

KEPENDUDUKAN INDONESIA

Peran Masyarakat dalam Pelestarian Terumbu Karang dan Dampaknya terhadap Peningkatan Kesejahteraan
Widayatun

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas: Isu dan Tantangan
Augustina Situmorang

Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Produktivitas Pekerja Sektor Pertanian dan Industri Pengolahan
Susilo

Peran Masyarakat Madani dalam Mengurangi Stigma dan Diskriminasi terhadap HIV-AIDS
Ade Latifa dan Sri Sunarti Purwaningsih

Pengelolaan Air di Kalangan Penduduk Miskin di Kota Semarang: Pembelajaran Dari Tingkat Lokal
Laksmi Rachmawati dan Gusti Ayu Ketut Surtiari

LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

ISSN 1907-2902

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Volume VI, Nomor 1, Tahun 2011

Jurnal Kependudukan Indonesia merupakan media informasi, komunikasi, dan pertukaran pemikiran mengenai masalah-masalah kependudukan, ketenagakerjaan dan ekologi manusia. Jurnal ini merupakan *peer-reviewed* jurnal Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) yang diterbitkan dua kali dalam setahun. Artikel dapat berupa hasil penelitian, kajian dan analisis kritis yang ditulis dalam bahasa Inggris atau bahasa Indonesia.

Jurnal Kependudukan Indonesia (Indonesian Population Journal) is a publication of The Research Centre for Population, Indonesian Institute of Sciences (PPK-LIPI). It is a peer-reviewed journal which published papers on issues related to population, labor force and human ecology. The journal is published twice a year. Submission may take the form of original research papers, perspectives and review articles and may be written in English or Indonesian language.

Penanggung Jawab/Director
Pemimpin Redaksi/Chief Editor
Dewan Redaksi/Editorial Board

**Dewan Penasihat Redaksi/
Editorial Advisory Board**

**Redaksi Pelaksana/
Managing Editor**

**Alamat Redaksi/
Editorial Address**

Penerbit/Publisher

Distributor

Aswatini (Kepala PPK-LIPI/Director of PPK-LIPI)

Augustina Situmorang

Deny Hidayati

Suko Bandiyono

Laila Nagib

Titik Handayani

Gavin W. Jones,-National University of Singapore-Singapore

Graeme Hugo,-University of Adelaide-Australia

Terence H. Hull, Australian National University

Adrian C. Hayes,-Australian National University-Australia

Gouranga Dasvarma, -Flinders University-Australia

Aris Ananta, -Institute of Southeast Asian Studies-Singapore

Azuma Yoshifumi, -Ibaraki University-Japan

Gutomo Bayu Aji

Deshinta Vibriyanti

Sutarno

Pusat Penelitian Kependudukan,

Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

Widya Graha LIPI, lantai X

Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 10 Jakarta Selatan 12190-Indonesia

Tromol Pos 250/JKT 1002,

Telp. +62 21 5207205, 5225711, 5251542 Pes/ext. 745, 720, 721

Fax: +62 21 5207205

E-mail: ppk-lipi@rad.net.id

Web-site: www.ppk.lipi.go.id

LIPI Press, anggota Ikapi

Jl. Gondangdia Lama 39, Menteng, Jakarta 10350

Telp. (021) 314 0228, 314 6942

Fax. (021) 314 4591

E-mail: bmrlipi@centrin.net.id, lipipress@centrin.net.id

Yayasan Obor Indonesia

Jl. Plaju No. 10 Jakarta 10230

Telp. (021) 31926978, 3920114

Fax. (021) 31924488

E-mail: yayasan_obor@cbn.net.id

Jurnal KEPENDUDUKAN INDONESIA

Peran Masyarakat dalam Pelestarian Terumbu Karang dan Dampaknya terhadap Peningkatan Kesejahteraan

Widayatun

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas: Isu dan Tantangan

Augustina Situmorang

Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Produktivitas Pekerja Sektor Pertanian dan Industri Pengolahan

Susilo

Peran Masyarakat Madani dalam Mengurangi Stigma dan Diskriminasi terhadap HIV-AIDS

Ade Latifa dan Sri Sunarti Purwaningsih

Pengelolaan Air di Kalangan Penduduk Miskin di Kota Semarang: Pembelajaran dari Tingkat Lokal

Laksmi Rachmawati dan Gusti Ayu Ketut Surtiari

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Volume VI Nomor 2 Tahun 2011

DAFTAR ISI

Peran Masyarakat dalam Pelestarian Terumbu Karang dan Dampaknya terhadap Peningkatan Kesejahteraan..... 1-19

Widayatun

**Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas:
Isu dan Tantangan..... 21-32**

Augustina Situmorang

Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Produktivitas Pekerja Sektor Pertanian dan Industri Pengolahan..... 33-50

Susilo

Peran Masyarakat Madani dalam Mengurangi Stigma dan Diskriminasi terhadap HIV-AIDS 51-76

Ade Latifa dan Sri Sunarti Purwaningsih

Pengelolaan Air di Kalangan Penduduk Miskin di Kota Semarang: Pembelajaran dari Tingkat Lokal 77-94

Laksmi Rachmawati dan Gusti Ayu Ketut Surtiari

PERAN MASYARAKAT DALAM PELESTARIAN TERUMBU KARANG DAN DAMPAKNYA TERHADAP PENINGKATAN KESEJAHTERAAN

Widayatun

Pusat Penelitian Kependudukan–LIPI.

E-mail: wida1960@yahoo.com

Abstract

As an Archipelago, Indonesia consists of more than 18.000 islands, locating at the heart of the World 'Coral Triangle'. This country is well known as the highest coral reef biodiversity, especially in Raja Ampat, Selayar, Banda and Bunaken. This potential resource, however, in some places has been destroyed, due to overfishing and destructive fishing practices. The Indonesian government, to address these threats has developed Coral Reefs Rehabilitation and Management Program or Coremap since the 2006. Coremap aims to manage, rehabilitate and protect coral reefs to ensure sustainable utilization of these marine resources for reducing poverty of coastal community and increasing their welfare. Coremap focuses on collaborative management by involving communities, local and national governments, NGOs and other relevant stakeholders. This paper is based on data from the 2008 and 2011 studies on socio-economic aspects of coral reefs in Coremap locations in the eastern part of Indonesia. The studies applied a combination between quantitative (survey) and qualitative (indepth interview and focus group discussions) approaches. The study results informed that community has quite high participation in the management and their welfare also tends to increase during this period.

Keywords: coral reefs rehabilitation, community participation and roles, welfare

Abstrak

Indonesia adalah negara kepulauan yang terdiri atas lebih dari 18.000 pulau di jantung segitiga karang dunia yang terkenal akan keanekaragaman hayati, khususnya terumbu karang yang tertinggi di dunia. Wilayah perairan di sekitar Raja Ampat, Banda, Selayar, dan Bunaken yang terkenal mempunyai hamparan terumbu karang dengan keanekaragaman hayati yang tinggi. Meskipun demikian, sumber daya laut yang kaya ini telah mengalami kerusakan di berbagai lokasi karena pemanfaatan berlebih dan kegiatan penangkapan yang merusak. Untuk menekan laju kerusakan terumbu karang tersebut, Pemerintah Indonesia telah meluncurkan program yang bertujuan untuk merehabilitasi dan melestarikan terumbu karang untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan mengurangi kemiskinan yang dikenal dengan Coral Reefs Rehabilitation and Management Program (Coremap). Pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan Coremap adalah pengelolaan berbasis masyarakat dengan melibatkan pemerintah,

lembaga non-pemerintah, dan *stakeholders* terkait. Tulisan ini mendiskusikan peran masyarakat dalam pelestarian terumbu karang melalui kegiatan Coremap dan dampaknya terhadap kesejahteraan. Data dan informasi yang digunakan adalah studi aspek sosial-ekonomi terumbu karang yang dilaksanakan pada tahun 2008 dan 2011. Studi tersebut dilakukan dengan menggunakan kombinasi pendekatan kuantitatif (survei) dan kualitatif (wawancara terbuka dan *focus group discussion*). Hasil studi menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam pelestarian terumbu karang cukup tinggi dan kesejahteraannya juga menunjukkan peningkatan pada periode tersebut.

Kata Kunci: Pelestarian terumbu karang, peran masyarakat, kesejahteraan masyarakat

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara kepulauan yang terletak di segitiga karang dunia (*Coral Triangle*). Wilayah Indonesia sangat luas, membentang sepanjang hampir 5.000 km dengan lebar 2.000 km, terdiri atas 18.110 pulau, dengan panjang garis pantai 108.920,40 km. Dengan wilayah yang cukup luas tersebut, Indonesia memiliki kekayaan sumber daya hayati laut yang besar di antaranya terumbu karang. Luas terumbu karang dunia mencapai 284.300 km², sekitar 18% (85.200 km²) di antaranya berada di wilayah Indonesia. Terumbu karang Indonesia juga memiliki keanekaragaman hayati tertinggi di dunia, lebih dari 2.500 jenis ikan, 590 jenis karang batu, 2.500 jenis moluska, dan 1.500 jenis udang-udangan. Sampai saat ini, telah tercatat lebih dari 750 jenis karang yang termasuk ke dalam 75 marga terdapat di Indonesia. Meskipun demikian, sebagian kondisi terumbu karang di Indonesia telah mengalami kerusakan karena faktor alam maupun akibat dari aktivitas manusia. Hasil penelitian di 1.076 stasiun oleh Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) tahun 2011 menunjukkan bahwa 30,76% terumbu karang di Indonesia memiliki kondisi yang kurang baik atau rusak. Sementara itu, terumbu karang yang berada dalam kondisi sangat baik hanya sekitar 5,58%, 26,95% berkondisi baik, dan sisanya 36,90% cukup baik.¹

Kerusakan terumbu karang disebabkan oleh berbagai faktor yang pada dasarnya dapat dibagi menjadi dua, yaitu faktor alam dan manusia. Kerusakan karena aktivitas manusia berkaitan dengan penggunaan alat tangkap dan cara penangkapan ikan yang merusak ekosistem ini, seperti penggunaan bom, racun, ataupun pukat harimau. Meningkatnya kerusakan terumbu karang dari tahun ke tahun akan berdampak buruk terhadap kesejahteraan penduduk yang tinggal di wilayah pesisir dan pulau kecil yang umumnya sangat menggantungkan kehidupan mereka pada pemanfaatan sumber daya laut.

¹ Suharsono, 2010; www.Coremap.or.id; <http://www.tempo.co/read/news/2012/10/31/061438910/Sepertiga-Terumbu-Karang-di-Indonesia-Rusak>

Dalam rangka mengurangi laju kerusakan terumbu karang, pemerintah Indonesia pada tahun 1998 meluncurkan Program Rehabilitasi dan Pengelolaan Terumbu Karang (*Coremap–Coral Reef Management and Rehabilitation Program*). Coremap bertujuan untuk menyelamatkan terumbu karang Indonesia agar dapat dimanfaatkan secara lestari untuk kesejahteraan masyarakat. Secara khusus, program tersebut bertujuan untuk melindungi, merehabilitasi, dan mengelola pemanfaatan terumbu karang serta ekosistemnya secara lestari sekaligus meningkatkan kesejahteraan masyarakat pesisir. Program ini diimplementasikan di beberapa provinsi, meliputi delapan kabupaten di wilayah Indonesia bagian Barat dan tujuh kabupaten di wilayah Indonesia bagian timur.

Upaya pelestarian terumbu karang melalui Coremap dilaksanakan melalui lima komponen utama, yaitu penguatan kelembagaan, penyadaran masyarakat, pengelolaan berbasis masyarakat, riset, dan monitoring serta pengawasan pencegahan dan penegakan hukum. Sementara itu, pelaksanaannya dibagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap inisiasi untuk tiga tahun pertama, tahap akselerasi untuk enam tahun kedua, dan tahap pelembagaan untuk enam tahun terakhir. Pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan Coremap adalah pengelolaan berbasis masyarakat dengan melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga monitoring program. Oleh karena itu, dalam pelaksanaannya, masyarakat, yang merupakan pengguna utama sumber daya laut, diharapkan terlibat aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan pengelolaan terumbu karang yang ada di wilayahnya.

Tulisan ini bertujuan untuk memahami peran masyarakat dalam pelestarian terumbu karang melalui pelaksanaan kegiatan Coremap dan mengkaji dampak program terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat di lokasi Coremap wilayah Indonesia bagian timur. Data dan informasi yang digunakan bersumber pada hasil *Benefit Monitoring and Evaluation* (BME) sosial-ekonomi Coremap tahun 2008 dan 2011 di tujuh kabupaten di Indonesia bagian timur, yaitu Kabupaten Biak, Raja Ampat, Wakatobi, Buton, Pangkajene Kepulauan (Pangkep), Selayar, dan Sikka.

BME sosial-ekonomi menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dikumpulkan melalui survei terhadap 180–240 rumah tangga pada desa-desa sampel di tiap lokasi (kabupaten). Data kuantitatif meliputi karakteristik demografi anggota rumah tangga dan kondisi ekonomi rumah tangga. Sementara itu, data kualitatif diperoleh melalui observasi, wawancara mendalam, *focus group discussion/FGD*, dan kaji bersama. Pengumpulan data kualitatif dimaksudkan untuk menggali lebih dalam kondisi kehidupan masyarakat dan kaitannya dengan pemanfaatan sumber daya laut, khususnya terumbu karang.

KEGIATAN COREMAP

Pada awal program, kegiatan Coremap difokuskan pada kegiatan penyadaran masyarakat (*public awareness*). Tujuan utamanya adalah meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat akan pentingnya pelestarian terumbu karang. Kegiatan ini sangat penting karena kerusakan terumbu karang di Indonesia terutama disebabkan oleh perilaku manusia yang merusak, di samping karena faktor alam. Kegiatan penyadaran masyarakat pada awal program secara intensif dilaksanakan di tingkat nasional melalui kampanye di media elektronik (TV, radio), penyebaran *leaflet* dan *brossure* serta menyelenggarakan kegiatan seminar. Sementara itu, di tingkat kabupaten dan desa, penyadaran masyarakat dilakukan dengan berbagai cara, seperti penyuluhan masyarakat, pemutaran film, penyebaran brosur dan poster serta papan pengumuman. Selain itu, Coremap juga mengembangkan pendidikan melalui jalur formal dalam bentuk muatan lokal terumbu karang/kelautan di sekolah-sekolah dalam upaya meningkatkan kesadaran akan pentingnya pelestarian terumbu karang pada anak-anak yang dimulai dari usia dini.

Untuk mendukung pelaksanaan Coremap dan memberikan peluang bagi masyarakat untuk terlibat aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan pengelolaan terumbu karang, di tingkat desa dibentuk kelembagaan yang mengelola kegiatan Coremap. Lembaga tersebut dikenal dengan nama Lembaga Pengelola Sumber Daya Terumbu Karang (LPSTK) dan Lembaga Keuangan Mikro (LKM). Di tingkat masyarakat dibentuk kelompok masyarakat (pokmas) yang terdiri atas Pokmas putra, kelompok perempuan/gender, dan kelompok masyarakat pengawas (pokmaswas).

Kegiatan Coremap di tingkat desa di antaranya adalah kegiatan usaha ekonomi produktif (UEP) melalui pemberian dana bergulir (*seed fund*), pembangunan sarana fisik desa (*village grant*), dan pengawasan terumbu karang serta pembentukan Daerah Perlindungan Laut (DPL). Pelaksanaan kegiatan UEP dilaksanakan dan dikelola oleh LKM. Kegiatan pembangunan sarana fisik dilaksanakan oleh LPSTK, sedangkan kegiatan pengawasan dan pembentukan DPL dilakukan oleh pokmaswas dan dikoordinasi oleh LPSTK. Pembentukan kelembagaan tersebut sudah dimulai sejak tahun 2006.

UEP merupakan salah satu kegiatan Coremap yang bertujuan untuk pemberdayaan ekonomi masyarakat. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memberikan bantuan modal melalui dana bergulir pada kelompok masyarakat di lokasi Coremap. Dana tersebut diharapkan dapat bergulir kembali untuk diberikan kepada kelompok masyarakat yang belum mendapatkan. Pemberian bantuan ini merupakan bentuk insentif yang diberikan kepada masyarakat

pesisir untuk digunakan sebagai modal melakukan kegiatan ekonomi produktif yang tidak merusak lingkungan. Besarnya modal yang diberikan melalui dana bergulir ini bervariasi untuk tiap desa yang disesuaikan dengan perencanaan dan kebutuhan masing-masing. Jenis usaha ekonomi yang dikembangkan di tiap-tiap desa cukup beragam, di antaranya kegiatan yang berkaitan dengan perikanan tangkap, budi daya (seperti budi daya rumput laut), dan kegiatan perdagangan (pembuatan kue, pedagang pengumpul ikan, atau pedagang sembako). Selain bertujuan meningkatkan pendapatan masyarakat, berkembangnya kegiatan ekonomi produktif di masyarakat di lokasi Coremap juga diharapkan dapat mengurangi ketergantungan masyarakat terhadap sumber daya terumbu karang.

Pembangunan sarana fisik desa melalui *village grant* dimaksudkan untuk mendukung kegiatan pengelolaan dan pelestarian terumbu karang serta pemberdayaan masyarakat. Jenis sarana fisik yang dibangun diusulkan dan disepakati bersama oleh masyarakat sendiri melalui musyawarah yang dikoordinasi oleh LPSTK. Usulan dan kesepakatan tentang jenis bangunan sarana fisik desa tersebut dicantumkan dalam Rencana Pengelolaan Sumber Daya Terumbu Karang yang ada di masing-masing desa lokasi Coremap. Jenis sarana fisik yang dibangun di antaranya adalah sarana MCK, dermaga, jembatan, pagar jalan desa, talut (pemecah ombak), instalasi listrik (*genset*), renovasi bangunan sanggar PKK, dan perbaikan/pemugaran sarana ibadah.

Kegiatan pengawasan terumbu karang dimaksudkan untuk mengawasi kegiatan-kegiatan ilegal yang dapat merusak terumbu karang, seperti penggunaan bom, bius, dan pukat harimau dalam penangkapan ikan. Untuk mendukung kegiatan ini, Coremap memfasilitasi perahu dan peralatan patroli, seperti lampu, senter, dan GPS. Di tiap lokasi kegiatan ini dilakukan oleh pokmaswas yang sudah dibentuk pada awal program.

Kegiatan Coremap yang langsung berkaitan dengan pelestarian sumber daya laut adalah pembentukan daerah perlindungan laut (DPL). Pembentukan DPL bertujuan untuk menghentikan atau menanggulangi perusakan habitat akibat pemanfaatan yang berlebihan terhadap potensi sumber daya pesisir dan menjaga keanekaragaman hayati. Adanya DPL diharapkan menjadi lokasi stok ikan dan bermanfaat bagi peningkatan produksi ikan, yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan. Pembentukan DPL juga bertujuan meningkatkan kemampuan serta kemandirian masyarakat dalam menjaga dan memelihara sumber daya perairan. Selain itu, DPL juga dapat dimanfaatkan sebagai sarana pendidikan dan laboratorium alam untuk kegiatan penelitian.

PERAN MASYARAKAT DALAM KEGIATAN COREMAP

Peran masyarakat sangat penting untuk mencapai keberhasilan dan keberlanjutan suatu program pembangunan. Peran masyarakat merupakan upaya pengambilan bagian dalam suatu kegiatan bersama, diindikasikan dari partisipasi atau keikutsertaan seseorang ataupun sekelompok masyarakat dalam suatu kegiatan secara sadar (Ndraha, 1990). Sementara itu, World Bank mendefinisikan partisipasi masyarakat dalam suatu pembangunan adalah *A process through which stakeholders influence and share control over development initiatives, and the decisions and resources which affect them* atau partisipasi masyarakat dalam program pemberdayaan selayaknya mencakup keseluruhan proses mulai dari awal sampai tahap akhir. Oleh karena itu, partisipasi masyarakat dalam program pemberdayaan mencakup empat jenjang meliputi partisipasi dalam proses pembentukan keputusan; pelaksanaan, pemanfaatan hasil; dan partisipasi dalam evaluasi (World Bank, 1995).

Konsep tersebut memberikan makna bahwa masyarakat akan berpartisipasi secara sukarela apabila mereka dilibatkan sejak awal dalam proses pembangunan melalui program pemberdayaan. Ketika masyarakat mendapatkan manfaat dan merasa memiliki terhadap program, akan dapat dicapai suatu keberlanjutan dari program pemberdayaan.

Dalam upaya melibatkan partisipasi masyarakat, sebelum dilakukan pembentukan kelembagaan, di tiap desa yang menjadi lokasi Coremap terlebih dahulu dilaksanakan sosialisasi tentang pentingnya Coremap. Kegiatan ini dilakukan oleh pengelola Coremap di tingkat kabupaten dan fasilitator Coremap yang bertugas di desa. Sosialisasi dilakukan melalui berbagai media, di antaranya pertemuan desa, rapat PKK, pertemuan remaja, dan pemasangan poster. Dalam sosialisasi, masyarakat diberikan pemahaman tentang tujuan, program, dan kegiatan Coremap yang akan dilaksanakan di desa. Dengan adanya pemahaman tersebut, diharapkan masyarakat dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan program mulai dari perencanaan sampai dengan pengawasan.

Peran dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Coremap dalam kajian ini dilihat dari keterlibatan masyarakat dalam berbagai kegiatan Coremap yang berkaitan dengan pembentukan kelembagaan dan pengembangan rencana kegiatan, yaitu pembentukan LPSTK dan pengembangan Rencana Pengelolaan Terumbu Karang (RPTK). Selanjutnya, peran dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Coremap juga dikaji dari keterlibatannya dalam pokmas UEP dan Pokmas Konservasi serta peran masyarakat dalam pembangunan prasarana dan sarana desa serta pembentukan DPL.

Keterlibatan dalam Pembentukan LPSTK

LPSTK merupakan lembaga pengelola terumbu karang di tingkat desa yang diharapkan berperan dalam mengkoordinir dan melaksanakan berbagai kegiatan Coremap mulai dari perencanaan sampai dengan pengawasannya. Struktur organisasi ini terdiri atas ketua, sekretaris bendahara, dan anggota dari masing-masing perwakilan Pokmas. Sesuai dengan pendekatan Coremap, pembentukan LPSTK ini diharapkan melibatkan partisipasi masyarakat. Oleh karena itu, dalam panduan tentang pembentukan kelembagaan disebutkan bahwa pembentukan LPSTK dan Pokmas melibatkan berbagai pihak di antaranya pemimpin formal dan informal, perwakilan masyarakat nelayan, dan perwakilan dari kelompok ibu-ibu.

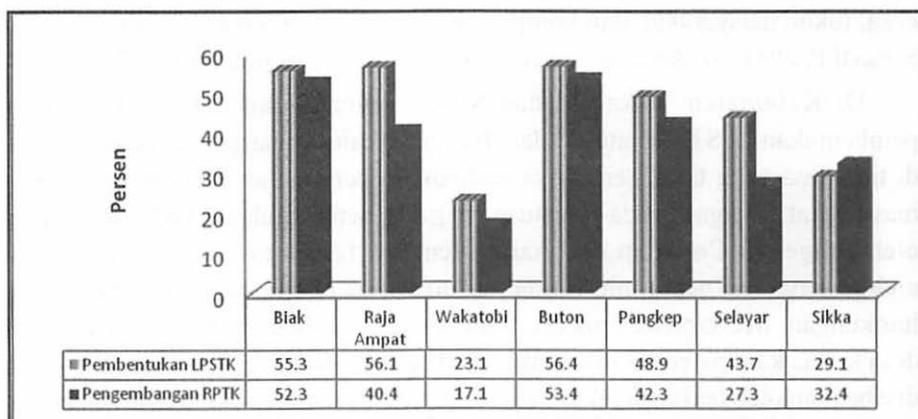
Hasil BME sosial-ekonomi tahun 2008 menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat dalam pembentukan LPSTK cukup bervariasi menurut lokasi. Keterlibatan yang cukup tinggi terdapat di Kabupaten Biak, Raja Ampat, dan Buton di mana lebih dari 50% responden terlibat dalam pembentukan LPSTK. Tingginya partisipasi masyarakat dalam pembentukan LPSTK di Kabupaten Biak dan Raja Ampat terkait dengan proses pembentukan yang melibatkan “tiga tungku”, yaitu pemimpin formal (kepala desa dan aparat), pemimpin adat, dan pemimpin agama serta anggota masyarakat lainnya. Keterlibatan ketiga unsur pimpinan di desa tersebut menjadi faktor pendorong keikutsertaan anggota masyarakat lainnya. Di samping itu, desa atau kampung di kedua kabupaten ini jumlah penduduknya relatif sedikit dan wilayahnya tidak terlalu luas sehingga memungkinkan masyarakat berpartisipasi dalam setiap pertemuan desa. Di Kabupaten Buton, proses pembentukan LPSTK dilakukan secara musyawarah dan dihadiri lebih dari 80 orang terdiri atas anggota masyarakat, seperti aparat desa, tokoh masyarakat, dan komponen masyarakat lainnya (Romdiati dan Sri Sunarti P, 2011; Widayatun dan Situmorang, 2011 dan Asiati dkk., 2011).

Di Kabupaten Wakatobi dan Sikka, keterlibatan masyarakat dalam pembentukan LPSTK relatif rendah. Hal ini terkait dengan proses pembentukan di tiap desa yang tidak semuanya melibatkan perwakilan dari berbagai unsur masyarakat. Mengacu pada ketentuan yang ada, pembentukan LPSTK difasilitasi oleh pengelola Coremap dari kabupaten dan fasilitator desa yang dihadiri oleh peserta dari pemimpin formal, informal, dan perwakilan masing-masing lingkungan. Meskipun demikian, tidak semua pembentukan LPSTK di desa-desa kedua kabupaten ini melibatkan berbagai pihak tersebut. Alasannya dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain tidak ada perwakilan karena tempat tinggalnya cukup jauh dan adanya pemekaran desa (Hidayati dkk., 2011 dan Daliyo dkk., 2011).

Keterlibatan dalam Pengembangan RPTK

RPTK merupakan acuan penting untuk pelaksanaan kegiatan Coremap di tingkat desa. Oleh karena itu, idealnya penyusunan RPTK dilakukan secara terpadu dan komprehensif yang mencakup semua kegiatan pemanfaatan terumbu karang secara berkelanjutan untuk kesejahteraan masyarakat pesisir. Rencana kegiatan yang dituangkan dalam RPTK disusun dan dikembangkan sesuai dengan potensi, kebutuhan, dan aspirasi masyarakat yang menjadi pengguna utama dari sumber daya laut.

Keterlibatan masyarakat dalam penyusunan RPTK di wilayah Coremap Indonesia bagian timur cukup bervariasi. Terdapat dua kabupaten yang keterlibatan masyarakatnya dalam penyusunan RPTK relatif baik, yaitu Kabupaten Biak dan Buton. Sementara itu, di kabupaten lainnya, keterlibatan masyarakat dalam penyusunan RPTK masih relatif rendah. Bervariasinya keterlibatan masyarakat dalam penyusunan RPTK berkaitan dengan proses penyusunan yang berbeda-beda. Terdapat sedikitnya dua pola dalam proses penyusunan RPTK di tujuh kabupaten lokasi Coremap. Pola pertama adalah pengurus LPSTK dan LKM didampingi oleh fasilitator dalam membuat *draft* rancangan RPTK. Setelah *draft* rancangan selesai disusun, *draft* disampaikan dalam forum pertemuan yang dihadiri oleh berbagai unsur masyarakat. Pola yang kedua adalah LPSTK dan LKM didampingi oleh fasilitator membuat *draft* RPTK dan peran fasilitator cukup dominan dalam penyusunan rancangan tersebut. Setelah *draft* rancangan tersusun, *draft* didiskusikan ke dalam kelompok kecil yang dihadiri oleh warga masyarakat, tetapi sifatnya terbatas.



Sumber: BME Sosial-Ekonomi, Coremap-LIPI, tahun 2008

Diagram 1. Keterlibatan masyarakat dalam pembentukan LPSTK, pembentukan pok-mas, dan pengembangan RPTK di Lokasi Coremap Indonesia Bagian Timur, 2008

Usaha Ekonomi Produktif (UEP)

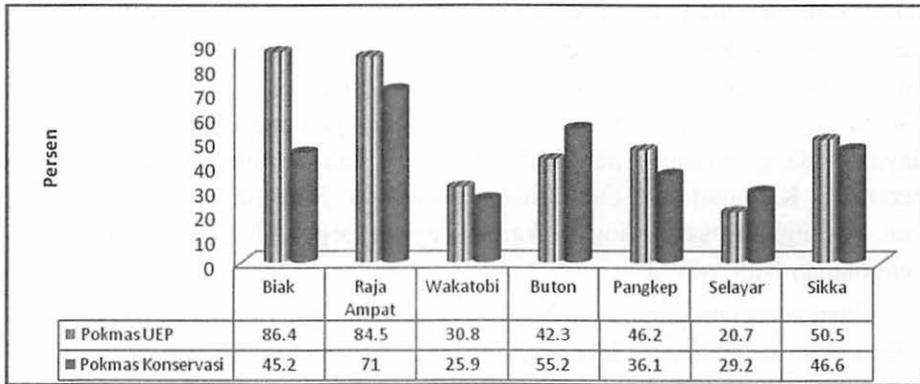
Jenis kegiatan UEP yang dilaksanakan oleh masyarakat pada tiap desa lokasi Coremap disesuaikan dengan ketrampilan dan potensi sumber daya alam lokal yang ada dan bisa dikembangkan. Masyarakat yang terlibat dalam kegiatan ini tidak hanya kelompok nelayan, tetapi juga ibu-ibu rumah tangga yang sebelumnya tidak bekerja. Kegiatan usaha ekonomi produktif yang dikembangkan cukup beragam meliputi kegiatan penangkapan hasil laut, budi daya di bidang perikanan, pengolahan hasil laut serta kegiatan perdagangan dan pertanian. Kegiatan budi daya bidang perikanan di antaranya adalah rumput laut, sedangkan usaha yang berkaitan dengan pengolahan hasil laut adalah pengolahan ikan asin.

Hasil survei menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat dalam kegiatan UEP cukup bervariasi antarkabupaten lokasi Coremap. Di Kabupaten Raja Ampat dan Biak, keterlibatan masyarakat dalam kegiatan UEP cukup tinggi, mencapai sekitar 85%. Tingginya keterlibatan masyarakat di kedua kabupaten ini berkaitan dengan kesepakatan masyarakat dan pengurus LPSTK untuk melibatkan semua kepala keluarga (rumah tangga) untuk menjadi anggota pokmas. Mereka mempunyai akses yang sama untuk mendapatkan modal usaha melalui dana bergulir. Dengan kesepakatan ini, hampir semua rumah tangga mendapatkan pinjaman dana bergulir untuk dimanfaatkan sebagai modal usaha. Hampir semua rumah tangga mendapatkan akses untuk menggunakan dana bergulir. Oleh karena itu, nilai pinjaman dana bergulir untuk tiap rumah tangga menjadi kecil, rata-rata Rp500.000 sampai dengan Rp1.000.000. Kecilnya nilai pinjaman ini mengakibatkan penggunaan dana bergulir untuk modal berusaha menjadi kurang efektif. Modal pinjaman tersebut umumnya digunakan untuk modal jualan pinang, makanan kecil, dan ongkos melaut (Widayatun, 2011 dan Romdiati, 2011).

Di beberapa kabupaten lainnya, keterlibatan masyarakat dalam kegiatan UEP masih terbatas. Hal ini berkaitan dengan relatif kecilnya alokasi dana bergulir yang disalurkan, sementara jumlah masyarakat yang akan mengakses dana bergulir cukup banyak. Di sebagian lokasi Coremap, sosialisasi tentang adanya dana bergulir masih belum optimal sehingga tidak menjangkau keseluruhan masyarakat yang membutuhkan (Noveria dkk., 2011 dan Hidayati dkk., 2011).

Dalam perkembangannya, kegiatan UEP ini cukup beragam antarlokasi. Pada sebagian lokasi Coremap, kegiatan usaha ekonomi produktifnya cukup berhasil, namun sebagian lagi belum menghasilkan. Dari usaha kegiatan ekonomi produktif yang dilakukan, masyarakat sudah merasakan manfaatnya, yaitu menambah penghasilan keluarga. Kegiatan ekonomi produktif yang berkembang cukup baik di antaranya budi daya rumput laut di Kabupaten Sikka, Pangkep,

dan Selayar; kegiatan perdagangan di Kabupetan Wakatobi dan Buton; serta kegiatan pertanian di Kabupaten Raja Ampat dan Biak.



Sumber: BME Sosial-Ekonomi Coremap-LIPI, 2008

Diagram 2. Keterlibatan masyarakat dalam pokmas UEP dan Pokmas Konservasi di lokasi Coremap wilayah indoensia Bagian Timur, 2008.

