menggambarkan, meringkaskan, serta memaparkan berbagai kondisi objek yang diteliti dalam hal ini LSM OGAWA (organisasi gaya warna) yang berada di Kabupaten Jember dalam upayanya menanggulangi dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS sebagaimana adanya tanpa memanipulasi variabel yang diteliti.

3.3 Penentuan Lokasi Penelitian

Pada teknik penentuan lokasi, sebagaimana telah diuraikan pada latar belakang. Peneliti memilih LSM OGAWA (organisasi gaya warna) sebagai lokasi penelitian. Lokasi tersebut dipilih karena sangat relevan dengan fenomena yang ditemukan serta diangkat peneliti dalam penelitian ini, serta OGAWA merupakan Lembaga Swadaya Masyarakat yang memiliki peran penting dalam hal penanggulangan HIV/ AIDS di Kabupaten Jember. Selain itu Kabupaten Jember merupakan daerah dengan angka penderita HIV dan AIDS yang sangat tinggi dan masuk tiga terbanyak di Jawa Timur. Angka tersebut masih berdasarkan penderita yang memeriksakan diri dan teridentifikasi oleh dinas

kesehatan, tidak menutup kemungkinan masih banyak lagi penderita HIV dan AIDS di Kabupaten Jember yang memilih menutup diri dan tidak mau memerikasakn diri karena stigama negatif terhadap penderita HIV dan AIDS masih sangat melekat di masyarakat. Maka dari itu peneliti ingin menggali informasi mengenai upaya yang dilakukan oleh LSM OGAWA (organisasi gaya warna) dalam menanggulangi dampak psikososial penderita HIV/ AIDS.

3.4 Teknik Penentuan Informan

Pada teknik penentuan informan atau sumber data peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*. Menurut Ibrahim (2015:72) *purposive sampling* signifikan digunakan dalam 3 situasi. *Pertama*, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* guna memilih responden unik yang akan memberi informasi penting. *Kedua*, peneliti menggunakan *purposive sampling* untuk memilih responden yang sulit dicapai, untuk itu peneliti cenderung subyektif(misalnya menentukan sampel berdasarkan kategorisasi atau karakteristik umum yang ditentukan sendiri oleh peneliti). *Ketiga*, tatkala peneliti ingin mengidentifikasi jenis responden tertentu untuk diadakan wawancara mendalam. Dari ketiga situasi tersebut peneliti akan menentukan informan.

Purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2012: 53). Melalui penelitian ini informan dipilih dan ditetapkan secara sengaja oleh peneliti berdasarkan tujuan penelitian. Informan ditentukan secara sengaja oleh peneliti karena informan adalah orang yang dapat memberikan keterangan atau informasi mengenai masalah yang sedang diteliti dan dapat berperan sebagai narasumber selama proses penelitian. Pembagian informan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok informan yang dipilih berdasarkan fungsinya, yakni:

a) Informan Pokok (Primary Informan)

Informan pokok berfungsi sebagai aset data yang paling utama dalam penelitian ini, karena informan pokok merupakan kunci dari sumber informasi yang memahami secara detail mengenai fenomena sosial yang sedang terjadi. Menurut

Sugiyono (2012: 56-57), sebagai sumber utama atau informan pokok harus memenuhi beberapa kriteria, diantaranya adalah:

1. Subjek yang menguasai atau memahami sesuatu melalui proses enkulturasi, sehingga sesuatu itu bukan sekedar diketahui tetapi juga dihayati;
2. Subjek yang tergolong masih berkecimpung atau terlibat pada kegiatan-kegiatan yang tengah diteliti;
3. Subjek yang mempunyai waktu memadai untuk dimintai informasi;
4. Subjek yang tidak cenderung menyampaikan informasi hasil “kemasannya” sendiri;
5. Subjek yang pada mulanya tergolong “cukup asing” dengan penelitian sehingga menggairahkan untuk dijadikan semacam guru atau narasumber.

Dalam penelitian ini yang menjadi informan pokok adalah:

1. Ketua komunitas OGAWA
2. Pengurus Organisasi komunitas OGAWA
3. Pendamping Lapangan komunitas OGAWA

Adapun profil dari informan pokok pada penelitian ini adalah:

Tabel 3.1 Daftar Profil Informan Pokok

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan terakhir	Jabatan
1.	BD	L	45th	SMA	Ketua Umum
2.	FK	L	24th	SMA	Sekretaris
3.	RN	P	37th	SMA	Bendahara
4.	Prakoso/SN	L	43th	SMA	Pendamping Lapangan

b) Informan Tambahan

Informan tambahan adalah orang-orang yang dianggap tahu oleh peneliti tentang upaya penanganan dampak psikososial yang dilakukan komunitas OGAWA pada penderita HIV/AIDS. Informan tambahan disini berfungsi untuk memastikan dan mengecek kebenaran dari informasi yang diberikan oleh

informan pokok. Dalam penelitian ini yang menjadi informan tambahan adalah ODHA yang tergabung dalam komunitas OGAWA. Adapun profil informan tambahan pada penelitian ini adalah:

Tabel 3.2 Daftar Profil Informan Tambahan

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
1.	F	L	53th	Kelas 3SD	PRT
2.	MF	L	23th	SMK	Freelance

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2008: 224). Kemudian Sugiyono (2008: 224-225) juga menjelaskan bahwa pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai *setting*, berbagai *sumber*, dan berbagai *cara*. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, dan dokumentasi.

3.5.1 Observasi

Nasution (1998) (dalam Sugiyono, 2008: 226) menyatakan bahwa, observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Marshall (1995) (dalam Sugiyono, 2008: 226) menyatakan bahwa “*through observation, the researcher learn about behavior and the meaning attached to those behavior*”. Melalui observasi, peneliti belajar tentang perilaku, dan makna dari perilaku tersebut. Sanafiyah Faisal (1990) mengklasifikasikan observasi menjadi observasi berpartisipasi (*participant observation*), observasi yang secara terang-terangan dan tersamar (*overt observation and covert observation*), dan observasi tak berstruktur (*unstructured observation*) (Sugiyono, 2008: 226). Dalam desain penelitian ini peneliti menggunakan observasi terus terang dan tersamar (*overt*

observation and covert observation), karena pada saat observasi peneliti ingin melakukan pengumpulan data secara terus terang kepada sumber data, namun apabila peneliti mengalami kesulitan dalam mencari informasi peneliti akan menggunakan observasi tersamar. Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara hadir secara langsung di lokasi sekretariat LSM OGAWA yang bertempat di Perumahan Vila Ajung Blok i/2 Kecamatan Ajung pada saat diadakan pertemuan rutin maupun sekedar melakukan pendekatan. Selain mengunjungi sekretariat OGAWA, peneliti juga melakukan observasi dengan cara mengikuti beberapa kegiatan yang diadakan oleh LSM OGAWA yang mana dalam hal ini kegiatan tersebut merupakan upaya-upaya yang dilakukan oleh LSM OGAWA dalam menangani permasalahan dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS.

3.5.2 Wawancara

Esteborg (2002) mengemukakan beberapa macam wawancara, yaitu wawancara terstruktur, semiterstruktur, dan tidak terstruktur (Sugiyono, 2008: 233). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis wawancara semiterstruktur (*Semistruktur Interview*), jenis wawancara ini sudah masuk dalam kategori *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan (Sugiyono, 2008: 233). Pada teknik pengumpulan data melalui wawancara ini, peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa daftar pertanyaan yang telah dibuat sebelumnya, dan dapat berkembang sesuai keadaan dan kebutuhan informasi yang terjadi di lapangan. Dalam proses wawancara, peneliti mengumpulkan data dari informan pokok dan informan tambahan.

3.5.3 Dokumentasi

Sugiyono (2008: 240) menyatakan bahwa, dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar, misalnya foto, gambar hidup, sketsa dan lain-lain. Dokumen yang berbentuk karya misalnya karya seni, yang dapat berupa gambar, patung, film, dan lain-lain. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif, maka dari itu peneliti juga menggunakan studi dokumentasi dalam teknik pengumpulan data. Dokumentasi yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan mengambil gambar secara primer ataupun sekunder. Data primer dimana peneliti mendapatkan dokumentasi berdasarkan hasil dari pengambilan dokumentasi dari peneliti sendiri yang didapatkan pada saat observasi dan juga wawancara. Kemudian Data sekunder, yaitu dokumentasi yang didapatkan peneliti melalui sumber data informan, seperti dokumentasi kegiatan terdahulu dan catatan-catatan yang dimiliki oleh LSM OGAWA.

3.6 Teknik Analisis Data

Dalam hal analisis data kualitatif, Bogdan (dalam Sugiyono, 2008: 244) menyatakan bahwa:

“Data analysis is the process of systematically searching and arranging the interview transcripts, fieldnotes, and other materials that you accumulate to increase your own understanding of them and to enable you to present what you have discovered to others”

“Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah difahami, 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 yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceriterakan kepada orang lain (Sugiyono, 2008: 244).

Kemudian proses analisis data dalam penelitian ini mengacu pada prosedur analisis data penelitian kualitatif dari Irawan (2006: 76-79) yaitu:

1) Pengumpulan data mentah

Pada tahap ini peneliti melakukan pengumpulan data mentah, misalnya melalui wawancara, observasi lapangan, kajian pustaka. Pada tahap ini peneliti menggunakan alat-alat yang diperlukan, seperti tape recorder, kamera, dan lain-lain.

2) Transkrip data

Pada tahap ini, peneliti merubah catatan ke bentuk tertulis (apakah itu berasal dari tape recorder atau catatan tulisan tangan). Yang di ketik ini pun persis seperti apa adanya (verbatim).

3) Pembuatan koding

Pada tahap ini, peneliti membaca ulang seluruh data yang sudah ditranskrip. Dibaca pelan-pelan dan sangat teliti. Pada bagian tertentu dari transkrip itu peneliti akan menemukan hal-hal penting yang perlu di catat untuk proses berikutnya. Dari hal-hal penting ini, diambil “kata kunci”nya. Dan dari kata kunci ini nanti akan diberi kode.

4) Kategorisasi data

Pada tahap ini, peneliti mulai “menyederhanakan” data dengan cara “mengikat” konsep-konsep (kata-kata) kunci dalam satu besaran yang dinamakan “kategori”.

5) Penyimpulan sementara

Sampai disini peneliti sudah boleh mengambil kesimpulan, meskipun masih bersifat sementara. Kesimpulan ini 100% harus berdasarkan data.

6) Triangulasi

Triangulasi ini adalah proses check dan recheck antara satu sumber data dengan sumber data lainnya. Dalam proses ini ada beberapa kemungkinan bisa terjadi. Pertama, satu sumber cocok (senada, koheren) dengan sumber lain. Kedua, satu sumber data berbeda dari sumber lain, tetapi tidak harus

bertentangan. Ketiga, satu sumber 180derajat bertolak belakang dengan sumber lain.

7) Kesimpulan akhir

Penyimpulan akhir ini akan dibahas lebih rinci di BAB VI. Tetapi untuk ditegaskan, ada kemungkinan peneliti mengulangi langkah satu sampai langkah enam berkali-kali, sebelum peneliti mengambil kesimpulan akhir dan mengakhiri penelitian. Kesimpulan akhir diambil ketika peneliti sudah merasa bahwa data sudah jenuh (*saturated*) dan setiap penambahan data barunya hanya berarti ketumpang tindihan (*redundant*).

3.7 Teknik Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Tetapi perlu diketahui bahwa kebenaran realitas data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi jamak dan tergantung pada konstruksi manusia, dibentuk dalam diri seorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya (Sugiyono, 2008: 268-269). Menurut Sugiyono (2008: 270) uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas interbal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *conformability* (obyektivitas). Untuk menguji keabsahan data, pada penelitian ini peneliti menggunakan cara triangulasi sumber. Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber (Sugiyono, 2008: 274). Teknik keabsahan data dalam penelitian ini yaitu dengan mengecek data yang diperoleh dari informan pokok dan juga informan tambahan, yang mana dalam penelitian ini informan-informan tersebut adalah orang-orang yang mengerti dan memahami upaya-upaya yang dilakukan oleh LSM OGAWA dalam menangani dampak psikososial bagi penderita HIV/AIDS.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa upaya penanganan dampak psikososial pada penderita HIV/AIDS LSM OGAWA di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

1) Konseling

Konseling yang dilakukan oleh LSM OGAWA adalah dengan memberikan konseling melalui motivasi berupa semangat untuk menerima status sebagai ODHA dan kemudian motivasi untuk menjalani hidupnya. Melalui konseling ODHA juga akan mengalami proses penerimaan diri terhadap statusnya sebagai orang dengan HIV/AIDS.

2) Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Pada pelayanan pembentukan kelompok dukungan sebaya tidak dibentuk melainkan bekerja sama dengan LSM lain yang mana dalam hal ini KDS Pelangi Pelayanan kelompok dukungan sebaya bekerja sama dengan LSM KDS Pelangi yang merupakan LSM pendamping ODHA di Kabupaten Jember

3) Fasilitator

Sebagai fasilitator pendamping OGAWA membantu ODHA sebagai fasilitator untuk memfasilitasi ODHA dalam rangka pembukaan status mereka kepada lingkungan terdekat mereka yang mana dalam hal ini keluarga.

4) *Skill Building/Life Skill*

Dalam meningkatkan kemampuan (*skill building*) OGAWA memberikan pelatihan secara langsung maupun tidak langsung kepada para ODHA. Pelatihan

langsung diberikan kepada ODHA melalui pelatihan memasak, desain kostum dan salon. Pemberian pelatihan juga didasarkan pada minat dan bakat dari masing-masing ODHA.

5) Finansial

Dalam pemenuhan aspek finansial dai ODHA untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya petugas dari LSM OGAWA mengajak para ODHA tersebut untuk menggali potensi apa yang ada dalam diri mereka dan selanjutnya dapat dimanfaatkan sebagai modal awal untuk berkarya dan nantinya menghasilkan uang dan dapat memenuhi kebutuhan hidup mereka sehari-hari. Dalam upaya pemenuhan aspek finansia ini jga akan berpengaruh terhadap meningkatnya taraf hidup dan juga tingkat kesejahteraan dari ODHA itu sendiri, karena mereka dapat memenuhi kebutuhan mereka dengan usaha mereka sendiri.

