

Pendampingan Pekerja Sosial dalam Rehabilitasi Sosial Orang dengan HIV-AIDS

Social Workers Assistance in Social Rehabilitation of People Living With HIV-AIDS

Tateki Yoga Tursilarini¹⁾ dan Istiana Hermawati²⁾

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS)
Jl. Kesejahteraan Sosial No 1, Sonosewu, Yogyakarta, Indonesia

¹⁾Email: tursilarini@gmail.com. HP. 081336678012 ²⁾Email: istiana1410@gmail.com. HP.085228716070
diterima tanggal 06 Agustus 2019 direvisi tanggal 27 Agustus 2019 disetujui tanggal 10 September 2019

Abstract

Individuals infected with HIV, most of whom show changes in their psychosocial character such as living under stress, depression, feeling lack of social support. It takes someone who can accept the condition of PLWHA, for example medical workers, social workers, social volunteers or institutions / institutions that care about PLWHA. PLWHA need social rehabilitation to restore and strengthen them so that they can grow confident in facing their suffering. This study aims to describe the qualifications of social workers and that of social workers' services in social rehabilitation of PLWHA. Data sources are social workers, beneficiaries of PLWHA, and the Head of Social Rehabilitation. Data were collected by interview, observation techniques and qualitative descriptive data analysis. The findings of the study were the educational qualifications of social workers at the Social Rehabilitation Center of PLWHA Bahamas Ternate, six people with educational background majoring in Social Welfare, three people without Social Welfare study background, and one person was graduated from Social Work High School. Social Workers have the duty and function to assist PLWHA from the initial process (assessment) to the end (termination). Social workers carry out networking, assessment, medication adherence, psychosocial assistance, social rehabilitation intervention assistance: family and community re-preparation. Recommendations: 1) Social Workers need to increase and broaden their knowledge about PLWHA; 2) Need to improve technical assistance for social workers regarding PLWHA because knowledge develops very quickly; and 3) Education activities to the community continue to be proclaimed related to healthy lifestyles and anti-discrimination against PLWHA and need to raise awareness for the dangers of contracting the HIV/AIDS virus to the lowest level of RT / RW, families, schools, communities, religious leaders; 4) There needs to be support for PLWHA from families and communities, so that they do not feel alone in living their future.

Keywords: assistance; social worker; social rehabilitation; PLWHA

Abstrak

Individu yang terinfeksi HIV, sebagian besar menunjukkan perubahan dalam karakter psikososialnya seperti hidup dalam stres, depresi, merasa kurang ada dukungan sosial. Dibutuhkan seseorang yang dapat menerima kondisi ODHA, misalnya tenaga medis, pekerja sosial, relawan sosial ataupun lembaga/institusi yang peduli terhadap ODHA. ODHA membutuhkan rehabilitasi sosial untuk memulihkan dan memperkuat mereka agar mereka dapat tumbuh kepercayaan diri dalam menghadapi penderitanya. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan kualifikasi pekerja sosial dan mendeskripsikan pelayanan pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA. Sumber data adalah pekerja sosial, penerima manfaat ODHA, dan Kepala Bidang Rehabilitasi Sosial. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara dan observasi, analisis data deskriptif kualitatif. Temuan penelitian adalah kualifikasi pendidikan pekerja sosial di Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia Ternate, enam orang pendidikan jurusan Kesejahteraan Sosial, tiga orang non Kesejahteraan Sosial, dan satu orang Sekolah Menengah Atas Pekerjaan Sosial. Pekerja Sosial memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan pendampingan ODHA dari proses awal (assesmen) sampai akhir (terminasi). Pekerja sosial melaksanakan jejaring kerja, assesmen, kepatuhan minum obat, pendampingan psikososial, pendampingan proses intervensi rehabilitasi sosial: penyiapan kembali keluarga dan masyarakat. Rekomendasi: 1) Bagi Pekerja Sosial perlu meningkatkan dan menambah wawasan pengetahuan tentang ODHA; 2) Perlu peningkatan tentang teknik-teknik pendampingan bagi pekerja sosial mengenai ODHA karena pengetahuan berkembang dengan sangat cepat; dan 3) Kegiatan edukasi kepada masyarakat terus dicanangkan terkait pola hidup sehat dan anti diskriminasi terhadap ODHA serta perlu penyadaran bagi masyarakat

akan bahaya terjangkit virus HIV/AIDS sampai di level paling bawah tingkat RT/RW, keluarga, sekolah, masyarakat, tokoh agama; 4) Perlu ada keberpihakan terhadap ODHA dari keluarga dan masyarakat, agar mereka tidak merasa sendirian menjalani masa depannya.

Kata kunci: *pendampingan; pekerja sosial; rehabilitasi sosial; ODHA*

A. Pendahuluan

Salah satu masalah kesehatan yang menjadi perhatian dunia bahkan Indonesia adalah HIV/AIDS. HIV/AIDS menjadi masalah kesehatan yang krusial karena terjadi peningkatan sangat drastis jumlah individu yang terkena. Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia setiap tahun mengalami peningkatan, bahkan banyak orang yang meninggal karenanya. Di Indonesia, HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Bali pada tahun 1987, saat ini penyebaran virus ini sangat cepat, terbukti dengan terus meningkatnya jumlah individu yang terkena HIV/AIDS.

Hingga tahun 2016 masyarakat yang terinfeksi HIV-AIDS berjumlah 27.611 orang, terdiri dari HIV 198.219 orang, dan AIDS 78.292 orang. Dari 34 Provinsi yang berhasil didata, lima provinsi dengan populasi Orang dengan HIV terbesar meliputi: Provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat dan Jawa Tengah. Bisa jadi, realita di lapangan jumlah penderita HIV/AIDS lebih besar, karena data tersebut hanya berdasar kunjungan medik ke RS ataupun Puskesmas. Realitas ini menandakan masih diperlukan upaya keras untuk mencegah HIV/AIDS menyebar di masyarakat. Butuh komitmen berbagai pihak untuk bersama-sama memerangi persebaran penyakit HIV/AIDS di Indonesia (http://rri.co.id/post/berita/351728/nasional/jangkau_pelayanan_hivaidis_kemensos_alihfungsikan_panti_sosial_di_daerah-daerah.html).

Data yang dihimpun Kementerian Kesehatan dari laporan seluruh kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan tren meningkat (Kementerian Kesehatan, 2018). Penyandang HIV-AIDS dari tahun 2005 hingga tahun 2017 dilaporkan mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2017 sebanyak 280.623

orang. Jumlah infeksi tertinggi DKI Jakarta 51.981 orang, Jatim 39.633 orang, Papua 29.083 orang, Jabar 28.964 orang, dan Jateng 22.292 orang. Jumlah AIDS yang dilaporkan dari tahun 2005 hingga tahun 2017 relatif stabil setiap tahunnya. Jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 hingga Desember 2017 sebanyak 102.667 orang. Dilihat dari kelompok umur, persentase kumulatif AIDS yang tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32,5%), diikuti kelompok umur 30-39 (30,7%), 40-49 tahun (12,9%), 50-59 tahun (4,7%), dan 15-19 tahun (3,2%). Berdasar jenis kelamin, persentase AIDS pada laki-laki sebanyak 57 persen dan perempuan 33 persen. Jumlah penderita AIDS menurut pekerjaan, teridentifikasi ibu rumah tangga (14.721 orang), karyawan (14.116 orang), wiraswasta (13.610 orang), petani/peternak/nelayan (5.115 orang), dan buruh kasar (4.853 orang). Menurut daerah, jumlah AIDS terbanyak dilaporkan dari Papua (19.729 orang), Jatim (18.243 orang), DKI (9.215 orang), Jateng (8.170 orang), dan Jabar (6.502 orang). Faktor resiko penularan HIV/AIDS terbanyak adalah melalui hubungan heteroseksual (69,6%), penggunaan alat suntik tidak steril (9,1%), homoseksual (5,7%), dan perinatal (2,9%). Data tersebut menunjukkan, bahwa sebagian besar individu yang terjangkit HIV berada di rentang usia produktif. Hal ini menyebabkan individu terjangkit HIV berpengaruh terhadap kemampuan produktivitas penderita HIV untuk mencari nafkah. Artinya, kemampuan produktivitas akan menurun, bahkan tidak maksimal dalam melakukan pekerjaan. Selain itu, individu yang positif terkena HIV/AIDS akan mengalami perubahan dalam menjalani kehidupan. Individu yang terkena HIV memiliki reaksi psikologis yang negatif seperti kecemasan, depresi, dan kesulitan menjalin hubungan dengan orang lain (Kennedy &

Liewelyn, 2003). Demikian juga menurut pandangan WHO, ODHA akan mengalami perubahan psikososial dan rendahnya dukungan sosial serta stigma negatif dari lingkungan sosialnya. Pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) tidak hanya mengalami penderitaan fisik karena proses penyakit, melainkan juga penderitaan psikososial yang disebabkan *selfdisclosure* (Chaudoir *et al.*, 2011).