Keterlibatan dalam Pokmas Konservasi dan Pembentukan DPL

Pokmas Konservasi atau Pokmaswas merupakan wadah bagi masyarakat untuk terlibat dalam kegiatan pengawasan terumbu karang di perairan laut. Kegiatan ini penting untuk mengurangi kegiatan-kegiatan ilegal yang merusak karang. Untuk mendukung kegiatan pokmaswas Coremap memfasilitasi perahu dan peralatan patroli dengan kelengkapan dan kapasitas yang cukup beragam antardesa. Sebagian desa menyediakan bahan bakar dan biaya patroli pokmaswas, sementara desa lainnya tidak mengalokasikan dana. Akibatnya, kegiatan patroli pokmaswas juga beragam antardesa, tergantung pada keaktifan masyarakat serta ketersediaan perahu dan kondisi peralatan penunjang serta dana operasional pada masing-masing desa. Sebagian pokmaswas cukup aktif melakukan patroli. Sebaliknya, terdapat pula Pokmaswas yang belum melakukan tugasnya karena berbagai kendala, seperti tidak tersedianya perahu, kurangnya bahan bakar, dan tidak tersedianya biaya operasional untuk melakukan patroli. Data survei menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat dalam kegiatan pokmaswas di Kabupaten Raja Ampat, Buton, Sikka, dan Biak relatif baik. Sementara itu, di Kabupaten Wakatobi, Selayar, dan Pangkep, partisipasi masyarakat dalam kegiatan pokmaswas masih relatif rendah (Diagram 2).

Keterlibatan masyarakat dalam pengawasan terumbu karang tidak hanya teridentifikasi dalam keikutsertaannya pada kegiatan Pokmas Konservasi atau pokmaswas. Peningkatan kesadaran dan kepedulian masyarakat akan pentingnya

penyelamatan terumbu karang di lokasi Coremap telah mendorong tumbuhnya pengawasan mandiri masyarakat. Pengawasan mandiri merupakan kegiatan yang melibatkan peran aktif masyarakat untuk mengawasi kawasan terumbu karang dalam upaya menjaga dan melestarikan terumbu karang. Pengawasan mandiri dalam konteks ini tidak dilakukan oleh Pokmas Konservasi bentukan Coremap, tetapi pengawasan yang dilakukan oleh masyarakat secara sukarela. Kegiatan pengawasan mandiri oleh masyarakat di lokasi Coremap umumnya dilakukan bersamaan dengan kegiatan melaut maupun ketika berada di lingkungan tempat tinggal karena lokasi kawasan terumbu karang, khususnya yang dijadikan sebagai daerah perlindungan laut (DPL), terletak di dekat permukiman penduduk.

Dampak dari pengawasan mandiri tersebut telah memberikan manfaat ekonomi dan sosial bagi masyarakat. Manfaat ekonomi terlihat dari meningkatnya hasil tangkapan sebagai dampak meningkatnya tutupan karang hidup di DPL yang menjadi tempat tumbuh-kembangnya ikan-ikan di sekitar kawasan DPL. Sementara itu, manfaat sosial diperlihatkan dari adanya rasa kebersamaan untuk menjaga DPL karena mereka sudah mengetahui manfaat DPL terhadap kehidupannya. Manfaat yang dirasakan adalah jumlah ikan terlihat bertambah sehingga hasil tangkapan mereka juga meningkat. Selain jumlah ikan, jenis ikan yang sebelumnya sudah tidak bisa ditemukan di pantai, sekarang muncul lagi. Kenyataan ini membuat masyarakat nelayan untuk terus menjaga DPL, misalnya dengan membuat kesepakatan bersama untuk menjaga dan melindungi DPL, walaupun dengan berbagai keterbatasan sarana pengawasan yang dimiliki (Romdiati dan Sri Sunarti P, 2011; Widayatun dan Augustina Situmorang, 2011).

Kegiatan Pembangunan Sarana Desa (*Village Grant*)

Jenis bangunan sarana dan prasarana desa yang dibangun melalui Coremap di wilayah Indonesia timur umumnya berkaitan dengan penyediaan sarana ekonomi (TPI, jembatan, dermaga, instalasi listrik) dan sarana perbaikan lingkungan (pembangunan turap, pemecah ombak, penanaman mangrove). Selain itu, jenis bangunan lainnya adalah bangunan yang berkaitan dengan perbaikan sarana sanitasi lingkungan (penyediaan bak sampah, sarana air bersih, MCK) dan sarana sosial lainnya (tempat ibadah, bangunan taman kanak-kanak, gedung/bangunan tempat pertemuan desa). Pembangunan berbagai sarana tersebut, idealnya mengakomodasi aspirasi dan kepentingan masyarakat. Selain itu, pembangunan sarana dan prasarana desa juga disesuaikan dengan potensi kegiatan ekonomi yang bisa dikembangkan sehingga dirasakan manfaatnya.

Penentuan jenis sarana dan prasarana desa yang akan dibangun secara umum telah tertuang di dalam RPTK. Jika penyusunan RPTK melibatkan masyarakat, pembangunan sarana dan prasarana desa idealnya memenuhi aspirasi dan kebutuhan masyarakat. Rencana yang tertuang dalam RPTK tidak kaku. Artinya

apabila dalam perkembangannya masyarakat memerlukan jenis prasarana dan sarana desa yang tidak sesuai dengan yang ada di RPTK, masih memungkinkan untuk dilakukan perubahan melalui musyawarah.

Teknis pembangunan berbagai jenis sarana dan prasarana desa tersebut juga cukup bervariasi antardesa dan lokasi Coremap. Sebagian desa melibatkan partisipasi masyarakat dalam melaksanakan pembangunan dengan mendapat upah sesuai standar yang berlaku. Sementara itu, di desa lainnya ada yang dilakukan secara bersama-sama melalui gotong-royong dan ada pula yang teknis pembangunannya dilakukan oleh pemborong.

Pembangunan berbagai jenis sarana dan prasarana desa di beberapa lokasi Coremap di Indonesia bagian timur secara umum telah mengakomodasi kepentingan masyarakat. Masyarakat dalam prosesnya berperan menentukan jenis sarana dan prasarana yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi wilayah tempat tinggalnya sehingga mereka bisa merasakan manfaat dari adanya pembangunan sarana dan prasarana tersebut. Di Kabupaten Wakatobi, khususnya desa-desa di Mola, pembangunan jembatan titian telah memberikan manfaat yang sangat besar bagi peningkatan kesejahteraan penduduk. Jembatan-jembatan titian yang dibangun tidak hanya memudahkan hubungan antarwilayah di dalam desa itu sendiri, tetapi juga dengan wilayah luar desa dan berdampak secara tidak langsung terhadap kemajuan kegiatan ekonomi penduduk desa dan penduduk sekitarnya. Wilayah-wilayah yang tadinya hanya dapat dijangkau dengan menggunakan sampan atau perahu, sekarang sudah dapat dicapai dengan berjalan kaki atau menggunakan sepeda motor. Para pedagang keliling yang sebelumnya menggunakan sampan/perahu dalam menjajakan dagangannya, sejak adanya jembatan, dapat melakukannya dengan berjalan kaki atau naik motor. Hal ini membawa pengaruh yang positif terhadap wilayah pemasaran dari kegiatan perdagangan yang dilakukan penduduk setempat. Sebelum dibangunnya jembatan, tidak banyak penduduk yang berdagang sampai ke wilayah-wilayah yang sulit dijangkau karena belum adanya jembatan tersebut. Penduduk daerah setempatlah yang harus pergi keluar untuk membeli semua keperluan hidupnya. Namun, setelah dibangunnya jembatan-jembatan tersebut, banyak pedagang yang datang untuk menawarkan dagangannya sehingga warga setempat tidak perlu bersusah payah ke pasar bahkan sebagian ada yang membuka usaha di rumah sehingga memajukan perekonomian di daerah tersebut (Hidayati dkk., 2011).

Demikian pula dengan pembangunan sarana air bersih di lokasi Coremap Wakatobi dan Sikka. Masyarakat dapat merasakan manfaat sarana air bersih dalam kehidupan sehari-hari mereka. Penyediaan sarana air bersih ini tentunya sangat membantu masyarakat karena sebelum adanya sarana ini, mereka harus membeli air bersih dari pedagang air keliling. Dalam sehari, paling tidak

masyarakat harus membeli empat jerigen air untuk memenuhi kebutuhan air bersih, seperti untuk masak dan minum. Namun saat ini, dengan adanya air bersih dari Coremap, mereka tidak perlu lagi membeli air sehingga uang untuk membeli air dapat mereka manfaatkan untuk keperluan lainnya.

Manfaat dari pembangunan sarana desa yang lainnya adalah tambatan perahu (dermaga/pelantar) yang telah memberikan manfaat sangat besar bagi nelayan dan masyarakat pesisir di lokasi Coremap. Dengan adanya tambatan perahu, nelayan menjadi lebih mudah menambatkan perahunya, proses naik turun nelayan/penumpang dan hasil tangkapan pun menjadi lebih mudah serta konstruksinya yang kokoh pun membuat perahu yang ditambatkan menjadi lebih aman. Selain itu, dengan terpusatnya kegiatan menurunkan hasil laut di satu tempat, yaitu di tambatan perahu, mengundang para pembeli hasil tangkap, seperti tengkulak maupun konsumen rumah tangga, untuk datang langsung membeli ikan. Hal ini mempermudah nelayan memasarkan hasil tangkapannya.

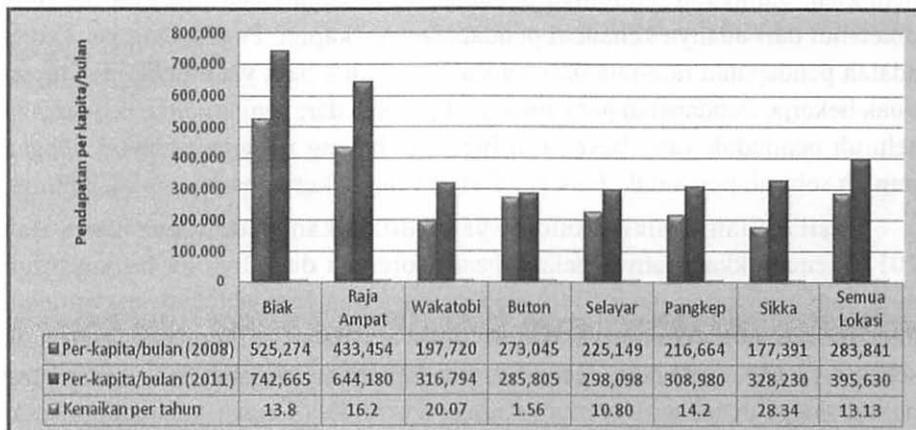
DAMPAK COREMAP TERHADAP PENINGKATAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT

Dampak keberhasilan Coremap dari aspek sosial-ekonomi yang diharapkan adalah terjadinya peningkatan kesejahteraan masyarakat di lokasi program. Salah satu indikator untuk menilai kesejahteraan masyarakat adalah pendapatan per kapita. Suatu masyarakat dikatakan sejahtera jika mempunyai pendapatan per kapita di atas kebutuhan fisik minimum/garis kemiskinan. Artinya, setiap individu telah terpenuhi kebutuhan fisiknya untuk hidup layak. Dengan demikian, gambaran terjadinya peningkatan kesejahteraan masyarakat dapat diketahui dari adanya kenaikan pendapatan per kapita. Pendapatan per kapita adalah pendapatan rata-rata dari seluruh penduduk baik yang bekerja maupun tidak bekerja. Pendapatan per kapita ini diperoleh dari penjumlahan pendapatan seluruh penduduk yang bekerja di berbagai bidang pekerjaan dibagi dengan jumlah seluruh penduduk, baik penduduk yang bekerja maupun tidak bekerja.

Hasil kajian sosial-ekonomi yang dilakukan pada tahun 2008 dan 2011 menunjukkan bahwa pelaksanaan Coremap di Indonesia bagian timur mempunyai dampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat. Pendapatan per kapita masyarakat di tujuh kabupaten di Indonesia timur naik sebesar 13,13% per tahun. Kenaikan pendapatan per kapita masyarakat yang paling tinggi di lokasi Coremap Kabupaten Sikka, dengan kenaikan sebesar 28,3%. Kabupaten lainnya yang mengalami kenaikan pendapatan per kapita di atas rata-rata adalah kabupaten Wakatobi, Raja Ampat, Biak, dan Pangkep. Ada dua kabupaten yang mengalami kenaikan pendapatan di bawah rata-rata, yaitu Kabupaten Selayar dan Buton (Diagram 3).

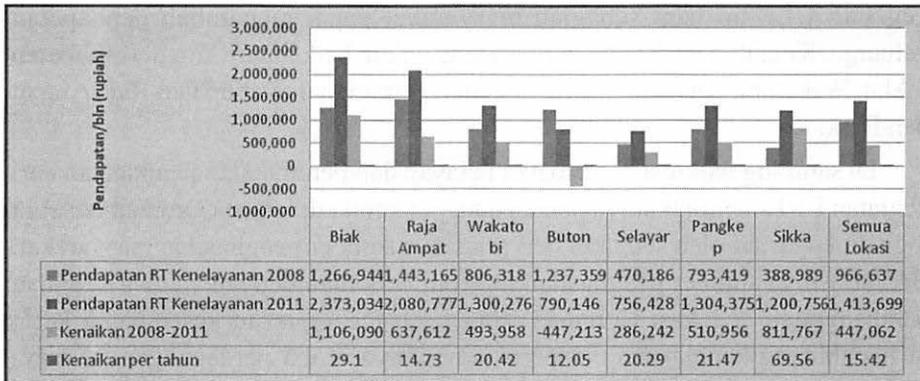
Tingginya kenaikan pendapatan per kapita di lokasi Coremap Kabupaten Sikka disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya adalah kenaikan hasil panen rumput laut. Setelah mengalami masa paceklik selama beberapa tahun (panen rumput laut gagal) karena hama “ice-ice”, masyarakat di lokasi Coremap Kabupaten Sikka (terutama yang di wilayah pulau, Kojagete, Kojadoi, dan Pemana) sudah mulai merasakan hasil panen rumput laut yang membaik. Meskipun belum optimal, hasil panen rumput laut dapat menambah pendapatan keluarga. Kegiatan Coremap mempunyai kontribusi pada peningkatan hasil panen rumput laut di Kabupaten Sikka. Sebagian masyarakat yang mempunyai usaha budi daya rumput laut ini mendapat pinjaman modal dari dana bergulir Coremap untuk biaya produksi budi daya rumput laut (bibit rumput laut, tali, tiang). Modal tersebut sangat diperlukan mengingat beberapa tahun sebelumnya para petani rumput laut ini terpuruk kondisi ekonominya karena panen rumput laut yang gagal.

Secara umum, peningkatan pendapatan per kapita di kabupaten lokasi Coremap di Indonesia bagian timur dipengaruhi oleh naiknya pendapatan nelayan. Hampir di semua kabupaten lokasi Coremap di wilayah timur pendapatan nelayan naik cukup signifikan dengan kenaikan rata-rata semua lokasi sekitar 15%. Pendapatan nelayan di Kabupaten Sikka naik sebesar 69% dan di Kabupaten Wakatobi, Selayar, dan Pangkep naik sekitar 20%. Kabupaten yang menunjukkan penurunan pendapatan nelayan adalah Kabupaten Buton (Diagram 4).



Sumber: BME Sosial-Ekonomi, Coremap-LIPI, Tahun 2008 dan 2011

Diagram 3. Perkembangan pendapatan per kapita di lokasi Coremap Indonesia Bagian Timur (2008-2011)



Sumber: BME Sosial-Ekonomi, Coremap-LIPI, Tahun 2008 dan 2011

Diagram 4. Perkembangan pendapatan rumah tangga dari kegiatan kenelayanan tahun 2008–2011

Berkurangnya kegiatan penangkapan secara ilegal (penggunaan bom, bius, dan pukot harimau) sejak pelaksanaan Coremap telah berdampak positif pada meningkatnya populasi ikan. Pada awal penerapan larangan penangkapan ikan secara ilegal, hasil tangkapan nelayan menurun. Namun, seiring dengan berkurangnya kegiatan penangkapan ilegal, populasi ikan mulai bertambah dan hasil tangkapan nelayan meningkat. Selain berkurangnya kegiatan penangkapan ilegal, naiknya pendapatan nelayan juga dipengaruhi oleh peningkatan teknologi dan armada tangkap. Peningkatan teknologi dan armada tangkap ini terlihat dari semakin tingginya kepemilikan perahu motor pada masyarakat nelayan di lokasi Coremap. Kemudahan pemasaran hasil laut juga berkontribusi terhadap peningkatan pendapatan nelayan. Kegiatan pembangunan dari berbagai sektor terkait, termasuk di antaranya oleh Coremap yang telah dilaksanakan di desa-desa tersebut, seperti pembangunan sarana dan prasarana sosial-ekonomi (misalnya pasar, dermaga, jembatan), sarana komunikasi dan transportasi sangat menunjang kemudahan pemasaran hasil tangkapan nelayan yang pada akhirnya mempengaruhi peningkatan pendapatan. Kondisi ini terutama terjadi di Kabupaten Raja Ampat, Biak, Wakatobi, dan Pangkajene Kepulauan.

Berbagai program pemberdayaan masyarakat yang sifatnya pemberian bantuan/pinjaman (*cash program*) juga memberikan peluang kepada masyarakat untuk melakukan kegiatan usaha ekonomi produktif di luar bidang kenelayanan. Salah satu kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui Coremap di wilayah Indonesia bagian timur adalah kegiatan UEP yang mendapat bantuan modal dari dana bergulir. Melalui kegiatan UEP masyarakat diberi pelatihan dan bantuan modal untuk mengembangkan usaha, seperti usaha budi daya rumput laut, berjualan ikan, warung sembako, dan jual bahan bakar (BBM). Adanya

kegiatan UEP ini bagi sebagian masyarakat dapat menambah pendapatan keluarga. Kegiatan UEP yang berkembang cukup baik antara lain di Kabupaten Sikka, Wakatobi, dan Buton serta kegiatan pertanian di Kabupaten Raja Ampat dan Biak.

Di samping naiknya pendapatan nelayan dan peningkatan pendapatan dari kegiatan UEP, meningkatnya pendapatan per kapita di lokasi Coremap tersebut juga dipengaruhi oleh semakin bervariasinya sumber penghasilan masyarakat. Bervariasinya sumber penghasilan tersebut berkaitan dengan adanya kegiatan pembangunan di lokasi Coremap yang telah menciptakan kesempatan kerja di luar bidang kenelayanan, seperti tumbuhnya usaha perdagangan (warung sembako, warung makan, jual ikan) dan jasa (ojek, sopir, tukang). Kondisi ini terjadi di Kabupaten Wakatobi dan Raja Ampat. Sebagai kabupaten baru yang sedang berkembang, pelaksanaan pembangunan yang bersifat fisik dan nonfisik di Kabupaten Wakatobi masih berlangsung hingga saat ini. Dampak dari adanya berbagai program pembangunan, baik yang bersifat fisik maupun nonfisik tersebut adalah kegiatan ekonomi masyarakat juga berkembang. Lapangan kerja menjadi terbuka di berbagai sektor, baik pemerintah maupun nonpemerintah. Kondisi ini turut memengaruhi pendapatan masyarakat. Pendapatan yang diterima keluarga tidak hanya bersumber pada satu jenis pekerjaan. Rumah tangga nelayan, selain mendapatkan penghasilan dari hasil menangkap ikan juga mendapat tambahan pendapatan dari sumber lain, misalnya dari sektor jasa (menjadi tukang ojek, usaha warungan atau menjadi pekerja serabutan di berbagai proyek pembangunan yang sedang berjalan). Meskipun masih dalam skala kecil pembangunan sarana dan prasarana desa yang telah dilaksanakan oleh Coremap seperti jembatan desa dan fasilitas air bersih juga berkontribusi terhadap peningkatan pendapatan masyarakat. Adanya jembatan memudahkan para pedagang keliling dalam menjajakan dagangannya. Sementara itu, pembangunan sarana air bersih membantu menghemat pengeluaran rumah tangga (Hidayati dkk., 2011).

Kabupaten Raja Ampat sebagai kabupaten baru juga sedang melaksanakan pembangunan fisik dan nonfisik yang telah dimulai sejak tahun 2006. Pelaksanaan pembangunan difokuskan di wilayah Waigeo Selatan, terutama sekitar Waisai sebagai ibu kota Kabupaten Raja Ampat. Kegiatan pembangunan ini berdampak pada peningkatan kegiatan ekonomi masyarakat dan menciptakan berbagai peluang untuk mendapatkan tambahan penghasilan. Kegiatan nelayan menjadi lebih berkembang karena tersedianya pangsa pasar hasil tangkap nelayan berkaitan dengan meningkatnya permintaan kebutuhan ikan. Kenaikan permintaan ikan ini karena adanya peningkatan jumlah penduduk di Waisai dan desa-desa sekitarnya. Jumlah penduduk di Waisai dan sekitarnya meningkat karena adanya perpindahan penduduk dari Sorong dan desa-desa di wilayah

Kabupaten Raja Ampat untuk bekerja di pemerintahan ataupun sektor lain, seperti perdagangan dan jasa, konstruksi, dan pendidikan. Selain peningkatan permintaan ikan, bertambahnya penduduk di di Waisai dan sekitarnya juga berdampak pada meningkatnya permintaan sayur-sayuran dan buah-buahan. Hal ini menjadi peluang bagi masyarakat setempat untuk mendapatkan penghasilan tambahan dari kegiatan pertanian/perkebunan. Kegiatan bertanam sayuran dan buah-buahan umumnya dilakukan oleh para ibu karena para bapak lebih mementingkan untuk bekerja mencari ikan di laut. Oleh karena itu, dengan berkembangnya kegiatan pertanian ini, para ibu juga berperan meningkatkan pendapatan keluarga. Dalam melaksanakan usaha pertaniannya para ibu memperoleh bantuan pinjaman modal untuk membeli bibit sayuran (bayam, kacang, buncis) dan pupuk serta obat-obatan dari dana bergulir Coremap (Widayatun, 2011).

Peningkatan pendapatan per kapita di Kabupaten Buton, menempati urutan terendah dibandingkan kabupaten lainnya di Indonesia bagian timur. Pendapatan per kapita di kabupaten ini hanya meningkat sebesar 1,56% per tahun selama kurun waktu 2008–2011. Rendahnya peningkatan pendapatan per kapita di kabupaten ini berkaitan dengan menurunnya hasil tangkap nelayan. Sebagian nelayan di wilayah ini merupakan nelayan yang target tangkapannya adalah ikan teri. Produksi ikan teri menunjukkan penurunan yang besar selama enam bulan terakhir. Sebagian nelayan menyebutkan bahwa pada tahun awal tahun 2011 merupakan bulan-bulan musim “paceklik”, produksi ikan teri menurun cukup drastis. Hal ini cukup berpengaruh terhadap pendapatan rumah tangga, terutama rumah tangga yang hanya mengandalkan sumber pendapatan dari usaha bagan ikan teri. Data tentang pendapatan rumah tangga dari kegiatan kenelayanan menunjukkan bahwa selama kurun waktu 2008–2012 hasil tangkap nelayan turun. Penurunan pendapatan rumah tangga dari kegiatan kenelayanan mencapai lebih dari 12% selama kurun waktu 2008–2012.

Sementara itu, pelaksanaan dana bergulir belum bisa menambah pendapatan rumah tangga secara signifikan. Pemanfaatan dana bergulir sebagian besar untuk usaha perdagangan (dagang kue, warungan, jual ikan) dan untuk menambah modal melaut. Pemanfaatan dana bergulir untuk kepentingan nonekonomi, seperti untuk biaya pendidikan dan konsumsi rumah tangga di kabupaten ini relatif kecil. Namun, karena skala usaha perdagangan relatif kecil maka hasilnya belum dapat menambah pendapatan rumah tangga. Sementara itu, usaha di bidang kenelayanan (bagan ikan teri) sedang mengalami masa “paceklik”.

PENUTUP

Peran masyarakat pesisir dan pulau kecil sebagai pengguna utama sumber daya laut sangat menentukan keberhasilan upaya pelestarian terumbu karang yang

dilaksanakan melalui Coremap. Peran dan keterlibatan masyarakat tersebut dipengaruhi oleh pemahaman mereka terhadap maksud dan tujuan Coremap serta manfaat yang diperoleh dengan adanya kegiatan yang akan dilaksanakan. Dalam upaya melibatkan masyarakat, pada awal program, Coremap melakukan berbagai kegiatan yang bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya pelestarian terumbu karang dan manfaatnya bagi kehidupan masyarakat. Kegiatan ini penting untuk mendorong keterlibatan masyarakat dalam pengelolaan program.

Berdasarkan hasil kajian sosial-ekonomi Coremap yang dilakukan pada tahun 2008 dan 2011, keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan monitoring kegiatan Coremap di wilayah Indonesia bagian timur secara umum belum optimal. Di sebagian kabupaten, seperti Kabupaten Biak, Raja Ampat, dan Buton peran masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan Coremap relatif tinggi. Hal tersebut terindikasi dari keterlibatannya dalam pembentukan kelembagaan, penyusunan RPTK, kegiatan UEP, dan pengawasan serta pembentukan daerah perlindungan laut (DPL). Sementara itu, di kabupaten lainnya, peran dan keterlibatan masyarakat dalam berbagai kegiatan Coremap masih terbatas. Berbagai faktor yang memengaruhi terbatasnya peran dan keterlibatan masyarakat tersebut di antaranya masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang beberapa kegiatan Coremap yang dilaksanakan di wilayahnya.

Pelaksanaan kegiatan Coremap di wilayah Indonesia bagian timur telah membawa dampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat. Indikasinya adalah pendapatan per kapita di semua kabupaten lokasi Coremap di wilayah ini menunjukkan kenaikan. Hasil BME menunjukkan kenaikan pendapatan per kapita per tahun mencapai sekitar 13%. Gambaran peningkatan pendapatan per kapita untuk tiap kabupaten bervariasi, berkisar antara 10,80% sampai dengan 28,54%. Kabupaten dengan kenaikan pendapatan per kapita yang cukup tinggi di antaranya adalah Kabupaten Sikka, Wakatobi, Biak, dan Raja Ampat. Sementara itu, peningkatan pendapatan per kapita untuk dua kabupaten lainnya, Kabupaten Buton dan Selayar, relatif kecil.

Perbaikan tingkat kesejahteraan masyarakat di lokasi Coremap di Indonesia bagian timur tersebut tidak semata-mata sebagai dampak langsung dari kegiatan Coremap. Namun, berbagai kegiatan Coremap telah meningkatkan kegiatan ekonomi masyarakat. Penurunan kegiatan ilegal seperti penangkapan ikan dengan menggunakan bom, bus, dan pukat harimau, sebagai dampak dari keberhasilan Coremap dalam penyadaran masyarakat berpengaruh pada peningkatan pendapatan nelayan dari kegiatan kenelayanan. Kondisi ini hampir terjadi di seluruh kabupaten lokasi Coremap. Sementara itu, kegiatan Coremap lainnya seperti UEP serta pembangunan sarana dan prasarana desa juga

telah menjadi faktor pendorong masyarakat untuk mendapatkan penghasilan tambahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asiati, Devi dkk. 2011. *Pengelolaan Sumber Daya Laut dan Kesejahteraan Masyarakat di Kabupaten Buton*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap- LIPI
- Biro Pusat Statistik. 2011. Jakarta: Biro Pusat Statistik.
- Daliyo, Zainal Fathoni, Soewartoyo, dan Sumono. 2011. *Pelestarian Sumber Daya Laut, Partisipasi dan Kesejahteraan Penduduk*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- Hidayati, Deny, Ngadi dan Rusli Cahyadi. 2011. *Pengelolaan Terumbu Karang Melalui Coremap di Wakatobi Peran Masyarakat dan Dampaknya terhadap Pendapatan*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- Ndraha, Taliziduhu. 1990. *Pembangunan Masyarakat: Mempersiapkan Masyarakat Tinggal Landas*. Jakarta: Rieneka Cipta.
- Ngadi, Toni Soetopo, Suko Bandiyono dan Masyhuri Imron. 2011. *Dinamika Sosial Ekonomi Masyarakat Pesisir di Kabupaten Kepulauan Selayar*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- Noveria, Mita, Dewi Harfina, dan Maeirina Ayumi Malamassam. 2011. *Pelestarian Terumbu Karang Berbasis Masyarakat Suatu Upaya Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat di Kabupaten Pangkajene Kepulauan*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- Romdiati, Haning dkk. 2011. *Pelestarian Terumbu Karang Upaya Meningkatkan Pendapatan Masyarakat di Kabupaten Biak Numfor*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- Suharsono. 2007. "Pengelolaan Terumbu Karang di Indonesia". *Orasi Pengukuhan Profesor Riset Bidang Ilmu Oseanografi*. Jakarta: Pusat Penelitian Oseanografi-LIPI.
- Widayatun dan Augustina Situmorang. 2011. *Penyelamatan Terumbu Karang di Kabupaten Raja Ampat: Partisipasi dan Kesejahteraan Masyarakat*. Jakarta: Leuser Cipta Pusataka, Coremap-LIPI.
- World Bank. 1995. *Understanding Community Participation*. Washington D.C.: World Bank.
- Tempo. 2012. <http://www.tempo.co/read/news/2012/10/31/061438910/Sepertiga-Terumbu-Karang-di-Indonesia-Rusak>.

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI PUSKESMAS: ISU DAN TANTANGAN

Augustina Situmorang
Pusat Penelitian Kependudukan–LIPI.
E-mail: tinabaik2002@yahoo.com

Abstract

In line with the International Conference on Population and Development (ICPD) in 1994 in Cairo, 2001, The Indonesian Ministry of Health developed an integrated essential reproductive health Services at primary health care which include Adolescence Reproductive Health services (ARH). Utilized qualitative approach, this article examine the implementation of ARH in 16 primary health care (puskesmas) which are located in four districts/city namely Pontianak City, Landak District, Ogan Komering Ilir District and Tasikmalaya District. The study results showed that ARH programs have not been fully implemented. This is due to several obstacles including (a) The limited knowledge of health personnel in the puskesmas; (b) Obstacles related to legal and policy aspects; (c) Obstacles related to socio-cultural aspects. Considering the increase number of adolescents who have engaged in risky sexual activities, it is important to develop comprehensive approaches to this phenomenon, especially at puskesmas. To do so, the national consensus on the right of adolescents to obtain comprehensive information and services related to sexual and reproductive health is urgently needed. The consensus of course has to consider the religious and cultural norm, but it also has to accept the real condition of today's adolescents.

Keywords: *reproductive health, adolescents, sexual health, ARH, primary health care*

Abstrak

Sejalan dengan Pertemuan International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo, pada tahun 2001, Kementerian Kesehatan mengembangkan program pelayanan kesehatan reproduksi esensial yang terpadu di tingkat pelayanan dasar (puskesmas), termasuk di dalamnya Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Dengan menggunakan pendekatan kualitatif, tulisan ini mengkaji pelaksanaan PKPR di 16 puskesmas yang tersebar di empat kabupaten/kota: Kota Pontianak, Kabupaten Landak, Kabupaten Ogan Komering Ilir, dan Kabupaten Tasikmalaya. Hasil studi menunjukkan bahwa program PKPR belum sepenuhnya dapat terlaksana. Hal ini disebabkan beberapa kendala, antara lain (a) keterbatasan Pemahaman Tenaga Kesehatan di puskesmas; (b) Kendala terkait undang-undang dan kebijakan; dan (c) kendala terkait sosial budaya. Mengingat semakin meningkatnya jumlah remaja yang telah melakukan aktivitas seksual yang berisiko, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif, khususnya di tingkat pelayanan dasar. Konsensus terkait hak remaja untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif

perlu segera dilakukan. Konsensus ini juga harus memperhatikan norma agama dan budaya serta kondisi remaja pada masa sekarang.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, remaja, kesehatan seksual, PKRE, Puskesmas

PENDAHULUAN

Di Indonesia, perhatian terkait kebutuhan remaja terhadap pelayanan kesehatan reproduksi meningkat secara signifikan setelah pertemuan *International Conference on Population and Development (ICPD)* tahun 1994 di Kairo. Dalam pertemuan tersebut telah disepakati bahwa hak reproduksi adalah bagian dari hak asasi manusia (HAM). Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban menjamin pemenuhan HAM dan perlindungan warga dari perilaku yang melanggar HAM. Perlindungan ini terutama bagi perempuan dan remaja untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan nondiskriminatif. Sebaliknya, individu mempunyai kewajiban untuk menuntut informasi dan pelayanan yang komprehensif sehingga dapat mempelajari dan melindungi dirinya sendiri dari akibat-akibat yang tidak diinginkan, termasuk kematian ibu dan anak. Hasil kesepakatan Kairo juga merekomendasikan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif melalui pelayanan yang terpadu dan diberikan pada tingkat pelayanan kesehatan dasar. Kesepakatan ini kemudian ditegaskan ulang dalam pertemuan para petinggi dunia tahun 2008 dengan memasukkan akses universal terhadap kesehatan reproduksi dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* dan harus diwujudkan selambat-lambatnya pada tahun 2015.

Sejalan dengan hasil konsensus di Kairo, pada tahun 2001, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan mengembangkan program pelayanan kesehatan esensial dengan memperkenalkan pelayanan kesehatan reproduksi yang terpadu di tingkat pelayanan dasar (puskesmas). Pelayanan tersebut meliputi empat komponen Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu (1) kesehatan ibu dan bayi baru lahir; (2) Keluarga Berencana; (3) kesehatan reproduksi remaja serta (4) pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS. Di dalam Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi secara eksplisit dinyatakan bahwa PKRE terpadu harus dilaksanakan di semua puskesmas (Depkes RI, 2005).

Meskipun telah ada kesepakatan internasional yang kemudian ditindaklanjuti dengan kebijakan nasional, penyediaan pelayanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi terhadap remaja di Indonesia masih belum dapat dilaksanakan sepenuhnya. Hal ini antara lain karena isu terkait pelayanan kesehatan seksual dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja masih kontroversial. Berbagai kalangan termasuk petugas kesehatan masih belum

dapat sepenuhnya setuju bahwa penyediaan informasi dan pelayanan seksual dan kesehatan reproduksi merupakan hak warga negara tanpa memandang, baik status perkawinan, umur, maupun jenis kelamin. Studi ini bertujuan mengkaji pelaksanaan pelayanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi terhadap remaja di puskesmas.