6) Aksesabilitas

Dalam upaya pemenuhan aksesabilitas kepada ODHA dilakukan dalam 2 pelayanan yaitu pelayanan kesehatan dan pendampingan. Pelayanan kesehatan terhadap ODHA adalah dengan cara memfasilitasi pengambilan obat dari layanan kemudian diantarkan kepada ODHA tersebut. Kemudian juga melakukan pendampingan ketika si ODHA tersebut akan pergi ke layanan yang dalam hal ini puskesmas, klinik, dan rumah sakit.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka perlu adanya saran dalam upaya penanganan dampak psikososial ODHA yang dilakukan oleh LSM OGAWA, adapun sarannya adalah sebagai berikut:

1. Pencatatan data terperinci dari ODHA yang berasal dari OGAWA alangkah lebih baiknya dilakukan pendataan secara terperinci mulai dari jumlah, jenis kelamin, dan juga informasi terperinci lainnya supaya memudahkan pencatatan data dan hasil penjarangan ODHA.
2. Sumber daya manusia dari pendamping masih bisa ditingkatkan dengan perekrutan pendamping baru yang sesuai dengan bidang keahlian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, Isbandi R. 1994. *Psikologi, Pekerjaan Sosial Dan Ilmu Kesejahteraan Sosial: Dasar-Dasar Pemikiran*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- _____. 2013. *Kesejahteraan Sosial (Pekerjaan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Fahrudin, Adi. 2014. *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama
- Gerungan, W.A. 1988. *Psikologi Sosial*. Bandung: Eresco
- Ibrahim. 2015. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Irawan, P. 2006. *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional
- Junaidi, I. 2006. *The Power Of Soul for Great Health*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer
- Katiandagho, D. 2015. *Epidemiologi HIV-AIDS*. Bogor: Penerbit IN Media
- Kementrian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi. 2014. *Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Jakarta
- Pasuhuk, W. 1994. *AIDS*. Indonesia Publishing House
- Rahman, A. 2013. *Psikologi Sosial: Integrasi Pengetahuan Wahyu dan Pengetahuan Empirik*. Jakarta: Rajawali Pers
- Sarwono, S. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta
- Suud, M. 2006. *3 Orientasi Kesejahteraan Sosial*. Jakarta: Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)
- Sztompka, P. 2005. *Sosiologi Perubahan Sosial*. Jakarta: Prenada
- Wibowo, E. 2003. *Teknik Bimbingan dan Konseling Jilid 1*. Jakarta: Tugu Publisher
- Wilcox, L. 2013. *Psikologi Kepribadian: Analisis Seluk-Beluk Kepribadian Manusia*. Jogjakarta: IRCiSoD

Willis, S. 2007. *Konseling Individu Teori dan Praktek*. Bandung: CV Alfabeta

Sudarma, M. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial

Peraturan menteri dalam negeri nomor 20 tahun 2007 tentang pedoman umum pembentukan komisi penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS daerah

Skripsi:

Wulandari, Jenit Retno. 2013. Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS (Studi Kasus Pada Remaja di Lingkungan Lokalisasi *Land Craft Machine* di Dusun Krajan RT01/RW03, Desa Bulusan, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi). Skripsi. Jember: Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Tesis:

Pardita, Dewa Putu Yuri. 2014. Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV/AIDS Di Kota Denpasar. Tesis. Bali: Program Magister Program Studi Ilmu Ekonomi Program Pasca Sarjana Universitas Udayana

Internet:

<http://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20151130222039-255-95065/sepuluh-fakta-tentang-hiv-aids/> [1 Desember 2015]

http://rri.co.id/post/berita/293436/daerah/jember_menduduki_peringkat_empat_besar_sejawa_timur_kasus_hiv_aids.html [25 Juli 2016]

<http://yandatin.kemosos.go.id/index.php?action=artikel&cat=7&id=21&artlang=id>
[27 Maret 2017]

PANDUAN WAWANCARA

(Guide Interview)

**“UPAYAPENANGANAN DAMPAK PSIKOSOSIAL PENDERITA
HIV/AIDS KOMUNITAS OGAWA (ORGANISASI GAYA WARNA)
KABUPATEN JEMBER”**

Waktu :

Lokasi Penelitian :

Identitas Informan

Nama :

Alamat :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Informan Pokok

1. Bagaimana cara untuk melakukan penjangkaran ODHA pada anggota OGAWA?
2. Tahap-tahap apa sajakah yang dilakukan dalam pendampingan awal ODHA?
3. Bagaimana cara menanagani ODHA yang merasa rendah diri?
4. Bagaimana cara menangani ODHA yang mengalami depresi?
5. Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?
6. Bagaimana upaya yang dilakukan dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?
7. Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?
8. Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA?
9. Apa yang anda lakukan untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dlam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?
10. Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?
11. Kendala apa saja yang pernah dialami dalam upaya mengatasi permasalahan interkasi sosial ODHA?
12. Bagaimana cara mengatasi stigma yang ada dalam masyarakat mengenai ODHA
13. Apakah ada kerjasama dengan LSM, organisasi, lembaga pemerintah ataupun non pemerintah dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?
14. Kerjasama dalam bentuk apakah itu?
15. Bagaimana respon ODHA dalam menerima dampingan/pelayanan dari LSM GAWA untuk menangani dampak psikososialnya?

16. Berapa lama ODHA dapat kembali hidup dan berinteraksi secara bebas dalam masyarakat ?



PANDUAN WAWANCARA

(Guide Interview)

**“UPAYAPENANGANAN DAMPAK PSIKOSOSIAL PENDERITA
HIV/AIDS KOMUNITAS OGAWA (ORGANISASI GAYA WARNA)
KABUPATEN JEMBER”**

Waktu :

Lokasi Penelitian :

Identitas Informan

Nama :

Alamat :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Informan Tambahan

1. Bagaimana proses awal anda menjadi ODHA?
2. Bagaimana kondisi psikis anda ketika pertama kali mengetahui status anda adalah sebagai ODHA?
3. Apa yang dilakukan petugas dari OGAWA kepada anda ketika anda sudah menjadi ODHA?
4. Masalah apa saja yang pernah anda alami selama menjadi ODHA?
5. Bagaimana peran petugas OGAWA dalam menangani masalah anda?
6. Dengan siapa sajakah OGAWA bekerja sama dalam menangani dampak psikososial ODHA?
7. Ketika menjadi ODHA apakah anda pernah mengalami rendah diri?
8. Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan rendah diri?
9. Selama menjadi ODHA apakah anda mengalami depresi?
10. Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan depresi?
11. Apakah anda pernah merasa panik, rasa malu, dan kesepian?
12. upaya apa yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?
13. Apakah anda pernah merasa rentan terhadap permusuhan dan agresi?

14. Apa yang dilakukan petugas OGAWA dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?
15. Bagaimana upaya yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?
16. apakah anda pernah mengalami masalah dalam hubungan anda?
17. Upaya apa yg dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dlam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?
18. Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi di masyarakat?
19. Apa yang dilakukan petugas OGAWA dalam mengatasi masalah interaksi sosial ODHA?
20. Bagaimana cara yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA dari LSM OGAWA?
21. Apakah ada kerjasama dari LSM OGAWA kepada LSM, Organisasi, atau dinas dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?
22. Bagaimana pendapat anda mengenai upaya yang dilakukan OGAWA dalam menangani dampak psikososial ODHA?

HASIL WAWANCARA INFORMAN POKOK

Tempat : Rumah informan

1. Identitas Informan

Nama : BD

Usia : 45tahun

Jabatan : Ketua Umum

2. Hasil Wawancara

Peneliti : Bagaimana cara untuk melakukan penjangkauan ODHA pada anggota OGAWA?

BD : Otomatis dengan melakukan mobile visit, otomatis caranya kan temen2 sudah dibekali ilmu, kemudian mereka dari tim inti2 juga adanya pelatihan, dari situ kan mereka sedikit banyak dari ilmuyang mereka dapatkan oh ini gini2 yaitu dibujuk, dirayu, diarahkan, dibina untuk VCT, seandainya kebetulan menemukan, itu artinya kita kan harus adanya tindak lanjut apakah kita kerjasama dengan puskesmas ketika mereka akan melakukan VCT, tindak lanjutnya ya kita tinggal koordinasi juga dengan ODHanya sendiri mereka maunya dengan siapa opennya dengan siapa , namun pada akhirnya tetep mas, tetep diarahkan dan dibina baik dari tim KDS dan juga dari tim penjangkau dari OGAWA sendiri pasti itu. karena kita gak lepas dari media massa melalui telpon kita bertemu atau kadang kita kumpul di basecamp biasanya seperti itu. pelatihan juga, kalo pelatihan sih selama ini jelas dari funding juga dari GF kemudian LKPBNU ketika kita dikirim, baik PL atupun PE sebelum mereka diterjunkan sebagai petugas mereka pasti diberi senjata dulu diberi pelatihan dulu.

Peneliti : Tahap-tahap apa sajakah yang dilakukan dalam pendampingan awal ODHA?

BD : Awalnya kita bisa memberi motivasi dulu, motivasi jelas itu, motivasi intinya bahwa apapun yang terjadi ya kita terima tapi itu juga perlu proses gak segampang itu, pendekatan sih yang jelas secara personal, kekeluargaan, biar ada jalinan adanya kedekatanlah secara personal. Kita cari tau dulu informasi tentang dia gimana dulunya terus setelah itu baru kita bimbinglah gimana nantinya gitu.

Peneliti : Bagaimana cara menanagani ODHA yang merasa rendah diri?

BD : Biasanya kita juga cari solusi kemudian langkah-langkah awal yang kita ya pendekatan secara pelan-pelan ndak langsung di judge seperti itu ya kita ajak ngobrol, kita ikutkan dalam kegiatan-kegiatannya OGAWA mas, misalkan pertemuan yg berhubungan dengan edutainment, kegiatan dengan begitu e mereka seakan-akan tidak sendiri bahwa ada orang lain selain dia dan ada keluarganya ada kawannya ada temennya gitu mas, jadi kegiatan itu sedikit banyak membangun kepercayaan dirinya.

Peneliti : Bagaimana cara menanagani ODHA yang mengalami depresi?

BD : Memang ada ya pernah ODHA sampek depresi, sampek yaa biasanya kita kita yaa pendekatan porsinya lebih banyak, secara personal pendekatannya secara lebih lebih banyak dan juga tiap temen2 punya trik masing-masing karena tiap petugas juga punya ciri apa yaa, tau personal ini begini kelemahannya disini gini gitu mas biasanya. jadi punya trik sendiri strategi sendiri, punya cara pendekatan lebih dalam lagi tetapi tidak memaksa loh ya. tidak pernah ada kamu harus gini ndak, kita lihat reaksi dulu reaksinya ODHA itu, saya sendiri juga pernah ngalami ketika dia depresi kemudian ketika dia mulai sadar bahwa aku harus ketemu bunda, gimana gimana solusinya, tak kasih tau atau juga kita pancing

dengan tanya kabar, gimana kabarnya lama ndak ketemu banyak lah cara-caranya itu agar dia nggak sampek seperti itu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

BD : Kalo kadang dia kesepian, kalo saya dulu biasanya ngatur waktu tersendiri, kita ajak sekedar ngopi, kepantai, biasanya itu pernah saya saya lakukan “rekreasi gitu?” he.eh, tapi ketika waktu itu ada beberapa hari pernah ada sampek 3 orang itu saya bagi dulu gak mungkin saya temukan satu demi satu, satu saya ajak misalkan ke gazebo ke tempat ngopi ketemu ndk mana beberapa waktu atau berapa jam kalo sudah ketemu terasa lama ganti lagi entah di pantai atau dimana atau di dalam ruangan, kadang kita malah sampek ke rumah itu mas, ya jelas kadang mereka awal mula, cara mendampingi ya itu dari hati kehati aja mas intinya dari hati-kehati kalo dia merasa nyaman berarti ada keterbukaan ya baru kita lebih gampang yang penting dari sisi dia membuka diri dulu , ya kalo kita tau tapi dia ndak anu ya kita ndak teruskan tapi kalo dia dengan curhat ke A, A ndk bisa ngatasi ya kita lempar ke temen siapa yang kira-kira bisa mengatasi hal itu, ke temen pendamping yang jelas pendamping khusus yang dia bisa menerima dan orang itu bisa menjaga kerahasiaan itupun harus seizin ODHAnya dulu, kita nggak boleh asal, jadi semua harus permintaan, bilang kalo misal siap atau ndak nanti selain saya ada si ini gitu, karena temen-temen juga banyak kan PRNya.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

BD : sikap aja mas sikap, cara kita ngomong dan kadang kalo dia sampek emosi kita harus selaku pendamping selama ini ya intinya harus mengertilah, kita yang harus sabar, telaten juga kan daei bahasa dari tata cara sikap itu ya kita ya memang harus itu yang pendamping pegang.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

BD : biasanya kan dari temen2 OGAWA selain kemudian selain kerja sama dengan pihak2 yang terkait PKM atau RS, otomatis disitu kan ada kita selaku penampungannya kan kita serahkan ke KDS Pelangi jadi temen pelangi lah yang nanti menindak lanjuti dari semua itu mas,

Peneliti : Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA?

BD : cara meningkatkan harga diri yaitu dengan memberikan kualitas kuantitas temen2 yaitu talent mereka yang dia punya jadi dengan bekerja, berkarya...itu otomatis bisa menggali potensi yang dimiliki temen2, kalo misal tdk punya talenta, kita usahakan juga dari tim KDS pelangi juga baik dari temen2 kita juga mengusahakan mas solusi, nanti apakah dapat alat misalkan yang salon ya salon yang punya mesin jahit jahit kita sesuaikan dengan bakat temen2 punya selama ini, salon, masak, tapi selain itu kadang ndak ada pelatihan ndak apa dari temen2 OGAWA sendiri kompak saling berbagi ilmunya temen2 punya kualitas bisa kok mas, jadi siapa mereka yang punya kualitas ayo ditularkan, jadi gethok tular itu ada, jadi mereka yang merasa mampu ora kok tinggal diem temen2 saling membantu, misalkan ndak punya pekerjaan ayo kamu kerja aja ndk tempat aku salon atau gini gini gini, atau mereka yg belum bisa ayo dibantu, saling membantu kok mas, itulah manfaate dari OGAWA sendiri, sehingga tidak ada individu, tidak ada stigma tidak ada diskriminasi nggak ada sama sekali. malah saling membawa walupun yg ODHA atau tidak ketika temennya dari tim itu ada oh ini ODHA oh ini gini gini, malah dirangkul mas, ayo wes kamu kerjoo ben iso supaya inilah, gitu mas, itu yang dilakukan loh ya.

Peneliti : Apa yang anda lakukan untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dalam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

BD : hubungan intim dengan keluarga ya, kalo hubungan intim dengan keluarga mungkin biasanya kalo ODHA itu sama keluarganya kayak ada yg saling mendukung ada yang nggak, itu kalo misalnya kalo dia nggak terbuka habis itu kaget keluarga itu shock itu kadang2 keluarga bisa menjauhi itu yg dilapangan terjadi,terkadang kan ODHA kan biasanya kan sakit nah sakitnya itu gak bilang ke orang tuanya kalo ODHA kan biasanya sakitnya merantak merantak itu merambat kemana-mana gitu jadinya, kayak tipas, hepatitis. berarti untuk mengatasi masalah relasi hubungan intim harus mengedukasi keluarganya juga?, kan ada acara konseling a di pertemuan keluarga ODHA , tapi sejauh saya menangani mereka ya mas ya dari temen2 komunitas itu rata2 dari mereka masih tertutup dengan keluarga.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

BD : . kalo dari temen2 sendiri kayaknya masih tertutup ya, ya dia bisa membuka diri tapi jarang kalo di lingkungan, biasanya memang lebih terbuka ke pendamping, kalo itu jelas dimotivasi itu tetep mas kemudian saat kita tanamkan biasa aja sudah,

Peneliti : Kendala apa saja yang pernah dialami dalam upaya mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

BD : kendalanya jelas ya mas ya, kadang mereka yang sudah merasa kita temukan dia satu masih menutup diri dan masih merasa sehat sulit untuk dibina atau diarahkan ke pengobatan atau ke layanan. untuk ke layanan untuk tindak lanjut ke pengobatan ke ARV misalnya biasanya seperti itu.