Menurut WHO (dalam Nasronudin, 2007), ketika individu pertama kali dinyatakan terinfeksi HIV, sebagian besar menunjukkan perubahan dalam karakter psikososial seperti hidup dalam stres, depresi, merasa kurang ada dukungan sosial, dan perubahan dalam perilaku. Bagi individu yang terinfeksi HIV stres dapat memperburuk kondisi fisik, psikis seperti yang dijelaskan Sodroski *et al.* (dalam Ogden, 2007), bahwa stres dapat meningkatkan proses replikasi virus HIV. ODHA harus mampu mereduksi tingkat stresnya dengan melakukan penyesuaian diri sehingga virus tersebut tidak mereplikasi terus menerus. Dampak negatif adanya perubahan kondisi fisik dan psikis penderita HIV/AIDS menyebabkan perkembangan psikologis seperti rasa malu dan hilangnya kepercayaan serta harga diri. Perubahan tersebut dapat menyebabkan stres fisik, psikologis dan sosial. Perubahan emosi yang dialami penderita tersebut akan menimbulkan penolakan (*denial*) terhadap diagnosis, kemarahan (*anger*), penawaran (*bargaining*), dan depresi (*depression*), yang kemudian pada akhirnya pasien harus menerima kenyataan (*acceptance*) (Bastaman, 1996).

ODHA mengalami berbagai problema yang cukup kompleks, yaitu di satu sisi harus mengungkapkan atau menyembunyikan kondisi penyakit. Menyembunyikan kondisi penyakit dapat mengakibatkan penderitaan batin yang dirasakan sangat menyiksa, karena beban menjaga rahasia (Rouleau *et al.*, 2012). Di sisi lain, mengungkapkan kondisi penyakit juga dapat menimbulkan permasalahan seperti penolakan (Chaudoir *et al.*, 2011). Masyarakat masih rendah pemahaman dan keberpihakan terhadap ODHA, menyebabkan ODHA merasa sendiri

dalam menghadapi penyakit. ODHA membutuhkan seseorang yang dapat menerima kondisi ODHA, misalnya tenaga medis, pekerja sosial, relawan sosial ataupun lembaga/institusi yang peduli terhadap ODHA. Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia di Ternate Provinsi Maluku Utara merupakan salah satu institusi negara di bawah Kementerian Sosial RI yang memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan rehabilitasi sosial terhadap ODHA.

Rehabilitasi sosial menurut Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Pasal 7 ayat 1 merupakan upaya untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Rehabilitasi sosial penderita HIV-AIDS dapat dimaknai sebagai suatu proses untuk meningkatkan fungsi sosial penderita HIV-AIDS secara optimal dan membantu proses integrasi sosial penderita di masyarakat. Pemerintah bersama-sama dengan masyarakat melakukan kegiatan rehabilitasi sosial secara terarah, terpadu dan berkelanjutan untuk menjangkau seluruh penderita HIV-AIDS yang mengalami masalah sosial, agar mereka berada dalam lingkungan yang kondusif.

Rehabilitasi Sosial menurut Badan Narkotika Nasional (BNN) adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar penyalah guna narkoba dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat dengan baik dan bertanggung jawab. Metode utama yang digunakan adalah terapi komunitas (*Therapeutic Community*) yang dimodifikasi berdasarkan kebutuhan pasien (<http://babesrehab.bnn.info/index.php/pelayanan/rehabilitasi-sosial>).

Dalam konteks ODHA, rehabilitasi sosial ODHA adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar ODHA dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat dengan baik dan bertanggung jawab. Rehabilitasi sosial bertujuan untuk memulihkan kembali ODHA dengan memberikan penguatan berupa pelayanan terapi sosial, mental, fisik dan kese-

hatan, pelatihan keterampilan, resosialisasi, penyaluran, bimbingan lanjut. Pelayanan yang dimaksud adalah pendampingan yang dilakukan oleh pekerja sosial profesional untuk memberikan dukungan, baik berupa dukungan fisik, kesehatan, psikis maupun sosial.

ODHA membutuhkan dukungan dari seseorang yang dapat dipercaya untuk membantu mengurangi beban penderitanya. Seseorang yang dimaksud adalah pendamping profesional, yaitu pekerja sosial yang berperan melakukan pendampingan terhadap ODHA. Menurut Devito (2013) salah satu faktor yang mempengaruhi individu melakukan pengungkapan adalah siapa pendengar yang akan diberikan informasi, sehingga *self-disclosure* cenderung dilakukan kepada orang yang dianggap dapat dipercaya, dekat, dan disukai. Hua *et al.* (2014) mengungkapkan *self-disclosure* pada ODHA biasanya dilakukannya kepada orang yang dianggap bisa dipercaya dan mampu memberikan perawatan, salah satunya adalah petugas kesehatan atau pekerja sosial. Rasa percaya, bahwa petugas kesehatan, pekerja sosial dapat memberikan pengobatan dan perawatan, serta rehabilitasi sosial yang diperlukan merupakan salah satu alasan ODHA memiliki keharusan untuk melakukan *self-disclosure* (Stutterheim *et al.*, 2014). ODHA juga mempercayai, bahwa petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang luas tentang penyakitnya, sehingga tidak akan memberikan reaksi negatif (Chen *et al.*, 2007; Stutterheim *et al.*, 2016). Selain itu, umumnya *self-disclosure* dilakukan oleh ODHA dengan mempertimbangkan keuntungan dan kerugian. Keuntungan *self-disclosure* telah banyak diungkapkan di antaranya membantu ODHA mendapatkan dukungan, kesehatan fisik dan mental yang lebih baik, dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan ARV (Stutterheim *et al.*, 2016).

ODHA membutuhkan rehabilitasi sosial untuk memulihkan dan memperkuat agar mereka dapat tumbuh kepercayaan diri dalam menghadapi penderitanya. Dengan demikian dibutuhkan seseorang/relawan, lembaga, instansi

untuk memulihkan dan mengembangkan keberfungsian sosial ODHA. Kementerian Sosial melalui Direktorat Rehabilitasi Sosial melakukan rehabilitasi sosial terhadap ODHA. Salah satu unit teknis yang memiliki tugas dan fungsi dalam melaksanakan rehabilitasi sosial ODHA sesuai Permensos RI Nomor 19 tahun 2016 adalah Panti Sosial Rehabilitasi Sosial ODHA pada tahun 2017 di Kota Ternate, Provinsi Maluku Utara.

Dalam melaksanakan rehabilitasi sosial di panti tersebut, pekerja sosial merupakan tenaga profesional dalam melakukan pendampingan terhadap ODHA. Dengan demikian dibutuhkan pekerja sosial yang memiliki kompetensi di bidang rehabilitasi sosial ODHA, baik pengetahuan, keterampilan, nilai-nilai, etika dan sikap yang berkualitas serta kualifikasi pendidikan yang sesuai dengan tugas dan fungsi pekerja sosial.

Terkait kompetensi, Enceng, Liestyodono dan Purwaningdyah (2008) mengemukakan, bahwa kompetensi merupakan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dikuasai oleh seseorang yang telah menjadi bagian dirinya sehingga ia dapat melakukan perilaku kognitif, afektif dan psikomotor dengan sebaik-baiknya. Sementara itu, Lasmahadi (2002) mengemukakan, bahwa kompetensi mengandung makna yang luas, yaitu sebagai aspek-aspek pribadi dari seseorang pekerja yang memungkinkan untuk mencapai kinerja superior. Aspek-aspek pribadi yang mencakup sifat, motif-motif, sistem nilai, sikap, pengetahuan dan keterampilan dimana kompetensi akan mengarahkan tingkah laku, sedangkan tingkah laku akan menghasilkan kinerja (Lasmahadi, 2002).

Terkait sikap, nilai dan motif seorang untuk menjadi pendamping/pekerja sosial menurut Lobo (2008), dibutuhkan beberapa kriteria yaitu: memiliki sifat dasar manusia yang supel, bertanggungjawab, penuh kepercayaan, tekun dan sebagainya. Setiap pendamping yang memiliki sifat supel akan mempengaruhi keberadaannya di lapangan, karena memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan kondisi dan

situasi alam, nilai dan struktur masyarakat. Hal ini menjadi faktor utama dalam mencapai keberhasilan pendampingan, mendapatkan dampingan, dan menyampaikan informasi sesuai dengan maksud dan tujuan pendampingan. Menyesuaikan diri dengan situasi tersebut, membutuhkan energi dan kemauan yang kuat dari pendamping, seperti memahami karakteristik sebagai hasil dari kemampuan menyesuaikan diri, akan menciptakan partisipasi dampingan untuk terlibat langsung, selain itu pendamping akan membantu menentukan langkah-langkah penanganan, dan pemberdayaan dampingan agar terhindar dari bahaya HIV-AIDS.

