



**Pengaruh Global Health
Initiative Terhadap
Keberadaan dan Peran
Organisasi Masyarakat
Sipil dalam Pengendalian
HIV di Indonesia**

Kata Pengantar

Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya telah selesai melaksanakan penelitian dengan judul "Pengaruh Global Health Initiative (GHI) Terhadap Keberadaan dan Peran Organisasi Masyarakat Sipil dalam Pengendalian HIV di Indonesia". Penelitian ini dilaksanakan selama 7 bulan dari mulai bulan Februari - September 2015. Tujuan umum penelitian adalah melihat pengaruh dan dampak GHI terhadap peran OMS pada sistem kesehatan di dalam upaya peningkatan kapasitas dan penanggulangan HIV AIDS. Penelitian berisikan informasi, data dan analisis hasil wawancara yang dilakukan ke KPAN, KPA tingkat propinsi, Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan tingkat propinsi dan kota, penyandang dana dan LSM yang bekerja pada program HIV AIDS di wilayah Surabaya, Malang, DKI Jakarta, Medan, Denpasar, dan Bandung. Dalam sajian penelitian ini juga memperlihatkan bahwa peran GHI cukup besar dalam mendukung partisipasi masyarakat sipil untuk terlibat dalam penanggulangan HIV AIDS karena peran strategiknya dalam penanggulangan HIV AIDS.

Dalam kesempatan yang baik melalui hasil penelitian yang PPH Unika Atma Jaya lakukan, kami mengucapkan terimakasih kepada semua narasumber yang telah terlibat dan memberikan informasi dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Knowledge Sector Initiative (KSI) karena telah memberikan bantuan dana dalam mendukung penelitian mandiri ini. Semoga Penelitian ini dapat menjadi masukan yang ilmiah dalam pengelolaan program HIV AIDS melalui dana GHI di masa yang akan datang.

Tim Peneliti

Ringkasan Eksekutif

Dana hibah bantuan luar negeri untuk Program HI V-AIDS di Indonesia selama ini merupakan bagian inisiatif global dalam bidang kesehatan (Global Health Initiatives – GHI). Keberadaan GHI dalam pembangunan sektor kesehatan di berbagai negara ini muncul sebagai respon tanggap darurat untuk mengurangi dampak buruk dari penyebaran penyakit, khususnya di negara-negara miskin dan berpendapatan rendah. GHI di banyak negara seringkali diterjemahkan sebagai upaya peningkatan kapasitas layanan kesehatan untuk penyakit-penyakit prioritas, salah satunya HIV-AIDS (Biesma, Harmer, Walsh, Spicer, & Walt, 2009). Upaya-upaya yang dilakukan dalam skema ini biasanya mampu memobilisasi sumber dana dalam jumlah besar dan menyalurkannya secara langsung baik ke lembaga pemerintah maupun non-pemerintah termasuk Organisasi Masyarakat Sipil - OMS. Mengingat sistem kesehatan pada dasarnya merupakan landasan utama intervensi HIV-AIDS, maka kebijakan dari GHI menunjukkan bahwa penguatan sistem kesehatan menjadi *“necessary and sufficient condition”* bagi efektivitas respon terhadap HIV di suatu negara.

Hasil beberapa penelitian terdahulu terkait GHI menunjukkan GHI tidak hanya menimbulkan dampak positif tapi juga dampak negatif terhadap sistem kesehatan di negara-negara penerima bantuan. Dampak negatif tersebut antara lain teralihnya fokus koordinasi, perencanaan, pengelolaan, serta monitoring dan evaluasi sistem kesehatan dari prioritas agenda nasional yang sudah ditetapkan. Keberadaan GHI juga mendorong terjadinya diskusi dan perdebatan tentang sejauh mana GHI telah mempengaruhi sistem kesehatan di negara-negara penerima bantuan, khususnya dalam upaya peningkatan kapasitas sistem kesehatan. Salah satu penyebabnya adalah besarnya dana yang disalurkan dan kecenderungan pelaksanaan program secara vertikal oleh GHI.

Walaupun akan berkurang besarnya dana yang disediakan kepada Indonesia, di masa mendatang peran GHI dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia akan tetap besar karena proporsi anggaran dalam negeri untuk program ini masih sekitar 40% sehingga masih memerlukan dukungan dari luar negeri khususnya dari lembaga donor besar yang selama ini bekerja di Indonesia seperti Global Fund, Australian Aid dan USAID/PEPFAR (Najib, et al, 2014). Peran OMS dan OBM dalam penanggulangan AIDS di masa depan pun menjadi penting mengingat dana yang semakin mengecil dari GHI tentu saja akan mengancam keberlanjutan program-program yang selama ini dijalankan dan kompetisi diantara mereka menjadi semakin sengit. Untuk itu diperlukan upaya untuk melihat berbagai kemungkinan ke depan yang bisa dikembangkan untuk mendorong keberlanjutan OMS dan OBM untuk mengantisipasi berkurangnya pendanaan dari GHI.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di 6 Kota di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- ✂ Mengetahui persepsi OMS tentang keberadaan dan perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS melalui perangkat penilaian mandiri dan analisa profil OMS.
- ✂ Mengetahui persepsi keberadaan dan peran OMS dari pemangku kepentingan program penanggulangan HIV-AIDS
- ✂ Memetakan dampak dana GHI terhadap keberadaan OMS secara umum maupun perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif dengan menggunakan pedoman wawancara dan matriks penilaian mandiri yang secara spesifik digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Informasi yang dikumpulkan adalah informasi keberadaan dan peran OMS di dalam penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia baik di dalam hubungan kemitraan dengan GHI, pengembangan kebijakan, penyediaan layanan dan rujukan dan kegiatan advokasi. Dengan memperhitungkan sumber daya, data diambil di enam kota di Indonesia dengan OMS yang bekerja di bidang HIV dan AIDS, yaitu di Jakarta, Malang, Surabaya, Medan, Denpasar, dan Bandung.

Penelitian ini menggunakan 3 metode pengumpulan data yang dikombinasi dan memiliki kontribusi yang seimbang terhadap analisis dan presentasi laporan penelitian, yaitu studi pustaka, wawancara mendalam, dan penilaian keberadaan OMS secara mandiri dengan menggunakan perangkat yang merupakan penggabungan instrumen penilaian partisipatif atau mandiri yang pernah dikembangkan oleh Konsil LSM, Penabulu dan Yayasan Tifa.

Temuan

Diskusi empiris atas keterkaitan OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS dan GHI divisualisasikan secara sederhana dalam gambar berikut ini:



Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa disamping peran GHI yang sangat penting dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia, pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS luar biasa besarnya, bahkan bisa sampai mempengaruhi landasan, visi, misi dan tujuan OMS. Kesimpulan lainnya dari penelitian ini dan juga rekomendasi yang bisa disarankan adalah sebagai berikut:

Kesimpulan

- ⌘ GHI telah berperan penting dalam memberi wawasan dan pijakan kerja pemerintah dan OMS sehingga program HIV-AIDS terutama terkait layanan kesehatan dan pencegahan, berkembang secara cepat dan diterima oleh masyarakat luas selama setahun terakhir.
- ⌘ Ketergantungan pendanaan program HIV-AIDS pada donor mempengaruhi orientasi kerja OMS sehingga terjebak pada proyek sesaat.
- ⌘ Hanya sedikit OMS yang masih mempertahankan nilai dan budaya organisasi menjadi jiwa/ruh dalam setiap gerak perjuangan dan program organisasi.
- ⌘ Minimnya pengelolaan pengetahuan dan pembelajaran dari kerja yang dilakukan membuat OMS seolah-olah kurang berperan dalam memberikan sumbangan atas teori-teori perubahan dalam pembangunan manusia terutama kelompok dampingannya.

Daftar Isi

Kata Pengantar	i
Ringkasan Eksekutif	ii
Daftar Isi	v
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan Penelitian	5
1.1 Tujuan	5
1.2 Kerangka Konseptual	5
3. Metode Penelitian	7
2.1 Desain dan Prosedur Penelitian	7
2.2 Prosedur dan Metode Pengumpulan Data	7
2.3 Responden dan Lokasi Penelitian	8
2.4 Manajemen dan Analisa Data	9
2.5 Waktu Penelitian	9
2.6 Keterbatasan	9
4. Hasil dan Diskusi	10
3.1 Profil	10
3.2 Peran OMS Dalam Penanggulangan HIV	14
3.3 Penilaian Mandiri	19
3.4 Pengaruh GHI	23
5. Kesimpulan dan Rekomendasi	29
Lampiran	30
Daftar Responden	30
Daftar Pustaka	32
Daftar Istilah	34

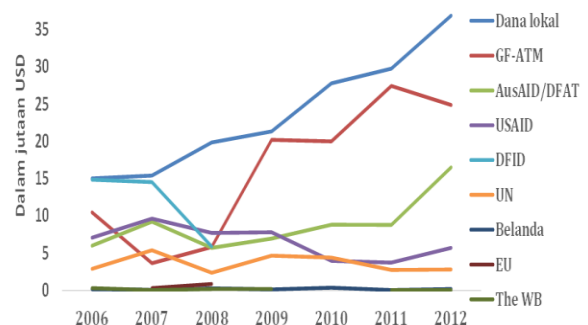
1. Latar Belakang

Respon terhadap epidemi HIV di Indonesia telah berlangsung selama lebih dari dua dekade. Dimulai secara formal dengan dibentuknya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di tahun 1994 yang diikuti dengan berbagai program kerjasama internasional baik melalui kerjasama bilateral (misalnya USAID, Australian Aid, dan DfID), multilateral (GF-ATM, World Bank, dan Indonesia Partnership Funds), dan lembaga non pemerintah lainnya. Total dana yang telah dialokasikan baik oleh lembaga internasional maupun pemerintah sejak 1996 sedikitnya US\$ 445 juta dimana sebagian besarnya adalah dana hibah bantuan dari luar negeri (Nadjib et al, 2014).

Dana hibah bantuan luar negeri untuk Program HIV-AIDS di Indonesia selama ini merupakan bagian inisiatif global dalam bidang kesehatan (Global Health Initiatives – GHI). Keberadaan GHI dalam pembangunan sektor kesehatan di berbagai negara ini muncul sebagai respon tanggap darurat untuk mengurangi dampak buruk dari penyebaran penyakit, khususnya di negara-negara miskin dan berpendapatan rendah. GHI di banyak negara seringkali diterjemahkan sebagai upaya peningkatan kapasitas layanan kesehatan untuk penyakit-penyakit prioritas, salah satunya HIV-AIDS (Biesma, Harmer, Walsh, Spicer, & Walt, 2009). Upaya-upaya yang dilakukan dalam skema ini biasanya mampu memobilisasi sumber dana dalam jumlah besar dan menyalurkannya secara langsung baik ke lembaga pemerintah maupun non-pemerintah termasuk Organisasi Masyarakat Sipil - OMS. Mengingat sistem kesehatan pada dasarnya merupakan landasan utama intervensi HIV-AIDS, maka kebijakan dari GHI menunjukkan bahwa penguatan sistem kesehatan menjadi “*necessary and sufficient condition*” bagi efektivitas respon terhadap HIV di suatu negara.

Dampak keberadaan GHI terhadap sistem kesehatan khususnya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di negara-negara berkembang menunjukkan bahwa GHI mampu menghubungkan perencanaan kebutuhan sumber daya (input) dengan tujuan yang ingin dicapai oleh program, memperkuat pola koordinasi pada tingkat nasional dan daerah melalui mekanisme pendanaan yang inovatif. Selain itu, dampak positif yang lain adalah semakin meningkatnya kesadaran dan komitmen pemerintah dalam menyikapi epidemi HIV. Di Indonesia, salah satu komitmen pemerintah dapat dilihat melalui peningkatan secara signifikan belanja negara untuk upaya penanggulangan HIV-AIDS dalam beberapa tahun terakhir, walaupun pada tahun 2012 baru mencapai 42% dari total pengeluaran program penanggulangan HIV-AIDS.

Gambar 1. Dana Belanja Program HIV-AIDS di Indonesia Menurut Sumbernya¹



Ketersediaan layanan terkait HIV-AIDS bagi mereka yang membutuhkan juga semakin meluas. Demikian pula dengan infrastruktur layanan, laboratorium, sumber daya manusia yang diperlukan untuk program ini semakin banyak disediakan dan diperkuat oleh GHI. (Biesma et al., 2009; Spicer et al., 2010; Yu, Souteyrand, Banda, Kaufman, & Perriens, 2008). Lebih lanjut, hasil penelitian terkait GHI menunjukkan GHI tidak hanya menimbulkan dampak positif tapi juga

¹ Data diolah dari National AIDS Spending Assessment Report 2011-2012

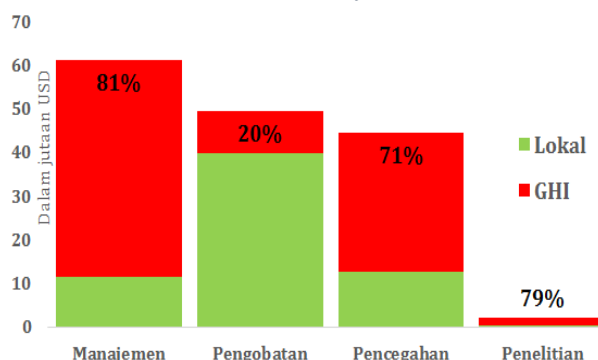
dampak negatif terhadap sistem kesehatan di negara-negara penerima bantuan. Dampak negatif tersebut antara lain teralihnya fokus koordinasi, perencanaan, pengelolaan, serta monitoring dan evaluasi sistem kesehatan dari prioritas agenda nasional yang sudah ditetapkan. Keberadaan GHI juga mendorong terjadinya diskusi dan perdebatan tentang sejauh mana GHI telah mempengaruhi sistem kesehatan di negara-negara penerima bantuan, khususnya dalam upaya peningkatan kapasitas sistem kesehatan. Salah satu penyebabnya adalah besarnya dana yang disalurkan dan kecenderungan pelaksanaan program secara vertikal oleh GHI.