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi stigma yang ada dalam masyarakat mengenai ODHA

BD : kalo dari tim OGAWA dan beberapa LSM lain seperti KDS Pelangi rasa stigma dan diskriminasi itu ndak ada, untuk cara menghilangkan itu biasanya kita mengadakan beberapa kegiatan, kegiatan misalkan ya edukasi di masyarakat, edukasi di beberapa hotspot² di beberapa wilayah utamanya ya di antar temen² komunitas ini sendiri mas, pemahaman. aku rasa hampir di seluruh Jember, di warung bangjo, wuluhan, kafein, banyak. di stasiun itu hampir tiap malem minggu kita kesana, alun², banyak mas kalo kegiatan.

Peneliti : Apakah ada kerjasama dengan LSM, organisasi, lembaga pemerintah ataupun non pemerintah dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

BD : kalo ke PKM kan kerjasama dalam bentuk e merujuknya mas VCT atau mobile VCT kalo dengan Dinkes kalo yang berhubungan dengan KDS pelangi kita sering mengadakan rapat bareng, rapat koordinasi lah antara penajangkau dan pendamping dan tindak lanjut bilamana kita menemukan ODHA itu tadi jadi tindak lanjut yang akan dilakukan setelah menemukan ODHA

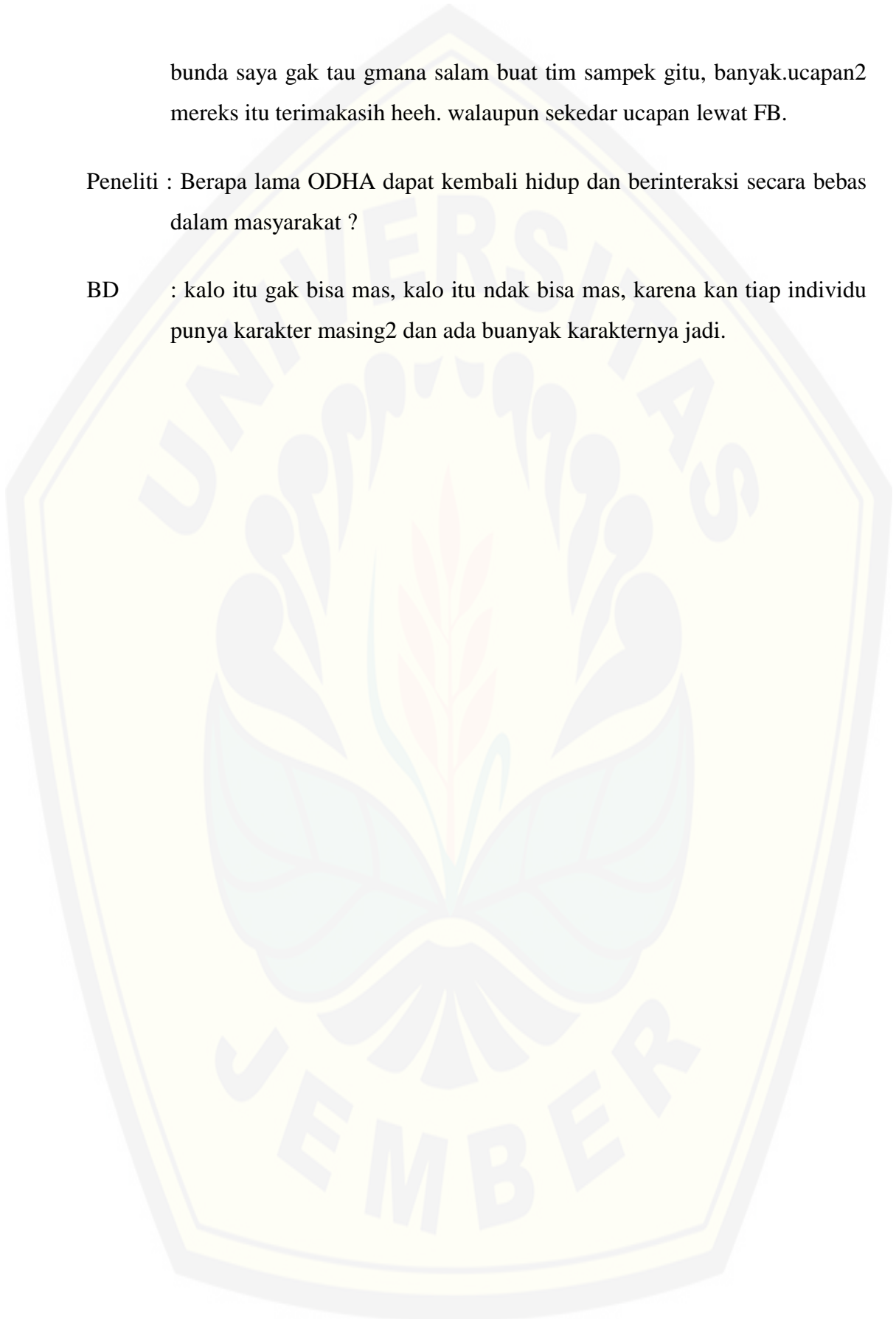
Peneliti : Bagaimana respon ODHA dalam menerima dampingan/pelayanan dari LSM OGAWA untuk menangani dampak psikososialnya?

BD : Alhamdulillah merasa nyaman dan ada beberapa di FB ada yg pernah melontarkan seperti itu baik melalui telpon, sms ada pribadi alhamdulillah mereka sangat² puas seakan² gak pernah ada ketika ODHA kita arahkan kita bina gaak ada. malah mereka merasa nyaman, seneng dan bisa saya buktikan itu ada dari FB terimakasih bundaada juga dari ODHA yang sampe nangis² makasih bunda kalo ndak ada

bunda saya gak tau gmana salam buat tim sampek gitu, banyak.ucapan2 mereks itu terimakasih heeh. walaupun sekedar ucapan lewat FB.

Peneliti : Berapa lama ODHA dapat kembali hidup dan berinteraksi secara bebas dalam masyarakat ?

BD : kalo itu gak bisa mas, kalo itu ndak bisa mas, karena kan tiap individu punya karakter masing2 dan ada buanyak karakternya jadi.



HASIL WAWANCARA INFORMAN POKOK

Tempat : Warung Kembang

1. Identitas Informan

Nama : FK

Usia : 24tahun

Jabatan : Sekretaris

2. Hasil Wawancara

Peneliti : Bagaimana cara untuk melakukan penjangkaran ODHA pada anggota OGAWA?

FK : Kalo masalah itu biasanya saya lihat dari perilakunya di lapangan seperti apa mainnya dia seperti apa kemudian dia seksnya aman dan tidak amannya, saya bisa menjangking dari situ. kemudian nunggu dia mau terus setelah itu baru diajak VCT.

Peneliti : Tahap-tahap apa sajakah yang dilakukan dalam pendampingan awal ODHA?

FK : terutama ya memberi motivasi untuk semangat dia terus apa yg dilakukan temen-temen yg sudah menjadi ODHA ya memberi semangatlah, terutama kan kalo menjadi ODHA itu menerima hasilnya dia waktu dia di puskesmas dia pasti shock kebanyakan dia pasti shock, mungkin dia nggak mau terbuka ke petugas tapi setelah entah itu 1 minggu atau 3hari itu kebanyakan itu memang temen-temen yg ODHA yg saya dampingi itu terbuka.

Peneliti : Bagaimana cara menanagani ODHA yang merasa rendah diri?

FK : kalo saya kan biasanya kalo menemukan ODHA biasanya kalo aku untuk pengobatan ke KDS, jadi nunggu keterbukaan si klien, baru kalo dia bener2 terbuka mungkinlah aku arahkan untuk ke pengobatan melalui KDS Pelangi, terutama mengajak si ODHA itu nonton bareng, kita untuk sharing2 bareng memberi motivasi untuk penyemangat dia gitu. Memberikan contoh itu loh dia ODHA tapi dia semangat dia punya kemampuan untuk bertahan sampek sekarang pun di masih bisa, memberikan contoh semangat kepada yg sudah2 ODHA, tentu ODHA itu harus yg bener2 terbuka kalo memang ODHA itu bener tidak terbuka kaya petugas seperti saya nggak berani itu loh ODHA nggak berani, soalnya kan itu kan sudah ada etiknya sendiri.

Peneliti : Bagaimana cara menanganani ODHA yang mengalami depresi?

FK : terutama untuk PL biasanya untuk PL itu kan biasanya kalo si klien tidak balik untuk misalkan hasilnya dia positiflah ya biasanya kan lewat puskesmas terus puskesmas dengan si klien sudah kontak2an tapi si klien nggak datang ke puskesmas jadi seperti puskesmas ngontak petugas biasanya, ee gimana ini kok dampinganmu ini kok lari biasanya seperti itu, jadi berusaha petugas itu nyari lagi kemana si anak itu, jadi untuk cari anak itu yg biasanya kan shock pergi entah keluar jember atau kemana frustasi kan seperti itu ada sampek ngurung itu di kamar nangis terus seperti itu, terutama untuk PL ya untuk PL biasanya kalo memang itu anaknya masih belum untuk kuatlah mentalnya biasanya untuk PL itu nunggu kuat mentalnya dia nunggu dia bener2 kuat baru PL itu masuk ke dalam penyemangatnya dia, kalo dia masih belum semangat dia belum lepaslah pikirannya untuk ke layanan untuk berobat kayak PL masih belum sanggup untuk memberi semangat ke dia gitu lho. jadi didiamkan dulu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

FK : Kalo masalah itu ya mas kita biasanya ajak mereka buat kumpul-kumpul entah di basecamp entah dimana yang penting kita ajak kumpul dulu lah biar mereka ini ngga merasa kalo sendiri, banyak kok temennya ada kita gitu. Ya kadang juga pernah itu liburan bareng , nognkrong-nongkrong bareng gitu, nah dari situ kan nanti ada curhat aau gimana kan jadi terbuka gitu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

FK : Kalo itu sebenarnya tergantung karakter ODHAnya juga sih mas ya, tapi kan memang mereka ini kadang emang gampang emosi ya karena mereka ini kan merasa udah sakit gini gitu kan ya, jadi kadang kesenggol dikit pasti marah, ya namanya di komunitas biasanya mulutnya yang susah diatur mas.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

FK : tentu kalo PL memberi semangat ke layanan untuk pengobatan ayolah kita ke layanan, kalo kamu nggak ke layanan bisa2 kamu tambah parah, kayak PL harus kalo memang sudah ODHA seperti itu kayak PL atau temen2 yg lain baik itu PE semuanya untuk tim2 dari OGAWA dan tim2nya KDS itu biasanya ngajak si klien ODHA itu untuk berobat didampingi berobat.

Peneliti : Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA?

FK : Kadang ya disini itu kan sering ya mas buat kumpul-kumpul bareng gitu, nah ya itu wes kita masak-masak bareng kadang kalo pas maen

kumpul di salon temen gitu ada yang mau belajar ya belajar bareng, kadang ada juga pas ada program pemerintah gitu kita bisa bantu buat kasih rekomendasi ke temen-temen itu buat ikutan, jadi ya biar punya kegiatan punya kemampuanlah ya buat nambah penghasilan mereka juga gitu

Peneliti : Apa yang anda lakukan untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dalam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

FK : sebenarnya untuk klien sudah seperti ODHA biasanya itu sulit mau membuka itu sulit sangat sulit apalagi itu mau membuka ke orang tua pasti dia punya perasaan malulah malu terus dia punya salah besar ke keluarganya jadi kayak si ODHA itu keterbukaannya memang dengan PKM sama pendamping. Memang kebanyakan yg saya tau kalo temen2 yg aku dampingin itu kebanyakan orang tuanya itu nggak tau kecuali kalo dia memang bener2 sudah sakit dia opname baru dia terbuka biasanya sampek seperti itu. Tapi kita juga kadang bantu lah, bantu mereka buat jadi penengah gitu jadi kita yang jelaskan ke keluarganya, kita kasih pengertian kalo si anak ini janganlah dibenci gitu kan ya mas kasarannya, harus didukung seperti itu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

FK : . terutama untuk si ODHA ya terutama untuk menguji mental biasanya klo dia memang bener2 mentalnya memang belum kuat untuk keterbukaan statusnya dia sebagai ODHA ke saudara atau ke orang tua atau ke masyarakat lainpun dia belum tentu bisa menerima kenyataan

Peneliti : Kendala apa saja yang pernah dialami dalam upaya mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

FK : kalo untuk yg bandel biasanya untuk ODHA yg bandel itu biasanya kan tidak memikirkan kesehatannya dia ah entah aku cuman penyakit gini aku sehat kok aku masih bisa sehat dia biasanya meremehkan, baru kalo dia sudah drop parah dia mau kembali ke PL dia nelfon ke PL dia mau untuk mas aku pengen ini mas aku pengen ini mas aku pengen beobat setelah dia telat pengobatan biasanya kayak PL tidak terlalu bersemangat memotivasi untuk pengobatannya dia soalnya dia sudah opname dan parah akhirnya tetep seperti PL KDS sama PLnya OGAWA tetep untk memotivasi untuk ayo kita obat ayo kita ini harus kita ini tetep seperti itu meskipun dia susah tapi kalo bagian dia tidak susah untuk istilahnya ayo kesini ayo kesini dia ikutin PL juga pun mendampingi dia semangat.

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi stigma yang ada dalam masyarakat mengenai ODHA?

FK : Biasanya tergantung dari perilakunya temen2 sendiri ke perilakunya temen2 sendiri di masyarakat itu seperi apa, pasti kan tercorengnya di masyarakat itu oh ya dia nakal oh ya dia pake narkoba pasti kan tercorengnya bukan ke penyakitnya tapi tercorengnya ke perilakunya temen2 sendiri. untuk selama ini. memang petugas OGAWA baik itu OGAWA maupun semua tim2 stakeholder itu biasnya melewati untuk menjangkau meeting ke sekolahan terus ke balai desa kecamatan sudah tau semua apa itu HIV apa itu AIDS itu sudah tau semua jadi kemungkinan untuk stigma di masyarakat seperti AIDS atau HIV itu sudah sedikit, pernah melakukan sosialisasi sering kali malah pernah di daerah balung sudah terus pontang , semua kecamatan di jember sudah cuman tinggal kalisat yg belum sama sukowono. biasanya kita ke balai desa balai desa yg ada di kecamatan itu, kalo di pakusari itu cuman ke balai desanya kalo yg lain itu ke desa2nya langsung wilayah2. yg diundang biasanya dari KPA hadir dari DINKES juga hadir semua stake holder pasti hadir, kepolisian juga hadir. Kalo peserta itu biasanya kita

dari komunitasnya baik itu dari TG, gay, dan itu bercampur dengan masyarakat jadi kita membaaur untuk inilah komunitas kita memperkenalkan komunitas memperkenalkan HIV biar tidak ada stigma

Peneliti : Apakah ada kerjasama dengan LSM, organisasi, lembaga pemerintah ataupun non pemerintah dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

FK : tentu semua stakeholder bekerja sama untuk memberi semangat, dari tim KDS Pelangi, terus jember kidul puskesmas, RS. Balung, puskesmas Ambulu itu semua udah mensupport yg bagiannya ODHA, dinas juga ada tapi ya memang kebanyakan itu koordinasinya temen2 langsung ke KPA. Terus pernah ada kerjasannya dengan dinas sosial juga itu semacam kerjasama kayak ODHA yg mau ikut pelatihan dia ikutkan untuk baik itu di cheff atau dia di salon itu ada kerjasamanya itu, pelatihan itu kerjasamanya, kalo KDS pelangi itu penyemangatnya untuk di dampingi ke pengobatan, kita juga sering sharing buat tindak lanjut si ODHA ini gimana gitu

Peneliti : Bagaimana respon ODHA dalam menerima dampingan/pelayanan dari LSM GAWA untuk menangani dampak psikososialnya?

