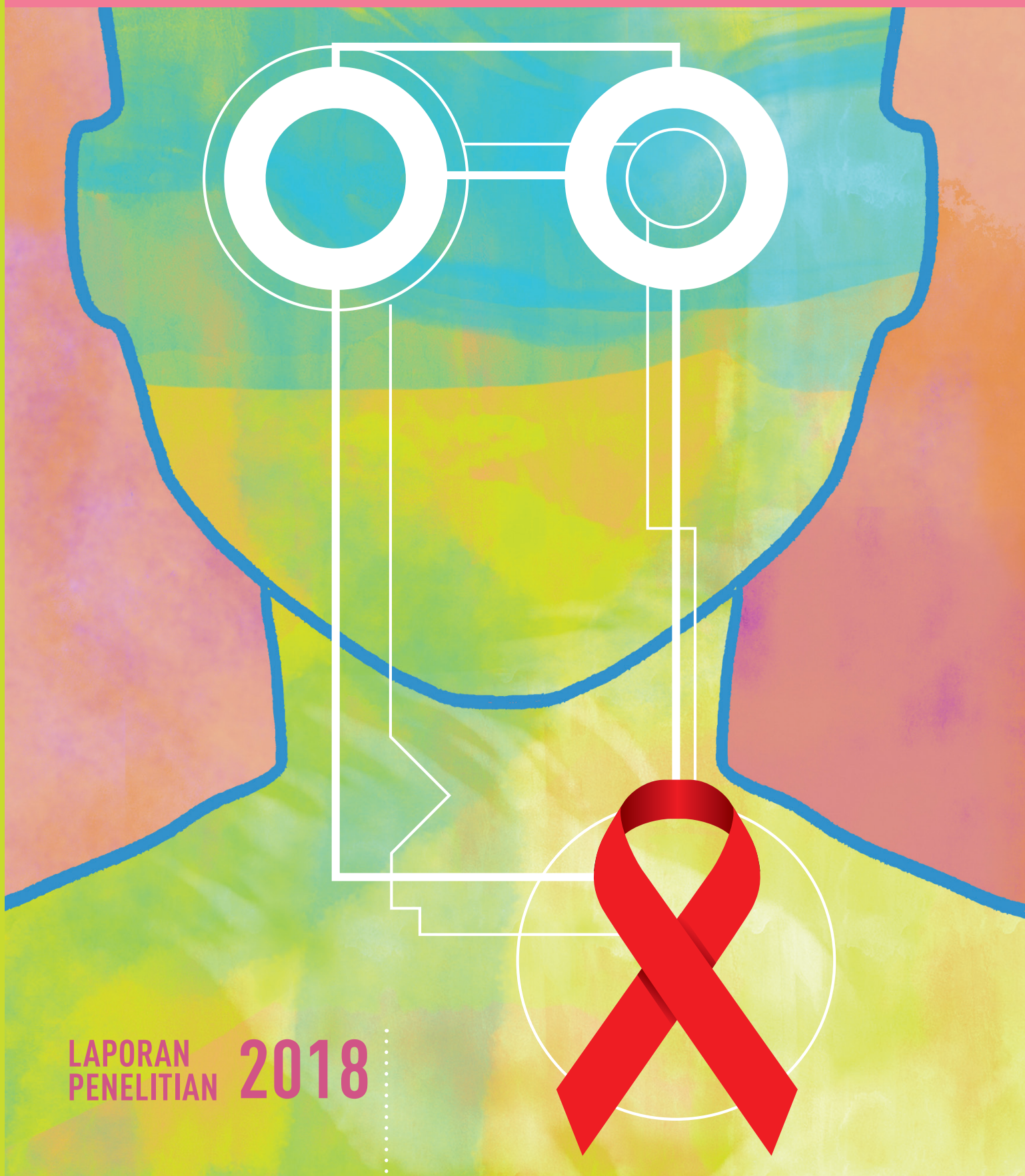


KAJIAN GENDER DALAM PENANGGULANGAN HIV AIDS DI INDONESIA

UN WOMEN

pph

PUSAT PENELITIAN HIV/AIDS



LAPORAN
PENELITIAN 2018

KAJIAN GENDER DALAM PENANGGULANGAN HIV AIDS DI INDONESIA

LAPORAN PENELITIAN

Laporan Penelitian
Kajian Gender dalam Penanggulangan HIV AIDS di Indonesia

© Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya

Laura Nevendorff
Theresia Puspoarum
Sindi Fitriarti Putri
Sallynita
Eva Fitrina
Ignatius Praptoraharjo

Penyelaras Bahasa: Amalia Puri Handayani

Penelitian ini didanai oleh:
UN Women Indonesia Contract Ref: IC-IDN-2017-006

Agustus 2018

KATA PENGANTAR

Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya melalui kajian pustaka atas dokumen kebijakan dan program yang terkait dengan penanggulangan AIDS dan gender dalam pembangunan di Indonesia. Selain itu, kajian tersebut juga diperkaya dengan kajian lapangan di DKI Jakarta, Surabaya, Medan, dan Jayapura yang melibatkan pengalaman berbagai pemangku kepentingan dalam penanggulangan AIDS dan gender dalam pembangunan dan para pemanfaat atau sasaran dari program itu sendiri.

