

AKSEPTABILITAS, UTILISASI DAN ADOPSI UPAYA PENANGGULANGAN HIV MELALUI KADER DESA PEDULI AIDS DARI PERSPEKTIF MASYARAKAT DI KOTA DENPASAR

N. M. S. Nopiyani*, D. P. Y. Kurniati, P. A. Indrayathi, R. Listyowati
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
*Email: mdsrinopiyani@yahoo.com

ABSTRACT

Village AIDS Cadres (KDPA) Program has been conducted in Denpasar district since 2010. Despite the importance of community participation for a successful community based program, no research has been conducted to explore community perception regarding KDPA program. This research is aimed to explore community perceptions regarding acceptability, utilization, and adoption of the KDPA program from community perspective. The design used in this research is descriptive with qualitative data collection method through six focus group discussions in six villages in Denpasar. Data was analysed using thematic analysis. KDPA is well-accepted as it is perceived as an important issue to be tackled in the community. However, many opinions arise concerning who should be given the role "cadre". Lack of program introduction to the community, also high stigma and discrimination resulted in low utilization of the program. Villages with active KDPA have conducted a variety of HIV-related activities rarely carried out by the less active villages. There is Lack of community participation on HIV-related activities. Inequity of access to HIV information exists between adults and teenagers, between men and women, and between the member of traditional and non-traditional hamlets. Program adoption is hampered by the lack of commitment of village authorities and limited resources of KDPA program. The utilization and adoption of KDPA program are sub-optimal. Introduction of KDPA program to the community and provision of program resources should be improved.

Keywords: Village AIDS Cadres Program, acceptability, utilization and adoption.

ABSTRAK

Program Kader Desa Peduli AIDS (KDPA) telah diselenggarakan di Kota Denpasar sejak tahun 2010. Partisipasi masyarakat penting untuk menunjang keberhasilan program, namun penelitian yang menggali persepsi masyarakat terhadap program KDPA belum pernah dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk menjajagi aspek akseptabilitas, utilisasi dan adopsi program KDPA dari perspektif masyarakat. Rancangan penelitian adalah deskriptif dengan metode pengumpulan data kualitatif melalui enam FGD di enam Desa di Denpasar. Data diolah dengan analisis tematik.

Akseptabilitas program KDPA cukup baik karena masyarakat memandang isu HIV sebagai masalah yang penting untuk diatasi. Namun, masih terdapat perbedaan pendapat mengenai siapa yang seharusnya menjadi kader. Kurangnya pengenalan program kepada masyarakat serta tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA berpengaruh terhadap rendahnya utilisasi KDPA. Desa dengan KDPA aktif telah melaksanakan kegiatan-kegiatan terkait HIV, yang jarang dilakukan oleh Desa dengan KDPA kurang aktif. Partisipasi masyarakat dalam kegiatan-kegiatan terkait HIV masih kurang optimal dan terdapat ketimpangan akses antara kelompok dewasa dan remaja, laki-laki dengan perempuan serta anggota banjar dinas dengan banjar adat. Adopsi program dihambat oleh rendahnya komitmen pemerintah desa dan terbatasnya dukungan sumber daya. Utilisasi serta adopsi program KDPA di Denpasar masih kurang optimal. Sosialisasi program KDPA kepada masyarakat dan dukungan sumber daya program perlu ditingkatkan.

Kata kunci: Program Kader Desa Peduli AIDS, akseptabilitas, utilisasi, adopsi, Denpasar

PENDAHULUAN

Sejak kasus HIV pertama ditemukan pada tahun 1987, terjadi peningkatan kejadian HIV di Indonesia dan pada tahun 2012 terdapat 15.372 kasus HIV dan 3.541 kasus AIDS (Dirjen P2PL 2012). Provinsi Bali memiliki prevalensi AIDS kedua tertinggi di Indonesia pada tahun 2012, yaitu sebesar 75,54 per 100.000 populasi (Dirjen P2PL 2012). Modus utama penularan HIV di Indonesia maupun di Bali adalah melalui hubungan seks heteroseksual (Dirjen P2PL 2012). Ironisnya, penularan HIV heteroseksual dengan episentrum pekerja seks perempuan (PSP) kini telah meluas ke populasi umum yang ditandai dengan peningkatan kejadian pada ibu rumah tangga dan juga bayi baru lahir (Dirjen P2PL 2012, Muliawan 2003, KPAP Bali 2011). Terdapat kekhawatiran yang cukup beralasan bahwa epidemi HIV & AIDS telah meluas menjadi *generalized epidemic* (Muliawan 2003).