Di sisi lain, seorang pendamping tidak hanya memiliki sikap supel dan bertanggung-jawab saja, tetapi harus memiliki sikap tekun dalam bekerja. Hal ini karena sikap tekun akan mempengaruhi kinerja dan hasil akhir dari proses pendampingan yang dilakukan pendamping di lapangan, seperti adanya perubahan positif dari dampingan, yaitu dampingan merasa dibutuhkan dan diperhatikan oleh orang lain (pendamping). Pendamping juga harus tekun dan menikmati tugasnya, karena dengan semakin memberikan waktu yang banyak dan terfokus pada tugas pendampingan, seorang pendamping mampu menerima hasil akhir dari tugas yang selama ini dilakukan, yang akhirnya menciptakan rasa kebanggaan akan hasil yang dicapai. Selain itu dengan sikap tekun ini akan lebih berdampak positif jika pendamping mau menyadari kekuatan dan kelemahan dirinya sendiri, karena dengan mengenal terlebih dahulu jati diri sendiri (Lobo, 2008).

Peran pendamping/pekerja sosial menurut Ife (1995), terdiri dari tiga peran utama yaitu fasilitator, pendidik dan perwakilan rakyat serta peran teknis bagi masyarakat miskin yang didampingi. Agar pendamping sosial dapat melaksanakan tugas dan perannya dengan baik untuk memperoleh hasil yang optimal, maka pendamping sosial dituntut untuk memiliki kompetensi berkaitan dengan tugas dan peran pendamping sosial. Tuntutan akan profesionalitas sebagai pendamping sosial memerlukan

berbagai persyaratan yang harus dipenuhi baik menyangkut kualifikasi, maupun kompetensi tentang pekerjaan sosial.

Terkait pentingnya fungsi pendamping/pekerja sosial dalam proses rehabilitasi sosial ODHA, kajian ini akan mengungkap tentang: Bagaimana kualifikasi pekerja sosial? Bagaimanakah pelayanan pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA? Tujuan kajian untuk mendeskripsikan kualifikasi pekerja sosial dan pelayanan pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA.

Manfaat penelitian dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu manfaat praktis dan manfaat teoritis. Manfaat praktis dari penelitian ini adalah bahwa hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan atau bahan pertimbangan bagi Kementerian Sosial, khususnya Direktorat Rehabilitasi Sosial dalam merumuskan kebijakan untuk merehabilitasi sosial ODHA. Manfaat teoritis penelitian ini adalah, bahwa hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi peneliti dan praktisi terkait pekerja sosial ODHA.

B. Penggunaan Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Pendekatan ini digunakan untuk mendeskripsikan pekerja sosial dalam pelayanan rehabilitasi sosial ODHA di Panti Sosial Rehabilitasi Sosial “Wahana Bahagia” Ternate. Menurut Travers (1978) dan Gay (1976) dalam Consuelo G Savila (1993: 70), penelitian deskriptif adalah penelitian yang menggambarkan suatu masalah pada saat penelitian sedang dilakukan, melihat sebab-sebab dari masalah dan menjawab pertanyaan penelitian yang terkait dengan masalah tersebut. Untuk mendapatkan informasi tentang pendampingan pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA dengan menggali berbagai informasi pada Kepala Panti Sosial Rehabilitasi Sosial “Wahana Bahagia” Ternate, pekerja sosial dan penerima manfaat ODHA.

Sumber data atau informan dalam penelitian ini adalah: (1) pekerja sosial yang memi-

liki kemampuan untuk menjelaskan tugas dan fungsi pendampingan yang dilakukannya terhadap ODHA sebanyak 10 orang, (2) Penerima Manfaat (PM) ODHA, yang dapat memberikan tanggapan terkait persepsi mereka selama mendapatkan rehabilitasi sosial, sebanyak empat orang. Informan/PM bersedia diwawancarai, serta mempunyai kemampuan dan kemauan untuk memberikan informasi sesuai tujuan penelitian, (3) Kepala Panti Kepala Panti Sosial Rehabilitasi Sosial “Wahana Bahagia” Ternate dan kepala bidang rehabilitasi sosial.

Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa panduan wawancara dan panduan observasi. Wawancara mendalam (*indepht interview*) dilakukan peneliti terhadap informan penelitian yang terpilih dan observasi dilakukan dengan menggunakan *check list*. Teknik analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis kualitatif yaitu menyajikan data dengan menarasikan, dan menginterpretasikan tugas dan fungsi pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA, dan persepsi penerima manfaat tentang pendampingan pekerja sosial dalam rehabilitasi sosial ODHA.

C. Gambaran Umum Panti Rehabilitasi Sosial ODHA “Wasana Bahagia”.

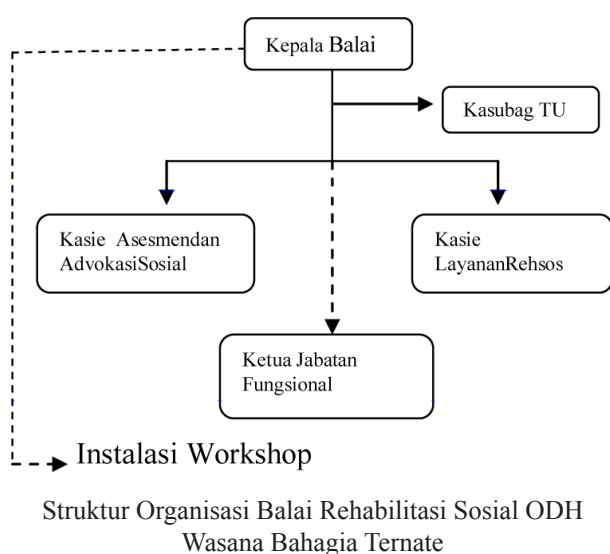
Di era otonomi daerah, pembagian wewenang antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014. Undang Undang ini secara tegas menjelaskan, bahwa pemerintah pusat menangani permasalahan yang bersifat nasional, sedangkan pemerintah daerah menangani permasalahan yang bukan menjadi penanganan pemerintah pusat. Panti Sosial Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia merupakan salah satu unit pelaksana teknis dari Kementerian Sosial yang memiliki tugas melaksanakan rehabilitasi sosial bagi ODHA. Sejak tahun 2017 Panti sosial Bina Pasca Lara Kronis

“Wasana Bahagia” yang sebelumnya melayani eks penyakit kronis kusta. Menurut Permensos RI Nomor 19 Tahun 2016, Panti Sosial Rehabilitasi Sosial ODHA mulai melayani rehabilitasi sosial ODHA di awal tahun 2017. Wilayah kerja Panti ini meliputi NTB, NTT, Maluku, Maluku Utara, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Utara, Papua Barat dan Papua.

Berdasarkan Permensos Nomor 20 Tahun 2018 tentang Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rehabilitasi Sosial terjadi perubahan nomenklatur dari Panti Sosial Rehabilitasi Sosial ODHA menjadi Balai Rehabilitasi Sosial ODH (BRSODH) “Wasana Bahagia” di Ternate. Perubahan nomenklatur ini untuk menjawab tantangan dalam permasalahan penanggulangan orang dengan HIV yang semakin kompleks dan meningkat kuantitasnya, khususnya di wilayah Indonesia bagian timur.

Tugas BRSODH untuk melaksanakan rehabilitasi sosial kepada orang dengan HIV. Fungsi BRSODH adalah: penyusunan rencana program, evaluasi dan pelaporan; pelaksanaan registrasi dan asesmen orang dengan HIV; pelaksanaan advokasi sosial; pelaksanaan resosialisasi, penyaluran dan bimbingan lanjut; pelaksanaan pemantauan, evaluasi, terminasi orang dengan HIV; pelaksanaan monitoring, evaluasi dan terminasi orang dengan HIV; pemetaan data dan informasi orang dengan HIV dan pelaksanaan urusan tata usaha.

Balai Rehabilitasi Sosial ODH Wasana Bahagia melaksanakan rehabilitasi sosial didukung SDM, meliputi PNS 32 orang, tenaga kontrak 19 orang, instruktur empat orang. Sarana dan prasarana Balai Rehabilitasi Sosial ODH berupa: kantor, asrama, ruang bimbingan, lokasi kerja keterampilan, mushola, instalasi pengolahan limbah akhir, rumah dinas, ruang layanan kesehatan, ruang makan, gedung workshop, dan lapangan olah raga.