Secara umum buku ini menegaskan kembali tentang masih adanya berbagai kesenjangan atau pengabaian terhadap kebutuhan dan pemenuhan hak-hak kelompok perempuan yang terdampak oleh HIV & AIDS di Indonesia sehingga penanggulangan HIV AIDS di Indonesia belum sepenuhnya efektif. Kesenjangan dan pengabaian hak-hak perempuan ini misalnya tampak pada stigma dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan yang terdampak oleh HIV AIDS baik dalam pelayanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV, layanan kesehatan reproduksi dan seksual serta penanganan terhadap masalah kekerasan terhadap perempuan.

Situasi yang dialami tersebut semakin sulit untuk disikapi manakala cara pandang sebagai bentuk budaya dari pembuat kebijakan dan penyedia layanan belum sepenuhnya mencerminkan daya tanggap yang memadai dalam pelayanan kesehatan yang berbasis gender. Hanya memberikan perhatian pada masalah akses tanpa memperhatikan aspek partisipasi, kontrol, dan manfaat bagi para perempuan yang menjadi pemanfaat program kelihatannya akan mempersulit terwujudnya keadilan gender dalam penanggulangan HIV AIDS.

Untuk menyikapi hal ini, buku ini telah menawarkan upaya-upaya yang bisa dilakukan untuk mencapai keadilan gender dalam penanggulangan HIV AIDS di masa depan yaitu dengan memberikan perhatian yang lebih besar pada pembudayaan pelayanan HIV berbasis gender melalui penyusunan berbagai regulasi teknis dan operasional yang bisa membantu penyedia layanan baik dalam promosi, pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV, layanan kesehatan reproduksi dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dalam kesehariannya menerapkan pelayanan yang berbasis gender. Selain panduan teknis dan operasional, upaya pembudayaan pelayanan berbasis gender ini perlu didukung oleh proses-proses yang mendukung internalisasi konsep pelayanan berbasis gender ini baik bagi para penyusun kebijakan atau penyedia layanannya.

Penerbitan hasil penelitian ini ke dalam buku diharapkan bisa salah upaya untuk memberikan pandangan yang komprehensif tentang seberapa jauh program penanggulangan HIV di Indonesia telah memiliki daya tanggap terhadap permasalahan keadilan gender. Terbitnya buku ini juga diharapkan bisa memberikan kontribusi bagi pengembangan kebijakan penanggulangan HIV berdasarkan bukti yang kuat agar mampu menyikapi tentang kesenjangan dan ketidakadilan gender yang terjadi selama ini.



Dalam kesempatan ini, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada pihak-pihak yang telah mendukung dan memungkinkan pelaksanaan penelitian, penerbitan dan diseminasi buku ini. Pihak-pihak tersebut adalah Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, UNWOMEN, dan Kementerian Kesehatan di tingkat pusat. Dinas kesehatan, dinas pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak termasuk unit pelaksana teknisnya (P2TP2A), staf puskesmas dan LSM di empat kota yang menjadi lokasi penelitian ini. Tidak kalah pentingnya adalah para perempuan dan populasi kunci yang terdampak oleh HIV/AIDS di empat kota yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi informan dalam penelitian ini.

Jakarta, April 2019

Ignatius Praptoraharjo, PhD

Kordinator Penelitian Pusat Penelitian HIV/AIDS Unika Atma Jaya



DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	iii
Daftar Singkatan	iv
Daftar Istilah	v
Mengapa Kajian Ini Dilakukan?	1
Bagaimana Kami Melakukan Kajian Ini?	1
Kenapa Kajian Gender dalam Respons HIV Penting?	3
Apa Dampaknya?	4
Apakah Gender dalam Respons HIV Sudah Diatur di Indonesia?	7
Akses	7
Partisipasi dan Kontrol	9
Manfaat	9
Bagaimana Implementasi Kebijakan HIV Terkait Gender di Daerah?	11
Bagaimana Gender Dimaknai?	12
Apa Dampaknya terhadap Akses?	13
Apa Pengaruh Indikator terhadap Partisipasi?	14
Apa Akibatnya terhadap Anggaran?	15
Bagaimana Pengalaman Setiap Kelompok?	16
Perempuan	16
Pekerja Seks	16
Waria dan LSL	17
Apa Saja Bentuk Partisipasi Penerima Manfaat?	18
Apa Saja Manfaat Layanan?	19
Apa Saja Upaya yang Sudah Dilakukan?	20
Bagaimana dengan Monitoring dan Evaluasi?	20
Apa Saja yang Perlu Perhatian?	22
Apa Saja yang Bisa Dilakukan?	24
Kebijakan	24
Agensi Individu	24
Daftar Pustaka	25



