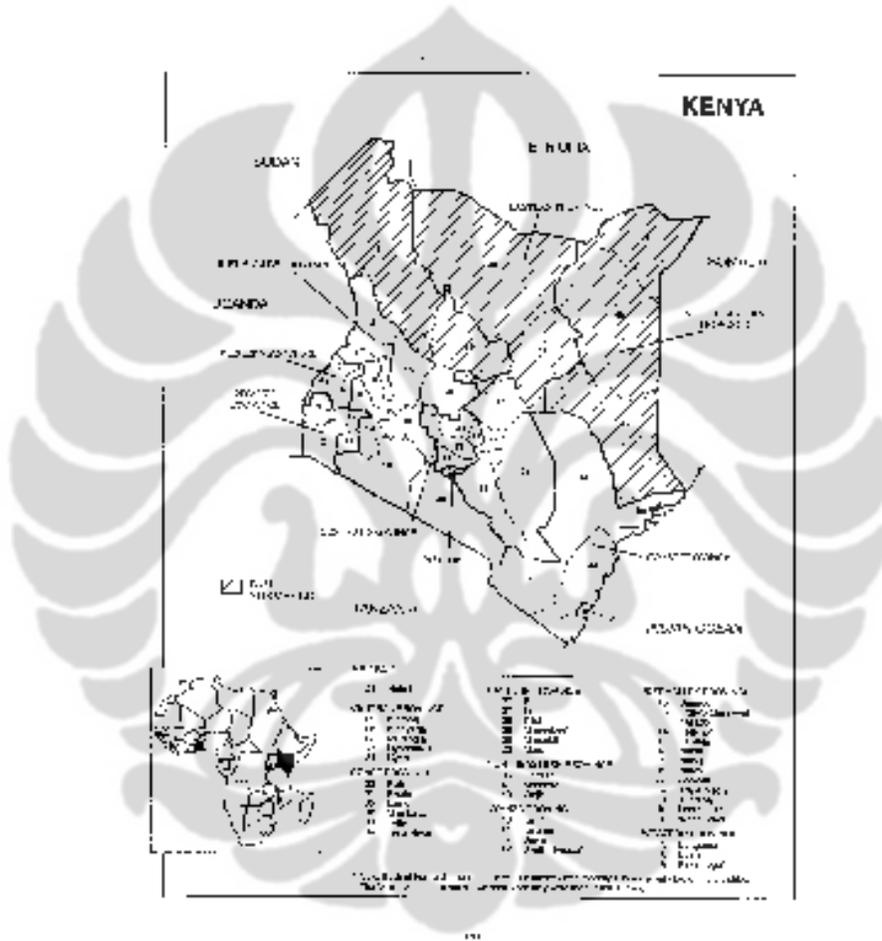


## BAB II

### TINJAUAN SEJARAH KERJASAMA KENYA-USAID DALAM PENGENDALIAN HIV/AIDS

Gambar 2.1. Peta Wilayah Kenya.



## II.1. Kenya

Kenya adalah sebuah negara yang terletak di sebelah timur dari benua Afrika. Negara ini terletak pada 5 derajat lintang selatan dan antara 24 sampai 31 derajat bujur timur.<sup>57</sup> Hampir terbagi dengan garis khatulistiwa. Tanzania membatasinya di sebelah selatan, Uganda di sebelah barat, Ethiopia dan Sudan di sebelah utara, Somalia di sebelah timur laut, dan Samudera Hindia di tenggara. Garis pantai dan dermaga di Mombasa memungkinkan Kenya untuk melakukan perdagangan dengan negara-negara lain. Negara ini dibagi menjadi 8 propinsi dan 72 distrik. Mempunyai luas wilayah kurang lebih 582, 646 km<sup>2</sup>, dimana 571, 466 km<sup>2</sup> diantaranya merupakan daratan.<sup>58</sup> Diperkirakan 80% dari wilayah tersebut adalah wilayah arid atau semiarid yang tidak dapat dipergunakan untuk bercocok tanam karena strukturnya yang tandus. Hanya 20% yang memungkinkan untuk dipakai masyarakat untuk bercocok tanam. Luas wilayah Kenya yang besar tersebut mempersulit kinerja NGO-NGO yang bergerak di bidang kesehatan, khususnya penanggulangan HIV/AIDS untuk merangkul masyarakat sampai ke pelosok-pelosok Kenya dikarenakan minimnya sarana dan prasarana yang ada.

. Negara tersebut terbagi menjadi dua region; Pertama, dataran rendah termasuk di dalamnya daerah pesisir dan danau di daratan yang rendah. Kedua, dataran tinggi yang membentang dari dua sisi Lembah Great Rift. Curah hujan dan

---

<sup>57</sup> “Kenya: Demographic and Health Survey, 1993 - Final Report”, [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=95&ctry\\_id=20&SrchTp=ctry](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=95&ctry_id=20&SrchTp=ctry), diakses pada 15 April 2008 pkl. 21.43.

<sup>58</sup> *Ibid.*

cuaca dipengaruhi oleh ketinggian air laut dan jarak danau dengan laut. Ada empat musim dalam satu tahun di Kenya, musim panas dari Januari sampai Maret, musim hujan yang panjang dari Maret sampai Mei, dilanjutkan dengan musim panas yang panjang dari Mei sampai Oktober, dan musim hujan pendek antara Oktober sampai Desember. Negara ini mempunyai bentuk-bentuk fisik yang berbeda-beda, hal itulah yang menambah sulit akses NGO ke masyarakat Kenya. Aliran informasi yang seharusnya disampaikan ke masyarakat Kenya, menjadi terhambat. Hal ini sangat beresiko pada penyebaran HIV/AIDS pada masyarakat yang tidak mendapatkan akses informasi tadi.

Dari sisi sejarah, Kenya adalah salah satu negara bekas jajahan Inggris. Kemerdekaan yang mereka raih didapat dari pemberontakan-pemberontakan dan aksi bersenjata. Pemberontak Mau Mau pada tahun 1950an memberikan jalan bagi reformasi konstitusional dan perkembangan politik pada tahun-tahun selanjutnya. Kenya mendapatkan hak untuk menjalankan pemerintahannya sendiri pada 12 Desember tahun 1963. Tepat satu tahun kemudian, Kenya menjadi negara republik. Negara tersebut mempunyai pemerintahan dan situasi politik yang cukup stabil sejak merdeka. Negara ini juga mempunyai sistem multipartai sampai tahun 1981, setelah itu konstitusi diamandemen untuk membentuk partai. Namun, awal tahun 1990an, Kenya berubah kembali menjadi negara dengan sistem multipartai. Dari awal kemerdekaannya sampai tahun 2002, negara tersebut diperintah oleh *Kenyan African National Union*. Pada pemilihan umum tahun 2002, *National Alliance of Rainbow Coalition* memenangkan pemilihan dengan hasil yang mencolok. Kenya memiliki 42 kelompok etnis yang tersebar di berbagai penjuru Kenya. Suku-suku besar meliputi

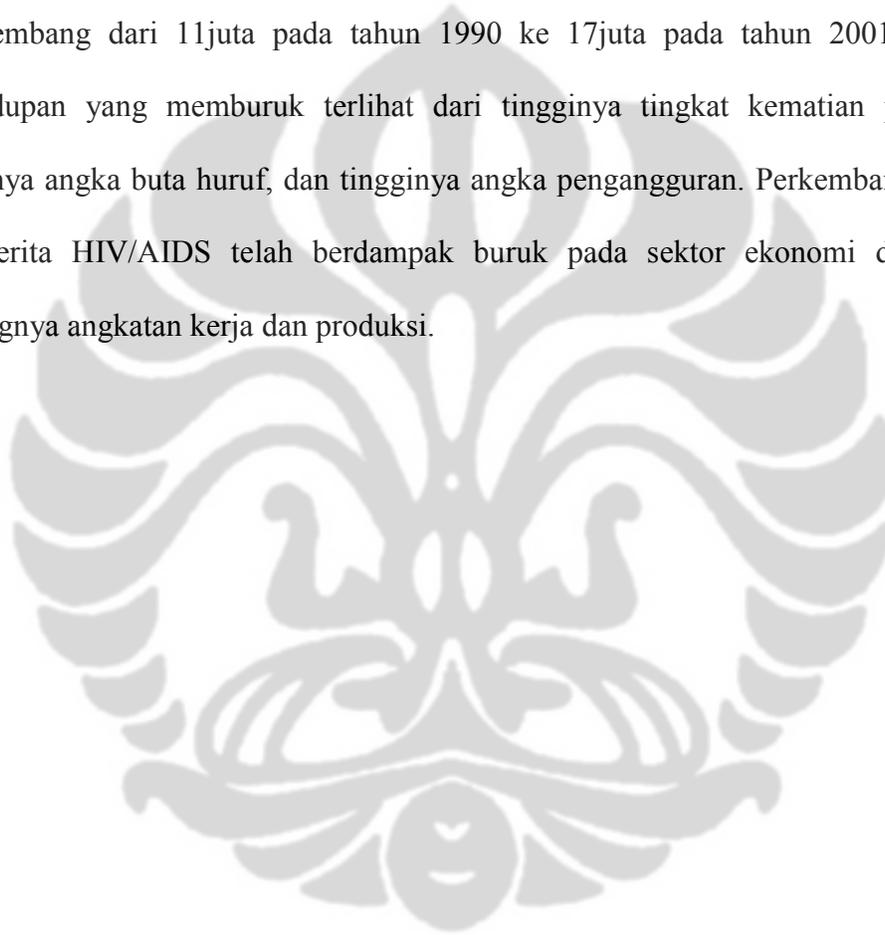
Kikuyu, Luo, Kalenjin, Luhya, Kamba, Kisi, Mijikenda, Somali, dan Meru. Bahasa Inggris adalah bahasa resmi di Kenya, dengan bahasa Kiswahili sebagai bahasa nasional. Agama mayoritas di Kenya adalah Kristen dan Islam.

Dilihat dari perekonomiannya Kenya adalah perekonomian agrikultur dengan dasar perindustrian yang kuat. Sektor agrikultur berkontribusi sebesar 25% dari pendapatan nasional bruto (GDP).<sup>59</sup> Kopi, teh, dan hortikultura (bunga, buah-buahan, dan sayur-sayuran) adalah komoditi ekspor yang utama bagi Kenya. Pendapatan dari tiga komoditi ini merupakan 53% dari total pendapatan dari kegiatan ekspor. Sektor manufaktur berkontribusi sebesar 13% dari total pendapatan nasional bruto. Sektor pariwisata juga berkontribusi dalam usaha peningkatan kualitas hidup rakyat Kenya. Kondisi perekonomian Kenya setelah negara tersebut merdeka selalu berubah-ubah. Pada dekade pertama setelah kemerdekaan, perekonomian Kenya tumbuh sekitar 7% per tahun. Setelah itu terjadi penurunan konstan pada perekonomian, menyentuh titik terendah perkembangan GDP yaitu sekitar 2% antara tahun 1996-2002. Tingkat perkembangan perekonomian yang rendah tidak dapat mengimbangi perkembangan populasi yang tinggi. Hal tersebut dikarenakan *shock* pada keadaan eksternal dan permasalahan pada struktur internal.

---

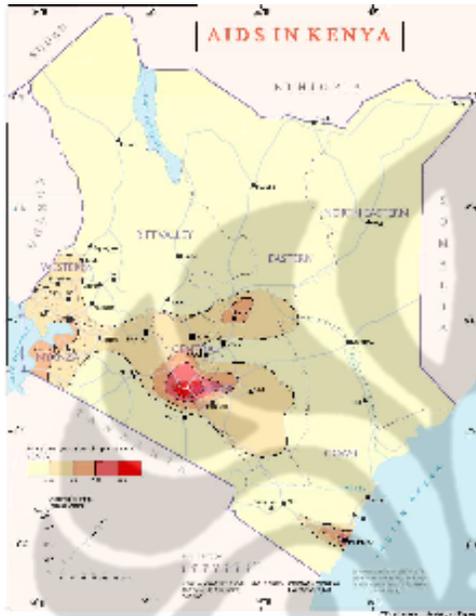
<sup>59</sup> “Kenya: Demographic and Health Survey, 2003 - Final Report”, [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=95&ctry\\_id=20&SrchTp=ctry](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=95&ctry_id=20&SrchTp=ctry). diakses pada 15 April 2008 pkl. 21.45.

Tingkat perkembangan ekonomi yang rendah berdampak buruk pada kesejahteraan Kenya. Pemerintah tidak dapat menyediakan lapangan pekerjaan sesuai dengan perkembangan angka angkatan pekerja. Kemiskinan berkembang, sekitar 56% dari populasi Kenya hidup dalam kemiskinan dan lebih dari setengah bagian itu hidup di bawah garis kemiskinan absolut. Diperkirakan angka masyarakat miskin berkembang dari 11juta pada tahun 1990 ke 17juta pada tahun 2001. Standard kehidupan yang memburuk terlihat dari tingginya tingkat kematian pada anak, naiknya angka buta huruf, dan tingginya angka pengangguran. Perkembangan angka penderita HIV/AIDS telah berdampak buruk pada sektor ekonomi dikarenakan hilangnya angkatan kerja dan produksi.



## II. 2. HIV/AIDS in Kenya

Gambar 2.2. Peta Penyebaran HIV/AIDS di Kenya.



Sumber : <http://kism.iconnect.co.ke/Aids%20in%20Kenya-%20muhindi.jpg>

*Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* yang menyebabkan lemahnya sistem kekebalan tubuh, membuat tubuh menjadi sensitif dan sulit untuk sembuh dari suatu penyakit yang nantinya dapat berujung pada kematian. Penyakit ini adalah permasalahan kesehatan publik dan sosioekonomi yang tersebar di banyak negara di seluruh dunia. Negara-negara yang paling banyak terjangkit penyakit ini terdapat di kawasan sub-Sahara Afrika, khususnya yang berlokasi di wilayah timur, pusat, dan bagian selatan dari benua Afrika.

HIV/AIDS merupakan perhatian utama di negara Kenya karena relatif tingginya angka penduduk yang terjangkit HIV/AIDS. Sebagian besar yang terjangkit penyakit ini adalah penduduk usia dewasa dan lebih tinggi lagi angka penduduk remaja yang terjangkit HIV/AIDS (*Ministry of Health, 2001*). Angka HIV lebih rendah di daerah pedesaan, dimana 80% dari populasi Kenya hidup. Sekitar 75% dari keseluruhan kasus HIV/AIDS di Kenya ada pada penduduk yang secara aktif melakukan kegiatan perekonomian, pada jenjang 20-45 tahun. Kematian pada penduduk usia 20-45 tahun ini mempunyai dampak yang serius secara ekonomi dan sosial terhadap keluarga, teman-teman, dan teman kerja yang ditinggalkan.

Penyebaran virus ini di Kenya paling banyak melalui kontak seksual kaum heteroseksual. Terhitung 75% dari keseluruhan kasus terjadi akibat dari perilaku seksual yang bebas. Walaupun penyebaran virus di kalangan pasangan yang mempunyai satu pasangan terhitung rendah, namun faktor-faktor di sekitar penduduk Kenya mengakibatkan tetap tingginya resiko terjangkit HIV/AIDS. Faktor-faktor ini antara lain terinfeksi pasangan mereka dengan penyakit-penyakit kelamin seperti syphilis, chancroid, atau herpes yang dapat menyebabkan luka pada mulut genital, bahkan trauma pada hubungan seksual. Angka penduduk dengan penyakit kelamin menempati angka yang signifikan, mayoritas dari mereka juga memiliki pasangan lebih dari satu yang menyebabkan bertambahnya resiko mereka terkena HIV. Mayoritas infeksi baru dari HIV di Kenya berasal dari hubungan seksual para heteroseksual.

Selain itu penyebaran virus HIV/AIDS ditambah dengan penularan dari ibu hamil kepada janin yang dikandungnya. Hal tersebut terjadi ketika proses persalinan

atau pada saat ibu tersebut menyusui bayinya. Diperkirakan sekitar 30-40% dari bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif akan secara langsung terjangkit HIV positif. 60% diluar itu meskipun tidak terkena virus HIV namun memiliki resiko yang sangat besar untuk menjadi yatim piatu disebabkan oleh meninggalnya orang tua mereka karena penyakit-penyakit yang beehubungan dengan HIV/AIDS. Lebih dari 100.000 anak-anak di bawah umur lima tahun diperkirakan terjangkit HIV positif.

Pemerintah tidak tinggal diam dengan situasi ini. Program-program dirancang untuk memperlambat laju penyebaran HIV terutama melalui hubungan seksual. Resiko penularan juga tinggi di kalangan pria homoseksual, transfusi darah, dan penggunaan jarum yang tidak steril.