Selain memberikan fokus pada penguatan sistem kesehatan dalam merespon permasalahan HIV-AIDS, GHI juga memberikan perhatian yang cukup besar kepada partisipasi masyarakat sipil di dalam penanggulangan HIV-AIDS karena peran strategiknya di dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS. Dalam perjalanan upaya penanggulangan HIV-AIDS global hingga saat ini, organisasi masyarakat sipil (OMS) atau organisasi berbasis masyarakat (OBM) secara bertahap telah berperan dalam pengembangan kebijakan GHI baik secara global, nasional atau pada tingkat lapangan dan sebagai pelaksana program HIV-AIDS di lapangan. Perhatian GHI terhadap OMS atau OBM bisa dilihat pada besarnya dana yang dialokasikan ke berbagai negara untuk pendanaan organisasi masyarakat sipil ini. Misalnya, Global Fund telah menyalurkan dana untuk OMS hingga 20% dan bahkan untuk PEPFAR menyalurkan sekitar 70% dari dana bantuannya selama ini. Sejumlah lembaga GHI bahkan cenderung menyalurkan dananya melalui OMS atau OBM (Doyle & Patel, 2008).

Di Indonesia, hibah negara kepada OMS atau OBM dalam penanggulangan HIV-AIDS masih sangat terbatas, sehingga hampir semua upaya pencegahan penularan HIV

yang dilakukan oleh OMS atau OBM di danai oleh GHI, sedangkan perawatan dan pengobatan dilakukan oleh layanan kesehatan pemerintah yang sebagian besarnya di danai oleh negara.

Gambar 2. Belanja Program HIV-AIDS di Indonesia 2011-2012 Menurut Kategori Anggaran dan Sumbernya¹



Peran yang signifikan dari OMS atau OBM ini tidak bisa dilepaskan dari campur tangan GHI yang menempatkan mereka sebagai kontrol atau penyeimbang bagi pemerintah dalam menyelenggarakan program penanggulangan HIV-AIDS melalui upaya-upaya penguatan sistem komunitas. OMS dan OBM sebagai bagian sistem komunitas memiliki posisi yang penting di dalam sistem komunitas karena merekalah yang paling memahami isu, tantangan dan kebutuhan kesehatan di lapangan. Oleh sebab itu sistem komunitas yang kuat diperlukan dalam upaya untuk memastikan layanan kesehatan yang komprehensif, responsif terhadap kebutuhan, serta akuntabel dan berkualitas, baik dari aspek cakupan, akses, dan pemerataan layanan.

Meskipun demikian, penguatan masyarakat sipil atau sistem komunitas ini juga menimbulkan dampak negatif pada OMS atau OBM itu sendiri. Tersedianya dana dalam jumlah yang besar telah mendorong OMS atau OBM untuk saling berkompetisi untuk memperoleh dana dan situasi ini menyebabkan melemahnya aksi bersama kelompok masyarakat sipil untuk mendorong berbagai perubahan kebijakan atau program.

Menguatnya dana yang dikelola pada satu sisi dan kompetisi yang semakin kuat pada sisi yang lain telah mengancam keberhasilan advokasi efektif yang selama ini dijalankan oleh OMS atau OBM (GHIN, 2008). Bagi GHI, OMS atau OBM seringkali diposisikan sebagai penyedia layanan yang merupakan pelengkap atau tandingan dari penyedia layanan kesehatan pemerintah dari pada lembaga yang melakukan advokasi kebijakan dan program. Demikian pula, peran OMS dalam proses penyusunan kebijakan seringkali tidak bisa dilepaskan dari sistem tokenisme (Ng & Ruger, 2011).

Keberadaan GHI harus diakui telah menjadi sentra gravitasi yang menyokong keberlangsungan hidup OMS yang bergerak dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS. Masalah kemudian timbul apabila lembaga donor yang menjadi sponsor utama GHI tidak mau lagi mengucurkan dana sumbangannya kepada suatu negara atau OMS. Jika hal itu terjadi, maka bisa dipastikan eksistensi OMS yang bergantung pada GHI bisa kolaps dan gulung tikar. Untuk mengantisipasi hal tersebut, tak sedikit kemudian OMS yang berbelok arah kemudian beralih orientasi menjadi *profit-oriented*.

Organisasi hibrida semacam ini disebut PSCs (Public Services Contractors). Istilah PSC pertama kali dimunculkan oleh David Korten (1990) untuk merujuk pada OMS yang berubah orientasi dari organisasi sosial murni menjadi lebih berorientasi laba. Tak banyak yang berbeda antara OMS dan PSCs. Kedua organisasi tersebut sama-sama bergerak lantaran kegagalan pemerintah dan pasar. Keduanya juga menjadikan pelayanan publik sebagai inti utama program mereka. Perbedaan utama dari kedua organisasi tersebut terletak pada motif yang menggerakkan aktifitas mereka. Jika OMS bergerak atas dorongan sosial semata, maka PSCs menjadikan sumber dana pada urutan pertama prioritas mereka. PSCs menjadikan aktifitas pelayanan publik yang mereka

lakukan untuk sekedar mencari dana dari lembaga donor.

Tidak seperti OMS yang konsisten menjaga misi sosial mereka, PSCs bergerak didasari atas pertimbangan-pertimbangan dana dan anggaran. Seperti diutarakan oleh Brown dan Korten (1991:62), bahwa *value-driven* OMS mendorongnya untuk tetap mempertahankan misi sosial utama mereka, baru kemudian mencari lembaga donor untuk mengimplementasikannya. Sementara *funding-driven* PSCs mendorongnya untuk melihat peluang pasar yang dibutuhkan publik kemudian membuat rancangan program yang dipresentasikan pada lembaga donor atau menjadi pelaksana kegiatan lembaga donor walaupun kegiatan tersebut tidak sesuai dengan nilai-nilai dasar yang menjadi visi organisasi. Jadi OMS membuat program yang konsisten sesuai dengan misi utama mereka, sedangkan PSCs membuat program dengan pertimbangan peluang mendapatkan dana.

Menurut Korten (1990), terdapat banyak sekali tekanan yang membuat sektor sukarelawan beralih menjadi *profit-oriented*. Pertama adalah seperti yang dikemukakan diatas, tidak adanya jaminan kepastian bahwa donor akan selalu mengucurkan dana kepada organisasi. Apabila hal ini tidak diantisipasi sedini mungkin, maka organisasi tersebut akan bangkrut. Kedua adalah kesulitan dalam mempertahankan nilai-nilai ideal yang mereka usung dengan implementasi di lapangan. Ketiga adalah tugas untuk memberikan pekerjaan kepada para staf yang membantu pelaksanaan program. Keempat, adanya kepercayaan bahwa dengan terikat kontrak dengan lembaga donor akan semakin meningkatkan konsentrasi untuk mengerjakan program yang menjadi prioritas utama. Kelima, tekanan dari lembaga donor untuk memastikan kesuksesan program yang telah dirancang. Untuk mengatasi tekanan tersebut, maka tidak ada jalan lain kecuali

merekrut orang-orang profesional yang ahli di bidangnya. Para profesional tadi diharapkan mampu memainkan peranannya mensukseskan program yang telah didanai lembaga donor.

Kecenderungan alih jalur yang ditempuh OMS semakin banyak terjadi. Hal ini lantaran, urai Korten akan ada banyak permintaan lembaga donor untuk meningkatkan kapabilitas dan profesionalitas dari OMS dalam menyediakan pelayanan publik agar sesuai dengan ekspektasi yang diharapkan. Penelitian tentang pengaruh GHI yang disponsori oleh lembaga donor internasional terhadap keberadaan dan peran OMS dan OBM selama ini masih berfokus pada skema Global Fund atau PEPFAR dan lebih banyak dilakukan di sejumlah negara Afrika atau Eropa Timur (GHIN, 2008). Sejauh ini belum ada penelitian yang terpublikasi terkait dengan dampak GHI terhadap keberadaan dan peran OMS atau OBM dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dimana Indonesia adalah merupakan salah satu dari 10 negara terbesar yang memperoleh bantuan dari GHI (Ng & Ruger, 2011). Hingga saat ini belum diketahui secara pasti bagaimana peran strategis OMS dan OBM dalam hubungannya dengan keberadaan GHI dan dalam sistem kesehatan yang menjadi landasan utama dalam penanggulangan HIV-AIDS dan kontribusinya terhadap reformasi kebijakan dan program HIV-AIDS di Indonesia.

Walaupun akan berkurang besarnya dana yang disediakan kepada Indonesia, di masa mendatang peran GHI dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia akan tetap besar karena proporsi anggaran dalam negeri untuk program ini masih sekitar 40% sehingga masih memerlukan dukungan dari luar negeri khususnya dari lembaga donor besar yang selama ini bekerja di Indonesia seperti Global Fund, Australian Aid dan USAID/PEPFAR (Najib, et al, 2014). Peran OMS dan OBM dalam penanggulangan

AIDS di masa depan pun menjadi penting mengingat dana yang semakin mengecil dari GHI tentu saja akan mengancam keberlanjutan program-program yang selama ini dijalankan dan kompetisi diantara mereka menjadi semakin sengit. Untuk itu diperlukan upaya untuk melihat berbagai kemungkinan ke depan yang bisa dikembangkan untuk mendorong keberlanjutan OMS dan OBM untuk mengantisipasi berkurangnya pendanaan dari GHI.

2. Tujuan Penelitian

1.1 Tujuan

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di 6 Kota di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- ✂ Mengetahui persepsi OMS tentang keberadaan dan perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS melalui perangkat penilaian mandiri dan analisa profil OMS.
- ✂ Mengetahui persepsi keberadaan dan peran OMS dari pemangku kepentingan program penanggulangan HIV-AIDS
- ✂ Memetakan dampak dana GHI terhadap keberadaan OMS secara umum maupun perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS

1.2 Kerangka Konseptual

Untuk memahami pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS, maka penelitian ini menggunakan kerangka konseptual keberadaan dan peran OMS yang ideal dari hasil kajian pustaka, dimana Visi-Misi-Tujuan yang merupakan landasan OMS membentuk tata kelola organisasi dan manajemen operasional termasuk penggalangan dana, program dan kegiatan serta upaya-upaya agar keberadaan dan peran OMS berkelanjutan sebagaimana yang digambarkan dalam gambar berikut.

Dalam konteks program HIV-AIDS, penguatan sistem masyarakat menjadi suatu pendekatan yang mendorong pengembangan dan keberlangsungan masyarakat serta organisasi masyarakat maupun aktor masyarakat, dan memungkinkan mereka untuk ikut berkontribusi terhadap keberlangsungan dalam jangka panjang dari upaya kesehatan dan intervensi lainnya pada

tingkat masyarakat. Penguatan sistem komunitas ini bertujuan untuk mengembangkan peran dari kelompok masyarakat yang paling terdampak, serta organisasi masyarakat, jaringan maupun aktor lainnya dalam merancang, menyediakan, memantau serta mengevaluasi layanan dan kegiatan yang ditujukan untuk memperbaiki capaian yang terkait dengan kesehatan.

Gambar 3. Kerangka Konsep Pengaruh GHI Terhadap Keberadaan dan Peran OMS



Pada sisi lain, upaya memperkuat kapasitas masyarakat sipil ini merupakan cara untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan melalui keterlibatan masyarakat (baik sebagai aktor maupun penerima manfaat). Sehingga peran OMS di dalam penanggulangan HIV-AIDS secara konseptual sama dengan peran OMS di isu sosial lainnya, dengan karakteristik sebagai berikut:

- ✂ Fokus pada kebutuhan masyarakat yang didampingi dan berimplikasi terhadap kebutuhan organisasi dalam penyaluran informasi dan pemberdayaan masyarakat.
- ✂ Membuka peluang bagi partisipasi kelompok masyarakat paling terdampak dalam proses pencapaian tujuan program, yaitu kemajuan dan pemberdayaan kelompok masyarakat yang di dampingi, bukan hanya masalah epidemi HIV.
- ✂ Memperkenalkan informasi yang bermanfaat dan memecahkan masalah

kelompok masyarakat penerima manfaat dengan biaya ringan dan mudah untuk diadaptasi, sesuai kondisi kelompok sasaran tersebut.

- ✘ Skala program yang dilakukan kecil, untuk mempermudah pemantauan, pencapaian, dan ketepatan sasaran, sehingga semua biaya operasinya transparan, efektif dan bebas dari kemungkinan tindakan korupsi
- ✘ Tingkat komitmen pada pimpinan maupun staf OMS untuk merealisasikan apa yang menjadi idealisme, baik visi maupun misi untuk memberdayakan dan membantu kelompok masyarakat penerima manfaat sangatlah tinggi. Komitmen dan motivasi inilah yang menjadi kekuatan pelaksanaan program.

Sehingga kerangka konseptual awal penelitian ini menempatkan peran dana donor dan GHI sebagai pilar organisasi dan merupakan sarana dari perwujudan visi, misi, dan tujuan dari OMS.

3. Metode Penelitian

2.1 Desain dan Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif dengan menggunakan pedoman wawancara dan matriks penilaian mandiri yang secara spesifik digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Informasi yang dikumpulkan adalah informasi keradaan dan peran OMS di dalam penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia baik di dalam hubungan kemitraan dengan GHI, pengembangan kebijakan, penyediaan layanan dan rujukan dan kegiatan advokasi.

2.2 Prosedur dan Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dan sekunder dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari komisi etik Unika Atma Jaya dengan menyertakan proposal, lembar persetujuan responden (*informed consent*) dan instrumen penelitian. Sebelum pengumpulan data primer, peneliti membuat surat undangan untuk para informan penelitian yang dilengkapi dengan latar belakang dan tujuan pengumpulan data penelitian serta pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan.

Penelitian ini menggunakan 3 metode pengumpulan data yang dikombinasi dan memiliki kontribusi yang seimbang terhadap analisis dan presentasi laporan penelitian, yaitu:

1. Studi Pustaka

Sekitar 70 dokumen hasil studi luar negeri maupun lokal terkait OMS dan gerakan penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia dijadikan peniliti sebagai acuan agar dapat membuat suatu konsep ideal peran OMS serta keterkaitannya dengan GHI. Konsep tersebut dipaparkan secara visual (Gambar 3) dan deskriptif naratif. Untuk selanjutnya visualisasi konsep ideal atas hubungan

pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS ini disebut versi teori.

Dalam memilih organisasi yang memenuhi kriteria sebagai responden, peneliti melakukan kajian profil beberapa OMS yang sedang maupun pernah memperoleh pendanaan program penanggulangan HIV-AIDS dari GHI. Profil diperoleh melalui website atau dokumen dari pengelola program GHI dan juga diskusi diantara tim peneliti yang sudah cukup lama terlibat dalam berbagai upaya penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia.