DAFTAR SINGKATAN

APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ARV	Anti Retroviral
CD4	T-limfosit, T-sel, atau sel T-helper atau jenis sel darah putih
DKT	Diskusi Kelompok Terarah
Fasyankes	Fasilitas Layanan Kesehatan
HAM	Hak Asasi Manusia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMS	Infeksi Menular Seksual
KTP	Kartu Tanda Penduduk
LSL	Lelaki Seks dengan Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
Musrenbang	Musyawarah Perencanaan dan Pembangunan
ODHA	Orang dengan HIV dan AIDS
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
OBK	Organisasi Berbasis Komunitas
PBB	Perserikatan Bangsa-bangsa
Perda	Peraturan Daerah
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PMTS	Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual
Ponci	Populasi Kunci
PPRG	Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender
PPIA	Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon
PUG	Pengarustamaan Gender
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
TB	Tuberculosis
UN Women	The United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS



DAFTAR ISTILAH

Akses	Faktor ini diperlukan untuk mengukur seberapa besar peluang atau kesempatan bagi perempuan dan laki-laki untuk memanfaatkan sumber daya (baik sumber daya alam, sosial, politik, maupun waktu).
Disparitas Gender	Ketimpangan gender
Finger Prick	Sebuah prosedur ketika jari ditusuk dengan lancet untuk mendapatkan sejumlah kecil darah kapiler untuk pengujian
Gender Analysis Pathway	Analisis gender yang perlu dilakukan pada tahapan awal proses perencanaan dan penganggaran
Gender	Pembagian peran kedudukan dan tugas antara laki-laki dan perempuan ditetapkan oleh masyarakat berdasarkan sifat perempuan dan laki-laki yang dianggap pantas sesuai norma-norma, adat istiadat, kepercayaan, atau kebiasaan masyarakat
Global Fund	Organisasi pembiayaan internasional yang bertujuan untuk "menarik, meningkatkan dan menginvestasikan sumber daya tambahan untuk mengakhiri epidemi HIV/AIDS, tuberkulosis dan malaria untuk mendukung pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang ditetapkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa
Heteroseksual	Suatu pola atau watak tetap untuk mengalami ketertarikan seksual, kasih sayang, fisik, atau romantis terhadap orang-orang yang berjenis kelamin berbeda
Kontrol	Kekuasaan untuk memutuskan bagaimana menggunakan sumber daya dan siapa yang memiliki akses terhadap penggunaan sumber daya tersebut. Faktor ini diperlukan untuk melihat proporsi perempuan atau laki-laki dalam pengambilan keputusan
Manfaat	Hasil-hasil dari suatu proses pembangunan. Faktor ini digunakan untuk melihat proporsi manfaat pembangunan yang diterima oleh perempuan atau laki-laki; apakah manfaat tersebut cenderung menguntungkan salah satu jenis kelamin
Partisipasi	Partisipasi adalah pelibatan atau keterwakilan yang sama antara perempuan dan laki-laki dalam program, kegiatan, dalam pengambilan keputusan dalam pembangunan. Faktor ini berguna untuk melihat proporsi dari laki-laki atau perempuan yang termarginalisasi, baik secara kelas, suku, ras maupun budaya
Pengarustamaan Gender	Strategi yang dilakukan secara rasional dan sistematis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat, dan negara) melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan, dan permasalahan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program di berbagai bidang kehidupan dan pembangunan
Reproduksi	Proses biologis suatu individu untuk menghasilkan individu baru. Reproduksi merupakan cara dasar mempertahankan diri yang dilakukan oleh semua bentuk kehidupan oleh pendahulu setiap individu organisme untuk menghasilkan suatu generasi selanjutnya.
Stigma	Berbagai pandangan orang yang menilai diri kita negatif, hal yang kita lakukan negatif sampai pemikiran kita negatif.
Waria	Laki-laki yang lebih suka berperan dan berpenampilan sebagai perempuan dalam kehidupan sehari-harinya. Mereka menyebut dirinya sendiri sebagai waria.

MENGAPA KAJIAN INI DILAKUKAN?

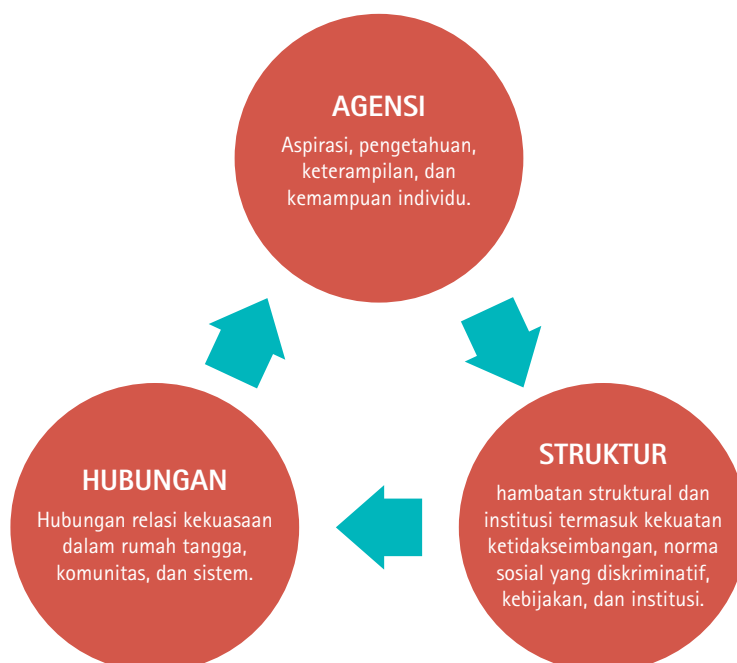
Program dan kebijakan yang dapat mengatasi ketidaksetaraan gender bisa berkontribusi terhadap penanggulangan HIV dengan lebih efektif. Sayangnya, di Indonesia, bukti yang menunjukkan integrasi gender dalam kebijakan, program, dan perencanaan penganggaran sangat terbatas. Artinya, pertimbangan akan perspektif gender dalam respons HIV menjadi kebutuhan. Maka itu, UN Women bekerja sama dengan Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya melakukan penelitian pada Februari–Agustus 2018 terkait pengintegrasian gender dalam respons HIV. Laporan lengkap penelitian ini dapat diakses melalui <http://arc-atmajaya.org>.