Di Kenya, permasalahan HIV/AIDS adalah permasalahan nasional. Diperkirakan sebanyak 2.1juta penduduk, dewasa dan anak-anak terjangkit HIV/AIDS. Jumlah tersebut menunjukkan 14% penduduk Kenya aktif berhubungan seksual.<sup>60</sup> Kenya merupakan negara tertinggi ke-sembilan dalam penyebaran virus HIV/AIDS di dunia.<sup>61</sup> UNAIDS memperkirakan sekitar 500 penduduk meninggal akibat AIDS setiap harinya di Kenya pada tahun 1999.<sup>62</sup> Para ahli banyak yang menggunakan angka 600 jiwa per hari untuk melakukan penelitian, karena angka tersebut dianggap lebih merepresentasikan angka penyebaran HIV/AIDS di Kenya.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> National AIDS and STDs Control Programme (NAS COP), "AIDS in Kenya: Background, Projections, Impact and Interventions", 5<sup>th</sup> ed. (Nairobi: Ministry of Health, 1999).

<sup>61</sup> UNAIDS, "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000", hlm.124.

<sup>62</sup> UNAIDS. "Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections-Kenya" (Geneva: UNAIDS, 2000).

<sup>63</sup> "AIDS Awareness Project Launched," *The Nation*, May 3, 2001.

Biro Sensus Amerika Serikat memproyeksikan bahwa pada tahun 2005 di Kenya akan ada 820 kematian setiap harinya disebabkan AIDS. Kematian disebabkan oleh AIDS di Kenya, sekitar 75% berada pada usia 18-45thn.<sup>64</sup> Permasalahan HIV/AIDS merupakan permasalahan yang tabu untuk dibahas, seringkali mereka terkesan seperti menutup-nutupi. Hal itu menyebabkan pembicaraan mengenai kebijakan-kebijakan dan pendekatan hukum untuk menyelesaikan permasalahan ini dan juga menyediakan sarana dan prasarana kesehatan bagi yang terjangkit virus tersebut. HIV/AIDS telah menghancurkan Kenya ketika Kenya menghadapi tingginya tingkat kemiskinan. Pada tahun 1972, diperkirakan 3.7juta penduduk Kenya hidup di bawah garis kemiskinan, yang berarti pendapatan per kapita kurang dari US\$1 per hari.<sup>65</sup> Pada hari ini sekitar 15juta penduduk atau sekitar 52%dari populasi Kenya. Propinsi Nyanza mempunyai angka tertinggi penularan HIV/AIDS sekitar 29% dan juga tingkat kemiskinan tertinggi sekitar 63%, pada awal 1990an, wilayah ini merupakan salah satu dari wilayah termiskin di dunia.

HIV/AIDS telah berkontribusi terhadap penurunan kinerja perekonomian di berbagai sektor. Sektor agrikultur mempekerjakan setengah dari keseluruhan angkatan kerja di Kenya. Di Propinsi Nyanza sendiri, AIDS telah mengurangi 30% dari angkatan kerja di sektor agrikultur. Bank Dunia memperkirakan bahwa pada

---

<sup>64</sup> Jill Donahue, Susan Hunter, Linda Sussman, and John Williamson, "Children Affected by HIV/AIDS in Kenya -- An Overview of Issues and Action to Strengthen Community Care and Support: Report of a Combined USAID/UNICEF Assessment of Programming in Kenya for Children and Families Affected by HIV/AIDS" (Washington, DC: USAID, 1999), hlm.3.

<sup>65</sup> Government of the Republic of Kenya, "Interim Poverty Reduction Strategy Paper 2000-2003" (Nairobi: Government of the Republic of Kenya, July 13, 2000).

tahun 2000, perusahaan-perusahaan membayar sekitar 8% dari keuntungan yang didapatnya untuk pengeluaran yang berkaitan dengan AIDS, seperti tingginya tingkat absen para pekerja. *The Policy Project of Futures Group International* memperkirakan bahwa industri rumah tangga kehilangan sekitar 58-78% dari pendapatannya dikarenakan kematian tenaga kerja dewasa dikarenakan AIDS.<sup>66</sup> Kematian dari usia dewasa ini menyebabkan kerugian sebesar 116-167% dari pendapatan rumah tangga, yaitu mereka menjadi berhutang pada pihak lain, memaksa mereka untuk melikuidasi asset yang mereka miliki, menarik anak-anak mereka dari sekolah karena tidak mampu membayar, atau mengirimkan anak-anak mereka ke tempat sanak saudara karena orangtua mereka meninggal.

Seperti negara-negara lain, Kenya memiliki kontroversi dengan banyaknya penderita HIV/AIDS. Hal tersebut menimbulkan kontroversi di bidang lain, dimana HIV/AIDS meningkatkan jumlah yatim-piatu di Kenya. Pada tahun 1999, PBB memperkirakan sekitar 730.000 anak-anak dibawah usia 15thn telah kehilangan ibu mereka atau kedua orangtua mereka sejak awal epidemik ini terjadi.<sup>67</sup> Sekitar 550.000 dari jumlah tersebut masih hidup sampai sekarang. Pada sensus yang baru-baru ini dilakukan oleh *Human Rights Watch*, tercatat kurang lebih satu juta anak-anak di wilayah Kenya hidup sebagai yatim piatu. *National AIDS and Sexually*

---

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> *Ibid.*

*Transmitted Disease Control Programme* (NAS COP) memperkirakan bahwa akan ada 1.5 juta yatim piatu karena AIDS di bawah usia 15thn pada tahun 2005.<sup>68</sup>

Pelayanan sosial, termasuk di dalamnya pelayanan ibu-ibu hamil, pelayanan pasca melahirkan, pelayanan terhadap anak-anak yang ditinggalkan orang tua karena AIDS, dan juga konsultasi penderita AIDS juga terpengaruh dengan besarnya angkatan kerja yang meninggal karena HIV/AIDS.<sup>69</sup> Pendidikan anak juga terganggu dikarenakan besarnya kematian di kalangan tenaga pengajar. *Teachers Service Commision* menyatakan adanya kekurangan sebesar 14.000 tenaga pengajar untuk SD dan SMP. Departemen Pendidikan Kenya juga mengatakan bahwa mereka memiliki tujuh dari delapan belas posisi sebagai tenaga pengajar, karena HIV/AIDS.

Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk merawat penderita AIDS telah menyita waktu yang sangat banyak bagi para pelayan kesehatan di berbagai daerah di Kenya. Hal tersebut mengakibatkan berkurangnya pelayanan kesehatan di luar HIV/AIDS, termasuk di dalamnya kesehatan masyarakat terutama anak-anak dan juga pelayanan untuk bertahan hidup. Suatu penelitian memperkirakan pada tahun 2000 pengeluaran pemerintah yang dilakukan untuk fasilitas kesehatan bagi penderita AIDS sama dengan keseluruhan budget dari Departemen Kesehatan tahun 1993-94.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> NAS COP, *AIDS in Kenya*, hlm. 32.

<sup>69</sup> Lori Bollinger, John Stover, and David Nalo, "The Economic Impact of AIDS in Kenya," (Washington, DC: Futures Group International, 1999), hlm. 4.

<sup>70</sup> "UNICEF Warns of Orphan Crisis in Kenya," *International Planned Parenthood Federation News*, Desember 1999.

Pemerintah, dengan tekanan dari NGOs baru-baru ini melakukan pendekatan untuk mengembangkan akses untuk obat antiretroviral untuk mayoritas penderita AIDS di Kenya yang mayoritas tidak mampu membeli obat-obatan tersebut. Pada bulan Juni 2001, melalui persaingan dengan perusahaan farmasi, Parlemen Kenya lulus *Industrial Properties Bill* yang memperbolehkan Kenya untuk mengimpor dan memproduksi obat antiretroviral generik.<sup>71</sup> Sebagai tambahan, Departemen Keuangan belakangan ini mengumumkan bahwa tarif yang berlaku untuk mengimpor kondom akan dihapus untuk mempercepat gerakan melawan HIV/AIDS.

Kaum wanita paling banyak terjangkit AIDS di Kenya. Jumlah penderita HIV pada anak perempuan dan wanita usia lima belas tahun sampai sembilan belas tahun enam kali lebih tinggi dari keseluruhan penderita pria di wilayah yang paling parah terjangkit oleh AIDS. Kasus seperti ini terjadi di banyak negara-negara di Afrika. Walaupun terdapat alasan secara biologis yang menerangkan penyebab lebih banyaknya penularan HIV dari pria ke wanita daripada sebaliknya, hal tersebut dirasakan tidak cukup untuk menjawab perbedaan yang begitu mencolok di antara keduanya. Para peneliti menarik kesimpulan bahwa anak perempuan dengan usia tersebut mendapatkan HIV dari pria yang lebih tua. Umumnya kontak seksual tersebut terjadi dengan alasan ekonomi. Satu dari lima anak perempuan Kenya mengaku bahwa pengalaman seksual pertama mereka terjadi dengan adanya tekanan ekonomi atau dipaksa.

---

<sup>71</sup> "Kenya's Parliament Passes AIDS Drugs Bill," Reuters, 21 Juni , 2001.

Anak-anak perempuan Kenya adalah pihak yang akan terlebih dahulu di keluarkan dari ketika salah satu dari keluarganya terkena AIDS. Hal tersebut tidak hanya terjadi di Kenya, namun hampir di setiap wilayah dengan tingkat penularan HIV yang tinggi. Departemen Pendidikan melihat di Propinsi Nyanza bahwa setelah empat tahun pendidikan dasar, hanya 6% dari anak-anak perempuan Kenya yang akan melanjutkan ke tingkat kelima. Di bagian timur dari Kenya, dimana angka penyebaran AIDS menempati angka paling rendah dibandingkan keseluruhan propinsi di Kenya, 42% dari mereka yang lulus dari tingkat kelima adalah anak-anak perempuan. Departemen Pendidikan kemudian menyatakan bahwa perbedaan yang mencolok tersebut disebabkan oleh AIDS dan juga memperlihatkan bahwa dua puluh tahun yang lalu sebelum akibat-akibat dari epidemik tersebut dirasakan, perbandingan antara anak-anak perempuan dengan laki-laki yang lulus tingkat kelima tidak begitu mencolok. Sebuah penelitian yang baru-baru ini dilakukan oleh NGO *Population Communication Africa* menemukan bahwa dari 72 anak yatim-piatu karena AIDS di Pulau Rusinga, jumlah anak perempuan yang tetap bersekolah jumlahnya lebih sedikit daripada anak laki-laki.

*Wife inheritance* juga dilakukan oleh beberapa kelompok di Kenya, khususnya pada suku Luo, yang tinggal di Propinsi Nyanza, pusat dari penyebaran AIDS.<sup>72</sup> Pada

---

<sup>72</sup> Esther Muosoh, "Aids in Kenya: A Social Disease", [http://library.unesco-iicba.org/English/HIV\\_AIDS/cdrom%20materials/Life%20Skills/Kenya.htm](http://library.unesco-iicba.org/English/HIV_AIDS/cdrom%20materials/Life%20Skills/Kenya.htm), diakses tanggal 1 Agustus 2008, pkl. 20.27.

kebudayaan ini, janda dari kakak atau adik atau sanak saudara yang meninggal akibat AIDS akan dilindungi oleh sanak saudara dengan cara dikawinkan dengan saudara dari mantan suami janda tersebut. Pada saat HIV/AIDS menyebar budaya ini dikritik oleh pemerintah dan pemimpin kelompok sebagai salah satu penyebab cepatnya penyebaran AIDS. Penelitian di Pulau Rusinga berkesimpulan bahwa budaya *wife inheritance* telah kehilangan ketenaranannya karena tingginya angka penyebaran AIDS, namun ditemukan bahwa 77% dari keseluruhan janda yang ada telah menikah kembali dengan sanak saudara mantan suaminya.

Kasus pertama HIV didiagnosa terjadi di Kenya pada tahun 1984, namun tindakan nyata dari pemerintah datang beberapa tahun kemudian. *Departement for International Development* (DFID), badan bantuan dari pemerintah Inggris, menyatakan bahwa "Kenya has been notoriously slow to admit to its HIV/AIDS problem, to see it without an ethnic focus and to demonstrate high-level political commitment.". Pernyataan resmi pertama dari pemerintah datang bersama dengan *Sessional Paper no. 4 year 1997* yang merupakan rekomendasi program yang akan dilakukan. Pada November 1999, Presiden Moi menyatakan bahwa HIV/AIDS adalah bencana nasional. Pernyataan tersebut merupakan pernyataan pertamanya kepada publik mengenai HIV/AIDS. Saat itu terjadi, diperkirakan satu dari sembilan orang di daerah Kenya yang aktif secara seksual, telah terjangkit HIV. Pada saat yang sama, pemerintah mendirikan *National Control Council* (NACC) untuk mengembangkan strategi penyebaran penyakit tersebut.

Sulit untuk menghitung secara moneter pengeluaran yang telah dikeluarkan oleh pemerintah Kenya untuk HIV/AIDS karena program-program dari pemerintah tersebut secara langsung atau tidak langsung menyentuh penyakit dan implikasi dari penyakit tersebut. Rencana kerja pemerintah jangka menengah yang akan dilakukan mempunyai dana sekitar US\$30.7 juta untuk lima tahun kerja. Pemerintah melaporkan bahwa mereka telah mengalokasikan 140 juta shilling, sekitar US\$1.87 juta untuk program pemberantasan HIV/AIDS dalam anggaran rumah tangga mereka. Selain itu pemerintah Kenya juga menerima bantuan dana dari berbagai donor, sekitar US\$100 juta untuk penanganan HIV/AIDS. Mayoritas dari bantuan dana tersebut mengalir ke organisasi-organisasi non-pemerintah daripada ke pemerintah. Bank Dunia mengumumkan bahwa mereka telah meminjamkan US\$50 juta untuk memerangi AIDS. Bantuan dari agensi Inggris diperkirakan naik sampai 550 juta shilling ( US\$7.3 ) dalam waktu satu tahun. Beberapa tahun belakangan ini donor-donor eksternal sangat responsif terhadap permasalahan HIV/AIDS di Kenya, namun hal tersebut mulai berkurang dikarenakan terlalu seringnya terjadi penyelewengan dana atau korupsi. *International Monetary Fund* (IMF) dan Bank Dunia adalah dua dari banyak pihak yang menarik sebagian dari bantuannya dikarenakan besarnya dana yang dikorupsi. Pada tahun 1993 *Kenya Demographic and Health Survey* (KDHS) melaksanakan survey tingkat nasional terhadap 7540 wanita usia 15-49 dan pria usia 20-54. KDHS dibuat untuk menyediakan informasi tentang tingkat kesuburan, kematian anak dan bayi. Pengetahuan terhadap keluarga berencana dan fungsinya, kesehatan ibu dan anak, dan pengetahuan mengenai AIDS. Sebagai tambahan dilakukan pula survey terhadap pria atas pengetahuan dan sikap mereka terhadap

program keluarga berencana dan kesadaran tentang AIDS. Survey ini dilakukan di setiap daerah di Kenya kecuali bagian utara, yang merupakan 4% dari keseluruhan populasi.

KDHS berada di bawah perintah *National Council for Population and Development* (NCPD) dan *Central Bureau of Statistics of the Government of Kenya*. Macro International Inc. menyediakan asistensi financial dan teknis dalam program survey demografik dan kesehatan. Survei ini dilakukan atas kerjasama Kenya dengan *United States Agency for International Development* (USAID).