2. Wawancara Mendalam

Studi pustaka ini dilengkapi dengan data primer yang diperoleh melalui pengambilan data di lapangan melalui wawancara mendalam. Pertanyaan dalam wawancara secara tidak langsung memperkaya informasi yang didapat dari studi pustaka terkait teori posisi dan peran OMS dan GHI serta keterkaitan antara keduanya. Selain itu, utamanya adalah pendapat responden mengenai hubungan peran GHI terhadap OMS di Indonesia dalam konsep hubungan peran OMS dan GHI versi teori dianggap masih logis, realistis dan relevan. Munculnya pendapat-pendapat dan pembuktian-pembuktian yang dipaparkan responden dalam wawancara akan dikaitkan dengan analisis penilaian mandiri OMS.

Dalam wawancara mendalam, penggalian informasi kepada GHI lebih kepada hal-hal sbb:

- ✘ Profil, visi, misi serta tujuan dan kegiatan OMS dalam penanggulangan HIV
- ✘ Sumber dana, riwayat dan kecenderungannya serta komponen pendanaan secara umum dan pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS
- ✘ Bantuan teknis dan pelatihan yang pernah diterima dan tindak lanjut dari OMS

✂ Kontribusi dan pencapaian hasil yang dibanggakan dan rencana OMS kedepan

3. Penilaian Keberadaan dan Peran Secara Mandiri

Penilaian mandiri keberadaan dan peran OMS dilakukan dengan menggunakan perangkat yang merupakan penggabungan instrumen penilaian partisipatif atau mandiri yang pernah dikembangkan oleh Konsil LSM, Penabulu dan Yayasan Tifa. OMS memberikan skor elemen-elemen dalam keempat aspek terkait organisasi dan hal-hal yang mempengaruhinya. Elemen tersebut tidak memiliki bobot kontribusi yang sama terhadap aspek penilaian, sehingga skor tiap elemen dikonversikan dengan masing-masing faktor pengali sebagai nilai.

Penggunaan perangkat penilaian yang semi kuantitatif ini di maksudkan agar semua responden OMS dapat mengukur keberadaan dan perannya dengan cara dan ukuran yang sama serta sudah pernah digunakan sebelumnya. Sehingga validitas dan realibitas dari perangkat tersebut sedikit banyak sudah pernah diuji sebelumnya

Tabel 1. Distribusi Elemen Perangkat Penilaian dari Konsil LSM, Penabulu dan Yayasan Tifa

Penelitian ini	Konsil LSM	Penabulu	Yayasan Tifa
Landasan		Landasan	Visi, Misi dan Tujuan
Tata kelola	Tata Pengurusan	Tata kelola Organisasi	Tata Kelola
Manajemen operasional	Manajemen Staf dan Keuangan Partisipasi Dampingan Penanganan Pengaduan Transparansi Informasi Konflik Kepentingan	Pengelolaan program, Admin, SDM, keuangan, pengetahuan, dan kemitraan	Mekanisme Manajemen Program Pengelolaan Keuangan
Keberlanjutan		Keberlanjutan	Legitimasi Organisasi

2.3 Responden dan Lokasi Penelitian

Dua puluh tiga dari 25 OMS yang diundang, berpartisipasi menjadi responden penelitian ini. Responden tersebar di 6 kota (Medan (4

OMS), Jakarta (5), Bandung (4), Surabaya (4), Malang (2) dan Denpasar (4) yang memiliki epidemi HIV terkonsentrasi pada kelompok masyarakat tertentu dan menjadi wilayah kerja beberapa lembaga donor internasional sejak lama. Responden juga dipilih berdasarkan keragaman dari populasi yang didampinginya, dimana OMS yang selama ini melakukan intervensi pada kelompok Wanita Penjaja Seks (WPS) dan pelanggannya (7 OMS) adalah yang terbanyak, diikuti oleh OMS yang melakukan pendampingan pada kelompok Pengguna Napza Suntik (Penasun) (6), Laki-Laki Yang Berhubungan Seks Dengan Laki-Laki (LSL) (5), orang dengan HIV-AIDS (ODHA) (3) dan Waria (2).

Penelitian ini juga melakukan wawancara mendalam dengan perwakilan dari 2 donor besar (USAID dan Australian Aid), dan 6 pengelola dana hibah (Principal Recipient Global Fund HIV di Kementerian Kesehatan, Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dan Nahdatul Ulama (NU), serta pengelola program Scaling Up for Most-At-Risk Populations (SUM-2) dan Australia-Indonesia Partnership for HIV (AIP HIV), serta Sekretariat KPAD dan Dinas Kesehatan di 6 kota dimana OMS responden berada, sebagai bagian triangulasi informasi yang dikumpulkan,

Dalam penelitian ini juga dilakukan wawancara mendalam tentang pengalaman dan interaksi Penabulu - OMS yang menjadi mitra pelaksana penguatan kapasitas manajemen keuangan OMS - yang cukup intensif dalam melakukan pendampingan 36 OMS penerima hibah proyek SUM-2. Wawancara dengan Penabulu memperkaya informasi tentang pengaruh GHI bagi keberadaan dan peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV di Indonesia. Selain itu, pengalaman internal Penabulu sebagai OMS dan interaksinya dengan banyak OMS yang melakukan kegiatan diluar upaya penanggulangan HIV melegitimasi pendapat

dan pandangan Penabulu terhadap perbandingan keberadaan dan peran OMS di bidang HIV dan diluar bidang HIV. Sedangkan triangulasi untuk menilai keberadaan dan peran OMS dari persepsi kelompok masyarakat yang paling terdampak dengan HIV dilakukan dengan menganalisa hasil Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) 2011 dan 2013 pada kelompok yang paling berisiko terinfeksi HIV dan Community Access to ART Study 2013 di 6 kota tersebut, dengan menggunakan hasil dari pertanyaan-pertanyaan terkait cakupan program penjangkauan, rujukan dan dukungan psiko-sosial oleh OMS.

2.4 Manajemen dan Analisa Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini baik data primer maupun sekunder akan dikelola oleh manajer data dari PPH Atma Jaya.

Analisa data penelitian ini dilakukan menggunakan kerangka logika pendekatan induksi dengan metode analisa tematik yang menitikberatkan pada pengidentifikasian tema-tema penting yang ditemukan dalam verbatim wawancara dan diskusi dalam proses penilaian mandiri. Tema-tema penting ini dikategorikan, koding dan dianalisa berdasarkan kerangka konsep penelitian yang dikembangkan

2.5 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 7 bulan (April - September 2015) dengan tahapan waktu pelaksanaan sebagai berikut:

- ✘ Finalisasi instrumen penelitian dan kajian pustaka: bulan April – Mei 2015
- ✘ Pengumpulan data sekunder: bulan April - Agustus 2015
- ✘ Pengumpulan data primer: bulan Mei - Juli 2015

- ✘ Analisa data: Juli – September 2015
- ✘ Penulisan laporan penelitian dan pertanggung jawaban: Agustus – September 2015

2.6 Keterbatasan

- ✘ Isu-isu tentang pengaruh dan peran GHI terhadap OMS dan sebaliknya dalam penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia tidak bisa diwakili secara keseluruhan situasinya oleh penelitian ini karena data primer hanya dikumpulkan di 6 kota dari 141 kabupaten/kota dimana program HIV-AIDS dilakukan secara intensif².
- ✘ Penelitian ini tidak mampu memberikan gambaran secara mendalam mengenai kemitraan di luar program penanggulangan HIV-AIDS, sehingga banyak pendekatan dan praktek yang sudah dilakukan oleh GHI, kontraktor pengelola hibah dan OMS diluar program penanggulangan HIV-AIDS yang belum tereksplorasi. Misalnya gender, perdagangan manusia, kemiskinan, dan bantuan hukum yang mempunyai pengaruh kuat dalam program HIV.
- ✘ Penelitian ini juga belum dapat memberikan gambaran potensi kemitraan dengan pihak swasta seperti *Corporate Social Responsibility* dan Filantropi. Padahal telah ada beberapa contoh konvergensi antara OMS dengan perusahaan swasta seperti di Papua dan koalisi perusahaan multinasional di Jakarta, untuk program HIV

² Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia Tahun 2015 - 2019

4. Hasil dan Diskusi

3.1 Profil

Keberadaan

Lama berdiri OMS yang menjadi responden berkisar antara 3 (Yayasan Embun di Surabaya) – 48 tahun (PKBI di Bandung), dengan rerata lama berdiri OMS menurut kota berkisar antara 10 (Medan) – 26 tahun (Malang). Rerata lama berdiri OMS responden menurut kota tempat penelitian dilakukan, konsisten dengan lama epidemi HIV dan respon dari donor internasional di kota-kota tersebut, dimana Jakarta, Bandung, Surabaya/Malang dan Denpasar sekitar 10 tahun lebih dulu masuk dalam status epidemi terkonsentrasi dan menjadi lokasi program hibah donor internasional di banding kota Medan.

Rerata usia keberadaan 7 OMS responden yang mendampingi kelompok WPS dan pelanggannya adalah yang paling lama yaitu 25 tahun, diikuti dengan 2 OMS responden yang mendampingi Waria (24 tahun), 5 OMS LSL (19 tahun), 3 OMS orang terinfeksi HIV (18 tahun), dan 6 OMS Penasun (15 tahun). Rerata lama berdiri OMS responden menurut kelompok masyarakat yang didampingi juga konsisten dengan lama isu HIV pada kelompok tersebut, dimana epidemi HIV di Indonesia dengan penularan melalui jalur hubungan seksual lebih dulu mengemuka dibanding pada kelompok yang terinfeksi melalui pertukaran alat suntik.

Hampir semua responden OMS yang saat ini mendampingi WPS sudah berdiri sebelum masalah epidemi HIV menjadi isu sosial pada kelompok WPS. Sebagian besar dari mereka sebelumnya tidak melakukan kegiatan pada populasi WPS maupun pada isu HIV. OMS di populasi Waria dan LSL yang merupakan organisasi berbasis masyarakat juga lebih dulu keberadaannya dibanding epidemi HIV. Hal ini di duga karena tingginya stigma dan

diskriminasi serta masalah sosial lainnya pada populasi tersebut. Sedangkan OMS yang mendampingi Penasun mulai berdiri bersamaan dengan meledaknya epidemi HIV pada populasi tersebut, sehingga bisa disimpulkan bahwa keberadaan mereka dipicu oleh isu epidemi HIV.

Semua OMS responden juga diketahui dengan baik keberadaannya oleh pemangku kebijakan lokal yang menjadi responden yaitu KPAD dan Dinas Kesehatan Kota. Mereka sangat mengapresiasi keberadaan OMS yang telah banyak berkontribusi pada upaya penanggulangan HIV-AIDS khususnya untuk menjangkau dan merujuk kelompok masyarakat yang sulit dijangkau serta meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan terkait HIV-AIDS.

Hasil STBP 2011 dan 2013 serta *Community Access to ARV Treatment Study* 2013 mengindikasikan bahwa 39% - 64% kelompok masyarakat paling terdampak HIV di 6 kota dimana studi dilakukan, mengetahui keberadaan petugas lapangan OMS. Sedangkan rerata persentase diketahuinya keberadaan petugas lapangan OMS menurut kelompok masyarakat paling terdampak dari hasil survei tersebut secara berurutan dari yang terbesar adalah Penasun (65%), WPS (53%), ODHA (44%), Waria (31%), dan LSL (30%). Keberadaan responden OMS dari sudut pandang kelompok masyarakat yang secara spesifik menjadi target utama program penanggulangan HIV-AIDS tidak menjadi topik dalam penelitian ini. Walaupun demikian hasil survei tersebut mengindikasikan bahwa sebagian anggota kelompok masyarakat yang idealnya mengetahui keberadaan OMS masih belum mengetahuinya. Bagi sebagian besar responden OMS, mandat dari kelompok masyarakat yang paling terdampak HIV-AIDS bukanlah sesuatu yang utama guna melegitimasi keberadaan dan peran mereka. Kecenderungan ini berakibat pada persepsi yang muncul bahwa sejauh keberadaan dan

peran mereka tersebut tidak merugikan secara langsung kepentingan publik, maka transparansi informasi tentang keberadaan dan peran mereka kepada masyarakat bukanlah merupakan faktor utama yang harus diperhatikan. Hal ini menjadi alasan lemahnya komunikasi publik OMS khususnya pada masyarakat yang menjadi sasaran kerja-kerja mereka sebagaimana diungkapkan salah satu informan dari penelitian ini.

“OMS secara umum termasuk yang bergerak didunia HIV lemah dalam komunikasi publik dan belum membangun mekanisme yang baik untuk mengkomunikasikan visi, misi dan kerja-kerja mereka pada kelompok masyarakat penerima manfaat” – Responden OMS

Pendiri OMS dalam upaya penanggulangan HIV memiliki berbagai latar belakang seperti tokoh dari kelompok masyarakat termarginalkan (Waria, LSL, ODHA, Penasun), praktisi di bidang kesehatan (dokter, dosen), sampai keagamaan dan penggiat lingkungan hidup. Fokus awal pendirian OMS yang didirikan oleh kelompok termarginalkan berkisar pada pemberdayaan, perlindungan dan persamaan hak untuk kelompok yang mereka dampingi. Namun diakui oleh responden OMS bahwa program utama saat ini adalah penanggulangan HIV-AIDS dan jumlah dana yang disalurkan semakin turun serta terbatas pada area geografis tertentu saja sesuai dengan target dari GHI. Ketokohan pendiri/insiator cenderung terlihat pada sebagian besar responden OMS yang telah berdiri cukup lama, dan dominasi individu dari sang tokoh pun sangat kuat sehingga proses pengambilan berbagai keputusan pun sangat terkonsentrasi. Dalam keadaan demikian segala akses ke sumber daya yang dimiliki

oleh OMS tersebut menjadi privelege dari tokoh pemimpin OMS yang bersangkutan.