Sejak tahun 2010, Pemerintah Provinsi Bali menginisiasi program penanggulangan HIV berbasis masyarakat melalui pembentukan Kader Desa Peduli AIDS (KDPA) di setiap desa di seluruh Bali. Kader Desa Peduli AIDS ini terdiri dari tokoh-tokoh masyarakat yang dianggap memiliki pengaruh yang diharapkan dapat menjadi perpanjangan tangan petugas kesehatan dalam penyampaian informasi HIV, mendeteksi masyarakat yang berisiko, merujuk anggota masyarakat yang berisiko ke layanan VCT, serta mendampingi anggota masyarakat yang menderita HIV-AIDS (KPAP Bali 2010). Hasil evaluasi proses yang dilakukan tahun 2012 terhadap pengelola dan pelaksana program menunjukkan bahwa jangkauan program, pencapaian output, implementasi yang kurang optimal. Sustainability program juga terancam oleh keterbatasan

sumber daya program (Nopiyani 2012). Selain itu, partisipasi masyarakat dalam kegiatan-kegiatan pencegahan HIV yang diselenggarakan oleh KDPA di sebagian besar desa dikatakan masih rendah (Nopiyani 2012). Namun hingga saat ini belum pernah dilakukan penelitian terhadap program KDPA dari perspektif masyarakat untuk memberikan bukti mengenai akseptabilitas, utilisasi serta adopsi program yang merupakan faktor-faktor penting untuk meningkatkan efektivitas program kesehatan berbasis masyarakat. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menjawab pertanyaan: "Bagaimana akseptabilitas, utilisasi, adopsi program KDPA dari perspektif masyarakat di Denpasar pada tahun 2013?"

METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif dengan metode pengumpulan data kualitatif melalui enam *focus group discussions* (FGD) yang dilakukan di enam Desa di Kota Denpasar. Pemilihan Desa dilakukan secara purposif berdasarkan keaktifan dari KDPA yang diperoleh dari hasil konsultasi dengan pihak Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Denpasar. *Focus group discussions* dilakukan terhadap kelompok laki-laki dewasa, perempuan dewasa serta remaja di tiga Desa dengan KDPA aktif dan tiga Desa dengan KDPA kurang aktif. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus hingga Oktober 2013.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Informan

Karakteristik dari laki-laki dewasa yang terlibat dalam penelitian ini adalah berusia 35 hingga 66 tahun dengan tingkat pendidikan yang bervariasi mulai dari

sekolah dasar (SD) hingga sarjana strata 1 (S1). Untuk kelompok perempuan dewasa, peserta FGD berusia 35 hingga 65 tahun dan memiliki latar belakang pendidikan SD hingga S1. Sedangkan pada kelompok remaja, terdapat dua belas remaja perempuan dan empat orang remaja laki-laki berusia 13 hingga 22 tahun. Latar belakang pendidikan remaja-remaja tersebut berkisar antara sekolah menengah pertama (SMP) hingga Diploma 1 (D1).

Akseptabilitas Program KDPA

Secara umum masyarakat menganggap bahwa upaya penanggulangan HIV dalam bentuk upaya pendidikan masyarakat maupun upaya-upaya lain penting untuk dilakukan karena kejadian HIV yang terus menerus meningkat. Kelompok laki-laki dan perempuan dewasa beranggapan bahwa yang berisiko terkena HIV adalah para remaja. Mereka menyatakan bahwa upaya promotif dan preventif dalam bidang HIV itu penting untuk membekali mereka sebagai orangtua sehingga dapat mengarahkan anaknya agar terhindar dari bahaya HIV.

"Kalo kita sebagai orangtua tau jadi generasi mudanya bisa diberitahu harus hati-hati masalah ini, kan gitu. Kalo orangtuanya nggak tahu kan susah juga." (BPK_DTK2)

Sebagian besar peserta FGD baik di Desa dengan KDPA aktif maupun dengan KDPA kurang aktif menyatakan bahwa mereka belum pernah mendengar tentang program KDPA maupun tentang keberadaan kader yang telah dilatih di bidang HIV di Desa mereka. Hal tersebut mengindikasikan kurangnya sosialisasi program ini kepada masyarakat sebagai populasi sasaran dari program KDPA. Setelah mendengar penjelasan tentang program KDPA dari peneliti, hampir seluruh

peserta menyatakan bahwa keberadaan kader dalam bidang HIV penting untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi dan intervensi terkait HIV.

"Kalau menurut saya sih penting. Kalau misalnya dia [teman] jadi kader [KDPA] kan, saya misalnya saya mau nanya, kalau saya nanya ke dinas kesehatan kan agak kejauhan, agak sedikit ragu, atau agak malu-malu. Lebih baik saya nanya ke temen yang udah jadi kader [KDPA] kan lebih nyambung, lebih akrab, nggak terlalu serius juga." (RMJ_SKY2)

Meskipun, seluruh informan menganggap penting keberadaan KDPA di masyarakat, masih terdapat perbedaan opini mengenai siapa yang idealnya menjadi kader. Kelompok laki-laki dewasa berpendapat bahwa cara pemilihan KDPA saat ini sudah tepat yaitu dengan memilih tokoh-tokoh masyarakat seperti kepala dusun, aparat desa atau orang-orang yang memiliki jabatan penting di masyarakat. Hal tersebut dikarenakan orang-orang tersebut lebih berpengaruh dan memiliki kedekatan dengan masyarakat. Selain itu, tokoh-tokoh masyarakat tersebut dapat menyelipkan informasi mengenai HIV dalam kegiatan atau pertemuan rutin di masyarakat tidak diperlukan waktu khusus untuk pemberian informasi mengenai HIV. Tokoh masyarakat sebagai KDPA juga dapat mengatasi kesulitan dalam mengumpulkan masyarakat.