### **II. 3. USAID, Keluarga Berencana, dan Pengendalian HIV/AIDS di Kenya**

Awalnya pelayanan kesehatan di Kenya dimulai dari pelayan keluarga berencana saja. Kenya merupakan salah satu negara yang pertama mempunyai program keluarga berencana. Pada tahun 1957, Komite Keluarga Berencana di Mombasa dan Nairobi membuka klinik keluarga berencana. Bantuan finansial awal mereka datang dari *Pathfinder* untuk menyewa sekretaris untuk mengatur semua kegiatan klinik. *Pathfinder Internasional* menyediakan pelayanan bagi wanita, pria, dan anak-anak di seluruh negara-negara sedang berkembang melalui akses ke keluarga berencana dan informasi beserta pelayanan kesehatan bereproduksi. Organisasi ini dibuat untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS, menyediakan pelayanan bagi wanita-wanita yang menderita karena aborsi yang ilegal, sebagai alat untuk melaksanakan kebijakan kesehatan bereproduksi di Amerika dan seluruh dunia. Pada tahun 1962, Komite Keluarga Berencana tersebut berubah menjadi *Family Planning Association of Kenya* (FPAK) yang berafiliasi dengan *International*

*Planned Parenthood Federation (IPPF)*. FPAK di Kenya adalah salah satu asosiasi keluarga berencana yang terkuat di Afrika. Kesadaran pemerintah Kenya akan pentingnya keluarga berencana di Kenya terjadi cukup dini. Asosiasi ini bekerja pada lingkungan yang mempunyai kesadaran secara politik dalam hal keluarga berencana dan penanggulangan HIV/AIDS di level pemerintah. Peran FPAK berkembang dari yang awalnya hanya sebagai lembaga advokasi yang menciptakan diskurs tentang pentingnya keluarga berencana dan kesehatan bereproduksi ke lembaga yang menyediakan pelayanan kesehatan terpadu. Kenya termasuk di golongan negara-negara dengan prioritas utama menanggulangi HIV/AIDS. Untuk membantu melaksanakan programnya, FPAK bekerja sama dengan IPPF. IPPF adalah NGO internasional yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan bereproduksi dan kebebasan individu untuk memilih pilihan mereka sendiri dalam keluarga berencana. Awalnya dibentuk tahun 1952 di India, sekarang sudah sangat berkembang, bekerja di 189 negara di dunia. Survei kesehatan segera dilakukan oleh pemerintah Kenya yang memperlihatkan hasil bahwa pertumbuhan populasi Kenya sebesar 3% per tahun. Dengan hasil tersebut maka pemerintah Kenya mengikutsertakan program keluarga berencana ke dalam keseluruhan kebijakan pembangunan Kenya. *The National Family Planning Program* diluncurkan pada tahun 1967 dibawah Departemen Kesehatan. Program ini bertugas untuk memberikan informasi dan pelayanan ke seluruh rumah sakit dan pusat kesehatan milik pemerintah di seluruh pelosok Kenya.

Tingginya angka penyebaran penyakit kelamin menular dan perannya terhadap penyebaran HIV/AIDS maka pemerintah menganggap pentingnya integrasi

program pencegahan penularan penyakit kelamin menular, HIV/AIDS, dengan program keluarga berencana di negara-negara miskin, termasuk Kenya. Integrasi adalah hal yang diutamakan karena adanya saling tumpang-tindih antara resiko populasi dalam hal kehamilan yang tidak direncanakan dengan resiko tertular penyakit kelamin dan HIV/AIDS. Sebagai tambahan, program keluarga berencana menambah kesempatan untuk melakukan konsultasi kepada kelompok yang aktif secara seksual tentang resiko-resiko yang mereka hadapi, termasuk di dalamnya kehamilan yang tidak terduga dan besarnya resiko tertular HIV/AIDS. Efektivitas sebuah tempat pelayanan kesehatan dapat maksimal karena dapat melayani dua tipe klien. Kombinasi dari pelayanan tersebut menawarkan sebuah kesempatan untuk mempelajari dan mengawasi efek dari metode keluarga berencana pada HIV/AIDS atau sebaliknya. Melalui integrasi pelayanan, klien yang sukar dicapai termasuk di dalamnya pria dan generasi muda, dapat terangkul. Selain itu integrasi pelayanan ini membantu untuk menghapus stigma bahwa program-program pengendalian angka HIV/AIDS dengan keluarga berencana berjalan sendiri-sendiri, yang pada akhirnya pandangan tersebut dapat mengurangi minat klien untuk berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan.

*U.S. Agency for International Development (USAID)* melihat situasi Kenya yang membutuhkan bantuan dalam pelayanan kesehatannya, tentu saja tidak tinggal diam. Asistensi ekonomi seperti dalam bentuk bantuan luar negeri menurut Kegley dan Wittkopf merupakan salah satu upaya A.S dalam upaya memberikan pengaruh global-nya. USAID merupakan badan yang secara resmi bertanggung jawab mengatur program-program bantuan ekonomi A.S melalui tiga kategori yakni

*development assistance, economic support funds, dan food aid.* Perencanaan dan pelaksanaan program dalam isu kesehatan termasuk dalam *development assistance* dan merupakan kebijakan A.S yang sifatnya jangka panjang. Di Kenya FPAK adalah organisasi non-pemerintah pertama yang mengembangkan pelayanan kepada masyarakat dengan bantuan penuh dari USAID. Ketika kasus HIV/AIDS pertama di Kenya muncul tahun 1984, *Private Sector Family Planning (PSFP I)* yang dimiliki oleh USAID menyediakan asistensi yang sifatnya menyeluruh mulai dari manajerial, program, dan juga pelayan kesehatan kepada perusahaan swasta dan industri agar dapat melayani layanan kesehatan dan keluarga berencana pada pegawai mereka dan masyarakat yang tinggal di sekitar wilayah industri tersebut. Tahap kedua dari proyek ini adalah PSFP II, dimana programnya adalah memilih dan kemudian mengasistensi beberapa praktisi kesehatan untuk dapat melayani keluarga berencana. Di tahun yang sama itulah, program keluarga berencana bergabung menjadi satu dengan pencegahan HIV/AIDS.

Survei terakhir pada tahun 2003 menunjukkan angka pemakai alat kontrasepsi sebesar 39% dari keseluruhan masyarakat Kenya. Naiknya angka rata-rata pemakaian alat kontrasepsi merupakan hasil dari usaha pemerintah untuk menyebarkan informasi seputar keluarga berencana dan HIV/AIDS dalam pendidikan. Sekarang dari sekitar 4349 fasilitas kesehatan yang ada di Kenya, 2482 diantaranya menawarkan pelayanan seputar keluarga berencana dan HIV/AIDS. Sekitar 53% wanita mendapatkan alat-alat kontrasepsi dari fasilitas-fasilitas kesehatan yang disediakan pemerintah. Pemerintah dan rekan-rekan kerja mereka menyadari bahwa ketersediaan alat-alat kontrasepsi adalah tantangan terbesar dari program keluarga berencana dan

pengendalian HIV/AIDS ini. Pemerintah selain memperluas kesadaran pentingnya keluarga berencana dan kesadaran akan bahaya dari HIV/AIDS juga menjaga ketersediaan alat-alat kontrasepsi dan mempromosikan partisipasi masyarakat dan sektor swasta dalam menyediakan, mengatur, dan memperkuat pelayanan-pelayanan kesehatan di segala lapisan.

#### **II. 4. Global Gag Rule**

Keadaan yang sudah mulai membaik bagi Kenya, kemudian berbalik ketika *Global Gag Rule* (GGR) dilaksanakan kembali. Pada tanggal 22 Januari 2001, Presiden George W. Bush mengeluarkan kebijakan yang telah ditarik oleh Bill Clinton delapan tahun sebelumnya. Dengan memo pendek kepada direktur *U.S. Agency for International Development* (USAID). Bush melakukan pelarangan dalam program keluarga berencana yang disebut *Mexico City Policy* atau disebut juga *Global Gag Rule* (GGR) bagi para pendukung program keluarga berencana. Nama tersebut berasal dari nama konferensi PBB yang dihadiri pemerintahan Reagan dimana ia pertama kali mengeluarkan kebijakan tersebut.

Hukum di Amerika Serikat telah melarang penggunaan dana bantuan dari Amerika Serikat untuk pelayanan aborsi, baik yang mendukung pelaksanaan aborsi atau pun yang menentangnya. Penyelidikan pemerintah telah mengkonformasi bahwa semua penerima dana bantuan Amerika Serikat dalam kebijakan populasinya telah memenuhi syarat tersebut. Kelompok anti-aborsi atau anti-keluarga berencana menuntut adanya tata cara atas apa saja yang dapat atau tidak dapat dilakukan oleh sebuah organisasi kesehatan.

Untuk menanggapi hal tersebut, pada tahun 1984 Presiden Ronald Reagan dengan delegasinya menghadiri konferensi populasi internasional di tahun yang sama di kota Meksiko. Pada konferensi tersebut Amerika Serikat menyatakan penolakan Amerika Serikat memberikan dana bantuannya kepada NGOs yang secara langsung atau pun tidak langsung berhubungan dengan kegiatan aborsi. Presiden Reagan dapat melaksanakan kebijakan ini tanpa persetujuan Kongres. Ketika pemerintahan Reagan mengumumkan *Mexico City Policy* atau *Global Gag Rule*, FPAK hanya menerima dana dari USAID melalui IPPF. IPPF kemudian menolak peraturan yang ada di dalam GGR. Mereka kehilangan donor dari Amerika yang kemudian memotong donor IPPF ke FPAK. FPAK kemudian mendatangi USAID/Kenya untuk mengasistensi mereka secara langsung dan menerima dengan berat hati peraturan yang ada di dalam GGR. Saat itulah FPAK mulai menerima bantuan USAID secara langsung untuk pertama kalinya. Kebijakan ini terus dijalankan oleh Presiden George Bush yang kemudian diikuti oleh George W. Bush.

Kebijakan GGR mempunyai tiga peraturan dasar.<sup>73</sup> Pertama, kebijakan ini melarang USAID untuk berperan dalam hal asistensi keluarga berencana dan bantuan teknis kepada NGOs- organisasi kesehatan bereproduksi, kelompok perempuan, rumah-sakit dan klinik swasta yang secara aktif melakukan atau mempromosikan aborsi atau melakukan penelitian untuk mengembangkan metode aborsi. Kebijakan itu secara khusus melarang NGOs untuk melakukan aborsi sebagai metode dalam program keluarga berencana. Aborsi yang termasuk di dalamnya adalah semua aborsi

---

<sup>73</sup> Richard P. Cincotta; Barbara B. Crane, "The Mexico City Policy and U.S. Family Planning Assistance", *Science*, New Series, Vol. 294, No. 5542. (Oct. 19, 2001), hlm. 525-526.

kecuali aborsi yang disebabkan karena perkosaan, *incest*, atau kondisi yang mengancam bagi kehidupan wanita. Kedua, GGR melarang NGOs untuk melakukan lobi-lobi dengan penyandang dana di luar USAID, untuk pembebasan tindakan aborsi atau melakukan kampanye yang menyampaikan tentang keuntungan aborsi sebagai metode keluarga berencana. Ketiga, GGR melarang para pekerja dalam bidang kesehatan di bawah NGOs yang mendapatkan suntikan dana dari USAID untuk secara aktif mempromosikan aborsi atau memberikan informasi tentang klinik yang secara aktif melakukan aborsi. Pekerja-pekerja tersebut dilarang untuk mengambil keputusan dalam menghadapi wanita hamil dengan HIV/AIDS positif atau permasalahan kesehatan lainnya.

Tahun 1991, *Family Planning Policy Guidelines and Standards for Service Providers* dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Kenya untuk membantu para pekerja kesehatan di Kenya agar dapat menyediakan pelayanan yang memadai dalam hal penyediaan pilihan cara-cara kontrasepsi, yang berguna untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan juga penyebaran HIV/AIDS. *Family Planning Services Project* (FPSP) yang merupakan proyek dari USAID mulai berjalan di tahun berikutnya. Pada dasarnya gerakan ini dilakukan untuk mengikuti perkembangan kebutuhan atas keluarga berencana dan pelayanan kesehatan reproduksi. Hal tersebut dilakukan dengan mengembangkan kapasitas untuk membentuk dan mengembangkan akses semaksimal mungkin ke kualitas informasi dan pelayanan. Proyek-proyek keluarga berencana ini selalu dipakai juga oleh USAID sebagai program-program untuk memperkenalkan HIV/AIDS ke masyarakat Kenya. Pada *National Reproductive Strategy* (1997-2010), hubungan antara HIV/AIDS, kehamilan dini, dan

kesehatan ibu hamil telah sepenuhnya disadari oleh Pemerintah Kenya. Fakta bahwa HIV/AIDS menaikkan tingkat kematian ibu hamil dan kehamilan menyebabkan lebih cepatnya perkembangan HIV ke AIDS pada ibu hamil yang memiliki HIV positif. Pemerintah Kenya mengeluarkan pernyataan :

*Due to this mutual interaction and the fact that both conditions, i.e., pregnancy and HIV infection, affect or are found in the same segments of the population, contraceptives that prevent both pregnancy and STDs/HIV (e.g., condom) will take a central role in both family planning and STDs/HIV prevention programmes. (MOH, 1996).*

Pada tahun 1993 Presiden Clinton menarik kebijakan GGR. Kebijakan ini adalah aksi resmi presidensial pertama yang dilakukan oleh beliau.<sup>74</sup> Pemerintahan Clinton yang berkuasa saat itu, menambah dana untuk program kegiatan yang berhubungan dengan keluarga berencana dan asistensi kesehatan. Dana bantuan yang dialirkan ke USAID diberikan kepada Pemerintah Kenya. Dengan adanya dana ini Pemerintah Kenya dapat menyediakan dukungan finansial melalui *National Coordinating Agency for Population and Development* yang dimiliki Kenya untuk menambah fasilitas yang FPAK sediakan. Ini memungkinkan FPAK untuk membuka klinik-klinik baru dan membuat pusat kesehatan di Nairobi. Pada tahun 2000 FPSP berakhir dan USAID menetapkan status Kenya sebagai *rapid scale-up* pada asistensi HIV/AIDS. *Rapid scale-up* disini adalah aktifitas untuk memperluas program-program intervensi dari fasilitas awal yang ada. Fasilitas awal yang tadinya hanya

---

<sup>74</sup> Susan A. Cohen, "Abortion Politics and U.S. Population Aid: Coping with a Complex New Law", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 26, No. 3. (Sep., 2000), hlm. 137-139+145.

mampu melayani sejumlah kecil masyarakat dikembangkan ke program-program intervensi yang sifatnya lebih luas dan dapat melayani secara signifikan populasi yang lebih besar (region atau kota). Kenya masih belum dapat menjalankan itu sendiri, USAID kemudian meneruskan asistensinya di Kenya.

Ketika pemerintahan Amerika Serikat berganti, Presiden George W. Bush melaksanakan kembali *Mexico City Policy* atau *Global Gag Rule*. USAID kemudian memunculkan organisasi baru yang merupakan proyek kesehatan yang bernama AMKENI pada bulan Maret 2001. AMKENI yang artinya *kebangkitan baru* dalam bahasa Kiswahili ini, merupakan program pelayanan kesehatan yang terintegrasi. USAID memakai FPAK dan IPPF sebagai dua alat terkuatnya untuk melaksanakan program AMKENI. Namun IPPF kembali menolak peraturan yang ada di dalam *Global Gag Rule* dan kembali kehilangan bantuan dana dari Amerika Serikat. FPAK yang mendapatkan bantuan langsung dari Amerika Serikat, kali ini menolak peraturan yang ada di dalam *Global Gag Rule*. FPAK juga kehilangan bantuan dana dari Amerika Serikat. FPAK kehilangan 58% dari keseluruhan dana hariannya, dari potongan langsung USAID dan potongan tidak langsung dari IPPF. *Marie Stopes International* Kenya (MSI Kenya) juga menolak peraturan dari *Global Gag Rule* dan kehilangan 40% dari dana operasionalnya. MSI adalah NGO internasional yang bergerak di pelayanan kesehatan reproduksi. MSI bekerja di 38 negara di dunia. Organisasi ini beroperasi melalui klinik-klinik yang dikenal dengan nama *Marie Stopes Centres*.

## **BAB III**

### **ANALISA**

#### **III.1. Model**

##### **III.1.1. Aksi**

##### **Pengendalian HIV/AIDS oleh USAID**

Terputusnya bantuan USAID ketika GGR dilaksanakan kembali bukanlah semata-mata putusnya bantuan dana saja, namun hal tersebut berarti putusnya juga asistensi USAID mulai dari manajerial, program kerja, dan penyediaan staf ahli dalam keluarga berencana dan HIV/AIDS. Pemotong bantuan dana, sarana, dan prasarana USAID pada dua NGO terbesar di Kenya, menyebabkan organisasi-organisasi tersebut kehilangan model kerja yang biasanya dilakukan dengan petunjuk dari USAID. Program kerja USAID terhadap pengendalian angka HIV/AIDS di Kenya adalah :<sup>75</sup>

##### **1. Perawatan**

- Terapi Antiretroviral

USAID telah berkomitmen untuk mengembangkan dirinya untuk membuka akses pengobatan antiretroviral di negara-negara berkembang. Antiretroviral ini telah digunakan secara meluas di negara-negara sedang berkembang untuk memperbaiki

---

<sup>75</sup> “Technical Areas”, diakses dari situs resmi USAID, [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/TechAreas/index.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/index.html), pada tanggal 15 Mei 2008 pk. 15.30.

kesehatan dan memperpanjang usia hidup mereka yang terkena HIV/AIDS. Pengobatan ini adalah pengobatan yang sifatnya menyeluruh termasuk di dalamnya terdapat pertemuan dengan pihak medis, psikologis, sosioekonomi, dan hukum dari mereka yang terkena HIV/AIDS.