“Secara struktur Prof di level atas dan kita semua sebagai staff. Renstra, penyusunan program, mencari dana, pelaporan, evaluasi umum dan mengukur capaian program ditentukan oleh Prof. Pokoknya semua ditangan Prof. Kalau Prof misalnya meninggal, Ya saya juga tidak tahu kelanjutan yayasan ini. Pokoknya kami ikut kehendak dan aturan Prof. Semua kembali ke Prof. Semua informasi program harus sesuai dengan arahan dari Prof” – Responden OMS

Legalitas Administrasi

Semua OMS yang menjadi responden mengaku sudah terdaftar sebagai OMS dalam sistem administrasi negara. Pada awalnya beberapa OMS merupakan perkumpulan yaitu dengan karakter pembentukan yang berawal dari beberapa orang yang berkumpul untuk mencapai tujuan sosial. Perkumpulan tersebut ada yang berbadan hukum, dan ada yang tidak. Sekitar tahun 2005, semakin banyak yayasan dan perkumpulan yang tidak berbadan hukum yang mengajukan diri sebagai perkumpulan berbadan hukum. Peningkatan status hukum ke perkumpulan berbadan hukum disebabkan oleh persyaratan donor HIV dalam bermitra dengan OMS. Donor tidak mau mengambil resiko ketika aset yang diinvestasikan kepada OMS disalahgunakan oleh individu pengurusnya.

Yayasan dan perkumpulan yang tidak berbadan hukum tidak dapat melakukan tindakan-tindakan perdata, karena pertanggungjawaban yang dilakukan atas

nama individu pengurusnya. Walaupun formalisasi perkumpulan kedalam bentuk organisasi berbadan hukum yang secara jelas tertulis landasan, struktur organisasi, serta mengatur tugas dan tanggung jawab setiap bagan organisasi, tetapi ada risiko nyata terpecahnya kebersamaan dan rasa memiliki yang merupakan modal utama OMS berbasis kelompok masyarakat paling terdampak HIV-AIDS.

"Salah satu pengaruh yang tidak diinginkan dari melimpahnya dana donor internasional adalah tercerabutnya beberapa Organisasi Masyarakat Sipil dari nilai-nilai awal pendiriannya, ada yang awalnya adalah sebuah perkumpulan komunitas tertentu- kental dengan jiwa altruisme³ dan volunterisme⁴ dengan bentuk dan struktur yang cair dan lahir karena kesamaan kebutuhan dan tujuan dari sesama anggota komunitas tersebut, sehingga mampu bergerak dan berkarya dengan sumber daya mereka sendiri – yang kemudian digiring menjadi organisasi berbadan hukum dengan struktur solid dan menimbulkan perbedaan serta gejala antara pengurus dan yang diurus, antara petugas dan yang menjadi sasaran tugas, serta antara yang digaji dan yang di eksploitasi untuk gaji". – Responden OMS

³ perilaku menolong yang timbul bukan karena adanya tekanan atau kewajiban, melainkan tindakan tersebut bersifat suka rela dan tidak berdasarkan norma-norma tertentu, tindakan tersebut juga merugikan penolong, karena meminta pengorbanan waktu, usaha, uang dan tidak ada imbalan atau pun reward dari semua pengorbanan

⁴ keinginan berkumpul untuk melakukan sesuatu dengan kesukarelaan

Aset Fisik, Bangunan Kantor

Semua responden OMS juga sudah memiliki kantor, walaupun demikian hanya seperempat (6 dari 23) OMS yang berkantor dibangunan milik lembaga, dan sisanya menyewa dengan sumber dana donor. Sumber daya dari donor melalui dukungan proyek tidak sepenuhnya dapat dikatakan aset, karena sifatnya hanya pinjam atau sewa selama masa proyek. Lima dari 7 OMS yang mendampingi WPS dan pelanggan berkantor di bangunan milik OMS, begitu juga dengan 1 dari 3 OMS yang mendampingi orang terinfeksi HIV. Sedangkan semua OMS responden yang mendampingi LSL, waria dan Penasun berkantor di tempat yang di sewa.

Pendanaan

Jumlah sumber dana untuk kegiatan OMS responden penelitian ini berkisar antara 1 – 6 sumber dana dengan rerata menurut kota lokasi OMS bekerja dari yang terbesar adalah Surabaya/Malang (4.5 sumber dana), Jakarta (4.2), Denpasar (4.0), Bandung (3.0) dan Medan (2.0). Tujuh OMS responden yang mendampingi WPS memiliki rerata sumber dana paling banyak yaitu 4.1, diikuti oleh OMS yang mendampingi Penasun (4.0), LSL (3.6), orang terinfeksi HIV (3.0) dan Waria (1.5). Sebagian besar OMS yang mendampingi WPS juga melakukan kegiatan pada kelompok masyarakat lainnya diluar isu penanggulangan HIV sehingga memiliki keragaman kegiatan dan sumber dana yang lebih banyak dibanding OMS yang mendampingi populasi lainnya.

Rerata jumlah sumber dana OMS secara keseluruhan adalah 3.7 dimana rerata sumber dana lokal adalah 1.0 dan

internasional adalah 2.7 serta spesifik untuk kegiatan penanggulangan HIV adalah 2.0.

Sumber dana kegiatan penanggulangan HIV dari bantuan hibah lembaga internasional dalam 1 tahun terakhir yang paling banyak disebutkan OMS responden adalah Global Fund (18 OMS - 78%) baik yang melalui PR KPAN maupun melalui PR PKBI dan NU. Dana hibah international paling sering disebutkan berikutnya adalah USAID – SUM Project (11 OMS - 61%), Indonesia Partneship Fund (10 OMS - 55%) yang dikelola oleh UNDP dan Sekretariat KPAN (mayoritas dananya bersumber dari hibah USAID dan Australian Aid), Swasta (7 OMS – 39%) yang masyoritas berupa dana CSR perusahaan, International Labour Organization dan Australian Aid – AIP HIV (masing-masing 4 OMS – 22%), dan Ford Foundation serta HiVOS yang masing-masing 1 OMS.

Tabel 2. Profil Responden OMS Menurut Kelompok Dampingan

	LSL	Waria	Penasun	WPS	ODHA
Jumlah Responden OMS	5	2	6	7	3
Rerata Lama didirikan (tahun)	19	24	15	25	18
Jumlah OMS dengan status terdaftar	5	2	6	7	3
Jumlah OMS dengan status kantor milik lembaga	0	0	0	5	1
Rerata jumlah sumber dana	3.6	1.5	4.0	4.1	3.0
Rerata jumlah sumber dana lokal	0.6	0.0	1.7	1.0	0.7
Rerata jumlah sumber dana kegiatan HIV	2.6	1.5	1.7	2.0	1.7
Jumlah sumber dana Non-HIV	2	0	5	6	1

Selain itu, 11 responden OMS juga mengaku menerima bantuan hibah lembaga internasional untuk kegiatan yang tidak terkait dengan isu HIV seperti untuk isu kesehatan lainnya dan isu sosial lainnya baik untuk kelompok populasi kunci dalam isu HIV maupun kelompok masyarakat lainnya.

Hanya 9 dari 23 responden OMS yang memberikan data keseluruhan besaran dana yang mereka kelola dari berbagai sumber dalam 1 tahun terakhir. Rerata persentase dana GHI adalah 93% (63% - 100%) dari total

dana yang dikelola dalam 1 tahun terakhir oleh 9 responden OMS yang memberikan datanya. Gambaran jumlah sumber dana dan besarnya dana donor internasional pada OMS yang bergerak dalam penanggulangan HIV-AIDS relatif sama dengan keadaan OMS secara umum di Indonesia. Data Kementerian Dalam Negeri sampai tahun 2010 mengindikasikan bahwa lebih dari 13.500 LSM terdaftar di Indonesia, dan sekitar 80% - 90% pendanaannya mengandalkan bantuan donor asing.

Komponen terbesar dana GHI dalam program penanggulangan HIV-AIDS dari 9 OMS yang memberikan datanya adalah untuk membayar gaji/insetif petugas lapangan OMS yang melakukan penjangkauan dan pendampingan kepada kelompok masyarakat yang paling terdampak epidemi HIV serta rujukan kepada layanan kesehatan terkait. Hanya sebagian kecil komponen dana GHI yang dialokasikan untuk peningkatan kapasitas kelembagaan OMS.

Model dan strategi pendanaan hibah GHI sangat mempengaruhi tata kelola organisasi dan manajemen operasional OMS serta perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia. Hampir tidak ada donor internasional besar yang menjadikan proposal OMS sebagai dasar pemberian dana, sehingga OMS tidak termotivasi dan mewajibkan diri untuk menggali kebutuhan dan isu sosial kelompok masyarakat yang menjadi sasarannya.

Pelatihan

Semua responden OMS pernah menerima pelatihan yang sebagian besar diselenggarakan oleh pengelola dana hibah GHI. Mayoritas topik pelatihan yang diberikan sangat terkait erat dengan implementasi teknis program-program yang harus dilakukan oleh OMS sebagai pelaksana kegiatan lapangan dana hibah tersebut.

Selain teknis program, topik pelatihan lainnya yang paling sering disebutkan responden OMS adalah pengelolaan dana hibah termasuk pencatatan dan pelaporan keuangan dan pencapaian kegiatan. OMS dilatih dan kemudian diharuskan untuk menggunakan format pelaporan kegiatan, jurnal akuntansi, sistem finansial yang sesuai dengan standar donor.

Selain pengelola GHI, beberapa lembaga pemerintah seperti Kementerian/Dinas Sosial, Badan Narkotika Nasional, dan Pemerintah daerah serta pihak Swasta juga menjadi penyedia pelatihan teknis dan manajemen operasional organisasi. Hanya ada 2 lembaga pengelola dana hibah yang pernah memberikan pelatihan tentang kelembagaan dan membantu OMS memperkuat landasan serta tata kelola organisasinya kepada 15 dari 23 responden OMS penelitian ini.

“Menurut saya siapapun donornya pasti akan meminta paper trail⁵ sebagai bentuk akuntabilitas penyaluran dananya. Memang masing-masing pengelola dana hibah memiliki standar dokumentasi untuk akuntabilitas yang tidak sama, tetapi ada jejaring kepercayaan antar donor untuk saling berbagi informasi OMS yang tidak akuntabel” – Responden Donor

Hampir semua topik pelatihan yang diterima responden OMS sangat terkait dengan tugasnya sebagai pelaksana kegiatan lapangan program penanggulangan HIV-AIDS yang di danai oleh GHI. Topik pelatihan tentang kelembagaan dan organisasi yang diterima sebagian kecil responden OMS juga baru sebatas membuat OMS pantas menerima dan dan

mengimplementasikan program dari GHI serta belum mampu membuat OMS memiliki dan menjalankan kapasitas untuk berkelanjutan dalam mendampingi dan membuat berdaya kelompok masyarakat yang paling terdampak epidemi HIV.

3.2 Peran OMS Dalam Penanggulangan HIV

Advokasi dan Kebijakan

Penyusunan kebijakan strategis dan teknis dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS ditingkat nasional yang mengikutsertakan masyarakat penerima manfaat dalam prosesnya, telah diakomodir dan diatur melalui Peraturan Menko Kesra No. 33/2013 tentang Tim Pelaksana KPAN, dimana secara jelas menyatakan peran perwakilan jaringan dari 5 kelompok masyarakat yang paling terdampak HIV-AIDS didalam tim Pelaksana KPAN. Beberapa pemerintah daerah yang mengeluarkan kebijakan serupa di daerahnya juga sudah mengakomodir peran perwakilan kelompok masyarakat terdampak dan OMS dalam tim pelaksana penanggulangan HIV-AIDS di daerah. Kemauan dan kemampuan adaptasi lembaga pemerintah terhadap prinsip-prinsip yang selama ini diperjuangkan oleh OMS secara tidak langsung juga telah mengurangi domain peran OMS dalam advokasi kebijakan.

Lahirnya beberapa perkumpulan atau organisasi berbasis masyarakat terdampak epidemi HIV telah banyak difasilitasi oleh pemerintah. Bahkan pemerintah melalui KPAN juga mendorong dan memfasilitasi formalisasi perkumpulan beberapa kelompok masyarakat yang paling terdampak, dan kemudian memberikan ruang yang sama dengan pemangku kepentingan lainnya dalam melahirkan kebijakan-kebijakan strategis. Sehingga masalah legitimasi, kredibilitas, pertanggungjawaban, dan kekuasaan penyelenggara program dan layanan publik yang biasanya menjadi topik

⁵ Bukti tertulis dari kegiatan yang dilakukan

utama advokasi OMS pada umumnya, bukan lagi menjadi isu strategis dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS.

Ruang untuk advokasi dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS yang masih sangat luas adalah terkait stigma dan diskriminasi ditingkat layanan kesehatan dan masyarakat, inklusi layanan khusus HIV-AIDS kedalam jaring pengaman sosial dan efektivitas pelaksanaan program yang berlimpah dana GHI. Advokasi isu-isu tersebut membutuhkan metode advokasi melalui kerja media, kampanye penyadaran publik serta membangun koalisi dan jaringan dengan OMS diisu lainnya, yang belum banyak dilakukan oleh responden OMS.

Hanya sebagian kecil (4 dari 23 OMS yang menyatakan melakukan advokasi dengan agenda yang terukur dan tujuan yang jelas bagi keberdayaan kelompok yang didampinginya) responden OMS yang diketahui perannya dari hasil kerja-kerja advokasi yang dilakukan, walaupun partisipasi OMS dalam rapat dan diskusi untuk kebijakan teknis maupun non-teknis dalam program penanggulangan HIV-AIDS yang diselenggarakan oleh pemangku kebijakan telah cukup aktif.

“Koordinasi pokja dan sektap yang juga diikuti oleh LSM dilaksanakan secara rutin dengan menggunakan dana APBD, dan Pemda akan menerima berbagai usulan yang diajukan selama bermanfaat dan dasar hukumnya jelas.

Tantangannya adalah mengkoordinasikan semua sektor pengendalian HIV-AIDS karena selama ini jalan sendiri-sendiri” – Responden Pemangku Kepentingan Lokal

Partisipasi OMS dalam pengembangan kebijakan dan program HIV-AIDS tidak

terlepas dari hubungan personal yang baik dan reputasi pimpinan atau pendiri OMS tersebut. Hal ini menjadi hubungan OMS dan pemerintah terlihat lebih flexibel sekaligus rentan ketika adanya dorongan dari bawah untuk pergantian kepemimpinan di dalam organisasi tersebut.

Beberapa OMS yang bergerak dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS belum mengembangkan sistem organisasi yang mendukung berkembangnya kepemimpinan yang memberi ruang kreatif semua orang yang mendukung organisasi. Kepemimpinan yang transformatif dari satu-dua OMS di Kediri dan Malang, dan beberapa penggiat dari kelompok penasun seharusnya bisa menjadi inspirasi perubahan pendekatan OMS HIV, dan bukan sebaliknya malah terseret arus pendekatan OMS dalam penanggulangan HIV-AIDS umumnya. Kepemimpinan positif akan mencari dengan aktif OMS diluar lingkaran HIV sebagai teman seperjuangan yang terlibat dalam pergerakannya untuk mempengaruhi kebijakan yang tidak secara langsung membidik HIV-AIDS. Pemilihan anggota yang dipimpinya adalah berdasarkan kerelevanan memperjuangkan perubahan sosial secara umum, bukan terkotak-kotak atas dasar tema proyek akan memperkaya wawasan dan kreatifitas OMS HIV.