"Jadi dia [tokoh masyarakat] bisa kebetulan, tidak khusus membicarakan itu [HIV]. Dalam pertemuan apa itu disinggung, dibicarakan, itu bisa juga. Kebetulan ngumpul, ada orang banyak kadernya [KDPA] didatengin. Nyampein masalah yang jadi tanggungjawabnya dia. Mengumpulkan orang itu nggak mudah. Kalo dari desa baru mudah." (BPK_DTK4)

Selain itu, mengingat KDPA

merupakan pekerjaan yang bersifat sukarela, maka akan sulit untuk merekrut anggota masyarakat untuk bekerja menjadi KDPA. Tokoh-tokoh masyarakat dianggap mau dan mampu dalam melaksanakan pengabdian sebagai KDPA tanpa memerlukan imbalan khusus.

Sebagian informan memiliki pendapat yang berbeda mengenai siapa yang seharusnya menjadi KDPA. Menurut mereka, penggunaan tokoh-tokoh masyarakat seperti kepala dusun dan aparat desa akan menyebabkan kurang optimalnya fungsi KDPA karena tokoh-tokoh tersebut tentunya telah memiliki kesibukan yang cukup padat.

"Lebih baik kader dikhususkan. Karena kalau kelian kan tugasnya sudah banyak. Kalau [kader] dikhususkan untuk AIDS dia [kader] sosialisasi kan lebih nyampe." (IBU_DPK2)

Menurut mereka, KDPA sebaiknya terdiri dari anggota masyarakat yang tidak dipilih karena jabatannya di Desa, melainkan karena keluwesan dalam bergaul dan keterampilan dalam berkomunikasi dengan masyarakat.

"Menurut pendapat saya, [KDPA] yang luwes, pintar bergaul dan berani bertatap muka kepada masyarakat. Nanti kalau dia nggak berani, grogi dia, kan malu." (IBU_DPK6)

Kriteria lain yang penting dimiliki oleh KDPA adalah kemampuan untuk menjaga rahasia karena hanya dengan demikian maka masyarakat yang bermasalah dengan HIV akan leluasa menceritakan masalahnya

"Tapi kalo cerita ya harus di jaga, rahasia. Karena siapa tau yang jadi kader tu agak selengkan, ya 'ember' gitu lah istilahnya. Jadi kalo menurut saya yang jadi kader tu ya harus siap jaga rahasia. Kalo emang dia mau mendengar curhatan temen tentang keluhan HIV AIDS kan bisa."

(RMJ_DPK1)

Meskipun seluruh informan menyatakan bahwa keberadaan KDPA penting dan dapat diterima, mereka menyebutkan bahwa informasi yang diberikan oleh KDPA kemungkinan besar kurang dipercaya oleh masyarakat.

"Wah, kalau yang memberi penyuluhan ibu-ibu [KDPA] dari sini juga, bisa ditinggal sama ibu-ibu yang lain." (IBU_KPT1)

Hampir seluruh informan menyebutkan bahwa mereka lebih memilih untuk mendapat informasi tentang HIV dari tenaga kesehatan dibandingkan kader karena KDPA tidak memiliki latar belakang kesehatan dan hanya menjalani pelatihan yang amat singkat.

"Kalo tiba-tiba siapa gitu ditunjuk sebagai kader, dilatih 3 hari ya awam dia. Kalo nggak mau baca buku. Paling taunya lebih banyak dari TV itu, daripada dari latihan 3 harinya itu." (BPK_DTK2)

Utilisasi Program KDPA

Program KDPA telah dilaksanakan di Kota Denpasar sejak tahun 2010. Dalam perkembangannya, implementasi program KDPA berbeda-beda di masing-masing Desa. Ada Desa yang KDPA-nya aktif berkegiatan, namun tidak sedikit pula KDPA yang pasif.

Dari FGD yang dilakukan dengan kelompok laki-laki dan perempuan dewasa serta remaja, disebutkan bahwa di Desa dengan KDPA aktif, telah dilangsungkan kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV seperti penyuluhan dan pembagian kondom. Kegiatan yang paling sering diselenggarakan oleh KDPA adalah penyuluhan. Di Desa dengan KDPA kurang aktif, kegiatan promotif-preventif terkait HIV sangat jarang bahkan tidak pernah dilakukan

"Harusnya perlu [penyuluhan tentang

HIV]. Ya kalo bisa rutinlah minimal 3 bulan sekali. Ini kan bertahun-tahun tidak ada.” (BPK_DTK4)

Masyarakat yang berstatus sebagai masyarakat pendatang di Desa dengan KDPA aktif menyatakan bahwa mereka tidak pernah mengikuti penyuluhan HIV & AIDS karena tidak pernah menerima undangan dari pihak Desa.