Informasi yang disajikan dalam kajian ini diperoleh berdasarkan beberapa studi yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan LIPI (PPK-LIPI) antara lain studi “Pelaksanaan PKRE Terpadu di Puskesmas” (Situmorang dkk., 2008). Studi ini dilaksanakan dengan bekerja sama dengan UNFPA dan Kementerian Kesehatan pada tahun 2007 di 16 puskesmas yang tersebar di empat kabupaten/kota, yaitu Kota Pontianak dan Kabupaten Landak (Provinsi Kalimantan Barat), Kabupaten Ogan Komering Ilir (Provinsi Sumatra Selatan) serta Kabupaten Tasikmalaya (Provinsi Jawa Barat). Selain itu, informasi juga diperoleh dari rangkaian penelitian yang dilakukan oleh PPK-LIPI pada kurun waktu 2006–2009 dengan tema Kondisi Kesehatan Reproduksi di wilayah perbatasan dengan studi kasus di Kota Batam dan Kabupaten Sanggau (Situmorang dkk., 2007 dan 2009). Kedua studi tersebut menggunakan kombinasi pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui wawancara terbuka, diskusi kelompok terfokus (FGD), observasi, dan *exit interview*.

REMAJA DAN PELAYANAN KESEHATAN

Masa remaja merupakan periode yang sangat penting dalam kehidupan reproduksi individu. Pada periode ini, seorang anak (laki-laki dan perempuan) membangun fondasi kehidupan reproduksi mereka. Banyak peristiwa penting terkait reproduksi manusia terjadi pertama kali pada masa ini, seperti pubertas, hubungan seks pertama, kawin pertama, dan melahirkan pertama. Oleh karena itu, perilaku dan keputusan yang diambil pada masa ini akan mempunyai pengaruh yang sangat penting dalam kehidupan masa depan seorang individu, bukan hanya yang terkait dengan kesehatan reproduksi melainkan juga menyangkut kehidupan sosial dan ekonomi (Mensch *et al.*, 1998).

Dalam sejarah pelayanan kesehatan masyarakat, isu terkait kesehatan remaja relatif masih baru. Hal ini disebabkan pada masa lalu, remaja dianggap sebagai kelompok masyarakat yang paling sehat. Dalam arti kelompok ini sudah melewati masa anak-anak yang rentan terhadap penyakit, dan belum mencapai usia dewasa yang juga rentan terhadap berbagai penyakit karena dipicu oleh stres dari pekerjaan atau kelompok lanjut usia yang rentan terhadap penyakit degeneratif. Dalam konteks kesehatan reproduksi, remaja dianggap tidak memerlukan pelayanan. Remaja yang belum menikah dianggap tidak aktif

secara seksual. Sementara itu, mereka yang sudah menikah diasumsikan tidak memerlukan alat kontrasepsi karena hampir di semua masyarakat berpandangan bahwa wanita yang baru menikah diharapkan segera memiliki anak.

Perhatian terhadap kesehatan reproduksi remaja pada beberapa dekade belakangan ini sangat berkaitan dengan perubahan sosial-demografi yang sangat berpengaruh terhadap remaja di negara-negara berkembang. Elliott dan Feldman (1990: 47) mengatakan bahwa remaja pada masa sekarang berhadapan dengan tuntutan dan harapan sekaligus risiko dan godaan yang tampaknya lebih besar dan lebih kompleks dari yang dialami oleh remaja generasi sebelumnya. Selain meningkatnya jumlah penduduk usia remaja (10–24 tahun), banyak studi menunjukkan bahwa remaja pada masa kini mempunyai mobilitas yang lebih tinggi, sekolah lebih lama, lebih cepat mendapat menstruasi, menikah dalam usia lebih tua, dan cenderung melakukan aktivitas seksual sebelum menikah (Hofferth, 1990; Morris, 1993; Bongaarts and Cohen, 1998; Caldwell *et al.*, 1998; Singh, 1998; Zabin and Kiragu, 1998; Situmorang, 2003). Perubahan-perubahan penting ini, bersamaan dengan urbanisasi dan kemajuan teknologi informasi secara global telah menjadikan remaja semakin terpapar terhadap risiko yang terkait dengan kesehatan reproduksi.

Jumlah penduduk usia muda (10–24 tahun) di Indonesia sangat besar. Sensus Penduduk tahun 2010, menunjukkan proporsi penduduk usia remaja 10–24 tahun mencapai 26,7% atau lebih dari seperempat dari keseluruhan penduduk. Sensus 2010 juga menunjukkan bahwa 10% penduduk usia 10–19 tahun sudah menikah. Hal ini cukup memprihatinkan. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa ibu yang berusia remaja mempunyai risiko yang lebih besar dibanding ibu usia dewasa terkait komplikasi akibat kehamilan, seperti hipertensi, disproporsi sefalopelvik, kekurangan zat besi, dan anemia (Zelnik dkk., 1981; Sendorowitz, 1995: 17; Zabin dan Kuragu, 1998: 215–217). Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa 19,7% perempuan usia 15 tahun ke atas mengalami anemia.

Beberapa studi di Indonesia menunjukkan bahwa jumlah remaja yang telah melakukan aktivitas seksual berisiko semakin meningkat. Hal ini antara lain dapat dilihat dari hasil survei yang dilakukan oleh Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) pada tahun 2008 yang menunjukkan bahwa 62,7% (N= 4.726) siswa SMP dan SMA di 17 kota besar di Indonesia sudah pernah melakukan hubungan seks. Pada umumnya remaja yang melakukan seks pranikah tidak menggunakan alat pelindung. Studi yang dilakukan oleh Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa sebagian besar remaja (60%) yang pernah melakukan hubungan seks tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi, termasuk kondom. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila temuan studi yang dilakukan oleh Australian National University (ANU) dan Universitas Indonesia (UI) tahun 2010, menunjukkan

bahwa 38,7% (N= 3.006) remaja usia 17–24 tahun hamil di luar nikah. Selain itu, beberapa studi juga menginformasikan bahwa tindakan pertama yang dilakukan remaja apabila hamil di luar nikah adalah melakukan aborsi dengan berbagai cara, antara lain dengan meminum jamu atau ramuan lainnya maupun tindakan seperti menekan atau melakukan pijatan di perut yang dapat merusak organ reproduksi (Kisbiyah dkk., 1997: 43; Situmorang, 2001). Berhubungan seks yang tidak aman juga menyebabkan banyak remaja yang terinfeksi penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS. Data yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa sampai bulan September 2011, presentasi kumulatif terbesar kasus AIDS (47,8%) dijumpai pada mereka yang berumur 20–29 tahun. Hal ini berarti kemungkinan awal terjadinya infeksi HIV adalah antara usia 15 dan 24 tahun.

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI PUSKESMAS

Program kesehatan reproduksi remaja di tingkat puskesmas pada dasarnya sudah dimasukkan dalam lingkup pelayanan kesehatan reproduksi sejak tahun 1994/1995 dengan penyediaan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan konseling remaja di puskesmas. Namun, program konseling ini belum bersifat ramah terhadap remaja dan belum melibatkan remaja sebagai subjek. Oleh karena itu, pemanfaatan pelayanan ini sangat minim karena remaja merasa tidak nyaman dengan perlakuan petugas kesehatan. Upaya penyebaran informasi kemudian difokuskan pada kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS) dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang bertanggung jawab, baik terhadap program UKS, guru BP, maupun kader kesehatan sekolah seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Saka Bhakti Husada (SBH).

Pada tahun 1996–1998, sebagai tindak lanjut dari Lokakarya Nasional tentang Kesehatan Reproduksi, dibentuk Kelompok Kerja (Pokja) Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja dengan *leading sector* Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas). Pokja ini diharapkan mampu menggerakkan semua pihak terkait dalam menunjang pelaksanaan program kesehatan reproduksi remaja sesuai dengan ketentuan ICPD. Namun sampai sekarang, tampaknya Pokja ini hanya mampu menyusun peran dan fungsi masing-masing sektor terkait. Belum ada satu pun program nyata yang dihasilkan oleh Pokja ini.

Pada tahun yang sama (1998), juga dikembangkan pelayanan kesehatan remaja di puskesmas melalui pendekatan kemitraan dengan sektor terkait (BKKBN, Depdiknas, Depag, dan Depsos). Depkes (Kemenkes) bertanggung jawab dalam penyediaan pelayanan medis, sedangkan sektor terkait lainnya bertanggung jawab mempersiapkan remaja agar siap untuk memanfaatkan pelayanan tersebut. Melalui program ini mulai disusun materi-materi KIE tentang kespro remaja berupa materi ini Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

Namun lagi-lagi, program kemitraan ini juga tidak berjalan dengan mulus karena tiap sektor belum saling memperkuat satu sama lain. Sebagai akibat, akses remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi di puskesmas juga menjadi sangat rendah.

Tahun 2000 mulai diperkenalkan komponen *Youth Friendly Health Services* (YFHS) yang dimanfaatkan sebagai pintu masuk pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Pada tahun ini pula mulai dibentuk tim KRR di berbagai tingkatan (provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan puskesmas). Karena kegiatan program ini lebih banyak pada peningkatan fungsi kemitraan, operasional YFHS sendiri belum berjalan dengan baik. Kemudian, YFHS disosialisasikan ke provinsi lainnya dan sampai dengan tahun 2001, telah tersosialisasi ke sepuluh provinsi di Indonesia.

Pada tahun 2001, Kementerian Kesehatan memperkenalkan kebijakan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu (PKRT) yang di dalamnya mencakup pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Pada tahun 2002, pengembangan program kesehatan remaja lebih diperluas dan dimantapkan dengan memperkenalkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini menggunakan pendekatan yang berbeda, yaitu puskesmas diberikan keleluasan berinovasi/kreativitas untuk meningkatkan akses remaja melalui pendekatan UKS, kegiatan Karang Taruna, dan Anak Jalanan serta kegiatan-kegiatan remaja lainnya yang dianggap potensial. Dengan demikian, puskesmas berupaya juga dalam meningkatkan kualitas pelayanannya melalui penyediaan layanan yang memenuhi kebutuhan remaja dan berdasarkan kriterianya (antara lain bersifat privasi, konfindensial). Selain itu, keterlibatan remaja sangat ditonjolkan dalam kegiatan program dari perencanaan sampai dengan evaluasi. Materi kesehatan tidak hanya KRR saja, tetapi meliputi semua materi kesehatan remaja (ditambahkan dengan NAPZA dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat). Pelatihan tenaga kesehatan lebih difokuskan pada praktik konseling. Pada akhir tahun 2003 telah ada sepuluh puskesmas di Jawa Barat dengan PKPR sebagai model yang selanjutnya akan direplikasikan secara bertahap didaerah lainnya. Selain itu, telah disusun juga strategi operasional PKPR dan buku pedoman PKPR. Di dalam strategi pelaksanaan PKPR dikembangkan jejaring kerja (*networking*) dengan LSM, pihak swasta dan profesional serta adanya aktivitas peer educator (pendidik sebaya).

Kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja juga diperkuat dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada bagian enam pasal 71–73 UU tersebut terkait Kesehatan Reproduksi, diamanatkan bahwa kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Setiap orang (termasuk remaja) berhak memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat

dipertanggungjawabkan (pasal 72). Oleh sebab itu, pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana (pasal 73).

Namun, tampaknya berbagai kebijakan tersebut belum sepenuhnya dapat dilaksanakan di puskesmas. Sampai tahun 2007, pada waktu penelitian terkait pelaksanaan PKRT dilakukan, sebagian kecil puskesmas yang telah mempunyai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Puskesmas yang mempunyai PKPR umumnya adalah puskesmas yang menjadi binaan (*pilot project*) UNFPA dan Kementerian Kesehatan terkait Program PKRE Terpadu di puskesmas. Sementara itu, puskesmas yang tidak masuk dalam wilayah binaan UNFPA tidak ada yang melaksanakan PKRE terpadu sehingga tidak menyediakan pelayanan khusus terhadap remaja. Ada beberapa kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan PKPR. Kendala tersebut antara lain dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu (a) kendala terkait keterbatasan pemahaman tenaga kesehatan di puskesmas; (b) kendala terkait undang-undang dan kebijakan; dan (c) kendala terkait sosial budaya.

Keterbatasan Pemahaman Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Pemahaman tenaga kesehatan terkait pelayanan terhadap remaja masih terbatas. Pelayanan untuk remaja masih cenderung dilaksanakan dengan penyuluhan ke sekolah-sekolah melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) maupun Palang Merah Remaja (PMR). Hanya sebagian kecil puskesmas yang telah melakukan *screening* dan konseling untuk remaja tentang kesehatan reproduksi. Beberapa petugas puskesmas mengaku sudah pernah mendapatkan pelatihan PKPR, tetapi karena di puskesmas tempat mereka bekerja belum ada program khusus untuk kesehatan reproduksi remaja, mereka belum memanfaatkan pengetahuan tersebut. Selain itu, diperoleh informasi bahwa sering kali petugas yang mendapatkan pelatihan di luar puskesmas selalu orang yang sama. Seorang narasumber di salah satu puskesmas di Kabupaten Landak mengatakan setiap ada tawaran untuk pelatihan dari Dinas Kesehatan Kabupaten, sering kali dia yang selalu dikirim. Sebagai akibat, petugas tersebut tidak bisa menyerap dan mengembangkan ilmu yang diperolehnya. Selain itu, karena tidak ada dukungan dari pimpinan, menurutnya dia tidak dapat menyerap informasi yang diperoleh selama pelatihan secara maksimal karena tidak fokus.

Pemahaman yang terbatas terkait kesehatan reproduksi remaja juga ditemui di kalangan dokter yang menjadi kepala puskesmas. Dalam wawancara, seorang responden yang juga merupakan kepala puskesmas mengatakan bahwa di wilayah kerjanya, isu kesehatan reproduksi remaja tidak menjadi prioritas karena usia kawin relatif muda. Dengan demikian, permasalahan yang terkait kesehatan

reproduksi remaja, seperti hubungan seks di luar nikah, hamil di luar nikah, dan aborsi tidak banyak ditemukan. Menurutnya, apabila telah menikah, pelayanan terkait kesehatan reproduksi bagi remaja tidak perlu dibedakan dengan ibu lain yang telah dewasa. Tentunya hal ini tidak sesuai dengan konsep PKPR.

Hal lain yang juga sering diungkapkan oleh narasumber dalam studi ini adalah adanya keengganan petugas kesehatan, termasuk dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada remaja yang belum menikah. Dari hasil wawancara dengan petugas kesehatan di puskesmas diperoleh informasi bahwa beberapa petugas puskesmas secara pribadi tidak setuju memberikan kondom atau alat kontrasepsi kepada pasien yang belum menikah. Ketika ditanya apakah mereka setuju bila seorang remaja lelaki yang sudah pernah terkena penyakit kelamin diberi informasi dan pelayanan kondom untuk tindakan preventif, sebagian besar mengatakan kurang setuju. Sebagian lagi mengatakan secara personal setuju, tetapi enggan melakukan karena takut disalahkan oleh tokoh masyarakat di wilayahnya. Kekhawatiran tersebut biasanya dikaitkan dengan norma agama dan budaya serta undang-undang yang mengatakan alat kontrasepsi hanya untuk pasangan usia subur.

Kendala terkait Undang-Undang dan Kebijakan

Berbeda dengan undang-undang kesehatan, undang-undang kependudukan di Indonesia membatasi pemberian alat kontrasepsi kepada individu yang belum menikah. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Kependudukan mengatakan bahwa pelayanan keluarga berencana, termasuk pemberian kontrasepsi, hanya diperuntukkan untuk pasangan usia subur. Undang-undang yang merupakan revisi dari UU Nomor 10 Tahun 1992 tersebut sering digunakan oleh petugas kesehatan sebagai pedoman untuk tidak memberikan alat kontrasepsi kepada remaja yang belum menikah meskipun telah pernah terinfeksi penyakit seksual menular.

Di lain pihak belum ada peraturan pelaksana sebagai tindak lanjut dari Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009. Hal ini menjadi hambatan bagi petugas kesehatan yang ingin menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif terhadap remaja. Kebijakan terkait pelayanan kespro remaja di puskesmas telah banyak dikeluarkan, tetapi belum ada peraturan pelaksana yang jelas tentang penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi terhadap remaja, khususnya remaja yang belum menikah. Sebagai contoh, belum ada peraturan yang jelas bagaimana melayani remaja yang belum menikah, tetapi telah aktif secara seksual, yang menginginkan pelayanan untuk melindungi dirinya dari kehamilan atau terinfeksi penyakit seksual menular.

Sampai pada saat ini, pendekatan PKPR di puskesmas masih sarat dengan muatan moral dan nilai-nilai normatif yang berlaku di masyarakat. Dengan pendekatan ini, tentu saja kebutuhan sebagian remaja yang telah aktif secara seksual menjadi tidak terpenuhi. Penelitian terdahulu, seperti yang telah diungkapkan pada bagiannya sebelumnya, menunjukkan bahwa banyak remaja di Indonesia yang melakukan aktivitas seksual yang berisiko karena ketidaktahuan. Pengajaran terkait kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi belum masuk ke dalam kurikulum nasional, sementara sebagian besar orang tua merasa canggung untuk membicarakan masalah seksual dengan anak mereka. Hal ini menyebabkan, remaja yang secara psikologis berada pada tahap keingintahuan yang besar, berusaha sendiri untuk mencari pemahaman dan pengalaman terkait seksualitas. Sebagian besar mencari tahu dari teman sebaya yang juga mempunyai pemahaman yang terbatas atau mencari informasi dari buku-buku atau video porno yang diperoleh secara ilegal.

Pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif masih sepenuhnya bergantung pada lembaga atau organisasi nonpemerintah seperti Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), organisasi di bawah binaan International Planned Parenthood Federation (IPPF). Selain pelayanan konseling terhadap remaja, PKBI juga memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif tanpa diskriminasi walaupun untuk beberapa pelayanan diperlukan persetujuan orang tua. Organisasi ini telah mempunyai cabang di sebagian besar provinsi di Indonesia, tetapi tentu saja tidak dapat menjangkau remaja di seluruh kabupaten kota yang ada.

Kendala terkait Sosial Budaya

Beberapa petugas kesehatan enggan memberikan informasi dan pelayanan kesehatan yang menyeluruh kepada remaja karena khawatir akan mendapat keluhan dari masyarakat. Banyak tokoh masyarakat, khususnya di kalangan pemuka agama dan anggota legislatif, yang berpendapat bahwa memberikan informasi dan pelayanan terkait hubungan seks yang aman akan mendorong remaja untuk melakukan seks pranikah. Sebagian pembuat kebijakan masih beranggapan bahwa seks adalah masalah pribadi yang tidak perlu dibicarakan di ruang publik. Masalah yang terkait dengan perilaku seksual remaja diserahkan kepada keluarga sepenuhnya.

Hal ini tentu saja tidak dapat menyelesaikan masalah, mengingat sebagian besar orang tua di Indonesia enggan atau malu berbicara mengenai seks dengan anaknya. Sebagian masyarakat bahkan menganggap tabu bagi orang tua untuk membahas seks dengan anaknya, apalagi yang belum menikah. Selain itu, tidak sedikit orang tua yang juga mempunyai pemahaman yang terbatas mengenai seks. Banyak orang tua yang beranggapan bahwa remaja sudah mendapatkan

informasi mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi dari sekolah. Namun, sampai sekarang, materi tentang kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi belum dimasukkan dalam kurikulum nasional. Hanya sebagian kecil wilayah yang sudah mulai memasukkan kesehatan reproduksi sebagai muatan lokal, meskipun masih terkendala dalam penyediaan guru yang dapat menyampaikan isu tersebut secara komprehensif.

Adanya kendala tersebut mengakibatkan sebagian besar puskesmas di daerah penelitian belum mempunyai program PKPR yang memadai. Di antara puskesmas yang mempunyai program PKPR, hanya sebagian kecil yang sudah mempunyai petugas yang telah mendapatkan pelatihan PKPR dan mempunyai ruang khusus untuk konseling remaja.

PENUTUP

Dalam kurun waktu tahun 1994 sampai sekarang, kebijakan dan program terkait kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi remaja sudah banyak dilakukan. Namun, pelaksanaan kebijakan dan program tersebut tampaknya masih “setengah hati”. Hal ini terjadi antara lain karena isu terkait kesehatan seksual dan reproduksi remaja masih kontroversial, baik di tingkat nasional maupun daerah. Kebijakan dan program yang ada belum dapat memenuhi kebutuhan sebagian remaja pada masa kini, khususnya mereka yang sudah aktif secara seksual. Diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif, khususnya di tingkat pelayanan dasar (puskesmas) untuk menangani permasalahan ini. Namun, agar hal tersebut bisa terlaksana, perlu dilakukan suatu konsensus mengenai hak remaja untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi dengan memperhatikan norma agama dan budaya, tanpa mengabaikan kondisi remaja pada masa sekarang. Hal ini harus dilakukan para pembuat kebijakan di tingkat nasional. Argumen yang mengatakan bahwa penyediaan informasi dan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi terhadap remaja akan mendorong remaja melakukan hubungan seks pranikah adalah kontraproduktif. Sebagai akibat, semakin banyak remaja yang melakukan hubungan seks di luar nikah tanpa mempunyai pengetahuan dan akses yang memadai bagaimana melindungi diri dari risiko yang tidak diinginkan. Apabila hal ini terus dibiarkan, akan semakin banyak remaja Indonesia yang mempunyai masalah kesehatan reproduksi, baik secara fisik, mental, maupun sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Bongaarts, John, and Barney Cohen. 1998. "Introduction and overview". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 99–105.
- Caldwell, John. C. *et al.* 1998. "The Construction of Adolescent in A Changing World: Implication for Sexuality, Reproduction and Marriage". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 137–153.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta: Depatemen Kesehatan RI.
- Elliott, Glen R., and S. Shirley Feldman. 1990. "Capturing the Adolescent Experience". In *At the Threshold: the Developing Adolescent*, edited by S.S. Feldman and G.R. Elliott. Cambridge MA: Harvard University Press, pp. 1–13.
- Hofferth, Sandra L. 1990. "Trends in Adolescent Sexual Activity, Contraception, and Pregnancy in the United States". In *Adolescence and Puberty*, edited by John Bancroft and June Machover Reinisch. New York: Oxford University Press, pp. 215–233.
- Khisbiyah, Yayah, Desti Murdijana, and Wijayanto. 1997. *Kehamilan tak Dikehendaki di Kalangan Remaja (Unwanted Pregnancy among Adolescents)*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, and Margareth E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Morris, Leo. 1993. Pre-marital sexual experience and use of contraception among young adults in Latin America. In *Family Planning Meeting Challenges: Promoting Choices*, edited by P. Senanayake and R. L. Kleinman. New Delhi: The Parthenon Publishing Group, pp. 505–511.
- Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Washington DC: World Bank.
- Singh, Susheela. 1998. "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 117–136.
- Situmorang, Augustina. 2001. "Adolescent Reproductive Health and Premarital Sex in Medan". *A thesis* submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Demography Program, Research School of Social Science, The Australian National University (unpublished).
- Situmorang, Augustina. 2003. "Chastity and Curiosity: Attitudes and Behavior of Young People in Medan Regarding Virginity and Premarital Sex". *Journal of Population*, 9 (2): 27–54.
- Situmorang, Augustina *et al.* 2007. *Kesehatan Reproduksi di Wilayah Perbatasan: Studi Kasus di Kota Batam dan Kabupaten Sanggau*. Jakarta: PPK LIPI.
- _____. 2008. *Implementation of Integrated Essential Reproductive Health Services in the Primary Health Care*. Jakarta: PPK LIPI and UNFPA.
- _____. 2009. *Fenomena Penyakit Infeksi Seksual Menular termasuk HIV dan AIDS di Kota Batam: Alternatif Kebijakan dan Program Pencegahan*. Jakarta: PPK LIPI.

- Zabin, L.S. & K. Kiragu. 1998. "The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in Sub-Sahara Africa". *Studies in Family Planning*, 29 (2): 210–232.
- Zelnik, Melvin, John F. Kantner, and Kathleen Ford. 1981. *Sex and Pregnancy in Adolescence*. London: Sage Publication.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PRODUKTIVITAS PEKERJA SEKTOR PERTANIAN DAN INDUSTRI PENGOLAHAN

Susilo

Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya, Malang.

E-mail: dr_soesilo@yahoo.com

Abstract

In the Province of East Java, the agricultural sector contributes the largest in employment, while its contribution to GDP is the lowest. On the other hand, the processing industry sector contributes the lowest in employment but its contribution to GDP is higher than the agricultural sector. Thereby it is important to study the productivity of both sectors. This study aims to examine the effect of sectoral attractiveness, individual characteristics and suitability of job options on the productivity of workers in the agricultural sector and manufacturing industry in East Java. Analysis of the data using a structural equation model (Structural Equation Modeling/SEM) and AMOS (Structural Analysis of Moment) application program. The study shows that the sectoral attractiveness and individual characteristics significantly influence the productivity of workers in both agriculture and manufacturing industry. But as an intermediate variable, the suitability of job options has no significant effect on workers' productivity. Thus, the effects of - sectoral attractiveness and individual characteristics on - workers productivity are direct.

Keywords: *the sectoral attractiveness, individual characteristics, suitability of job options, and labor productivity.*

Abstrak

Sektor pertanian di Provinsi Jawa Timur memberikan kontribusi paling besar dalam menyerap tenaga kerja, tetapi memberikan kontribusi terhadap PDB paling rendah. Sebaliknya, industri pengolahan merupakan sektor yang paling sedikit menyerap tenaga kerja, tetapi mempunyai kontribusi terhadap PDRB lebih tinggi dibandingkan dengan sektor pertanian. Dengan demikian, produktivitas di kedua sektor tersebut penting untuk dikaji. Studi ini bertujuan menganalisis pengaruh daya tarik sektoral, karakteristik individu pekerja, dan kesesuaian pilihan pekerjaan terhadap produktivitas pekerja pada sektor pertanian dan industri pengolahan di Jawa Timur. Analisis data dalam kajian ini dilakukan dengan menggunakan model persamaan struktural (*structural equation modeling/SEM*) dan dengan program aplikasi Analysis of Moment Structural (AMOS). Hasil studi menunjukkan bahwa faktor daya tarik sektoral dan karakteristik individu berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja, baik di sektor pertanian maupun industri pengolahan. Namun, variabel antara, yaitu variabel kesesuaian pilihan

pekerjaan, tidak berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja. Dengan demikian, daya tarik sektoral dan karakteristik individu terhadap produktivitas pekerja berpengaruh secara langsung.

Kata kunci: daya tarik sektoral, karakteristik individu, kesesuaian pilihan pekerjaan, dan produktivitas pekerja.

PENDAHULUAN

Pada umumnya, negara berkembang mengalami perubahan struktur ekonomi sejalan dengan dilaksanakannya proses pembangunan. Perubahan struktur ekonomi akan mengerucut pada satu arah, yaitu adanya perubahan struktur ekonomi dari dominasi sektor pertanian (*farm*) menuju sektor non-pertanian (*off-farm*). Chenery dan Syrquin (1975) berpendapat bahwa secara empiris transformasi struktur ekonomi akan sejalan dengan peningkatan pendapatan per kapita. Ketika pendapatan per kapita masyarakat meningkat maka akan terjadi pergeseran struktur ekonomi yang semula didominasi oleh sektor primer (pertanian) akan beralih pada dominasi sektor non-primer, seperti industri, perdagangan, dan jasa. Peningkatan pendapatan per kapita ini tidak lain karena meningkatnya produktivitas tenaga kerja pada sektor non-primer.

Pendapat lain, Usui (2011) menyatakan bahwa transformasi struktur ekonomi dapat dilakukan melalui tiga dimensi, yaitu (i) *output* aktivitas ekonomi akan bergeser dari barang dan jasa yang tingkat produktivitasnya rendah menjadi tingkat produktivitas yang lebih tinggi; (ii) penyerapan tenaga kerja akan bergeser dari sektor primer menuju sektor industri modern; dan (iii) ekspor barang akan lebih bervariasi dan lebih canggih.

Jawa Timur dalam tiga tahun terakhir menunjukkan adanya fenomena pergeseran struktur ekonomi (Tabel 1). Fenomena tersebut dapat dilihat pada dua hal, yaitu (i) penyerapan tenaga kerja di sektor pertanian yang cenderung menurun dan sebaliknya terjadi peningkatan pada sektor industri; dan (ii) nilai tambah (PDRB) yang dihasilkan sektor industri lebih dominan dibandingkan dengan sektor pertanian.

Dilihat dari produktivitas pekerja pada kedua sektor, sektor pertanian memiliki nilai produktivitas pekerja yang rendah (Tabel 2), sedangkan sektor industri memiliki nilai produktivitas pekerja yang lebih besar. Fakta ini membuktikan bahwa pendapat Chenery dan Syrquin memang tepat untuk kondisi transformasi struktur ekonomi di Jawa Timur.

Rendahnya produktivitas pekerja di sektor pertanian ini berpengaruh terhadap rendahnya pertumbuhan ekonomi, baik di kota maupun desa, terutama dengan besarnya penyerapan tenaga kerja yang akan semakin menghambat pertumbuhan ekonomi. Penelitian yang dilakukan oleh Jeon (2011), dengan

menggunakan sampel dua negara (Indonesia dan Korea) juga membuktikan bahwa produktivitas pekerja yang rendah di sektor pertanian pada kedua negara belum berdampak positif terhadap peningkatan pertumbuhan ekonomi.

Sementara itu, untuk sektor industri, meskipun tingkat produktivitas pekerja relatif tinggi dan cenderung meningkat, tetapi kontribusi terhadap PDRB cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir. Hal ini dapat menjadi indikasi bahwa sektor industri cenderung mengalami pertumbuhan yang lambat dibandingkan dengan sektor lain (jasa). Adanya krisis keuangan global yang telah mewabah ke berbagai negara belahan dunia (termasuk Indonesia) menjadi alasan terjadinya fenomena perlambatan pertumbuhan sektor industri di Jawa Timur.

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, eksplorasi dan analisis faktor-faktor yang memengaruhi produktivitas pekerja di kedua sektor sangat penting. Tulisan ini akan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi produktivitas pekerja pada sektor pertanian dan industri pengolahan di Jawa Timur. Faktor-faktor yang akan dikaji meliputi faktor daya tarik sektoral, karakteristik individu, dan kesesuaian pilihan pekerjaan. Faktor-faktor yang memengaruhi produktivitas pekerja pada kedua sektor diharapkan dapat

Tabel 1. Kontribusi Penyerapan Tenaga Kerja dan PDRB Berdasarkan Sektor Ekonomi di Jawa Timur

| Sektor Ekonomi | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|
| | Kontribusi Penyerapan Tenaga Kerja | Kontribusi PDRB | Kontribusi Penyerapan Tenaga Kerja | Kontribusi PDRB | Kontribusi Penyerapan Tenaga Kerja | Kontribusi PDRB |
| Pertanian | 44% | 16% | 43% | 16% | 42% | 15% |
| Industri Pengolahan | 13% | 26% | 12% | 26% | 13% | 25% |
| Jasa | 44% | 58% | 45% | 58% | 44% | 60% |
| Jumlah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Sumber: BPS Jawa Timur, 2011

Tabel 2. Produktivitas Pekerja Berdasarkan Sektor Ekonomi di Jawa Timur, Rupiah Konstan 2000

| Sektor Ekonomi | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| Pertanian | 5,997,956.61 | 6,058,081.73 | 6,459,618.07 |
| Industri Pengolahan | 32,950,457.95 | 34,916,624.79 | 35,013,812.41 |
| Jasa | 21,391,210.36 | 21,705,757.63 | 24,652,496.30 |
| Rata-rata | 16,148,615.96 | 16,620,573.51 | 18,304,196.33 |

Sumber: BPS Jawa Timur, 2011

menjadi acuan dalam membuat kebijakan publik yang tepat untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Sumber data dalam tulisan ini berasal dari hasil survei terhadap pekerja di sektor pertanian dan industri pengolahan di sembilan kabupaten, yaitu Kabupaten Gresik, Pamekasan, Banyuwangi, Jember, Probolinggo, Malang, Tulungagung, Magetan, dan Tuban. Pemilihan lokasi di kabupaten-kabupaten tersebut dilakukan secara purposif atas pertimbangan satuan wilayah pengembangan (SWP) dan dengan cara *purposive*. Mengingat terdapat sembilan SWP di Jawa Timur, untuk setiap-tiap SWP akan diambil satu kabupaten sehingga secara keseluruhan terdapat ada sembilan kabupaten sampel. Untuk setiap kabupaten tersebut akan dipilih dua kecamatan. Penentuan kecamatan terpilih ini didasari atas pertimbangan jumlah pekerja di sektor pertanian dan industri pengolahan yang tersedia di kecamatan tersebut, dan atas dasar jumlah produksi yang dihasilkan kedua sektor (pertanian dan industri pengolahan). Di setiap kecamatan akan dipilih dua desa. Pertimbangan penentuan sampel desa sama dengan tahap pada penentuan di kecamatan. Sementara itu, penentuan responden terpilih dilakukan secara *stratified random sampling*, yaitu responden yang akan diteliti dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu (i) responden yang bekerja di sektor pertanian dan (ii) responden yang bekerja di sektor industri pengolahan. Jumlah dan lapangan pekerjaan utama penduduk dilakukan berdasarkan informasi dari narasumber di tingkat desa. Selanjutnya, dilakukan *listing* terhadap penduduk yang mempunyai pekerjaan utama sesuai dengan kriteria tersebut. Pemilihan responden dilakukan secara acak melalui pengundian (TIDAK JELAS) Jumlah responden (?) dalam kajian ini sebanyak 384 orang yang berdasarkan pada jumlah populasi, yaitu penduduk berumur 15 tahun/lebih yang bekerja pada sektor pertanian dan sektor industri pengolahan di Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan data Sensus Penduduk tahun 2000, jumlah populasi tersebut di Jawa Timur adalah 3.003.291, dengan perincian: (i) sektor pertanian sebanyak 1.510.132 orang dan (ii) sektor industri pengolahan sebanyak 1.493.159 orang. Penentuan besarnya sampel didasarkan pada rumus (Lemeshow *et al.*, dalam Pramono dan Kustanto, 1997) sebagai berikut

Keterangan.

n : besar sampel (jumlah responden)

N : besar populasi (jumlah populasi acuan)

$$n = \frac{\left(z1 - \frac{a}{2}\right)^2 \times P(q) \times N}{(d)^2 \times (N - 1) + \left(z1 - \frac{a}{2}\right)^2 \times P(q)}$$

- $z_{1-\alpha/2}$: nilai standar normal yang besarnya bergantung pada alfa (α), bila $\alpha = 0,05$ maka $z = 1,960$ dan bila $\alpha = 0,01$ maka $z = 2,576$
- d : besarnya penyimpangan yang bisa ditolerir. Semakin kecil d akan semakin teliti penelitian, misal $d = 1\%$ atau $d = 5\%$
- P : estimator proporsi populasi (bila $P = 0,5$ maka besar sampel (n) akan menjadi maksimal)
- q : $1-P$ atau $(1-0,5) = 0,5$

Sementara itu, penetapan jumlah sampel pada tiap sektor dilakukan secara proporsional dengan rumus sebagai berikut.