OMS dan GHI yang konsisten yang mendukung keterlibatan masyarakat dalam pembentukan kebijakan HIV-AIDS sangat sedikit. Australia Indonesia Partnerships untuk HIV-AIDS (AIPH) telah berupaya membangun kemampuan pemerintah pusat dan daerah agar tanggap mengenai masalah HIV-AIDS di wilayahnya dengan mempengaruhi pemerintah pusat dan daerah melalui perencanaan strategis yang berbasis bukti untuk Penasun.

Salah satu upaya yang dilakukan adalah mendukung penelitian, perencanaan di tingkat layanan, *best practices* dan kemitraan

dengan OMS untuk melakukan lobby, advokasi dan “branding” penasun dari pecandu menjadi korban napza. Penasun tadinya mendapat perlakuan hukum yang sama dengan pengedar narkoba, berhasil dirangkul oleh sektor kesehatan menjadi kelompok yang perlu dibantu dalam mengatasi kecanduannya. Hal tersebut efektif mendesak pemerintah dan legislatif untuk menelurkan kebijakan-kebijakan untuk mengatasi kecanduan, meminimalisir pergesekan dengan penegak hukum, melegitimasi layanan untuk pecandu dari penularan HIV melalui melalui institusi kesehatan pemerintah.

GERAKAN “BRANDING” TERHADAP PECANDU SEBAGAI KORBAN NAPZA SEJALAN DENGAN BAHKAN PENAMAAN ULANG DARI ORGANISASI MASYARAKAT PECANDU. IKATAN PERSAUDARAAN PENGGUNA NAPZA INDONESIA (IPPNI) DIINISIASI OLEH BEBERAPA KELOMPOK PECANDU DI DAERAH SEPerti JAKARTA, SURABAYA, JAWA BARAT, JAWA TENGAH, DAN SEJAK 2008 ORGANISASI INI BERUBAH NAMA MENJADI PERSAUDARAN KORBAN NAPZA INDONESIA (PKNI). PKNI LEBIH FOCUS MENYUARAKAN KEBUTUHAN DAN HAK-HAK PENGGUNA NAPZA – BUKAN HIV-AIDS

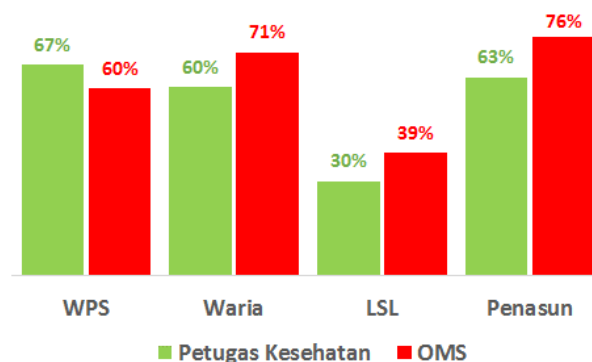
Program di Masyarakat

Semua responden OMS melakukan program penjangkauan, pendampingan/dukungan dan peningkatan pengetahuan terkait penanggulangan HIV-AIDS pada kelompok masyarakat yang di dampingi. Hanya sebagian kecil (4 OMS) yang juga menyediakan layanan kesehatan sebagai alternatif bagi kelompok yang didampingi. Pemangku kebijakan lokal mengakui dan sangat mengapresiasi keberadaan beberapa OMS melalui perannya dalam penjangkauan dan rujukan serta penyediaan layanan kesehatan terkait HIV-AIDS sebagai

alternatif yang lebih efektif dari layanan kesehatan publik karena layanannya lebih spesifik hanya terkait HIV-AIDS dan penyakit penyertanya serta lebih eksklusif untuk kelompok tertentu sehingga dapat menyediakan akses (utamanya akses psikologis) yang lebih baik.

Hasil STBP tahun 2013 juga menunjukkan bahwa OMS menjadi sumber informasi tentang HIV-AIDS yang lebih banyak pada kelompok masyarakat yang tidak terlokalisasi dan lebih sulit di akses dibanding tempat layanan kesehatan.

Gambar 4. Sumber Informasi Tentang HIV-AIDS Menurut Kelompok Paling Terdampak⁶



Secara statistik, terlihat adanya kemajuan dalam hal akses layanan kesehatan dimana persentase kelompok masyarakat paling terdampak yang melakukan konseling dan tes HIV serta menerima hasilnya meningkat dari 14% - 36% (2009) menjadi 34% - 53% (2013). Sayangnya tidak semua kelompok masyarakat paling terdampak tersebut juga meningkat pengetahuannya tentang penularan dan pencegahan HIV-AIDS, dimana rerata tingkat pengetahuan komprehensif hasil IBBS 2013 pada kelompok WPS dan Waria (21%-26%) lebih rendah jika dibandingkan hasil tahun 2009 (16% - 23%).

Disamping peran OMS yang sangat besar dalam program penanggulangan HIV-AIDS, pola kerja sebagian besar OMS terlihat masih sangat berfokus dengan target kuantitatif

⁶ Survei Terpadu Biologi dan Perilaku Tahun 2013

yang sangat tinggi sehingga seluruh sumber daya dan pikiran dari staffnya habis tercurah untuk mencapai target-target tersebut dan melupakan aspek pemberdayaan dari kelompok yang didampingi. Pola kerja yang dikendalikan oleh model kerjasama dengan lembaga pengelola dana hibah GHI lebih banyak melahirkan pekerja fungsional dan bukan aktivis yang meningkat menjadi organisatoris untuk menjadi fungsionaris yang menjalankan visi dan misi organisasi sebagaimana OMS pada umumnya.

Para pekerja di lembaga OMS baik yang berasal dari kelompok masyarakat penerima manfaat maupun yang dipekerjakan karena keahliannya lebih memandang pekerjaannya sebagai sebuah profesi dengan penghargaan dalam bentuk finansial semata.

Selain itu OMS yang bergerak dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS umumnya sangat teritorial dan lemah dalam berjejaring dengan OMS di isu sosial yang memiliki irisan atau dibutuhkan oleh kelompok masyarakat dampingan mereka, serta saling berkompetisi dengan sesama OMS di isu HIV agar ditunjuk/dipilih sebagai pelaksana lapangan oleh pengelola dana hibah GHI. Sehingga kebanyakan OMS yang bekerja di isu HIV berfokus untuk menjangkau sebanyak mungkin kelompok masyarakat yang menjadi sasaran programnya guna memenuhi target dalam kontrak kerjasama dan bukan memberi sebanyak mungkin manfaat bagi kelompok masyarakat tersebut.

Persepsi responden dari pihak donor GHI tentang keberadaan OMS dan perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS, saat ini dirasa masih belum memenuhi harapan. Sebagian besar OMS masih menjadi "tukang" yang melakukan intervensi eksklusif mengikuti kontrak pendanaannya dengan GHI atau belum menjadi bagian integral dari program penanggulangan HIV-AIDS di suatu wilayah yang memang didominasi aspek

kesehatan dan seolah menafikan aspek sosial lainnya.

“OMS yang kerja di bidang HIV kebanyakan membatasi sikap dan tindakan sebatas kontrak dengan pengelola dana GHI, padahal masih banyak aspek sosial lainnya yang dibutuhkan oleh kelompok dampingan dan sebenarnya dapat dibantu oleh mereka”. – Responden Pengelola GHI

Peran OMS yang ideal menurut pandangan responden dari donor GHI bisa dilihat dalam beberapa aspek, salah satunya adalah mampu kritis terhadap sistem yang ada serta sensitif dengan isu yang berkembang dan dibutuhkan oleh kelompok masyarakat yang didampingi. Selain itu OMS yang ideal juga harus memiliki

- ✘ *financial sustainability* yang bisa dicapai dengan tata kelola organisasi, manajemen keuangan, dan sistem monitoring dan evaluasi yang reliable dan transparan.
- ✘ bekerja dalam sistem yang besar dalam hal ini negara, walaupun diketahui bersama adanya tubrukan kepentingan dengan otoritas kesehatan dan sistem besar yang ada belum bisa memberi ruang bagi keberlanjutan peran OMS, dan yang terakhir
- ✘ OMS harus cepat beradaptasi dengan lingkungan dan realitas zaman, dimana membutuhkan kapasitas yang mumpuni dan memperbaharui pengetahuannya secara berkelanjutan.

Salah satu responden OMS yang dinilai cukup adaptif dengan misi organisasi yang berkomitmen untuk mendampingi kelompok anak. OMS tsb seolah memiliki kebebasan untuk melakukan cross-program antara keadilan, trafficking, disabilitas, eksploitasi (seksual) dan HIV-AIDS pada anak. Hal tersebut tercermin dari variasi donor, program dan jejaring yang dimiliki OMS

selain HIV-AIDS pada Penasun. Pemahaman dan penanganan isu yang beragam pada satu kelompok sasaran memudahkan OMS tersebut ketika melakukan advokasi, sistem rujukan, atau subsidi silang antar proyek.

Keberlanjutan Peran OMS

Delapan belas dari 23 responden OMS (78%) menyatakan akan tetap melakukan kegiatan dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS walaupun tidak ada lagi dana GHI. Distribusi yang memberikan pernyataan tersebut menurut kelompok masyarakat yang didampingi adalah semua OMS responden yang mendampingi kelompok LSL dan ODHA, dua pertiga OMS yang mendampingi WPS dan Penasun, serta setengah dari OMS yang mendampingi Waria. Walaupun demikian, menurut responden OMS, rerata persentase intensitas berbagai peran OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS akan berkurang sekitar 70% - 90% bila tanpa GHI.

”Negara tidak membiayai OMS, sehingga tidak ada grant yang bisa dibuat. Sehingga organisasi apapun sekuat apapun dia, pasti sulit untuk sustain” –
Responden OMS

Pernyataan responden OMS tentang keberlanjutan perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS tanpa dana GHI jauh lebih optimis dari persepsi beberapa pengelola dana hibah GHI di Indonesia yang memperkirakan lebih dari separuh OMS akan kehilangan perannya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS bila tanpa dana hibah GHI. Persepsi pengelola dana Hibah GHI tentang keberlanjutan peran OMS mungkin saja didasari realitas bahwa peran OMS dalam penanggulangan HIV-AIDS selama ini mayoritas di danai oleh GHI, dan

dari pengamatan mereka sebagian besar OMS baru mampu mengelola dana yang datang tetapi belum mampu secara efektif menggalang dana diluar dana GHI yang selama ini sudah ada.

Gambar 5. Sumber Dana Program Pencegahan 2011-2012 Menurut Kelompok Terdampak HIV-AIDS¹

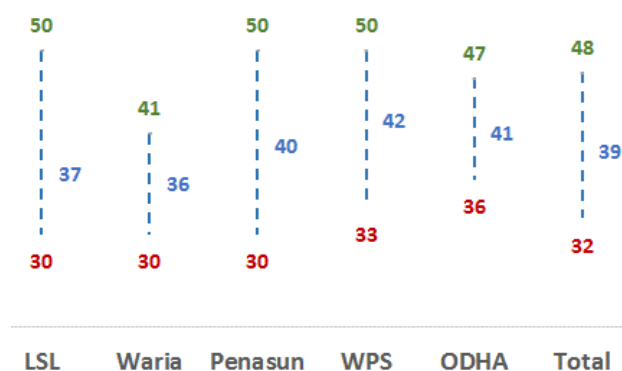


3.3 Penilaian Mandiri

Landasan Organisasi

Ketika para pendiri mendirikan organisasi, mereka akan memiliki cita-cita akan dibawa ke mana organisasi ini. Mimpi mereka disebut visi, dan dengan mimpi maka mereka akan terus memiliki semangat untuk menerjang hambatan yang dihadapi dalam meraih mimpi organisasi. Jika mimpi dianggap terlalu absurd, ada langkah-langkah konkrit yang disusun untuk mencapai mimpi tersebut, yang disebut misi. Misi organisasi mencakup maksud (tujuan atau hasil) yang ingin dicapai (dan, pasti, untuk siapa?), sarana mencapainya (program, tindakan atau layanan) serta nilai atau prinsip/ keyakinan dasar apa yang harus selalu dipegang teguh dalam pencapaian maksud tersebut. Misi dan nilai-nilai organisasi akan membimbing organisasi untuk menetapkan posisi/peran organisasi dalam konstalasi besar para pihak yang terlibat. Visi, misi dan peran organisasi merupakan landasan organisasi.

Gambar 6. Nilai Minimal, Rerata dan Maksimal Hasil Penilaian Mandiri Elemen Landasan Organisasi



Kondisi yang cukup beragam terjadi di antara OMS yang mendampingi WPS, Penasun dan LSL. Ada OMS (dengan nilai 30) yang mengaku layanan dan program yang sedang dijalankan kurang sesuai dengan visi, misi dan perannya – dan hal ini sah terjadi di kalangan OMS yang terlalu disetir donor. Sementara ada juga OMS (dengan nilai 50) –

terutama yang berdiri sejak dua dekade lalu yang cukup mantap dengan landasan organisasinya, bahkan sudah mengalami penyesuaian mengikuti perkembangan zaman.

Sementara hampir seluruh OMS yang mendampingi kelompok ODHA (range nilai 36-47) mengaku pengembangan organisasi dan layanannya sudah sesuai dengan visi, misi dan peran yang diembannya. Layanan dan dukungan terhadap ODHA bahkan semakin meluas karena organisasi secara aktif melakukan advokasi dan penyebaran informasi yang benar melalui media massa, serta memfasilitasi kelompok-kelompok dukungan bagi ODHA yang akan membuat ODHA lebih mandiri serta percaya diri.

OMS waria dengan nilai relatif terendah dan merata (range nilai 30-41) menunjukkan bahwa layanan yang mereka berikan telah sesuai dengan landasan organisasi, namun belum cukup kuat untuk mendorong pertumbuhan dan dukungan eksternal bagi organisasi.