“Kalau setahu tiyang [saya] tidak pernah menerima undangan” (BPK_DSK8)

Hal tersebut disebabkan oleh susahnya mengumpulkan masyarakat yang merupakan anggota Banjar Dinas (bukan anggota Banjar Adat) untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan termasuk kegiatan terkait HIV. Berbeda dengan anggota Banjar Adat, anggota Banjar Dinas tidak diikat oleh aturan-aturan tradisional (*awig-awig*) yang bersifat mengikat.

“Makanya penyebaran informasi tentang HIV & AIDS di lingkungan banjar adat saja. Karena warga banjar adat itu ada awig-awig. Kalau dia nggak dateng itu dia kena sanksi. Bisa sanksi denda dia kena. Maka dari itu jika penduduk pendatang diundang, dia tidak datang, tidak kena sanksi itu.” (BPK_DSK4)

Rendahnya partisipasi masyarakat Desa Dinas dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, misalnya kegiatan gotong royong, menyebabkan keengganan untuk menyasar anggota Banjar Dinas dalam kegiatan terkait HIV & AIDS.

“Kalau [penduduk pendatang] dipanggil untuk datang ke penyuluhan mungkin sulit. Untuk kerja bakti saja sudah setengah mati kepala dusunnya manggil. Itu masalahnya, dateng apa nggak.” (BPK_DSK3)

Peserta FGD yang merupakan penduduk Banjar Dinas menyatakan bahwa mereka juga membutuhkan informasi mengenai HIV & AIDS agar

dapat mengupayakan tindakan-tindakan pencegahan HIV.

“Kalau saya sih pengen tau [tentang HIV] mbak. Biar nantinya tau. Dan saya nggak ikut-ikutan seperti itu nanti,” (BPK_DSK8)

Meskipun di Desa dengan KDPA aktif telah dilaksanakan upaya pendidikan kesehatan masyarakat terkait HIV, belum seluruh anggota masyarakat terjangkau oleh informasi. Di beberapa Desa, angka kehadiran masyarakat dalam kegiatan penyuluhan relatif rendah. Beberapa hal yang disebutkan sebagai faktor penyebab rendahnya partisipasi masyarakat dalam kegiatan penyuluhan antara lain faktor kesibukan serta kejenuhan masyarakat terhadap informasi terkait HIV.

“Kurang ngerasa perlu mungkin ya sama informasi [tentang HIV]. Soalnya kan udah sering denger ya. Jadi kalau denger penyuluhan di banjar bosan.” (RMJ_DPK5)

Kegiatan penyuluhan yang dimotori oleh KDPA bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki persepsi yang salah mengenai HIV. Meskipun telah diadakan penyuluhan tentang HIV, beberapa informan masih memiliki persepsi yang keliru tentang cara penularan HIV. Dalam FGD terdapat peserta yang menyatakan bahwa HIV dapat menular melalui interaksi sehari-hari dengan penderita dan juga melalui makanan.

“Di TV itu saya denger tapi nggak komplit saya dengernya. Tapi katanya dari makanan kalo nggak salah [HIV] tu bisa menular. Sekarang kan biar ikan apa kan dikasi makanan yang diawetkan gitu. Ya mungkin bisa juga dikasi obat yang kita tidak tau supaya awet. Makanan yang nggak awet diawetkan gitu kan bahaya pak. Mungkin disuntik jarumnya darimana ngambilnya kan bahaya juga.” (BPK_DTK2)

Selain itu, salah satu informan dari Desa dengan KDPA aktif beranggapan bahwa HIV bisa ditularkan melalui keringat.

"Soalnya ada pernah saya denger ya, ada [kasus HIV] yang menular melalui keringat." (IBU_DPK4)

Persepsi-persepsi yang masih keliru di masyarakat mengindikasikan bahwa upaya pendidikan kesehatan masyarakat terkait HIV perlu lebih ditingkatkan. Kelompok remaja cenderung menunjukkan pengetahuan yang lebih baik mengenai HIV dibandingkan kelompok dewasa. Hal tersebut kemungkinan karena remaja lebih banyak terpapar dengan informasi mengenai HIV oleh karena banyaknya intervensi HIV yang menasar remaja di sekolah.

"Dari SMP itu kan dapet kita tentang IPA, biologi, penyakit. Nah dari SMA juga saya kan ikut organisasi di sekolah dan kebetulan juga sering ada penyuluhan tentang HIV/AIDS dari dinas kesehatan atau dari organisasi yang lain." (RMJ_DPK1)

Beberapa peserta FGD menunjukkan pengetahuan yang baik mengenai HIV namun masih terdapat perasaan takut untuk berinteraksi dengan penderita HIV.