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n_{\text{sektor}}$$

Keterangan

- n_i : jumlah sampel sektor i
- N_i : jumlah populasi sektor i
- N : jumlah populasi acuan
- n_{sektor} : jumlah sampel sektor

Dengan demikian, jumlah sampel pada tiap sektor tersebut adalah sebagai berikut: (i) sektor pertanian sebesar 193 orang dan (ii) sektor industri sebesar 191 orang. Fraenkel dan Wallen (1993) dalam Sigit (1990), menyarankan besar sampel minimum untuk penelitian korelasional adalah 50 subjek.

Sementara itu, analisis data dalam kajian ini dilakukan dengan menggunakan Model Persamaan Struktural (*Structural Equation Modeling/SEM*), dibantu dengan program aplikasi AMOS atau Analysis of Moment Structural (Arbuckle, 1997). Sejalan dengan metode yang akan digunakan, yaitu model persamaan struktural (*structural equation modeling*) yang mensyaratkan beberapa asumsi, dalam penulisan ini juga dilaksanakan beberapa uji asumsi. Berikut asumsi-asumsi yang harus dipenuhi dalam prosedur pengumpulan dan pengolahan data yang dianalisis dengan permodelan SEM: (a) asumsi-asumsi SEM (ukuran sampel, normalitas dan linearitas, *outliers*, multikolinearitas, dan singularitas), (b) uji kesesuaian dan uji statistik, (c) uji reabilitas, (d) interpretasi dan modifikasi model, dan (e) hipotesis dan hubungan.

Untuk mengevaluasi model, diperlukan uji *goodness of fit indices*. Uji tersebut, yaitu *chi-square*, *significance probability*, *relative chi-square*, *the root mean square error of approximation* (RMSEA), *comparative fit index* (CFI), dan *tucker lewis index* (TLI). Hubungan antara variabel bebas dan variabel tak

bebas dapat dituliskan dalam bentuk fungsi seperti berikut:

- Daya Tarik Sektoral = f (kesempatan kerja, pasar, upah, dan teknologi)
Karakteristik Individu = f (pendidikan, budaya, dan status sosial)
Kesesuaian Pekerjaan = f (daya tarik sektoral, karakteristik individu)
Produktivitas = f (daya tarik sektoral, karakteristik individu, kesesuaian pilihan pekerjaan)

PRODUKTIVITAS TENAGA KERJA: TINJAUAN TEORETIS

Dalam menjelaskan faktor yang berpengaruh terhadap produktivitas pekerja sektor pertanian dan industri pengolahan, teori yang relevan dalam kajian ini akan terkait dengan berbagai konsep termasuk konsep tentang produktivitas tenaga kerja, tenaga kerja, dan struktur lapangan usaha. Sementara itu, untuk pembahasan teori yang menjabarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap minat tenaga kerja untuk bekerja di sektor industri dan pertanian akan dibahas teori dari Kotler.

Konsep Produktivitas Tenaga Kerja

Pengertian produktivitas sangat berbeda dengan produksi, efektivitas, efisiensi, dan probabilitas. Setidaknya, ada empat hal yang sering kali dikaitkan dengan produktivitas, tetapi sebenarnya bukanlah pengertian produktivitas itu sendiri. Empat hal tersebut, yaitu (i) produktivitas bukan produksi, (ii) produktivitas bukan efektivitas, (iii) produktivitas bukan pengukuran kerja, dan (iv) produktivitas bukan profitabilitas.

Menurut Winardi (1997), produktivitas merupakan konsep yang mengaitkan hubungan antara *output* dan *input* sebagai elemen utama. Hal ini dicetuskan pertama kali oleh David Ricardo bersama Adam Smith sekitar tahun 1810. Sementara itu, cara untuk mengukur produktivitas tenaga kerja secara sederhana adalah dengan membandingkan antara *output* *input*. Sebagai contoh, untuk mengukur suatu produktivitas dari suatu perusahaan garmen, dapat dihitung dengan membandingkan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menghasilkan suatu produk garmen dari setiap mesin jahit yang dioperasikan oleh seorang karyawan (Usaid, 2005). Adapun faktor-faktor yang menentukan produktivitas tenaga kerja, antara lain modal manusia, penggunaan modal, inovasi, karakter dan manajemen perusahaan, kompetisi dan keterbukaan dalam perdagangan (Palmade, 2005 dalam Usaid, 2005).

Tenaga Kerja dan Struktur Lapangan Usaha

Menurut Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, pengertian tenaga kerja adalah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan guna menghasilkan barang dan/atau jasa untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun masyarakat. Dari pengertian tersebut, dapat digolongkan siapa saja yang bisa disebut sebagai tenaga kerja dan bukan tenaga kerja.

Secara umum pengelompokan tenaga kerja dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu (i) angkatan kerja yang terdiri atas kelompok orang yang bekerja dan pencari kerja dan (ii) bukan angkatan kerja yang terdiri atas (a) kelompok yang bersekolah, (b) kelompok mengurus rumah tangga, dan (c) kelompok penerima pendapatan. Pada waktu tertentu, kelompok bukan angkatan kerja dapat beralih status menjadi angkatan kerja jika orang dalam kelompok tersebut menawarkan jasanya untuk bekerja. Oleh sebab itu, kelompok kerja ini sering kali disebut dengan kelompok kerja potensial.

Dalam perekonomian, tenaga kerja dapat dikelompokkan menjadi tenaga kerja berdasarkan sektor. Pembagian berdasarkan sektoral ini mengacu pada sektor lapangan usaha yang digeluti oleh tenaga kerja. Setidaknya, terdapat sembilan sektor lapangan usaha yang secara umum memberikan kontribusi terhadap perekonomian (Produk Domestik Bruto), yaitu (i) sektor pertanian, (ii) sektor pertambangan dan penggalian, (iii) sektor industri manufaktur, (iv) sektor listrik, gas, dan air bersih, (v) sektor bangunan, (vi) sektor perdagangan, hotel, dan restoran, (vii) sektor angkutan dan komunikasi, (viii) sektor keuangan, persewaan, dan jasa perusahaan, dan (ix) sektor jasa-jasa (Jawa Timur dalam Angka, 2010).

Teori Produksi

Menurut teori ekonomi klasik, tenaga kerja merupakan *input* penting bagi perusahaan untuk menjadi modal utama produksi. Kesuksesan suatu perusahaan secara langsung akan terkait dengan produktivitas tenaga kerja. Jika tenaga kerja yang dimiliki perusahaan memiliki produktivitas tinggi, perusahaan akan meraih laba yang tinggi pula. Sebaliknya, perusahaan akan merugi jika produktivitas tenaga kerjanya menurun.

Masalah produktivitas akan selalu berhubungan dengan produksi, yaitu dalam setiap proses produksi akan menggunakan sumber daya (masukan) untuk memperoleh sejumlah keluaran tertentu. Sumber daya sebagai masukan terdiri atas beberapa faktor produksi, misalnya: tanah, mesin, peralatan, bahan mentah serta sumber daya manusia (tenaga kerja) dan *enterpreunership*. Faktor-faktor produksi tersebut lalu dikombinasikan dan ditransformasikan oleh perusahaan sebagai unit ekonomi dalam bentuk *output* (barang dan jasa hasil produksi).

Fungsi produksi adalah suatu persamaan yang menunjukkan jumlah maksimum *output* yang dihasilkan dengan kombinasi *input* tertentu. Hubungan antara jumlah *output* (Q) dengan sejumlah *input* yang digunakan dalam proses produksi ($X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$) secara matematis dapat ditulis sebagai berikut.

$$Q = f(X_1, X_2, X_3, \dots, X_n)$$

Dengan:

Q = Tingkat produksi (*output*)

$X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ = Faktor produksi yang digunakan (*input*)

Apabila *input* yang dipergunakan dalam proses produksi hanya terdiri atas modal (K) dan tenaga kerja (L), fungsi produksi yang dimaksud dapat diformulasikan menjadi:

$$Q = f(K, L)$$

Keterangan: Q = *output*; K = *input* modal; L = *input* tenaga kerja.

Kerangka Pemikiran Kotler

Pemikiran Kotler merupakan acuan utama dalam kajian ini. Variabel-variabel yang menjadi komponen dalam menentukan pengaruh produktivitas tenaga kerja pada sektor pertanian dan industri akan banyak disarikan dari literatur berdasarkan pemikiran Kotler. Menurut Kotler (1997), dalam upaya industrialisasi selama ini sering dipertanyakan subsektor-subsektor manufaktur atau industri-industri apa saja yang tepat untuk dikembangkan. Ada beberapa langkah yang harus dilakukan untuk menjawab pertanyaan tersebut, yaitu.

Pertama, mengidentifikasi faktor-faktor penentu, F aktor-faktor penentu tersebut terdiri atas kelompok faktor-faktor daya tarik industri dan kelompok faktor-faktor daya saing. Faktor-faktor daya tarik tersebut terdiri atas (1) nilai tambah tinggi per pekerja (produktivitas); (2) industri-industri kaitan; (3) daya saing di masa depan; (4) spesialisasi industri; (5) potensi ekspor; (6) prospek bagi permintaan domestik. Adapun untuk faktor-faktor daya saing antara lain meliputi (1) penilaian kemampuan industri dan (2) pembangunan kemampuan industri. Sementara itu, yang termasuk dalam faktor-faktor penyumbang pada daya tarik industri dapat dikelompokkan ke dalam empat kelompok, yaitu (1) faktor-faktor pasar, (2) faktor-faktor persaingan, (3) faktor-faktor keuangan dan ekonomi, dan (4) faktor-faktor teknologi. Selanjutnya, keunggulan kompetitif atau potensial, dalam menentukan kemampuan industri tergantung pada daya saing faktor-faktornya, yaitu kekuatan relatif faktor-faktor produksinya, yang mencakup sumber daya fisik, sumber daya manusia, dan teknologi serta daya saing atau kekuatan relatif perusahaan-perusahaan di daerah tersebut.

Kedua, strategi penentuan portofolio industri adalah merumuskan visi industri yang ada. Hal ini sangat penting karena tanpa visi yang jelas dari masyarakat dan pemerintah di suatu daerah, tidak mungkin daerah tersebut dapat membangun suatu sektor industri yang kompetitif. *Langkah ketiga* adalah mengidentifikasi strategi pendukung yang sesuai. Misalnya, strategi pengembangan teknologi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan pembangunan infrastruktur. Dari penjabaran kerangka pemikiran Kotler tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang menentukan daya tarik sektor industri dan pertanian dalam penelitian ini adalah faktor kesempatan kerja, pasar, upah, dan teknologi.

Sementara itu, berdasarkan hasil dari estimasi model SEM yang menggunakan AMOS sebagai *software* statistiknya, akan diketahui hubungan antarvariabel, yaitu daya tarik sektoral dan karakteristik individu berpengaruh pada kesesuaian pilihan kerja pada sektor pertanian dan industri manufaktur.

HUBUNGAN ANTAR-VARIABEL

Pengaruh Daya Tarik Sektoral terhadap Kesesuaian Pilihan Pekerjaan

Faktor daya tarik sektoral yang dimaksud dalam bahasan ini adalah suatu kondisi yang dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan bagi pekerja dalam pengambilan keputusan untuk memilih suatu pekerjaan. Faktor daya tarik sektoral ini dibangun dari empat dimensi (Kotler *et al.*, 1997):

- a. Kemampuan Kerja (k), terdiri atas enam indikator, yaitu
 - (i) informasi kesempatan kerja (k1); (ii) peluang kesempatan kerja (k2); (iii) tingkat persaingan dalam memperoleh pekerjaan (k3); (iv) perkembangan sektor pekerjaan (k4); (v) persyaratan untuk bekerja (k5); dan (vi) peluang untuk mendapatkan fasilitas permodalan (k6).
- b. Pasar (p), terdiri atas lima indikator, yaitu
 - (i) informasi pasar hasil produk (p1); (ii) permintaan hasil produk (p2); (iii) jangkauan pemasaran (p3); (iv) pemenuhan hasil produksi (p4); dan (v) prospek hasil produk (p5).
- c. Upah (u), terdiri atas empat indikator, yaitu
 - (i) informasi upah (u1); (ii) besarnya upah (u2); (iii) dengan kesesuaian upah beban kerja (u3); dan (iv) harapan untuk peningkatan upah (u4).
- d. Teknologi (t), terdiri atas lima indikator, yaitu
 - (i) pemahaman penggunaan teknologi (t1); (ii) penguasaan teknologi (t2); (iii) peningkatan penguasaan teknologi (t3); (iv) kesesuaian penggunaan teknologi (t4); dan (v) pengaruh perubahan teknologi.

Berdasarkan hasil perhitungan AMOS 4.1, dapat diketahui bahwa dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 445$, faktor daya tarik sektoral berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat tetap terhadap kesesuaian pilihan pekerjaan di sektor pertanian. Besarnya pengaruh tersebut adalah positif sebesar 0,067 (fix). Hal ini berarti semakin baik daya tarik aspek di sektor pertanian, cenderung semakin sesuai pilihan pekerjaan di sektor tersebut.

Sementara itu, pada industri pengolahan, dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 427$, daya tarik sektoral juga berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat fix terhadap kesesuaian pilihan pekerjaan di sektor industri pengolahan. Besarnya pengaruh tersebut adalah positif sebesar 0,079 (fix). Hal ini berarti semakin baik daya tarik pekerjaan di sektor industri pengolahan maka cenderung semakin sesuai pilihan pekerjaan di sektor tersebut.

Apabila hasil penelitian ini dikaji lebih jauh berdasarkan dimensi pembentuknya, dapat dijadikan bahwa peranan yang dominan dari masing-masing dimensi dalam membentuk variabel daya tarik sektoral di sektor pertanian adalah dimensi (i) pasar, (ii) teknologi, (iii) kesempatan kerja, dan (iv) upah. Sementara itu, pada sektor industri pengolahan, secara berurutan, dominasi tiap dimensi, yaitu (i) kesempatan kerja, (ii) teknologi, (iii) pasar, dan (iv) upah.

Hasil penelitian yang menunjukkan dominasi peranan dalam pembentukan faktor daya tarik di sektor pertanian yang berasal dari dimensi pasar, ditemukan sejalan dengan pendapat AT. Mosher (1996 dalam Hanani, *et al.*, 2003), yang menyatakan bahwa dalam mencapai pertanian progresif terdapat syarat pokok yang harus dipenuhi. Syarat yang paling utama adalah tersedianya pasar bagi usaha tani. Sementara itu, syarat lainnya adalah tersedianya teknologi yang selalu berubah, saprodi setempat yang selalu lancar, permintaan produksi, dan sarana pengangkutan yang lancar.

Pada sektor industri pengolahan, ternyata upah tidak menjadi dimensi pembentuk daya tarik sektoral yang utama. Dengan demikian, hasil ini tidak sejalan dengan pendapat dari Haris-Todaro (1997), yang menyatakan bahwa

Tabel 3. Pengaruh Daya Tarik Sektoral terhadap Kesesuaian Pilihan Pekerjaan

| Sektor | Koefisien Path (p value) | Keputusan | Loading Factor | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------|----------------|-------|-----------|-------|
| | | | K. Kerja | Pasar | Teknologi | Upah |
| Pertanian | 0,067 (fix) | Diterima | 0,631 | 0,874 | 0,684 | 0,587 |
| Industri Pengolahan | 0,079 (fix) | Diterima | 0,585 | 0,450 | 0,583 | 0,441 |

Sumber: hasil estimasi AMOS 4.1

perpindahan tenaga kerja dari sektor pertanian ke sektor industri pengolahan terjadi karena *the rate of expected wage* di sektor industri lebih besar dibandingkan dengan di sektor pertanian.

Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Kesesuaian Pilihan Pekerjaan

Karakteristik individu merupakan endomen yang melekat pada diri individu. Faktor ini dapat berubah karena lingkungan. Variabel karakteristik individu ini dapat dibentuk dari tiga dimensi, yaitu

- a. Tingkat Pendidikan (f), terdiri atas satu indikator, yaitu lama pendidikan yang ditempuh responden (f1).
- b. Budaya (b), terdiri atas enam indikator, yaitu
(i) jenis pekerjaan orang tua (b1), (ii) ada dan tidaknya pengaruh orang tua dalam memilih pekerjaan (b2), (iii) besarnya pengaruh orang tua (b3), (iv) keinginan orang tua untuk mengarahkan (b4), (v) keinginan orang tua untuk selalu dekat (b5), dan (vi) keinginan orang tua agar anak bekerja seperti pekerjaan orang tua (b6).
- c. Status Sosial (s), terdiri atas tiga indikator, yaitu
(i) status pekerjaan (s1), (ii) sarana dan prasarana pekerjaan (s2), dan (iii) rutinitas pelaksanaan pekerjaan (s3).

Sementara itu, kesesuaian pilihan kerja dalam bahasan ini adalah kecenderungan tidak berpindahannya responden dari pekerjaan sebelumnya karena adanya kesesuaian pekerjaan. Kesesuaian pekerjaan ini adalah variabel antara (*intervening variable*) yang terdiri atas empat indikator, yaitu (a) cita-cita responden mengenai pekerjaan, (b) upah pada pekerjaan sebelumnya, (c) kondisi lingkungan pekerjaan, dan (d) pengelolaan pekerjaan sebelumnya. Sementara itu, produktivitas pekerja merupakan perbandingan antara hasil yang dicapai dengan keseluruhan sumber daya yang digunakan. Produktivitas pekerja dalam kajian ini diperoleh untuk menggambarkan kondisi produksi dan biaya produksi bagi pekerja yang bekerja di sektor pertanian dan industri pengolahan. Adapun ukuran untuk variabel produktivitas pekerja yang digunakan, yaitu rasio antara *output* terhadap *input*. Lebih lanjut, variabel ini akan mengukur perbandingan antara jumlah produksi (*output*) yang dihasilkan pekerja dengan biaya produksi (*input*) yang dikeluarkan pekerja selama satu tahun di sektor pertanian dan industri pengolahan.

Berdasarkan hasil perhitungan AMOS 4.1, dapat diketahui bahwa dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 445$, faktor karakteristik individu berpengaruh secara signifikan tetapi bersifat *fix* terhadap kesesuaian pilihan pekerjaan di sektor pertanian. Besarnya pengaruh tersebut adalah positif sebesar

0,337 (*fix*). Hal ini berarti semakin baik karakteristik individu di sektor pertanian maka cenderung semakin sesuai pilihan pekerjaan di sektor tersebut.

Pada sektor industri pengolahan, dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 427$, karakteristik individu juga berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat *fix* terhadap kesesuaian pilihan pekerjaan di sektor industri pengolahan. Besarnya pengaruh tersebut adalah negatif sebesar -0,076 (*fix*). Hal ini berarti semakin baik karakteristik individu di sektor industri pengolahan maka cenderung semakin tidak sesuai pilihan pekerjaan di sektor tersebut.

Adapun dimensi pembentuk karakter individu pada sektor pertanian memiliki dampak yang positif dan negatif. Dimensi pendidikan memiliki dampak yang positif, sedangkan dimensi lainnya, yaitu status sosial dan budaya memiliki dampak negatif. Sementara itu, pada sektor industri pengolahan, dampak positif berasal dari dimensi pendidikan dan budaya, dan dampak negatifnya berasal dari status sosial.

Pada sektor pertanian, dapat ditemukan bahwa dalam dimensi budaya, peran orang tua dalam membentuk dan menanamkan budaya pada anak dalam hubungannya dengan pemilihan pekerjaan adalah kuat. Sementara itu, dari sisi dimensi status sosial, responden mengungkapkan bahwa dalam memilih pekerjaan harus melihat status sosial dari pekerjaan yang akan dijalaninya.

Pada sektor industri pengolahan, dimensi pendidikan merupakan dimensi yang dominan dalam membentuk karakteristik individu. Hal ini terkait erat dengan pengaruh dari karakteristik individu yang bersifat negatif terhadap kesesuaian pilihan pekerjaan. Setidaknya, ada dua alasan penting yang dapat menjelaskan hasil ini, yaitu (i) karakteristik individu yang semakin baik karena dibentuk oleh dimensi pendidikan dapat mengakibatkan individu tersebut memiliki peluang yang lebih besar untuk mendapatkan pekerjaan walaupun pekerjaan tersebut cenderung kurang sesuai, (ii) secara empiris sebagai akibat dari krisis ekonomi yang berkepanjangan maka kesempatan kerja juga menjadi semakin terbatas sehingga untuk memperoleh pekerjaan saat ini harus melewati

Tabel 4. Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Kesesuaian Pilihan Pekerjaan

| Sektor | Koefisien Path (<i>p value</i>) | Keputusan | Loading Factor | | |
|---------------------|--------------------------------------|-----------|----------------|--------|---------------|
| | | | Pendidikan | Budaya | Status Sosial |
| Pertanian | 0,337 (<i>fix</i>) | Diterima | 0,239 | -0,503 | -0,038 |
| Industri Pengolahan | -0,076 (<i>fix</i>) | Diterima | 0,973 | 0,104 | -0,208 |

Sumber: hasil estimasi AMOS 4.1

persaingan yang cukup ketat. Hal ini sebagai akibat dari semakin banyaknya pencari kerja baru di satu sisi dan kesempatan kerja yang terbatas di sisi lain.

PRODUKTIVITAS PEKERJA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH

Daya Tarik Sektoral terhadap Produktivitas

Berdasarkan hasil perhitungan AMOS 4.1, dapat diketahui bahwa dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 445$, faktor daya tarik sektoral berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat *fix* terhadap produktivitas pekerja di sektor pertanian. Besarnya pengaruh tersebut adalah positif sebesar 0,431 (*fix*). Hal ini berarti semakin tinggi daya tarik sektoral di sektor pertanian maka cenderung meningkatkan produktivitas pekerja di sektor tersebut.

Berbeda dengan sektor industri pengolahan, dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 427$, faktor daya tarik sektoral berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat negatif dan *fix* terhadap produktivitas pekerja di sektor industri pengolahan. Besarnya pengaruh negatif tersebut adalah -0,127 (*fix*). Hal ini berarti semakin baik daya tarik sektoral di sektor industri pengolahan maka cenderung semakin menurunkan produktivitas pekerja di sektor tersebut.

Dilihat dari dimensi pembentuknya, peranan dominan dari keempat dimensi daya tarik sektoral di sektor pertanian secara berturut-turut adalah dimensi pasar, teknologi, kesempatan kerja, dan upah. Sementara itu, pada sektor industri pengolahan, hal yang paling dominan peranannya adalah kesempatan kerja, kemudian teknologi, pasar, dan upah.

Dengan memperhatikan penjelasan mengenai dimensi pembentuk daya tarik sektoral serta keterkaitannya dengan produktivitas pekerja di sektor pertanian maka ada beberapa hal yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini, mengapa daya tarik sektoral berpengaruh secara positif terhadap produktivitas pekerja. *Pertama*, para pekerja di sektor pertanian nampaknya relatif memiliki pemahaman yang baik terhadap prospek hasil produk, teknologi yang digunakan,

Tabel 5. Pengaruh Daya Tarik Sektoral terhadap Produktivitas

| Sektor | Koefisien Path (<i>p value</i>) | Keputusan | Loading Factor | | | |
|---------------------|--------------------------------------|-----------|----------------|-------|-----------|-------|
| | | | K. Kerja | Pasar | Teknologi | Upah |
| Pertanian | 0,431 (<i>fix</i>) | Diterima | 0,631 | 0,874 | 0,684 | 0,587 |
| Industri Pengolahan | -0,127 (<i>fix</i>) | Diterima | 0,585 | 0,450 | 0,583 | 0,441 |

Sumber: hasil estimasi AMOS 4.1

peluang kesempatan kerja, dan besarnya upah yang diterima. *Kedua*, persepsi pemahaman tentang pasar, teknologi, kesempatan kerja, dan persepsi besarnya upah di sektor pertanian yang cenderung baik, dapat memicu pekerja di sektor pertanian untuk bekerja lebih optimal sehingga akan meningkatkan produktivitas.

Pada sektor industri pengolahan, ada dua hal yang dapat menjelaskan hasil temuan tersebut. *Pertama*, dominasi dimensi kesempatan kerja dan teknologi ternyata tidak mampu mendorong pekerja di sektor industri pengolahan untuk meningkatkan produktivitasnya. Hal ini dapat disebabkan dimensi upah masih sangat strategis dalam menentukan produktivitas pekerja. *Kedua*, dengan dominannya dimensi teknologi dan tidak dominannya dimensi upah maka hal ini dapat menggambarkan bahwa dukungan pemahaman pekerja terhadap teknologi yang sudah baik tidak diimbangi dengan upah yang sesuai sehingga menyebabkan penurunan produktivitas pekerja.

Karakteristik Individu terhadap Produktivitas

Berdasarkan hasil perhitungan AMOS 4.1, dapat diketahui bahwa dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 445$, karakteristik individu berpengaruh secara signifikan, tetapi bersifat *fix* terhadap produktivitas pekerja di sektor pertanian. Besarnya pengaruh tersebut adalah negatif sebesar $-0,264$ (*fix*). Hal ini berarti semakin baik karakteristik individu di sektor pertanian maka cenderung mengurangi produktivitas pekerja di sektor tersebut.

Di sektor industri pengolahan, dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 427$, karakteristik individu juga berpengaruh secara signifikan dan bersifat negatif dan *fix* terhadap produktivitas pekerja di sektor industri pengolahan. Besarnya pengaruh negatif tersebut adalah $-0,217$ (*fix*). Hal ini berarti semakin baik karakteristik individu di sektor industri pengolahan maka cenderung semakin menurunkan produktivitas pekerja di sektor tersebut.

Dimensi pembentuk karakter individu pada sektor pertanian memiliki dampak yang positif dan negatif. Dimensi pendidikan memiliki dampak yang positif walaupun kecil, sedangkan dimensi lainnya, yaitu status sosial dan budaya memiliki dampak negatif. Sementara itu, pada sektor industri pengolahan, dampak positif berasal dari dimensi pendidikan dan budaya, sedangkan dampak negatifnya berasal dari status sosial.

Penjelasan lebih lanjut yang dapat dikemukakan berkaitan dengan mengapa karakteristik individu berpengaruh secara negatif terhadap produktivitas pekerja di sektor pertanian adalah sebagai berikut: (i) apabila dilihat dari dimensi pembentuknya, dimensi status sosial dan budaya dalam penelitian ini ternyata justru memperlemah terhadap pembentukan karakteristik individu walaupun kedua dimensi tersebut signifikan. Hal ini karena dimensi tersebut berpengaruh negatif (ii) berdasarkan pada besarnya peranan indikator pengukuran dimensi

Tabel 6. Pengaruh Karakteristik Individu terhadap Produktivitas

| Sektor | Koefisien Path (p value) | Keputusan | Loading Factor | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------|----------------|--------|---------------|
| | | | Pendidikan | Budaya | Status Sosial |
| Pertanian | -0,264 (fix) | Diterima | 0,239 | -0,503 | -0,038 |
| Industri Pengolahan | -0,217 (fix) | Diterima | 0,973 | 0,104 | -0,208 |

Sumber: hasil estimasi AMOS 4.1

budaya dan status sosial sementara indikator pendidikan kecil peranannya maka semakin baik karakteristik individu tidak akan mendorong peningkatan produktivitas pekerja.

Selanjutnya, pengaruh negatif dari karakteristik individu terhadap produktivitas pekerja di sektor industri pengolahan dapat dijelaskan sebagai berikut: (i) dimensi status sosial yang berperan negatif ternyata dapat memperlemah dimensi pendidikan dan budaya dalam karakteristik individu. Akibatnya pengaruh karakteristik individu terhadap produktivitas pekerja menjadi negatif, dan (ii) dalam membentuk karakteristik individu, dimensi pendidikan saja tidak cukup, tetapi ketiga dimensi bekerja secara bersama-sama agar dapat meningkatkan produktivitas pekerja.

Kesesuaian Pilihan Pekerjaan terhadap Produktivitas

Berdasarkan hasil perhitungan AMOS 4.1, dapat diketahui bahwa dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 445$, variabel kesesuaian pilihan pekerjaan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja di sektor pertanian karena nilai probabilitasnya = 0,610 (lebih besar dari tingkat signifikansi yang telah ditetapkan). Hal ini berarti sesuai atau tidaknya pilihan pekerjaan yang dijalani responden di sektor pertanian ternyata tidak berpengaruh terhadap produktivitas pekerja di sektor tersebut.

Sementara itu, pada sektor industri pengolahan, dengan tingkat signifikansi sebesar 1%, pada $df = 427$, variabel kesesuaian pilihan pekerjaan juga tidak berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja. Nilai probabilitasnya adalah 0,353.

Setidaknya, ada dua hal yang melatarbelakangi permasalahan tersebut, yaitu (i) secara empiris peluang kesempatan kerja diketahui sangat terbatas sementara pencari kerja terus meningkat. Akibatnya, sangat tidak realistis kalau dalam kondisi seperti ini para pencari kerja tersebut masih berpikir untuk memilih-milih pekerjaan yang benar-benar sesuai dengan pilihannya, dan (ii) pengambilan keputusan untuk memilih pekerjaan di sektor pertanian maupun

industri pengolahan cenderung mengarah pada alasan tersedianya cukup waktu yang dapat digunakan untuk melakukan pekerjaan sampingan.

KESIMPULAN DAN CATATAN PENUTUP

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah dilakukan sebelumnya, terdapat beberapa temuan ilmiah seperti paparan berikut ini.

Pertama, terdapat empat dimensi pembentuk variabel daya tarik sektoral, yaitu dimensi kesempatan kerja, pasar, upah, dan teknologi serta tiga dimensi pembentuk karakteristik individu, yaitu dimensi pendidikan, budaya, dan status sosial antara keempat dimensi pembentuk daya tarik sektoral dan ketiga dimensi pembentuk karakteristik individu tersebut saling terkait satu lainnya. Meskipun demikian, ditemukan juga dominasi peranan tiap dimensi tersebut dalam membentuk variabel daya tarik sektoral dan variabel karakteristik individu memiliki pola berbeda di sektor pertanian maupun di sektor industri.

Kedua, pada sektor pertanian maupun industri pengolahan ditemukan bahwa ternyata dimensi budaya peranannya masih dominan/kuat dalam membentuk variabel karakteristik individu. Budaya yang dimaksudkan merupakan budaya yang dibentuk dari lingkungan keluarga, yaitu pengaruh orang tua sehingga cenderung memperlemah pembentukan variabel karakteristik individu.

Ketiga, variabel daya tarik sektoral dan karakteristik individu ditemukan berpengaruh secara langsung terhadap produktivitas pekerja dan tidak melalui variabel kesesuaian pilihan pekerjaan (variabel antara). Hal tersebut terbukti dari tidak signifikannya pengaruh variabel kesesuaian pilihan pekerjaan terhadap produktivitas pekerja di sektor pertanian maupun industri pengolahan.

Sebagai penutup, dapat disimpulkan bahwa faktor daya tarik sektoral dan karakteristik individu berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja, baik di sektor pertanian maupun industri pengolahan. Namun, variabel antara, yaitu variabel kesesuaian pilihan pekerjaan, tidak berpengaruh secara signifikan terhadap produktivitas pekerja. Dengan demikian, faktor daya tarik sektoral dan karakteristik individu berpengaruh secara langsung terhadap produktivitas pekerja tanpa melalui variabel antara, yaitu kesesuaian pilihan pekerjaan.