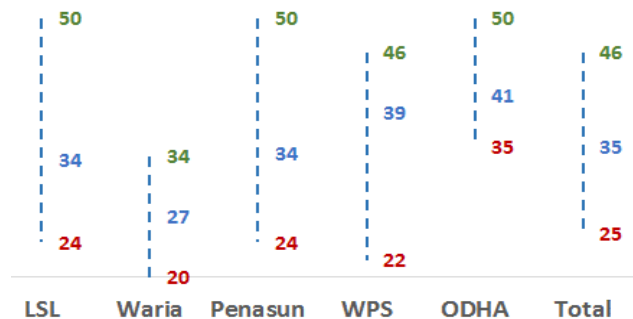
“Ada kesenjangan yang cukup besar antara dasar keberadaan OMS yang bergerak dibidang HIV dan OMS di isu sosial lainnya. OMS di isu HIV belum dewasa dalam berorganisasi karena sebagian besar terbentuk sebagai respon dari kebututuhan akan adanya pelaksana kegiatan berbiaya murah dari dana donor-donor asing dalam upaya pencegahan penularan HIV pada kelompok yang tidak bisa dijangkau oleh layanan pemerintah di Indonesia. Sehingga landasan berorganisasi OMS cukup lemah dan tidak mengakar dengan komunitas yang didampingi” – Responden OMS

Tata Kelola Organisasi

Dalam rangka pencapaian visi dan misi organisasi, dan dengan mempertimbangkan keterbatasan sumber daya yang dimiliki, organisasi harus memilih sasaran, prioritas dan pola pendekatan kerjanya masing-masing. Kedua hal di atas dioperasionalkan melalui Perencanaan Strategis yang biasanya dibuat untuk kurun waktu tertentu (3-5 tahun), dan Rencana Tahunan yang merumuskan rencana strategis secara lebih mendalam.

Banyak diantara OMS yang mendampingi WPS dan ODHA yang mengaku penetapan program dan penyediaan layanan mereka telah sesuai dengan ketetapan sasaran, prioritas dan pola kerja organisasi (dengan nilai rata-rata 40 dari 50).

Gambar 7. Nilai Minimal, Rerata dan Maksimal Hasil Penilaian Mandiri Elemen Tata Kelola Organisasi



kelompok dampingan LSL, Waria, Penasun dan WPS di mana masih ada OMS yang menganggap penetapan sasaran, prioritas dan pola kerja hanya di atas kertas, karena praktiknya bisa berbeda (dengan nilai 20 dari 50). Hal ini semakin mengukuhkan ketidakberdayaan OMS terhadap target dan prioritas yang ditetapkan donor dimana kedua hal tersebut berdampak pada perubahan pola kerja organisasi yang telah dibangun sebelumnya.

Selama ini, diakui oleh OMS HIV bahwa pola kerja mereka sangat berfokus dengan target kuantitatif yang sangat tinggi sehingga

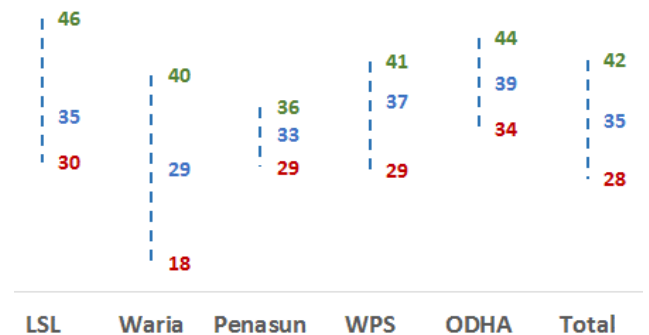
seluruh sumber daya dan pikiran dari staffnya habis tercurah untuk mencapai target-target tersebut dan melupakan aspek pemberdayaan dari kelompok yang didampingi. Pola kerja yang dikendalikan oleh pola kerjasama dengan lembaga pengelola dana hibah GHI lebih banyak melahirkan pekerja fungsional dan bukan aktivis yang meningkat menjadi organisatoris untuk menjadi fungsionaris yang menjalankan visi dan misi organisasi sebagaimana OMS pada umumnya. Para pekerja di lembaga OMS baik yang berasal dari kelompok dampingan maupun yang dipekerjakan karena keahliannya lebih memandang pekerjaannya sebagai sebuah profesi dengan penghargaan dalam bentuk finansial semata.

Di beberapa OMS terlihat rencana-rencana strategis tertunda karena perhatian tersita pada beban kerja kuantitatif tsb. Misalnya rencana pembentukan unit usaha untuk menyokong organisasi, pengembangan training center dan pengembangan program di Lapas bersama Kemenkumham.

Manajemen Operasional

Aspek Tata Laksana Organisasi meliputi Program dan Layanan; Administrasi dan Keuangan; Sumber Daya Manusia; Data, Informasi, Sumber Pengetahuan; Komunikasi Publik dan Kemitraan.

Gambar 8. Nilai Minimal, Rerata dan Maksimal Hasil Penilaian Mandiri Elemen Manajemen Operasional



Diantara semua responden OMS, OMS yang mendampingi waria terlihat paling lemah

untuk mengelola sumber daya yang dimilikinya walaupun tidak merata (range nilai 18-40). OMS yang mendampingi penasun adalah kedua terendah dan cukup merata (nilai rerata 33 dari 50). Hal ini diakui karena tingkat pendidikan staff inti yang relatif lebih rendah dibanding OMS lainnya. Waria banyak yang putus sekolah karena stigma dari masyarakat, sedangkan penasun biasanya karena kecanduannya membuat mereka tidak melanjutkan sekolah. Seperti dibuang dari keluarga dan kelompok masyarakat asal mereka, menjadikan komunitas sesama waria atau sesama pecandu seperti keluarga. Aturan-aturan organisasi jarang digubris karena pada akhirnya pendekatan kekeluargaan-lah yang dipilih untuk menyelesaikan konflik.

Namun terlihat bahwa ada upaya untuk menata kehidupan organisasi melalui serangkaian aturan dan prosedur yang lebih jelas dan terarah.

Dalam hal program dan layanan, umumnya OMS mengaku telah memiliki SoP yang mengatur pelaksanaan program (nilai rerata 12 dari 15). SoP ini biasanya diperoleh dari donor, dan OMS tinggal melakukan penyesuaian agar lebih diterima oleh kelompok dampingan maupun stakeholders lain.

Terkait dengan aturan-aturan dalam administrasi dan keuangan, sebagian besar OMS cenderung mengaku lebih baik (nilai rerata 12 dari 15). Donor selalu mengalokasikan sumber daya untuk peningkatan kapasitas lembaga dan pendampingan agar pelaporan keuangan dari OMS mitra mereka memenuhi standar.

Pengelolaan sumber daya keuangan sebagian besar OMS dibidang HIV masih dilakukan sebagai bagian dari kegiatan administrasi dalam rangka akuntabilitas pada pemberi dana (nilai rerata 6 dari 10). Pengelolaan keuangan belum menjadi pilar serta strategi keberlanjutan OMS. Dana saving yang

dikumpulkan dari sumbangan ataupun potongan gaji pengurus dan pekerja di kegiatan yang didanai GHI, sebagian besar atau seluruhnya digunakan sebagai cadangan gaji dan biaya operasional ketika dana donor terhenti dan bukan untuk membangun kapasitas organisasi agar dapat berkelanjutan.

Untuk pengelolaan SDM (nilai rerata 6 dari 10) OMS cukup terganggu dengan standar penggajian proyek yang biasanya di atas standar gaji pegawai di negara berkembang. Gaji besar memang menarik profesional. Jarang ditemui para profesional yang loyal terhadap lembaga, mereka lebih loyal terhadap pekerjaan (yang memberikan insentif sesuai standar mereka). Sehingga staff dianggap sebagai pekerja proyek, dan bukan sebagai aset lembaga.

Terkait dengan pengelolaan pengetahuan dalam organisasi, yang dirasa lemah oleh hampir seluruh OMS HIV (nilai rerata 12 dari 15). Pengetahuan yang bermuara pada ingatan kolektif belum dikelola secara akumulatif dan berkesinambungan melalui pendokumentasian yang menarik dan inovatif. Justru lembaga donor yang secara aktif menulis keberhasilan dan lessons learned program yang pernah dilakukan OMS mitra mereka, sesuai dengan apa yang mereka ingin dengar. Laporan-laporan dibuat hanya untuk memenuhi keinginan donor sehingga pembelajaran yang diambil bukan berdasarkan kebutuhan atau akan dimanfaatkan oleh lembaga.

OMS HIV umumnya sangat teritorial dan lemah dalam berjejaring dengan OMS di isu sosial yang memiliki irisan atau dibutuhkan oleh kelompok dampingan mereka. OMS HIV malah cenderung saling berkompetisi dengan sesama OMS di isu HIV agar ditunjuk/dipilih sebagai pelaksana lapangan oleh pengelola dana hibah GHI. Sehingga kebanyakan OMS bekerja di isu HIV untuk menjangkau sebanyak mungkin kelompok dampingan

guna memenuhi target dalam kontrak kerjasama dan bukan memberi sebanyak mungkin manfaat bagi kelompok yang didampingi. Web lembaga yang semestinya bisa digunakan untuk komunikasi interaktif antara lembaga dan kelompok dampingan, masyarakat umum, dan potensial donor tidak dikelola dengan aktif (nilai rerata 6 dari 10).

Walaupun sebagian besar OMS mengaku telah melibatkan kelompok sasaran dan para pemangku kepentingan terkait; terlibat aktif dalam kerja jaringan, dan mampu melibatkan masyarakat luas dalam kerja program / layanan organisasi, namun hasil beberapa survey kurang mendukung pengakuan OMS tsb (lihat bab Profil Organisasi).

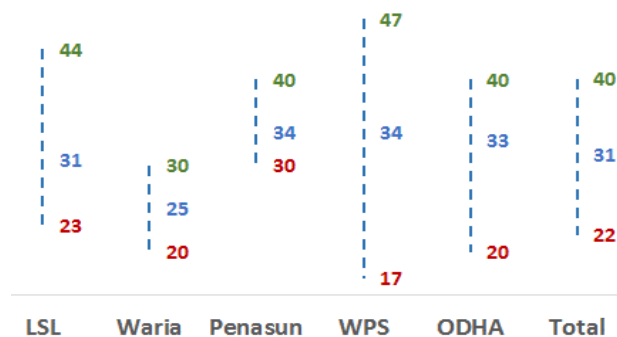
Keberlanjutan Organisasi

Keberlanjutan OMS tidak hanya bisa ditentukan dari sudut pandang keberlanjutan finansial dengan indikasi banyaknya proposal atau kampanye penggalangan dana yang sudah dikerjakan untuk mendapatkan sumber dana baru. Yang lebih penting adalah bagaimana OMS bisa meninjau kemampuan dan kompetensi yang dimiliki organisasi untuk menghadapi realitas perubahan kondisi keuangan organisasi yang bisa terjadi sewaktu-waktu. OMS harus mampu meneruskan kerja utama dan misi lembaga, bahkan saat donor sudah tidak mendanainya.

Ketergantungan terhadap donor diakui oleh OMS telah mengkooptasi rencana strategis OMS agar sesuai dengan skema program dan pendanaan donor, dan bukan sebaliknya (nilai rerata 12 dari 15). Pengakuan dari OMS ini sejalan dengan pendapat dari GHI maupun Pemerintah yang menganggap OMS adalah pelaksana program GHI, seolah-olah selama ini OMS tidak memiliki orisinalitas dan kemampuan untuk berkreasi (lihat bab Peran OMS dalam HIV-AIDS, Persepsi Pemangku Kepentingan).

Terutama OMS yang mendampingi waria, terlihat masih mengandalkan donor dan belum menemukan langkah inovatif untuk melanjutkan pendampingan ketika tidak ada donor (nilai rerata 25 dari 50). Usulan dukungan donor oleh lembaga lebih bersifat jangka pendek, seperti sewa kantor. Sebagian kecil OMS memanfaatkan fasilitas dari donor untuk menciptakan sumber pendanaan rutin seperti PKBI Jawa Barat yang telah menyelenggarakan unit usaha jasa konsultasi dan klinik berorientasi profit. Pengembangan sarana dan prasarana layanan tersebut merupakan kontribusi donor dan retribusi pasien. Namun secara umum, OMS belum sepenuhnya mampu mandiri (nilai rerata 31 dari 50).

Gambar 9. Nilai Minimal, Rerata dan Maksimal Hasil Penilaian Mandiri Elemen Keberlanjutan



3.4 Pengaruh GHI

Pola Pendanaan

Kontribusi GHI terhadap program penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia tidak hanya dukungan finansial namun juga dukungan keahlian, konsep, strategi, manajemen dan teknis pelaksanaan program penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia GHI juga memberikan masukan pembelajaran atau kisah sukses di negara lain sebagai acuan penerapan program di Indonesia tanpa atau minim penyesuaian dengan konteks sosial dan budaya lokal yang memadai.

Selama 15 tahun terakhir, sumber dana hibah terbesar berasal dari 3 (tiga) GHI dimana gabungan ketiganya mendanai hampir seluruh komponen upaya penanggulangan HIV-AIDS yang dilakukan oleh OMS - yaitu The Global Fund for AIDS, TB & Malaria (GF ATM) yang merupakan multilateral GHI, United States Aid in Development (USAID) dan Australian Aid yang merupakan bilateral GHI.

Strategi dan besaran hibah USAID dan DFAT dalam membantu penanggulangan HIV-AIDS di semua negara penerima hampir sama, yaitu diawali dengan penilaian kebutuhan dan penyusunan program 5 tahunan oleh tim ahli dan perwakilan pemerintah. Model pengelolaan dana hibah USAID dan DFAT hampir selalu menggunakan LSM internasional sebagai PSC atau international service provider swasta. Pengelola dana hibah USAID dan Australian Aid mendapatkan kontrak kerja melalui kompetisi proposal untuk mencapai target-target tertentu yang sudah ditetapkan dalam programnya. OMS ditempatkan sebagai mitra pasif yang menunggu alokasi yang ditentukan donor.

Sedangkan GF-ATM selalu menggunakan model kompetisi proposal antar negara yang harus diajukan oleh Country Coordinating Mechanism (CCM). CCM dibentuk oleh pemerintah yang berisi perwakilan semua

unsur pemangku kepentingan termasuk OMS dan kelompok masyarakat paling terdampak. GF-ATM memberikan kuasa kepada CCM untuk memilih satu atau lebih Principal Recipient (PR) sebagai pengelola dana hibahnya. GF yang akan menyalurkan dana untuk HIV-AIDS dengan mengacu pada “permintaan negara yang bersangkutan” dan dicairkan mengikuti mengikuti hasil kegiatan selama 1 semester serta permintaan dana untuk kegiatan semester berikutnya yang disetujui oleh CCM. Melalui sistem ini, maka sektor pemerintah dan OMS yang menjadi principal maupun sub-recipient dipaksa belajar bagaimana mencatat dan melaporkan kegiatan dan pengeluaran dananya yang sesuai kriteria dan transparan melalui audit finansial oleh pihak eksternal untuk dapat terus mengakses dana GHI.