Kami punya dua pertanyaan penelitian. *Pertama*, sejauh mana gender direfleksikan atau diintegrasikan dalam respons HIV di Indonesia? *Kedua*, apakah kesenjangan, peluang, dan tantangan dalam pengaturan kebijakan, program, dan anggaran dapat diidentifikasi? Kajian ini bertujuan untuk melihat integrasi gender dalam respons HIV di Indonesia. Selain itu, kami juga mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukungnya. Itu dilakukan agar kami bisa memberikan rekomendasi untuk mencapai jaminan kesehatan menyeluruh. Sementara itu, kajian ini dilakukan di empat kota, yaitu DKI Jakarta, Surabaya, Medan, dan Jayapura. Pemilihan lokasi ini ditentukan berdasarkan daftar kota *Fast Track*, yaitu kota dengan prevalensi HIV tertinggi di Indonesia serta kombinasi kota dengan skor Indeks Kesenjangan Gender, termasuk pengalokasian anggaran di kabupaten.¹

BAGAIMANA KAMI MELAKUKAN KAJIAN INI?

Kajian ini dilakukan dengan mengacu pada keadilan dan inklusi sosial. Kerangka konseptual ini secara khusus melihat tiga domain keadilan dan inklusi sosial yang terdiri dari: agensi (aspirasi, pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan individu); hubungan (hubungan relasi kekuasaan dalam rumah tangga, komunitas, dan sistem); dan struktur (hambatan struktural dan institusi termasuk kekuatan ketidakseimbangan, norma sosial yang diskriminatif, kebijakan, dan institusi). Kerangka kerja ini dapat dilihat pada gambar 1.

Gambar 1: Kerangka Kesenjangan dan Inklusi Sosial





Sebagai alat analisis dalam memahami ketidaksetaraan gender dan pengucilan sosial, kami menggunakan Perangkat Kajian Gender UNAIDS²:

- memahami epidemi HIV dan konteksnya (sosial, politik, ekonomi, hukum dan budaya) dari ketidakadilan gender dan perspektif eksklusi sosial;
- memahami respons HIV (kebijakan dan program) dari perspektif ketidakadilan gender dan pengucilan sosial; serta
- menggunakan temuan untuk mengidentifikasi intervensi berbasis bukti.

Kami menggabungkan pendekatan kualitatif dan analisis data sekunder sebagai desain studi penelitian. Kajian kualitatif dirancang untuk mendapatkan perspektif dan pengalaman dari berbagai pemangku kepentingan kunci terkait respons HIV di Indonesia. Utamanya, sejauh mana pemahaman mereka terkait dengan gender pada epidemi HIV dan integrasinya ke dalam program dan alokasi anggaran HIV. Analisis data sekunder digunakan untuk mendokumentasikan kebijakan yang ada, pengambilan keputusan terprogram dan tren keuangan/penganggaran gender dalam respons HIV. Dalam analisis ini, kami melakukan tinjauan pustaka dan tinjauan kebijakan.

Tentu saja, kajian ini tidak terlepas dari hambatan. Misalnya, data lokal yang tersedia belum terpilah berdasarkan jenis kelamin. Maka itu, kami mengambil data nasional 2017 dan kuartal pertama 2018. Terjadi pula ketiadaan informan akibat terhambat izin dari Dinas Kesehatan. Kami pun mengadakan pertemuan validasi. Kami sudah menghadapi tantangan itu agar tidak mempengaruhi pembacaan data.



KENAPA KAJIAN GENDER DALAM RESPONS HIV PENTING?

Sebelumnya, gender sudah disebut-sebut, tetapi apa itu gender? Secara definisi, gender berbeda dari konsep seks biologis karena terdiri dari norma-norma struktural dari hubungan sosial dan identitas yang dikonstruksi secara sosial.³ Pemahaman umum mengenai bagaimana konsep gender dipahami dan dipraktikkan dalam masyarakat umum dibentuk oleh berbagai faktor, seperti hak, kewajiban, harapan, dan hubungan kekuasaan yang melibatkan perempuan dan laki-laki.⁴

Ketidaksetaraan gender bisa menjadi pendorong utama epidemi HIV. Norma dan perilaku memperkuat ketidaksetaraan gender di masyarakat. Kemudian, berkontribusi pada kerentanan perempuan dan anak perempuan terhadap HIV.⁵ Meskipun begitu, risiko dan penularan HIV juga berdampak kepada populasi kunci (Ponci), seperti pekerja seks, waria, lelaki sek dengan lelaki (LSL), dan pengguna napza suntik (Penasun).⁶ Jalur kerentanan HIV dibagi dalam tiga kategori, yaitu norma gender, stabilitas ekonomi, dan diskriminasi stigma.⁷ Kita bahas satu per satu.