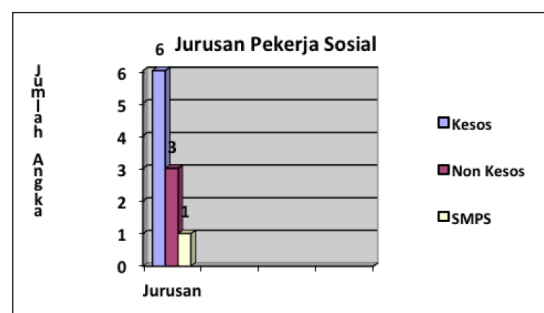
Kualifikasi Pendamping/Pekerja Sosial

Pendamping sosial dalam melaksanakan peranannya bekerja sesuai dengan prinsip-prinsip pekerjaan sosial yaitu membantu orang agar dapat menolong diri sendiri. Secara teoritis pendampingan sosial berpusat pada empat bidang tugas atau fungsi yang disingkat menjadi 4P, yakni pemungkinan (*enabling*) atau fasilitasi berkaitan dengan pemberian motivasi dan kesempatan bagi masyarakat, penguatan (*empowering*) berkaitan dengan pendidikan dan pelatihan guna memperkuat kapasitas masyarakat, perlindungan (*protecting*) berkaitan dengan interaksi antara pendamping dengan lembaga-lembaga eksternal atas nama dan demi kepentingan masyarakat dampingannya, dan pendukung (*supporting*), mengacu pada aplikasi keterampilan yang bersifat praktis yang dapat mendukung terjadinya perubahan positif pada masyarakat (Edi Suharto, 2006: 95).

Pendamping sosial atau pekerja sosial profesional merupakan individu yang dilihat dari kualifikasi pendidikan, kemampuan dan keterampilan serta sikap, nilai melakukan pekerjaan sesuai dengan prinsip-prinsip pekerjaan sosial dan berpendidikan formal dari kesejahteraan sosial.

SDM pekerja sosial di BRSODH “Wahana Bahagia” berjumlah 10 orang, terdiri dari jabatan fungsional pekerja sosial pertama, pekerja sosial muda, pekerja sosial madya. Pekerja so-

sial dilihat dari latar belakang/jurusan pendidikan formal ternyata cukup beragam meliputi jurusan kesejahteraan sosial, non kesejahteraan sosial dan setingkat sekolah menengah atas pekerjaan sosial.



Sumber: Wawancara Informan, 2019

Berdasar kualifikasi pendidikan, 10 pekerja sosial yang ada di BRSODH Wahana Bahagia Ternate adalah sebagai berikut: enam orang berpendidikan S1 jurusan Kesejahteraan Sosial, tiga orang S1 non Kesejahteraan Sosial dan satu orang berpendidikan Sekolah Menengah Atas Pekerjaan Sosial (SMPS). Dari aspek kualifikasi pendidikan formal pekerja sosial di BRSODH Wahana Bahagia Ternate 60 persen orang telah memenuhi kualifikasi karena mereka berpendidikan sesuai dengan kriteria pekerja sosial, dan satu orang berlatar belakang SMPS. Tiga orang berlatar belakang non kesejahteraan sosial. Kualifikasi memiliki dua pemahaman yaitu (1) ilmu yang diperoleh dari sekolah, PT (pendidikan formal), dan (2) secara otodidak bisa diperoleh karena pengalaman melakukan pendampingan terhadap ODHA, maupun dengan mengikuti seminar, workshop, pelatihan sebagai pendamping ODHA. Untuk peningkatan kemampuan dan keterampilan pendampingan ODHA, pekerja sosial telah mengikuti diklat konselor tahun 2017 di Balai Diklat Lembang, demikian juga pekerja sosial untuk peningkatan jenjang jabatan fungsional mengikuti diklat sertifikasi pekerja sosial terampil dan diklat jabatan fungsional pekerja sosial tingkat ahli.

Peningkatan kapasitas Pekerja Sosial dilakukan agar berkompeten dalam melaksanakan tugas dan fungsi pendampingan ODH.

Pekerja Sosial agar lebih profesional diperlukan peningkatan kapasitas melalui diklat, seminar, workshop sebagai konselor ODH. Menurut informasi dari kepala Bidang Rehabilitasi Sosial (ibu ML) dalam wawancara tahun 2019, menyatakan:

“Peningkatan kapasitas pekerja sosial dilakukan melalui diklat, seminar, workshop sebagai konselor ODHA. Akibat perkembangan ilmu pengetahuan dan IT serta semakin kompleksnya permasalahan ODHA menuntut pekerja sosial profesional. Jangan sampai pekerja sosial tertinggal kemampuan dan keterampilannya dalam melakukan pendampingan. Demikian halnya pendidikan formal tingkat S2 dan S3 juga mutlak diperlukan bagi pekerjaan sosial, karena itu untuk meningkatkan kualifikasi mereka dalam pendidikan (ML, 2019).

Peningkatan kompetensi pekerja sosial mutlak perlu terus dilakukan untuk pengembangan wawasan, kemampuan dan keahlian dalam melaksanakan pendampingan terhadap ODHA. Selain itu, pengalaman pendampingan yang dilakukan dalam waktu yang cukup lama dapat menempa kemampuan dan keahlian pekerja sosial agar lebih profesional.

Pendampingan Pekerja Sosial dalam Rehab-sos ODHA

Individu yang terinfeksi virus HIV menjadikan mereka seolah tidak memiliki masa depan. Mereka merasakan tekanan batin yang sangat berat antara menerima kenyataan ataukah mengingkarinya. Kondisi ini membutuhkan seseorang yang mampu untuk memberikan ketenangan batin agar mereka optimis akan masa depan hidupnya. Dibutuhkan relawan, tenaga kesehatan, pekerja sosial maupun suatu lembaga yang memberikan rehabilitasi medis dan sosial bagi ODHA.

BRSODH Wasana Bahagia Ternate dalam memberikan rehabilitasi sosial memberikan berbagai jenis pelayanan. Berbagai pelayanan tersebut di antaranya: bimbingan, pelayanan dan rehabilitasi sosial dalam bentuk bimbingan pendidikan, fisik, mental, sosial, pelatihan ke-

terampilan, resosialisasi, bimbingan lanjut bagi orang dengan HIV agar mampu mandiri dan berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat. Pelayanan yang diberikan BRSODH Wasana Bahagia Ternate ini sejalan dengan UU Nomor 23 Tahun 2014 yang secara tegas menyebutkan, bahwa tanggung jawab penanganan ODHA baik dalam maupun luar panti menjadi kewenangan Kementerian Sosial.

Secara jangkauan, wilayah kerja Balai Rehabilitasi Sosial ODH Wasana Bahagia Ternate meliputi Provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua, dan semua provinsi di Sulawesi. Dalam melaksanakan tugas, BRSODH Wasana Bahagia Ternate membentuk jejaring melalui Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) di tingkat provinsi dan kabupaten. Melalui LKS tersebut PM (penerima manfaat) dirujuk ke Balai Rehab-sos ODH Ternate.

Dalam penanganan ODHA, Balai Rehabilitasi Sosial ODH Wasana Bahagia Ternate membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak, termasuk dengan masyarakat. Keterlibatan masyarakat sebagai sarana partisipasi masyarakat dalam melaksanakan usaha kesejahteraan sosial (UKS) sebagaimana dimaksud dalam UU Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial.

Keikutsertaan Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) dalam pembangunan (atau penempatan peran antara LSM dan pemerintah dalam bidang kerja dan tugas) ternyata menumbuhkan pandangan yang pro dan kontra. Menurut Hasyim (2004), perubahan mengenai pandangan tersebut disebabkan antara lain LSM dan pemerintah mempunyai cara yang berbeda untuk memba-ngun bangsa. Pemerintah dalam pencapaian tujuan bertitiktolak dari dalam sistem, sedangkan LSM di luar sistem, namun keduanya masih dalam batas-batas untuk kepentingan negara. Baik pemerintah maupun LSM dapat menjadi pejuang dan menjadi institusi yang dapat saling mengontrol. Menurut Sugiyanto (2002), yang melatarbelakangi lembaga non pemerintah ikut berpartisipasi dalam pembangunan adalah pendekatan teknokratis

dengan birokrasi yang didominasi oleh pemerintah, sangat menekankan arus *top down* dan adanya keterbatasan memberikan peluang berpartisipasi masyarakat. Lembaga sosial adalah organisasi sosial atau suatu perkumpulan sosial dibentuk oleh masyarakat yang berfungsi sebagai sarana partisipasi masyarakat dalam melaksanakan usaha kesejahteraan sosial.

Pihak masyarakat atau swasta dengan pemerintah saling melengkapi. Saragih, S (1995) menyatakan, bahwa LSM dan pemerintah adalah dua institusi yang saling melengkapi, mendukung dan mengontrol. Artinya, kedua institusi ini harus berani mengakui kelebihan dan kekurangan masing-masing. Semakin meningkat jumlah penyandang masalah kesejahteraan sosial diibaratkan seperti deret ukur yang tidak diimbangi upaya penanganan masalah tersebut yang diibaratkan seperti deret hitung. LSM menurut UU No. 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial Pasal 9, didefinisikan sebagai satu wadah partisipasi masyarakat dalam bentuk kelembagaan. Keikutsertaan menangani permasalahan sosial LSM di wilayah Indonesia ini, semakin dirasakan manfaatnya.