FK : dia sangat berterima kasih, soalnya dulu memang pernah memang ada sekitar 4 ODHA kayaknya dia sudah puarah dia sudah berobat banyak habis berapa wess buanyak tapi untuk hasilnya tim2 OGAWA dan tim2nya KDS dia dampingi dia ayok ke laynan sampek sekarang dia masih sehat dan dia sering mengunjungi ke basecamp

Peneliti : Berapa lama ODHA dapat kembali hidup dan berinteraksi secara bebas dalam masyarakat ?

FK : biasanya sampek 15 hari kadang dia meskipun lebih satu bulan dia masih shock, kok aku bisa gini padahal kan keperilakuan dia kan seperti

tapi tidak menyadari gito lho, jadi tiap ODHA nggak selalu sama untuk yg dia bener2 nerima okelah dia akan terbuka pasti dia “ayo aku cepet pngen obat, ayo aku pengen dampingi, ayo2 kesini” itu yg manut kalo dia yg bandel biasanya temen2 PL itu memang susah bener2 susah ngajak dia kembali lagi ngajak dia berobat itu memang susah



HASIL WAWANCARA INFORMAN POKOK

Tempat : Rumah informan

1. Identitas Informan

Nama : RN

Usia : 37tahun

Jabatan : Bendahara

2. Hasil Wawancara

Peneliti : Bagaimana cara untuk melakukan penjarangan ODHA pada anggota OGAWA?

R : caranya untuk melakukan penjarangan itu kita biasanya memang kita memanfaatkan event2, kegiatan2 yang diberikan KKBS itu mas, jadi kita manfaatkan itu untuk mengajak temen2 VCT, jadi untuk mengetahui status awal HIVnya. jadi ketika mereka mengetahui status HIV lebih dini jadi penanganannya lebih mudah daripada kita mengetahui ketika mereka sudah drop baru kita adakan tes ternyata positif hasilnya itu lebih sulit untuk pengobatannya.

Peneliti : Tahap-tahap apa sajakah yang dilakukan dalam pendampingan awal ODHA?

R : disini kan untuk mengetahui status HIV itu tidak semua orang boleh tahu ya mas, jadi apalagi PL, PL itu tidak berhak mengetahui status dampingannya. jadi nanti ketika kita melakukan VCT dan hasilnya

diketahui positif nanti pihak layanan yang akan menyampaikan ke dampingan pihak layanan itu pihak puskesmas yang melakukan VCT itu, jadi nanti dari pihak layanan itu menawarkan ke teman dampingan yg positif itu kita punya pendamping, jadi kalo mereka butuh pendamping dan butuh informasi tentang kelanjutan pengobatan nanti baru, kalo dampingan itu mau dan bersedia kita dampingi jadi kita nanti datang ke kita dikenalkan oleh layanan ke dampingan tersebut, jadi nanti untuk pengobatan kita yang menjelaskan. heeh mendampingi pengobatan sampe pengobatan sampek pertahankan.

Peneliti : Bagaimana cara menanganai ODHA yang merasa rendah diri?

R : kalo untuk temen2 yang merasa rendah diri itu memang ya kalo shock itu udah pasti mas jadi mungkin awal2 itu kebanyakan dari mereka kurang lebih satu sampek dua bulan masih susah untuk menerima status mereka jadi nanti kita kan disitu ada awal pengobatan yaitu dengan mengkonsumsi kotrim, kotrim itu sejenis anti biotik untuk apa pengobatan awal jadi virus itu supaya tidak menjadi timbul IO, IO itu penyakit penyerta, jadi kan untuk orang dengan HIV positif itu kan lebih rentan untuk tertular embuh itu diare atau batuk atau sejenis penyakit kelamin itu jadi itu kita pencegahannya dari situ satu apa jadi temen2 itu ketika apa kotrim itu temen2 kan masih malu untuk ke layanan pun itu malu, jadi disitu kita manfaatkan ee kita ngambilkan trus kita antarkan ke tempat tinggal mereka itu sambil kita kasih edukasi “kamu ndak bisa bertahan terus dengan kotrim ini gitu, kotrim hanya sifatnya sementara” seperti ini kita jelaskan itu jadi nanti lambat laun temen2 akan menyadari itu. kalo untuk kita mencoba untuk mereka membuka diri kita tidak bisa memaksa itu mas, karena meskipun dia umpamanya punya keluarga ya dia beristri atau bersuami itu kita nggak bisa memaksa mereka untuk membuka jati diri mereka ke suaminya atau istrinya jadi yang berhak untuk membuka status itu ya apa ODHAnya, sendiri kita

nggak berani meskipun kita sudah akrab dengan keluarganya meskipun kita sudah akrab dengan temen2nya kita tidak bisa membuka status mereka, cuman yg kita tunjukkan kita tidak pernah mendiskriminasi mereka jadi kita ajak mereka “ayok mangan bareng, ayok minum bareng” jadi kita tunjukkan ini lo gak nular. bahwa kita itu sama iya. jadi kita selalu memotivasi mereka “kalian itu orang2 istimewa, kenapa? kalian dengan HIV positif bisa melakukan apa yang dilakukan oleh orang yang tidak trinfeksi HIV” jadi kita memotivasi seperti itu. Jadi gak usah kita rendah diri karena kita apa HIV positif itu kita selalu seperti itu. kit e kita ajak seperti itu jadi sering kita ajak kegiatan kita ajak pertemuan biar mereka lebih paham. jadi memang keterbukaan itu kita awali dari e lembaga kita lah, jadi kalo mereka sudah berani membuka status ya minimal ke tim inti atau ke temen2 pendamping itu sudah jadi poin positif.

Peneliti : Bagaimana cara menangani ODHA yang mengalami depresi?

R : sebenarnya depresi itu juga nggak dialami dengan pasien baru maksudnya ODHA baru, ODHA lama pun banyak yang depresi mas, karena obat itu kan harus diminum seumur hidup, ARV itu harus diminum seumur hidup, jadi ya ada lah kayak mereka itu apa ya capek minum obat tok terus capek harus tiap bulan ke layanan, dan temen2 ODHA baru pun juga seperti itu malahan dari mereka kan kalo kotrim itu hanya diberikan satu minggu satu kali, jadi itu mereka kan harus bolak-balik satu minggu sekali ke layanan dan itu pun mereka kadang takut untuk “ngko aku lak ketemu, nanti kalo saya ketemu teman atau ketemu orang yang dikenal disana seperti apa “ jadi kita caranya ya eeeemungkin kita ya sering aja kita datengi mereka jadi kita sering homecare home visit ketempat mereka nongkrong ketempat mereka kerja kerumahnya kita samperi mereka ndak tau nanti kita ajak ngopi atau apa kita ngobrolnya gitu jadi ketika mereka depresi ya masukan kita, kita beri

contoh kita berikan contoh saya mengajak, kadang mengajak kadang mengajak temen2 ODHA yang sudah mengalami fase stadium 3, jadi mereka bisa apa bisa kembali hidup sehat, kembali beraktifitas seperti semula, jadi kita kenalkan kita ajak ke temen yang seperti itu jadi mereka bisa sharing sesama ODHA, tapi dengan kondisi yang lebih parah dari apa yang dialami oleh ODHA yang bersangkutan gitu. Dhims:”jadi caranya perbandingan berkaca dari yang lebih parah itu?” heeh naah dari yang lebih parah dari dia, tapi dia, tapi ODHA yang lebih parah itu dia sehat bisa lebih bermanfaat gitu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

R : caranya sih sampe saat ini kita masih bisa mengajak temen2 untuk tidak merasa bosan, ya untungnya di kita itu kan banyak kegiatan untuk temen2 ODHA tiap bulan itu kita ada pertemuan itu memang khusus untuk temen2 ODHA ada juga untuk rekreasi, heeh jadi kita kenalkan “iki loh kamu disini itu sakit nggak sendirian, banyak temen2 ini temen2 kamu jadi buat apa merasa rendah diri merasa sepi kita kenalkan basecamp kita ada dsini monggo kita kasih nomer HP, telpono kapan pun membutuhkan, saya sering bilang ke temen2, saya itu wanita panggilan, iya saya itu sering bilang saya itu wanita panggilan jadi temen2 butuh apa ketika mereka kehabisan obat mbak aku kehabisan obat, kapan entek e?,iki mbak aku jam 8 jam 9 harus minum obat, padahal itu udah setengah 9. nah kurang setengah jam, kluurusan aku mas nggolek i ODHA yg obatnya jenisnya sama, “tiap ODHA itu jenis obatnya beda to mbak?” beda mas jadi obat itu ada kurang lebih 4 macam jenisnya, jadi itu kenapa untuk pengobatan awal itu selalu ada tes laborat jadi disitu dokter itu bisa memberikan obat biasanya untuk awal itu satu minggu, ketika satu minggu kondisi ODHA itu mampu untuk menerima ARV itu dilanjutkan, tapi ketika dia tidak mampu 2hari atau 3hari dia mengalami

gatal2, atau opo jenenge pembengkakan atau apa itu jadi langsung dihentikan nanti langsung diganti dengan obat lain gitu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

R : cara mendampingi ngono, apalagi di komunitas yo mas komunitas itu lek boso lapangan iku rumpik, jadi ketika dia itu tau salah satu temen mereka itu terinfeksi terpapar jok ojek gae bahasa terinfeksi ya terpapar, itu sudah bisa jadi sak kampung ngerti, kemarin itu juga ada kasus seperti itu tapi untunge dia cuman bilangnyanya seperti apa, “lek awakmu sampek nyebarno statusku neng wong liyo biar mbak ririn bek mbak citra sing ngadepi awakmu”, jadi langsung dipasrahkan ke saya, saya yang harus mengedukasi siapa yg ngomong. jadi itu bukan mendiskriminasi jadi itu harus menjelaskan ke orang yang menyebarkan itu, ditunjuk sebagai penengah “mbak tolong jelasno ndk arek iku HIV iku koyok opo, iku lho gak ngerti”, gitu. Iku lek ngak saya tangani gitu yo carok mas ndk lapangan heeee gelut. jadi saya harus mengedukasi orang temennya yang tidak tahu yg menyebarkan “ iku lho kenek HIV ojek di kancani,” gitu.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

R : Pengalaman pribadi ya mas ya, saya mendampingi ODHA yg sudah lari ke syaraf mata jadi dia sampek sekarang mengalami kebutaan dan itu sudah divonis dokter sudah permanen, cacat mata permanen jadi kita pendampingane ya kita sering kerumahnya, ee masalahnya itu yang jadi masalah buat kami ketika mendampingi ODHA tersebut si ODHA tidak berani membuka status kepada keluarganya jadi kita kesulitannya satu untuk pengambilan obat, jadi pengambilan obat kita itu harus bersedia hampir tiap bulan menjemputsi ODHA yg tidak bisa melihat itu

kerumahnya ya untungnya dari pihak layanan itu tidak mengharuskan tiap bulan jadi dikasih jeda waktu, bulan ini kita bisa mengambil tapi bulan depan pasien harus dibawa, jadi kita harus mengalahi kesitu, kita jemput si dampingan kita antar ke layanan setelah dari layanan kita antarkan kembali pulang, itu resiko pendamping ketika yg lolos follow up juga kita juga nyari, kita rayu kita ajak lagi ke layanan kita jemput itu yg jadi kendala kita.

Peneliti : Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA?

R : kalo untuk dari ini kan komunitas ya kita ngomongnya komunitas, sebenarnya temen2 komunitas itu banyak bertalent mas opo punya potensi gitu, jadi temen2 itu eee kita ajak untuk apa ya menggali potensi mereka, memanfaatkan potensi yg mereka punya, dulu juga pernah mahasiswa FKM juga memberikan basecamp waktu itu meskipun hanya 3bulan itu juga dimanfaatkan temen2 waktu itu ketika musim JFC jadi mereka juga desain disitu, buat kostum disitu, jadi kumpul2 bareng terus kita juga berusaha mengajukan bantuan stimulan mas gitu, dari apa sih yang mereka butuhkan, kalo mereka punya salon ya kita usulkan untuk peralatan salon. yang terakhir ini kita usulkan ke DINSOS Propinsi itu baru tgl 10 kmarin masuk jadi sudah masuk ke Jakarta kita tinggal nunggu kabar aja gitu heeh. kalo dari temen2 itu yg sudah ada itu ee memang mereka itu basicnya ke desainer kostum, jadi kita bisa mempromosikan, pernah ada temen saya itu dia waktu itu kebingungan ada keponakannya yg mau ikut lomba fashion show dia bingung “mbak uu”, akhirnya saya kenalkan ke salah satu dampingan saya iki, saya gitu, ya alhamdulillah mereka puas heeh dengan desainnya, juga ada temen dampingan kita desain dia yowes diakali ya mas, desain dia itu sampek sekarang ada yg sudah dipake oleh desainer kondang Ivan Gunawan, jadi dari temen kita ngko di toko agent mana jadi dijual, pdhal mereka mungkin harganya nggak sampek nominalnya nggak sampek 5 itu nggak

sampek tapi lek dijual kesana kan sudah berpuluh-puluh juta. Jadi temen2 seperti itu, jadi tiap kali ada event seperti kemarin itu apa ee batik, itu memang khusus temen2 waria waktu itu kalo nggak salah tii dulu itu juga mahasiswa yg mengadakan tapi saya kurang paham mahasiswa apa itu jadi pemilihan miss batik tapi khusus untuk waria, nah jadi mereka itu mempromosikan desain mereka kesitu, slain itu salon mas selama ini salon jadi terus make up artis, jadi kalo temen2 wess musime wisuda itu rame mas job2an sudah nggak sampek mereka itu gak harus nyebong itu nggak usah udah kalo musim2 wisuda, musim ekarnaval, musim apa sudah mereka nggak pernah keluar sudah duduk manis di tempat kos mereka dipanggil hoooh “mbak aku pengen dandan”, jadi mereka yang ndatengi ke klien heemh.