Obat-obatan ini tidak hanya untuk merawat penderita HIV, tapi juga sangat penting untuk pencegahan transmisi dari ibu-anak tujuan akhir dari pengobatan ini adalah untuk merawat dua juta penduduk yang HIV/AIDS positif, mencegah tujuh juta penularan baru, mendukung kurang lebih sepuluh juta masyarakat yang terkena dampak karena salah satu anggota keluarganya terkena HIV/AIDS.

Pasca Global Gag Rule persediaan sarana dan prasarana untuk HIV/AIDS sulit untuk didapatkan, walaupun usaha untuk mencari dana dari pihak lain sudah dilakukan, namun tidak ada yang dapat mendukung program-program yang ada sekuat USAID. USAID mempunyai sarana dan prasarana lengkap, terutama dalam hal pengobatan antiretroviral. Banyak dari penyandang dana lain yang dapat menyediakan dana dalam bentuk uang namun tidak dapat menjawab kebutuhan program-program, yang dibentuk USAID terhadap *Nevirapine*.<sup>76</sup> *Nevirapine* (*Viramune*) adalah obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi antiretroviral (ART). Obat ini pertama kali dibuat oleh *Boehringer Ingelheim* (BI), tetapi sekarang tersedia dari beberapa produsen, terutama dari India.<sup>77</sup> Obat juga dapat dipakai untuk mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi atau *Preventing Mother-To-Child-Transmission* (PMTCT). Walaupun *azidothymidine*, AZT (sebuah ARV lain)

---

<sup>76</sup> "The Impact of the Global Gag Rule: Contraceptive Crisis Deepened", diakses dari [www.globalgagrule.com](http://www.globalgagrule.com), pada tanggal 10 Januari 2008, pkl. 15.30.

<sup>77</sup> Nevirapine, <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=431>, diakses pada 25 September 2008, pkl.05.29.

mencegah lebih banyak infeksi, nevirapine lebih murah dan lebih berhasil dengan ibu yang menyusui bayinya. Si ibu hamil diberi satu pil waktu mulai merasakan sakit saat mau melahirkan. Si bayi diberi satu dosis sebelum usia 72 jam. Pendekatan ini sangat bermanfaat di negara berkembang. Nevirapine termasuk golongan *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI). Obat golongan ini menghambat enzim *reverse transcriptase*. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Perubahan ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV. Selain obat tersebut NGO-NGO yang menjalankan program-program dari USAID, kekurangan *test kits* untuk pengetesan HIV/AIDS. Kedua hal tersebut memperlambat kinerja NGO-NGO dalam pencegahan HIV/AIDS. Kaum wanita adalah kaum yang paling besar angka penularan HIV/AIDS dan golongan yang paling rentan akan HIV/AIDS. Tidak adanya persediaan obat-obatan dan *test kit* yang diperlukan, menyebabkan bertambah besarnya resiko penularan HIV/AIDS khususnya di kalangan wanita yang akhirnya akan menaikkan angka penderita HIV/AIDS di Kenya.

- Pengembangan Kapasitas Masyarakat.

Pengembangan kapasitas masyarakat adalah pengembangan dari bakat, kapabilitas, dan sistem untuk merespon secara aktif terhadap HIV/AIDS dalam segala tingkat. Pelatihan ini mencakup pelatihan dalam pengambilan keputusan, perencanaan, dan manajemen untuk pekerja sosial. Bagian HIV/AIDS dari USAID memberikan \$3.25juta untuk mengembangkan bagian pengembangan kapasitas masyarakat ini. Inisiatif di bagian pengembangan kapasitas masyarakat ini

mempunyai tujuan akhir untuk memperkuat kemampuan individu untuk memimpin, merencanakan, mengimplementasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pencegahan, perawatan, dan program kerja yang meyangkut HIV/AIDS.

Kelompok pendonor, Pengembangan Kapasitas Masyarakat (USAID), Bank Dunia, dan UNAIDS bersama-sama mengembangkan kesadaran terhadap pentingnya mengembangkan kapasitas masyarakat itu. USAID mengeluarkan *Technical Guidance Document on Human Capacity Development* yang merupakan petunjuk atau model bagi para pendonor dan manajer program yang berkaitan dengan pengendalian HIV/AIDS untuk mendukung komunitas dan negara-negara dalam hal memperkuat kemampuan individu melakukan aksi dan pelayanan yang efektif untuk pengendalian HIV/AIDS.

Pasca Global Gag Rule bantuan USAID untuk melakukan pengembangan sumber daya manusia di Kenya dicabut. Yang lebih buruk lagi ternyata selama ini tidak adanya transfer teknologi atau pengetahuan dari staf ahli USAID ke pelayan kesehatan Kenya. Selama ini tenaga-tenaga ahli yang dipekerjakan oleh USAID berasal dari luar Kenya. Tenaga-tenaga ahli ini seharusnya melakukan pelatihan untuk mengembangkan sumber daya masyarakat Kenya, namun yang terjadi tenaga-tenaga ahli ini menjadi orang-orang yang mengendalikan kegiatan yang ada di klinik-klinik di Kenya.<sup>78</sup> Keadaan bertambah buruk ketika staff senior Kenya yang biasa membantu tenaga ahli dari USAID, keluar dari klinik untuk mencari pekerjaan dengan bayaran yang lebih baik di luar Kenya. Putusnya aliran dana dari USAID

---

<sup>78</sup> “The Impact of the Global Gag Rule: Reproductive Health Services Constrained”, diakses dari [www.globalgagrule.com](http://www.globalgagrule.com), pada tanggal 9 Desember 2007, pkl. 10.30.

mengakibatkan berkurangnya anggaran klinik untuk membayar pekerja kesehatan yang ada. Perekrutan staf baru memerlukan biaya yang besar karena staf baru akan memerlukan dana yang cukup besar untuk mengikuti pelatihan keluarga berencana dan HIV/AIDS.<sup>79</sup> Ketidakberadaan staf ahli USAID dan staf senior yang berasal dari Kenya menyebabkan ketidakmampuan klinik-klinik yang ada untuk melakukan penyuluhan dan pemeriksaan yang rutin dilakukan oleh klinik selama ini. Transfer teknologi dan pengetahuan yang diperkirakan selama ini terjadi, ternyata tidak terlaksanakan dan menjadi sumber utama terjadinya kemunduran dalam usaha pengendalian angka HIV/AIDS. Keadaan tanpa penyuluhan dan pemeriksaan rutin berakibat pada naiknya jumlah penderita HIV/AIDS di Kenya.

## **2. Pencegahan**

- Pendekatan ABC → *Abstinence, Being Faithful, Condom Usage*.

A adalah *abstinence from sexual activity*, B adalah *being faithful to single partner*, dan C adalah *correct and consistent condom use*. Ketiga hal tersebut adalah perilaku yang dapat mencegah atau setidaknya mengurangi resiko tertular HIV, virus yang menyebabkan AIDS. Promosi seimbang dari ketiga hal ini pada umumnya dinamakan pendekatan ABC. *Abstinence* adalah menunda hubungan seksual dengan pasangan di usia muda. *Being faithful* dengan cara tidak berganti-ganti pasangan berhubungan seksual. *Correct and consistent condom use*, khususnya seseorang menganggap berhubungan seksual adalah kegiatan yang kasual. Usaha pencegahan HIV dipersulit dengan kenyataan bahwa penularan secara global berakar pada sebab

---

<sup>79</sup> *ibid.*

yang berbeda-beda dengan latar belakang yang berbeda-beda pula. Untuk mencegah penularan HIV/AIDS melalui hubungan seksual maka pemerintah Amerika Serikat mendukung pendekatan ABC karena pendekatan ini dapat mendekati target dengan tingkat infeksi yang paling tinggi dan disaat yang bersamaan dapat menjawab kebutuhan spesifik si penderita. Sering terlupakan bahwa dengan latar belakang yang berbeda, kesulitan yang dihadapi untuk mengadaptasi program ABC ini pun berbeda-beda pula di setiap latar belakang.

Program ABC ini sangat erat kaitannya dengan ketersediaan alat kontrasepsi, kondom. Dilihat secara keseluruhan, permintaan atas alat kontrasepsi bagi wanita dan juga kondom sangatlah tinggi disebabkan oleh perkembangan populasi dan diikuti dengan tingginya pelayanan keluarga berencana, tingginya angka perkembangan HIV/AIDS, dan besarnya jumlah masyarakat yang memasuki usia reproduktif. Global Gag Rule memperburuk keadaan dengan pemotongan pasokan alat kontrasepsi wanita dan kondom ketika permintaan akan hal tersebut mencapai titik yang paling tinggi.

Hilangnya donasi alat kontrasepsi dan kondom yang berasal dari USAID ke NGO yang berada di Kenya, kerana NGO tersebut menolak melaksanakan aturan yang ada di dalam GGR, menyebabkan krisis di dalam krisis. Kenya seperti halnya negara berkembang lainnya sangat tergantung dengan pasokan alat kontrasepsi dari pendonor. USAID dan the UN Population Fund (UNFPA) adalah pendonor-pendonor terbesar untuk alat-alat kontrasepsi. USAID adalah donor terbesar yang menyediakan lebih dari sepertiga bagian dari keseluruhan suplai kondom di Kenya. Jumlah tersebut

jika dihitung mencapai US \$75 juta per tahun.<sup>80</sup> Pemerintah Kenya berusaha untuk mengatasi kekosongan pasokan tersebut, tapi kebutuhan akan alat kontrasepsi ini tidak dapat terpenuhi pasca GGR. Dikatakan di dalam laporan USAID, NGO yang tidak lagi menerima bantuan dana dari USAID karena tidak mau melaksanakan peraturan yang ada di dalam GGR tetap dapat menerima bantuan dari USAID melalui USAID *Commodity Fund*. Namun pada kenyataannya, bantuan melalui USAID *Commodity Fund* ini tidak dapat menutupi kebutuhan Kenya akan alat kontrasepsi. Hal ini kemudian berujung pada ketidakmampuan NGO untuk melaksanakan tugas utamanya yaitu melakukan pencegahan terhadap perkembangan HIV/AIDS.

- Penularan Ibu-Anak.

Sejak tahun 1999 USAID telah berkomitmen untuk membantu jutaan wanita yang terkena HIV/AIDS untuk mengurangi kemungkinan menularkan virus tersebut kepada turunan mereka. USAID memfokuskan diri pada pendekatan secara menyeluruh. Dalam pencegahan penularan dari ibu-anak. Pendekatan menyeluruh ini termasuk di dalamnya pelayanan pra-melahirkan, tes HIV secara gratis dan penyuluhan, pelatihan penggunaan antiretroviral prophylaxis untuk wanita-wanita hamil dengan HIV positif, penyuluhan dan dukungan terhadap pemberian ASI yang aman, mempersehat diri, dan kegiatan kaum ibu. USAID melaksanakan program ini secara keseluruhan termasuk di Kenya. USAID menerapkan sistem bahwa setiap wanita akan mendapatkan pelayanan kesehatan kecuali wanita tersebut menolak

---

<sup>80</sup> “The Global Gag Rule & Contraceptive Supplies”, [http://www.globalgagrule.org/country\\_kenya.htm](http://www.globalgagrule.org/country_kenya.htm) pada tanggal 9 Desember 2007, pkl. 11.30.

untuk menerima bantuan yang diberikan. Distrik Kisumu telah mencapai 80% tingkat penerimaan program kepada ibu-ibu hamil. Sistem *op-out* tadi telah menaikkan tingkat penerimaan dari yang tadinya 57% menjadi 80%.<sup>81</sup>

Salah satu dampak terbesar dari GGR di Kenya adalah sangat berkurangnya pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan kelompok yang dianggap lemah terhadap HIV/AIDS yaitu, wanita dan anak-anak. FPAK dan MSI adalah dua badan kesehatan yang merupakan penyedia pelayanan kesehatan yang meliputi kesehatan bereproduksi dan HIV/AIDS. Fokus mereka terletak pada pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu dan anak.<sup>82</sup> USAID mendukung usaha mereka dengan menyediakan alat kontrasepsi, yaitu antiretroviral khusus bagi wanita hamil yang memiliki HIV positif, dan juga mengirimkan tenaga – tenaga ahli ke daerah-daerah terpencil. Tenaga-tenaga ahli tersebut dibantu oleh tenaga-tenaga tambahan yang berasal dari Kenya. Pekerja-pekerja Kenya ini diberikan pelatihan tentang pelayanan kesehatan dasar dan diberikan upah oleh USAID.

Pasca GGR, USAID memotong dana yang mengalir ke FPAK dan MSI karena kedua badan tersebut menolak untuk melaksanakan aturan-aturan yang ada di dalam GGR. Otomatis pasokan obat, alat kontrasepsi, dan juga tenaga ahli dari USAID pun dihentikan. Kenya, seperti halnya negara-negara yang sedang berkembang

---

<sup>81</sup> UNIFEM, "UNAIDS Partners with UNIFEM to Halt Spread of HIV/AIDS among Women and Girls" (press statement), 24 Mei, 2001.

<sup>82</sup> "The Global Gag Rule & Maternal Deaths Due to Unsafe Abortion", diakses pada [www.globalgagrule.com](http://www.globalgagrule.com) pada tanggal 9 Desember 2007, pkl. 11.30.

lainnya, sangat tergantung pada USAID dalam pasokan alat-alat kontrasepsi pada umumnya, dan alat-alat kontrasepsi untuk wanita pada khususnya.<sup>83</sup> Wanita dan anak-anak yang tadinya menjadi fokus utama FPAK dan MSI menjadi terbengkalai. Tanpa adanya asistensi dari USAID resiko wanita untuk terkena HIV/AIDS menjadi lebih tinggi. Alat-alat kontrasepsi yang berkualitas tinggi dan berharga murah dari USAID terputus alirannya. Permasalahan yang lebih besar lagi muncul yaitu tidak adanya tenaga-tenaga ahli yang mampu memimpin dan melaksanakan penyuluhan-penyuluhan kesehatan. Selama ini tidak ada transfer pendidikan dari staf tenaga ahli yang dimiliki USAID ke pelayan kesehatan yang dimiliki Kenya. Tenaga-tenaga ahli tersebut ditarik oleh USAID dan pekerja-pekerja yang selama ini bekerja bersama tenaga-tenaga ahli ini memilih untuk keluar dari Kenya dan mencari pekerjaan di tempat lain karena rendahnya upah yang diberikan NGO di Kenya. Tidak tersedianya pasokan obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, dan tenaga ahli membuat keadaan wanita Kenya semakin terancam dalam penularan HIV/AIDS. Wanita dan anak-anak adalah golongan yang paling rentan terkena HIV/AIDS. Hal tersebut biasanya dikarenakan kecilnya akses informasi yang didapatkan oleh golongan ini. Wanita dan anak-anak lebih banyak tinggal di rumah, mengurus kegiatan rumah tangga dan bersekolah, sehingga tidak tahu apa itu HIV/AIDS, bagaimana cara penularannya, dan bagaimana cara mencegahnya. FPAK dan MSI selama ini melakukan penyuluhan dengan cara mendatangi wanita-wanita tersebut dari rumah ke rumah, demi memberikan penyuluhan kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS. Tanpa pekerja dari FPAK dan MSI akses informasi dan obat-obatan kepada wanita-wanita dan anak-anak akhirnya

---

<sup>83</sup> *ibid.*

terputus lagi. Minimnya akses informasi ini menyebabkan rentannya golongan ini terhadap HIV/AIDS. Peningkatan angka penyebaran HIV/AIDS tidak dapat dielakkan lagi ketika golongan yang paling beresiko dan terbanyak jumlahnya tidak mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan.

- Kalangan muda

Sekitar tiga perempat bagian dari keseluruhan infeksi HIV yang baru berada pada umur 15-24 tahun.<sup>84</sup> Negara-negara di Afrika dimana AIDS berkembang dengan sangat cepat, hubungan seksual dan sangat riskan di usia muda menaikkan kelemahan kalangan muda terhadap HIV. Di wilayah lain HIV terkonsentrasi pada kelompok dengan jumlah kalangan muda yang banyak. Dilain pihak kalangan muda juga alat yang dapat mengubah tingkat HIV, jika kegiatan pencegahan dapat mencapai mereka sebelum mereka kenal dengan tindakan-tindakan yang beresiko tinggi terhadap HIV/AIDS.