Pertama, norma gender. Norma-norma gender menguntungkan laki-laki, misalnya untuk mengontrol dan melakukan kekerasan terhadap perempuan. Itu menghambat kemampuan perempuan untuk mempraktikkan seks yang lebih aman, membuat keputusan reproduksi berdasarkan preferensi kesuburan mereka sendiri, dan mengungkapkan status HIV mereka.⁸

Norma gender juga memengaruhi risiko dan akses layanan HIV karena penerima manfaat belum mampu mengakses, memanfaatkan, dan berpartisipasi sesuai dengan kebutuhan gendernya. Kemampuan (agensi) setiap kelompok Ponci untuk mengakses layanan HIV berbeda. Ada atribut sosial—seperti jenis pekerjaan dan usia—yang melekat pada kelompok pekerja seks dan remaja. Pekerja seks perempuan, pengguna napza, dan remaja usia 15–24 memiliki kerentanan lebih tinggi dibandingkan perempuan dari populasi umum.⁹

Laki-laki juga mengalami kerentanan HIV akibat norma gender tersebut. Akibat tuntutan tampil maskulin, sebagian laki-laki cenderung menghindari layanan HIV. Kunjungan ke klinik seakan menunjukkan kelemahan.¹⁰ Laki-laki biseksual memiliki risiko yang tinggi untuk terinfeksi penyakit menular seksual dibandingkan laki-laki heteroseksual karena stigma yang melekat.¹¹ Laki-laki dengan riwayat pelecehan seksual pada masa kanak-kanak meningkatkan risiko penularan HIV¹² terkait keputusan melakukan hubungan seks anal tanpa kondom. Faktor risiko penentu penularan HIV dibentuk oleh norma-norma gender dan distribusi kekuasaan.

Kedua, stabilitas ekonomi. Perempuan terbatas dalam mengakses hak milik, warisan, dan pekerjaan formal sehingga rentan terhadap kerawanan pangan dan konsekuensinya. Alasan ekonomi juga dapat memaksa remaja perempuan mencari banyak pasangan—baik tua dan muda—melalui transaksi seks.¹³ Perempuan dengan status sosial dan ekonomi tertentu menghadapi risiko kerentanan HIV yang lebih besar. Remaja perempuan merupakan populasi yang paling jarang terjangkau pengobatan HIV.¹⁴

Ketiga, stigma dan diskriminasi. Stigma terkait HIV terhadap perempuan dinilai lebih berat dibandingkan laki-laki, misalnya mereka disalahkan kalau membawa HIV ke dalam keluarga. Sebagian laki-laki tidak terbuka tentang perilaku seks tidak aman dan penyakit HIV yang



dideritanya. Alhasil, mereka menularkan HIV kepada pasangannya.

“Kenapa ibu rumah tangga tinggi karena mungkin tidak [ada] keterbukaan dalam keluarga. Sehingga ketidaktahuan seorang ibu rumah tangga bahwa suaminya—Istilahnya—jajan di luar sehingga dia tidak tahu dan dia berhubungan sebagaimana biasanya, sehingga dia terkena HIV AIDS” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas

Perempuan juga dilabeli “perempuan tidak benar”, meskipun HIV ditularkan pasangannya. Sementara itu, laki-laki mendapatkan pemakluman atas tindakannya membeli seks. Ini terlihat dari hasil wawancara kami.

“[Laki-laki] mungkin tidak akan mendapatkan stigma yang berat ketika dia menyatakan dirinya adalah HIV. Paling “Ah, lu cuma nakal doang” gitu ya. Perempuan kalo misalnya kena IMS bahwa akan HIV, walaupun itu karena suaminya, itu kemudian sudah jadi yang “Oh, dia ga bener, ni”. Kalau laki laki yang nakal, “Ya, namanya laki laki” [dimaklumin].” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB

Norma gender memunculkan stigma. Stigma menjadikan perempuan sebagai bahan gosip. Lalu, keluarga dan tetangga menolak mereka. Mereka semakin jauh dari sumber dukungan ekonomi dan pangan. Keadaan ini mempertahankan kekerasan, stigma, dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan sehingga meningkatkan kerentanan mereka terhadap penularan HIV.

APA DAMPAKNYA?

Setelah melihat jalur kerentanan HIV dari perspektif gender, kita bisa melihat dampaknya secara lebih luas. Memang, penularan HIV berimbas terhadap semua jenis kelamin. Kemenkes mengeluarkan laporan triwulan pertama 2018 tentang proporsi laki-laki dan perempuan. Proporsi laki-laki dalam jumlah kasus HIV baru lebih dominan (sekitar 65%), tetapi jumlah kasus HIV baru pada perempuan dalam satu tahun terakhir tetap stabil berkisar antara 34—38% dari seluruh kasus.¹⁵

Meskipun demikian, satu dari tiga kasus AIDS di Indonesia dialami perempuan. Kasus AIDS pada ibu rumah tangga cukup signifikan. Risiko penularan HIV dari hubungan seks heteroseksual di Indonesia mendominasi seperempat dari jumlah penularan HIV di Indonesia. Tren penularan HIV dari faktor risiko heteroseksual tetap mencapai lebih dari 20% selama lima periode pelaporan.