Peneliti : Apa yang anda lakukan untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dalam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

R : hoooh, kemarin ini juga baru ada kasus mas, dari komunitas LSL itu dia itu sudah tau statusnya itu 2016, tapi dia juga sudah melakukan pengobatan di Balung waktu itu, heeh rumah sakit Balung, tapi dia tidak terbuka dengan buka dengan keluarganya saya tanya kenapa alasannya, alasan dia dia takut diusir karena dia anak laki2 satu2nya disitu dan paling dimanja oleh orang tuanya, tapi ketika itu dia ternyata tidak kuat dengan ARVnya, dapet 3hari dia drop akhirnya dia opname jadi mau tidak mau waktu itu dibawa keluarganya ke Bina Sehat, di Bina Sehat dicek lagi ternyata hasilnya positif. Orang tuanya dipanggil, jadi mau ndak mau orang tuanya tau, jadi sampek akhirnya si dampingan ngasih nomer hape saya ke orang tuanya, samean tekono mbak ririn wess apa yang mau sampean tanyakan, tanyakan ke mbak ririn saya nggak bisa jawab, si dampingan bilang gitu. Trus akhirnya saya ditelfon waktu itu sama ayahnya, trus saya dateng ke bina sehat yaitu disitu saya jelaskan

semuanya akhirnya keluarganya bisa menerima, cuman keluarganya juga minta saya tidak boleh main kesana, takutnya disitu katanya ada beberapa tetangga yg kebetulan bekerja di puskesmas gitu, jadi takutnya nanti ditanya2 enggeh untuk menjaga kerahasiaannya. Jadi Kalo ada apa2 dengan si anak, bapaknya itu selalu main kerumah gitu, enggeh akhirnya seperti itu. Ada juga yang eemm saya diajak ke orang tuanya saya dikenalkan langsung saya, mbak tulung jelaskan saya ini sakit apa , orang tuanya taunya dia sakit paru, trus saya harus gimana bukaken sudah statusku, kalo saya yg buka aku gaiso ngomong maksutya takut salah kalo orang awam kan ngko oo HIV iku lorone ngene ngene ngene, jadi kalo sampean mbak yg jelaskan nanti sudah pasti ee pemikiran orang tuaku nggak seperti orang awam.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

R : Ya itu tadi mas ee sering saya ajak keluar, ketika kita ngumpul sering saya apa namanya yaa, sering saya ajak minum satu gelas, yaa saya gitukan aja,saya kasih seperti itu, trus saya gini “kamu sudah kenal saya berapa lama, kamu sudah sering makan minum satu gelas dengan saya berapa lama, ikut saya” saya ajak ke puskesmas saya tes VCT, saya tes VCT delok en hasilku, “negatif mbak”, “Ketularan gak aku?, saya hanya sperti itu sama kamu saya sering anu”. “ nggak mbak”, trus apa yg ditakutkan kalo dia interaksi dengan orang lain? kecuali kalo saya memang menekankan sama temen2, kalo boso lapangane “eblas”, eblas itu dia masih melakukan ee seks tidak bebas, seks tidak bebas itu saya selalu menekankan ke temen2, “ketika kalian melakukan seks bebas tanpa menggunakan kondom,niatan kamu pengen menularkan itu keliru, yang benar bukan kamu yang menularkan virusmu, tapi kamu yg bakal ketularan penyakit orang lain, karena kalo ketika kamu kalo ketika kamu seks, pasangan kamu dalam kondisi sehat/fit, meskioun kamu meyes

10kali belum tentu virus kamu bisa masuk, tapi ketika kondisi kamu drop kamu berhubungan dengan orang lain yg kamu tidak tahu dia sehat atau nggak, mungkin dia punya virus gonore atau spilis sudah pasti sekali saja kamu nge seks kamu bakalan kena penyakitnya dan itu susah untuk diobati. jadi penyakitmu apa kondisi tubuh kamu lebih rentan terkena penyakit, dari orang yg mungkin ada niatan pengen ngejak pengen gowo konco. jadi saya selalu menekankan ke temen2 seperti itu. karena memang seperti itu kondisinya karena imun dia sudah buruk.

Peneliti : Kendala apa saja yang pernah dialami dalam upaya mengatasi permasalahan interkasi sosial ODHA?

R : yang pernah dialami iku kalo kendalanya ketika mereka yo iku mau mas kalo dia udh putus asa, terus mungkin dia juga dia merasa tidak ada dukungan, baik itu dari teman, keluarga, ataupun orang terdekat yg dia kenal itu kadang itu mereka itu ketok aku ae mblayu mas, keliatan saya aja mereka berfikiran “duh wong sok tau anu..anu gitu...

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi kendala-kendala tersebut?

R : Caranya untuk mengatasi itu ya kita pendekatannya kita alon2 mas, orang seperti itu memang ya sepeerti yg sampean bilang tadi sensi ya titik2 ngambek titik2 ngamuk, mungkin pendekatan saya itu nggak saya temui dulu, tapi lewat bbm atau mungkin WA selalu saya tanyakan kabarnya gimana sudahmakan belum gitu, jadi kadang ee aku lagi nongkrong disini gabung yok, saya gitukan, soale aku kii lanang duduk lanang wedok duduk wedok dadi masio bengi dijak nyangkruk tak turuti mbek aku mas,

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi stigma yang ada dalam masyarakat mengenai ODHA?

R : kalo stigma itu sampe sekarang kita belum punya opo yo mas, belum punya jalan keluar sing ampuh untuk ngilangi stigma iku, jangankan masyarakat, pihak layanan aja kita bicara layanan yo, itu orang medis orang yg ngerti kesehatan itu aja ketika temen2 itu mugkin ketika kondisinya sudah jelek ketika kita bawa ke layanan ojooo ndemok mas ndelok ae ngedoh itu orang layanan, kalo kita omong wong awam, wajar mas, itu orang layanan aja seperti itu, sampe ada kasus ODHA meninggal kasure kii lo diobong, jadi memang kita selama ini yg kita lakukan masih edukasi edukasi edukasi, kita kumpulkan jadi kita kumpulkan/ kita dateng ke tempat nongkrong temen2 disitu yaa ngobrol santai lah jadi awalnya kita ngobrol apa nanti kita pancing ke arah situ sampe akhirnya mereka berani tanya awalnya kita singgung masalah IMS, karena mereka dari komunitas itu lebih rentan untk penyakit kelaminnya, heeh rentan ke penyakit menular seksualnya lebih rentan, jadi awalnya kita singgung ke itu nanti merembet22 gitu, jadi kita jelaskan penularane itu seperti apa trus pencegahane gimana itu kita jelaskan, ya heeh ya pertemuan opo pas kita nongkrong kita manfaatkan momen2 seperti itu.

Peneliti : Apakah ada kerjasama dengan LSM, organisasi, lembaga pemerintah ataupun non pemerintah dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

R : kalo untuk menangani psikososial itu mungkin OGAWA kalo dari KPA kami hanya sebatas distribusi kondom, dan leaflet, untuk mempertahankan penularan, untuk dinas kesehatan kita kerjasama dengan puskesmas2 untuk VCT, kalo dengan KDS pelangi kita kerjasama untuk obati dan pertahankan itu.kalo untuk edukasi motivasi itu kalo untuk edukasi awal memang dari temen2 PL OGAWa sendiri tapi kalo nanti ada yang ketemu reaktif nanti untuk psikosoialnya kalo mereka nyaman dengan KDS di dampingi KDS kalo mereka nyaman ke temen2 sendiri, ke temen2 PL ya monggo, tapi biasanya temen2 PL juga

komunikasinya dengan tim KDS juga. jadi untuk “mbak aku sekarang bawa temenku kesini aku kudu pie aku kudu neng ndi?” gitu.

Peneliti : Bagaimana respon ODHA dalam menerima dampingan/pelayanan dari LSM GAWA untuk menangani dampak psikososialnya?

R : kalo ini kita subyektif ae yoo mas yoo, sejauh iki dari temen2 sih merasa nyaman jadi mereka juga lebih percaya, lebih percaya ke kita ketimbang dampingan2 lain. karena di temen2 komunitas coba sampean tanya, “ arek wedok sing sering kluyuran nang bencongan nang LSL sopo? ngko lak jawab e dari kesehatan lak mbak citra karo mbak ririn, sudah pasti wess. Jadi klo temen2 ada temennya ada yg kena IMS ituya nyok tlpn o mbak ririn jadi langsung wess temen2 itu, wess golek ono mbak ririn wess golek ono mbak citra gitu mesti kalo mbak citra itu emang petugas layanan jember kidul kebanyakan emang temen2 itu ngarani iku mbok2 ane. respon odha selama ini positif. Jangankan lorone mas yo dee mari meyes ae crito mas, curhat, “aku mau wes peng 2 mbak, aku maeng entuk tamu 5 mbak” wess biasa.

Peneliti : Berapa lama ODHA dapat kembali hidup dan berinteraksi secara bebas dalam masyarakat ?

R : kalo itu gak mesti sih mas soale temen2 itu kan juga sudah tau,maksudnya sudah tau karena dia juga sering kita edukasi lebih cenderung menerima kalo mereka sudah tau statusnya.jadi mereka sudah tau apa yg dilakukan itu memang beresiko. tapi juga ada yg kaget itu juga ada. jadi mungkin kita nggak perlu waktu lama kalo untuk memulihkan dari temen2, karena temen2 itu kan kegiatanne akeh mas maksute kegiatane banyak mereka juga sing biasa e nyebong wess nyebong biasa cuman kita selalu menekankan untuk “ojok sampek nduwe pikiran untuk menularkan “. yo gak kita memantau mereka 24 jam gae kondom opo nggak gak. cuman kita sering kali mengingatkan, “ojok lali gae kondom”.

HASIL WAWANCARA INFORMAN POKOK

Tempat : Warung Kembang

1. Identitas Informan

Nama : SN/ Prakoso

Usia : 43tahun

Jabatan : PL (Pendamping Lapangan)

2. Hasil Wawancara

Peneliti : Bagaimana cara untuk melakukan penjangkaran ODHA pada anggota OGAWA?

SN : biasanya kita kalo di waria itu ada korwil2nya, jadi setiap korwil itu membawahi anak wilayahnya sendiri2 misalkan di kecamatan Sukowono siapa korwilnya itu didata, baru setelah itu kita adakan mobile VCT kadang juga apa ya ee kunjungan ke mereka2 yang kurang informasi soal kesehatan HIVterus juga soal layanannya.

Peneliti : Tahap-tahap apa sajakah yang dilakukan dalam pendampingan awal ODHA?

SN : yang dilakukan adalah mendata dulu, mereka biasanya per person itu kita tanya domisilinya dimana pekerjaannya apa perilaku seksnya seperti apa misalkan dari seorang siapalah gitulah ya ardiansyah kerjanya di Bali dia pulang dari Bali kesini dalam keadaan sakit misalkan nah disitu kita datang. kalo untuk itu kita biasanya itu untuk itu kita biasanya itu kita motivasi dulu bahwa HIV ini loh ngga langsung bikin mati bisa kok

diobati. Terus kalo misalkan mereka open ke kita ya kita biasanya dampingi untuk ke layanan untuk pengobatan gitu.

Peneliti : Bagaimana cara menanagani ODHA yang merasa rendah diri?

SN : kalo untuk itu biasanya kita itu memotivasi kadang biasanya kita ajak seperti pelatihan2 atau juga semacam edukasi juga sama temen2 gitu. Pelatihan ya misalkan ada program pemerintah misalkan dia pengennya di cooking, salon itu bisa kita iniin, kita ajarin, itu pernah sudah kita lakukan

Peneliti : Bagaimana cara menangani ODHA yang mengalami depresi?

SN : biasanya kalo mungkin depresinya itu karena obat itu sendiri karena biasanya itu kan harus kontinyu ya misalkan jam 9 pagi harus jam 9 pagi jadi mungkin disitu mereka lebih jenuhnya disitu memang harus kita calling atau kita sms untuk segera minum obatnya atau gimana itu penting jadi memotivasinya kalian mau hidup 20tahun lagi atau cukup sampai 5 tahun lagi jadi harus kita kasih motivasi seperti itu

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

SN : pendekatan dari keluarga sendiri itu sebenarnya itu penting karena kalo tidk ada orang dekat yg disampingnya dia pun akan seperti itu, makanya dari pihak keluarga sangat penting dorongannya untk dia itu tetetp bisa hidup. iya yg biasanya kita lakukan disitu (menemani agar dia tidak merasa sendiri), biasanya pendampingan itu tidak harus ke personnya juga misalkan kita ngajak temen untuk deketin dia atau temen2 deketnya dia juga pasti harus kasih dorongan juga jadi tidak apa yg kita lakukan dengan sendiri tidak

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

SN : kalo emosi itu sebenarnya apa yaa,ya itu tadi ketidakmampuannya dia untuk bersosialisasi dengan temen2 jadi apa yg kita lakukan yaitu untuk selalu berkomunikasi selalu yaa bisa dikatakan selalu anjang sana ketempatnya dia selalu memberikan ee apa sih memberikan perhatian2 juga. “apa ada pendekatan ogawa ke keluarga?”iya karena keluarga itu kan penting memang karena keluarga itu kan yg setiap hari kumpul sama dia jadi kita juga harus memberikan pengertian bahwa ODHA itu nggak boleh ditinggalkan gitu kepada keluarganya tidak boleh juga dikucilkan atau pun di isolirkan, tetap harus iya diterima.

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

SN : iya mas pernah ada memang yang sampek parah gitu ya sakitnya, kalo sudah gitu kan kan kita nggabisa buat bantu banyak gitu, jadi ya kita bantunya buat anter dia ke rumah sakit ke pkm gitu, atau kalo dia pas butuh kita kita samperin dia kita tanya butuhnya apa obatnya apa misalkan gitu ya kita berusaha ada aja buat dia

Peneliti : Upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA?

SN : iya memberikan contoh anak2 yg sudah sukses dengan obat ARV, jadi dia sudah stadium ini dia sudah melakukan ARVdia sudah hidup selama ini,Jadi memberi contoh ODHA yg leih parah dari dia tapi dia berhasil dengan obat itu tadi jadi memotivasinya seperti itu supaya dia bisa seperti itu juga. Kemudian

Peneliti : Apa yang anda lakukan untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dlam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

SN : Kadang kalo itu kita kan agak susah ya mas buat ikut campur urusan keluarga, kadang kan keluarga ndak terima apa gimana gitu kan, ya kita biasanya ngasih dia semangat kadang kita juga main ke rumah dia nyoba buat deketin keluarganya gitu biar si odha di anggep lagi gitu lah kasarannya ya

Peneliti : Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

SN : memberikan kreasi sebenarnya apa yaa, banyak ruang di tempat OGAWA itu salon, menjahit, talenta dancer, desainer, bisi di ini apa dituangkan gitu melalui keunggulannya dia, apa yg dia inginkan gitu

Peneliti : Kendala apa saja yang pernah dialami dalam upaya mengatasi permasalahan interaksi sosial ODHA?

SN : ada sih pernah

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi kendala-kendala tersebut?

SN : ya itu tadi itu memberikan contoh2 tadi itu memberika contoh yg udah sukses obat gitu

Peneliti : Bagaimana cara mengatasi stigma yang ada dalam masyarakat mengenai ODHA?