Menyadari adanya keterbatasan dalam kajian ini maka perlu dilakukan kajian lanjutan terutama berkaitan dengan pekerjaan yang menggunakan teknologi tinggi, guna memperoleh masukan yang lebih komprehensif. Bagi pengambil kebijakan di bidang ketenagakerjaan, disarankan untuk lebih hati-hati dalam merumuskan sebuah kebijakan, utamanya berkaitan dengan strategi dalam meningkatkan produktivitas karena hasil kajian menunjukkan adanya empat dimensi pembentuk daya tarik sektoral secara signifikan, yaitu pasar,

kesempatan kerja, teknologi, dan upah. Dalam menetapkan strategi peningkatan produktivitas, keempat dimensi ini harus diperhatikan secara bersama-sama. Oleh karena itu, sangat tidak tepat jika hanya dimensi upah saja yang dijadikan pertimbangan utama untuk mendukung strategi tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Arbuckle, J.L. dan W. Wothke. 1997. *Amos 4.0 User's Guide*. Chicago: Small Waters Corporation.
- Chenery, H.B. dan M. Syrquin. 1975. *Patterns of Development*. London: Oxford University Press.
- Jeon, Shinyoung. 2011. *Mechanisms of Labor Transition during Agricultural Transformation: The Cases of South Korea and Indonesia*. Singapore: International Conference on Asia Agriculture and Animal.
- Kotler, Philip, Somkid Jatusripitak, dan Suvit Maesincee. 1997. *Pemasaran Keunggulan Bangsa (The Marketing of Nations)*. Jakarta: Prenhallindo.
- Maholtra, Y. 1996. *Organizational Learning and Learning Organizations: An Overview*, URL://www.brint.com/papers/orglrng.
- Singarimbun, Masri. 1989. *Metode dan Proses Penelitian*. Cetakan Kedua. Jakarta: LP3ES.
- Usaid. 2005. *Measuring Competitiveness and Labor Productivity in Cambodia's Garment Industry*. Usaid's Bureau of Economic Growth.
- Usui, Noriko. 2011. *Transforming the Philippine Economy: "Walking on Two Legs"*, ADB Economics Working Paper Series No. 252.
- Winardi. 1997. *Sejarah Perkembangan Ilmu Ekonomi*. Bandung: Tarsito.
- BPS. 2010. *Jawa Timur Dalam Angka 2010*. BPS Jawa Timur.
- _____. 2011. *Berita Resmi Statistik Keadaan Ketenagakerjaan Jawa Timur*. BPS Jawa Timur.
- _____. 2003. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, RI.

PERAN MASYARAKAT MADANI DALAM MENGURANGI STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP PENDERITA HIV & AIDS

Ade Latifa¹ dan Sri Sunarti Purwaningsih²

¹ Pusat Penelitian Kependudukan–LIPI.

E-mail: sayaadelatifa@gmail.com

² Pusat Penelitian Kependudukan–LIPI

Abstract

Policies and programs to prevent and control the HIV & AIDS cases have been conducted in Indonesia since many years ago, however, stigma and discrimination towards the people living with HIV & AIDS (PLWHA) are still existing and difficult to be eliminated. People living with HIV & AIDS, often receive stigma. The HIV & AIDS was regarded as a disease curse from the God due to the negative behavior. Based on the study conducted in Indramayu and Bandung in 2009 this paper highlighted some important issues related to the role of civil society in reducing HIV & AIDS stigma and discrimination. This paper shows that the provision of law is not sufficient to handle the problem due to the limitation of law/regulation scope in stating the issues comprehensively. Issue like stigma and discrimination has not yet receive serious attention. Therefore, the role of civil society are very important for their capability to initiate dialog with the society to eliminate the stigma that tend to discriminate the PLWHA.

Keywords: *HIV & AIDS, stigma, discrimination, civil society*

Abstrak

Kebijakan dan program untuk mencegah maupun mengontrol kasus-kasus HIV & AIDS sudah banyak dilakukan di Indonesia sejak beberapa tahun yang lalu. Namun, stigma dan diskriminasi terhadap orang-orang yang hidup dengan HIV & AIDS (ODHA) masih ditemukan dan sulit dihilangkan. Orang yang didiagnosa terkontaminasi oleh virus HIV & AIDS acap kali memperoleh stigma negatif. HIV & AIDS dianggap merupakan penyakit kutukan dari Tuhan karena perilaku negatif dari orang-orang yang terinfeksi oleh virus HIV & AIDS tersebut. Berdasarkan hasil studi yang dilaksanakan di Indramayu dan Bandung pada tahun 2009, artikel ini memaparkan dan menggarisbawahi isu-isu penting terkait dengan peran masyarakat madani dalam membantu mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS. Hasil kajian memperlihatkan undang-undang saja tidak cukup untuk mengatasi persoalan tersebut karena undang-undang maupun peraturan yang ada belum menyinggung persoalan HIV & AIDS secara komprehensif. Isu tentang stigma dan diskriminasi terhadap ODHA belum mendapat perhatian serius. Oleh karena itu, peran dari masyarakat madani menjadi sangat penting karena mereka mampu membuka suatu dialog dengan masyarakat mengenai HIV/AIDS untuk menghilangkan mitos yang cenderung mendiskriminasi ODHA.

Kata kunci: HIV & AIDS, stigma, diskriminasi, masyarakat sipil

PENDAHULUAN

Berbagai kebijakan maupun program untuk mencegah dan menanggulangi penyebaran HIV & AIDS sudah banyak dilakukan oleh berbagai pihak, tidak saja oleh pemerintah, tetapi juga oleh lembaga-lembaga, baik swadaya masyarakat, nasional, maupun internasional. Meskipun demikian, masih ditemukan kendala-kendala yang menghambat kesuksesannya jalannya program-program tersebut. Salah satu kendala tersebut adalah adanya stigma dan diskriminasi terhadap orang-orang yang diidentifikasi menderita HIV & AIDS. Kondisi ini tentu saja dapat memengaruhi keefektifan program dalam “memerangi” epidemi HIV & AIDS. Di kalangan masyarakat, masih ada pendapat yang menganggap HIV & AIDS sebagai penyakit kutukan dari Tuhan karena manusia telah melanggar norma-norma agama. Akibat dari adanya stigma ini, sebagian orang yang terinfeksi HIV atau terkena AIDS menyembunyikan status mereka (segan mengakui jika dirinya terinfeksi HIV) karena khawatir diperlakukan diskriminatif oleh masyarakat.

Upaya untuk mengurangi stigma dan perlakuan diskriminatif terhadap orang yang hidup dengan HIV & AIDS (selanjutnya disebut dengan ODHA) adalah sangat penting karena seperti yang disampaikan oleh Direktur Program Global AIDS dari WHO (1987) bahwa stigma dan diskriminasi merupakan tantangan terbesar/utama dalam konteks penanganan persoalan AIDS secara global, di samping penyakitnya sendiri. Persoalan ini pun sudah dikemukakan dalam deklarasi *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2000. Salah satu isu yang disoroti dalam MDGs adalah persoalan penyebaran HIV & AIDS yang cenderung semakin meningkat sehingga persoalan tersebut bukan hanya terbatas soal penyakitnya saja (*disease*), tetapi juga terkait dengan persoalan stigma pada ODHA. Meskipun berbagai upaya telah dilakukan, baik dalam lingkup nasional maupun internasional, untuk mengatasi kasus HIV & AIDS, tetapi masalah stigma dan diskriminasi masih kurang mendapatkan perhatian dan sulit untuk diatasi/ditangani. Direktur Eksekutif dari UNAIDS juga mengemukakan hal senada bahwa stigma merupakan tantangan yang terus menerus ada/berkelanjutan sehingga membuat kegiatan di tingkat masyarakat, nasional dan global menjadi terkendala/terhambat.¹

Hasil studi PPK-LIPI bekerja sama dengan PKBI di Indramayu pada tahun 2009 menunjukkan bahwa upaya untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang dihadapi penderita HIV & AIDS bukanlah tugas yang mudah. Kenyataan tersebut juga ditemukan oleh studi yang dilakukan di Bandung (JEN bekerja

¹ Studi yang dilakukan oleh JEN berlokasi di tiga tempat, yaitu Jakarta, Bandung, dan Sidoarjo.

sama dengan KPAN dan HCPI)² yang menunjukkan bahwa kelompok masyarakat madani memiliki peran penting dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS. Studi JEN tersebut mengkaji tentang peran tokoh agama Islam dalam mencegah dan mengatasi penyebaran HIV & AIDS. Hasil studi menunjukkan tokoh agama tersebut turut berkontribusi dalam mengatasi persoalan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA melalui berbagai kegiatan keagamaan.

Berdasarkan fenomena terkait stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, tulisan ini bertujuan untuk mengangkat beberapa isu penting terkait dengan peran masyarakat madani dalam mengurangi stigma dan diskriminasi berdasarkan hasil studi di Indramayu dan Bandung pada tahun 2009. Secara khusus, tulisan ini bertujuan untuk memaparkan tentang bagaimana dan dalam hal apa stigma dan diskriminasi terjadi serta peran maupun pengalaman dari kelompok masyarakat madani dalam meretas stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS. Kenyataan menunjukkan bahwa individu dan masyarakat berperan besar dalam membantu ODHA berjuang menghadapi masalah yang dihadapinya, termasuk persoalan stigma dan diskriminasi. Bahkan sudah banyak studi yang menunjukkan bagaimana masyarakat madani mampu memberikan dukungan terhadap ODHA termasuk memberikan informasi yang sangat dibutuhkan mereka.

Sehubungan dengan hal tersebut, ada beberapa isu pokok yang dikemukakan dalam tulisan ini. Isu pertama tentang konteks/hal-hal yang melatari terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA serta manifestasi dari stigma dan diskriminasi ditinjau dari berbagai konteks. Isu kedua berkaitan dengan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, sedangkan isu pokok ketiga adalah menyangkut peran dari masyarakat madani dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS, termasuk dampak dan persoalan yang dihadapi oleh kelompok masyarakat madani ketika melakukan kegiatan tersebut. Dalam konteks kajian ini, yang dimaksud dengan kelompok masyarakat madani termasuk pemuka agama, pemuka masyarakat (termasuk kepala desa), akademisi, dan anggota dari lembaga swadaya masyarakat.

Diharapkan tulisan ini dapat menjadi acuan dalam upaya memerangi stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS. Data dan informasi yang digunakan dalam tulisan ini bersumber dari hasil kajian Tim PPK-LIPI yang dilakukan di Indramayu (2008) dan Bandung pada tahun 2009 serta publikasi lain yang berkaitan dengan topik yang dibahas ini.

² <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001894/189478ind.pdf>

KASUS HIV & AIDS DI INDONESIA

Peningkatan kasus HIV & AIDS di Indonesia dalam beberapa tahun belakangan ini telah menjadi perhatian pemerintah Indonesia dan masyarakat pada umumnya. Jumlah kasus baru AIDS pada triwulan kedua tahun 2011 mencapai 6.087 orang sehingga secara kumulatif sampai dengan bulan Juni 2011, tercatat jumlah kasus AIDS yang dilaporkan sebanyak 26.483 orang. Sementara itu, kasus orang yang terinfeksi HIV diperkirakan akhir tahun 2009 jumlahnya mencapai 180.000 orang yang sebagian telah menunjukkan gejala-gejala AIDS. Faktor penyebab bergeser dari A ke B, yaitu transmisi HIV secara heteroseksual menjadi penyebab utama (76,3%) disusul oleh transmisi HIV melalui penggunaan NAPZA suntik tidak aman (16,3%) dan kemudian oleh transmisi HIV secara homoseksual 2,2% (Laporan triwulan HIV&AIDS Ditjen P2PL, Kemenkes, 2011).

Tingkat pengetahuan dan kesadaran mengenai pencegahan terhadap HIV & AIDS merupakan salah satu faktor yang memengaruhi tingginya peningkatan kasus penderita penyakit tersebut. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh PKBI Jawa Barat menunjukkan bahwa tingkat kesadaran dari wanita pekerja seksual dan pelanggannya untuk melindungi dirinya terjangkit virus HIV sangat rendah, meskipun secara umum mereka paham akan fungsi dari penggunaan kondom. Sebagai gambaran saja, kelompok penduduk berisiko tinggi yang menggunakan kondom lebih dari enam bulan secara konsisten hanya mencapai sekitar 11% pada tahun 2007. Namun, pada tahun 2008 berkurang menjadi sekitar 5% (IPPA-OXFAM NOVIB, Indramayu 2009). Selain rendahnya tingkat kesadaran tentang pencegahan terhadap penularan virus HIV tersebut, hasil studi PPK-LIPI di Indramayu (2008) juga menunjukkan bahwa perilaku dari kelompok dampingan (wanita pekerja seksual dan pasangannya) untuk memeriksakan diri ke layanan kesehatan secara teratur, sangatlah rendah. Ada berbagai faktor yang menyebabkan rendahnya tingkat kesadaran, di antaranya adalah stigma dan diskriminasi. Adanya stigma dan diskriminasi cenderung membuat orang segan untuk mencari informasi, mengadopsi perilaku yang 'aman', mengakses layanan kesehatan untuk upaya preventif-kuratif serta mencari dukungan dan layanan hukum.

Peningkatan dan penyebaran epidemik HIV & AIDS kemungkinan besar akan terus berlangsung selama stigma dan diskriminasi masih ada karena kedua hal tersebut memiliki kontribusi dalam melanggengkan "kebisuan", menghalangi diskusi terbuka, dan menghambat akses terhadap layanan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan HIV & AIDS. Perasaan takut dan ketidakpahaman memperkuat dan melegitimasi stigma dan diskriminasi terhadap para penderita HIV & AIDS. Dengan demikian, stigma dan diskriminasi jelas menyebabkan implementasi dari program pencegahan HIV & AIDS tidak dapat dilakukan secara optimal. Stigma yang pada gilirannya mengarah pada perlakuan

diskriminatif terhadap ODHA ini, dapat dikatakan melanggar hak asasi tidak hanya penderita, tetapi juga keluarganya. Perlakuan diskriminatif dapat diamati dalam berbagai bentuk seperti keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, pengucilan dari kehidupan sosial dan diberhentikan dari pekerjaan.

Upaya menghapus stigma dan diskriminasi merupakan hal penting karena hal ini diyakini dapat menekan laju peningkatan kasus HIV & AIDS. Sosialisasi tentang HIV & AIDS kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mereka belumlah cukup. Hal mendesak lainnya yang perlu dilakukan adalah menghilangkan anggapan negatif seputar HIV & AIDS terhadap ODHA. Tokoh/pihak utama yang memiliki kemampuan menghapus stigma dan diskriminasi terhadap ODHA adalah masyarakat madani. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa merupakan hal yang sulit jika hanya menggantungkan harapan pada pihak pemerintah saja untuk memberantas, menghambat, termasuk mengurangi stigma dan diskriminasi terkait dengan penyakit HIV & AIDS tersebut.

KONTEKS TERJADINYA STIGMA DAN DISKRIMINASI

Kajian lebih dalam tentang bagaimana dan dalam konteks apa munculnya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap virus HIV & AIDS itu perlu dilakukan. Persoalan stigma dan diskriminasi ditengarai sangat berkaitan erat dengan isu seksualitas, gender, etnis, kemiskinan, termasuk juga ketakutan akan terinfeksi virus tersebut. Contohnya, rasa takut dapat membuat stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS semakin sulit untuk dihapus. Interaksi dari beragam aspek tersebut dengan persoalan stigma dan diskriminasi hasil kajian berbagai studi yang pernah dilakukan pemerhati masalah HIV & AIDS adalah sebagai berikut.

Seksualitas

Stigma dan diskriminasi terhadap pengidap virus HIV & AIDS sangat terkait dengan stigma seksual karena sebagian besar penderita AIDS terinfeksi melalui hubungan seksual. Selain itu, stigma seksual juga sangat berkaitan dengan praktik-praktik seksual atau identitas/orientasi seksual yang berbeda dengan norma yang berlaku pada umumnya, seperti homoseksual, prostitusi, orang yang memiliki perilaku seks bebas, dan penyimpangan seksual lainnya sehingga dapat dipahami apabila orang yang memiliki orientasi seksual seperti tersebut sering kali mengalami perlakuan diskriminatif (Gagnon and Simon, 1973; Plummer, 1975; Weeks, 1981).

Berbagai kasus dari berbagai belahan dunia menunjukkan bahwa kelompok homoseksual sering kali dituduh sebagai pihak yang menyebarkan epidemi

tersebut atau diperlakukan sebagai kelompok penduduk yang paling berisiko tertular HIV. Selain homoseksual, perempuan yang melakukan kegiatan seks bebas juga dipercaya sebagai pihak yang paling bertanggung jawab atas penularan HIV melalui hubungan heteroseksual. Anggapan seperti ini telah mengabaikan kenyataan secara empiris. Kasus yang terjadi di Brasil misalnya, meskipun hasil survei secara jelas menunjukkan bahwa persentase tertinggi dari kasus infeksi penularan HIV ditemukan pada kelompok perempuan yang memiliki perkawinan monogami, tetapi tetap saja stigma tentang HIV positif lebih sering dikenakan pada perempuan yang memiliki perilaku seksual bebas (Parker and Galvão 1996). Stigma ini dapat menyebabkan persoalan serius yang dihadapi oleh perempuan yang tidak pernah melakukan hubungan seks bebas kecuali dengan suaminya yang mengidap HIV menjadi terabaikan padahal mereka juga sangat berisiko terpapar oleh virus tersebut.

Gender

Persoalan stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV dan AIDS juga terkait dengan stigma gender. Dampak dari adanya stigma dan diskriminasi ini ditengarai lebih berat dihadapi oleh ODHA perempuan karena hal tersebut menyebabkan terjadinya berbagai persoalan yang tidak menguntungkan dalam hal ekonomi, pendidikan, sosial, dan budaya serta mengakibatkan juga kesenjangan akses terhadap informasi dan pelayanan (Aggleton, 1999). Seperti yang sudah disinggung sebelumnya bahwa dalam kasus-kasus penularan secara heteroseksual adalah signifikan, penyebaran virus HIV sering kali dikaitkan dengan perilaku seksual perempuan yang tidak sesuai dengan norma. Misalnya, kegiatan prostitusi dilihat sebagai suatu bentuk perilaku perempuan yang tidak sesuai dengan norma. Sementara itu, perempuan sebagai pekerja seksualnya sering kali diidentifikasi sebagai *vector* dari infeksi yang amat berisiko bagi klien termasuk pasangan dari klien, tersebut. Dalam berbagai kondisi, laki-laki juga sering dipandang sebagai pihak yang membawa penyakit tersebut dalam hubungan yang heteroseksual karena perilaku seksual dari laki-laki yang tergolong berisiko (sering berganti-ganti pasangan seksual).

Hasil kajian tentang diskriminasi yang berkaitan dengan HIV & AIDS di Asia yang dilakukan oleh Jejaring Orang dengan HIV & AIDS (ODHA) se-Asia Pasifik memperlihatkan bahwa diskriminasi terhadap ODHA paling sering ditemukan pada sektor pelayanan kesehatan, yaitu sering kali pengobatan ditolak dengan alasan yang tidak jelas, kerahasiaan identitas ODHA dilanggar serta adanya penundaan pelayanan kesehatan. Hal yang lebih memprihatinkan seperti yang ditunjukkan oleh hasil kajian ini adalah adanya kenyataan bahwa penderita perempuan lebih menderita akibat adanya diskriminasi ini daripada laki-laki, baik di lingkup keluarga maupun masyarakat. Perempuan acap kali

menjadi objek pelecehan, kekerasan fisik, dan bahkan beberapa di antaranya ada yang dipaksa untuk pindah tempat tinggal.³

Etnisitas dan Kelas Sosial

Etnisitas dan kelas sosial pada kenyataannya juga berpengaruh terhadap kemunculan stigma dan diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV & AIDS (ODHA). Misalnya, kemunculan epidemik tersebut dianggap oleh sekelompok orang berkaitan dengan “seksualitas orang-orang Afrika”. Selain itu, ada anggapan yang melihat bahwa perilaku yang tidak bermoral dari orang-orang “Barat” yang telah menyebabkan penyebaran HIV & AIDS tersebut. Adanya anggapan-anggapan yang berbau SARA (Suku, Agama, dan Ras) seperti ini jelas telah menyebabkan semakin terpinggirkannya kelompok penduduk minoritas dan rentan terpaparkan oleh HIV & AIDS. Selain adanya anggapan semacam ini, stigma dan diskriminasi juga sering dikaitkan dengan kemunculan kelas sosial atau kelompok penduduk kaya dan miskin.

Menurut tulisan Castells (1996, 1997, 1998), epidemik HIV & AIDS semakin berkembang seiring terjadinya globalisasi dan terbentuknya polarisasi antara penduduk kaya dan miskin. Adanya bentukan baru dari beberapa kelompok sosial seiring dengan adanya perubahan-perubahan secara global, semakin memperlebar kesenjangan sosial dan terbentuknya stigmatisasi khususnya untuk kelompok penduduk yang miskin, tidak memiliki tempat tinggal, tidak memiliki lahan, dan kelompok pengangguran. Dalam kaitannya dengan penyakit HIV & AIDS, stigma dan diskriminasi juga sangat berkaitan dengan terjadinya marginalisasi ekonomi. Dalam berbagai konteks, yang menarik adalah epidemik HIV & AIDS sering kali dikaitkan dengan gaya hidup mewah yang dilakukan oleh kelompok penduduk yang tergolong ekonomi mampu. Mengenai keabsahan dari asumsi ini tentunya perlu penelitian lebih lanjut untuk mengetahui apakah memang ada pengaruh kuat dari aspek etnisitas maupun kelas sosial terhadap HIV & AIDS.

Rasa Takut akan Penularan Virus HIV & AIDS

Sampai saat ini, permasalahan HIV & AIDS dianggap masih sangat menakutkan karena infeksi yang disebabkan oleh HIV dapat mengancam jiwa penderita sehingga hal ini menyebabkan orang-orang takut tertular virus tersebut. Berbagai metafora yang terkait dengan AIDS juga turut berkontribusi atas timbulnya persepsi yang menyebutkan bahwa HIV & AIDS merupakan jenis penyakit yang akan menulari kelompok orang yang termasuk “lain”, khususnya adalah mereka yang memperoleh stigmatisasi karena perilaku seksual, gender, ras atau etnisitas,

³ http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1345_1_Indonesia_HIV_Audit_FINAL.pdf

status sosial ekonomi. Adanya stigmatisasi ini juga telah membuat sekelompok orang mengelak bahwa mereka secara individu sangat rentan atau berisiko tertular HIV & AIDS (UNAIDS, 2000; Malcolm *et al.*, 1998; Daniel, 1993).

Kemunculan stigma dan diskriminasi dalam konteks ini merupakan hasil interaksi antara kondisi-kondisi seperti gender, seksualitas, kelas sosial dengan adanya rasa takut terjangkit virus HIV & AIDS. Interaksi ini juga berkontribusi besar terhadap stigma dan diskriminasi yang telah meng'urat-akar' dalam benak manusia sehingga sulit mengembangkan suatu respons yang positif. Selain itu, kondisi ini juga telah menyebabkan terbentuknya lingkaran setan akan stigma dan diskriminasi yang bekerja dari dua arah, yaitu (1) HIV & AIDS sangat terkait erat dengan perilaku dari kelompok penduduk yang terpinggirkan. Semua individu yang terjangkit HIV & AIDS diasumsikan sebagai kelompok penduduk yang terpinggirkan dan sebagian dari mereka mendapatkan stigma dengan cara-cara yang tidak biasa mereka peroleh sebelumnya. Beberapa kasus menunjukkan bahwa laki-laki merasa takut untuk membuka status bahwa dirinya sudah terjangkit virus HIV karena mereka akan dicap sebagai kelompok homoseksual. Demikian pula halnya dengan perempuan yang merasa takut untuk membuka serostatusnya karena mereka akan mendapatkan label sebagai orang yang suka melakukan hubungan seks bebas atau pekerja seksual; dengan kata lain, HIV & AIDS sangat berkaitan erat dengan perilaku yang termarginalisasi dan ODHA menjadi semakin terpojokkan karena mereka diasumsikan berasal dari kelompok orang yang termarginalisasi. (2) HIV & AIDS semakin memperburuk stigma yang menimpa individu maupun sekelompok orang yang sudah teropresi (mengalami tekanan) dan terpinggirkan, yang pada gilirannya membuat mereka semakin rentan terpaparkan HIV & AIDS dan semakin menjerumuskan mereka ke dalam kondisi yang diskriminatif. Pada poin kedua ini, orang atau kelompok yang sudah termarginalisasi akan semakin terpinggirkan karena mereka diasumsikan terinfeksi HIV atau bahkan sudah terkena AIDS.

MANIFESTASI DARI STIGMA DAN DISKRIMINASI TERKAIT HIV & AIDS

Stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV & AIDS memiliki berbagai bentuk dan dimanifestasikan dalam berbagai tingkat—negara, masyarakat dan individu—dan juga dalam berbagai konteks (UNAIDS, 2000; Malcolm *et al.*, 1998). Penjelasan berikut ini berupa penjabaran segala bentuk manifestasi dari stigma dan diskriminasi yang dilihat dari berbagai konteks.

Konteks Kebijakan dan Hukum

Stigma dan diskriminasi yang terkait dengan HIV & AIDS dapat dilihat manifestasinya dalam bentuk produk-produk hukum, kebijakan, dan prosedur

administrasi. Acap kali dikatakan produk-produk tersebut sebagai sesuatu produk yang diperlukan untuk melindungi penduduk secara umum, tetapi dalam implementasinya justru memperkuat praktik-praktik diskriminasi dan pengkelan stigma (Kirp, 1992; Manuel *et al.*, 1990). Beberapa contoh yang dapat dikemukakan di sini berkaitan dengan berbagai bentuk produk yang justru memperkuat stigma dan mendorong terjadinya diskriminasi terhadap ODHA, yaitu pemeriksaan kesehatan yang diwajibkan, kewajiban untuk membuat pemberitahuan kasus-kasus AIDS, pembatasan hak untuk menutup/melindungi identitas diri, pelarangan ODHA atas pekerjaan-pekerjaan tertentu dan pemeriksaan kesehatan, isolasi serta perawatan terhadap orang yang terinfeksi HIV yang melanggar hak asasi (Tomasevski *et al.*, 1992; Gostin and Lazzarini, 1997).

Contoh lain dari manifestasi stigma dan diskriminasi adalah terkait dengan implementasi kebijakan yang justru mendiskreditkan ODHA. Meskipun sering dikatakan bahwa diterbitkannya undang-undang yang mencegah kebebasan mobilitas dari ODHA merupakan suatu produk hukum yang tidak efektif dalam kaitannya dengan kesehatan publik, tetapi kenyataannya banyak negara-negara yang masih mengadopsi kebijakan yang membatasi perjalanan dan migrasi ODHA. Masih banyak contoh lainnya yang memperlihatkan terjadinya praktik-praktik diskriminasi dalam hal implementasi kebijakan publik, antara lain diharuskannya melakukan pemeriksaan HIV untuk orang-orang yang membutuhkan izin untuk kerja (AIDS Bhedbhav Virodhi Andolan, 1993; Solon and Barrazo, 1993). Diskriminasi tersebut juga terbaca dalam bentuk pernyataan tentang kondisi diri terkait HIV pada saat mengajukan visa turis dan adanya penolakan untuk masuk ke suatu negara bagi ODHA yang membawa obat-obatan untuk keperluan pengobatan terkait dengan HIV & AIDS-nya (Duckett and Orkin, 1989). Bentuk lain dari diskriminasi terlihat pada kasus penduduk asing yang dideportasi keluar negeri ketika pihak berwenang menemukan bahwa yang bersangkutan ditemukan mengidap HIV positif (Malcolm *et al.*, 1998; AIDS Bhedbhav Virodhi Andolan, 1993; Panos, 1990). Fenomena ini menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi terkait HIV & AIDS juga kerap menimpa penduduk asing selain kelompok yang terpinggirkan, terutama penduduk dari daerah/negara yang paling banyak penderita HIV & AIDS-nya. Penduduk yang berpenampilan berbeda dengan orang kebanyakan sehingga dianggap sebagai homo atau pekerja seksual, juga kerap menjadi sasaran investigasi fisik dan beragam pertanyaan. Dalam tulisan Sabatier (1988) bahkan dilaporkan bahwa pada awal epidemik HIV & AIDS berkembang, banyak pelajar dari Negara Afrika yang berada di Eropa dan Asia dideportasi.

Sebagian pemerintah mengakui bahwa pengukuran-pengukuran yang diterapkan sering kali tidak efektif sehingga ditetapkanlah undang-undang

untuk melindungi hak ODHA dalam hal pendidikan, pekerjaan, kerahasiaan, informasi dan perawatan. Namun, dalam implementasinya, undang-undang tersebut justru semakin mengekalkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Kegagalan atau kelalaian pemerintah dalam hal menjamin hak-hak ODHA (termasuk orang-orang yang berisiko tinggi terpapar HIV & AIDS) yang sudah ditetapkan dalam undang-undang tersebut juga merupakan salah satu bentuk manifestasi diskriminasi (Daniel and Parker, 1993; Watney, 2000).

Di Indonesia juga ditemukan adanya ketidaksesuaian antara kebijakan legislatif yang satu dengan yang lain dalam hal pencegahan HIV bagi pengguna narkoba melalui jarum suntik. Pengguna narkoba jarum suntik merupakan salah satu kelompok penduduk yang sangat berisiko terpapar penyakit tersebut dan dalam hukum pidana Indonesia, pengguna jarum suntik untuk mengonsumsi obat-obatan (*drug*) dikategorikan sebagai kegiatan yang ilegal. Oleh karena itu, pelakunya harus ditahan. Meskipun demikian, di Provinsi Bali—yang termasuk salah satu provinsi yang banyak terpapar kasus HIV & AIDS—Komisi Penanggulangan AIDS dan Badan Narkotika Nasional telah menandatangani suatu kesepakatan (MoU) yang memperbolehkan provinsi tersebut untuk memprakarsai program pengurangan dampak termasuk di dalamnya kegiatan pencegahan HIV. Dalam kasus ini menjadi tidak jelas apakah MoU tersebut bertentangan dengan hukum pidana tersebut.⁴

Satu hal lagi contoh kebijakan terkait pencegahan terhadap HIV yang tidak sesuai dengan kebijakan lainnya, yaitu tentang penggunaan kondom untuk tujuan pencegahan penularan virus HIV. Kebijakan nasional tentang pencegahan HIV & AIDS mendukung 100% penggunaan kondom oleh pekerja seksual dan pelanggan mereka, sementara undang-undang dasar Kependudukan (UU No. 10/1992) dari BKKBN menganggap bahwa hanya suami dan istri sebagai pasangan yang berhak untuk mengakses metode KB dari pemerintah. Di lain pihak, kondom sudah dipromosikan di berbagai daerah/provinsi untuk perlindungan ganda. Misalnya, dalam peraturan di Provinsi Jawa Timur dan draf undang-undang di Papua, dinyatakan 100% kondom dipergunakan dalam hubungan yang berisiko sebagai perlindungan ganda. Dengan adanya produk-produk hukum tersebut menjadi tidak jelas apakah hal ini akan bertentangan dengan UU Kependudukan karena mempromosikan penggunaan kondom terhadap pasangan yang belum

⁴ Diasumsikan bahwa akan lebih banyak wanita dan anak-anak yang terinfeksi virus HIV dibandingkan dengan laki-laki yang sering berhubungan seks dengan pekerja seksual. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan pada tahun 2009, diperkirakan sekitar 6,1 juta wanita menikah dengan laki-laki yang mengidap virus HIV. Kenyataannya sekarang kasus penderita penyakit HIV cenderung meningkat secara dramatis karena terbatasnya informasi tentang proses penularan. Orang tidak memiliki akses yang cukup untuk memproteksi dirinya dan kurang atau sedikitnya perhatian/dukungan yang semakin memperkuat stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS.

menikah. Terjadinya ketidaksesuaian antara satu kebijakan dengan kebijakan yang lain dapat menjadi sarana terjadinya diskriminasi terhadap ODHA atau sekelompok orang yang berisiko tinggi terpaparkan terhadap penyakit tersebut.

KONTEKS KELEMBAGAAN

Pendidikan dan Sekolah

Anak-anak dengan HIV & AIDS atau yang mempunyai hubungan dengan keluarga yang memiliki anggota keluarga terinfeksi HIV juga mendapatkan stigma dan perlakuan diskriminasi dalam konteks pendidikan di banyak negara (Gilborn *et al.*, 2001). Anak-anak tersebut sering kali diganggu atau diolok-olok dan bahkan kasus di Amerika sampai terjadi peristiwa siswa homo yang dikeluarkan dari sekolah karena ketahuan menderita positif HIV (Public Media Center, 1995; Galvão, 2000). Kecenderungannya justru perhatian semakin kurang diarahkan kepada kelompok muda yang dianggap paling bertanggung jawab atas penularan HIV dan kelompok penduduk yang sudah mendapatkan stigma dan diskriminasi karena mereka berperilaku seksual aktif, kaum homoseksual atau pengguna obat-obatan terlarang (Kirp *et al.*, 1989).