"Malah kadang-kadang yang sudah tau pun tentang cara penularan [HIV] yang tidak melalui hal itu pun masih merasa bagaimana...takut." (IBU_DPK5)

Selain sebagai pemberi informasi kepada masyarakat, kader juga diharapkan mampu menjadi perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan untuk mendampingi orang yang hidup dengan HIV & AIDS (ODHA) serta menjembatani masyarakat yang berisiko untuk bisa mengakses layanan konseling dan testing HIV. Agar kader bisa memenuhi harapan program, maka penting bagi kader untuk bisa menjadi sosok yang dipercaya oleh

masyarakat. Mengenai kader sebagai pihak yang dapat dipercaya untuk mengemukakan permasalahan tentang HIV, ada yang mengatakan bahwa lebih mudah untuk bicara dengan orang yang tidak mereka kenal namun dapat dipercaya kapasitasnya, misalnya tenaga kesehatan maupun tenaga non-kesehatan yang terlatih. Adanya ketakutan akan stigma dan diskriminasi jika mengungkapkan masalah terkait HIV pada teman atau orang yang mereka kenal juga menjadi salah satu hal yang menghambat utilisasi KDPA.

"Mungkin orang yang belum kita kenal lah, kalo sama temen kan mungkin karena dia nggak tau jadi mereka tu kemungkinan bisa karena kita punya hubungan pribadi mereka tu bisa agak menjauhlah dari kita. Takutnya kemungkinan jadinya sama temennya, kalo sama orang yang jauh atau yang nggak kenal kan kemungkinan untuk apa men nyebarin sama temen-temennya, nggak ada untungnya" (RMJ_DPK4)

Dominasi dari kelompok laki-laki dewasa dalam KDPA juga menjadi pembahasan dalam diskusi. Pelibatan perempuan dewasa dan remaja dirasa penting untuk meningkatkan akses dari kelompok-kelompok tersebut terhadap informasi HIV. Peserta mengungkapkan kecanggungan untuk mengkonsultasikan atau menanyakan informasi terkait HIV kepada kader dengan jenis kelamin berbeda.

"Ada perasaan sedikit ragu, canggung. Soalnya kita nanya tentang HIV AIDS yang menyangkut seks bebas. Mungkin agak gimana gitu dikit lah. Kalau sesama cowok ya masih bisa, lebih enak." (RMJ_SKY1)

Adopsi Program KDPA

Adopsi program KDPA oleh Desa-Desa di Kota Denpasar bervariasi. Namun

secara umum, adopsi program KDPA masih kurang optimal. Sebagian besar Desa masih menjalankan kegiatan yang dinisiasi oleh Dinas Kesehatan maupun Komisi Penanggulangan AIDS. Salah satu desa yang terlibat dalam penelitian ini, telah melaksanakan berbagai kegiatan terkait HIV seperti penyuluhan dan pendistribusian kondom. Tidak hanya kuantitas, cakupan dari kegiatan-kegiatan tersebut juga cukup luas.

“Sosialisasi [penyuluhan HIV] ke PKK dan krama banjar di masing-masing banjar di Sanur Kauh kayaknya sudah hampir seratus persen ya.” (BPK_DSK2)

Komitmen dari aparat desa sangat diperlukan untuk menunjang kegiatan penanggulangan HIV di masyarakat. Kurangnya komitmen dari Desa untuk menunjang upaya penanggulangan HIV menyebabkan tidak aktifnya kegiatan KDPA di beberapa Desa.

“Sebenarnya sudah pernah diajukan ke kelurahan bahwa di tiap banjar perlu diadakan penyuluhan HIV tapi sampe sekarang belum ada tindak lanjut dari Kelurahan.” (IBU_KPT3)

Faktor-faktor pendukung dan penghambat program KDPA

Berdasarkan perspektif masyarakat, faktor pendukung dari program KDPA adalah kesadaran masyarakat akan besarnya permasalahan HIV. Oleh karena itu, program KDPA sebagai salah satu upaya penanggulangan HIV dianggap penting oleh masyarakat untuk dilakukan. Faktor pendukung lainnya adalah adanya kebutuhan masyarakat akan informasi mengenai HIV yang mudah diakses serta adanya struktur Banjar Adat yang memiliki kekuatan untuk mengatur dan menggerakkan warganya melalui aturan-aturan tradisional (awig-awig).

Di sisi lain, upaya pengenalan

program KDPA kepada masyarakat belum dilakukan oleh pihak desa sehingga masyarakat tidak mengetahui keberadaan program. Hal tersebut menyiratkan rendahnya komitmen dari pihak Desa untuk mengadopsi program ini sebagai salah satu faktor penghambat implementasi program. Persepsi diri mengenai rendahnya risiko terkena HIV dan kejenuhan masyarakat akan upaya-upaya pemberian informasi terkait HIV juga menghambat partisipasi masyarakat dalam program KDPA. Kesulitan untuk menjangkau masyarakat pendatang dengan upaya penanggulangan HIV terkait dengan tidak adanya aturan yang bersifat mengikat seperti pada masyarakat Banjar Adat menyebabkan rendahnya partisipasi masyarakat pendatang dalam program KDPA dan upaya-upaya penanggulangan HIV lainnya. Ketidakpercayaan akan kapasitas kader yang tidak memiliki latar belakang kesehatan dan dilatih hanya dalam waktu singkat berpotensi menghambat utilisasi KDPA. Pemilihan kader yang tidak memperhatikan keterwakilan dari populasi perempuan dewasa serta remaja dapat menjadi sumber rendahnya utilisasi program oleh kelompok-kelompok masyarakat tersebut. Selain itu, masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV juga berpotensi menyebabkan rendahnya utilisasi program, dimana masyarakat akan menghindari untuk mengkonsultasikan atau meminta bantuan kader ketika mereka memiliki masalah terkait HIV.