SN : kalo stigma itu kan tergantung dari dia itu di status apa misalkan waria atau penasun atau juga ibu rumah tangga kan juga banyak aspeknya kalo dari waria biasanya mereka ada seseorang sosok yg dibuat contoh sebenarnya gitu, oh iya sebenarnya ya kita harus juga langsung ke masyarakat sendiri bahwa ODHA disini tertular seperti apa, apa hubungan seks atau air susu atau lewat darah disitu kita kasih pengertian

ke masyarakat bahwa ODHA ataupun AIDS tidak perlu kita takutkan ada obatnya.

Peneliti : Apakah ada kerjasama dengan LSM, organisasi, lembaga pemerintah ataupun non pemerintah dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

SN : jelasnya dengan layanan puskesmas, rumah sakit, dinkes KPA, semua stakeholder, sama KDS Pelangi juga. Kalo sama pkm sama rumah sakit itu ya buat pengobatan itu mas kalo sama KDS Pelangi ya kita kerjasama buat mendampingi ODHA itu kan kalo di KDS banyak ODHA disana gitu

Peneliti : Bagaimana respon ODHA dalam menerima dampingan/pelayanan dari LSM GAWA untuk menangani dampak psikososialnya?

SN : ya kalo pesnnya sih ini memang pekerja sosial ya, kita tidak bisa untuk ah aku males nggak mungkin karena kalo kita pengen punya teman banyak kita nggak bisa menutup mata dengan yang sembuh2 aja itu yg sakit itu yg kita perjuangkan, gimana teman kita yg sakit itu butuh pertolongan seandainya kita jadi dia. kebanyakan dia yg dilapangan itu dia merasa punya keluarga baru, kadang pertemanannya mereka pun.

Peneliti : Berapa lama ODHA dapat kembali hidup dan berinteraksi secara bebas dalam masyarakat ?

SN : kalo seperti itu tergantung dari stadiumnya ya, stadiumnya ODHA itu sendiri kalo dia juga ada penyakit2 ininya sebenarnya penyakit pendamping, itunya dulu yg disembuhkan baru setelah itu AIDSnya

HASIL WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

Tempat : RM Ayam Bakar

1. Identitas Informan

Nama : F

Usia : 53tahun

Pekerjaan : PRT

2. Hasil Wawancara

Peneliti: Bagaimana proses awal anda menjadi ODHA?

F : Awal pertama kenanya di Bali, tapi saya ngga tau. Waktu itu rambut rontok, flu, lemes, gak bisa tidur sama gatel2. Trus ada temen saya yang mau nganter saya ke klinik langsung tes. Trus besoknya kesana lagi, trus positif. Pokoknya udah sekitar 7 tahun atau 8 tahun jalan ini.

Peneliti: Bagaimana kondisi psikis anda ketika pertama kali mengetahui status anda adalah sebagai ODHA?

F : Frustrasi lah, karna saya ngga punya siapa2 lagi, ibu bapak sudah ngga ada, punya saudara tapi lain ibu satu bapak, tapi seperti kurang menerima.

Peneliti: Apa yang dilakukan petugas dari OGAWA kepada anda ketika anda sudah menjadi ODHA?

F : Iya, diayomi. Kalau ada apa-apa selalu di telepon.

Peneliti: Masalah apa saja yang pernah anda alami selama menjadi ODHA?

F : Kalau orang yang mengucilkan saya itu ngga ada ya, itu kan dari kitanya sendiri. Jangan sampai orang luar itu tau status dari saya. Ya, percaya diri aja.

Peneliti: Bagaimana peran petugas OGAWA dalam menangani masalah anda?

F : Mengayomi, lebih mengingatkan. Jadi saya kesana kemari pasti dikasih informasi.

Peneliti: Dengan siapa sajakah OGAWA bekerja sama dalam menangani dampak psikososial ODHA?

F : Setau saya ya mas, ya sama KDS itu, terus sama rumah sakit untuk ambil obat

Peneliti: Ketika menjadi ODHA apakah anda pernah mengalami rendah diri?

F : iya pernah, Waktu itu habis saya di tes, sempet kepala saya, saya gedor gedorkan ke dinding. Tapi untung aja waktu itu ada temen saya yang merangkul saya, menenangkan saya waktu di Bali.

Peneliti: Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan rendah diri?

F : ogawa bagus mas ya, ngasih dorongan semangat, biar saya atau temen-temen itu tetap semangat untuk jalani hidup

Peneliti: Selama menjadi ODHA apakah anda mengalami depresi?

F : Pernah itu kepala saya, saya gedorkan ke dinding, sampai minum baygon pernah gara-gara putus asa. Kan aku juga waktu itu punya pasangan, dan waktu itu aku juga udah sukses. Punya rumah di gang situ, punya rumah disana, ngedropnya dari sini juga, rumahku dijual sama dia. Laku denger-denger dari tetangga 80jutaan, tapi aku cuman dikasih 5jutaan aja. Dan uangnya dibuat nikah

dia. Maksud saya, kalau mau jual nego dulu sama saudaraku disini, jangan asal jual aja, trus dipakai nikah. Jadi ya sekarang saya cuman pontang panting.

Peneliti: Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan depresi?

F : Yaa, waktu depresi, pas nglamun gitu diingetin jangan nglamun, bercanda kumpul sama temen-temen

Peneliti: Apakah anda pernah merasa panik, rasa malu, dan kesepian?

F : Pernah, waktu itu sendiri di Bali ngedrop, kakak saya itu saya suruh ke Bali ngga mau, yang katanya repot ini itu lah. Ya gimana lagi. Tapi untungnya ada yang ngga salah temen-temen kita di Bali itu bisa nolong.

Peneliti: upaya apa yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

F : Lebih bagus ogawa, lebih mendorong. Banyak temen-temen yang senasib kayak saya gini.

Peneliti: Apakah anda pernah merasa rentan terhadap permusuhan dan agresi?

F : Ngga pernah, yang penting orang itu ngga nyubit saya, saya juga ngga nyubit, hehe.

Peneliti: Apa yang dilakukan petugas OGAWA dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

F : kadang ya kalo ada temen-temen yang musuhan gitu ya di dem-demlah mas biar ngga nurutin emosi tok itu

Peneliti: Bagaimana upaya yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

F : itu pernah mas temen komunitas ya sampe sakit parah gitu ya sama pegawainya ogawa sama temen temen kita dari komunitas jenguk dia ke rumahnya, trus dibawakan obatnya gitu

Peneliti: apakah anda pernah mengalami masalah dalam hubungan anda?

F : Saudara sudah tau dengan kondisi saya yang odha, tapi ya seperti masih kuranh menerima gitu. Maunya saya kerja, keaja, kerja. Saudara saya ada yang tau ada yang ngga.

Peneliti: Upaya apa yg dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dlam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

F : Pernah mau ngasih ngerti ke saudara kalo saya kan ya itu tadi mas keluarga udah ngga ada semua tinggal saudara jauh, tapi saya yang ngga mau akhirnya sama ogawa ya dibantu mau saya gimana gitu aja

Peneliti: Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi di masyarakat?

F : susah mas kalo anggapan kayak gitu ya, kok masyarakat saudara aja kadang susah untuk nerima untuk mengerti itu susah mas, tapi kadang ogawa itu ya ke desa-desa itu wes pertemuan gitu sama petinggi sama warga juga

Peneliti: Bagaimana cara yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA dari LSM OGAWA?

F : ya kalo saya pernahnya ikut-ikut acaranya ogawa itu, terus pernah juga ikut pelatihan salon

Peneliti: Apakah ada kerjasama dari LSM OGAWA kepada LSM, Organisasi, atau dinas dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

F : Pernah, waktu itu dibantu pegawai ogawa dari Bali langsung diberikan pekerjaan rumah tangga. Trus belajar salon juga.

Peneliti: Bagaimana pendapat anda mengenai upaya yang dilakukan OGAWA dalam menangani dampak psikososial ODHA?

F : Baik kok, kadang kalau saya sibuk dan ngga ada kendaraan, monta tolong dibelikan obat gitu. Itulah baiknya oghawa, mengayomi semuanya.

HASIL WAWANCARA INFORMAN TAMBAHAN

Tempat : RM Ayam Bakar

1. Identitas Informan

Nama : MF

Usia : 23tahun

Pekerjaan : Freelance

2. Hasil Wawancara

Peneliti: Bagaimana proses awal anda menjadi ODHA?

MF : kalo pertama sih kena IMS, terus saya datang ke klinik temen saya katanya, “oh iya fa kamu kena IMS kaya sifilis gitu, tapi coba kamu datang ke puskesmas puger cek kelanjutannya.” Akhire ya itu tes terus IMS e itu ternyata negatif ternyata malah kena itu HIV

Peneliti: Bagaimana kondisi psikis anda ketika pertama kali mengetahui status anda adalah sebagai ODHA?

MF : Ya diarani nyesel ya nyesel mas, tapi gimana lagi ini wes sebuah resiko ibarat e seorang LSL kan mas, aku nanggapine biasa aja wess akhire bikin happy ae tok, gak mau jadi beban gausah wes, cuek wess lhalapo.

Peneliti: Apa yang dilakukan petugas dari OGAWA kepada anda ketika anda sudah menjadi ODHA?

MF : ya kalo motivasi iya itu motivasi sama edukasi itu sering terus sering maen kerumah terus sering ngajak kayak apa SC school study gitu.

Peneliti: Masalah apa saja yang pernah anda alami selama menjadi ODHA?

MF : Iya, dari pihak pihak yang gitulah mas mulutnya lamis. ada pernah, temen saya itu yang menyebarkan status saya, ya sakit saya itu wess mas, dia ngasih tau ke temen-temen dia kan juga temen saya, kalo saya itu sekarang sakit ini gini gini gitu

Peneliti: Bagaimana peran petugas OGAWA dalam menangani masalah anda?

MF : ya kalo dari pendampingnya ogawa sih bantu nyariyang nyebar status saya itu mas

Peneliti: Dengan siapa sajakah OGAWA bekerja sama dalam menangani dampak psikososial ODHA?

MF : kadang sama KDS itu untuk pendampingannya temen-temen odha itu mas, sama kalo dinas ketenagakerjaan itu kadang untuk pelatihan-pelatihan itu juga

Peneliti: Ketika menjadi ODHA apakah anda pernah mengalami rendah diri?

MF : Iya terkadang kalau kita ngobrol sama semua orang lah, lihat mereka keadaan sehat saya kayak gini siapa yang ngga minder mas? Sebenarnya ini kan penyakit yang menjijikkan ya, penyakit kotor kan, hanya orang2 kotor aja yang bisa sakit gini. Ya itu tadi, itu udah resiko saya menjadi lsl. Ya inilah yang terjadi.

Peneliti: Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan rendah diri?

MF : Ya mereka sih ngasih support, mereka ngga memandang saya sakit apa. Mereka ya nganggepnya kayak temen biasa, selalu ngasih support “Ayo fah kita hidup sehat”. Malah sekarang mereka lihatnya bangga, sekarang hehe.

Peneliti: Selama menjadi ODHA apakah anda mengalami depresi?

MF : kalo depresi sih pernah ya mas cuman kalo saya ngga lama cuek aja akhirnya, mau gimana lagi udah kejadian gini yaudah dijalani aja wes mas

Peneliti: Selama di dampingi petugas OGAWA upaya apa saja yang dilakukan petugas kepada anda untuk menangani permasalahan depresi?

MF : Ngga pernah sih kalau berhubungan sama sakit, tapi kalau di luar masalah sakit ya pernah. Tpi ngga sampe yang merenung gitu. Ya dipikirin happy aja lah sama temen.

Peneliti: Apakah anda pernah merasa panik, rasa malu, dan kesepian?

MF : Panik ya panik mas, takutnya itu suatu saat. Kalau keluarga sih mereka udah tau. Paniknya itu kedepannya mau gimana, mau berumah tangga. Paniknya ya itu. Karena menghadapi dan mau ngerubah ngga bisa. Kalau malu ya pernah mas, tapi cuek aja sih. Mau berteman sama saya ya monggo, ngga juga ngga papa. Ya prinsipnya cuek.

Peneliti: upaya apa yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami panik, rasa malu dan kesepian?

MF : Oo kalau itu sering. Ya diajak makan2, ngobrol2, sharing2. sering juga ngasih motivasi biasanya dari pendamping itu kalau ada pertemuan.

Peneliti: Apakah anda pernah merasa rentan terhadap permusuhan dan agresi?

MF : Ya pernah mas, ada yang nyebarin status ku di belakangku. Maksudku kenapa harus buka status orang, kejelekan orang. Padahal belum tentu situ sehat, belum tentu situ juga baik.

Peneliti: Apa yang dilakukan petugas OGAWA dalam menangani ODHA yang rentan terhadap permusuhan dan agresi?

MF : kalau itu biasanya pendamping itu bantu kita gitu mas, kan biasanya istilah e di garai lah, kadang kalo ada yang biking masalah he'eh sama temen-temen gitu di tengahi sama pendamping itu

Peneliti: Bagaimana upaya yang dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami sakit kronis dan kecacatan?

MF : Mereka itu biasanya dampingi mas, jadi kalau emang harus diantarkan ke rumah sakit ya diantarkan, didampingi sampai rumah sakit. Ya dibantu banget lah.

Peneliti: apakah anda pernah mengalami masalah dalam hubungan anda?

MF : Kalau sekitar mereka ngga tau sih. Tapi ya saya mulai membuka diri juga dengan menjelaskan bahwa odha itu ngga menular lewat sentuhan tangan atau pun cuman sekedar ngobrol.

Peneliti: Upaya apa yg dilakukan petugas OGAWA untuk menangani ODHA yang mengalami masalah dalam hubungan, dlam hal ini relasi intim dengan lingkungan terdekat seperti keluarga?

MF : iya awalnya kan keluarga nggak tau mas kalo status saya udah gini, tapi lama kelamaan juga tau dan akhirnya juga support saya, itu juga dulu sempet dari ogawa itu main ke rumah gitu, ya ngoborl sama keluarga saya itu,

Peneliti: Bagaimana upaya yang dilakukan OGAWA untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi di masyarakat?

MF : Sering mas, kita kan kumpul ngga hanya orang odha, bahkan yang ngga odha aja ada. Jadi yang ngga odha itu tau mas kalau kita itu sebenarnya sama. Jdi kita itu jangan pernah menjauhi orang yang terkena odha, tapi jauhilan penyakitnya

Peneliti: Apa yang dilakukan petugas OGAWA dalam mengatasi masalah interaksi sosial ODHA?

MF : Mereka ya sering ke rumah, mas. Silaturahmi, tetangga juga pada tau.

Peneliti: Bagaimana cara yang dilakukan untuk meningkatkan harga diri ODHA dari LSM OGAWA?

MF : Ya itu mas, pernah diajak ikut event 2 kali, untuk menunjukkan kreatifitas saya.

Peneliti: Apakah ada kerjasama dari LSM OGAWA kepada LSM, Organisasi, atau dinas dalam upaya menangani dampak psikososial ODHA?

MF : Setau saya sih ya KPA, KDS itu. Saya pernah sih dapat bantuan untuk pelatihan ke dinas ketenaga kerjaan.

Peneliti: Apa dan bagaimana bentuk kerjasamanya?

MF : Pelatihan kayak salon gitu.