Pekerjaan dan Tempat Kerja

Beberapa praktik diskriminasi juga terjadi ketika pemeriksaan saat lamaran pekerjaan; adanya penolakan mempekerjakan seseorang yang positif terinfeksi, memberhentikan ODHA, dan terjadi stigmatisasi terhadap ODHA yang menunjukkan identitas dirinya sebagai penyandang serostatus. Kejadian seperti ini banyak dilaporkan dari berbagai negara, baik negara maju maupun berkembang (Gostin, 1997; Panos, 1990; Barragán, 1992; Gostin, 1992; Panos, 1992; Shisam, 1993; Omangi, 1997). Masih banyak lagi praktik-praktik diskriminasi yang terjadi pada ODHA yang pada gilirannya sangat merugikan mereka karena tidak jarang ODHA yang harus berhenti dari pekerjaan atau diberhentikan pensiunnya karena mereka penderita HIV/AIDS. Beberapa perusahaan sudah mengupayakan beberapa strategi untuk mengatasi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, tetapi masih banyak juga yang belum melakukan hal tersebut (Jackson, 1991; Bezmalinovic, 1996).

Sistem Pelayanan Kesehatan

Banyak laporan yang menyebutkan adanya pemeriksaan HIV yang dilakukan tanpa memberitahukan kepada yang bersangkutan/memperoleh izin dari yang bersangkutan, melanggar kerahasiaan, dan terjadinya penolakan perawatan dan pengobatan (AIDS Bhedbhav Virodhi Andolan, 1993; Tirelli *et al.*, 1991;

Carvalho *et al.*, 1993; Panebianco *et al.*, 1994; Ogola, 1990; Masini dan Mwampeta, 1993). Beberapa permasalahan yang sering kali ditemukan terkait dengan pelayanan kesehatan adalah kegagalan menjamin kerahasiaan pasien ODHA dengan membuka serostatus pasien kepada kerabat tanpa izin terlebih dahulu, menyampaikan informasi kepada media atau polisi (Panos, 1990; Bharat *et al.*, 2001; Singh, 1991).

Program HIV/AIDS

Ditengarai kebijakan dan program dari HIV & AIDS sendiri secara tidak disengaja berkontribusi terhadap proses stigmatisasi dan diskriminasi dengan dilakukannya pembedaan antara “penduduk pada umumnya” dan “penduduk yang berisiko tinggi” dengan adanya prioritas upaya pencegahan penyebaran virus HIV terhadap kelompok penduduk yang pertama. Pendekatan seperti ini di satu sisi justru dapat memperkuat persepsi bahwa perlindungan yang diberikan kepada penduduk pada umumnya jauh lebih penting dibandingkan dengan kelompok penduduk yang berisiko tinggi. Pendekatan semacam ini kembali menjadi sarana diskriminasi terhadap kelompok yang termarginalisasi karena mereka tidak menerima perhatian yang optimal.

Institusi Keagamaan

Dalam beberapa konteks, stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS justru diperkuat oleh pemuka/pemimpin agama, dengan menggunakan kekuasaan yang mereka miliki. Misalnya, dalam suatu simposium internasional yang diselenggarakan oleh sebuah forum keagamaan negara Afrika pada bulan Juli 2000, disampaikan bahwa penderita HIV/AIDS terinfeksi penyakit tersebut karena dosa-dosanya dan mereka “pantas” mendapatkan penderitaan tersebut. Pernyataan semacam ini jelas semakin memperkuat stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS.

Konteks Masyarakat

Sikap masyarakat terhadap isu HIV/AIDS tergantung dari sistem budaya yang melandasi kehidupan masyarakat tersebut. Dalam masyarakat yang menganut paham individualisme, HIV/AIDS akan diterima sebagai akibat dari tidak adanya tanggung jawab individu. Dengan demikian, pihak individu yang dipersalahkan dengan terjadinya penularan infeksi tersebut (Kegeles *et al.*, 1989). Namun, dalam masyarakat yang memiliki latar belakang budaya yang sangat kuat kebersamaannya, HIV/AIDS akan dipandang sebagai sesuatu yang mempermalukan keluarga dan masyarakat (Panos, 1990; Warwick *et al.*, 1998). Adanya kepercayaan lokal tentang sebab-sebab munculnya penyakit tersebut juga dapat memengaruhi stigma dan diskriminasi. Misalnya, ketika

penderita dipercaya mendapatkan penyakitnya tersebut sebab perilakunya yang “tidak bermoral” atau “tidak pantas” (Warwick *et al.*, 1998). Manifestasi dari stigma dan diskriminasi di tingkat keluarga dan masyarakat antara lain dalam bentuk sanksi/hukuman kepada penderita HIV/AIDS, terus menyudutkan/mempersalahkan penderita sehingga dalam beberapa kasus ada yang sampai menimbulkan tindak kekerasan bahkan pembunuhan (Nardi and Bolton, 1991).

Konteks Keluarga

Keluarga merupakan tempat dimana penderita HIV/AIDS mendapatkan dukungan dan perawatan. Namun, tidak jarang keluarga justru memberikan tanggapan yang negatif dan justru melakukan tindakan-tindakan yang menjurus pada pengekelan stigma dan diskriminasi. Kelompok penderita perempuan acap kali menerima perlakuan yang lebih buruk dibandingkan laki-laki maupun anak-anak. Manifestasi dari tindakan negatif tersebut antara lain dalam bentuk dipersalahkan, penolakan, kehilangan hak asuh atas anak-anak dan rumah/aset (Parker and Galvão, 1996; Bharat and Aggleton, 1999; Henry, 1990). Penolakan keluarga selain dipengaruhi oleh faktor status penderita juga dipengaruhi oleh stigma tentang homoseksual, penggunaan obat-obatan terlarang, dan seks bebas. Stigma dan diskriminasi tidak saja mengakibatkan isolasi sosial terhadap penderita, tetapi juga dapat berdampak terhadap anak-anak dan pasangan dari penderita itu sendiri.

Konteks Individu

Dalam konteks ini, bagaimana manifestasi dari stigma dan diskriminasi tergantung dari dukungan keluarga dan masyarakat dan keterbukaan dari individu sendiri menyangkut seksualitas dan serostatus mereka. Dalam konteks di mana stigma terhadap penderita HIV/AIDS sangat kuat maka penderita cenderung lebih tertutup (segar untuk membuka status diri) sehingga tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan dan dukungan yang mereka butuhkan secara optimal. Dalam kasus-kasus yang berat, hal semacam ini bisa menyebabkan tindakan bunuh diri (Gilmore and Somerville, 1994; Hasan, 1994). Dalam beberapa kasus juga terungkap bahwa individu tidak berani membuka serostatus mereka meskipun dukungan keluarga terhadap mereka sangat kuat. Oleh karena kuatnya stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS yang terjadi di tingkat masyarakat.

KASUS INDRAMAYU & BANDUNG: STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA

Seperti yang sudah dipaparkan bahwa sulit menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA meskipun kegiatan sosialisasi tentang ragam penularan HIV & AIDS sudah sering dilakukan, baik oleh pihak pemerintah maupun LSM. Hasil studi di Indramayu menunjukkan asumsi yang negatif terhadap ODHA masih sering terdengar, seperti “mereka bukan orang baik-baik”. Stigma seperti ini tidak saja membuat penderita merasa “dijauhkan”, baik terhadap keluarga sendiri maupun masyarakat, tetapi juga sangat tidak membangun/memotivasi dan justru dapat menghambat program pencegahan HIV & AIDS. Berikut petikan wawancara dengan beberapa pemuka masyarakat tentang fenomena tersebut.

“.....stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV & AIDS masih sering dilakukan oleh masyarakat Indramayu. Sering kali terjadi orang yang dituduh sudah terkontaminasi oleh HIV/AIDS, lambat laun memisahkan diri dari masyarakat... seperti masyarakat yang bermukim di sekitar lokalisasi, sebagian besar sudah memahami gejala HIV & AIDS, namun masyarakat desa, kebanyakan masih belum paham tentang hal-hal yang berkaitan dengan penyakit tersebut....” (pemuka masyarakat).

“...banyak orang-orang desa yang sangat ingin tahu siapa-siapa saja yang tertular virus HIV atau AIDS, namun tidak bisa begitu saja membuka jati diri mereka karena saya khawatir orang-orang justru menjadi takut terhadap si penderita... masih ada sebagian orang yang berpikir bahwa hanya dengan menyentuh penderita sudah dapat tertular virus HIV....” (pemuka masyarakat).

“... di Bongas ada seseorang yang meninggal karena penyakit AIDS, tapi tidak ada seorang pun warga desa yang mau memandikan jenazahnya. Mungkin orang-orang masih belum paham tentang bagaimana cara menangani jenazah dari orang yang meninggal karena AIDS....” (peserta FGD).

Stigma tidak saja terjadi di tingkat masyarakat, tetapi juga dari pemuka agama yang mengaitkan penyakit tersebut dengan kutukan dari Tuhan. Seperti yang ditunjukkan dari hasil studi di Bandung, beberapa pemuka agama memiliki asumsi kuat tentang kemunculan penyakit tersebut sangat berkaitan dengan terkikisnya moral dan perilaku seksual yang tidak terkontrol, terutama yang terjadi di luar ikatan perkawinan. Bahkan di antara pemuka agama itu sendiri masih ada anggapan bahwa penyakit AIDS dapat ditularkan melalui keringat. Opini semacam ini dapat menyesatkan terutama bila disampaikan kepada masyarakat yang memiliki keterbatasan pengetahuan akan penyakit tersebut. Demikian seperti yang disampaikan oleh seorang pemuka agama tersebut:

“.....HIV merupakan bentuk hukuman dari Tuhan karena orang melakukan hal-hal yang dilarang oleh agama dan ada penyimpangan moral, seperti melakukan aktivitas seksual di luar ikatan perkawinan....” (pemuka agama di Bandung).

Selanjutnya, hasil studi di Bandung menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA tidak hanya terjadi di masyarakat, tetapi juga di lingkup medis. Misalnya, dalam proses pemeriksaan di rumah sakit masih ditemukan adanya indikasi ke arah perilaku diskriminasi terhadap penderita HIV atau AIDS. Kemudian, hasil studi PPK-LIPI (2009) tentang akses migran “the unreached” terhadap layanan kesehatan di Kota Bandung juga memperlihatkan bahwa program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) untuk masyarakat miskin tidak mencakup pengobatan medis untuk ODHA. Artinya, apabila ada pasien miskin yang teridentifikasi sebagai penderita HIV atau AIDS membutuhkan perawatan medis, pasien tersebut tidak ditanggung biaya pengobatannya oleh program Jamkesmas. Menurut salah seorang narasumber dari kesehatan, kebijakan tersebut diimplementasikan karena dipersepsikan bahwa penularan penyakit HIV & AIDS lebih disebabkan oleh perilaku yang berisiko tinggi. Sementara itu, di Makassar, program Jamkesmas sudah diupayakan pada tahun 2010 dan mencakup juga jaminan kesehatan bagi ODHA, tetapi jaminan ini hanya dibatasi untuk pengobatan/perawatan sebab penyakit ‘oportunistik’ (PPK-LIPI, 2010). Adapun program Jamkesda (program jaminan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah daerah), sama sekali tidak mencakup pengobatan atau perawatan medis untuk penyakit HIV & AIDS.

Kebijakan seperti ini dapat dikatakan mendiskriminasi ODHA. Apabila melihat perkembangan penyakit saat ini, penderita HIV atau AIDS tidak lagi menjangkiti orang-orang yang berperilaku risiko tinggi, seperti pengguna jarum suntik untuk mengonsumsi obat-obatan terlarang, pekerja seksual, homoseksual, tetapi penyakit tersebut sudah menyebar sampai ke ranah rumah tangga. Hasil kajian di Indramayu misalnya, sudah terlihat gejala terjangkitnya ibu-ibu rumah tangga⁵ (yang tidak berperilaku risiko tinggi) terhadap virus tersebut. Kemungkinan besar, mereka tertular penyakit tersebut dari suaminya yang berperilaku risiko tinggi. Menurut WHO, proses penularan yang terjadi di tingkat rumah tangga berlangsung lebih cepat karena pada umumnya istri tidak sadar jika suaminya sudah tertular HIV & AIDS sehingga mereka tidak menggunakan proteksi ketika berhubungan seksual (Siswono, 2004). Para suami tersebut menempatkan istri dan anaknya pada situasi yang berisiko tinggi tertular virus HIV.

⁵ <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1079079029,91391>.

PERAN MASYARAKAT MADANI DALAM MENYOSIALISASIKAN ISU HIV & AIDS SERTA PERMASALAHANNYA

Baik tokoh masyarakat maupun agama, sebagai kelompok masyarakat madani yang disegani, ditengarai dapat memengaruhi perilaku masyarakat. Salah satu caranya adalah melalui forum dialog yang difasilitasi untuk mendukung upaya pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA termasuk memobilisasi massa dalam memberikan dukungan dan pelayanan kepada mereka yang terinfeksi virus HIV. Keberadaan tokoh-tokoh tersebut sangat penting dalam membantu mengubah persepsi negatif masyarakat terhadap ODHA. Tokoh agama di Malaysia dan Thailand memiliki peran penting dalam membantu menurunkan jumlah kasus HIV & AIDS (BKKBN dan UNFPA, 2007).

Kegiatan dan Dampaknya

Terdapat berbagai kegiatan yang dilakukan oleh kelompok masyarakat madani untuk membantu mengurangi penyebaran epidemi HIV & AIDS termasuk mengurangi persepsi dan perilaku masyarakat yang mengarah pada stigma dan diskriminasi. Di Bandung contohnya, salah satu kegiatan yang dilakukan oleh tokoh agama untuk mendiskusikan hal-hal seputar HIV & AIDS adalah melalui pembelajaran Al-Qur'an yang dilakukan di masjid atau sekolah. Ketika mereka mendiskusikan isu tersebut, tokoh agama tidak secara eksplisit menjelaskan persoalan yang terkait dengan HIV & AIDS, tetapi mereka menerangkannya melalui ajaran moral, khususnya terkait dengan perilaku yang menyimpang, yang melanggar ajaran-ajaran Tuhan, seperti melakukan kegiatan seksual di luar ikatan perkawinan, berganti-ganti pasangan seksual. Dengan demikian, pesan yang disampaikan kepada para anggota yang terlibat dalam kegiatan keagamaan tersebut adalah virus HIV dapat menular kepada orang yang melakukan kegiatan seksual di luar perkawinan. Meskipun dalam kenyataannya, penularan virus juga terjadi melalui berbagai media dan tidak terkait dengan kegiatan seksual.

Di Indramayu, salah satu bentuk partisipasi dari kelompok masyarakat madani untuk menghapus stigma terhadap ODHA adalah melalui penyampaian pesan moral untuk senantiasa menghormati dan membantu satu sama lain. Para pemuka agama tersebut menyatakan sering menyampaikan pesan untuk menghapus stigma dan diskriminasi terhadap ODHA ketika mereka bertemu dengan komunitas keagamaan. Tokoh agama yang pernah bertemu dengan ODHA menyatakan tidak ada keraguan untuk menjabat tangan, berbincang, dan makan dengan mereka.

Hasil studi di Indramayu menunjukkan bahwa orang yang sudah pernah mengikuti kegiatan sosialisasi dan diskusi terkait dengan topik HIV & AIDS, cenderung lebih positif pandangannya terhadap ODHA. Seperti yang dikemukakan oleh salah seorang tokoh agama di Indramayu, kegiatan sosialisasi

yang pernah diselenggarakan oleh PKBI Indramayu dengan melibatkan berbagai kelompok masyarakat, seperti tokoh informal dan agama serta kelompok masyarakat yang berisiko adalah sangat bermanfaat. Peserta menjadi lebih paham beragam hal terkait isu HIV & AIDS meskipun diakui oleh narasumber bahwa masih ada sebagian masyarakat yang memiliki pandangan negatif terhadap ODHA. Berikut pendapat dari seorang tokoh agama yang pernah mengikuti kegiatan sosialisasi dari PKBI Indramayu:

“... HIV & AIDS tidak dapat dikatakan sebagai penyakit yang hanya menjangkiti orang-orang yang ‘tidak baik’, tapi itu sebenarnya merupakan jenis penyakit yang diberikan Allah, ‘punten’... jadi bukan manusia yang menciptakan penyakit tersebut...” (Tokoh Agama di Indramayu).

Keterlibatan anggota masyarakat lainnya di sekitar wilayah lokalisasi dalam kegiatan sosialisasi yang diselenggarakan oleh PKBI Indramayu juga membawa pengaruh positif terhadap tingkat pengetahuan dan kesadaran. Masyarakat mendukung kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh PKBI untuk mencegah penyebaran secara cepat penularan penyakit seksual termasuk virus HIV tersebut. Seperti yang sudah disampaikan sebelumnya, salah satu kegiatan PKBI tersebut adalah menyediakan kondom setiap bulannya di wilayah-wilayah yang menjadi daerah pendukung sehingga menjadi lebih mudah diakses oleh orang-orang yang berminat. Kelompok masyarakat desa pun dilibatkan untuk turut mendistribusikan kondom tersebut ke warung-warung di sekitar lokalisasi untuk kebutuhan pekerja seksual dan pelanggannya. Kegiatan semacam ini baru dilakukan di awal tahun 2009 dan dapat terlaksana karena adanya dukungan kerjasama antara PKBI Indramayu dengan instansi kesehatan Indramayu, LSM YPI serta keterlibatan dari mucikari dalam menyediakan kondom untuk anak buahnya. Hasil FGD dengan berbagai *stakeholder* baik dari lingkup pemerintah, akademisi, maupun tokoh masyarakat menunjukkan bahwa tidak ada keberatan akan pelaksanaan kegiatan pendistribusian kondom tersebut.

“... menurut pendapat saya, pembagian kondom itu bagian yang terbaik karena penggunaan kondom mampu menghindari penyakit, sebaliknya tanpa ketersediaan kondom, penyebaran penyakit HIV & AIDS tersebut dapat menjadi bertambah cepat...” (peserta FGD).

Hasil studi di Bandung menunjukkan bahwa pengetahuan tokoh agama tentang isu HIV & AIDS tidak senantiasa berjalan selaras dengan persepsi mereka akan penggunaan kondom untuk tujuan pencegahan terhadap transmisi virus HIV. Meskipun sebagian informan paham akan fungsi dari penggunaan kondom, banyak di antara mereka yang tidak setuju dengan kampanye penggunaan kondom. Ada kekhawatiran bahwa dengan adanya kampanye penggunaan kondom untuk mencegah penyebaran virus HIV tersebut justru

semakin mendorong kaum muda untuk melakukan hubungan seksual dan individu menjadi semakin rentan terpapar infeksi penyakit HIV & AIDS. Penggunaan kondom menurut sebagian tokoh agama tidak dianggap sebagai solusi yang tepat untuk mengatasi persoalan penyebaran virus HIV. Sebagian besar informan beranggapan bahwa langkah yang paling tepat untuk mengatasi persoalan tersebut adalah melalui komitmen untuk meningkatkan ketakwaan. Landasan keagamaan yang kuat dipercayai dapat meminimalisasi penyebaran virus HIV tersebut.

Kegiatan lainnya yang pernah diselenggarakan oleh PKBI Indramayu terkait dengan upaya pencegahan penyebaran kasus HIV & AIDS dan pengurangan stigma serta diskriminasi terhadap ODHA adalah dengan menyebarkan informasi kepada para *stakeholder*, seperti pihak Dinas Kesehatan, Trantib, polisi, paramedis serta kepada kelompok masyarakat madani lainnya. Melalui informasi tersebut diharapkan masyarakat menjadi lebih kooperatif, memberikan respons yang positif terhadap kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh PKBI Indramayu bersama para relawan. Kegiatan lainnya yang difasilitasi oleh PKBI Indramayu adalah membantu proses layanan dan rujukan kesehatan terkait HIV & AIDS ke klinik kesehatan. Sejak tahun 2009, kegiatan ini dilakukan oleh relawan yang merupakan anggota masyarakat untuk membantu orang-orang yang berisiko tinggi terhadap penularan penyakit infeksi seksual termasuk HIV dan AIDS untuk berkonsultasi atau memeriksakan kondisi kesehatannya ke klinik kesehatan. Kegiatan ini dirasakan sangat bermanfaat karena membantu sekaligus memotivasi orang-orang yang awalnya enggan untuk mencari pengobatan secara tepat padahal dirinya berperilaku risiko tinggi dan sangat rentan terinfeksi virus HIV.

“... situasinya sekarang sudah jauh berbeda, dapat dibilang memuaskan karena sekarang sebagian orang-orang yang berisiko tinggi sudah ada keinginan untuk mau melakukan pemeriksaan kesehatan, bahkan sudah ada yang melakukan kontrol kesehatan secara rutin, dulunya mereka segan dan susah untuk diyakinkan agar mau memeriksakan kondisi kesehatannya...”(relawan yang merupakan anggota masyarakat).

Untuk membangun motivasi dan kepercayaan diri pada orang-orang yang berperilaku risiko tinggi tersebut, PKBI dibantu dengan relawan antara lain menjalin komunikasi dan penyebaran informasi sebanyak-banyaknya hal-hal yang terkait dengan penyakit seksual menular, termasuk HIV & AIDS. Pada awal kegiatan ini berlangsung, tidak banyak orang yang bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan, sebagian merasa malu dan takut mengalami stigma dan diskriminasi. Namun, para relawan tersebut diperkuat dengan kelompok masyarakat madani lainnya, terus menerus mendorong, memotivasi, dan

membesarkan hati mereka untuk mau melakukan pemeriksaan kesehatan dan bersedia menjalani tes HIV-AIDS. Sebagian mucikari pun sudah mulai terbuka kesedarannya dengan meminta anak buahnya melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin didampingi para relawan tersebut.

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku Masyarakat Madani

Perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dalam konteks penulisan ini dibedakan ke dalam dua faktor, yaitu internal dan eksternal. Termasuk dalam faktor internal antara lain adalah latar belakang pendidikan, usia, dan pekerjaan, sedangkan yang tercakup dalam faktor eksternal adalah ketersediaan dan aksesibilitas untuk berkomunikasi dan infrastruktur informasi, keterlibatan dalam beragam kegiatan yang menaruh kepedulian pada isu HIV & AIDS.

Televisi, radio, dan media cetak merupakan media yang sering kali digunakan untuk menginformasikan beragam isu termasuk HIV & AIDS, untuk memberikan kesempatan kepada individu untuk memperoleh dan meningkatkan pengetahuan/pemahaman terkait dengan isu HIV & AIDS tersebut. Studi yang dilakukan oleh JEN di Bandung telah melakukan kajian tentang korelasi antara pengaruh dari faktor-faktor tersebut terhadap perilaku dalam kaitannya dengan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hasilnya memperlihatkan adanya korelasi yang kuat antara faktor-faktor tersebut dengan tingkat pengetahuan dan perilaku yang positif, khususnya dari para tokoh agama terhadap ODHA.

Tulisan ini lebih memfokuskan pada pengaruh dari keterlibatan individu dalam program peningkatan kapasitas diri yang diselenggarakan oleh PKBI Indramayu dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang isu-isu terkait HIV & AIDS. Dengan adanya keterlibatan individu dalam program tersebut diasumsikan dapat mengubah persepsi ke arah yang lebih positif terhadap ODHA karena individu yang bersangkutan sudah memperoleh pemahaman dan pengetahuan yang cukup tentang penyakit tersebut sampai kepada proses penularannya. Dengan demikian, baik perilaku maupun persepsi yang mengarah pada stigma dan diskriminasi terhadap ODHA diharapkan dapat berkurang.

PKBI Indramayu sejak tahun 2007 (Januari) sampai pada tahun 2009 (Juni), telah menyelenggarakan berbagai kegiatan untuk mengurangi stigma terhadap ODHA dan membangun suatu kondisi yang kondusif untuk mengimplementasikan program pemberdayaan berbasis masyarakat. Kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan tersebut antara lainnya membangun jaringan dengan LSM, layanan kesehatan, koordinasi dengan para mucikari, kegiatan advokasi dengan para *stakeholder* (seperti tokoh informal masyarakat, ketua

kelompok karang taruna) dan menggelar acara-acara khusus lainnya. Kegiatan ini dilaksanakan sekurang-kurangnya sebulan sekali. Melalui beragam kegiatan ini diharapkan lebih banyak orang yang dapat memberikan dukungan terhadap upaya-upaya yang ditujukan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA secara optimal.

Salah satu kegiatan penting untuk membangun kondisi yang kondusif yang difasilitasi oleh program PKBI Indramayu tersebut adalah secara intensif melakukan dialog yang kolaboratif dengan para pemuka agama. Membangun jaringan dengan tokoh agama dirasakan sangat penting karena informasi kepada masyarakat akan lebih mudah disampaikan melalui tokoh agama tersebut. Hasil diskusi dengan tokoh agama di Indramayu menunjukkan bahwa perilaku masyarakat terhadap ODHA sudah menunjukkan adanya perubahan ke arah yang positif. ODHA tidak lagi dipersepsikan sebagai orang yang berdosa. Kepada masyarakat juga disampaikan untuk tetap tenang dan tidak perlu takut apabila di sekitarnya ditemukan orang yang terinfeksi penyakit tersebut. Berikut kutipan wawancaranya.

“... penyakit HIV/AIDS tidak hanya menjangkiti orang ‘tidak baik’ atau ‘baik’ saja karena penyakit tersebut bukan buatan manusia, tetapi itu datangnya dari Tuhan, maaf.... Sebelumnya saya juga menolak pendekatan yang dilakukan oleh PKBI, namun setelah saya mendengar berbagai informasi, saya menjadi lebih paham dan dapat menyampaikan informasi kepada masyarakat bahwa penyakit itu datangnya dari Tuhan. Saya juga tidak berkeberatan dengan adanya kegiatan pembagian kondom. Kondom sekarang juga sudah dijual di warung-warung. Prinsip saya kita harus sedia payung sebelum hujan (tokoh agama).

Hasil kajian di Indramayu tersebut menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang kuat terhadap pengetahuan dan pemahaman masyarakat madani terkait dengan isu HIV & AIDS, terutama setelah mereka secara intensif terlibat dalam beragam kegiatan yang diselenggarakan oleh PKBI Indramayu tersebut. Mereka yang pernah terlibat dengan kegiatan tersebut menjadi lebih positif, baik persepsi maupun perilakunya terhadap ODHA dan juga menjadi lebih kuat dalam memberikan dukungan pada kelompok pekerja seksual dalam meretas stigma dan diskriminasi. Mereka menjadi lebih paham bahwa penyakit tersebut tidak menular melalui kontak sosial, tetapi melalui kontak seksual tanpa menggunakan kondom atau melalui darah yang medianya beragam seperti melalui transfusi darah, penggunaan jarum suntik ketika mengonsumsi obat-obatan terlarang, dan dari ibu ke janinnya. Mereka juga menyatakan untuk terus menjaga hubungan sosial dengan ODHA dan selalu memberi dukungan pada mereka untuk memperoleh pengobatan medis secara benar.

“... saya akan terus berteman dengan mereka (ODHA) dan meminta mereka untuk pergi ke dokter untuk mencari pengobatan, saya tidak mau mengucilkan mereka, saya merasa kasihan dengan mereka...”

“... saya berharap tidak ada orang yang terinfeksi virus HIV & AIDS, namun demikian, meskipun ada maka kita sebagai umat manusia, sebagai ciptaan Tuhan, harus saling memberikan dukungan... kita harus memberikan yang terbaik semampu kita...”

“... saya akan berlaku normal terhadap mereka (ODHA)”

“... karena saya belum pernah mengalami hal tersebut, saya susah untuk mengatakan perasaan atau perbuatan saya... mungkin saya baru dapat menjelaskan bagaimana sikap saya terhadap orang yang sakit AIDS kalau saya sudah pernah mengalaminya... kemungkinan sudah ada seseorang yang terinfeksi penyakit tersebut, tetapi tidak mau menceritakannya...”

Kegiatan sosialisasi yang diselenggarakan oleh PKBI Indramayu serta kegiatan lapangan yang didukung oleh para relawan telah mampu membuat masyarakat paham akan permasalahan kompleks yang akan dihadapi seseorang yang terinfeksi virus HIV. Pada awalnya, upaya untuk mengurangi percepatan peningkatan kasus HIV & AIDS melalui pembagian kondom ditentang oleh para tokoh agama dengan alasan syarak. Penggunaan kondom di kalangan pekerja seksual, pada awalnya juga sangat rendah. Berdasarkan hasil survei PKBI Indramayu tahun 2007 menunjukkan bahwa hanya sekitar 11,43% orang-orang yang berisiko tinggi secara konsisten sudah menggunakan kondom selama lebih dari 6 bulan lamanya.

Meskipun demikian, situasi sekarang sudah lebih kondusif berkat program sosialisasi PKBI Indramayu tersebut. Kelompok masyarakat madani seperti tokoh informal masyarakat, tokoh agama, dan juga tokoh pemuda, sudah dapat menerima kegiatan pembagian kondom yang dilaksanakan oleh PKBI tersebut. Di tahun 2008, komunitas masyarakat di tingkat desa (disebut Somcipa) bahkan mencoba merintis pendistribusian kondom dari PKBI ke warung-warung atau kafe yang berada di sekitar lokalisasi. Untuk melakukan kegiatan ini memakan waktu yang cukup lama karena sebelumnya Somcipa harus meyakinkan penduduk sekitar bahwa pendistribusian kondom ini bukan dengan maksud melegalkan tindakan amoral, tetapi semata-mata dilakukan untuk mencegah penyebaran virus HIV dan untuk melindungi kondisi kesehatan. Selama setahun Somcipa harus melakukan berbagai kegiatan untuk meyakinkan masyarakat mengenai hal tersebut. Upaya mereka membawa dampak positif, istri dari seorang tokoh agama dan anggota masyarakat lainnya menyatakan bahwa mereka tidak keberatan dengan adanya penyebaran kondom tersebut

yang diselenggarakan oleh PKBI melalui Somcipa. Pendapat mereka adalah sebagai berikut.

“.... Saya paham alasan untuk menyebarkan kondom itu untuk mewedahi virusnya, untuk mencegah penyebaran virus itu...” (istri dari seorang tokoh agama).

“.... Menurut pendapat saya, pembagian kondom itu merupakan tindakan yang tepat untuk mencegah penyebaran penyakit itu karena tanpa penggunaan kondom, penyakit HIV & AIDS dapat berkembang dengan pesat...” (anggota masyarakat).

Penyebaran informasi tentang penggunaan kondom untuk mencegah penyakit menular termasuk HIV & AIDS melalui selebaran ataupun brosur juga dirasakan cukup efektif. Dalam selebaran maupun brosur tersebut dijelaskan maksud dan tujuan dari kegiatan PKBI termasuk penyebaran kondom di sekitar wilayah lokalisasi. Penyebaran kondom tersebut bukan untuk melegalkan perbuatan seksual di luar ikatan perkawinan. Dari pihak komunitas masyarakat sendiri, ada keinginan di masa mendatang untuk mendistribusikan kondom sampai ke luar wilayah lokalisasi. Namun, dipahami bahwa keinginan tersebut membutuhkan waktu yang cukup lama, yaitu sekitar 2–3 tahun untuk dapat meyakinkan penduduk desa tentang fungsi dari penggunaan kondom dari aspek kesehatan.

Permasalahan

Berdasarkan hasil kajian di Indramayu dan Bandung tersebut dapat diidentifikasi dua permasalahan utama, yaitu (1) terkait dengan tingkat pemahaman dari masyarakat madani dalam membahas persoalan HIV & AIDS untuk tujuan menghapus stigma dan diskriminasi terhadap ODHA; (2) terkait dengan kemauan politis dari pemerintah daerah dalam memberikan dukungan terhadap program pengentasan penyakit HIV & AIDS.

Permasalahan utama yang dihadapi oleh sebagian masyarakat madani adalah adanya keterbatasan pengetahuan terkait dengan isu HIV & AIDS tersebut. Meskipun mereka mengatakan sudah pernah terlibat dalam berbagai kegiatan maupun *workshop*, mereka masih merasakan belum mampu untuk menjelaskan persoalan terkait dengan penyakit tersebut secara komprehensif. Selain itu, masih ada sebagian tokoh agama yang beranggapan bahwa topik terkait dengan penyakit tersebut di luar urusan/cakupan mereka. Misalnya di Indramayu, menurut beberapa responden, informasi terkait HIV & AIDS yang disampaikan oleh masyarakat madani, seperti tokoh informal masyarakat yang tergabung dalam kelompok Somcipa, masih terlalu umum. Dengan demikian,

responden merasakan tingkat pemahaman akan penyakit tersebut masih minim. Selain itu, ada kecenderungan orang-orang lebih tertarik dengan informasi siapa penderita HIV atau AIDS daripada mencari informasi yang dapat menambah pengetahuannya tentang penyakit tersebut.

“.... Somcipa seharusnya dapat menyampaikan informasi yang berkaitan dengan HIV & AIDS lebih lengkap lagi sehingga masyarakat menjadi lebih paham tentang penyakit tersebut...” (tokoh agama).