Sebagai mitra kerja LSM yang peduli terhadap ODHA di wilayah timur Indonesia, maka LSM akan menyalurkan atau merujuk masyarakat yang terinfeksi virus HIV/AIDS untuk mendapatkan rehabilitasi sosial. Dalam bermitra, LSM berkoordinasi dengan Dinas Sosial di daerah setempat untuk dilakukan asesmen awal untuk menentukan intervensi yang dibutuhkan. Oleh karena itu, peran masing-masing sangat diperlukan dalam tahapan rehabilitasi sosial ODHA. Pelayanan terhadap ODHA yang diberikan BRSODH Wasana Bahagia Ternate dilakukan di dalam balai dan di luar balai, rumah antara, dan pelayanan untuk upaya pencegahan yang dilakukan dengan bekerjasama antara balai, LKS, Dinas Sosial, ODHA, keluarga dan dengan masyarakat.

Jenis pelayanan dalam rehabilitasi sosial meliputi:

- 1) *Time Bond Shelter*, merupakan pelayanan rehabilitasi sosial bagi penerima manfaat/ODHA yang diselenggarakan di dalam balai dengan tiga jenis periode masa layanan, yaitu dua minggu, dua bulan, dan empat bulan. Dalam *time bond shelter* setiap penerima manfaat mendapatkan terapi yang bersifat individu dan spesifik. Beberapa bentuk layanan diantaranya: (a) Terapi Sosial, terkait penguatan sosial penerima manfaat seperti *group discussion*, terapi kelompok, dan dinamika kelompok; (b) Terapi Mental, adalah kegiatan pembinaan mental melalui pengajian dan ibadah keagamaan; (c) Terapi Fisik dan Kesehatan, kegiatan ini dilakukan penerima manfaat untuk menjaga kesehatan tubuh agar tetap sehat seperti kegiatan olah raga, senam, serta pemeriksaan rutin oleh dokter. (d) Pelatihan Keterampilan, bertujuan agar penerima manfaat memiliki bekal kemampuan untuk membuat produk yang bermanfaat setelah kembali ke masyarakat. Pelayanan ini hanya diberikan bagi penerima manfaat yang mengikuti periode masa layanan dua bulan dan empat bulan; (e) Resosialisasi, adalah suatu proses integrasi ODHA ke dalam lingkungan keluarga dan masyarakat. Petugas berkoordinasi dengan instansi/LKS pengirim terkait rencana penyaluran; (f) Penyaluran, adalah pemulangan ke tempat asal instansi/LKS pengirim sebagai tanda berakhirnya pelayanan rehabilitasi sosial sesuai dengan periode layanan. Penerima manfaat akan menerima bantuan sosial untuk tambahan nutrisi dan peningkatan kesejahteraan; (g) Bimbingan Lanjut, bertujuan untuk memberikan penguatan kemandirian bagi ODHA setelah mendapatkan pelayanan dalam balai. Penguatan kemandirian tersebut dilaksanakan dalam bentuk pemberian bantuan sosial untuk pengembangan usaha bagi penerima manfaat berdasarkan proposal yang telah diajukan dan memenuhi persyaratan.
- 2) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), merupakan salah satu program yang berori-

entasi pada kampanye anti stigma dan diskriminasi yang diikuti dengan pendampingan dan penguatan serta pemberian bantuan kepada ODHA di 11 provinsi di Indonesia Timur. Program KIE bertujuan agar ODHA menerima kondisi sakitnya sehingga dapat memenuhi kebutuhan akan keselamatan, keamanan, kepercayaan diri serta mampu bertindak sebagai agen perubahan bagi orang lain.

- 3) *Home Base Care* (HBC), merupakan pelayanan luar balai yang bertujuan menjangkau penderita HIV khusus di Kota Ternate yang tidak bisa mengakses pelayanan rehabilitasi sosial di dalam balai. Tim ahli akan melakukan pendampingan ke tempat tinggal ODHA untuk melaksanakan penguatan psikososial, konseling, dan bantuan aksesibilitas kesehatan yang dibutuhkan. Pendampingan melalui HBC akan memberi kesempatan dan aksesibilitas lain baik dalam bentuk fisik berupa perawatan oleh keluarga dan pengakuan dari keluarga serta lingkungan untuk membantu ODHA dapat kembali produktif.
- 4) *Community Based Care* (CBC), merupakan program tindak lanjut yang dilaksanakan setelah ODHA mendapatkan layanan reguler, KIE, HBC maupun Rumah Antara agar mereka membentuk kelompok dan melembaga dengan tujuan saling menguatkan sehingga tidak merasa sendiri. ODHA bisa saling menguatkan dan mendapatkan dukungan dari instansi terkait. Program ini diprioritaskan untuk daerah yang belum terdapat LKS/Yayasan, dengan adanya program CBC, yayasan/organisasi pendampingan ODHA baru akan terbentuk di masyarakat.
- 5) Rumah Singgah (Rumah Antara), merupakan pelayanan Balai Rehabilitasi ODHA Wasana Bahagia bagi ODHA di Provinsi Maluku Utara yang akan mengakses layanan kesehatan di Kota Ternate. ODH dapat dilayani baik transportasi, penginapan, makan, minum dan peralatan mandi selama tinggal di Rumah Antara. Pelayanan Rumah Antara untuk memudahkan ODHA yang berada di luar Kota Ternate mendapatkan pelayanan kesehatan di RS seperti pengambilan obat ARV dan pemeriksaan CD4.
- 6) Tim Reaksi Cepat (TRC), merupakan layanan pemberian bantuan kepada ODHA yang mengalami kedaruratan dari sisi kesehatan maupun sosial. Sisi kesehatan ODHA membutuhkan layanan kesehatan yang jika tidak diperoleh maka akan mengancam jiwanya. Kedaruratan sosial dialami ODHA dapat berupa diskriminasi dan stigma dari masyarakat. Selain itu anak dengan HIV (ADHA) yang tidak memiliki sanak keluarga dan dalam kondisi darurat. Bentuk kegiatan TRC antara lain advokasi sosial, pemberian bantuan sosial untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, transportasi dan pelayanan kesehatan serta rujukan ke instansi terkait untuk mendapatkan layanan lanjutan yang diperlukan.
- 7) Kemandirian, merupakan program yang bertujuan untuk mengembangkan keberfungsian sosial ODHA melalui pemberian bantuan usaha yang disertai dengan penguatan dan pendampingan melalui LKS Pendampingan ODHA. Program kemandirian ditujukan pada ODHA yang telah memiliki usaha dan ingin mengembangkan usaha dalam rangka peningkatan taraf hidup serta keberfungsian sosial. Bantuan tersebut akan diawasi dan didampingi penggunaannya oleh LKS.
- 8) Layanan Masyarakat (Layanan Konsultasi Dan Pendampingan VCT), Balai Rehabilitasi Sosial ODHA di Ternate memberikan layanan konsultasi kepada ODHA, keluarga dan masyarakat mengenai HIV. Pemenuhan kebutuhan konsultasi tersebut difasilitasi melalui penyediaan ruang konsultasi yang representatif dan didukung dengan petugas yang ahli mengenai HIV/AIDS. Konsultasi yang disediakan mulai dari informasi dasar HIV/AIDS, perawatan ODHA, dukungan sosial, pendampingan, terapi ARV dan ber-

bagai pelayanan yang relevan dan dibutuhkan ODHA.

Pekerja Sosial memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan pendampingan ODHA dari proses awal (*assesment*) sampai akhir (*terminasi*). Dalam melaksanakan pendampingan, tugas yang dilakukan pekerja sosial yaitu melakukan assesmen dan advokasi.