Peneliti: Bagaimana pendapat anda mengenai upaya yang dilakukan OGAWA dalam menangani dampak psikososial ODHA?

MF : Kalau dari ogawa sih, mereka ya mendukung karirku, mas

KODING

NO	KETERANGAN	KODING	TRANSKIP
1.	Penjaringan ODHA	POD	<p>“untuk penjaringan otomatis dengan melakukan mobile VCT, otomatis caranya kan temen2 sudah dibekali ilmu, kemudian mereka dari tim inti2 juga adanya pelatihan, dari situ kan mereka sedikit banyak dari ilmu yang mereka dapatkan oh ini gini2 yaitu dibujuk, dirayu, diarahkan, dibina untuk VCT, seandainya kebetulan menemukan, itu artinya kita kan harus adanya tindak lanjut apakah kita kerjasama dengan puskesmas ketika mereka akan melakukan VCT” (BD)</p> <p>“caranya untuk melakukan penjaringan itu kita biasanya memang kita memanfaatkan event2, kegiatan2 yang diberikan KKBS itu mas, jadi kita memanfaatkan itu untuk mengajak temen2 VCT, jadi untuk mengetahui status awal HIVnya, selain itu kita juga kerjasama sama puskesmas dan rumah sakit yang melayani VCT mas, jadi anak-anak itu kita rayu untuk VCT ke</p>

			<p>puskesmas” (RN)</p> <p>“...Akhire ya itu tes VCT, terus IMS e itu ternyata negatif ternyata malah kena itu HIV” (MF)</p> <p>“Awal pertama kenanya di Bali, tapi saya ngga tau. Waktu itu rambut rontok, flu, lemes, gak bisa tidur sama gatel2. Trus ada temen saya yang mau nganter saya ke klinik langsung tes. Trus besoknya kesana lagi, trus positif. Pokoknya udah sekitar 7 tahun atau 8 tahun jalan ini.” (F)</p> <p>“biasanya kita kalo di waria itu ada korwil2nya, jadi setiap korwil itu membawahi anak wilayahnya sendiri2 misalkan di kecamatan Sukowono siapa korwilnya itu didata, baru setelah itu kita adakan mobile VCT ” (SN)</p>
--	--	--	--

			<p>“Kalo masalah itu biasanya saya lihat dari perilakunya di lapangan seperti apa mainnya dia seperti apa kemudian dia seksnya aman dan tidak amannya, saya bisa menjaring dari situ. terus setelah itu baru diajak ke puskesmas buat VCT” (FK)</p>
2.	Konseling	KSL	<p>“awalnya kita bisa memberi motivasi dulu, motivasi jelas itu, motivasi intinya bahwa apapun yang terjadi ya kita terima tapi itu juga perlu proses gak segampang itu, pendekatan sih yang jelas secara personal, kekeluargaan, biar ada jalinan adanya kedekatanlah secara personal” (BD)</p> <p>“ya kalo motivasi iya itu motivasi sama edukasi itu sering terus sering maen kerumah terus sering ngajak kayak apa SC school study gitu” (MF)</p> <p>“jadi kalo mereka butuh pendamping dan butuh informasi tentang kelanjutan pengobatan nanti baru, kalo dampingan itu mau dan bersedia kita dampingi jadi kita nanti datang ke kita dikenalkan</p>

		<p>oleh layanan ke dampingan tersebut, jadi nanti untuk pengobatan kita yang menjelaskan. heeh mendampingi pengobatan sampe pengobatan sampek pertahankan” (RN)</p> <p>“yang dilakukan adalah mendata dulu, mereka biasanya per person itu kita tanya domisilinya dimana pekerjaannya apa perilaku seksnya seperti apa misalkan dari seorang siapalah gitulah ya ardiansyah kerjanya di Bali dia pulang dari Bali kesini dalam keadaan sakit misalkan nah disitu kita datang. kalo untuk itu kita biasanya itu kita motivasi dulu bahwa HIV ini loh ngga langsung bikin mati bisa kok diobati, jadi seperti itu dulu. terus kalo misalkan mereka open ke kita ya kita biasanya dampingi untuk ke layanan untuk pengobatan gitu” (SN)</p> <p>“ogawa bagus mas ya, ngasih dorongan semangat, biar saya atau temen-temen itu tetap semangat untuk jalani hidup” (F)</p>
--	--	--

			<p>“terutama ya memberi motivasi untuk semangat dia terus apa yg dilakukan temen-temen yg sudah menjadi ODHA ya memberi semangatlah, terutama kan kalo menjadi ODHA itu menerima hasilnya dia waktu dia di puskesmas dia pasti shock kebanyakan dia pasti shock, mungkin dia nggak mau terbuka ke petugas tapi setelah entah itu 1 minggu atau 3hari itu kebanyakan itu memang temen-temen yg ODHA yg saya dampingi itu terbuka” (FK)</p>
3.	<p>Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)</p>	<p>PPKDS</p>	<p>“KDS pelangi kita kerjasama untuk obati dan pertahankan itu.kalo untuk edukasi motivasi itu kalo untuk edukasi awal memang dari temen2 PL OGAWA sendiri tapi kalo nanti ada yang ketemu reaktif nanti untuk psikososialnya kalo mereka nyaman dengan KDS di dampingi KDS kalo mereka nyaman ke temen2 sendiri, ke temen2 PL ya monggo, tapi biasanya temen2 PL juga komunikasinya dengan tim KDS juga.” (RN)</p> <p>“kalo KDS pelangi itu penyemangatnya untuk di dampingi ke pengobatan kita juga sering sharing buat tindak lanjut si</p>

			<p>ODHA ini gimana gitu.” (FK)</p> <p>“kalo sama KDS Pelangi ya kita kerjasama buat mendampingi ODHA itu kan kalo di KDS banyak ODHA disana gitu” (SN)</p> <p>“kadang sama KDS itu untuk pendampingannya temen-temen odha itu mas,” (MF)</p> <p>“kalo yang berhubungan dengan KDS pelangi kita sering mengadakan rapat bareng, rapat koordinasi lah antara penajangkau dan pendamping dan tindak lanjut bilamana kita menemukan ODHA itu tadi jadi tindak lanjut yang akan dilakukan setelah menemukan ODHA” (BD)</p>
4.	Fasilitator	FSL	<p>“kita jemput si dampingan kita antar ke layanan setelah dari layanan kita antarkan kembali pulang, itu resikone pendamping ketika yg lolos follow up juga kita juga nyari, kita rayu kita ajak lagi ke layanan kita jemput itu yg jadi kendala kita” (RN)</p> <p>“Tapi kita juga kadang bantu lah,</p>

		<p>bantu mereka buat jadi penengah gitu jadi kita yang jelaskan ke keluarganya, kita ngasih pengertian kalo si anak ini janganlah dibenci gitu kan ya mas kasarannya, harus didukung seperti itu'' (FK)</p> <p>“iya awalnya kan keluarga nggak tau mas kalo status saya udah gini, tapi lama kelamaan juga tau dan akhirnya juga support saya, itu juga dulu sempet dari ogawa itu main ke rumah gitu, ya ngoborl sama keluarga saya itu,” (MF)</p> <p>“Pernah mau ngasih ngerti ke saudara kalo saya kan ya itu tadi mas keluarga udah nggak ada semua tinggal saudara jauh, “(F)</p> <p>“Kadang kalo itu kita kan agak susah ya mas buat ikut campur urusan keluarga, kadang kan keluarga ndak terima apa gimana gitu kan, ya kita bisanya ngasih dia semangat kadang kita juga main ke rumah dia nyoba buat deketin</p>
--	--	--

			<p>keluarganya gitu biar si odha di anggep lagi gitu lah kasarannya ya” (SN)</p> <p>“biasanya kan dari temen2 OGAWA selain kemudian selain kerja sama dengan pihak2 yang terkait PKM atau RS, otomatis disitu kan ada kita selaku penampungannya kan kita serahkan ke KDS Pelangi jadi temen pelangi lah yang nanti menindak lanjuti dari semua itu mas”(BD)</p>
5.	<i>Skill Building/Life Skill</i>	SB	<p>“memberikan kreasi sebenarnya apa yaa, banyak ruang di tempat OGAWA itu salon, menjahit, talenta dancer, desainer, bisi di ini apa dituangkan gitu melalui keunggulannya dia, apa yg dia inginkan gitu” (SN)</p> <p>“memberikan kualitas kuantitas temen2 yaitu talent mereka yang dia punya jadi dengan bekerja, berkarya...itu otomatis bisa menggali potensi yang dimiliki temen2,” (BD)</p> <p>“Pernah, waktu itu dibantu pegawai</p>

		<p>ogawa dari Bali langsung diberikan pekerjaan rumah tangga. Trus belajar salon juga.” (F)</p> <p>“Kadang ya disini itu kan sering ya mas buat kumpul-kumpul bareng gitu, nah ya itu wes kita masak-masak bareng kadang kalo pas maen kumpul di salon temen gitu ada yang mau belajar ya belajar bareng, kadang ada juga pas ada program pemerintah gitu kita bisa bantu buat kasih rekomendasi ke temen-temen itu buat ikutan, jadi ya biar punya kegiatan punya kemampuanlah ya buat nambah penghasilan mereka juga gitu” (FK)</p> <p>“Ya itu mas, pernah diajak ikut event 2 kali, untuk menunjukkan kreatifitas saya” (MF)</p> <p>“sebenarnya temen2 komunitas itu banyak bertalent mas opo punya</p>
--	--	--

			potensi gitu, jadi temen2 itu eee kita ajak untuk apa ya menggali potensi mereka,” (RN)
6.	Finansial	FNS	<p>“kalo misal tdk punya talenta, kita usahakan juga dari tim KDS pelangi juga baik dari temen2 kita juga mengusahakan mas solusi,..... apa dari temen2 OGAWA sendiri kompak saling berbagi ilmunya temen2 punya kualitas bisa kok mas, jadi siapa mereka yang punya kualitas ayo ditularkan, jadi gethok tular itu ada, jadi mereka yang merasa mampu ora kok tinggal diem temen2 saling membantu , misalkan ndak punya pekerjaan ayo kamu kerja aja ndk tempat aku salon atau gini gini gini, atau mereka yg belum bisa ayo dibantu, saling membantu kok mas, itulah manfaate dari OGAWA sendiri, sehingga tidak ada individu, tidak ada stigma tidak ada diskriminasi nggak ada sama sekali. malah saling membawa walupun yg ODHA atau tidak ketika temennya dari tim itu ada oh ini ODHA oh ini gini gini, malah dirangkul mas, ayo wes kamu kerjoo ben iso supaya inilah, gitu mas” (BD)</p>

			<p>“memanfaatkan potensi yg mereka punya, dulu juga pernah mahasiswa FKM juga memberikan basecamp waktu itu meskipun hanya 3bulan itu juga dimanfaatkan temen2 waktu itu ketika musim JFC jadi mereka juga desain disitu, buat kostum disitu, jadi kumpul2 bareng terus kita juga berusaha mengajukan bantuan stimulan mas gitu, dari apa sih yang mereka butuhkan, kalo mereka punya salon ya kita usulkan untuk peralatan salon. yang terakhir ini kita usulkan ke DINSOS Propinsi itu baru tgl 10 kmarin masuk jadi sudah masuk ke Jakarta kita tinggal nunggu kabar aja gitu heeh. kalo dari temen2 itu yg sudah ada itu ee memang mereka itu basicnya ke desainer kostum, jadi kita bisa mempromosikan,” (RN)</p> <p>“Saya pernah sih dapat bantuan untuk pelatihan ke dinas ketenaga kerjaan.” (MF)</p> <p>“Terus pernah ada kerjasanma</p>
--	--	--	---

			<p>dengan dinas sosial juga itu semacam kerjasama kayak ODHA yg mau ikut pelatihan dia ikutkan untuk baik itu di cheff atau dia di salon itu ada kerjasamanya itu,” (FK)</p> <p>“ya kalo saya pernahnya ikut-ikut acaranya ogawa itu, terus pernah juga ikut pelatihan salon,” (F)</p> <p>“kadang biasanya kita ajak seperti pelatihan2 atau juga semacam edukasi juga sama temen2 gitu. Pelatihan ya misalkan ada program pemerintah misalkan dia pengennya di cooking, salon itu bisa kita iniin, kita ajarin, itu pernah sudah kita lakukan” (SN)</p>
7.	Aksesabilitas	AKS	<p>“jadi pengambilan obat kita itu harus bersedia hampir tiap bulan menjemput si ODHA yg tidak bisa melihat itu kerumahnya ya untungnya dari pihak layanan itu tidak mengharuskan tiap bulan jadi dikasih jeda waktu, bulan ini kita bisa mengambulkan tapi bulan depan pasien harus dibawa, jadi</p>

		<p>kita harus mengalahi kesitu, kita jemput si dampingan kita antar ke layanan setelah dari layanan kita antarkan kembali pulang, itu resikone pendamping ketika yg lolos follow up juga kita juga nyari, kita rayu kita ajak lagi ke layanan kita jemput” (RN)</p> <p>“Baik kok, kadang kalau saya sibuk dan ngga ada kendaraan, monta tolong dibelikan obat gitu. Itulah baiknya ogawa, mengayomi semuanya.” (F)</p> <p>“kayak PL harus kalo memang sudah ODHA seperti itu kayak PL atau temen2 yg lain baik itu PE semuanya untuk tim2 dari OGAWA dan tim2nya KDS itu biasanya ngajak si klien ODHA itu untuk berobat didampingi berobat” (FK)</p> <p>“Mereka itu biasanya dampingi mas, jadi kalau emang harus diantarkan ke rumah sakit ya</p>
--	--	---

		<p>diantarkan, didampingi sampai rumah sakit. Ya dibantu banget lah.” (MF)</p> <p>“biasanya kan dari temen2 OGAWA selain kemudian selain kerja sama dengan pihak2 yang terkait PKM atau RS, otomatis disitu kan ada kita selaku penampungannya kan kita serahkan ke KDS Pelangi jadi temen pelangi lah yang nanti menindak lanjuti dari semua itu mas” (BD)</p> <p>“jadi ya kita bantu nya buat anter dia ke rumah sakit ke pkm gitu, atau kalo dia pas butuh kita kita samperin dia kita tanya butuhnya apa obatnya apa misalkan gitu ya kita berusaha ada aja buat dia” (SN)</p>
--	--	--

ANALISIS DATA (Kategorisasi, Kesimpulan Awal, Triangulasi dan Kesimpulan Akhir)

Kode	Kategorisasi	Kesimpulan Awal	Triangulasi	Kesimpulan Akhir
POD	Penjaringan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	Cara menjanging atau menemukan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) adalah dengan melalui tes VCT	“untuk penjaringan otomatis dengan melakukan mobile VCT, otomatis caranya kan temen2 sudah dibekali ilmu, kemudian mereka dari tim inti2 juga adanya pelatihan, dari situ kan mereka sedikit banyak dari ilmu yang mereka dapatkan oh ini gini2 yaitu dibujuk, dirayu, diarahkan, dibina untuk VCT, seandainya kebetulan menemukan, itu artinya kita kan harus adanya tindak lanjut apakah kita kerjasama dengan puskesmas ketika mereka akan melakukan	Untuk menjanging atau menemukan ODHA baru yaitu dengan cara tes VCT yang dilakukan memanfaatkan pendamping lapangan LSM OGAWA melalui VCT yang dilakukan di puskesmas, rumah sakit dan melalui mobile VCT yang memanfaatkan kegiatan-kegiatan OGAWA.