OMS yang menerima dana hibah USAID dalam 5 tahun terakhir tersebar di beberapa kabupaten/kota dengan epidemi HIV terkonsentrasi di provinsi Sumatera Utara, Kep. Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Papua (7 provinsi). Dinamika arah intervensi sesuai kebutuhan, sebagai pioner layanan HIV pertama berbasis masyarakat, peningkatan kapasitas pemerintah untuk menyelenggarakan surveilans epidemiologi dan layanan kesehatan HIV yang berkualitas, melakukan peningkatan kapasitas OMS melalui pelatihan dan bimbingan teknis.

Sedangkan Australian Aid lebih mendukung pada proses advokasi, penguatan fungsi layanan kesehatan dan OMS yang mendampingi Penasun di beberapa kota di Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DIY, Jawa Timur, Bali. Sedangkan di wilayah Papua dan Bali, sesuai dengan nature epideminya, Australian Aid mendukung penguatan OMS yang mendampingi WPS, LSL dan Waria di Bali dan Papua (8 provinsi).

Dana hibah GF-ATM kepada OMS mengupayakan mobilisasi demand-side melalui penjangkauan dan distribusi alat pencegah. Wilayah kerja GF-ATM tersebar di 141 Kabupaten/Kota di 32 Provinsi. Adanya tumpang tindih wilayah dan komponen program penanggulangan HIV-AIDS yang didanai GHI menyebabkan sebagian besar responden OMS menerima dana lebih dari satu donor GHI (15 dari 23 OMS).

Secara umum, dukungan GHI masih terbatas pada upaya kesehatan, dan kurang menyentuh konteks sosial dari permasalahan. Terlihat penyebaran informasi dan alat pencegah penularan yang seluas-luasnya kepada populasi kunci lebih diarahkan pada peningkatan kelompok terdampak HIV untuk mengakses layanan kesehatan.

Pernah digelontorkan sejumlah dana untuk sosial marketing melalui PSA televisi, koran dan majalah untuk mengubah persepsi dan mengurangi stigma di antara kelompok terdampak dan masyarakat umum, termasuk pemangku kepentingan. Namun pendekatan ini sulit berlanjut, karena donor merasa biaya yang dibutuhkan tidak sedikit, namun ukuran keberhasilan yang masih diperdebatkan, dan tidak dapat terlihat dalam waktu instan.

Menurunnya pendanaan program penanggulangan HIV-AIDS secara global sejak tahun 2012 melatarbelakangi donor untuk memprioritaskan intervensi berdasarkan epidemiologi yang menghasilkan dampak yang substantif dan berjangka panjang terhadap epidemi HIV. Berdasarkan pertimbangan tersebut, orientasi program HIV di Indonesia menjadikan perawatan dan pengobatan sebagai prioritas utama (31% dari total pendanaan), dibandingkan pencegahan (28%) dan penelitian serta perlindungan sosial (3%). Efektivitas dan efisiensi juga menjadi tolok ukur utama, sehingga hasil akhir yang diinginkan dari suatu program

HIV menjadi semakin rigid, diukur dengan angka target terbaik dan harga termurah.

Kontak *one to one* maupun berkelompok dianggap lebih dapat diukur untuk penyebaran informasi kepada kelompok terdampak HIV, seolah-olah tatanan sosial disekeliling mereka kurang penting untuk diintervensi. GHI juga mendorong pemerintah melalui berbagi pengetahuan dan ketrampilan seperti studi banding, kerjasama penelitian (e.g. resistensi obat antibiotik, resistensi ARV), pemantauan epidemi HIV-AIDS dan pola perilaku berisiko secara berkala, perbaikan modul dan prosedur penanganan klien layanan tes dan konseling HIV, pasien IMS dan HIV di layanan kesehatan berbasis pemerintah maupun OMS untuk mendongkrak peningkatan kuantitas dan kualitas layanan (kesehatan) HIV-AIDS di Indonesia.

OMS dan GHI: Ketergantungan atau Kemitraan?

Beberapa praktisi organisasi mengidentifikasi prinsip-prinsip kemitraan antara lain: telah adanya rasa percaya, akuntabilitas yang bersifat timbal balik, pengambilan keputusan dan rencana strategis dilakukan secara bersama-sama, dijalankannya mekanisme untuk mengukur dan memantau pekerjaan yang dilakukan, keterbukaan informasi dan finansial (Postma, 1994), saling mendukung (Tandon, 1990), serta komitmen untuk bekerja bersama-sama (Campbell 1988).

Pemenuhan terhadap prinsip kemitraan akan berbeda-beda tergantung pada standpoint dan kesepakatan antara GHI, kontraktor dan OMS. Pembahasan di bawah ini akan memberikan gambaran umum dan deviasi yang terjadi terkait pemaknaan kemitraan bagi GHI dan pengelola dana hibah bagi OMS dan sebaliknya.

Berangkat dari pemaknaan di atas, maka akan timbul ketidakpuasan dan harapan

terhadap prinsip-prinsip kemitraan yang telah dijalani. OMS yang terbiasa menerima dana GHI dalam jumlah besar yang cenderung memanfaatkan dananya lebih untuk kelangsungan hidup organisasi dibandingkan untuk meningkatkan efektivitas dan kreativitas dalam memandang suatu persoalan dalam masyarakat. Diakui oleh sebagian besar responden, dari OMS maupun pengelola dana hibah bahwa kebanyakan OMS menjalankan metodologi dan alat yang sama yang sudah ditentukan oleh pihak pengelola dana hibah selama bertahun-tahun, walaupun terbukti tidak membawa perbaikan yang berarti terhadap kehidupan sosial populasi yang paling terdampak HIV. Contohnya dalam hal memandang dan merespon perbedaan pintu masuk oleh fasilitas kesehatan antara kelompok dampingan dengan masyarakat lainnya tidak dipandang sebagian besar OMS sebagai salah satu simpul masalah keengganan kelompok dampingan mendatangi layanan kesehatan yang harus dibuka oleh mereka. Tidak ada telaah, argumen dan upaya ekstra untuk memperjuangkan isu sosial kelompok dampingannya, karena sulit terukur dan tidak ada dalam target proposal.

OMS tidak mau mengambil resiko tercabutnya dana karena tidak mampu mencapai target yang ditentukan GHI. Penyederhanaan intervensi yang berdampak luas pada kelompok dampingan terpaksa dilakoni, seperti OMS dengan mudahnya menterjemahkan mobilisasi target grup dengan menjemput, menemani dan mengantar kelompok dampingan ke tempat layanan kesehatan. OMS dalam gerakan HIV-AIDS seperti terjebak pada pendekatan spesialisik pemerintah, padahal justru ketrampilan spesifik dari OMS adalah mengenali dan menangani masalah tanpa ketentuan/batasan tertentu.

GHI pun demikian, hasil yang dinilai berhasil adalah yang tertulis di atas kertas berupa

angka-angka. Apalagi dengan pendanaan yang semakin menurun, GHI saat ini cenderung tidak hanya memberi uang begitu saja, mereka menginvestasikan uang tersebut agar dapat terukur hasilnya setelah proyek selesai. Menurut kontraktor, dalam dunia usaha, GHI adalah pemegang saham program OMS, sehingga laporan program dari OMS merupakan balasan atas investasi GHI tersebut.

Hampir seluruh OMS sepakat menilai donor lebih menyukai program yang relatif mudah diukur secara angka, padahal program semacam ini seringkali tidak membidik akar masalah. Pelibatan OMS sebagai kesatuan yang utuh sudah jarang terlihat, sehingga GHI jarang membuka ruang diskusi langsung dengan pengurus dan staff lembaga maupun kelompok sasaran mengenai hal-hal yang tidak tertera dalam proposal, namun secara tidak langsung mempengaruhi proses pencapaian target. Kerangka logika program yang dibuat oleh GHI di luar sana dan berlaku secara global menjadi sangat rigid dan belum tentu cocok di tingkat lokal. Pelaporan OMS sudah ditentukan templatnya dan generik agar dapat disandingkan dengan mitra-mitra lain, dibandingkan meluangkan waktu untuk bersama-sama melakukan refleksi kerja OMS. OMS diberi tenggang waktu untuk membuktikan kesuksesan program yang dijalankannya dalam waktu proyek yang rata-rata berkisar 3-5 tahun.

Situasi ini menjadi salah satu penyebab OMS yang bergerak hanya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS memiliki tingkat ketergantungan yang sangat tinggi kepada GHI. Konsekuensi logis dari hubungan yang tidak seimbang tersebut menyebabkan hubungan GHI dan OMS jauh dari ciri-ciri kemitraan antar organisasi independen yang memiliki tujuan dan kepedulian yang sama.

Tidak selamanya donor asing menilai OMS dari apa yang terlihat di atas kertas.

Menurut pengakuan Pengelola Hibah yang menjalin kerjasama dengan salah satu OMS antikorupsi di Indonesia, OMS X tidak patuh dalam pelaporan kegiatan, baik dari segi waktu maupun isinya. Namun diakui bahwa OMS X telah berhasil membuat perubahan positif di masyarakat. Kesuksesan dalam memberikan informasi praktek korupsi kepada Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), reputasi dan SoP finansial internal organisasi serta selektif dalam menerima pendanaan termasuk dari donor dan philanthropyst (agar tidak timbul conflict of interest) melegitimasi organisasi tersebut sebagai OMS antikorupsi terbaik di Indonesia. Bekerjasama dengan OMS X akan menaikkan prestise sehingga donor-donor besar justru yang memburu OMS tersebut. GHI yang mendukung OMS juga mendapatkan keuntungan dari dukungan yang OMS berikan untuk efektivitas dan kualitas intervensi. Perjanjian kerjasama yang semula rigid ternyata masih bisa dinegosiasikan.

organisasi filantropi pelopor seperti FHI, Ford Foudation, RTI, dan lainnya, untuk menjadi pengelola dana hibah GHI.

Pengelola dana hibah seringkali diisi oleh orang-orang yang bukan dari gerakan masyarakat dan bersebrangan pendapat dengan OMS ketika menterjemahkan strategi dalam proposal dengan pelaksanaan di lapangan. Memang kontraktor pengelola dana hibah memiliki posisi dan imunitas lebih untuk melakukan negosiasi dengan donor, namun belum banyak kontraktor pengelola dana hibah program penanggulangan HIV-AIDS tidak memanfaatkannya.

Salah satu pengelola dana hibah asing yang berpengalaman telah melakukan pendekatan yang sangat berbeda, dengan menempatkan diri mereka bukan sebagai perpanjangan tangan donor namun sebagai “critical friend”⁷ dari OMS. Kompetisi mendapatkan dana dari donor bukan dinilai dari proposal yang diberikan oleh OMS semata, namun dari hasil penilaian tim berdasarkan observasi, wawancara dengan pimpinan dan staff OMS, serta wawancara dengan pemangku kepentingan termasuk masyarakat yang didampingi. OMS juga ditantang untuk melakukan penilaian secara mandiri di awal proyek untuk menentukan aspek internal lembaga yang ingin diperbaiki melalui dana *core funding* ini.

Dalam perencanaan strategi OMS yang didampingi kontraktor pengelola hibah asing tersebut, elemen peningkatan kapasitas organisasi, proses pembelajaran, dan

Pengelola Hibah dan OMS: Perantara, Pendamping atau Pengawas

Selama beberapa tahun terakhir, beberapa perusahaan yang berorientasi profit seperti GRM International Pty Ltd, Cardno Emerging Market memperoleh nilai kontrak yang tidak sedikit dan bersaing dengan

⁷ Seorang teman yang kritis (selanjutnya disebut *Critical Friend*) adalah orang kepercayaan yang melontarkan pertanyaan-pertanyaan provokatif, menyodorkan sudut pandang yang berbeda untuk dipertimbangkan lembaga yang didampinginya, serta menawarkan pandangan-pandangan kritis yang bersifat membangun seperti halnya seorang sahabat. Critical friend selalu siap meluangkan waktunya untuk mengerti permasalahan yang dihadapi lembaga, dan selalu setia menemani lembaga untuk menggapai kesuksesan.

pembangunan jejaring OMS mendapatkan porsi yang seimbang dengan pergerakan OMS untuk memberikan masukan terhadap kebijakan pemerintah melalui penelitian-penelitian OMS yang menjadi mitra kontraktor tersebut.

Ketiga aspek penguatan organisasi sudah lama kurang diperhatikan oleh GHI dalam program penanggulangan HIV-AIDS, sehingga kerjasama yang dilakukan layaknya seperti kerjasama mandor dan tukang (yaitu hanya dengan sekumpulan petugas/staff OMS yang digaji untuk proyek tersebut) yang dibayar sesuai dengan jumlah unit hasil pekerjaannya, bukan antara organisasi seutuhnya.

Staff kontraktor pengelola dana hibah asing yang menangani skema *corefunding* mengaku tidak terlalu khawatir OMS tidak mampu mencapai target mengingat masa proyek yang singkat. Fase pembenahan internal organisasi diakui memang sangat sulit diprediksi. Kontraktor tersebut percaya pembenahan organisasi merupakan salah satu akar permasalahan yang selama ini menjadi penghambat pencapaian target proyek. Misalnya pelaksanaan proyek menjadi tersendat-sendat karena lembaga kerap merekrut staff baru yang belum tentu kapasitasnya bisa menyamai atau butuh waktu untuk menyamai staff lama. Terkuak kebanyakan staff tidak lagi nyaman bekerja di lembaga setelah pimpinan tertinggi lembaga mempercayai salah satu anggota keluarganya, yang bersikap otoriter dalam mengelola manajemen dan layanan. Kontraktor pengelola dana hibah tersebut percaya bahwa donor menyukai skema *core funding* dan pendekatan *critical friend* ini. Terbukti donor internasional yang mendanai program tersebut melanjutkan pendanaan untuk skema yang sama untuk isu yang berbeda.