Faktor lingkungan sekitar tempat kalangan muda tersebut tinggal akan mempengaruhi tingkah laku mereka. USAID kemudian mencari cara agar kalangan muda ini dapat terlindungi sehingga mereka dapat melakukan pilihan yang sehat. Hubungan yang baik dengan orang tua dan kalangan dewasa lainnya, kehadiran di

---

<sup>84</sup> “Kenya: Demographic and Health Survey, 2003 - Final Report”, [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=95&ctry\\_id=20&SrchTp=ctry](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=95&ctry_id=20&SrchTp=ctry), diakses pada 15 April 2008 pkl. 21.45.

sekolah dan norma-norma dari komunitas sangat mendukung terbentuknya kelakuan positif dari seorang anak. Secara mudahnya, anak muda yang mempunyai keluarga yang tidak stabil, melakukan perilaku yang beresiko, dan mendapatkan pengaruh negatif dari komunitas pergaulannya akan beresiko lebih cepat melakukan kegiatan sex yang tidak aman. Kalangan muda juga akan sangat rentan karena kurangnya pengetahuan dan pengertian tentang HIV/AIDS. USAID melakukan beberapa kegiatan berkenaan dengan hal ini. Model ABC masih menjadi titik utama dalam pencegahan di kalangan muda. Selain itu USAID juga menyediakan pelayanan kepada kalangan muda yang aktif secara seksual, pelatihan tentang cara memilih kondom yang tepat, tes HIV, dan perawatan terhadap mereka yang HIV positif.

Pada *Guidance on the Definition and Use of the Child Survival and Health Programs Fund* dikatakan bahwa konsultasi tentang kesehatan bereproduksi dapat dilakukan dengan menggunakan dana bantuan untuk mencegah perkembangan angka HIV/AIDS, namun jika hal itu dilakukan sebagai kegiatan pelengkap sebagai pendekatan untuk mencegah penularan ibu dan anak. Peraturan yang ada dalam GGR tidak akan diaplikasikan ke dalam kegiatan yang pada intinya bukan “kegiatan keluarga berencana”, artinya kebijakan ini tidak akan dikenakan pada kegiatan-kegiatan yang orientasinya pada pemberantasan HIV/AIDS saja. Jika kegiatan yang didukung oleh bantuan dana tersebut bertujuan berada dalam lingkup kegiatan keluarga berencana dan HIV/AIDS, maka kegiatan tersebut menjadi subjek bagi

peraturan GGR.<sup>85</sup> Mayoritas dari penyuluhan dan kegiatan yang dilakukan NGO untuk kalangan remaja dilakukan dengan dana gabungan keluarga berencana dan HIV/AIDS. Ketika sebuah kegiatan yang ditujukan untuk kalangan muda mendapatkan dukungan dana dari dana untuk keluarga berencana dan HIV/AIDS maka seluruh kegiatan yang dilakukan merupakan subjek dari GGR. Peraturan GGR akan diaplikasikan pada kegiatan yang mempunyai dua sumber dana tidak peduli banyaknya jumlah dana untuk keluarga berencana yang dipakai. Pengaplikasian peraturan GGR pada kegiatan yang mendapat dukungan dana dari dana keluarga berencana ini sangatlah membatasi kinerja NGO. Mayoritas kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah penggabungan dari kegiatan keluarga berencana dengan dana HIV/AIDS. Kegiatan yang fokus pada kalangan muda adalah kegiatan turunan dari kegiatan inti yang ditujukan untuk wanita atau masyarakat usia diatas 24 tahun, dimana kegiatan-kegiatan tersebut mayoritas didukung dengan dana untuk keluarga berencana ditambah dengan HIV/AIDS.<sup>86</sup> Hal ini menyebabkan minimnya kegiatan di kalangan muda Kenya pasca GGR. Kalangan muda yang merupakan kalangan yang rentan terhadap HIV/AIDS mendapatkan penyuluhan yang sangat sedikit padahal angka penularan di kalangan remaja mencapai angka yang tinggi. Penyuluhan adalah salah satu cara untuk memberikan pengertian pada kalangan muda tentang HIV/AIDS dengan harapan mereka dapat merubah budaya yang ada pada kalangan muda sebelumnya. Namun pasca GGR kegiatan penyuluhan di kalangan

---

<sup>85</sup> “What You Need to Know About The Global Gag Rule and HIV/AIDS Assistance”, *Int'l Quarterly of Community Health Education*, Vol. 23(4), hlm 287.

<sup>86</sup> Dina Bogecho and Melissa Upreti, “The Global Gag Rule – An Antithesis to The Right-Based Approach to Health”, *Health and Human Rights*, Vol.9, No.1 (2006), hlm. 21.

muda ini menjadi terhambat. Hal ini mengakibatkan naiknya angka perkembangan HIV/AIDS.

## 2. Perawatan dan dukungan

- Anak-anak dan dewasa yang hidup yang terkena dampak dari HIV/AIDS

13,4juta anak-anak menjadi yatim piatu karena HIV/AIDS. Jutaan lagi hidup dengan anggota keluarga yang terkena HIV/AIDS dan kesulitan karena orang tua mereka tidak dapat mencari pekerjaan yang layak.<sup>87</sup> USAID memberikan bantuan pada 75 kegiatan di 22 negara yang mempunyai permasalahan ini agar dapat membantu keluarga dan komunitas untuk menciptakan lingkungan yang mendukung baik pertumbuhan anak dengan lingkungan HIV/AIDS. Dukungan tersebut berupa makanan, alat sekolah, tempat tinggal, pakaian, dan bantuan psikologi. USAID memberikan pelatihan bagi mereka dengan HIV positif untuk dapat menjadi mentor atau pemberi informasi bagi masyarakat luas. Mereka dapat menjadi agen perubahan.

Bagian ini tidak luput dari dampak pasca GGR. Seperti program-program yang dilakukan di bagian pencegahan di atas, bagian perawatan penderita HIV/AIDS adalah kegiatan yang terintegrasi di dalam program keluarga berencana dan HIV/AIDS itu sendiri. Sehingga mau tidak mau anggaran beserta sarana dan

---

<sup>87</sup> “World Health Organization (WHO) and UNICEF, Action for Children Affected by AIDS: Programme Profiles and Lessons Learned”, (Geneva: United Nations, 1994), hlm. 5.

prasarana dari USAID yang ada di dalam bagian perawatan penderita HIV/AIDS terputus. NGO di Kenya yang mempunyai klinik-klinik kesehatan tidak mampu menanggung biaya kurang lebih 13.4 juta jiwa anak ditambah dengan penderita usia dewasa. Hal ini menambah resiko penyebaran HIV/AIDS di Kenya. Pasca GGR bantuan ke FPAK terpotong sebesar 58% melalui potongan secara langsung atau tidak langsung.<sup>88</sup> Dana bantuan USAID ini sebelumnya dipakai dalam program perawat penderita HIV/AIDS program ini antara lain mencakup pemberian imunisasi pada anak-anak penderita HIV/AIDS, penyediaan obat harian untuk HIV/AIDS bagi anak-anak dan usia dewasa, program pemberian biaya sekolah bagi anak-anak, dan pelatihan keterampilan bagi penderita HIV/AIDS usia dewasa agar mereka dapat hidup mandiri.<sup>89</sup> Tentu saja ketika bantuan tersebut diputus, kegiatan-kegiatan tadi tidak lagi dapat dilakukan. FPAK Kenya tidak mampu menjalankan kegiatan tersebut tanpa dana dan tenaga kerja yang memadai. Tidak adanya akses anak-anak dan usia dewasa penderita AIDS ke program perawatan kesehatan dan dukungan berupa pendidikan keterampilan maka semakin besar pula resiko mereka menularkan HIV/AIDS pada orang lain.

### **3. Manajemen terhadap akses ke obat-obatan dan informasi tentang HIV/AIDS.**

Dalam hal ini USAID menjadi pemasok obat-obatan dan sarana-sarana kesehatan yang dibutuhkan klinik-klinik dengan sokongan dana darinya. USAID

---

<sup>88</sup> Dina Bogecho dan Melissa Upreti, *Op. cit.*, hlm. 20.

<sup>89</sup> World Health Organization (WHO), *Op. cit.*, hlm. 6.

berkerja sama dengan pemerintah lokal dan NGO di Kenya untuk menyediakan obat-obatan dan sarana kesehatan dengan harga yang terjangkau. USAID juga mendukung pengawasan dan evaluasi untuk membangun kapasitas asistensi, melihat perkembangan epidemi, mengukur dampak dari kegiatan pencegahan, pelayanan kesehatan, dan program kerja.

GGR memberikan dampak yang sangat besar terhadap perkembangan angka HIV/AIDS di bagian manajemen terhadap akses obat-obatan. Potongan yang sangat besar terhadap dana bantuan yang diberikan oleh USAID menyebabkan tutupnya klinik-klinik yang dimiliki oleh FPAK dan MSI.<sup>90</sup> Hal ini berdampak sangat besar bagi rakyat Kenya. FPAK dan MSI adalah dua NGO besar yang ada di Kenya dengan target masyarakat miskin yang tidak mempunyai akses informasi, sarana, dan prasarana kesehatan terutama HIV/AIDS. Tentunya saja ketika aliran bantuan USAID ini terputus, akses masyarakat akan informasi, sarana, dan prasarana HIV/AIDS sangat terbatas. Tanpa akses informasi, sarana, dan prasarana yang diperuntukkan untuk pengendalian HIV/AIDS, menimbulkan resiko yang besar bagi usaha pengendalian HIV/AIDS. Angka yang telah mencapai angka yang tinggi, akan terus berkembang dengan hilangnya akses FPAK dan MSI yang berusaha mengendalikan angka perkembangan HIV/AIDS di Kenya.

---

<sup>90</sup> *Ibid.*

#### 4. Wanita dan AIDS

USAID terus-menerus mencari cara untuk menambah saran dan prasarana yang mendukung bagi wanita sehingga wanita dapat melindungi diri mereka dari HIV/AIDS. Wanita adalah kelompok yang lebih rentan terhadap HIV/AIDS dibandingkan dengan pria. Kaum wanita paling banyak terjangkit AIDS di Kenya. Jumlah penderita HIV pada anak perempuan dan wanita usia 15-19 tahun berjumlah enam kali lebih tinggi dari keseluruhan penderita pria di wilayah yang paling parah terjangkit oleh AIDS di Kenya.<sup>91</sup>

Pasca GGR, wanita yang sudah sebelumnya sudah sangat minim mendapatkan pelayanan kesehatan menjadi semakin sulit memperoleh akses pelayanan kesehatan tersebut. FPAK dan MSI adalah pelayan kesehatan yang fokus utamanya adalah wanita dan anak-anak penderitanya HIV/AIDS. Kedua NGO tersebut menolak melaksanakan kebijakan GGR sehingga dana anggaran mereka diputus oleh USAID. Wanita kehilangan haknya untuk mendapatkan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai.<sup>92</sup> Kebijakan ini membuat sarana dan prasarana kesehatan justru semakin tidak dapat diakses dan kualitas dan kuantitasnya pun menurun. Ribuan wanita kehilangan akses mereka ke sarana dan prasarana kesehatan yang terjangkau biayanya karena GGR ini.

---

<sup>91</sup> UNIFEM, *Op. cit.*

<sup>92</sup> Barbara B. Crane and Jennifer Dusenberry, "Power and Politics in International Funding for Reproductive Health: the US Global Gag Rule", *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, No. 24, Power, Money, and Autonomy in National Policies and Programmes. (Nov., 2004), hlm. 133-134.

Aksi-aksi di atas adalah aksi-aksi yang dilakukan oleh USAID melalui model kerja pengendalian angka HIV/AIDS di Kenya. Dua NGO terbesar Kenya yang memfokuskan diri pada pelayanan kesehatan bereproduksi dan pengendalian HIV/AIDS memakai model kerja yang dimiliki oleh USAID. USAID memberikan bantuan kepada Kenya berupa bantuan yang sifatnya menyeluruh termasuk di dalamnya bantuan dana, model kerja, sampai sarana dan prasarana yang dibutuhkan oleh pelayan kesehatan Kenya. Pasca GGR dilaksanakan kembali oleh George W. Bush, FPAK dan MSI menolak untuk melaksanakan peraturan yang ada di dalam GGR. Aksi-aksi yang tadinya berjalan dengan baik, mendapat gangguan yang berdampak kepada peningkatan angka HIV/AIDS. NGO-NGO tadi kehilangan model kerja beserta sarana dan prasarana yang secara teratur mereka terima. FPAK dan MSI tidak berdaya ketika harus kehilangan donor sekuat USAID. Di setiap aksi yang USAID lakukan, mempunyai dampak yang sangat besar pasca GGR khususnya dalam pengendalian HIV/AIDS di Kenya. Hal tersebut memperlihatkan adanya imperialisme budaya atau ketergantungan budaya Kenya terhadap USAID. Model kerja yang diberikan oleh USAID menjadi titik berat ketergantungan Kenya ke USAID. Ketidakterdapatnya USAID yang menjadi perencana sekaligus pelaksana utama model kerja pengendalian angka HIV/AIDS tersebut menimbulkan dampak buruk yang besar terhadap angka perkembangan HIV/AIDS di Kenya.

## III.2. Budaya

### III.2.1 Pengendalian HIV/AIDS oleh USAID

Bagian kedua dari analisa ini terletak pada ketergantungan masyarakat Kenya dalam budaya terhadap USAID. Namun, sebelum membahas mengenai budaya ada baiknya kita mengetahui arti dari budaya tersebut. Menurut Raymond Williams, pengamat dan kritikus kebudayaan terkemuka, kata kebudayaan (*culture*) merupakan salah satu kata yang paling kompleks.<sup>93</sup> Pada awalnya *culture* dekat dengan kata kultivasi, yaitu pemeliharaan ternak, hasil bumi, dan upacara-upacara religius ( yang darinya diturunkan istilah kultus atau *cult* ). Istilah *cult* inilah yang mulai diterapkan secara luas untuk pengembangan akal budi manusia individu dan sikap-perilaku pribadi lewat pembelajaran. Williams kemudian berani berpendapat bahwa ada tiga arus budaya, yaitu:<sup>94</sup>

- (a) mengacu pada perkembangan intelektual, spiritual, dan estetis dari seorang individu, sebuah kelompok, atau masyarakat.
- (b) yang mencoba memetakan khazanah kegiatan intelektual dan artistik sekaligus produk-produk yang dihasilkan. Dalam penggunaan ini budaya kerap diidentikkan dengan istilah “kesenian” (the arts)
- (c) yang menggambarkan keseluruhan cara hidup, berkegiatan, keyakinan-keyakinan, dan adat isitiadat sejumlah orang , kelompok, atau masyarakat.

Titik c adalah pengertian budaya yang akan kita pakai dalam analisa ketergantungan Kenya terhadap USAID dalam tulisan ini. Secara sederhana budaya

---

<sup>93</sup> Mudji Sutrisno dan Hendar Putranto, *Teori-teori Kebudayaan* ( Yogyakarta: Penerbit Kanisius), hlm. 8-10.

<sup>94</sup> *Ibid.*

dari masyarakat Kenya dapat diartikan sebagai cara hidup sehari-hari yang dilakukan oleh mereka.

Bertahun-tahun, FPAK dan MSI Kenya telah berkarya didampingi oleh USAID untuk menyediakan *community-based distribution* (CBD).<sup>95</sup> CBD ini dimaksudkan agar NGO dapat lebih merangkul orang-orang yang masih sangat kuat memegang budaya tradisional yang ada di dalam masyarakat Kenya. Agen-agen CBD ini menyebarkan informasi mengenai HIV/AIDS dan pelayanan kesehatan. Mereka bekerja mendatangi masyarakat di daerah-daerah terpencil. Wanita-wanita di daerah terpencil adalah sasaran utama mereka. Gerakan ini dimulai pada tahun 1989, kebutuhan akan CDB terjawab oleh hadirnya FPAK dan MSI Kenya ini. Strategi USAID melalui CDB ini adalah tuntunan bagi pelaksanaan CDB di daerah-daerah lain. Gerakan ini sangatlah efektif. Ini adalah penghubung yang paling kuat ke daerah-daerah yang sulit sekali dijangkau seperti daerah *slump* dan desa-desa tertinggal. Kegiatan penyuluhan dan pengetesan secara gratis dilakukan oleh FPAK dan MSI Kenya. Agen CDB ini melakukan penyuluhan tentang penggunaan kondom dan pil-pil kontrasepsi, penyuluhan tentang keluarga berencana dan HIV/AIDS. Ada tiga hal yang dilakukan oleh agen-agen CDB ini untuk mengubah budaya tradisional yang ada di masyarakat Kenya melalui penyuluhan-penyuluhan yang mereka lakukan.

---

<sup>95</sup> “The Impacts of the Global Gag Rule in Kenya”, [http://www.globalgagrule.org/country\\_kenya.htm](http://www.globalgagrule.org/country_kenya.htm), diakses pada tanggal 10 Desember 2007, pkl. 10.30, hlm. 5

Penyuluhan-penyuluhan tersebut berisi tentang :<sup>96</sup>

- Penggunaan alat-alat kontrasepsi, khususnya kondom.