Untuk membangun jaringan kerja sama dengan berbagai *stakeholder* di tingkat pemerintahan untuk mengatasi persoalan HIV & AIDS, PKBI Indramayu terlibat secara aktif dalam penyusunan draf regulasi terkait dengan kegiatan penanggulangan kasus HIV & AIDS di tingkat lokal. Meskipun sudah terbentuk formulasi *draft* tersebut, saat itu belum dilakukan MoU dengan para *stakeholder* sehingga hal-hal yang sudah disepakati bersama belum dapat diimplementasikan. Dapat dikatakan bahwa tingkat kesadaran dari beberapa *stakeholder* akan seriusnya persoalan terkait dengan HIV & AIDS masih relatif rendah sehingga sering kali diskusi-diskusi yang dilakukan tidak menyentuh akar permasalahan yang ada. Fenomena ini juga menunjukkan sulitnya mengentaskan persoalan stigma dan diskriminasi bahkan semakin diperkuat dengan adanya kecenderungan dari pemerintah setempat bersikap tertutup dengan jumlah kasus HIV & AIDS yang ada. Adanya publikasi kasus HIV & AIDS secara terbuka dikhawatirkan pemerintah setempat akan membawa dampak negatif terhadap peringkat indeks pembangunan manusia daerah. Situasi ini semakin mempersulit pihak-pihak yang mempunyai kepedulian tinggi untuk mengatasi persoalan semakin meningkatnya kasus penularan virus HIV termasuk menanggulangi masalah stigma dan diskriminasi.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil kajian di Indramayu dan Bandung dapat disimpulkan bahwa masyarakat madani berperan besar dalam mengatasi persoalan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Hasil studi kasus di Indramayu menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap ODHA tidak lagi negatif berkat peran dari tokoh agama yang menyosialisasikan bahwa penyakit tersebut bukan kutukan dari Tuhan. Selain itu, berkat sosialisasi yang gencar dilakukan oleh PKBI Indramayu dibantu kelompok masyarakat madani, masyarakat yang tinggal sekitar lokalisasi menjadi lebih terbuka dengan beragam kegiatan yang diupayakan oleh PKBI Indramayu beserta relawannya untuk mengatasi persoalan penyebaran virus HIV melalui pendistribusian kondom. Apabila sebelumnya pencegahan penyebaran penyakit HIV & AIDS melalui kondom sempat ditentang oleh tokoh agama dan sebagian tokoh informal masyarakat karena dianggap tidak

sejalan dengan syarak, dalam perkembangannya persoalan tersebut dapat diatasi dan misi pendistribusian kondom di sekitar wilayah lokalisasi dapat dipahami oleh para tokoh agama. Namun, untuk kasus di Bandung, sebagian tokoh agama tidak setuju dengan pendistribusian kondom untuk tujuan menghambat penyebaran virus HIV. Dikhawatirkan kegiatan ini justru memicu orang-orang muda melakukan hubungan seks di luar ikatan perkawinan. Dengan demikian, tokoh agama lebih memprioritaskan pada upaya peningkatan ketakwaan untuk menjaga perilaku dan diharapkan hal tersebut mampu menghindari seseorang terinfeksi virus HIV.

Kenyataannya, penularan virus HIV tidak hanya terjadi melalui hubungan seksual, tetapi melalui beragam media yang bersifat nonseksual. Kecenderungannya saat ini bahkan terjadinya peningkatan kasus ibu rumah tangga yang terinfeksi penyakit seksual menular, kemungkinan juga terinfeksi virus HIV. Fenomena ini menunjukkan bahwa penyebaran virus HIV & AIDS sudah merambah ke sektor domestik. Hal ini awalnya tidak menjadi fokus perhatian karena kuatnya anggapan penyakit HIV & AIDS hanya menularkan orang-orang yang berperilaku seksual bebas atau menyimpang (homoseksual). Persoalan ini apabila tidak ditangani dengan tepat dapat menambah kasus penderita HIV & AIDS secara cepat karena adanya anggapan yang keliru atau pemahaman yang terbatas tentang proses penularan virus HIV serta adanya ketertutupan dari penderita untuk menjelaskan serostatusnya karena khawatir akan stigma dan diskriminasi.

Sehubungan dengan hal tersebut, peran dari masyarakat madani dalam mendukung upaya pemerintah maupun LSM dalam menanggulangi persoalan yang terkait dengan penyakit HIV & AIDS termasuk menghapus stigma dan diskriminasi sangat dibutuhkan. Terkait dengan penghapusan stigma dan diskriminasi, sejatinya upaya ini dimotori oleh kelompok masyarakat, tidak hanya bergantung pada upaya pihak pemerintah atau LSM saja. Masyarakat madani seperti tokoh agama, tokoh informal masyarakat, tokoh pemuda, merupakan figur yang disegani sehingga dapat dimanfaatkan untuk mempengaruhi persepsi-perilaku. Sebagai tokoh di kalangan masyarakat, mereka mampu membuka suatu dialog dengan masyarakat mengenai HIV/AIDS untuk menghilangkan mitos, meningkatkan kesadaran, menyampaikan pesan penting pada bermacam-macam kelompok masyarakat, dan melahirkan rasa belas kasih. Hal ini dapat dimulai dengan mengampanyekan bersikap positif terhadap ODHA sehingga penderita termotivasi untuk mencari atau menjalani pengobatan secara optimal. Pengalaman dari berbagai negara telah menunjukkan bahwa para tokoh yang menjadi panutan masyarakat telah membantu keterbukaan tentang beberapa isu besar seputar AIDS dan dapat memengaruhi persepsi publik pada skala yang lebih luas.

Di tingkat yang lebih makro, Forum Parleментар Indonesia tentang Kependudukan dan Pembangunan pernah bekerja sama dengan AusAID dan USAID menyelenggarakan serangkaian kegiatan untuk anggota parlemen yang salah satu agendanya adalah membahas persoalan stigma dan diskriminasi serta peningkatan kesadaran/pemahaman akan isu HIV/AIDS ini. Sejalan dengan kegiatan ini, suatu kajian hukum digelar terhadap sejumlah peraturan dan undang-undang terkait dengan HIV. Hasil kajian itu menunjukkan bahwa mengacu pada peningkatan kasus HIV di Indonesia yang terjadi sangat cepat, undang-undang saja tidak cukup untuk mengatasi persoalan tersebut karena tidak semua undang-undang maupun peraturan yang ada menyinggung persoalan HIV & AIDS secara komprehensif. Isu-isu tentang pencegahan terhadap HIV, perawatan, pengobatan termasuk juga stigma, dan diskriminasi terhadap ODHA dan penduduk lainnya yang berisiko, belum mendapat perhatian serius. Kepada seluruh pihak harus ditanamkan pemahaman yang jelas bahwa diskriminasi terhadap ODHA merupakan bentuk pelanggaran hak asasi manusia. Keberadaan undang-undang yang memberi perlindungan hak kepada umat manusia tidak membawa dampak yang optimal dalam mengurangi kejadian diskriminatif kecuali hal tersebut juga didukung oleh tindakan yang tegas dan diikuti oleh pendidikan kepada masyarakat luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2006. <http://www.ilocarib.org.tt/portal/images/stories/contenido/pdf/HivAids/people%20at%20work.pdf>. 2006. People at Work: Addressing stigma and discrimination. ILO / UNAIDS Meeting on AIDS and the World of Work in Latin America and the Caribbean.
- Anonim. 2008. <http://thedongoksueb.blogdrive.com/archive/115.html>. 2008. "Perjalanan Pemerintah dalam Tujuan 6 MDGs".
- Anonim. 2009. <http://www.poskota.co.id/headline/2009/12/04/hiv-aids-sudah-masuk-ke-separuh-kabupaten-se-indonesia>. 2009. "HIV-AIDS Sudah Masuk ke Separuh Kabupaten se Indonesia".
- Anonim. 2009. <http://www.ictwomen.com/article/9/tahun/2009/bulan/11/tanggal/28/id/2488/Sabtu, 28 November. 2009>. "Kasus HIV/ AIDS di Indonesia Meroket".
- Anonim. (tanpa tahun) . <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001894/189478ind.pdf>. (tanpa tahun). Komisi Nasional Indonesia untuk UNESCO. . Published_by_ Indonesian_National_Commission_for_UNESCO.
- Parker, Richard et al. 2002. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacq832.pdf.
- Purwaningsih, Sri Sunarti dan Widayatun. 2008. "Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia: Tinjauan Sosio-Demografis". *Jurnal Kependudukan Vol. III*. No. 2, 2008. Jakarta: LIPI Press.

- PPK-LIPI. 2009. Report of External Evaluation of the IPPA Project on HIV AIDS Prevention IDO-504366-0004456 – HIV/AIDS Project – IPPA – Oxfam Novib. 31 Agustus 2009. Jakarta: PPK-LIPI (Laporan Penelitian).
- The Indonesian Planned Parenthood Association (IPPA). Quarterly Report I. 2009. HIV/AIDS Project–IPPA–Novib–Ido 504366 0004456. HIV/AIDS And STI Prevention For High Risk Group, Care, Treatment And Services. West Java IPPA.
- The Indonesian Planned Parenthood Association (IPPA). Quarterly Report Ii, 2009. HIV/AIDS Project–IPPA–Novib–Ido 504366 0004456. HIV/AIDS And STI Prevention For High Risk Group, Care, Treatment And Services. West Java IPPA.
- USAID. 2007. Indonesia HIV/AIDS Strategy Audit. http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1345_1_Indonesia_HIV_Audit_FINAL.pdf

PENGELOLAAN AIR DI KALANGAN PENDUDUK MISKIN DI KOTA SEMARANG: PEMBELAJARAN DARI TINGKAT LOKAL¹

Laksmi Rachmawati^{*} Gusti Ayu Ketut Surtiari^{**}

^{*}Pusat Penelitian Kependudukan (PPK) LIPI,

E-mail: laksmi_rachma@yahoo.com

^{**}Pusat Penelitian Kependudukan (PPK) LIPI,

E-mail: ayu.surtiari@gmail.com

Abstract

Fulfillment of water services for urban poor is still - an issue among academicians and practitioners. Eventhough the Law has stated that access to clean water is the rights of each citizens, there are still numbers of poor people that have no access to clean water. For the urban poor, access to clean water have to be traded off with expensive price. It leads to the household water expenses, reach to more than half of total household expenses. Nowadays, water services from government provider (PDAM) have not reach all possible customers. Limited infrastructure and water sources give impacts to limited services from PDAM. This situation also apply for Semarang City case, PDAM Tirta Moedal can only reach about fifty percent of people's demand. For solving the problems, there are some initiatives coming from local people for fulfilling water needs colectively such as in Sukorejo and Tugurejo. These two local level water fulfillment systems, showed how the flexibility of local people can help in fulfilling the need of citizen to clean water. This article describes the process of local people developing these initiatives, the mechanism of water fulfillment in each system, impact of the water management in the local level to its accessibility and its sustainability. These initiatives can be used as lesson learned for other areas.

Keywords: water services, water fulfillment in local level, poor household, urban areas

Abstrak

Penyediaan air bersih bagi penduduk miskin selama ini masih terus menjadi pembahasan, baik di kalangan akademisi maupun praktisi. Walaupun undang-undang telah menyatakan bahwa pemenuhan kebutuhan air merupakan hak setiap warganegara, pada kenyataannya masih banyak penduduk miskin yang tidak mendapat pelayanan air bersih. Kalaupun mereka mendapatkan air bersih, mereka harus membayar dengan harga yang lebih mahal dari yang seharusnya. Proporsi pengeluaran rumah tangga miskin untuk membeli air bersih bahkan mencapai lebih dari separuh total pengeluaran rumah tangganya. Pelayanan air bersih oleh PDAM pada saat ini belum dapat menjangkau semua lapisan masyarakat. Keterbatasan infrastruktur dan sumber air baku membuat jangkauan pelayanan PDAM menjadi sangat terbatas. Hal ini juga terjadi di Kota Semarang, PDAM

¹ Artikel ini adalah hasil perbaikan dari makalah yang pernah dipresentasikan pada acara Kongres Ilmu Pengetahuan Nasional (KIPNAS) X, tanggal 8–10 November 2011.

Tirta Moedal baru dapat menjangkau kurang dari 50% kebutuhan masyarakat. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, di beberapa lokasi seperti di Kelurahan Sukorejo dan Tugurejo telah muncul inisiatif lokal untuk memenuhi kebutuhan air bersih secara kolektif dan swadaya. Dari dua sistem pengelolaan di tingkat lokal tersebut terlihat bagaimana fleksibilitas masyarakat membantu memenuhi kebutuhan air bersih bagi penduduk. Makalah ini mendeskripsikan proses pengembangan inisiatif lokal dalam pemenuhan kebutuhan air bersih, mekanisme pengelolaan, pengaruh pengelolaan terhadap aksesibilitas, dan keberlanjutan dari sistem pengelolaan ini. Studi kasus di dua lokasi ini diharapkan dapat menjadi pembelajaran untuk masyarakat yang lain.

Kata Kunci: Pelayanan air bersih, pengelolaan air tingkat lokal, rumah tangga miskin, daerah perkotaan

PENDAHULUAN

Penyediaan air bersih bagi penduduk miskin selama ini masih terus menjadi pembahasan di berbagai kalangan. Sebagai kebutuhan dasar, pemenuhan kebutuhan air merupakan hak setiap warga negara seperti disebutkan dalam deklarasi hasil konferensi PBB Mar Del Plata 1977. Namun, masih banyak penduduk miskin yang belum mendapatkan pelayanan air bersih.

Akses untuk mendapatkan air bersih harus dibayar mahal secara ekonomis. Kondisi ini memberatkan penduduk miskin yang tinggal di perkotaan. Sebagai contoh, beberapa hasil studi di beberapa negara menemukan bahwa rumah tangga miskin tanpa akses air ledeng harus membayar lebih mahal. Sebagai contoh, seperti yang terjadi di Filipina (McIntosh, 2003). Penduduk miskin harus membayar 900 pesos, sedangkan penduduk dengan akses air ledeng hanya membayar 100 pesos. Hal ini berarti penduduk dengan akses air ledeng dapat membayar lebih murah sepersembilan dari biaya membeli air penduduk tanpa akses air ledeng. Hal serupa terjadi di Bangkok, penduduk dengan sambungan ledeng rumah hanya membayar US \$0,30 per meter kubik, sedangkan apabila membeli di pedagang keliling biayanya mencapai US \$28,94 per meter kubik. Di Indonesia, kondisi ini juga terlihat di Kota Bandung. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh UN-Habitat (2003) penduduk Bandung harus membayar hampir US \$3,60 per meter kubik apabila harus membeli dari penjual air keliling. Sementara itu, apabila mendapat akses dari PAM, harga yang harus dibayarkan hanya sebesar US \$0,38 per meter kubik.

Selain masalah harga, masalah lainnya seperti kuantitas air, kualitas air, kemudahan lokasi, dan waktu ketersediaan adalah masalah aksesibilitas bagi pemenuhan air bagi penduduk miskin di perkotaan. Selama ini, sumber air bersih yang dianggap cukup baik di perkotaan adalah sumber dari PAM. Namun, PAM memiliki keterbatasan dalam memperluas jaringannya. Ketergantungan pada sambungan PAM yang tidak dapat memenuhi semua kebutuhan konsumen

membuat terkadang penduduk kota harus mengonsumsi air yang tak layak, baik dari sisi kualitas maupun kuantitas.

Semarang, seperti kota besar lainnya juga menghadapi permasalahan pemenuhan kebutuhan air terutama untuk kelompok miskin. Maryono (2007) menunjukkan bahwa masyarakat miskin Kota Semarang harus membayar 10 kali lipat lebih tinggi dari penduduk yang mendapat akses PAM. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, di beberapa lokasi di Kota Semarang telah muncul inisiatif lokal untuk memenuhi kebutuhan air bersih secara kolektif dan swadaya.

Tujuan dari tulisan ini adalah melihat bagaimana pengembangan inisiatif lokal dapat dimanfaatkan dalam pemenuhan kebutuhan air bersih bagi penduduk miskin di wilayah Kota Semarang. Bahasan tulisan ini didasarkan pada studi kasus pada rumah tangga yang terletak di dua lokasi, yaitu Tugurejo dan Sukorejo. Data yang ditampilkan adalah hasil wawancara mendalam dan survei dilakukan pada tahun 2011. Diharapkan deskripsi yang dipaparkan dalam tulisan ini dapat dijadikan sebagai sebuah pembelajaran untuk lokasi lain.

KONDISI KEMISKINAN DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AIR BERSIH DI KOTA SEMARANG

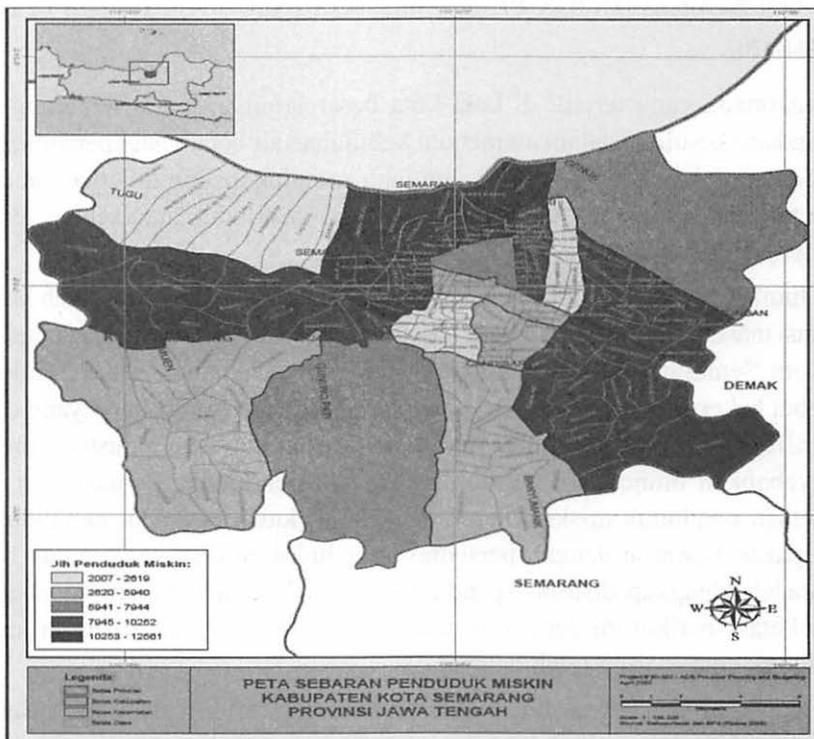
Sebagaimana yang terjadi di kota-kota besar lainnya, Kota Semarang juga mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan air bersih bagi penduduknya, terutama untuk penduduk miskin. Jumlah penduduk miskin di Kota Semarang pada tahun 2009 tercatat 6% dari total jumlah penduduk atau sekitar 89 ribu orang (BPS, 2009).

Jumlah penduduk Kota Semarang secara umum dipengaruhi oleh adanya migrasi masuk. BPS (2010) mencatat bahwa lebih dari 60% komposisi penduduk di Kota Semarang adalah penduduk pendatang. Sebagian besar pendatang tersebut bekerja di sektor industri yang membutuhkan tenaga kerja yang cukup besar. Terkonsentrasinya pendatang pada kawasan-kawasan industri kemudian menyebabkan munculnya permukiman padat penduduk. Berdasarkan hasil pemetaan penduduk miskin oleh BPS (2009), kawasan padat penduduk ini merupakan kawasan dengan persentase penduduk miskin yang cukup besar. Secara lebih lengkap, distribusi penduduk miskin di Kota Semarang dapat dilihat pada Peta 1 berikut ini dengan warna coklat yang lebih tua memiliki jumlah penduduk miskin yang lebih banyak.

Kawasan padat penduduk atau kawasan permukiman kumuh dengan konsentrasi jumlah penduduk miskin yang besar tersebut mayoritas mengalami masalah terkait dengan akses terhadap air bersih. Sebagian besar kawasan ini belum memiliki akses PDAM yang disebabkan oleh kemampuan dari PDAM yang masih terbatas dalam menjangkau semua kawasan. Selain itu, karakteristik

wilayah juga berperan dalam pemasangan infrastruktur jaringan air bersih seperti di sebagian kawasan perbukitan yang labil struktur geologisnya. Hal ini akan mempengaruhi biaya produksi PDAM sehingga daerah-daerah ini belum menjadi prioritas utama dalam penyaluran air bersih.

Kondisi saat ini memperlihatkan bahwa sumber air minum penduduk Kota Semarang yang berasal dari pemenuhan PDAM Tirta Moedal masih sangat terbatas. Berdasarkan studi yang telah dilakukan oleh Hartono (2005), PDAM baru dapat memenuhi kebutuhan 47% (641.455 jiwa) dari penduduk Kota Semarang. Beberapa hal yang menjadi kendala di antaranya adalah besarnya tingkat kebocoran air PDAM sampai sebesar 48,7% (Hartono, 2005), keterbatasan infrastruktur dan makin terbatasnya sumber air baku yang dapat dimanfaatkan. PDAM Tirta Moedal selama ini lebih banyak menjangkau daerah-daerah di dataran rendah di kawasan pesisir Utara Kota Semarang. Keterbatasan infrastruktur dan masalah teknis membuat banyak rumah tangga yang berada di bagian Selatan (kawasan dataran tinggi) Kota Semarang tidak mendapatkan



Sumber: Bappenas, 2007¹

Gambar 1. Peta persebaran jumlah penduduk miskin di Kota Semarang

¹ http://semarangkota.go.id/cms/index.php?option=com_wrapper&Itemid=338

akses dari PDAM. PDAM Tirta Moedal sendiri telah memanfaatkan hampir 70% sumber air permukaan untuk pasokan air bersih.

Kondisi ketersediaan sumber air di Kota Semarang sangat dipengaruhi oleh sistem hidrologis secara umum. Sebagai kota yang memiliki kawasan perbukitan, terdapat sumber mata air yang mengalir melalui beberapa sungai. Beberapa sungai yang mengalir di Kota Semarang di antaranya Kali Garang, Kali Pengkol, Kali Kreo, Kali Banjir kanal Timur, Kali Babon, Kali Singin, Kali Kripik, dan Kali Dungadem. Kali Garang merupakan sungai yang paling besar dan menyediakan air terbanyak dalam memenuhi kebutuhan air di Kota Semarang. Aliran air Kali Garang bersumber dari Gunung Ungaran dan aliran sungai ini bertemu dengan aliran air dari Kali Kreo dan Kali Kripik. Kali Garang dapat memberikan ketersediaan air yang paling besar karena memiliki debit 53% dari debit total dan debit ini melebihi dua debit sungai utama lainnya seperti Kali Kreo dan Kali Kripik yang masing-masing debitnya adalah 34,7% dan 12,3% dari debit total.²

Sumber air dari sungai-sungai yang terdapat di Kota Semarang merupakan salah satu sumber air bersih yang dikelola oleh PDAM Tirta Moedal selain sumber air tanah dalam. Walaupun terdapat sumber air permukaan yang memadai, tetapi belum dapat diolah sepenuhnya oleh penyedia jasa air bersih untuk memenuhi kebutuhan air bersih seluruh penduduk Kota Semarang.

Daerah sekitar sungai memiliki potensi air tanah dengan kedalaman sekitar 3–18 meter.³ Potensi air tersebut dapat dimanfaatkan oleh masyarakat sekitar dengan menggali sumur baik di dalam rumah maupun di depan rumah. Sumur ini biasanya dimanfaatkan untuk keperluan rumah tangga selain untuk air minum. Walaupun air sumur terlihat jernih, tetapi sering kali menjadi mudah terpengaruh oleh adanya banjir dan rob yang cukup tinggi.

Air tanah yang lebih dalam dapat diperoleh di beberapa daerah seperti di Semarang Atas. Air tanah dalam ini dapat diperoleh dengan menggunakan mesin pompa yang berkapasitas lebih besar. Oleh karena itu untuk penggalian beberapa sumur air tanah dalam atau sumur artesis banyak dikelola secara bersama. Sumur air tanah dalam juga banyak dimanfaatkan oleh pabrik-pabrik yang berada di kawasan kota Semarang. Namun demikian, pemanfaatan air tanah ini disinyalir berkontribusi positif pada penurunan muka tanah dan menyebabkan semakin rentan terhadap kenaikan muka air laut.

² http://semarangkota.go.id/cms/index.php?option=com_wrapper&Itemid=338.

³ ibid

KONDISI DI LOKASI PENELITIAN

Penelitian lapangan dilakukan pada bulan April 2011 di Kota Semarang. Studi kuantitatif dan kualitatif dilakukan tiga kelurahan.⁴ Pertimbangan pemilihan kelurahan tersebut berdasarkan pada tingkat kemiskinan yang relatif tinggi pada tingkat kecamatan. Kecamatan Gunung Pati dan Kecamatan Tugu merupakan dua kecamatan dengan tingkat kemiskinan yang paling tinggi di Kota Semarang. Pada tahun 2006, tingkat kemiskinan Kecamatan Gunung Pati adalah 42,74%, sedangkan untuk Kecamatan Tugu adalah 39,98%.

Selain itu, hasil survei yang dilakukan pada 200 rumah tangga miskin di tiga kelurahan tersebut menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran rumah tangga berada di bawah garis kemiskinan Kota Semarang tahun 2009 sebesar Rp226.271. Pengeluaran rumah tangga di Kelurahan Tugurejo rata-rata sebesar Rp147.731, sedangkan untuk Kelurahan Sukorejo adalah sebesar Rp 219.204. Karena hasil temuan lapangan yang terkait dengan adanya inisiatif lokal-mikro hanya ditemui di Kelurahan Sukorejo dan Kelurahan Tugurejo maka selanjutnya penjelasan terfokus pada dua lokasi tersebut. Tabel 1 memperlihatkan ringkasan kondisi tiga wilayah lokasi penelitian.

Selain tingkat kemiskinan, faktor geografis juga menjadi pertimbangan, yaitu adanya kontras antara wilayah Semarang bawah atau wilayah pesisir dan wilayah Semarang Atas. Kelurahan Tugurejo merupakan wilayah yang terletak di pesisir utara Kota Semarang. Wilayah ini pernah terkenal dengan pencemaran Kali Tapak. Sekitar tahun 90-an, beberapa pabrik yang terletak di wilayah ini, diindikasikan membuang limbah di Kali Tapak. Hal ini mempengaruhi kehidupan warga di sekitar terkait dengan penghidupan dan sumber air. Selama ini, penduduk sekitar wilayah ini memanfaatkan sumur artesis sebagai sumber air utama. Selain itu, untuk tambahan beberapa rumah tangga, setelah sekian tahun kasus pencemaran, dapat memanfaatkan kembali sumur untuk keperluan rumah tangga selain untuk air minum. Wilayah Tugurejo masih memiliki areal persawahan yang bersanding dengan daerah pabrik yang terletak sepanjang jalur Pantura. Selain itu, wilayah ini relatif tidak terkena rob.

Kelurahan Sukorejo merepresentasikan wilayah Semarang Atas karena memiliki wilayah perbukitan. Namun, Kelurahan Sukorejo yang termasuk dalam Kecamatan Gunungpati merupakan daerah yang rawan akan pergeseran tanah karena berada pada daerah patahan sehingga merupakan daerah yang rawan longsor. Khusus untuk wilayah RW 6 Kelurahan Sukorejo terlihat banyak bangunan yang mengalami kerusakan akibat adanya amblesan tanah. Menurut

⁴ Penelitian ini mengambil sampling untuk pendekatan kuantitatif di tiga kelurahan, yaitu Kelurahan Sukorejo (Kecamatan Gunung Pati), Kelurahan Tugurejo (Kecamatan Tugu), dan Kelurahan Kemijen (Kecamatan Semarang Tengah) dengan pertimbangan letak kantong-kantong kemiskinan di Kota Semarang.

Tabel 1. Ringkasan Kondisi Lokasi Penelitian

| Kelurahan | Jumlah penduduk | Luasan (ha) | Masalah kependudukan dan lingkungan | Pemenuhan kebutuhan air bersih |
|---|------------------|-------------|--|---|
| Kemijen (kelurahan pesisir)-Kecamatan Semarang Tengah | 13.924 | 140,9 | Kepadatan penduduk tinggi, Banyak kawasan kumuh dengan drainase yang tidak terpelihara, Terkena dampak banjir rob | PDAM Sumur bersama –artesis Sumur sendiri (air sensitif terpapar rob) |
| Tugurejo (kelurahan peisir)-Kecamatan Tugu | 4.931 | 796,84 | Relatif tidak terkena dampak banjir rob, Banyak pabrik sehingga rentan dengan pencemaran air (kasus pencemaran Kali Tapak), Masih banyak areal persawahan, Penduduk kebanyakan bekerja di pabrik-pabrik yang ada di daerah ini | Sumur artesis PDAM, Sumur sendiri (air kuning-asin) |
| Sukorejo-Kecamatan Gunung Pati | 7.102 (thn 2003) | 288.063 ha | Daerah perbukitan, di sebagian lokasi rawan terhadap pergeseran tanah, Penduduk banyak yang bekerja di sektor informal di Kota Semarang | Air sendang Sumur, Sebagian kecil mendapat akses PAM |

Sumber: Data primer hasil studi lapangan, 2011; area berwarna merupakan fokus bahasan makalah ini.

penduduk, beberapa rumah telah mengalami amblesan dengan kerusakan yang cukup parah seperti lantai yang merekah maupun bangunan yang siap longsor ke bawah. Belum lagi bangunan infrastruktur seperti jalan dan jembatan yang rusak karena amblesan tanah.

INISIATIF LOKAL UNTUK PEMENUHAN AIR BERSIH

Deskripsi yang dipaparkan dalam tulisan ini berasal dari penelitian di dua wilayah rukun warga (RW) di Kelurahan Sukorejo dan Kelurahan Tugurejo. Dua sistem pengelolaan di dua lokasi ini memperlihatkan bagaimana fleksibilitas lokal dan partisipasi masyarakat mampu membantu memenuhi kebutuhan air bersih sehari-hari.

Sukorejo: Mata Air untuk Kehidupan

Penduduk yang tinggal di RW 6 Kelurahan Sukorejo merupakan penduduk yang berasal dari relokasi Bongsari⁵ dan Pamularsih pada pertengahan tahun 80-an. Secara umum, mata pencaharian penduduk di kawasan ini adalah pemulung dan pengamen. Usaha lain adalah usaha perdagangan seperti warung dan pedagang keliling. Pada saat survei April 2011, tercatat jumlah penduduk di RW 6 sekitar 200 KK. Dari jumlah ini, hanya tinggal 25% penduduk yang berasal dari relokasi tahun 1986. Selebihnya merupakan penduduk baru yang membeli lahan perumahan yang tersedia.⁶

Pada saat dipindahkan, menurut pengakuan sesepuh RW tersebut, belum ada sumber air yang dapat dipergunakan oleh penduduk. Lokasi yang terletak di pegunungan membuat warga harus pergi ke arah sungai untuk mencuci dan mandi. Hal ini sangat menyulitkan warga. Selebihnya, untuk keperluan air minum dan memasak, mereka harus membeli. Baru pada awal tahun 90-an ditemukan sendang/mata air yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan penduduk. Akses mata air yang relatif tidak mudah bagi penduduk yang ingin mengambil air, membuat mereka mengusulkan pada Yayasan Soegijapranata untuk mengalirkan air dari lokasi sendang ke rumah-rumah penduduk.

Pada awalnya, dibuat tandon besar di dekat perumahan penduduk sehingga mereka yang membutuhkan bisa mengambil air langsung dari tandon tersebut. Namun, cara ini dirasa masih cukup memberatkan penduduk yang tinggal jauh dari tandon. Pada awalnya, diupayakan pipanisasi sampai ke rumah-rumah penduduk. Namun, kondisi topografi pegunungan membuat rumah penduduk yang jauh dari tandon besar hanya mendapat air sangat terbatas. Untuk memberi akses pada semua orang secara adil, pada tahun 1998 mulai dibangun tandon untuk tiap rukun tetangga (RT) sehingga memudahkan akses air bersih bagi penduduk. Setiap RT harus memiliki tandon air yang dapat dipakai untuk menyimpan air untuk kepentingan warganya. Inisiatif pembuatan tandon air dilakukan mengingat debit mata air yang tidak terlalu besar dan kesadaran agar air yang ada dapat dipergunakan untuk semua orang yang tinggal di lokasi tersebut.

Pengaturan aliran air, berdasarkan jumlah RT sebanyak enam buah. Setiap enam hari sekali, tandon masing-masing RT akan diisi penuh. Kemudian pengaturan distribusi ke rumah penduduk diatur oleh masing-masing RT.

⁵ Pada saat di Bongsari, penduduk tinggal di tanah milik Yayasan Soegijapranata. Kemudian karena pada pertengahan 80-an di lokasi tersebut akan dibangun sekolah luar biasa, warga dipindahkan ke lokasi baru di wilayah RW 6 Kelurahan Sukorejo.

⁶ Pada awal relokasi (1986), tiap KK mendapat lahan satu kapling dengan luas sekitar 100 m². Mereka harus membayar kepada Yayasan Soegijapranata sebesar Rp450.000 dengan mencicil sesuai dengan kemampuan dan kemudian lahan menjadi hak milik masing-masing KK.

Sebagai contoh, ada RT yang menetapkan pengambilan air per rumah tangga hanya dua pikul. Namun, seperti pada saat penelitian, semua rumah tangga dapat mengambil air sepuasnya mengingat debit air sendang tetap banyak karena dirasakan tidak adanya kemarau.⁷ Sistem pengelolaan yang diterapkan di lokasi ini berdasarkan kuantitas air. Biaya yang harus dibayarkan per bulan bukan biaya kuantitas pemakaian air, hanya biaya untuk pemeliharaan pipa sebesar Rp500 per bulan per rumah tangga yang dikelola lewat RT. Selain itu, beberapa pengurus RW terlibat aktif dalam pengelolaan air, seperti untuk memantau aliran air dari sendang pada saat pipanya dibuka.

Untuk saat ini, sumber mata air yang ada tidak hanya dimanfaatkan oleh RW 6. Dua RW lain di sekitar sendang juga turut memanfaatkan air sendang. Pada beberapa tahun yang lalu, terdapat sebuah perumahan swasta di sekitar sendang yang ingin membeli sendang tersebut. Masyarakat lokal yang selama ini telah memanfaatkan air sendang menganggap hal ini tidak dapat diterima. Oleh karena itu, masyarakat mengusulkan kepada yayasan untuk membeli tanah di sekitar sendang dan sepanjang aliran pipa. Diharapkan dengan kondisi ini, masyarakat akan merasa “aman” terkait dengan akses kepemilikan terhadap sumber air.