PEMBAHASAN

Akseptabilitas program menunjukkan sejauh mana program tersebut dapat diterima oleh masyarakat

berdasarkan atas kesesuaian program dengan nilai-nilai sosial budaya lokal yang dianut oleh masyarakat (Battacharyya 2001 & McKenzie 2007). Agar suatu program bisa diterima oleh masyarakat, masyarakat harus terlebih dahulu mengenal atau mengetahui keberadaan program. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program KDPA belum dikenal oleh sebagian besar masyarakat. Hal tersebut mengindikasikan masih kurangnya sosialisasi dari pihak Desa tentang keberadaan program dan keberadaan kader kepada masyarakat. Sosialisasi mengenai keberadaan program KDPA adalah prasyarat penting bagi implementasi program yang optimal. Idealnya masyarakat sasaran memahami tujuan, aktivitas, serta manfaat program bagi masyarakat (WHO 2007). Secara umum, program penanggulangan HIV melalui pembentukan kader di bidang HIV dapat diterima oleh masyarakat karena adanya harapan masyarakat bahwa keberadaan kader dapat berkontribusi dalam mengatasi epidemi HIV yang makin meluas.

Program KDPA merupakan program penanggulangan HIV bersifat promotif-preventif yang menggunakan tokoh-tokoh masyarakat sebagai kader (KPAP Bali 2010). Meskipun konsep dari program ini adalah program penanggulangan HIV berbasis komunitas, pada kenyataannya program ini lebih bersifat *"top-down"*. Jika ditinjau dari sejarahnya, program ini diinisiasi oleh Pemerintah melalui surat edaran Gubernur dengan keterlibatan masyarakat yang kurang optimal dalam perencanaan maupun implementasi program (KPAP 2010). Salah satu wujud dari kurang optimalnya partisipasi masyarakat adalah tidak adanya partisipasi masyarakat dalam perencanaan program termasuk dalam pemilihan kader. Surat edaran dari Gubernur menganjurkan tokoh-tokoh

masyarakat yang menjadi kader idealnya berasal dari perwakilan kepala dusun, aparat desa, pengurus PKK ataupun karang taruna (KPAP 2010). Definisi kader kesehatan menurut WHO yaitu *"anggota masyarakat dimana mereka bekerja, dipilih oleh masyarakat, kegiatannya dapat dipertanggungjawabkan pada masyarakat, didukung oleh sistem kesehatan tapi tidak harus menjadi bagian dari organisasi kesehatan, dan memiliki waktu pelatihan yang lebih singkat dibandingkan pekerja profesional"* (WHO 2007). Jika ditinjau dari definisi tersebut maka idealnya seleksi dan rekrutmen kader melibatkan masyarakat sebagai sasaran program, yang tidak terjadi pada program KDPA. Seleksi dan rekrutmen kader pada program KDPA sebagian besar dilakukan oleh Kepala Desa (Nopiyani 2011).

Secara umum akseptabilitas masyarakat terhadap program KDPA cukup baik karena program ini dianggap penting untuk menanggulangi epidemi HIV. Namun, terdapat pendapat yang berbeda mengenai siapa yang idealnya menjadi kader. Pemilihan kader yang berasal dari tokoh masyarakat atau dari anggota masyarakat memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Namun, hal yang paling penting untuk diperhatikan dalam seleksi dan perekrutan kader adalah keterlibatan masyarakat dalam penentuan kriteria dan pemilihan kader (Bhattacharyya 2001, WHO 2007).

Hubungan antara masyarakat dengan kader merupakan faktor penentu penting dari efektivitas program yang acapkali terabaikan (Bhattacharyya 2001, WHO 2007). Program-program kader yang sukses secara eksplisit maupun implisit memfokuskan kerja mereka untuk mendukung dan memperkuat interaksi antara kader dan anggota masyarakat salah satunya dengan mensosialisasikan keberadaan dari kader (Bhattacharyya

2001, WHO 2007).