Di dalam penyuluhan ini masyarakat diperkenalkan dengan budaya baru yang bernama kondom dan alat-alat kontrasepsi lainnya. Wanita-wanita Kenya mayoritas menikah untuk pertama kalinya di usia yang sangat muda, 15-20 tahun. Mayoritas dari mereka tidak berpendidikan dan datang dari kelas ekonomi rendah. Menikah merupakan salah satu jalan untuk keluar dari situasi ekonomi yang sulit. Rendahnya pendidikan dan akses informasi di kalangan wanita yang menikah muda, menyebabkan tingginya resiko mereka untuk terkena penyakit-penyakit kelamin pada umumnya dan HIV/AIDS pada khususnya. Rata-rata wanita-wanita Kenya ini memiliki lebih dari 5 anak dengan jarak kehamilan yang berdekatan. Alat-alat kontrasepsi sangat jauh dari kehidupan sehari-sehari yang mereka jalani, yaitu mengurus rumah, suami, dan anak-anak mereka.

Untuk mencegah berkembangnya angka HIV/AIDS di kalangan wanita-wanita Kenya, agen-agen CDB memperkenalkan alat-alat kontrasepsi pada kalangan tersebut. Hal tersebut dilakukan agen melalui penyuluhan yang dilakukan dengan mendatangi satu persatu wilayah-wilayah Kenya dan mengajak wanita-wanita Kenya ini untuk mengenal lebih jauh tentang HIV/AIDS lengkap dengan cara-cara pencegahannya. Di dalam penyuluhan tersebut agen CDB menjelaskan segala seluk-beluk alat-alat kontrasepsi, salah satunya kondom. Penjelasan yang mereka lakukan adalah mengenai bentuk, ukuran, detail fungsi, dan apa alasan masyarakat harus

---

<sup>96</sup> “The Global Gag Rule & HIV/AIDS”, [http://www.globalgagrule.org/country\\_kenya.htm](http://www.globalgagrule.org/country_kenya.htm), pada tanggal 9 Desember 2007, pkl. 11.30, hlm.1-2.

menggunakan kondom. Cara pemakaian kondom juga diterangkan oleh agen-agen CDB ini. Selain itu CDB juga memperkenalkan budaya lain yang masih menyangkut kondom yaitu ATM kondom. ATM kondom disediakan untuk umum agar masyarakat mempunyai akses yang mudah untuk mendapatkan kondom, tidak harus selalu datang ke klinik yang biasanya letaknya jauh dari tempat tinggal mereka. Diakhir penyuluhan agen-agen CDB ini akan mengusulkan pada individu yang melakukan penyuluhan tadi cara keluarga berencana apa yang paling baik untuk mereka. Mereka juga akan menekankan pada wanita-wanita pentingnya mengetahui status HIV seseorang, pentingnya melakukan tes HIV dan dimana mereka dapat melakukannya. Kondom gratis pun akan dibagi-bagikan kepada peserta penyuluhan sebagai penutup penyuluhan tersebut.

Budaya baru mulai terbentuk di masyarakat Kenya. ATM-ATM kondom yang disediakan dan disuplai oleh bantuan dana USAID, diakses oleh masyarakat Kenya. Kesadaran akan pentingnya kondom sebagai salah satu cara pengendalian angka HIV/AIDS sudah semakin tinggi. Permintaan akan kondom dan alat-alat kontrasepsi lainnya juga semakin tinggi. Selain itu kemajuan muncul di kalangan wanita-wanita Kenya, ketika survei kesehatan dilakukan ditemukan bahwa dengan adanya kondom mereka dapat mengatur kehamilan, sehingga tingkat kelahiran dapat ditekan sampai menyentuh angka rata-rata 3 anak per wanita dari yang sebelumnya sekitar 5.4 anak per wanita Kenya. Wanita Kenya mendapatkan hak mereka dalam berkeluarga, suatu hal yang selama ini ditekan dengan budaya yang ada.

Namun pasca GGR budaya yang mengalami kemajuan tersebut, menemui hambatan ketika USAID memutus aliran penyediaan kondom dan alat-alat

kontrasepsi ke Kenya. Hal tersebut dikarenakan, di Kenya NGO yang menyediakan ATM kondom dan alat-alat kontrasepsi tersebut bekerja dibawah dua kepentingan, yaitu untuk HIV/AIDS dan untuk keluarga berencana. NGO yang bekerja dengan dua kepentingan tersebut mengalami pemotongan dana bantuan jika tidak melaksanakan peraturan dalam GGR. Hal itulah yang terjadi dengan dua NGO terbesar di Kenya, FPAK dan MSI. Mereka adalah penyedia ATM kondom yang tersebar di Kenya. Pasca GGR mereka tidak dapat melakukannya lagi karena minimnya dana dan tidak adanya pasokan kondom dari USAID. Ketika permintaan akan kondom sedang tinggi-tingginya di masyarakat Kenya, persediaan kondom justru terputus. Hilangnya donasi alat-alat kontrasepsi telah menimbulkan krisis di Kenya. Masyarakat Kenya tidak mempunyai lagi akses yang mudah untuk mendapatkan kondom. Mereka sangat tergantung pada pasokan kondom dari USAID. Pasokan kondom dari USAID ke Kenya bernilai sekitar \$75 juta per tahun, angka ini saja belum dapat menutup kebutuhan akan alat-alat kontrasepsi, khususnya kondom ke Kenya.<sup>97</sup> Dengan memutus aliran penyediaan kondom, masyarakat dibiarkan terlantar dengan resiko penularan HIV/AIDS yang tinggi, budaya-budaya baru yang tadi muncul dan mempunyai dampak yang baik bagi masyarakat Kenya khususnya wanita-wanita Kenya menjadi sulit untuk menjadi bagian dalam kehidupan sehari-hari dan beresiko untuk berubah kembali ke budaya-budaya lama tanpa alat-alat kontrasepsi. Jika hal ini terus menerus terjadi maka akan beresiko pada naiknya angka HIV/AIDS.

- Konsep ABC.

---

<sup>97</sup> “The Global Gag Rule & Contraceptive Supplies”, *Op. cit.*

A adalah *abstinence from sexual activity*, B adalah *being faithful to single partner*, dan C adalah *correct and consistent condom use*. Seperti yang sudah dijelaskan pada bagian aksi di atas, ABC adalah tiga perilaku yang dapat mencegah atau setidaknya mengurangi resiko tertular HIV, virus yang menyebabkan AIDS. Kenya memiliki suatu budaya bernama *wife inheritance* yang dilaksanakan oleh Suku Luo. Dalam budaya tersebut jika seorang suami meninggal, dan meninggalkan seorang istri, maka istri tersebut diwariskan kepada adik dari mendiang suaminya tersebut. Setelah kematian dari sang suami, janda tersebut dianggap tidak mampu menyediakan sandang, pangan, dan papan yang cukup bagi anak-anak mereka. Banyak dari janda-janda tersebut yang melihat bahwa *wife inheritance* ini sebagai satu-satunya jalan keluar untuk mengatasi keterbatasan ekonomi yang dimilikinya. Seorang wanita yang menolak untuk “diwariskan” kepada adik atau saudara dari mendiang suaminya akan diberkan sanksi sosial yaitu, dilarang memasuki lingkungan tempat tinggal dari keluarga mendiang suaminya.<sup>98</sup> Jika wanita tersebut meninggal, maka adik atau saudara ipar yang dimilikinya dilarang untuk menggali kuburan wanita tersebut. Di masa lalu memiliki hubungan seksual dengan seorang janda adalah sebuah aib. Namun semakin lama semakin banyak pria yang memiliki hubungan seksual dengan janda-janda yang diwariskan tersebut walaupun wanita tersebut HIV positif. Propinsi Busia di Kenya mempunyai tingkat penularan AIDS yang paling tinggi. Menurut Omondi Magunga, merupakan aktor di balik layar dari

---

<sup>98</sup> Cathy Jenkins, “Africa: Aids forces change on Kenya's Luo people”, *BBC News Online - Monday, June 7, 1999*, <http://www.aegis.com/news/bbc/1999/BB990603.html>, diakses pada tanggal 1 Agustus 2008 pk. 20.27.

pihak pemerintah yang melakukan pemberantasan AIDS, *wife inheritance* mendorong penyakit ini untuk meluas. Bisnis seks komersial berkembang cepat di Kenya mendukung terjadinya hal ini. Kota ini sangat sering dilewati supir truk dan nelayan yang mencari pekerja seks komersil. Banyak dari PSK ini yang menularkan AIDS kepada supir-supir truk yang berhubungan dengannya, lalu supir-supir tersebut akan pulang ke rumah dan menularkan AIDS kepada istrinya. Ketika seorang pria meninggal, dia meninggalkan istri mereka yang telah tertular AIDS. Janda-janda inilah yang menularkan AIDS ke suami-suami mereka yang baru, ketika suami-suami ini meninggal mereka akan meninggalkan istri-istri mereka, dan lingkaran tersebut terus menerus berulang. Menurut penelitian pemerintah tahun 1995, 80% dari penduduk Busia tahu bahwa AIDS didapatkan melalui hubungan seksual.<sup>99</sup> Tersebar booklet dan pamflet disebar di daerah tersebut yang mengingatkan masyarakat Busia tentang resiko-resiko jika terjangkit AIDS. Diluar itu, janda-janda dan keluarga mereka bersikeras bahwa ilmu hitamlah yang membunuh suami mereka, atau menganggap bahwa mereka hanya menderita malaria. Kebudayaan inilah yang sedang berusaha dihilangkan oleh agen-agen CBD agar kegiatan seks dengan pasangan lebih dari satu dapat ditekan seminimal mungkin. Cara yang agen-agen CBD lakukan adalah dengan melaksanakan penyuluhan-penyuluhan kepada masyarakat Kenya, khususnya Suku Luo. Selain itu USAID melalui FPAK dan MSI melakukan pelatihan-pelatihan kepada janda-janda Luo tersebut contohnya bercocok tanam dan beternak. Hal itu dimaksudkan agar janda-janda tadi memiliki keahlian untuk dapat menghidupi diri dan anak-anak dari mendiang suami mereka.

---

<sup>99</sup> *ibid.*

Usaha-usaha tersebut terhenti ketika tiba-tiba George W. Bush melaksanakan kembali GGR tahun 2001. Pasca GGR 2001, penyuluhan-penyuluhan ini semakin sulit dilakukan karena minimnya dana operasional FPAK dan MSI. Masyarakat yang berusaha dijangkau oleh FPAK dan MSI adalah masyarakat pedalaman Kenya yang sulit dijangkau. Budaya *wife inheritance* ada pada suku Lou yang tinggal di daerah terpencil di Kenya. Memerlukan biaya dan tenaga sukarela yang tidak sedikit untuk dapat mencapai mereka yang tinggal di tempat-tempat terpencil tersebut. Seperti kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh FPAK dan MSI yang lain, penyuluhan yang mereka lakukan kepada orang Lou bukanlah sepenuhnya untuk kepentingan HIV/AIDS. Ada dua kepentingan yang berusaha dicapai bersama-sama oleh FPAK dan MSI, yaitu pengendalian angka HIV/AIDS dan juga angka perkembangan populasi Kenya. Oleh karena di dalam kegiatan penyuluhan itu juga ada misi keluarga berencana, maka USAID memutus bantuan dana, sarana, dan prasarana yang digunakan FPAK dan MSI. Usaha FPAK dan MSI untuk mengendalikan angka HIV/AIDS dengan cara menghapus budaya *wife inheritance*, terpaksa terhenti. Pelatihan-pelatihan positif yang juga dilakukan sebagai cara untuk memperbaiki perekonomian janda-janda Suku Luo pun terpaksa terhenti. Resiko penularan HIV/AIDS di kalangan dewasa otomatis merangkak naik. Tidak adanya penyuluhan berarti tidak adanya pula pemeriksaan kesehatan yang rutin dilakukan oleh FPAK dan MSI, yaitu pemeriksaan kesehatan reproduksi dan pengecekan HIV/AIDS secara berkala. Alat-alat yang dipakai, sampai *test kit* untuk HIV/AIDS berasal dari USAID. Bantuan-bantuan untuk pelatihan yang terhenti juga mengakibatkan terhentinya usaha FPAK dan MSI dalam memperbaiki perekonomian janda-janda tersebut. Ketika

usaha-usaha tersebut terhenti, angka penularan HIV/AIDS merangkak naik sebagai dampak dari tidak adanya akses ke masyarakat dengan budaya *wife inheritance*.

- Budaya lain yang ditanamkan oleh USAID adalah klinik sebagai *one-stop-center*.

Masyarakat Kenya walaupun 70% dari mereka memeluk agama Kristen, namun mereka masih sangat mempercayai adanya kekuatan-kekuatan gaib yang merupakan turunan dari nenek moyang mereka.<sup>100</sup> Permasalahan kesehatan juga tidak luput dari kepercayaan yang mereka anut tersebut. Ketika seseorang sakit karena tidak adanya daya tahan tubuh akibat HIV/AIDS, mereka berpikir bahwa sakit tersebut adalah ilmu hitam yang dikirimkan kepada orang tersebut dan pergi ke dukun atau ketua adat untuk melepaskan orang tersebut dari “sesuatu” yang mereka sebut ilmu hitam. Hal ini dilihat oleh FPAK dan MSI sebagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat Kenya karena masyarakat tidak mendapatkan perawatan kesehatan yang harusnya mereka dapatkan.

Latar belakang tersebut yang kemudian mendorong FPAK dan MSI untuk membentuk budaya baru, klinik sebagai pusat kegiatan kesehatan. Klinik menyediakan pelayanan dasar kesehatan - pengetesan atas penyakit kelamin menular, pelayanan pra- dan pasca- melahirkan, dan cara merawat bayi. Mereka juga melakukan kegiatan ke wilayah-wilayah terpencil sebagai agen penyedia informasi

---

<sup>100</sup> “Kenya –Religion”, <http://www.africa.upenn.edu/NEH/kreligion.htm>, diakses pada tanggal 10 November 2008 pkl. 04.48.

tentang pencegahan HIV, pentingnya alat kontrasepsi, masyarakat dibiasakan untuk datang ke klinik-klinik yang ada. Masyarakat Kenya, khususnya wanita Kenya tidak mempunyai waktu untuk meninggalkan keluarganya atau untuk pergi keluar dari wilayahnya demi mengikuti penyuluhan kesehatan atau bahkan memeriksakan dirinya sendiri ke klinik. Budaya ini sedikit demi sedikit mulai berubah dengan hadirnya FPAK dan MSI Kenya yang didukung penuh oleh USAID. Wanita mulai memikirkan penting dan besarnya peranan mereka di dalam masyarakat, sehingga mereka sendiri mulai menghargai diri mereka. Mereka sadar bahwa mereka adalah aktor yang sangat penting bagi keluarga, seorang yang menyiapkan makanan, membereskan rumah, dan yang terpenting adalah mendidik anak. Kesemuanya tersebut tidak akan dapat mereka jalankan jika mereka sehat secara jasmani. Hal itulah yang mendorong wanita untuk lebih mencintai dirinya sendiri.

Keluarnya FPAK dan MSI Kenya dari AMKENI membuat program tersebut tidak berjalan dengan baik. Klinik-klinik yang disediakan oleh pemerintah terus melakukan kegiatan pelayanan kesehatan karena mereka tidak terkena GGR, namun mereka tidak dapat menjangkau masyarakat yang tinggal terlalu jauh dari pusat kota. Beberapa NGO memiliki jangkauan geografis, reputasi nasional, pelayanan kesehatan, dan staf ahli dengan kemampuan yang hampir sama dengan FPAK dan MSI Kenya. *EngenderHealth*, salah satu NGO diluar FPAK dan MSI Kenya mendekati donor-donor lain untuk membangun kembali FPAK dan MSI Kenya namun misi tersebut gagal. *EngenderHealth* memulai pelayanan di Kenya pada tahun 1982, dan terus berkembang seiring dengan berkembangnya kebutuhan yang ada. Pada awalnya *Engenderhealth* fokus pada pelatihan dokter-dokter untuk melakukan

sterilisasi yang lebih aman dan metode penyuluhan. Sekarang *Engenderhealth* sudah bekerja dengan lingkup kegiatan yang lebih luas termasuk di dalamnya kesehatan ibu hamil, pencegahan HIV, dan inisiatif terhadap anak yatim-piatu karena HIV/AIDS.