Kerentanan perempuan terhadap HIV masih akan terus menjadi tantangan pada masa mendatang. Proyeksi infeksi HIV yang dikeluarkan Kemkes pada 2017 mengkonfirmasi hal itu.¹⁶ Data itu memungkinkan kita untuk mengetahui proyeksi perkiraan kasus HIV baru di Indonesia pada populasi tertentu sampai dengan tahun 2020. Data itu menunjukkan infeksi HIV baru tetap tinggi dengan perhitungan mencapai lebih dari 10,000 kasus pada tiga subpopulasi, yaitu klien pekerja seks, LSL, dan perempuan nonpopulasi kunci. Dari ketiga populasi ini, infeksi HIV baru tertinggi ditemukan pada subpopulasi perempuan umum yang mencapai 13,440 kasus pada 2020.

Sayangnya, temuan berkembangnya penularan HIV pada populasi perempuan tidak diimbangi dengan program respons HIV yang sesuai. Program dan layanan HIV yang tersedia lebih banyak ditujukan bagi Ponci, terutama LSL. Strategi ini ditempuh mengingat tren penularan HIV yang terus meningkat pada populasi ini.

“Dominan untuk kasus HIV di Jakarta yaitu pada populasi kuncinya adalah LSL atau MSM, seperti itu. Jadi kita masih terkonsentrasi.” – DKT Stakeholder Lokal, Jakarta

Ruang penanggulangan HIV untuk perempuan menjadi samar dan tidak menjadi prioritas. Banyaknya kasus penularan HIV pada perempuan yang mulai bermunculan tidak bisa segera ditangani mengingat keterbatasan arah kebijakan untuk mendukung implementasi program.

“Kasus-kasus terhadap perempuan tinggi di sini kok tidak ada peraturan yang menaungi terhadap harkat perempuan. Ini miris, miris sekali” – DKT Stakeholder Lokal, Jayapura

Pelayanan HIV yang berbasis gender dipahami sebagai program dan pendekatan yang diperuntukkan bagi perempuan tanpa ada pertimbangan terhadap relasi kuasa. Misalnya, Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau layanan kesehatan reproduksi. Salah satu faktornya adalah kurangnya pemahaman dan edukasi terkait gender yang dimiliki penyedia layanan.

Program HIV bagi perempuan dirasa belum sepenuhnya mengakomodasi kerentanan sosial perempuan. Walaupun secara prevalensi penularan HIV lebih banyak ditemukan pada laki-laki, tetapi risiko penularan HIV pada perempuan lebih tinggi akibat struktur alat reproduksi perempuan yang lebih rentan.

Tidak hanya perempuan, kerentanan HIV juga dialami Ponci. Setiap kelompok Ponci membutuhkan jenis dukungan yang berbeda supaya lebih mampu mengakses layanan HIV. Apalagi, Ponci juga dibebankan untuk mengajak pasangan tes HIV dan fokus pada distribusi kondom tanpa memperhatikan proses negosiasi antarpasangan. Respons terhadap isu kekerasan sebatas mendekatkan akses—tanpa penguatan agensi untuk penyintas. Begitu pun pemilahan layanan belum mengakomodasi keberagaman gender lain.

Masalah-masalah mendasar ini kemungkinan besar akan berlanjut karena kebijakan HIV cenderung mengesampingkan analisis gender. Faktor sosial dan hambatan struktural terkait gender menjadi terabaikan dalam kebijakan HIV. Maka itu, integrasi antara isu gender dan intervensi HIV menjadi penting untuk dilakukan.

Untuk mengubah situasi itu, gender perlu dipahami dengan saksama. Pemahaman gender berimplikasi terhadap perencanaan dan penganggaran. Implementasi Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender (PPRG) dipengaruhi oleh dua hal, yaitu faktor sistem pemerintahan dan faktor kebijakan HIV.



Pertama, program yang dilakukan di lapangan bersumber dari panduan kementerian teknis terkait. Artinya, keputusan untuk memilih program dan kegiatan yang akan dilakukan sepenuhnya mengacu pada keputusan instansi teknis. Bila pemahaman akan kebutuhan gender tidak dipahami oleh instansi teknis, secara otomatis alokasi PPRG tidak tersedia. Selain itu, sedikit banyak arahan program dari tingkat nasional juga berpengaruh. Situasi ini ditambah dengan alasan “klise” lain, yaitu keterbatasan waktu dalam proses Musyawarah Perencanaan dan Pembangunan (Musrenbang), baik di tingkat nasional ataupun daerah.

Kedua, desain program HIV mengacu pada data prevalensi dan kebijakan strategi nasional. Padahal, data prevalensi hanya berfokus kepada Ponci dengan peningkatan kasus HIV tertinggi ditemukan pada kelompok LSL. Begitupun dengan kebijakan strategi nasional Indonesia yang lebih berfokus pada penyediaan layanan tanpa melihat pemilahan gender.