Pekerja sosial melakukan pendampingan rehabilitasi sosial ODHA dengan melakukan :

- 1) **Jejaring Kerja.** Tugas pekerja sosial sebelum ODHA diterima di balai, adalah membentuk jejaring kerja di setiap provinsi di wilayah Indonesia bagian Timur (Sulawesi, Maluku, Papua, NTT) melalui LKS-LKS pemerhati ODHA di setiap provinsi dan kabupaten. LKS sebagai mitra kerja atau kepanjangan tangan balai di daerah Indonesia bagian timur dalam memberikan pelayanan bagi ODHA.
- 2) **Assesmen terhadap ODHA.** Dari LKS di daerah sebelumnya dilakukan assesmen awal untuk mengidentifikasi kondisi dan kebutuhan pelayanan rehabilitasi bagi penerima manfaat/ODHA. Melalui LKS dan Dinas Sosial kabupaten, kota dan provinsi, ODHA diantar ke Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Kota Ternate. Tugas pekerja sosial melakukan assesmen yang lebih mendalam untuk memastikan tentang kondisi, masalah, hambatan dan potensi serta kebutuhan untuk melakukan rencana intervensi bagi ODHA.
- 3) **Mendampingi ODHA agar disiplin minum obat.** Kepatuhan minum obat menjadi penting untuk dilakukan ODHA karena dengan obat ARV dapat meningkatkan daya tahan tubuh sehingga virus HIV tidak cepat berkembang dalam tubuh penderita. Disinilah peran pekerja sosial untuk memberikan pemahaman, penguatan akan kepatuhan minum obat.
- 4) **Pendampingan psikososial.** Pendampingan psikososial bagi ODHA agar mereka memperoleh teman atau tidak merasa sendirian. Artinya, ada seseorang yang bisa men-

dengarkan segala beban batin di dihadapi ODHA. Karena tidak semua ODHA terbuka tentang kondisi sebenarnya, bahkan hanya dirinya dan pekerja sosial yang mengetahui terinfeksi virus HIV. Oleh karena itu, pekerja sosial menempatkan diri atau berperan sebagai teman, konselor, motivator bagi ODHA dengan memberikan penguatan, bahwa mereka harus tetap *survive* dan bangkit dari tekanan batin yang dihadapi. Pada saat dinyatakan positif terinfeksi HIV, individu mengalami tekanan batin yang luar biasa, bahkan karena penolakan diri bila tidak segera mendapatkan pendampingan mereka akan melakukan upaya untuk mengakhiri hidupnya. Berkenaan dengan hal tersebut, maka diperlukan dukungan dari pihak lain, keluarga, pekerja sosial, relawan untuk memberikan penguatan bagi ODHA. Steger dan Kash (2007) menyatakan, bahwa jika seseorang merasakan ketidakbermaknaan dalam hidupnya, maka individu tersebut harus dimotivasi untuk memperoleh makna hidupnya karena proses pencarian makna hidup ini adalah proses yang dinamis. Untuk mencapai kebermaknaan hidup, individu akan menerapkan sistem nilai mereka sendiri dan kemudian diarahkan oleh motivasi intrinsik mereka untuk mencapai tujuan mereka (Reker, 2000). Hasil penelitian ini menunjukkan suatu proses pemaknaan dalam hidup yang dilakukan oleh ODHA, dimana ODHA memiliki motivasi yang berasal dari diri sendiri yaitu berupa keinginan untuk berubah dan hidup lebih baik serta termotivasi karena ada dukungan sosial dari keluarga. Motivasi-motivasi yang dimiliki ODHA tersebut kemudian mempengaruhi tujuan hidup yang ingin dicapai ODHA dan proses tersebut akan terus ada sepanjang rentang kehidupan (Steger dan Kashdan, 2007).

- 5) **Pendampingan proses intervensi rehabilitasi sosial.** Peran pekerja sosial dalam memberikan pendampingan dalam tahap intervensi rehabilitasi sosial, yaitu membe-

rikan pendampingan kepada ODHA untuk mendapatkan terapi fisik, psikis, keterampilan dan sosial di Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Kota Ternate. Dari hasil assessmen ODHA akan mendapatkan beberapa terapi tersebut, salah satunya kebutuhan keterampilan ODHA sesuai dengan keinginan dan bakat yang dimiliki ODHA. Terapi keterampilan diberikan sebagai bekal kemampuan untuk membuat suatu produk yang dapat bermanfaat setelah kembali ke masyarakat. Beberapa jenis keterampilan yang diberikan antara lain: salon, sablon, menjahit, komputer. Penentuan keterampilan sesuai dengan minat dan bakat ODHA agar mereka mendapatkan bekal di kemudian hari setelah dinyatakan selesai rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia.

- 6) **Penyiapan ODHA kembali ke keluarga dan masyarakat.** Pekerja Sosial memberikan edukasi kepada masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS, faktor penyebab, penularan dan upaya pencegahan serta sikap keluarga dan masyarakat terhadap ODHA. Program KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) tersebut merupakan upaya Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia untuk mengkampanyekan anti stigma dan deskriminasi. Selama ini *stigma negative* bagi ODHA menjadikan mereka tidak dapat mengaktualisasikan dirinya di tengah-tengah kehidupan di masyarakat. Minimnya informasi pada masyarakat mengakibatkan ODHA tidak semuanya bisa menerima kondisinya. Untuk itu tidak semua ODHA melakukan *open status* pada pihak lain, bahkan keluarga ada yang tidak mengetahui tentang kondisi ODHA. Diperlukan keperipihan dari keluarga, masyarakat bagi ODHA agar tidak semakin terpuruk kehidupannya. Peran Pekerja Sosial melakukan pendampingan dan penguatan pada ODHA setelah kembali ke keluarga dan masyarakat. Penguatan bagi ODHA untuk memastikan agar mereka mampu menerima

kondisi sakitnya. ODHA diharapkan dapat membaur tanpa ada tekanan sehingga mereka melakukan aktivitas sama seperti masyarakat umum lainnya. Program ini juga memberikan edukasi bagi masyarakat sebagai kader untuk mengeliminasi diskriminasi dan memberikan kesempatan bagi ODHA agar dapat diterima di lingkungan masyarakat. Melalui program ini akan dapat menjangkau wilayah yang belum dapat mengakses pelayanan rehabilitasi sosial di dalam balai.

Hasil wawancara dengan Pekerja Sosial menemukan, bahwa dalam pelayanan rehabilitasi sosial terhadap ODHA terdapat beberapa kendala/hambatan diantaranya: 1) Penjangkauan pada penerima manfaat/ODHA kurang merata atau tidak semua ODHA terlayani di setiap provinsi Indonesia bagian timur; 2) Terkait dengan jenis terapi keterampilan, bentuk terapi keterampilan masih belum berkembang atau mengikuti perkembangan zaman atau kebutuhan pasar. Hal ini karena jenis keterampilan yang diberikan sudah tidak sesuai dengan tuntutan perkembangan zaman sehingga perlu ada inovasi baru untuk peningkatan kemampuan ODHA. Diharapkan setelah selesai direhabilitasi, ODHA bisa produktif dalam berusaha, dengan jenis keterampilan yang kurang bervariasi menjadikan ODHA belum memiliki bekal keterampilan yang dapat menjadi sumber penghasilan di kemudian hari; 3) Stigma negatif dari masyarakat tentang kehidupan ODHA menjadikan mereka tidak *open status* tentang kondisi penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan ODHA menanggung beban hidup seorang diri. Dibutuhkan dukungan dari semua pihak agar ODHA dapat menjalani kehidupan dengan normal.

Pandangan Penerima Manfaat/ODHA terhadap Pendampingan Pekerja Sosial

Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wahana Bahagia tahun 2019 melakukan rehabilitasi sosial ODHA bagi 26 orang penerima manfaat, dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 41 tahun. Mereka berasal dari rujukan LKS di

Provinsi Sulawesi Utara, Papua, Maluku, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, NTT. Dilihat jenis kelamin, terdiri dari laki-laki, perempuan dan waria (laki-laki orientasi seksual seperti perempuan). Beberapa tahapan intervensi diberikan pekerja sosial terhadap ODHA. Hasil assesmen pekerjaan sosial menentukan untuk tindakan selanjutnya terkait ODHA mendapatkan rehabilitasi selama empat bulan dan dua bulan maupun dua minggu sesuai dengan minat, bakat dan ketrampilan dan disesuaikan dengan target kebutuhan balai.

Data ODHA sampai bulan Agustus 2019, mendapatkan rehabilitasi sosial dilihat dari jenis kelamin, usia, status perkawinan, orientasi seksual sebagai berikut:

Tabel 1.
Jenis Kelamin ODHA

Jenis Kelamin	f	%
Laki-Laki	20	76,9
Perempuan	6	23,1
Jumlah	26	100,00

Sumber Data BRS Wahana Bahagia, 2019

Sebagian besar jenis kelamin ODHA yang mendapatkan rehabilitasi sosial berjenis kelamin laki-laki 76,9 persen dan sisanya perempuan 23,1persen. Data ini menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas atau hubungan dengan pihak lain baik dalam aktivitas seksual, maupun aktivitas menyimpang lain.

Usia ODHA sebagian besar berada pada rentang usia yang masih sangat produktif, sangat belia merupakan generasi muda penerus masa depan bagi diri dan keluarganya

Tabel 2.
Usia ODHA

Usia	f	%
20-25	14	53,8
26-30	7	26,9
31-35	3	11,5
36-40	1	3,9
41-50	1	3,9
Jumlah	26	100,00

Sumber Data: BRS Wahana Bahagia, 2019

Dari tabel tersebut menunjukkan ODHA terjangkiti pada para generasi muda yang seharusnya mengisi hidup untuk masa depannya. Tetapi masa muda terampas dengan pola kehidupan yang menyimpang. Dari 26 orang (100 %) merupakan generasi muda atau berada di usia sangat produktif yang seharusnya diisi dengan kegiatan yang positif, tetapi ada sebagian generasi muda yang melakukan perilaku menyimpang. Apabila dilihat dari orientasi seksual sebagian besar adalah homoseksual, biseksual dan heteroseksual. Penularan virus melalui hubungan seksual dan karena Narkoba dengan jarum suntik.