FPAK dan MSI Kenya menutup beberapa kliniknya di daerah yang sangat padat penduduknya, Nairobi. Dua pertiga dari wanita Kenya yang sudah menikah tinggal sekitar 5km dari klinik-klinik yang disediakan FPAK dan MSI.<sup>101</sup> Secara kolektif klinik-klinik yang ditutup adalah klinik yang terbentuk dengan sangat baik dan melayani lebih dari sepuluh ribu wanita, pria, dan anak-anak. FPAK dan MSI Kenya adalah klinik-klinik yang biayanya paling terjangkau oleh masyarakat. FPAK menutup tiga buah kliniknya dan memecat 30% dari keseluruhan staff yang ada. Ketiga klinik tersebut adalah klinik-klinik yang didukung sepenuhnya oleh USAID sejak tahun 2001 dan klinik-klinik tersebut telah memulai satu kegiatan baru yaitu *postabortion clinic service* (PAC). Secara kolektif klinik-klinik tersebut telah melayani 19.000 jiwa. Tiga klinik yang ditutup adalah .<sup>102</sup>

- *The Embu Town Clinic*. Klinik ini dibangun pada tahun 1978 di pusat kota Kenya, Nairobi. Pelayanan yang disediakan adalah pengetesan atas penyakit kelamin menular, pelayanan pra- dan pasca- melahirkan, dan cara merawat bayi. Klinik ini juga melakukan kegiatan ke wilayah-wilayah terpencil sebagai

---

<sup>101</sup> “Kenya: Demographic and Health Survey, 2003 - Final Report”, [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=95&ctry\\_id=20&SrchTp=ctry](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=95&ctry_id=20&SrchTp=ctry), diakses pada 15 April 2008 pkl. 21.45.

<sup>102</sup> “The Impacts of the Global Gag Rule in Kenya”, *Op. cit.*

agen penyedia informasi tentang pencegahan HIV, pentingnya alat kontrasepsi kepada masyarakat di kawasan terpencil tersebut.

- *Kisii Clinic*. Dibuka pada tahun 1985 di kota dengan kepadatan penduduk yang tinggi di Kenya, Nyanza. Klinik ini adalah klinik yang menjadi tempat pelatihan bagi para dokter dan suster dari Kenya untuk melaksanakan vasektomi dan penggunaan alat kontrasepsi pada wanita. Para pekerja kesehatan dari negeri maupun swasta datang ke klinik ini untuk mendapatkan pelatihan. FPAK telah berencana untuk memperluas jaringannya dengan membuka cabang-cabang di daerah yang baru.
- *The Eastleigh Clinic*. Klinik ini didirikan di pemukiman miskin, dimana pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan pada tahun 1984. Tidak ada klinik swasta dan negeri lain di kawasan ini. Pelayanan yang mereka berikan adalah pengetesan dan perawatan atas penyakit kelamin menular, pelayanan pra- dan pasca- melahirkan, family planning, dan menyebarkan informasi mengenai HIV/AIDS.

MSI Kenya harus menutup dua buah kliniknya setelah GGR dilaksanakan kembali tahun 2001. MSI Kenya dapat mencegah penutupan tujuh klinik tambahan yang mereka miliki setelah memecat seperlima dari karyawannya, memotong gaji, menaikkan harga pelayanan kesehatan, dan mengubah total struktur organisasi. Pelayanan kesehatan reproduksi adalah titik berat dari pelayanan yang dilakukan oleh klinik-klinik yang ditutup tersebut dan MSI Kenya selalu memberikan pelayanan

gratis pada orang-orang yang tidak mampu. Klinik-klinik ini melayani orang-orang di bawah garis kemiskinan.<sup>103</sup>

- *The Mathare Valley Clinic*. Didirikan pada tahun 1987 di kawasan miskin Nairobi. Ini adalah fasilitas pertama dan satu-satunya di kawasan yang berpenduduk 300.000 jiwa. Baru pada tahun 1998 ada klinik baru yang didirikan NGO bernama Doctors Without Borders di kawasan tersebut dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan di Mathare. MSI Kenya menyediakan pelayanan dasar – family planning, pengetesan dan perawatan atas penyakit kelamin menular, pelayanan pra- dan pasca-melahirkan, pengetesan dan penyuluhan HIV/AIDS – dimana wanita-wanita di kawasan tersebut tidak dapat mendapatkannya di kawasan lain. Kehilangan klinik tersebut berdampak sangat buruk bagi wanita kawasan tersebut. Wanita jarang keluar rumah di Mathare Valley, dan tidak akan mencari pelayanan kesehatan kecuali sangat mendesak. Penelitian menyatakan wanita-wanita ini tidak mempunyai waktu untuk dirinya sendiri dan kurangnya alat transportasi sebagai alasan untuk tidak pergi keluar wilayah Mathare mencari klinik kesehatan.
- Kisumu adalah kota ketiga terbesar di Kenya, ini adalah ibukota propinsi Nyanza yang merupakan propinsi dengan tingkat HIV/AIDS tertinggi. Klinik yang dimiliki MSI Kenya disana melayani setidaknya 400 wanita setiap bulannya. Selain menyediakan pelayanan dasar sebuah klinik, termasuk pelayanan HIV/AIDS, klinik ini juga mempunyai komunitas pelayan

---

<sup>103</sup> *ibid.*

kesehatan untuk secara teratur mengunjungi masyarakat yang tempat tinggalnya terlalu jauh untuk mencapai klinik Kisumu.

Dibalik penutupan klinik-klinik tersebut, FPAK dan MSI harus mundur dalam pelayanan keluarga berencana di klinik-klinik yang mereka miliki sekarang. Kehilangan dukungan dari USAID telah menyebabkan kedua organisasi tersebut harus memecat sebagian dari pekerja mereka yang telah berpengalaman, memotong gaji pekerja yang masih bertahan, dan menaikkan biaya pelayanan kesehatan untuk setiap pasiennya. Konsikkuensinya, pekerja yang ada bekerja lebih berat dari biasanya dengan bayaran yang lebih rendah dibandingkan sebelum *Global Gag Rule* dilaksanakan. Lebih dari itu FPAK dan MSI Kenya kehilangan pekerja-pekerja berpengalaman yang ditugaskan USAID untuk mengajarkan atau melatih pekerja-pekerja Kenya dalam hal pelayanan dasar keluarga berencana dan HIV/AIDS. Para pekerja FPAK dan MSI Kenya mengatakan bahwa klinik-klinik yang tersisa sekarang benar-benar bekerja dengan pekerja yang sangat minim, klinik pun harus terus buka dan melayani masyarakat karena tingginya kebutuhan masyarakat. Pekerja juga mengatakan bahwa dengan dinaikkannya biaya pelayanan kesehatan, banyak wanita yang melepaskan kebutuhan mereka dalam hal kesehatan dimana hal tersebut dapat dimengerti melihat perekonomian Kenya. Hilangnya akses masyarakat terhadap klinik-klinik kesehatan pasca GGR membuat masyarakat resah karena tidak adanya pengganti dari klinik-klinik yang dimiliki FPAK dan MSI tersebut. FPAK dan MSI memiliki klinik-klinik yang tersebar luas di wilayah Kenya dengan biaya pemeriksaan yang paling terjangkau. Tentu saja hilangnya klinik-klinik tersebut membuat masyarakat bingung harus memeriksakan kesehatan mereka kemana. Ini

menunjukkan sangat bergantungnya masyarakat Kenya terhadap klinik-klinik FPAK dan MSI, dua NGO terbesar Kenya yang mendapatkan dana, sarana dan prasarana dari USAID. Hilangnya klinik-klinik dengan biaya terjangkau, membuat budaya baru yang mulai terbentuk yaitu klinik sebagai satu tempat yang ramah dan menyediakan pelayanan kesehatan, mulai hilang kembali. Selain itu resiko penularan HIV/AIDS menjadi semakin tinggi karena tanpa akses masyarakat ke klinik-klinik tersebut, masyarakat tidak dapat mendapatkan obat-obatan dan alat-alat kontrasepsi khususnya kondom yang menjadi titik berat usaha pengendalian angka HIV/AIDS di Kenya.

### **III.3. Alternatif Penanganan HIV/AIDS.**

Kenya terlihat sangat bergantung pada bantuan yang diberikan USAID kepadanya. Seharusnya Kenya dapat mengikuti jejak dari negara lain yang tidak terlalu bergantung dengan bantuan dari USAID. Afrika Selatan, negara yang juga mendapatkan bantuan dari USAID adalah salah satu negara yang dapat dijadikan contoh. Tingginya angka penularan HIV/AIDS di Afrika Selatan merupakan tantangan bagi pemerintah dan *civil society*, yang keduanya melakukan apapun untuk mengendalikan laju perkembangan dan menolong orang-orang yang sudah terjangkit virus tersebut atau terkena dampaknya. Diperkirakan sekitar 6 juta penduduk Afrika Selatan akan meninggal karena menderita HIV/AIDS positif 10 tahun ke depan. Berdasarkan survei dari Departemen Kesehatan Afrika Selatan diperkirakan 4-5 juta penduduk Afrika Selatan hidup dengan HIV tahun 2000.<sup>104</sup> Usaha-usaha

---

<sup>104</sup> "HIV/Aids in South Africa", [http://www.southafrica.info/ess\\_info/sa\\_glance/health/aids.htm](http://www.southafrica.info/ess_info/sa_glance/health/aids.htm), diakses pada 7 Agustus 2009.

pemberantasan HIV/AIDS kemudian dilakukan oleh pemerintah dan NGOs di Afrika Selatan. Pemerintah mengeluarkan pernyataan untuk mempertegas usahanya untuk memberantas HIV/AIDS, “as government focuses its efforts and resources ever more intensively on the public policy challenges of HIV/AIDS, it will draw whatever it can from science to use in this fight. As in all areas of science, research and debate will continue, but government is not a protagonist in those debates.”<sup>105</sup> Pemerintah secara besar-besaran menaikkan anggaran untuk rencana strategisnya dalam hal HIV/AIDS tahun 2000-2005. Afrika Selatan sudah berkomitmen dan melakukan kerjasama dengan agensi dari Afrika Selatan sendiri untuk mengendalikan HIV/AIDS fokus yang mereka ambil adalah kampanye pendidikan dan kesadaran pentingnya perubahan sikap terhadap HIV/AIDS. hal ini berbeda dengan Kenya dimana fokus terdapat pada kampanye penggunaan kondom, yang notabene keseluruhan sarana dan prasarana disediakan oleh USAID.

### **III.3.1. Kampanye Pendidikan dan Kesadaran akan HIV/AIDS**

Pemerintah Afrika Selatan sadar bahwa tidak ada obat untuk AIDS, maka fokus pemerintah terletak pada pendidikan dan kesadaran terhadap HIV/AIDS. Sekarang tingkat kesadaran mencapai 90% di kalangan anak muda, ini akan menjadi tantangan baru apakah perubahan kesadaran ini akan berubah menjadi perubahan sikap atau tidak. Ada berbagai NGO yang melakukan kampanye semacam ini di Afrika Selatan.

---

<sup>105</sup> *ibid.*

### III.3.1.1. Love Life

Love Life adalah NGO yang berperan aktif dalam merubah pola pikir tentang seks di kalangan muda, mempromosikan seks yang sehat diantara anak muda, mengurangi penularan penyakit kelamin, dan kehamilan usia dini.<sup>106</sup> Target dari Love Life adalah remaja atau ABG yang berumur 12-17 tahun, usia yang sangat rentan terhadap prostitusi atau pekerjaan yang rentan berkenaan dengan penyakit kelamin menular dan HIV/AIDS. Love Life berusaha membekali mereka dengan pelatihan-pelatihan positif agar mereka dapat mempunyai masa depan yang lebih cerah.

Love Life adalah program nasional pencegahan HIV/AIDS untuk kalangan muda. Gerakan ini merupakan koalisi yang sangat luas dari lembaga-lembaga yang bekerja untuk mencegah HIV/AIDS, media-media terbesar yang ada di Afrika Selatan, swasta maupun pemerintah, pemerintah Afrika Selatan, dan berbagai NGO yang ada di Afrika Selatan dengan satu tujuan besar yaitu mengendalikan angka penyebaran HIV/AIDS, dan kasus-kasus lain, yaitu kehamilan dan penyebaran penyakit kelamin di kalangan remaja Afrika Selatan. Love Life diluncurkan pada tahun 1999 untuk secara khusus mengendalikan penyebaran HIV/AIDS di kalangan muda Afrika Selatan dan secara bersamaan menciptakan model penanggulangan HIV/AIDS yang baru yang ditujukan untuk kalangan muda. Pendekatan Lovelife mempunyai tiga komponen, yaitu:<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> “Love Life”, <http://www.lovelife.org.za/corporate/index.html>, diakses pada tanggal 7 Agustus 2008 pkl. 08.00.

<sup>107</sup> *ibid.*

- Kampanye media secara besar-besaran ke seluruh pelosok Afrika Selatan dengan skala yang sangat besar dan insentitas kegiatan yang terus-menerus. Termasuk di dalamnya acara-acara di televisi dan radio yang berfokus pada remaja, majalah remaja yang terbit bulanan, papan iklan (billboards) yang mempromosikan tanggung jawab dalam berhubungan seksual dan link bagi para remaja ke pusat konsultasi dan pelayanan kesehatan.
- Pelayanan dan konsultasi langsung remaja yang tinggal di daerah terpencil melalui program-program pelayanan kesehatan di bawah pusat-pusat kesehatan. Pusat-pusat kesehatan tadi menyediakan pelayanan untuk pencegahan HIV dan pelayanan dasar kesehatan. Love Life bekerja dengan lebih dari 130 komunitas yang bekerja di bawahnya dikenal dengan nama Love Life.
- Pengawasan secara menyeluruh dan evaluasi dari dampak dan hasil yang didapat dilengkapi juga dengan hasil pengawasan eksternal yang independen. Evaluasi awal dari Love Life memperlihatkan bahwa perubahan dari perilaku seksual para remaja dapat membantu Afrika Selatan untuk menekan laju penyebaran HIV/AIDS.

Dalam pelaksanaannya Love Life menyatukan pendekatan yang dilakukan klinik kesehatan pada umumnya dengan teknik marketing yang inovatif, merangkul remaja dengan:

- Berbicara dengan bahasa yang dipakai dan dimengerti oleh remaja.

- Memakai slogan yang memperlihatkan semangat positif, bukan memperlihatkan angka-angka statistik yang kaku.
- Memperkuat *power* dan pengaruh pada budaya anak muda di Afrika Selatan. Termasuk di dalamnya televisi, musik, dan olahraga untuk mempromosikan cara hidup sehat.

Kampanye-kampanye yang dilakukan oleh Love Life terdiri atas kampanye melalui radio, televisi, media cetak, papan iklan, sampai membentuk pusat pelayanan kesehatan untuk kalangan remaja. Radio dan televisi adalah media yang paling dipakai oleh Love Life. Radio di Afrika Selatan adalah sarana informasi publik yang terpenting karena 97% dari keseluruhan penduduk Afrika Selatan mendengarkan radio. Mereka menayangkan iklan layanan masyarakat seputar HIV/AIDS dengan harapan seluruh kalangan, baik tua ataupun muda mendapatkan pengertian yang lebih baik tentang HIV/AIDS dan bagaimana cara mencegah penyakit tersebut.

Kegiatan-kegiatan Love Life di radio dan televisi didukung dengan promosi-promosi media cetak yang akan didistribusikan ke daerah-daerah miskin dan terpencil di Afrika Selatan, yaitu booklet dan buku-buku yang berisi tentang informasi dan saran dalam kesehatan seksual seperti alat kontrasepsi, penularan melalui seks, dan HIV/AIDS. Love Life juga menggunakan media luar ruangan. Kampanye luar ruangan termasuk di dalamnya 1700 papan iklan digunakan untuk menciptakan kesadaran akan adanya Love Life. Website yang menarik dan jalur telepon bebas hambatan digunakan untuk mendukung program mereka. Love Life menyediakan pusat-pusat informasi dan sarana kesehatan ke seluruh pelosok Afrika Selatan. Love

Life membentuk pusat kegiatan remaja yang bernama Y-Centres pusat kegiatan remaja yang menyediakan pendidikan kesehatan seksual, pelayanan dasar klinik, pengembangan potensi, dan kegiatan yang sifatnya menghibur.

Keseluruhan cara kerja Love Life tadi berfokus pada merubah cara pikir dari kalangan muda Afrika Selatan. Jika selama ini yang menjadi pusat perhatian adalah pencegahan dengan cara memakai kondom atau alat-alat kontrasepsi terhadap anak-anak muda, maka Afrika Selatan melalui Love Life berusaha untuk mengubah budaya yang ada di kalangan remaja Afrika Selatan, yaitu seks bebas atau seks pra-nikah. Budaya-budaya tersebut adalah budaya yang sangat beresiko terhadap berkembangnya angka penularan HIV/AIDS. Sisi inilah yang menjadi kekuatan dari program Love Life oleh Afrika Selatan.