Lembaga donor HIV juga berpegang pada data prevalensi dan kebijakan nasional dalam mengembangkan desain program mereka. Apalagi, implementasi program HIV di Indonesia masih bergantung pada pendanaan donor. Jadi, implementasi program juga disesuaikan dengan kebutuhan desain program lembaga donor.

Dengan desain program HIV tersebut, populasi rentan—seperti perempuan nonponci—luput dalam respons HIV. Tidak ada acuan data prevalensi yang mengukur sejauh mana perkembangan HIV pada populasi tersebut. Ditambah lagi, populasi itu tidak termasuk dalam Ponci yang menjadi fokus respons HIV di Indonesia.

“kalau untuk menentukan program nasional itu juga kan kita membutuhkan data estimasi. Ehm... data estimasi yang dipakai sama Indonesia itu masih IBBS 2015 yang udah nggak relevan lagi dengan situasi sekarang. Tidak bisa dilepaskan bahwa ehm... kita masih tergantung dengan donor. Which is donor terbesar saat ini ya GF lah ya. GF berpatokan dengan Kesra, SRAN nasional, untuk bisa mereka menentukan estimasi” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas

APAKAH GENDER DALAM RESPONS HIV SUDAH DIATUR DI INDONESIA?

Indonesia sebenarnya telah memiliki kebijakan gender yang dinilai cukup mumpuni untuk mendukung pencapaian kesetaraan gender. Berbagai instrumen hukum telah tersedia untuk memastikan kesetaraan dan keadilan gender bagi perempuan dapat terwujud. Negara sudah mengakui bahwa diskriminasi terhadap perempuan tidak sesuai dengan prinsip dasar kemanusiaan dan menghambat realisasi potensi perempuan dalam pembangunan.ⁱ Negara juga sudah menjamin kesetaraan gender perlu dilaksanakan melalui berbagai kebijakan pendukung, baik di tingkat nasional maupun daerah.ⁱⁱ Terkait program kesehatan, isu pengarusutamaan gender telah secara spesifik disebutkan juga.ⁱⁱⁱ Dalam respons HIV, kesetaraan gender juga sudah menjadi salah satu aspek krusial dalam implementasinya.^{iv}

Deretan kebijakan tidak cukup, kita perlu melihat bagaimana kebijakan tersebut responsif gender. Caranya? Kita bisa melihat sejauh mana kebijakan terkait HIV telah mendorong kesetaraan akses, kontrol/partisipasi, dan manfaat bagi semua populasi berdasarkan Kepmenkes No. 1459 Tahun 2010.

Akses

Secara umum, isu kesetaraan gender dianggap penting dan harus diperhatikan dalam respons HIV, walaupun terbatas. Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS menjadi payung kebijakan dalam menjalankan program HIV di Indonesia. Di dalamnya telah tercantum kesetaraan gender sebagai prinsip dalam menjalankan strategi penanggulangan.^v Hal senada ditemukan dalam pedoman layanan IMS dan HIV berkesinambungan yang memasukkan gender sebagai prinsip utama dalam melakukan desain, implementasi, dan evaluasi layanan di Indonesia.

Gender terlihat menjadi pertimbangan dalam respons HIV, pun dalam porsi kecil. Pertimbangan terhadap maskulinitas pelanggan pekerja seks dan keterlibatan laki-laki dalam penanggulangan HIV sudah masuk dalam implementasi program.^{vi} Juga, pemilahan layanan berdasarkan jenis kelamin

-
- ⁱ Undang-undang No. 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW).
 - ⁱⁱ Instruksi Presiden No. 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional; Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 (RPJMN); Penerapan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG); Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender (PUG) melalui PPRG untuk memandu proses implementasi dan evaluasi; Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 67 Tahun 2011 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Daerah (versi perubahan); Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No.6 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Data Gender dan Anak Terpilah; dan Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No.2 tahun 2013 tentang Panduan Monitoring dan Evaluasi Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender.
 - ⁱⁱⁱ Keputusan Menteri Kesehatan No.1459 Tahun 2010 tentang Panduan Kebijakan Perencanaan dan Anggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan.
 - ^{iv} Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.
 - ^v Lihat Permenkes No. 21 Tahun 2013 Bab II pasal 4 (b) (hlm. 5)
 - ^{vi} Lihat PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention Through Sexual Transmission Guidelines (hlm. 28) (KPN, 2014)



dan usia dalam pemberian ARV.^{vii} Memang, relasi kuasa antara laki-laki dan perempuan juga sudah dipertimbangkan. Misalnya, saat pemberian konseling HIV.^{viii} Namun, tidak ada prosedur yang jelas untuk mengatasi relasi kuasa dalam konseling HIV berpasangan.^{ix}

Potensi perluasan akses layanan HIV bagi semua penerima manfaat juga tergambar dalam beberapa kebijakan HIV. Misalnya, setiap daerah wajib melaksanakan pemeriksaan HIV bagi masyarakatnya.^x Metode untuk melakukan tes HIV juga dikembangkan tidak hanya secara statis, tetapi juga *mobile* sehingga lebih mudah diakses penerima manfaat.^{xi} Perluasan akses untuk program PPIA juga terjamin.^{xii}