			<p>VCT” (Budiono)</p> <p>“biasanya kita kalo di waria itu ada korwil2nya, jadi setiap korwil itu membawahi anak wilayahnya sendiri2 misalkan di kecamatan Sukowono siapa korwilnya itu didata, baru setelah itu kita adakan mobile VCT ” (Sandra)</p> <p>“caranya untuk melakukan penjangingan itu kita biasanya memang kita memanfaatkan event2, kegiatan2 yang diberikan KKBS itu mas, jadi kita memanfaatkan itu untuk mengajak temen2 VCT, jadi untuk</p>	
--	--	--	---	--

			mengetahui status awal HIVnya, selain itu kita juga kerjasama sama puskesmas dan rumah sakit yang melayani VCT mas, jadi anak-anak itu kita rayu untuk VCT ke puskesmas” (RN)	
KSL	Konseling	Konseling dilakukan kepada ODHA dengan memberi dorongan semangat	“terutama ya memberi motivasi untuk semangat dia terus apa yg dilakukan temen-temen yg sudah menjadi ODHA ya memberi semangatlah, terutama kan kalo menjadi ODHA itu menerima hasilnya dia waktu dia di puskesmas dia pasti shock kebanyakan dia pasti shock, mungkin dia nggak mau terbuka ke petugas tapi setelah entah itu 1 minggu atau 3hari itu kebanyakan	Memberikan konseling melalui motivasi berupa semangat untuk menerima status sebagai ODHA dan kemudian motivasi untuk menjalani hidupnya

			<p>itu memang temen-temen yg ODHA yg saya dampingi itu terbuka” (Fiki)</p> <p>“awalnya kita bisa memberi motivasi dulu, motivasi jelas itu, motivasi intinya bahwa apapun yang terjadi ya kita terima tapi itu juga perlu proses gak segampang itu, pendekatan sih yang jelas secara personal, kekeluargaan, biar ada jalinan adanya kedekatanlah secara personal” (Budiono)</p>	
PPKDS	<p>Pelayanan Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)</p>	<p>Pelayanan kelompok dukungan sebaya tidak dibentuk tetapi bekerja sama dengan LSM lain</p>	<p>“KDS pelangi kita kerjasama untuk obati dan pertahankan itu.kalo untuk edukasi motivasi itu kalo untuk edukasi awal memang dari temen2 PL OGAWA sendiri tapi kalo nanti ada yang ketemu reaktif nanti untuk psikososialnya kalo mereka nyaman dengan KDS di</p>	<p>Pelayanan kelompok dukungan sebaya bekerja sama dengan LSM KDS Pelangi yang merupakan LSM pendamping ODHA di Kabupaten Jember</p>

			<p>dampingi KDS kalo mereka nyaman ke temen2 sendiri, ke temen2 PL ya monggo, tapi biasanya temen2 PL juga komunikasinya dengan tim KDS juga.” (Ririn)</p> <p>“kalo yang berhubungan dengan KDS pelangi kita sering mengadakan rapat bareng, rapat koordinasi lah antara penajangkau dan pendamping dan tindak lanjut bilamana kita menemukan ODHA itu tadi jadi tindak lanjut yang akan dilakukan setelah menemukan ODHA” (Budiono)</p>	
FSL	Fasilitator	Pendamping LSM OGAWA menjadi fasilitator untuk membantu ODHA memenuhi kebutuhan hidupnya	<p>“biasanya kan dari temen2 OGAWA selain kemudian selain kerja sama dengan pihak2 yang terkait PKM atau RS, otomatis disitu kan ada kita selaku penampungannya kan kita serahkan ke KDS Pelangi jadi temen pelangi</p>	Pendamping OGAWA membantu ODHA sebagai fasilitator untuk pergi ke layanan untuk pengobatan dan kemudian membantu kebutuhan hidup lainnya dengan bekerja sama dengan pihak terkait seperti KDS

			<p>lah yang nanti menindak lanjuti dari semua itu mas”(Budiono)</p> <p>“kita jemput si dampingan kita antar ke layanan setelah dari layanan kita antarkan kembali pulang, itu resiko pendamping ketika yg lolos follow up juga kita juga nyari, kita rayu kita ajak lagi ke layanan kita jemput itu yg jadi kendala kita” (Ririn)</p>	<p>Pelangi, rumah sakit, dan puskesmas.</p>
SB	<i>Skill Building/Life Skill</i>	<p>LSM OGAWA memberikan pelatihan agar ODHA memiliki ketrampilan.</p>	<p>“memberikan kreasi sebenarnya apa yaa, banyak ruang di tempat OGAWA itu salon, menjahit, talenta dancer, desainer, bisu di ini apa dituangkan gitu melalui</p>	<p>Pada LSM OGAWA membantu menggali minat, bakat dan potensi masing-masing ODHA dan kemudian memberikan pelatihan secara langsung</p>

			<p>keunggulannya dia, apa yg dia inginkan gitu” (Sandra)</p> <p>“Memberikan kualitas kuantitas temen2 yaitu talent mereka yang dia punya jadi dengan bekerja, berkarya...itu otomatis bisa menggali potensi yang dimiliki temen2, kalo misal tdk punya talenta, kita usahakan juga dari tim KDS pelangi juga baik dari temen2 kita juga mengusahakan mas solusi,..... apa dari temen2 OGAWA sendiri kompak saling berbagi ilmunya temen2 punya kualitas bisa kok mas, jadi siapa mereka yang punya kualitas ayo ditularkan, jadi gethok tular itu ada,</p>	<p>maupun tidak langsung kepada para ODHA. Pelatihan langsung diberikan kepada ODHA melalui pelatihan memasak, desain kostum dan salon, dance (menari), dan menjahit.</p>
--	--	--	--	---

			jadi mereka yang merasa mampu ora kok tinggal diem temen2 saling membantu” (Budiono)	
FNS	Finansial	LSM OGAWA membantu ODHA untuk mencari pekerjaan agar mendapatkan penghasilan yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup.	“Kita ajak untuk apa ya menggali potensi mereka, memanfaatkan potensi yg mereka punya, dulu juga pernah mahasiswa FKM juga memberikan basecamp waktu itu meskipun hanya 3bulan itu juga dimanfaatkan temen2 waktu itu ketika musim JFC jadi mereka juga desain disitu, buat kostum disitu, jadi kumpul2 bareng terus kita juga berusaha mengajukan bantuan stimulan mas gitu, dari apa sih yang mereka butuhkan, kalo mereka punya salon ya kita usulkan untuk peralatan salon. yang terakhir ini kita usulkan ke	Pemenuhan aspek Finansial adalah dengan menggunakan partisipasi aktif dari mereka untuk menggali potensi apa yang dimiliki, sehingga selanjutnya petugas dari OGAWA membantu apa saja yang dibutuhkan seperti promosi dan pengajuan bantuan kepada dinas terkait.

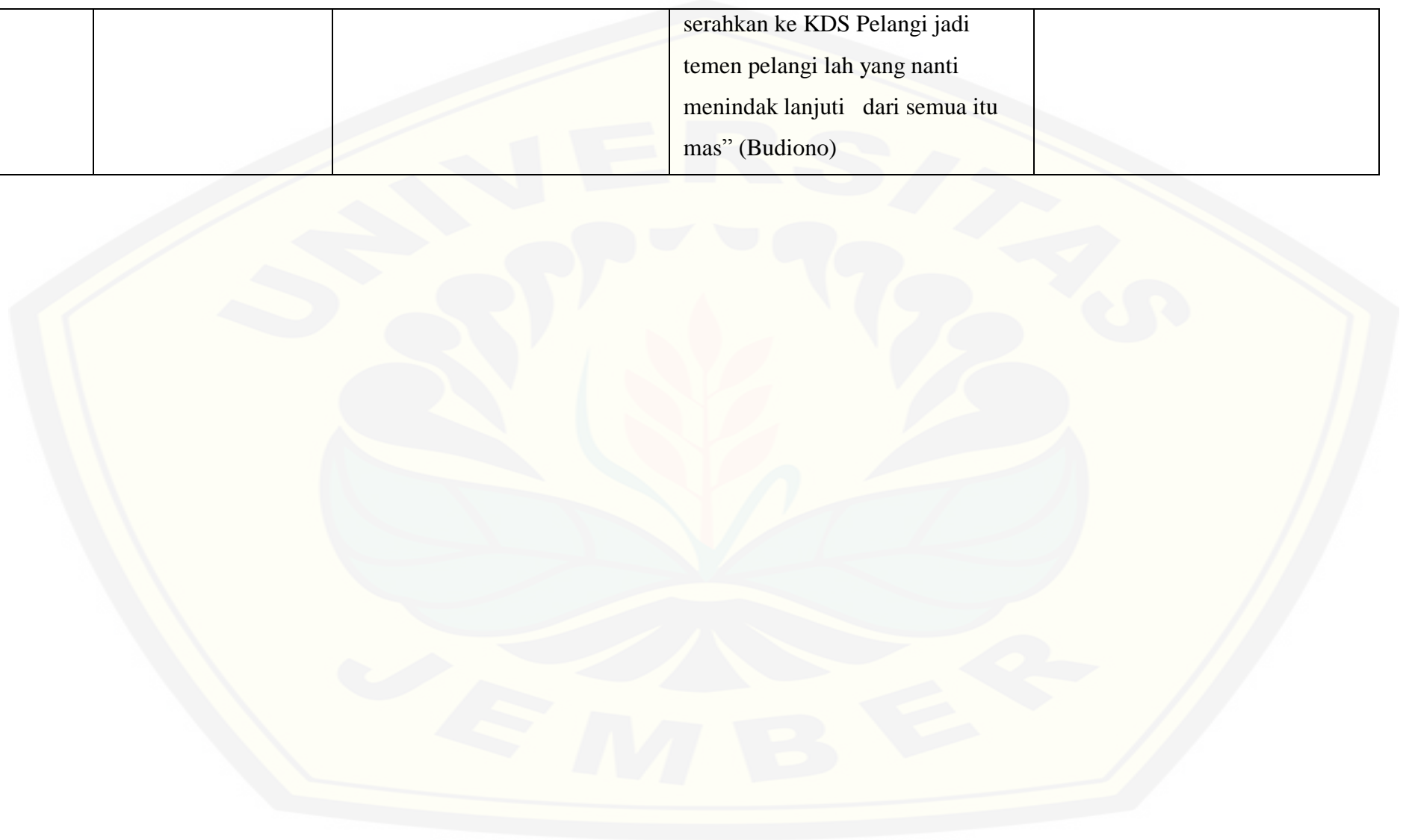
			<p>DINSOS Propinsi itu baru tgl 10 kmarin masuk jadi sudah masuk ke Jakarta kita tinggal nunggu kabar aja gitu heeh. kalo dari temen2 itu yg sudah ada itu ee memang mereka itu basicnya ke desainer kostum, jadi kita bisa mempromosikan, pernah ada temen saya itu dia waktu itu kebingungan ada keponakannya yg mau ikut lomba fashion show dia bingung “mbak uu”, akhirnya saya kenalkan ke salah satu dampingan saya iki, saya gitu, ya alhamdulillah mereka puas heeh dengan desainnya, juga ada temen dampingan kita desain dia yowes diakali ya mas, desain dia itu sampek sekarang ada yg sudah dipake oleh desainer</p>	
--	--	--	---	--

			<p>kondang” (Ririn)</p> <p>“Yaitu talent mereka yang dia punya jadi dengan bekerja, berkarya...itu otomatis bisa menggali potensi yang dimiliki temen2, kalo misal tdk punya talenta, kita usahakan juga dari tim KDS pelangi juga baik dari temen2 kita juga mengusahakan masalah solusi, nanti apakah dapat alat misalkan yang salon ya salon yang punya mesin jahit jahit kita sesuaikan dengan bakat temen2 punya selama ini, salon, masak, tapi selain itu kadang ndak ada pelatihan ndak apa dari temen2 OGAWA sendiri kompak saling</p>	
--	--	--	--	--

			<p>berbagi ilmunya temen2 punya kualitas bisa kok mas, jadi siapa mereka yang punya kualitas ayo ditularkan, jadi gethok tular itu ada, jadi mereka yang merasa mampu ora kok tinggal diem temen2 saling membantu, misalkan ndak punya pekerjaan ayo kamu kerja aja ndk tempat aku salon atau gini gini gini, atau mereka yg belum bisa ayo dibantu, saling membantu kok mas, itulah manfaate dari OGAWA sendiri” (Budiono)</p>	
AKS	Aksesabilitas	<p>Para pendamping OGAWA membantu akses ODHA untuk melakukan pengobatan.</p>	<p>“Jadi pengambilan obat kita itu harus bersedia hampir tiap bulan menjemput si ODHA yg tidak bisa melihat itu kerumahnya ya untungnya dari pihak layanan itu tidak mengharuskan tiap bulan jadi</p>	<p>Para pendamping OGAWA memfasilitasi pengambilan obat dari layanan kemudian diantarkan kepada ODHA tersebut. Selain itu juga memberikan pendampingan</p>

			<p>dikasih jeda waktu, bulan ini kita bisa mengambil tapi bulan depan pasien harus dibawa, jadi kita harus mengalahi kesitu, kita jemput si dampingan kita antar ke layanan setelah dari layanan kita antarkan kembali pulang, itu resiko pendamping ketika yg lolos follow up juga kita juga nyari, kita rayu kita ajak lagi ke layanan kita jemput” (Ririn)</p> <p>“biasanya kan dari temen2 OGAWA selain kemudian selain kerja sama dengan pihak2 yang terkait PKM atau RS, otomatis disitu kan ada kita selaku penampungannya kan kita</p>	<p>dalam hal kebutuhan obat sesuai dengan kebutuhan masing-masing ODHA.</p>
--	--	--	--	---

			serahkan ke KDS Pelangi jadi temen pelangi lah yang nanti menindak lanjuti dari semua itu mas” (Budiono)	
--	--	--	--	--



DOKUMENTASI



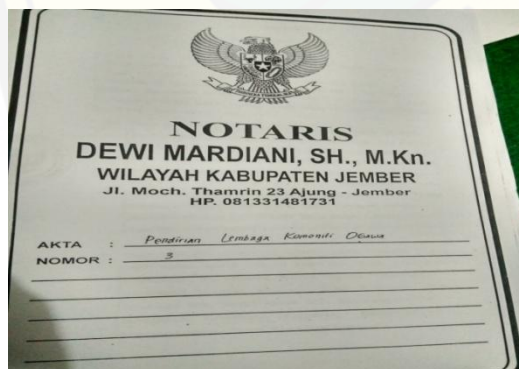
Pertemuan Rutin LSM OGAWA



Wawancara bersama informan FK



Salah satu kegiatan Edutainment LSM OGAWA, Wawancara bersama informan BD



Dokumen Akta Notaris Pendirian LSM OGAWA, Kegiatan sosialisasi Temukan Obati Pertahankan