"Saya kecewa ketika banyak OMS penerima hibah yang masih bilang ini program kami dan bukan ini peran kami dalam program penanggulangan HIV di wilayah tertentu, sepertinya ada lost translation mulai dari pengelola dana hibah hingga ke OMS karena pemahaman seperti ini cukup merata dan dominan". – Responden Donor

Model penguatan kapasitas OMS

GHI melalui pengelola dana hibahnya telah berupaya untuk membuat OMS lebih efisien dan memastikan bahwa dana disalurkan sebagaimana mestinya. Proposal, pelaporan dan dokumentasi yang baik menjadi salah satu tolok ukur GHI dalam menilai akuntabilitas dan kemandirian OMS dalam menerima dana (untuk pertama kalinya atau sebagai syarat lolos seleksi untuk termin berikutnya).

Oleh karena itu, banyak OMS yang tadinya berasal dari sekumpulan orang-orang yang merepresentasikan penerima manfaat terpaksa harus belajar bagaimana menulis pelaporan dan proposal yang sesuai kriteria GHI agar dapat mengakses dana.

Memang belum perhitungan khusus mengenai waktu yang dihabiskan untuk pelaporan program oleh OMS kepada donor di Indonesia, namun beberapa OMS sudah mengeluhkan waktu petugas lapangan dan manajemen yang tersita untuk mencatat berapa orang yang sudah dijangkau, dan berapa kondom atau jarum yang telah didistribusikan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban OMS atas gaji staff dan logistik program yang telah didanai GHI.

Alih-alih melakukannya sendiri, seringkali OMS malah mempekerjakan tenaga profesional yang memiliki ketrampilan

khusus untuk mentransformasikan tujuan, menyusun struktur organisasi, prosedur-prosedur operasional, penyelesaian konflik, strategi organisasi dan pelaporan, sehingga timbul hirarki antara profesional, staff berpendidikan tinggi dan komunitas lokal. Konsekuensinya, sulit bagi OMS untuk mempopulerkan gerakan yang partisipatif jika hal tersebut tidak dipraktekkan di internal organisasi.

Profesionalisme terkadang direpresentasikan dari pembukaan kantor cabang, banyaknya komputer, website organisasi, online reporting, keaktifan organisasi menghadiri acara yang diselenggarakan dengan pemerintah. Waktu untuk kontak langsung dengan komunitas menjadi berkurang, sehingga bagaimana OMS menyatakan program yang dilaksanakan telah menyentuh semua kelompok masyarakat yang menjadi sasarannya masih menjadi pertanyaan.

Pendekatan top-down dan sistem sentralisasi masih membekas bahkan saat sekumpulan masyarakat mendeklarasikan diri sebagai OMS. Sikap kritis OMS sudah muncul ketika berhadapan dengan pemerintah, namun tidak terhadap donor. Intervensi donor sebagai pemodal terlalu jauh pada berbagai aspek kehidupan OMS. Terlihat adanya kerentanan OMS HIV terseret imperialisme akibat ketergantungan yang cukup besar kepada GHI. OMS diharapkan konsisten memerankan sebagai pihak ketiga diluar pemerintah dan pasar.

Diakui oleh sebagian responden OMS baik yang berbasis kelompok masyarakat terdampak maupun tidak, bahwa kerja-kerja yang dilakukan OMS dalam program penanggulangan HIV-AIDS umumnya terfokus pada proyek yang dijalankan dan banyak yang tidak mampu melihat dan mengaitkan apa sebenarnya yang dikerjakan dengan tujuan-tujuan perubahan yang lebih besar dan berjangka panjang. Sehingga kegiatan yang dilakukan berkisar pada

kegiatan-kegiatan praktis seperti penyaluran berbagai bantuan bagi kelompok masyarakat terdampak, pelatihan ketrampilan usaha, pelayanan sosial dan kesehatan dasar.

Prinsip altruisme dan voluntarisme nampaknya juga makin tergerus apalagi sistem renumerasi bukan didasarkan prosedur operasional lembaga, tetapi tergantung pada ada/tidaknya dukungan donor. Kecenderungan ini masih banyak ditemui di kalangan responden OMS yang menyatakan sistem renumerasi yang dijalankan merupakan kombinasi prosedur operasional lembaga dan aturan donor. Semangat yang dimiliki bisa dikatakan diembel-embeli dengan insentif seperti “semangat petugas dalam melakukan kegiatan penjangkauan dan pendampingan dapat dijaga, asalkan kebutuhan logistik terpenuhi”.

Tergerusnya praktik altruisme dan voluntarisme di antara anggota OMS di bidang HIV ini menuai kritik dari lembaga lain, misalnya karena lebih mementingkan fasilitas dan lokasi tempat pelatihan dibandingkan penyampaian dan manfaat dari pelatihan itu sendiri.

“ Pihak Dinkes tahu teman-teman OMS membuat laporan keuangan ke donor, sampai saat ini belum tahu apakah teman-teman OMS punya sistem keuangan sendiri (jika tidak ada donor). Kebanyakan dari OMS masih sangat tergantung pihak donor, jika tidak ada maka akan surut namun selama masih ada jejaring masih bisa saja hidup. Kemungkinan didanai APBN sangat kecil karena kebutuhannya besar” – Responden Pemangku Kepentingan Lokal

5. Kesimpulan dan Rekomendasi

Diskusi empiris atas keterkaitan OMS dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS dan GHI divisualisasikan secara sederhana dalam gambar dibawah.

Gambar 10. Pengaruh GHI Terhadap Keberadaan dan Peran OMS



Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa disamping peran GHI yang sangat penting dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia, pengaruh GHI terhadap keberadaan dan peran OMS luar biasa besarnya, bahkan bisa sampai mempengaruhi landasan, visi, misi dan tujuan OMS. Kesimpulan lainnya dari penelitian ini dan juga rekomendasi yang bisa disarankan adalah sebagai berikut

Kesimpulan

- ❗ GHI telah berperan penting dalam memberi wawasan dan pijakan kerja pemerintah dan OMS sehingga program HIV-AIDS terutama terkait layanan kesehatan dan pencegahan, berkembang secara cepat dan diterima oleh masyarakat luas selama setahun terakhir.
- ❗ Ketergantungan pendanaan program HIV-AIDS pada donor mempengaruhi orientasi kerja OMS sehingga terjebak pada proyek sesaat.
- ❗ Hanya sedikit OMS yang masih mempertahankan nilai dan budaya

organisasi menjadi jiwa/ruh dalam setiap gerak perjuangan dan program organisasi.

- ❗ Minimnya pengelolaan pengetahuan dan pembelajaran dari kerja yang dilakukan membuat OMS seolah-olah kurang berperan dalam memberikan sumbangan atas teori-teori perubahan dalam pembangunan manusia terutama kelompok dampingannya.

Rekomendasi

- ❗ Kesenjangan orientasi intervensi dari GHI seharusnya tidak menyusutkan mandat OMS untuk memperkuat dan mendukung kesadaran kritis kelompok dampingan dalam menuntut hak/akses layanan; mengembangkan prinsip kemitraan yang setara antara OMS dengan GHI maupun kontraktor
- ❗ OMS agar mengembangkan keberagaman sumber-sumber pendanaan untuk memperkuat kedaulatan. OMS perlu mundur sedikit dari rutinitas untuk melakukan refleksi dan menulis konsep yang dapat ditawarkan baik kepada GHI, filantropis atau swasta (CSR) yang kurang mengikat.
- ❗ Sistem organisasi perlu dikembangkan untuk memberikan ruang kreatif agar orang-orang yang mendukung dan terlibat adalah atas dasar kerelawanan memperjuangkan perubahan sosial.
- ❗ Pengembangan kapasitas pada OMS perlu dilakukan dengan pendekatan dan cara-cara untuk memperkuat keberpihakan, pengetahuan, dan ketrampilan untuk melaksanakan dan menjembatani gerakan perubahan sosial, serta bukan keterampilan pengelolaan proyek semata.

Lampiran

Daftar Responden

Organisasi Masyarakat Sipil (23 lembaga)

No.	Kota	Nama Lembaga
1	Jakarta	Yayasan Pelita Ilmu (YPI)
2		Yayasan Kusuma Buana (YKB)
3		Yayasan Spiritia
4		Yayasan Intermedika (YIM)
5		Yayasan Karisma
6	Bandung	Yayasan Bina Sejahtera Indonesia Bandung (Bahtera)
7		Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Jawa Barat
8		Yayasan Srikandi Pasundan Jawa Barat
9		Rumah Cemara
10	Medan	Yayasan Galatea Medan
11		Perkumpulan Human Health Organization (H2O)
12		Perkumpulan Gerakan Sehat Masyarakat (GSM)
13		Medan Plus
14	Surabaya	Gaya Nusantara
15		Yayasan Ekspresi Warna Surabaya (Perwakos)
16		Yayasan Orbit
17		Yayasan Embun Surabaya (YES)
18	Malang	Paramitra
19		Yayasan IGAMA
20	Denpasar	Yayasan Kerti Praja
21		Yayasan Citra Usadha Indonesia (YCUI)
22		Yayasan Kesehatan Bali
23		Yaysan Gaya Dewata Bali

Global Health Initiatives (GHI)

No.	Nama Lembaga
1	SUM2
2	DFAT
3	USAID
4	GF - Kementerian Kesehatan RI
5	GF - KPAN
6	GF - PKBI
7	GF - NU

Konsultan OMS

No.	Nama Lembaga
1	Yayasan Penabulu

Pemerintah daerah:

No.	Nama Lembaga
1	Dinkes Kota Medan
2	Dinkes Kota Surabaya
3	Dinkes Kabupaten Malang
4	Dinkes Kota Denpasar
5	Dinkes Kota Bandung
6	KPAK Medan
7	KPAK Surabaya
8	KPAK Malang
9	KPAK Denpasar
10	KPAK Bandung

Daftar Pustaka

- Assa'di, Husain. et. al. 2009. *Independensi LSM di Tengah Kepentingan Donor*. Jurnal Transdisiplin Sosiologi, Komunikasi, dan Ekologi Manusia | Agustus 2009
- Biesma, R. G., Brugha, R., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N., & Walt, G. (2009). The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan, 24*(4), 239-252. doi: 10.1093/heapol/czp025
- Cailhol, J., Craveiro, I., Madede, T., Makoa, E., Mathole, T., Parsons, A. N., . . . Sanders, D. Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities.
- Calain, P. (2007). From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. *Health Policy Plan, 22*(1), 13-20. doi: 10.1093/heapol/czl035
- Cohn, J., Russell, A., Baker, B., Kayongo, A., Wanjiku, E., & Davis, P. (2011). Using global health initiatives to strengthen health systems: a civil society perspective. *Glob Public Health, 6*(7), 687-702. doi: 10.1080/17441692.2010.521165
- Commission, I. N. A. (2012). Republic of Indonesia Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2010-2011.
- Doyle, C., & Patel, P. (2008). Civil society organisations and global health initiatives: Problems of legitimacy. *Social Science and Medicine, 66*(9), 1928–1938.
- Hafner, T., & Shiffman, J. (2013). The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan, 28*(1), 41-50. doi: 10.1093/heapol/czs023
- Hanefeld, J., & Musheke, M. (2009). What impact do Global Health Initiatives have on human resources for antiretroviral treatment roll-out? A qualitative policy analysis of implementation processes in Zambia. *Hum Resour Health, 7*, 8. doi: 10.1186/1478-4491-7-8
- Health, M. o., & Organization, W. H. (2011). Review of the Health Sector Response to HIV and AIDS in Indonesia 2011.
- Health, M. o., & Organization, W. H. (2007). Review of the Health Sector Response to HIV and AIDS in Indonesia.
- Global Fund. (2011). *COMMUNITY SYSTEMS STRENGTHENING FRAMEWORK*.
- Kapilashrami, A., & McPake, B. (2013). Transforming governance or reinforcing hierarchies and competition: examining the public and hidden transcripts of the Global Fund and HIV in India. *Health Policy Plan, 28*(6), 626-635. doi: 10.1093/heapol/czs102
- McCoy, D., Chand, S., & Sridhar, D. (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health Policy Plan, 24*(6), 407-417. doi: 10.1093/heapol/czp026
- Nasional, K. P. A. (2010). Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014.
- Nasional, K. P. A. (2011). Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No.75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- PERPRES No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- Fund, I. P. (2005-2008). Scaling Up the Indonesian AIDS Response Report on the Indonesian Partnership Fund for HIV and AIDS.

- Spicer, N., Aleshkina, J., Biesma, R., Brugha, R., Caceres, C., Chilundo, B., ... Zhang, X. (2010). National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? *Globalization and Health*, 6, 3.
- Spicer, N., & Walsh, A. (2012). 10 best resources on ... the current effects of global health initiatives on country health systems. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Health Policy Plan*, 27(3), 265-269. doi: 10.1093/heapol/czr034
- Warren, A. E., Wyss, K., Shakarishvili, G., Atun, R., & Savigny, D. d. (2013). Global health initiative investments and health systems strengthening: a content analysis of global fund investments. *Globalization and Health*.
- Yu, D., Souteyrand, Y., Banda, M. A., Kaufman, J., & Perriens, J. H. (2008). Globalization and Health Investment in HIV / AIDS programs : Does it help strengthen health systems in developing countries ? *Globalization and Health*, 10, 1–10. doi:10.1186/1744-8603-4-8

Daftar Istilah

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIP HIV	Australia-Indonesia Partnership for HIV
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
ART	Anti Retroviral Therapy
BNN	Badan Narkotika Nasional
CCM	Country Coordinating Mechanism
CSR	Corporate Social Responsibility
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade
FHI	Family Health International
GF	Global Fund
GF-ATM	The Global Fund for AIDS, TB & Malaria
GHI	Global Health Initiative
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBBS	Integrated Biological and Behavioural Surveys
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
LSL	Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki-laki
LSM	Lembaga Sosial Masyarakat
Menko Kesra	Menteri Koordinator Kesejahteraan Masyarakat
NU	Nahdatul Ulama
OBM	Organisasi Berbasis Masyarakat
ODHA	Orang Dengan HIV AIDS
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
Penasun	Pengguna Napza Suntik
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relieve
Pokja	Kelompok Kerja
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PR	Principal Recipient

PSC	Public Service Contractors
Renstra	Rencana Strategis
UNDP	United Nation Development Program
USAID	United States Aid in Development
RTI	Research Triangle Institute
SDM	Sumber Daya Masyarakat
SUM-2	Scaling Up for Most-At-Risk Populations
STBP	Survei Terpadu Biologi dan Perilaku
WPS	Wanita Pekerja Sosial