Sebagian besar program kesehatan yang menggunakan kader di negara-negara berkembang, seperti di India dan Bangladesh yang berasal dari anggota masyarakat bahkan beberapa yang memiliki kedudukan sosial ekonomi yang rendah (WHO 2007). Program-program penanggulangan HIV sebagian besar menggunakan kader yang merupakan bagian dari kelompok-kelompok yang berisiko. Proyek KDPA yang awalnya dirintis pertama kali oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) bernama Yayasan Citra Usadha Indonesia (YCUI) juga menggunakan anggota dari kelompok laki-laki berisiko tinggi untuk menjangkau kelompok laki-laki pelanggan wanita pekerja seks (KPAP Bali 2010). Penggunaan tokoh masyarakat yang memiliki kedudukan formal di masyarakat belum terbukti efektivitasnya. Namun, penggunaan tokoh yang berpengaruh pada kelompok berisiko sebagai kader terutama pada kelompok homoseksual di Amerika Serikat telah terbukti berhasil dalam mengubah perilaku seksual ke perilaku seksual yang lebih sehat (Kelly 2004, Pinkerton et al. 1998).

Sebagian besar studi menunjukkan bahwa penggunaan kader yang berasal dari masyarakat dimana mereka bekerja memberikan keuntungan berupa tingginya penerimaan masyarakat terhadap kader (WHO 2007). Hal tersebut mempengaruhi efektivitas penyebaran informasi kesehatan maupun peningkatan status kesehatan masyarakat (WHO 2007). Namun pada program HIV, fenomena yang terjadi berbeda. Penggunaan orang yang dikenal di masyarakat sebagai kader di bidang HIV menimbulkan potensi rendahnya utilisasi seperti yang terjadi di Uganda, dimana mereka lebih memilih petugas kesehatan atau orang yang tidak mereka kenal sebagai

kader (Mitchell 2001). Masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA membuat masyarakat merasa terancam jika status HIV mereka diketahui oleh kader yang merupakan anggota masyarakat tempat mereka tinggal (Mitchell 2001).

Sebagian besar program yang menggunakan kader, biasanya mempekerjakan kader perempuan, khususnya untuk bidang kesehatan ibu dan anak. Pemegang kebijakan umumnya beranggapan bahwa perempuan akan lebih mampu dalam memberikan layanan secara efektif (Haines et al. 2007, WHO 2007). Akan tetapi jika ditinjau dari pengalaman masa lalu, peran kader laki-laki dalam penanggulangan epidemi seperti penanggulangan wabah kolera sangat besar (WHO 2007). Penggunaan kader dalam penanggulangan HIV memiliki permasalahan tersendiri terkait dengan gender dari kader.

Hasil FGD menyebutkan bahwa masih terdapat ketidaklulusan anggota masyarakat untuk membicarakan hal-hal terkait HIV kepada kader dengan jenis kelamin berbeda, terutama karena pembicaraan tersebut akan menyinggung hal-hal tabu seperti hubungan seksual. Konsekuensi dari ketidaknyamanan untuk membicarakan hal-hal terkait HIV kepada lawan jenis adalah adanya jumlah kader yang proporsional berdasarkan jenis kelamin sehingga tidak akan terjadi ketimpangan akses terhadap intervensi HIV. Berdasarkan hasil evaluasi program KDPA yang dilakukan oleh Nopiyani di Kota Denpasar pada tahun 2011 diperoleh hasil bahwa rasio kader laki-laki terhadap populasi laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan rasio kader perempuan terhadap populasi perempuan yang mengindikasikan bahwa program KDPA kurang "*gender sensitive*" (Nopiyani 2011).

Ketidakeimbangan komposisi kader

dapat menyebabkan inekuitas pada akses terhadap informasi dan layanan terkait HIV, dimana laki-laki memiliki akses yang lebih baik dibandingkan perempuan. Kesenjangan akses terhadap informasi juga terjadi antara anggota masyarakat Banjar Dinas dan Banjar Adat karena pelaksanaan upaya pendidikan kesehatan masyarakat lebih sering diadakan untuk menjangkau anggota Banjar Dinas. Banjar adat sebagai bagian dari struktur sosial masyarakat Bali memiliki kekuasaan yang lebih besar dibandingkan banjar dinas karena adanya aturan-aturan tradisional (awig-awig) yang mengikat anggota banjar adat dengan sanksi-sanksi sosial bagi para pelanggar (KPAP Bali 2011). Hal tersebut menyebabkan partisipasi masyarakat lebih tinggi jika suatu kegiatan termasuk kegiatan terkait HIV mengundang anggota banjar adat dibandingkan banjar dinas.

Meskipun kader yang berasal dari masyarakat memiliki kelebihan yaitu lebih dikenal oleh masyarakat, perekrutan kader yang berasal dari anggota masyarakat berpotensi menurunkan utilisasi kader karena masyarakat merasa bahwa kader tersebut sama saja seperti mereka dalam hal pengetahuan (WHO 2007). Apalagi jika pelatihan kader berlangsung singkat sehingga kader tidak dibekali dengan ilmu dan keterampilan yang cukup untuk dapat mengemban tugasnya. Terkait dengan utilisasi program, terlihat bahwa di desa dengan KDPA aktif terdapat lebih banyak kegiatan terkait HIV dibandingkan dengan di Desa dengan KDPA tidak aktif. Meskipun demikian, partisipasi masyarakat dalam kegiatan terkait HIV masih kurang optimal yang salah satunya tercermin dari rendahnya angka partisipasi dalam kegiatan penyuluhan HIV yang diadakan di Desa. Di Desa dengan KDPA tidak aktif, kegiatan terkait HIV sangat jarang bahkan tidak pernah dilakukan. Hal

ini mengindikasikan bahwa keberadaan KDPA dapat meningkatkan akses informasi kepada masyarakat melalui fungsinya sebagai penghubung antara *stakeholder* kesehatan dengan masyarakat. Namun demikian cakupan dari kegiatan tersebut masih terbatas dan masih terdapat anggota masyarakat yang memiliki persepsi yang salah tentang HIV.