Tabel 3.
Status Perkawinan ODHA

Status Perkawinan	f	%
Belum Kawin	16	61,5
Kawin	7	26,9
Janda	1	3,9
Cerai	2	7,7
Jumlah	26	100,00

Sumber Data, BRS Wahana Bahagia, 2019

Dari status perkawinan 61,5 persen berstatus belum kawin, dan sisanya kawin 26,9 persen cerai dan janda. Perilaku menyimpang diantaranya seks bebas, narkoba melalui jarum suntik yang bergantian, menjadi salah satu penyebab HIV menyebar ke seseorang.

Tabel 4.
Orientasi Seksual ODHA

Orientasi Seksual	f	%
Homoseksual	11	42,3
Heteroseksual	12	46,1
Biseksual	3	11,6
Jumlah	26	100,00

Sumber Data, BRS Wahana Bahagia, 2019

Orientasi seksual ODHA yang mendapatkan intervensi di balai cukup beragam yaitu heteroseksual dan homoseksual jumlahnya tertinggi dibanding biseksual. Dari data di atas menggambarkan tentang kondisi ODHA di balai. Pekerja sosial dalam melakukan pendampingan

sesuai dengan karakteristik kasus yang berbeda satu dengan yang lainnya. Menurut informasi dari pekerja sosial, pada saat melakukan pendalaman kasus, penerima manfaat tidak mau menceritakan secara jelas atau *open status* terhadap pekerja sosial bahkan keluarga tidak mengetahui. Kasus seperti ini membutuhkan pendampingan secara terus menerus dan dilakukan advokasi agar penerima manfaat merasa nyaman serta percaya terhadap pekerja sosial. Tumbuhnya kepercayaan terhadap orang lain membuat pekerja sosial dapat menentukan bentuk intervensi yang akan dilakukan. Pendekatan terhadap keluarga untuk dapat menerima penerima manfaat setelah tahap terminasi menjadi faktor keberhasilan dalam penanganan ODHA. Disisi lain ODHA merasa diterima oleh lingkungan keluarga dan lingkungan sosial. Dari kesaksian penerima manfaat pada saat mendapatkan rehabilitasi sosial di balai, mereka merasa tenang, aman dan memiliki masa depan.

Dari hasil wawancara dengan penerima manfaat (ODHA), sebagian besar menyatakan puas dan senang mendapatkan terapi fisik/ke-sehatan, psikis/spiritual, sosial, dan keterampilan. Sebelumnya ODHA merasa tidak memiliki masa depan, setelah mereka direhabilitasi sosial merasakan perubahan yang positif. ODHA tidak merasa sendirian karena mereka berada di tempat yang dapat memberi rasa aman, nyaman, dapat berbagi suka duka dengan sesama penderita ODHA lain. Perasaan yang sama membuat mereka merasa diterima. Seperti yang disampaikan Nn, 25 th dari Manado, Sulawesi Utara, (April 2019)

“Saya berasal dari Manado setelah mengikuti rehabsos saya merasa semakin sabar dan ikhlas, tidak sendirian, mendapat teman yang senasib, disini mendapat tambahan pengetahuan, keterampilan untuk masa depan saya. Saya merasa lebih kuat dan selalu bersyukur. Ini semua karena Bapak/Ibu pendamping selalu hadir untuk menguatkan saya, agar menerima kenyataan dan selalu berpikir positif tentang masa depan hidup saya”.

Pernyataan senada disampaikan oleh penerima manfaat lain terkait perubahan yang dirasakan setelah mengikuti rehabilitasi sosial di BRSODH Wasana Bahagia Ternate.

“Saya merasa kepercayaan diri saya semakin bertambah dibanding sebelumnya, semakin kuat menghadapi masalah, dan bisa menerima penyakit yang saya derita. Di sini pendamping dengan sabar menguatkan, membimbing dan memberi jalan keluar agar saya tidak semakin terpuruk (M, 32 th, wawancara April 2019).

Dari pendapat Nn dan M terkandung makna, bahwa keberadaan pendamping memberi warna dalam kehidupan ODHA. Nn dan M, berusaha menerima dengan ikhlas dan menatap masa depan dengan optimis. Penerimaan diri ODHA dengan penyakitnya, merupakan kekuatan diri untuk memahami akan makna hidupnya. Ryff dan Singer (dalam Cotton, 2006) menyatakan, bahwa makna hidup merupakan hasil dari mengarahkan tujuan serta pencapaian tujuan dalam kehidupan. Penghayatan terhadap hidup yang dirasakan oleh ODHA akan berpengaruh terhadap rasa optimis yang dapat dimiliki ODHA. Crumbaugh dan Maholick (dalam Koeswara, 1992) menyatakan, bahwa kekurangan makna hidup merupakan kegagalan individu dalam menemukan tujuan dalam hidup sehingga dapat membuat individu kehilangan semangat dalam menjalani dan menghadapi hambatan dalam hidup, termasuk hambatan dalam penemuan makna. Untuk mencapai kebermaknaan hidup, dibutuhkan penerimaan diri karena dengan memiliki kesadaran untuk menerima dan memahami diri, maka individu dapat mengenali diri sendiri dan akan mempunyai keinginan untuk terus mengembangkan dirinya. Selama direhabilitasi ODHA mencapai perubahan yang positif atau lebih baik dibanding sebelum mendapatkan rehabilitasi. Kepercayaan diri mulai tumbuh kembali terbukti ODHA sudah dapat menyesuaikan diri dan bersosialisasi dengan sesama teman, dan pendamping di Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia. ODHA dapat mengikuti berbagai terapi fisik/

kesehatan, psikis, sosial dan keterampilan, diharapkan setelah keluar dari balai mereka dapat mengaktualisasikan diri dan hidup membaur dengan masyarakat lingkungannya.

D. Penutup

Kesimpulan. ODHA merupakan fenomena sosial yang kompleks dan multidimensi, karena menyangkut keberlangsungan hidup ODHA. *Open status* bagi ODHA bukan sesuatu yang mudah, dibutuhkan proses panjang untuk menerima kenyataan bahwa mereka positif terinfeksi HIV. Diperlukan keluarga, tenaga sosial, tenaga kesehatan dan relawan sosial sebagai teman untuk mendampingi mereka selama mengalami masa sulit dalam hidupnya. Depresi, putus asa, menarik diri merupakan reaksi yang diperlihatkan bagi seseorang yang positif terinfeksi HIV. Oleh karena itu, diperlukan upaya pelayanan rehabilitasi sosial yang melibatkan berbagai pihak, baik orangtua, kerabat, keluarga, lingkungan sekitar maupun lembaga atau instansi yang melakukan rehabilitasi sosial.

ODHA mendapatkan pelayanan dengan melibatkan berbagai pihak diantaranya LKS, Dinas Sosial, Balai Rehabsos ODHA, tenaga medis, orangtua atau keluarga, pekerja sosial dan masyarakat. Kerjasama tersebut sangat diperlukan karena masih ada diskriminasi terhadap ODHA oleh masyarakat yang menyebabkan ODHA tidak mendapatkan hak-haknya sebagai manusia. Keberpihakan terhadap ODHA belum sepenuhnya dilakukan oleh semua pihak, hal tersebut karena masih minimnya pemahaman akan HIV-AIDS menyebabkan stigma negatif bagi ODHA.

Pekerja sosial dari aspek kualifikasi pendidikan formal sebagian besar memenuhi kualifikasi (S1 Kesejahteraan Sosial), dari 10 orang fungsional pekerja sosial enam orang sesuai kualifikasi, dan satu orang berpendidikan Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial (SMPS), tiga orang tidak berkualifikasi jurusan kesejahteraan sosial. Secara umum Pekerja Sosial di Balai Rehabilitasi Sosial ODHA Wasana Bahagia memiliki kemampuan dan keterampilan dalam

melakukan pendampingan terhadap ODHA sesuai dengan ilmu pekerjaan sosial.