Tugurejo: PAM Mini untuk Bersama

Beberapa wilayah di Kelurahan Tugurejo mengalami kesulitan air bersih. Dengan jumlah 5 RW yang ada di kelurahan ini, RW 4 merupakan lokasi yang paling sulit mendapatkan air bersih dan lokasi ini relatif mengalami dampak dari kenaikan muka air laut. Walaupun tidak terkena rob, namun sumur yang ada di daerah ini sudah terinfiltrasi oleh air laut. Hal ini membuat penduduk hanya dapat memanfaatkan air sumur secara terbatas mandi dan mencuci piring.⁸ Sementara itu, untuk kebutuhan memasak, penduduk biasanya membeli air.

Sebenarnya di Kelurahan Tugurejo telah terdapat sumur artesis yang diwariskan sejak zaman Belanda. Namun sumur tersebut tidak dapat dimanfaatkan secara optimal karena ketiadaan dana dan pengurus yang mengelola sumber air tersebut. Baru pada tahun 2004, sekelompok pemuda berinisiatif untuk mengaktifkan kembali pemakaian sumur artesis yang telah ada. Kegiatan pertama yang dilakukan adalah melakukan penggalangan dana dari pabrik-pabrik yang ada di sekitar lokasi. Respons positif dari salah satu pabrik memungkinkan pengelola untuk memperbaiki infrastruktur sumur artesis berupa mesin pompa, tandon, dan pipa.

⁷ Berdasarkan hasil wawancara dengan penduduk, mereka menganggap dalam dua tahun terakhir ini relatif tidak ada musim kemarau yang panjang karena hujan dapat ditemui sepanjang tahun.

⁸ Penduduk tidak dapat memanfaatkan air untuk mencuci baju karena membuat baju menjadi rusak.

Pada awalnya, pengurus membuat sistem pengelolaan seperti sistem PAM. Rumah tangga yang ingin berlangganan harus membayar biaya pasang sebesar Rp200.000.⁹ Biaya tersebut dipergunakan untuk pemasangan meter dan pipa. Menurut pengurus, biaya awal pemasangan relatif murah karena adanya subsidi biaya pipa dari sponsor yang ada. Selama ini, air dari sumur artesis telah dapat menjangkau ke sekitar 80 rumah atau 30% dari seluruh jumlah rumah tangga yang ada di RW 4.

Sistem distribusi air dilakukan secara bergiliran berdasarkan lokasi rumah. Rumah di sebelah timur jalan dialiri air pada sore hari (pukul 15.00–18.00). Sementara itu, untuk rumah yang berada di sebelah Barat jalan dialiri air pada pagi hari (pukul 4.30–7.30). Pengaturan pengaliran air dilakukan selain karena debit air yang tidak terlalu banyak juga disebabkan oleh terbatasnya biaya listrik yang harus dibayarkan. Sistem pembayaran ditetapkan berdasarkan kuantitas pemakaian berdasarkan perhitungan meter. Biaya pemakaian untuk 1 m³ adalah sebesar Rp2.000. Harga yang ditetapkan merupakan kesepakatan antara pengurus dan pelanggan. Rata-rata setiap rumah tangga membayar sebesar Rp30.000 per bulan. Oleh karena itu, dibuat sistem yang disebut sebagai sistem “paket”, yaitu setiap rumah tangga harus membayar sebesar Rp30.000 per bulan tanpa tergantung pada jumlah pemakaian. Sebenarnya, strategi ini digunakan oleh pengurus untuk memudahkan perhitungan jumlah pemakaian air dan mengurangi tenaga yang harus mencatat dari rumah ke rumah. Selain itu, sistem paket juga terbukti dapat menghindari keluhan dari pelanggan.

Pengurus selama ini menerapkan azas kepercayaan dalam transaksi, mengingat rasa kekeluargaan dalam satu lingkungan RW tersebut. Oleh karena itu, terkadang kesepakatan adanya penalti dalam bentuk penghentian aliran air, tidak dapat dilaksanakan. Pengurus pada awalnya menetapkan apabila selama dua bulan berturut-turut ada pelanggan yang tidak membayar maka akan dilakukan penghentian aliran air. Namun pada kenyataannya, aturan tersebut belum pernah dilaksanakan. Alasannya adalah sumur itu tetap merupakan milik bersama dan diharapkan penduduk yang memanfaatkannya memiliki kesadaran demi keberlanjutan penyediaan air bersih. Beberapa pelanggan yang sulit melakukan pembayaran rutin biasanya memang benar-benar tidak mampu untuk membayar sehingga tidak mungkin dipaksa untuk membayar. Pengurus memiliki toleransi bagi kelompok penduduk yang memang tidak mampu.

Selain terkait dengan masalah administrasi, pengurus juga bertanggung jawab pada masalah teknis seperti mengatur aliran air harian. Demikian juga, apabila terjadi kerusakan teknis. Apabila kerusakannya cukup ringan, mereka dapat melakukannya sendiri tanpa memanggil teknisi. Cakupan pekerjaan

⁹ Untuk saat ini biaya pemasangan sebesar Rp400.000

yang cukup luas membuat pengurus harus aktif secara sukarela menjaga keberlangsungan sistem “PAM” ini.

MANFAAT PENGELOLAAN AIR BAGI KEHIDUPAN MASYARAKAT

Apabila dilihat dari dua inisiatif lokal untuk memenuhi kebutuhan air bersih di Tugurejo dan Sukorejo, terlihat dengan dua instrumen dan mekanisme yang berbeda dipergunakan untuk mencapai tujuan bersama. Manfaat yang dirasakan oleh penduduk terkait dengan akses terhadap air dirasakan nyata, baik dari pemenuhan kuantitas air, keterjangkauan harga, keterjangkauan lokasi, maupun waktu ketersediaan. Tabel 2 di bawah ini memperlihatkan ringkasan sistem pengelolaan yang diterapkan di dua lokasi tersebut.

Bagian ini menjelaskan bahwa inisiatif lokal untuk memenuhi kebutuhan air bersih telah bermanfaat bagi kehidupan rumah tangga di dua lokasi tersebut.

Tabel 2. Sistem Pengelolaan Air Bersama

| Sumber | Sukorejo “Mata Air untuk Kehidupan” | Tugurejo “PAM Mini untuk Bersama” |
|-----------------------|---|--|
| | Air Sendang | Sumur Artesis |
| Dana Awal | Yayasan Soegijapranata | Sponsor dari pabrik yang ada di sekitar |
| Instrumen pengelolaan | Kuantitas | Harga |
| Pengelola | Pengurus RW-RT | Kelompok pemuda sebagai sukarelawan |
| Biaya per bulan | Rp500 (biaya pemeliharaan pipa) Biaya infrastruktur (pipa dan tandon) mendapat bantuan | Berdasarkan pemakaian rata-rata Rp30.000 (sistem paket) Terdapat biaya pemasangan |
| Metode distribusi air | Lewat tandon RT | Langsung ke rumah penduduk |
| Pembatasan | 6 hari sekali untuk tandon tiap RT 2 pikul per rumah tangga | Pukul 15.00–18.00 (untuk rumah di bagian Timur) Pukul 4.30–7.30 (untuk rumah di bagian Barat) |

Sumber: Data primer hasil studi lapangan, 2011

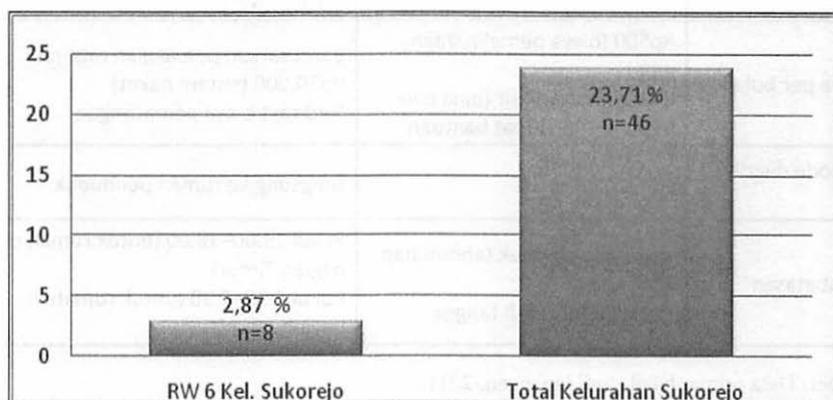
Penghematan Pengeluaran Air bagi Rumah Tangga

Untuk memperlihatkan manfaat inisiatif lokal pengelolaan air tersebut terhadap pengeluaran rumah tangga, persentase pengeluaran air terhadap pengeluaran pangan rumah tangga per kapita di dua lokasi tersebut memperlihatkan hasil yang signifikan. Berdasarkan hasil survei 2011, khusus untuk penduduk yang tinggal di lingkungan RW 6-Sukorejo terlihat hasil yang signifikan bagaimana masyarakat mampu menghemat pengeluarannya karena pengaturan pemenuhan air yang disepakati sebesar Rp500 per bulan per rumah tangga. Persentase rata-rata pengeluaran air terhadap pengeluaran pangan per kapita untuk warga RW 6 adalah sebesar 2,87%. Persentase ini jauh lebih kecil dari persentase pengeluaran air terhadap pangan per kapita untuk penduduk Sukorejo secara keseluruhan, yaitu sebesar 23,71. Gambar 2 berikut memperlihatkan persentase pengeluaran terhadap pengeluaran pangan per kapita di RW 6-Sukorejo, dibandingkan dengan Kelurahan Sukorejo secara keseluruhan.

Kondisi di Tugurejo juga memperlihatkan hal yang serupa. Persentase pengeluaran air terhadap persentase pengeluaran pangan per kapita untuk RW 4 lebih kecil daripada Kelurahan Tugurejo secara keseluruhan. Namun, perbedaannya tidak terlalu signifikan dibandingkan dengan yang terjadi di Sukorejo.

Manfaat terkait Kuantitas yang Dapat Dikonsumsi

Penduduk Sukorejo dan Tugurejo memperlihatkan bagaimana secara kuantitas, inisiatif lokal penyediaan air dapat membantu. Berdasarkan hasil survei 2011, untuk wilayah RW 6, Sukorejo karena pembatasan yang dilakukan oleh pengelola



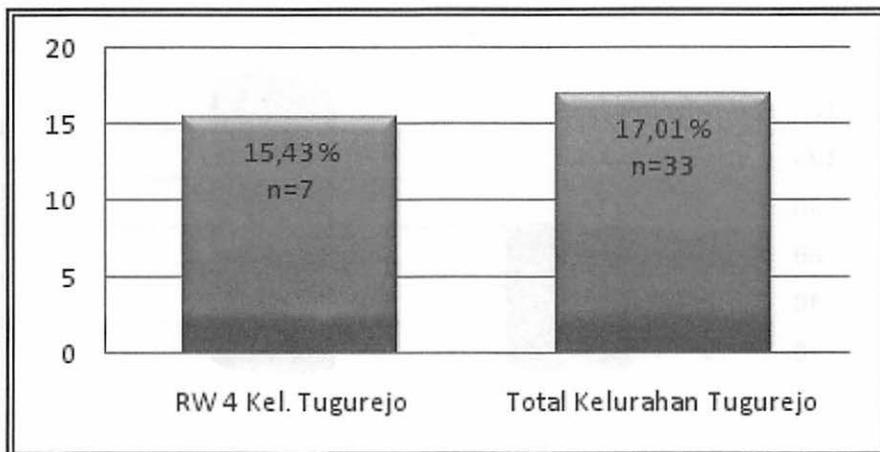
Sumber: Data Primer—Hasil Survei, 2011

Gambar 2. Persentase pengeluaran air terhadap pengeluaran pangan per kapita di Sukorejo

adalah jumlah yang dapat dikonsumsi, kuantitas yang dapat dikonsumsi lebih sedikit dibandingkan dengan penduduk RW 4-Tugurejo. Untuk RW 6-Sukorejo jumlah konsumsi air per kapita adalah 51,78 liter per hari. Sementara itu, untuk penduduk di RW 4, Tugurejo dengan mempergunakan sumur artesis bersama, dapat mengonsumsi sebesar 111,89 liter per kapita per hari. Apabila dilihat dari standar UNESCO yang membagi konsumsi air berdasarkan wilayah tinggal, untuk kota besar sebesar 130 liter per kapita per hari. Konsumsi air, baik di Tugurejo maupun di Sukorejo masih di bawah standar ini walaupun untuk Tugurejo relatif hampir mendekati.

Kemudahan Akses Tempat dan Waktu

Inisiatif lokal yang dilakukan di Sukorejo dan Tugurejo telah membawa kemudahan untuk mendapatkan air bagi penduduk. Dilihat dari akses waktu, penduduk di dua lokasi ini rata-rata mendapatkan akses 24 jam terhadap air walaupun masing-masing memiliki pengaturan sesuai dengan kesepakatan. Untuk Tugurejo, dengan adanya pembagian waktu pelayanan untuk wilayah Barat-Timur, penduduk membuat tandon/ bak di masing-masing rumah. Dengan demikian, pada saat PAM sedang berjalan, penduduk dapat menampung air dan memanfaatkannya sewaktu-waktu. Sambungan PAM ini juga membuat penduduk tidak perlu kesulitan mengumpulkan air karena air langsung dapat diambil di rumah mereka. Kondisi yang tidak jauh berbeda juga dapat ditemui di Sukorejo. Walaupun tandon tidak terdapat di setiap rumah, kemudahan untuk mengambil dari tandon RT telah mereka rasakan dibandingkan dengan kondisi



Sumber: Data Primer–Hasil Survei, 2011

Gambar 3. Persentase pengeluaran air terhadap pengeluaran pangan per kapita di Tugurejo

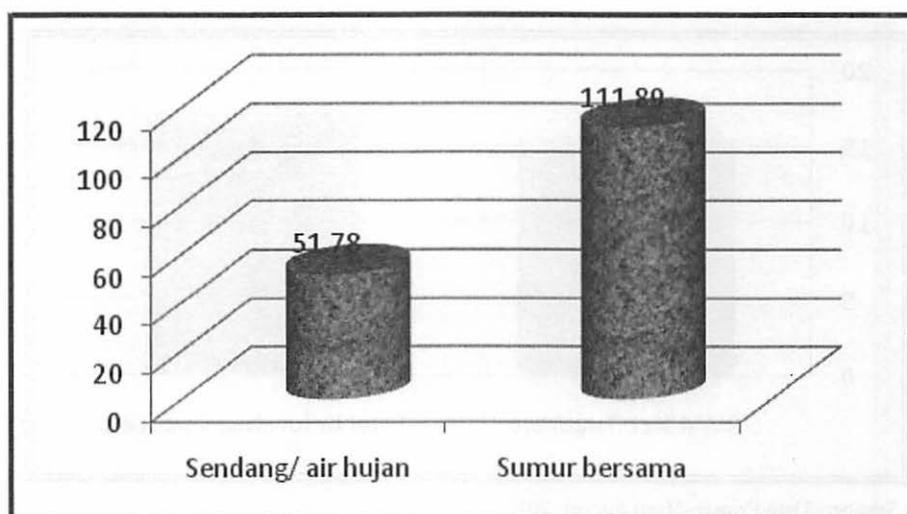
sebelumnya saat harus mengambil air langsung ke sendang. Penduduk Sukorejo mendapatkan manfaat kemudahan atas adanya pengelolaan air lokal ini.

PEMBELAJARAN DARI PENGELOLAAN AIR DI TINGKAT LOKAL

Pemenuhan kebutuhan air bersih lewat inisiatif lokal telah terbukti mampu membantu penghidupan rumah tangga miskin di Tugurejo dan Sukorejo. Keberhasilan sistem pengelolaan di dua lokasi ini memperlihatkan bagaimana masyarakat bisa bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Penjelasan pada bagian ini memperlihatkan beberapa poin yang dapat dijadikan pembelajaran bagi kelompok masyarakat lainnya.

Pengelolaan Adaptif

Pemenuhan kebutuhan air bersih di dua lokasi penelitian ini dapat dikatakan relatif bebas dari konflik. Selama ini, fleksibilitas pengelolaan merupakan sebuah strategi tersendiri untuk tetap menjaga keberlangsungan sistem ini. Dalam beberapa kasus, pengurus/pengelola terkadang mengalami dilema, tetapi karena tujuan utama adalah untuk memenuhi kebutuhan air bagi warganya, berbagai metode yang bersifat adaptif dengan banyak penyesuaian pun diambil. Belajar dari keputusan yang diambil dengan memperhatikan respons rumah tangga merupakan bagian dari proses *learning by doing* dalam pengelolaan adaptif (Argent, 2009; Olsson dkk., 2003).



Sumber: Data Primer–Hasil Survei, 2011

Gambar 4. Konsumsi air di Sukorejo (RW 6) dan Tugurejo (RW 4) liter/kapita/hari

Seperti yang terjadi di Tugurejo, kondisi sosial ekonomi masyarakat yang kebanyakan adalah penduduk miskin, terkadang membuat pelanggan mengeluhkan biaya yang harus dibayarkan per bulannya. Menurut mereka, jumlah pemakaian air tidak sepadan dengan jumlah biaya yang harus mereka bayarkan per bulan. Oleh karena itu, tidak sedikit pelanggan yang menunggak. Dengan kondisi tingkat ekonomi yang terbatas, mekanisme *stick and carrot* tidak dapat diberlakukan secara mutlak. Pengurus memberi toleransi dengan tidak menetapkan denda atau pemutusan hubungan sambungan air. Kondisi dilematis seperti ini membuat pengurus memperkenalkan sistem “paket”, yaitu pelanggan dapat mengalirkan air secara bebas tanpa dibatasi meter air pada waktu yang telah ditentukan. Dengan strategi ini, keluhan dari pelanggan relatif dapat dikurangi. Selain itu, strategi ini juga cukup menghemat waktu dan tenaga pengurus dalam pencatatan meteran air.

Dilema teknis juga terjadi pada pengurus di Tugurejo mengingat keterbatasan waktu distribusi air. Selama ini, pengurus menghadapi biaya operasional yang cukup tinggi dari tagihan biaya listrik untuk pompa air. Oleh karena itu, untuk menjaga agar harga jual air ke masyarakat tetap terjangkau mereka membatasi pengisian air ke tandon air. Pilihan seperti ini dilakukan, mengingat apabila tidak ada pembatasan, biaya listrik akan meningkat dan pada akhirnya harga jual akan naik. Selain itu, tanpa pembatasan waktu, ada kecenderungan akan terjadi peningkatan konsumsi yang pada akhirnya akan meningkatkan biaya per rumah tangga. Dengan gambaran kondisi sosial ekonomi penduduk RW 4 Tugurejo, pilihan seperti ini merupakan pilihan yang paling efektif.

Pengelolaan adaptif juga telah dilakukan di Sukorejo. Beberapa pilihan metode distribusi telah dicoba dan direvisi agar tujuan memberi akses air bersih untuk semua penduduk dapat tercapai. Beberapa rumah di Sukorejo memiliki tandon air (berbentuk seperti sumur). Cara ini dibangun untuk mengurangi kesulitan membawa air dari tandon bersama ke rumah masing-masing. Secara eksklusif, pada awalnya rumah-rumah ini mendapatkan aliran air secara tersendiri. Namun, warga yang tinggal lebih jauh dari tandon air mengeluhkan akses air mereka yang terbatas. Kemudian, secara adaptif terjadi penyesuaian sistem pengelolaan sehingga pipanisasi ke masing-masing rumah diadakan dan pengambilan air hanya dapat dilakukan oleh masing-masing RT dari tandon yang disediakan. Beberapa rumah tangga yang kesulitan tenaga dapat mengupah orang untuk mengambil air dari tandon RT tersebut.

Partisipasi Masyarakat

Dalam banyak kasus pengelolaan sumber daya alam, partisipasi masyarakat berperan penting bagi keberhasilan sistem tersebut. Partisipasi masyarakat dapat dilakukan secara langsung ataupun lewat *stakeholder* kunci yang dapat

menyuarakan aspirasi mereka. Menurut Schewald dan Reijkerk (2009) keterlibatan *stakeholders* kunci penting dalam sebuah proses pengelolaan dengan tujuan untuk mendiskusikan kepentingan dari semua yang terlibat, termasuk menyelesaikan masalah-masalah yang muncul dalam pengelolaan.

Dalam hal ini, pengelolaan air di Sukorejo dan Tugurejo memperlihatkan bagaimana peran *stakeholders* dalam upaya pengelolaan sumber air telah mencoba untuk membuat strategi pengelolaan yang bertujuan untuk memecahkan persoalan pemenuhan kebutuhan air bersih di lokasi dengan adil, baik secara kuantitas maupun secara ekonomis. Sebagai sebuah sistem penyediaan air bersih yang berskala kecil, penduduk relatif sangat tergantung pada sumber air dan sistem pengelolaan. Hal ini berpengaruh secara positif pada rasa memiliki sumber air dan sistem pengelolaan tersebut.

Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan satu hal yang menjadi penentu keberhasilan sistem pengelolaan. Dalam dua kasus di atas terlihat bagaimana sekelompok orang yang berhasil mengorganisir, baik *interest* maupun potensi yang ada untuk tujuan pemenuhan kebutuhan air. Untuk kasus Tugurejo, pengurus air adalah sekelompok pemuda setempat yang merupakan kader dari LSM Bintari yang banyak bergerak di bidang lingkungan hidup. Sementara itu, di Sukorejo, para pengurus RW dan RT menjadi motor penggerak penyediaan air bersih. Para pengelola secara kreatif mengembangkan sistem penyediaan air bersih sehingga secara ekonomi mampu membantu masyarakat miskin. Pengelola air di kedua lokasi bekerja secara suka rela tanpa imbalan. Namun, di masa datang, kondisi seperti ini menjadi tantangan tersendiri bagi keberlangsungan sistem penyediaan air bersih ini. Untuk Sukorejo, pengelola secara langsung merupakan pengurus RW /RT sehingga siapa pun yang menjabat secara otomatis *in charge* sebagai pengelola air. Akan tetapi, di Tugurejo, terlihat adanya ketergantungan yang besar pada kelompok pemuda sebagai pengelola air. Kondisi ini rentan apabila pengelola tidak menetap di lokasi tersebut karena mencari pengurus air yang secara suka rela bekerja merupakan kesulitan tersendiri.

Pemeliharaan dan Perlindungan

Selama ini, penduduk Sukorejo telah berupaya menjaga kelestarian sendang/mata air. Terdapat aturan tidak tertulis untuk penduduk yang memanfaatkan air sendang secara langsung seperti tersedianya areal khusus untuk mandi dan mencuci. Lokasi ini ditentukan dengan maksud untuk menghindari pencemaran air *sendang*.

Sementara itu, secara legal, untuk menjaga supaya sendang tetap dapat dimanfaatkan oleh penduduk tanpa khawatir ada pihak lain yang mengakuisisi,

Yayasan Soegijapranata telah membeli tanah di sekitar *sendang* dan areal di sekitar pipa. Hal ini menjadi poin lebih memberi “rasa aman” bagi penduduk RW 6 Sukorejo mengingat beberapa tahun yang lalu ada pengembang di sekitar lokasi *sendang* yang ingin membeli sumber mata air tersebut.

Sementara itu, musim kemarau juga membawa dampak penurunan ketinggian air *sendang*, seperti terjadi pada September 2011 (*Kompas*, 2011). Dikhawatirkan pada masa datang setiap musim kemarau akan terjadi seperti ini sehingga kestabilan ketersediaan air menjadi terganggu. Selain itu, adanya dampak perubahan iklim berupa perubahan siklus hidrologi (pergeseran musim) akan memengaruhi ketersediaan sumber air tanah. Oleh karena itu, butuh penanganan secara serius untuk mengatasi masalah ini.

Di masa mendatang, ancaman yang cukup serius dirasakan oleh penduduk Sukorejo karena lokasi mereka berada di daerah yang rawan pergerakan tanah. Sejumlah kasus yang terjadi di RW 6, terdapat beberapa rumah telah bergeser sampai 20 meter. Selain itu, terdapat juga beberapa rumah mengalami amblesan. Untuk saat ini, kawasan *sendang* masih dianggap aman karena terletak di lokasi yang relatif tinggi dan sekitarnya masih merupakan kawasan hutan. Namun, di masa mendatang akan banyak faktor risiko yang memengaruhi keberadaan *sendang*.

Selain itu, berdasarkan rencana tata ruang Kota Semarang, wilayah Sukorejo dan Tugurejo merupakan kawasan pengembangan permukiman dan industri. Perubahan penggunaan lahan akan menjadi ancaman serius bagi ketersediaan sumber daya air. Oleh karena itu, perlu adanya perlindungan dari pemerintah daerah bagi kawasan sekitar sumber air agar terjamin keberlanjutannya mengingat air adalah kebutuhan esensial manusia.

KESIMPULAN DAN PENUTUP

Sistem pengelolaan air di Sukorejo dan Tugurejo memperlihatkan efektivitas dalam skala komunitas. Masyarakat dapat terlibat secara langsung dalam proses pengelolaan, termasuk memberikan masukan ataupun keluhan terkait dengan air. Hal ini merupakan kapasitas yang penting dalam keberlanjutan pengelolaan air. Pada awal terbentuknya pengelolaan penyediaan air, sistem ini membutuhkan kontribusi dari pihak luar (Yayasan Soegijapranata-Sukorejo dan sponsor perusahaan-Tugurejo). Selanjutnya, *stakeholders* kunci yang terlibat dalam pengurusan penyediaan air membangun sistem pengelolaan secara mandiri. Baik aturan main distribusi air, pengurus, maupun hak dan kewajiban masyarakat sebagai pelanggan ditetapkan melalui kesepakatan bersama. Walaupun demikian, pengurus masih memberi ruang apabila kesepakatan tersebut tidak dapat dilaksanakan karena keterbatasan ekonomi pelanggan. Selain itu, pengurus

tidak segan untuk menyesuaikan sistem pengelolaan sesuai dengan kondisi dan perubahan masyarakat. Penerapan konsep *learning by doing* merupakan salah satu kunci keberlanjutan sistem pengelolaan air yang bersifat adaptif bagi penduduk miskin perkotaan.

Perubahan kondisi lingkungan dan perubahan iklim merupakan tantangan utama bagi sistem pengelolaan air ini. Oleh karena itu,77 untuk menghadapi tantangan tersebut dibutuhkan kerja sama dari *stakeholder* kunci dan pemerintah daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2011. http://semarangkota.go.id/cms/index.php?option=com_wrapper&Itemid=338; diakses tanggal 12 Desember 2011
- Anonim. 2011. http://p3b.bappenas.go.id/loknas_ruteng/docs/petajateng/Kota_Semarang_Pddk_Miskin.pdf; diakses tanggal 12 Desember 2011
- Anonim. 2011. <http://regional.kompas.com/read/2011/09/02/12133015/Air.Sendang.Gayam.Semarang.Surut>; diakses tanggal 12 Desember 2011
- Argent, Robert M. 2009. "Components of Adaptive Management". *Adaptive Environmental management: A practitioner's guide*. Catherine Allan dan George H. Stankey (eds) Springer and CSIRO.
- BPS. 2009. Kota Semarang dalam Angka 2009.
- BPS. 2010. Kota Semarang dalam Angka 2010.
- Hartono, Didiék. 2005. "Alternatif Pemenuhan Kebutuhan Air Bersih oleh PDAM Kota Semarang". *Tesis Program Pascasarjana, Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota, Universitas Diponegoro* (tidak dipublikasikan)
- Maryono. 2007. "Menilai Aksesibilitas Air Minum (Studi Kasus: Aksesibilitas Air Bersih Bagi Masyarakat Miskin di Kota Semarang)". *Jurnal Presipitasi* Vol. 3, No. 2, September 2007.
- McIntosh, Arthur C. 2003. *Asian Water Supplies: Reaching The Urban Poor*. Asian Development Bank (ADB) and International Water Association
- Olsson, Per, Carl Folke dan Fikret Berkes. 2004. "Adaptive Co-Management for Building Resilience in Social-Ecological Systems". *Environmental management* vol 34 no. 1 pp.75–90.
- Schelwald-van der Kley, Lida dan Linda Reijerkerk. 2009. *Water: A Way of Life, Sustainable Water Management in a Cultural Context*. CRC Press: Taylor and Francis Group.
- UN Habitat. 2003. *Water and Sanitation in the World's Cities: Local Action for Global Goals*.

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Ketentuan untuk penulis

Artikel dapat ditulis dalam bahasa Indonesia maupun bahasa Inggris. Panjang tulisan antara 6.000-8.000 kata, diketik 2 spasi dengan program Microsoft Word. Artikel harus disertai abstrak (150-200 kata) dalam dua bahasa; bahasa Indonesia dan Inggris. Pengiriman artikel harus disertai dengan alamat dan riwayat hidup singkat penulis. Penulisan *references* harus konsisten di dalam seluruh artikel dengan mengikuti ketentuan sebagai berikut:

Kutipan dalam teks: nama belakang pengarang, tahun karangan dan nomor halaman yang dikutip
Contoh: (Jones, 2004:15), atau Seperti yang dikemukakan oleh Jones (2004:15).

Kutipan dari buku: nama belakang, nama depan penulis, tahun penerbitan. *Judul buku*. kota penerbitan: penerbit.
Contoh: Horowitz, Donald. 1985. *Ethnic Groups in Conflict*. Berkeley: University of California.

Kutipan dari artikel dalam buku bunga rampai: nama belakang, nama depan pengarang, tahun. "judul artikel" dalam nama editor (Ed.), Judul Buku. nama kota: nama penerbit. Halaman artikel.
Contoh: Hugo, Graeme. 2004. "International Migration in Southeast Asia since World War II", dalam A. Ananta dan E.N.Arifin (Eds.), *International Migration in Southeast Asia*, Singapore: Institute of Southeast Asian Studies. hlm: 28-70.

Kutipan dari artikel dalam jurnal: nama belakang, nama depan penulis, tahun penerbitan. "Judul artikel", Nama Jurnal, Vol (nomor Jurnal): halaman.
Contoh: Hull, Terence H. 2003. "Demographic Perspectives on the Future of Indonesian Family", *Journal of Population Research*, 20 (1):5-65.

Kutipan dari *website*: dituliskan lengkap alamat *website*, tahun dan alamat URL dan html sesuai alamatnya. Tanggal *download*.
Contoh: World Bank. 1998. <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>. Washington DC. Tanggal 25 Maret.

Catatan kaki (*footnote*) hanya berisi penjelasan tentang teks, dan diketik di bagian bawah dari lembaran teks yang dijelaskan dan diberi nomor.

Pengiriman artikel bisa dilakukan melalui *e-mail*, ataupun pos dengan disertai *disket file*. Redaksi dapat menyingkat dan memperbaiki tulisan yang akan dimuat tanpa mengubah maksud dan isinya.

Notes for Contributors

Articles may be written in English or Indonesia language. The length of each manuscript between 6.000- 8.000 words, double-spaced using MS Word. Abstracts of 150-200 words, written in both languages: English and Indonesia, should be submitted. Submission should be accompanied by a brief biodata of each authors, including qualifications, position held and full address.

Reference should be consistently written according to the Journal style :

In the text: the author's name and the year of publication and the page are quoted. e.g.: (Jones, 2004:15), or According to Jones (2004:15)

Citation from a book: Author's name. year of publication. Book's title. city:Publisher.

e.g.: Horowitz, Donald. 1985. *Ethnic Groups in Conflict*. Berkeley: University of California.

Citation from an edited book: Author's name. year of publication. Article's title, name of editor/s (ed/s.), *the book's title*. city:Publisher. pages

e.g.: Hugo, Graeme, 2004. International Migration in Southeast Asia since World War II, in A. Ananta dan E.N.Arifin (Eds.), *International Migration in Southeast Asia*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies. pp: 28-70.

Citation from a Journal: Author's name. year of publication. Article's title, name of the journal, Vol. (no): pages

e.g.: Hull, Terence H. 2003. Demographic Perspectives on the Future of Indonesian Family, *Journal of Population Research*, 20 (1):5-65.

Citation from website e.g.:
World Bank. 1998. <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>. Washington DC. Date: 25 March.

Footnotes should be kept to a minimum and numbered.

Article may be submitted by email or post including the floppy disk. The editors reserve the rights to make amendments to the manuscript and will seek, whenever possible, the author's consent to any changes made.

Jurnal
Vol. VI No. 1, 2011

KEPENDUDUKAN INDONESIA

ISSN 1907-2902
Nomor Akreditasi 314/Akred-LIPI/2MBU/10/2010

Dinamika Tenaga Kerja pada Sistem Pertanian Organik
di Kabupaten Sragen
Ngadi

Resistensi terhadap Praktik Dominasi Kekuasaan dalam
Institusi Pendidikan Usia Dini: Studi Kasus
Sekolah 'Aizifah' di Yogyakarta
M. Ridhah Taqwa

Outsourcing dalam Perspektif Pekerja dan Pengusaha
Triyono

Pengaruh Tenaga Kerja Asing terhadap Pertumbuhan
Ekonomi dan Kesempatan Kerja: Suatu Tinjauan Literatur
Nasri Bachtiar dan Rahmi Fahmi

Pergeseran Sektor Ekonomi dan Penyerapan Tenaga Kerja
di Jawa Timur
M. Saleh dan Sonny Sumarsono



LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

ISSN 1907-2902



LIPI Press

9

771907

290214