Adopsi program merupakan internalisasi nilai-nilai positif dari program bahkan setelah dukungan dari eksternal program dihentikan (McKenzie 2007). Adopsi program di tingkat organisasi salah satunya ditentukan oleh ketersediaan dukungan sumber daya (Bhattacharyya 2001 & WHO 2007). Mengingat program KDPA merupakan program dengan sumber daya yang terbatas, komitmen dari Desa-Desa di Kota Denpasar untuk secara mandiri menyediakan sumber daya bagi program tersebut sangat menentukan adopsi serta sustainabilitas program. Nilai-nilai volunterisme dan altruisme yang ada di masyarakat menentukan adopsi program yang menggunakan kader terutama pada keadaan terbatasnya sumber daya (WHO 2007). Nilai-nilai yang di Bali disebut sebagai '*ngayah*' merupakan salah satu alasan bagi kader KDPA yang aktif melaksanakan tugasnya (Nopiyani 2011).

Tidak ada program kader yang bersifat "*one size fits all*" atau tidak ada satu pola program kader yang ideal untuk mencapai efektivitas yang sama di semua tempat (WHO 2007). Perlu ada penyesuaian yang dilakukan terhadap kondisi lokal (WHO 2007). Rendahnya partisipasi masyarakat dalam program KDPA berdampak pada rendahnya utilisasi serta adopsi program KDPA. Dukungan sumber daya serta perbaikan manajerial program merupakan langkah strategis yang penting untuk meningkatkan implementasi serta

sustainability program (Bhattacharyya 2001).

SIMPULAN DAN SARAN

Akseptabilitas masyarakat terhadap program KDPA cukup baik. Namun, utilisasi serta adopsi program KDPA di Kota Denpasar masih kurang optimal. Perlu dilakukan evaluasi klarifikatif terhadap program, sosialisasi program kepada masyarakat, peningkatan dukungan sumber daya serta manajerial program.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada DIKTI dan LPPM Universitas Udayana yang telah memberikan dukungan pendanaan serta kepada KPA Kota Denpasar yang telah membantu dalam pemilihan sampel desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Bhattacharyya, K., Winch, P., LeBan, K. and Tien, M., eds. (2001) *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How They Affect Motivation, Retention, and Sustainability*, Arlington, Virginia: BASICS II.
- Creswell, J. W., ed. (2003) *Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 2nd ed., California: Sage.
- Dirjen P2PL (2012) *Cases of HIV/AIDS in Indonesia*, Ministry of Health Republic Indonesia: Jakarta
- Green, J. (2007) 'Generating best evidence from qualitative research: the role of data analysis', *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(6), 545.
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G. and Bhutta, Z. (2007) 'Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers', *The Lancet*, 369(9579), 2121-2131.
- Kelly, J. A. (2004) 'Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes', *AIDS Care*, 16(2), 139-150.
- KPAP Bali (2010) *Kader Desa Peduli AIDS Program*, Denpasar:
- KPAP Bali (2011) 'HIV & AIDS Data in Bali from year 1987 to November 2011', [online], available: <http://kpapbali.org/data-hiv-a-aids.html> [accessed 30 December 2011].
- Love, M. B., Gardner, K. and Legion, V. (1997) 'Community Health Workers: Who they are and What they do', *Health Education & Behavior*, 24(4), 510-522.
- McKenzie, R., Naccarella, L., Stewart, A. and Thompson, C. (2007) 'Targeting what matters in health promotion evaluation; Using the RE-AIM approach to identify success in real-world settings', *Evaluation journal of Australasia*, 7(1), 19.
- Mitchell, K. (2001) 'Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective?', *Health Education Research*, 16(4), 411.
- Muliawan, P., ed. (2003) *Prostitution, Fertile Ground of HIV/AIDS Transmission in Bali*, Denpasar: Bali Provincial Social Agency.
- Nopiyani, N. M. (2012) *The Evaluation Process of Village AIDS Cadres Program in Denpasar, Bali, Indonesia*, Melbourne: University of Melbourne, unpublished.
- Pinkerton, S. D., Holtgrave, D. R., DiFranceisco, W. J., Stevenson, L. Y. and Kelly, J. A. (1998) 'Cost-Effectiveness of a Community-Level HIV Risk Reduction Intervention',

American Journal of Public Health,
88(8), 1239-1242.

WHO (2007) *Community healthworkers: What do we know about them? The state of the*

evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers, Geneva: World Health Organization.