Pekerja sosial melakukan pendampingan sesuai dengan tahapan rehabilitasi sosial ODHA beberapa tahapan proses pendampingan adalah: a) Rujukan dari LKS dengan berkoordinasi dengan Dinas Sosial setempat dan juga dari masyarakat yang mendatangi Balai Rehabsos ODHA Wasana Bahagia; b) Assesmen; c) Pelaksanaan tahapan intervensi (terapi fisik/kesehatan, sosial, mental dan keterampilan); d) Resosialisasi; e) Penyaluran; g) Terminasi atau pengakhiran. Pekerja sosial dalam melakukan pendampingan dimulai dari proses awal, pelaksanaan intervensi dan pengakhiran atau terminasi. Pekerja sosial juga memiliki tugas untuk melakukan jejaring dengan LKS di daerah se wilayah Indonesia bagian timur untuk dapat memberikan rujukan ke balai rehabsos. Pekerja sosial dalam melakukan pendampingan melakukan konseling, advokasi dan melakukan terapi psikososial bagi ODHA, pemberian motivasi, pendampingan sosial sesuai kebutuhan korban, penyiapan bagi keluarga dan masyarakat sekitar agar memberikan dukungan secara moral, mengingatkan ODHA akan kepatuhan minum obat dan hidup teratur dan sehat, serta pemberian edukasi bagi keluarga dan masyarakat tentang ODHA.

Rekomendasi. Dari hasil penelitian disampaikan rekomendasi: 1) Bagi Pekerja Sosial perlu peningkatan serta tambahan wawasan pengetahuan tentang ODHA yang mengalami perkembangan sangat pesat dengan segala permasalahan yang cukup kompleks. Oleh karena itu, diperlukan pekerja sosial yang profesional mengikuti perubahan dan perkembangan penyakit HIV-AIDS dan pendampingan; 2) Tambahan pengetahuan dan keterampilan tentang pendampingan ODHA karena di era globalisasi ini perkembangan tentang HIV-AIDS sangat pesat dengan segala dinamikanya. Perlu peningkatan teknik pendampingan karena pengetahuan berkembang dengan sangat cepat dan pesat sehingga pekerja sosial perlu menyesuaikan agar dapat menjalankan peran dan

fungsi secara optimal; 3) Kegiatan edukasi kepada masyarakat perlu terus dicanangkan atau dikampanyekan tentang pola hidup sehat dan anti diskriminasi terhadap ODHA. Sampai di level paling bawah tingkat RT/RW, keluarga, sekolah, masyarakat, tokoh agama perlu penyadaran bagi masyarakat akan bahaya terjangkit virus HIV-AIDS. Persoalan HIV-AIDS harus menjadi perhatian semua pihak, tidak hanya pemerintah. Masyarakat umum harus tahu, bahwa virus ini bisa menular kepada siapa saja. HIV ditularkan melalui hubungan seksual, dalam darah, jarum suntik, dan ASI. HIV merupakan virus yang menurunkan dan merusak kekebalan tubuh. Akibatnya, penderitanya mudah terinfeksi penyakit lain. Penyakit ini membutuhkan waktu tahunan untuk memperlihatkan gejalanya, yaitu sekitar 5-10 tahun. 4) Keberpihakan keluarga dan masyarakat terhadap ODHA. Diskriminasi dan stigma masyarakat terhadap penderita HIV-AIDS harus dihentikan karena tidak akan menyelesaikan masalah, justru malah akan menambah beban mereka. Diskriminasi terjadi lantaran masih kuatnya stereotip di masyarakat, bahwa HIV-AIDS terjadi akibat perilaku menyimpang dan penderita adalah orang-orang tidak baik. Padahal, HIV-AIDS sama dengan penyakit lain sehingga tidak perlu ada perbedaan atau diskriminasi terhadap penderita. Penyakit ini juga dapat menyerang semua orang, termasuk ibu rumah tangga dan anak. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman menyeluruh bagi masyarakat luas agar orang dengan HIV-AIDS tidak didiskreditkan. Keluarga dan masyarakat perlu memberi dukungan positif kepada para penderita HIV-AIDS, agar mereka tidak merasa sendirian dan tetap optimis menjalani masa depannya.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kami ucapkan pada semua pihak yang telah mendukung terbitnya artikel ini, khususnya pada sumber data, tim redaksi, dan mitra bestari.

Pustaka Acuan

- Bastaman, H. D. (1996). *Meraih Hidup Bermakna: Kisah Pribadi Dengan Pengalaman Tragis*. Jakarta: Paramadina
- Chaudoir *et al.*, 2011 Chaudoir, S.R., Fisher, J.D., and Simoni, J.M. 2011. Understanding HIV disclosure: A review and application of the disclosure processes model. *Social Science & Medicine*. 72(10): 1618-1629.
- Chen, W.T., Starks, H., Shiu, C.S., Fredriksen Goldsen, K., Simoni, J., Zhang, F., Pearson, C., and Zhao, H. 2007. Chinese HIV-positive patients and their health-care providers. *ANS Adv Nurs Sci*. 30(4): 329-342. doi: 10.1097/01.ANS.0000300182.48854.65.
- Cotton, S., Puchalski, C.M., Sherman, S.N., Dkk. (2006). Spirituality And Religion In Patients With HIV/AIDS. *J. Gen Intern Med*, Vol. 5, 5-13.
- Cotton, S., Tsevat, J., Szaflarski, et. All. (2006). Changes In Religiousness And Spirituality Attributed To HIV/AIDS: Are There Sex And Race Differences. *J. Gen Intern Med*, Vol.5, 14-20.
- Devito, J.A. 2013. *The Interpersonal Communication Book*. Thirteenth edition. Pearson. New York. p. 55-65.
- Edi Suharto (2006), *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, Bandung, Refika Aditama.
- Enceng, Liestyodono, dan Purwaningdyah, (2008). Meningkatkan Kompetensi Aparatur Pemerintah Daerah dalam Mewujudkan Good Governance, *Jurnal Kebijakan dan Manajemen PNS*, Vol 2 Juni 2008: 12-15.
- Hasyim. (2004). *Mengakhiri Konflik LSM dan Pemerintah*, Jakarta: Harian Kompas Sabtu 5 Juni 2004.
- Hua, J., Emrick, C.B., Golin, C.E., Liu, K., Pan, J., Wang, M., Wan, X., Chen, W., and Jiang, N. 2014. HIV and stigma in Liuzhou, China. *AIDS Behav*. 18(Suppl2): S203-S211. doi: 10.1007/s10461-013-0637-3.
- Kennedy. & Liewelyn. (2006). *Clinical Health Psychology*. England: West Sussex.
- Koeswara, E. (1992). *Logoterapi: Psikoterapi Victor Frankl*. Yogya: Kanisius.
- Laporan kabupaten/kota Dinas Kesehatan tentang HIV/AIDS, Kementerian Kesehatan, 2018.
- Lasmahadi, A. (2002). *Sistem Manajemen SDM Berbasis Kompetensi*. www.e-psikologi.com. Diunduh tanggal 2 Maret 2016 ..
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press..
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill Open University Press
- Profil Balai Rehabilitasi Sosial ODH Wasana Bahagia di Ternate, (2019). Kota Ternate.
- Reker, 2000 dalam Riri Fitria Burhan, dkk. Gambaran Kebermaknaan Hidup Orang dengan HIV/AIDS

- (ODHA) serta Tinjauan Menurut Islam. *Jurnal Psikogenesis, Vol. 2. No 2/ Juni 2014.*
- Rouleau, G., Côté, J., and Cara, C. 2012. Disclosure experience in a convenience sample of quebec-born women living with HIV: A phenomenological study. *BMC Women's Health. 12(37): 1-11.* doi:10.1186/1472-6874-12-37.
- Saragih, S. (1995). *Membedah Dasar LSM*, Jakarta: Puspa Suara.
- Stegar dan Kashdan, 2007 dalam Riri Fitria Burhan, dkk. Gambaran Kebermaknaan Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) serta Tinjauan Menurut Islam. *Jurnal Psikogenesis, Vol. 2. No 2/ Juni 2014.*
- Stutterheim, S. E., Sicking, L., Brands, R., Baas, I., Roberts, H., van Brakel, W. H., and Bos, A. E. R. 2014. Patient and provider perspectives on HIV and HIV-related stigma in Dutch health care settings. *AIDS Patient Care and STDs. 28(12): 652-665.* doi:10.1089/apc.2014.0226.
- Stutterheim, S.E., Sicking, L., Baas, I., Brands, R., Roberts, H., van Brakel, W.H., Lechner, L., Kok, G., and Bos, A.E.R. 2016. Disclosure of HIV status to health care providers in the Netherlands: A qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 27(4): 485-494.* doi:10.1016/j.jana.2016.02.014.
- Sugiyanto. (2002). *Lembaga Sosial*, Yogyakarta: UGM.
- Undang-undang No 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial
- Undang-Undang No. 23/2014 tentang *Pemerintah Daerah*, yang menggantikan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah yang lama.
- <http://babesrehab.bnn.info/index.php/pelayanan/rehabilitasi-sosial>, diunggah 27 Juli 2019.
- http://rri.co.id/post/berita/351728/nasional/jangkau_pelayanan_hiv_aids_kemensos_alih_fungsikan_panti_sosial_di_daerah_daerah.html, diakses 6 Agustus 2019 jam 10:24