Negara-negara lain, dalam hal ini Kenya mengutamakan pencegahan HIV/AIDS yang fokus kegiatannya terdapat pada promosi penggunaan kondom. Hal ini merupakan cara yang memang langsung tepat ke sasaran, mengurangi angka perkembangan HIV/AIDS. Namun kesulitan muncul ketika ada satu pihak yang sangat digantungkan untuk memenuhi fokus kegiatan yang mereka lakukan itu. Hal ini terjadi pada Kenya. Kenya pada awalnya tidak mempunyai cara kerja yang efektif dalam memerangi HIV/AIDS, walaupun kesadaran Pemerintah Kenya akan bahaya HIV/AIDS datang relatif lebih cepat daripada wilayah Afrika lainnya. USAID dengan model kerjanya, masuk ke dalam usaha Kenya dalam mengendalikan angka perkembangan HIV/AIDS. Model yang diperkenalkan oleh USAID kepada Kenya ini bertitik berat pada pencegahan dengan menggunakan alat-alat kontrasepsi, khususnya

penggunaan kondom. Model kerja hingga sarana dan prasarana yang diperlukan, disediakan oleh USAID sebagai bagian dari bantuan asistensi secara menyeluruh. Sarana dan prasarana di sini tercakup di dalamnya klinik-klinik kesehatan, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, hingga para pekerja yang melayani pemeriksaan kesehatan mulai dari dokter hingga sukarelawan yang bekerja untuk melayani masyarakat Kenya di seluruh pelosok Kenya. Ketika GGR dilaksanakan kembali, Kenya kewalahan menghadapinya. Hal tersebut dikarenakan dua NGO yang bekerja untuk memberikan pelayanan kesehatan Kenya tidak mau melaksanakan peraturan yang ditetapkan di dalam GGR. Kedua NGO tersebut adalah NGO yang mendapatkan bantuan secara menyeluruh langsung dari USAID mulai dari dana harian, model kerja, hingga alat-alat kontrasepsi dan tenaga-tenaga ahli yang dipakai. Ketergantungan Kenya akan hadirnya USAID pun tidak dapat terelakkan lagi. Kenya tidak mampu meneruskan usaha-usaha pengendalian angka HIV/AIDS dikarenakan terputusnya bantuan USAID.

Berbeda dengan Kenya, Pemerintah Afrika Selatan sadar sepenuhnya bahwa penyakit HIV/AIDS tidak ada obat yang dapat menyembuhkannya oleh karena itu mereka fokus pada sektor pendidikan dan pembentukan kesadaran akan bahaya penyakit HIV/AIDS sebagai cara pencegahan perkembangan angka penularan HIV/AIDS. Fokus Afrika Selatan berada pada usaha untuk mengubah budaya-budaya yang ada di kalangan muda mereka. Cara yang mereka pakai adalah pendekatan dengan media secara keseluruhan, mulai dari media elektronik, media cetak, pembuatan pusat-pusat pelayanan kesehatan, dan juga internet. Kenya dapat saja

mengikuti cara yang dipakai oleh Afrika Selatan ini. Model kerja yang dipakai oleh Afrika Selatan sesuai dengan keadaan yang ada pada Kenya. Pertama, model kerja ini cocok karena sokongan dana yang dipakai bukanlah dari pihak di luar Afrika Selatan melainkan kerjasama Pemerintah Afrika Selatan itu sendiri dengan lebih dari 150 NGO, 3700 sekolah, dan 350 klinik milik pemerintah yang tersebar di seluruh pelosok Afrika Selatan. Sokongan dana terbesar disediakan oleh Pemerintah Afrika Selatan dan Henry J. Kaiser Family Foundation. Bantuan juga datang dari the Anglo American Chairman's Fund, Avis, ClearChannel Independent, Independent Newspapers, Mondi, the National Lottery, Pick 'n Pay, Primedia, Rapport, the South African Broadcasting Corporation, Southern Sun, Spoornet, Ster-Kinekor, dan the Vodacom Foundation. Urusan manajerial perhari-nya dikelola oleh pengurus dewan pengurus Love Life dan diimplementasikan oleh pekerja dan tenaga sukarela dari Love Life.

Permasalahan yang ada di Kenya adalah Pemerintah Kenya hanya turut campur sebagian dari program-program kerja yang ada dan melimpahkan sisanya kepada pihak luar, dalam hal ini yang paling besar kepada USAID. Kerjasama antara Kenya dengan USAID dimulai pada tahun 1984 ketika kasus pertama HIV/AIDS ditemukan di daerah tersebut. USAID menyediakan asistensi yang sifatnya menyeluruh mulai dari dana kerja, manajerial, program, dan juga pelayan kesehatan kepada perusahaan swasta dan industri agar dapat melayani layanan kesehatan, termasuk di dalamnya pelayanan dan penyuluhan HIV/AIDS, dan keluarga berencana pada pegawai mereka dan masyarakat yang tinggal di sekitar wilayah industri tersebut. Pada tahun 1993

Presiden Clinton menarik kebijakan *Global Gag Rule*. Pemerintahan Clinton menambah dana untuk program kegiatan yang berhubungan dengan keluarga berencana dan asistensi kesehatan. Dana bantuan yang dialirkan ke USAID diberikan kepada Pemerintah Kenya. Dengan adanya dana ini Pemerintah Kenya dapat menyediakan dukungan finansial melalui *National Coordinating Agency for Population and Development* yang dimiliki Kenya untuk menambah fasilitas yang FPAK sediakan. Ini memungkinkan FPAK untuk membuka klinik-klinik baru dan membuat pusat kesehatan di Nairobi. Pasca GGR keadaan berbalik drastis, bantuan langsung dan tidak langsung yang diterima Kenya dari USAID terpotong sekitar 58%. Keadaan ini membuat Kenya kewalahan dalam menjalankan program kerja yang selama ini dilaksanakan. Hal ini memperlihatkan adanya dependensi Kenya kepada USAID. Program kerja Afrika Selatan dapat menjadi pilihan karena semua hal mulai dari dana harian sampai penyediaan alat-alat kesehatan dan obat-obatan dilakukan atas kerjasama Pemerintah Afrika Selatan dengan NGO setempat.

Hal kedua yang membuat cara kerja Afrika Selatan cocok dengan Kenya adalah cara penanganan HIV/AIDS tersebut. Fokus dari keseluruhan program itu sendiri sama, yaitu mengubah budaya yang ada pada masyarakat kedua negara tersebut, namun cara yang mereka pakai berbeda. Afrika Selatan fokus pada usaha untuk merubah budaya yang ada dalam masyarakat mereka. Budaya seks pra-nikah dan cara kalangan muda memandang seks itu sendiri. Love Life merupakan salah satu NGO terbesar di Afrika Selatan yang bekerja untuk mengendalikan perkembangan HIV/AIDS. Fokus mereka berada pada kalangan muda, perhatian khusus mereka

berikan pada remaja wanita. Afrika Selatan tidak mendapatkan kesulitan yang berarti pada saat GGR dilaksanakan kembali hal ini dikarenakan fokus kerja mereka, yaitu perubahan budaya di masyarakat Afrika Selatan dilakukan melalui penyuluhan-penyuluhan dan workshop untuk mengubah pandangan dari dalam diri mereka. Berbeda dengan Afrika Selatan, Kenya fokus pada perubahan budaya dengan cara menggalakkan pemakaian kondom dalam masyarakat Kenya tanpa mengubah cara pandang dari masing-masing individu. Fokus kerja Kenya ini menjadi bermasalah ketika GGR dilaksanakan kembali. Hal ini dikarenakan pasokan kondom datangnya untuk Kenya datangnya dari bantuan USAID. Pasokan kondom dari USAID ke Kenya bernilai sekitar \$75 juta per tahun, angka ini saja belum dapat menutup kebutuhan akan alat-alat kontrasepsi di Kenya. Ketika GGR dilaksanakan kembali Kenya kewalahan karena tidak adanya pihak lain yang mampu menyokong kebutuhan Kenya akan kondom. Tidak adanya pasokan kondom menyebabkan tidak berjalannya program kerja yang selama ini dilaksanakan oleh NGO-NGO di Kenya. Program kerja yang dipakai di Kenya semua bermuara pada penggunaan kondom sebagai alat bantu pengendalian HIV/AIDS. Hal tersebut kemudian menyebabkan terhambatnya kerja NGO-NGO di Kenya dalam mengendalikan HIV/AIDS di Kenya yang berujung pada peningkatan angka HIV/AIDS di Kenya. Jika pendekatan yang digunakan tidak lagi fokus pada penggunaan kondom, namun perubahan sikap dari masyarakat itu sendiri Kenya tidak akan kewalahan jika USAID melaksanakan kembali GGR. Berkurangnya pasokan kondom atau tidak, tidak akan mempengaruhi kinerja NGO dalam mengendalikan angka HIV/AIDS karena perubahan yang dituju ada di dalam perilaku masyarakat yang ada.

Hal lain yang menjadikannya cocok adalah target mereka yaitu kalangan muda. Kenya memiliki penderita HIV pada anak perempuan dan wanita usia 15-19 tahun jumlahnya enam kali lebih tinggi dari keseluruhan penderita pria di wilayah yang paling parah terjangkit oleh AIDS. Sekitar tiga perempat bagian dari keseluruhan infeksi HIV yang baru berada pada umur 15-24 tahun. Negara-negara di Afrika dimana AIDS berkembang dengan sangat cepat, hubungan seksual dan sangat riskan di usia muda menaikkan kelemahan kalangan muda terhadap HIV. Target dari model kerja yang dilakukan oleh Love Life adalah kalangan muda antara umur 12-17 tahun. Menurut mereka remaja yang sedang aktif secara seksual di tahun-tahun dimana HIV/AIDS sedang sangat berkembang sangat beresiko tinggi mendapatkan HIV positif beberapa tahun ke depan. Dukungan dari lingkungan sekitar dan pelatihan adalah dukungan yang tidak ternilai harganya. Remaja akan lebih mudah menyerap hal-hal yang ada atau dilakukan oleh lingkungan sekitarnya. Kalangan muda inilah yang nantinya akan menjadi penggerak roda perekonomian di kemudian hari, pendekatan khusus diperlukan agar kalangan muda dapat mengerti secara menyeluruh tentang HIV/AIDS dan apa saja yang dapat mereka lakukan untuk mencegahnya.

### **III.3.1.2 Soul City**

Soul City adalah NGO yang juga menggunakan media massa untuk mempromosikan kesadaran tentang isu kesehatan.<sup>108</sup> NGO ini telah memenangkan penghargaan tingkat internasional karena dinilai berhasil mengintegrasikan pendidikan

---

dengan hiburan menggunakan radio yang populer dan drama televisi. *Soul City Institute for Health and Development Communication (Soul City IHDC)* adalah sebuah proyek yang dilaksanakan untuk mengubah sisi sosial yang nantinya akan berdampak pada individu-individu ketika berada langsung di tengah masyarakat. *Edutainment* adalah alat utama yang dipakai *Soul City IHDC*, adalah proses dimana konsep *entertainment* atau hiburan digunakan sebagai media untuk mempromosikan kesehatan dan pendidikan.<sup>109</sup> Ada dua kegiatan yang dimiliki oleh *Soul City IHDC*. Pertama *Soul City IHDC*, yang ditujukan bagi semua umur dari semua kalangan. Kedua, *Soul Buddyz* yang ditujukan bagi anak-anak berusia 8-12 tahun, guru-guru mereka, dan pengasuh-pengasuh mereka. Program-program ini terdiri atas acara televisi di waktu penting stasiun televisi drama radio dan juga media cetak yang saling bersinergi. *SoulCity IHDC* memilih genre drama karena penelitian *Soul City IHDC* menemukan bahwa drama mempunyai pengaruh yang lebih sebagai alat komunikasi, antara lain:<sup>110</sup>

- Drama dapat menarik perhatian banyak sekali pemirsa televisi dalam waktu tayangan *primetime*, dimana hal tersebut tidak dapat dilakukan oleh pendekatan-pendekatan melalui tayangan-tayangan atau iklan layanan masyarakat yang sifatnya mendidik dan biasanya penyajiannya kurang menarik.

---

<sup>109</sup> “Edutainment Method”, <http://www.soulcity.org.za/about-us/institute-for-health-development/>, diakses pada tanggal 7 Agustus 2008, pkl. 09.30.

<sup>110</sup> *ibid.*

- Drama dapat menarik iklan yang menguntungkan bagi badan yang menyiarkan tayangan tersebut. Insentif akan lebih besar ketika tayangan-tayangan tersebut berada pada *primetime*. Genre ini membuat pemirsanya kecanduan dan akan terus-menerus kembali menontonnya, hal ini kemudian membentuk suatu kelompok penonton setia.
- Penokohan yang ada dalam drama, ditambah dengan jalan cerita yang sangat menyentuh, drama penuh dengan emosi dan persuasif. Ini memungkinkan drama untuk mengubah hal-hal atau perilaku negatif yang sudah dalam tertanam. Penonton seringkali mempunyai kesamaan dengan karakter yang ada dalam drama tersebut atau bahkan mengalami hal yang serupa dengan karakter tersebut. Fenomena ini disebut sebagai *parasocial interaction*.
- Tayangan bergenre drama membuat orang berdiskusi. Diskusi ini tidak hanya terbatas pada bagusny jalan cerita atau menariknya pemain-pemain yang memerankan karakter-karakter di dalamnya, namun juga isu-isu yang tersulam di dalamnya. Orang-orang akan lebih mudah membicarakan isu-isu seperti AIDS atau seks jika memakai sudut pandang orang ketiga, drama membuat orang-orang tersebut dapat melakukannya. Debat publik yang bersifat membangun akan menjadi suatu kekuatan tersendiri dalam cara berkomunikasi yang kemudian menjadikannya lingkungan yang mendukung untuk dapat mengubah norma, perilaku, atau budaya yang ada di dalam masyarakat.

- Tayangan drama yang sukses mempunyai potensi untuk terus berjalan. Soul City sudah berhasil melakukan hal ini, sejak awal kemunculannya tayangan-tayangan mereka mendapatkan rating penonton tertinggi. satu acara dari mereka yang mencapai sukses, menjadi alat promosi bagi acara-acara mereka yang lain untuk mencapai sukses yang sama. Evaluasi dari acara-acara mereka sebelumnya menjadi pelajaran bagi *SoulCity IHDC*. *SoulCity IHDC* menjadi organisasi pertama yang memakai *edutainment* sebagai alat mengkomunikasikan permasalahan HIV/AIDS dan berhasil mendapatkan penghargaan karena keberhasilan cara kerja mereka.

Model kerja ini dapat digunakan Kenya dalam usaha mereka mengendalikan angka HIV/AIDS. Ini dapat dilakukan sebagai sisi pelengkap agar model kerja menjadi lebih menarik. Pemilihan *edutainment* sebagai medium untuk mengendalikan HIV/AIDS dapat efektif di Kenya disebabkan beberapa alasan. Penduduk Kenya sangat beragam dan tidak semua dapat dirangkul dengan cara yang sama. Banyak cara yang harus dilakukan untuk menyampaikan pesan ke semua pihak. Masyarakat dapat dirangkul dengan berbagai macam media. Contohnya *SoulCity IHDC* menggunakan media radio untuk menyampaikan pesan ke seluruh pelosok Afrika Selatan yang tinggal di pedesaan atau dusun, sementara mereka menggunakan media televisi bagi penonton yang berada di kota. Kenya dapat mempraktekkan cara kerja ini ke masyarakatnya. Masyarakat Kenya mayoritas mendengarkan radio, diperkirakan sekitar 3juta masyarakat Kenya mendengarkan radio. Termasuk di dalamnya masyarakat Luo yang notabene adalah suku yang mempunyai resiko tinggi

terhadap HIV/AIDS dengan adanya budaya *wife inheritance* yang mereka miliki. Kenya dapat pula menggunakan media televisi untuk masyarakat yang tinggal di kota-kota besar, karena biasanya masyarakat kota besar menonton televisi bukan mendengarkan radio.

Media televisi dan radio melalui tayangan atau acara radiobergenre drama mempunyai kekuatan sendiri seperti yang sudah dipaparkan di atas. Kekuatan inilah yang nantinya mampu mengubah norma dan perilaku yang ada. Namun tetap media elektronik mempunyai kekurangan yaitu tidak dapat secara detail informasi tentang HIV/AIDS. *SoulCity IHDC* mengakui hal tersebut dan mereka menggunakan media cetak untuk menutupi kekurangan yang ada.<sup>111</sup> Kelebihan media cetak adalah masyarakat dapat membaca dengan kemampuan baca yang dimiliki masing-masing individu dan dapat dapat dibaca ulang lagi atau diberikan kepada orang lain agar orang lain mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS. Kenya dapat juga mengikuti jalan yang dipakai *Soul City IHDC* yaitu menggunakan media cetak sebagai pelengkap dari acara-acara drama yang ditayangkan di televisi dan radio tersebut, sehingga pesan-pesan yang ingin disampaikan ke masyarakat dapat terlaksana dengan baik.

---

<sup>111</sup> *ibid.*