Kebijakan untuk memberikan ARV bagi semua ODHA juga telah tersedia.^{xiii} Bahkan, ada aturan spesifik tentang pemberian ARV bagi anak dengan HIV yang beragam latar belakangnya, seperti terinfeksi dari ibunya ataupun tertular akibat kekerasan seksual.^{xiv} Perhatian lebih juga diberikan kepada kelompok Ponci dengan dikeluarkannya kebijakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan dan pencegahan HIV bagi mereka.^{xv}

Meskipun demikian, populasi tertentu masih berpotensi terhambat dalam mengakses layanan. Ada persyaratan tambahan yang menyebutkan ARV hanya dapat diberikan bagi ODHA dengan jumlah CD4 kurang dari 350ml/copy.^{xvi} Pekerja seks dan LSL juga tidak disebutkan secara eksplisit sebagai populasi yang menjadi sasaran Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan di daerah sehingga berpotensi untuk diabaikan.^{xvii} Kebijakan terhadap strategi nasional HIV cenderung bersifat umum tanpa menyasar faktor kerentanan dan kebutuhan tertentu yang dialami oleh populasi tertentu.^{xviii}

Kebijakan-kebijakan tersebut, sayangnya, tidak menjelaskan bagaimana cara mengaplikasikan prinsip gender dalam pelayanan.^{xix} Bahkan, Permenkes No. 21 Tahun 2013 juga tidak menjelaskan lebih lanjut mengenai metode dan cara mengoperasionalkan gender dalam layanan. Jelas terdapat konflik dalam kebijakan HIV di Indonesia. Kebijakan masih bersifat umum dengan asumsi pelayanan HIV diperuntukkan bagi semua orang. Sebagian populasi jadi luput untuk diakomodasi. Akibatnya, jaminan untuk mendapatkan akses layanan HIV tidak dapat dinikmati secara merata oleh semua penerima manfaat.

-
- ^{vii} Lihat Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (Kemkes, 2017)
- ^{viii} Lihat Permenkes No. 74 Tahun 2014 (hlm. 52)
- ^{ix} Lihat Permenkes No.82 Tahun 2014 (hlm. 9)
- ^x Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 pasal 2 (hlm. 4)
- ^{xi} Lihat SE Menkes No. PM.01.06/D3/III3/1972/2016
- ^{xii} Lihat Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu Ke Anak bagian 1.2 (hlm. 2) (Kemkes, 2015)
- ^{xiii} Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 2 (hlm. 3)
- ^{xiv} Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak bagian penilaian dan tatalaksana (hlm.1) (Kemkes, 2014)
- ^{xv} Lihat SRAN HIV (KPAN, 2015) (hlm. 10)
- ^{xvi} Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 2 (hlm.3)
- ^{xvii} Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 pasal 2 (hlm. 4)
- ^{xviii} Lihat SRAN HIV (KPAN, 2015)
- ^{xix} Lihat Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (hlm. 4) (Kemkes, 2012)

Partisipasi dan Kontrol

Kebanyakan kebijakan HIV tidak menggambarkan keterlibatan pasien atau penerima manfaat dalam layanan HIV, TB, pengobatan ARV, PPIA, ataupun Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM).^{xx} Namun, kebijakan lebih banyak memberikan arahan bagaimana pelayanan HIV seharusnya diberikan.^{xxi}

Hanya dua kebijakan HIV yang mengangkat tentang keterlibatan komunitas. Itu pun hanya dalam batas pencegahan dan promosi^{xxii} dan monitoring program melalui sistem pelayanan publik^{xxiii}, tanpa menjelaskan keterlibatan dalam siklus programatik respons HIV. Peran keterlibatan lebih banyak diarahkan kepada LSM atau *peer leader*, bukan kepada penerima manfaat langsung.^{xxiv}

Kontrol penerima manfaat dalam pelayanan tes pun sangat terbatas. Tidak ada mekanisme dalam kebijakan HIV bagi penerima manfaat untuk bersedia atau menolak melakukan tes HIV^{xxv} dan tidak ada kontrol mengenai penggunaan layanan HIV yang diberikan.^{xxvi} Dalam kebijakan yang melibatkan anak dengan HIV, peran dari orang tua atau wali dalam pengobatan ARV tidak tersedia.^{xxvii}

Manfaat

Kebijakan HIV memang sudah ada yang menghasilkan manfaat bagi penerima layanan. Misalnya, proses deteksi dini untuk kasus HIV dan TB lebih terjamin.^{xxviii} Selain itu, jaminan bagi Ponci, ibu hamil, dan anak dengan HIV untuk mendapatkan pengobatan HIV dini juga telah tersedia.^{xxix} Penerima manfaat juga memperoleh pengobatan yang terstandarisasi.^{xxx} Ketersediaan data terpilah berdasarkan gender bagi pasien yang menjalani ART sudah dimandatkan sehingga memungkinkan analisis gender terhadap penggunaan ARV.^{xxxi} Tes HIV menjadi lebih mudah diakses bagi penerima manfaat dengan adanya berbagai metode untuk melakukan tes HIV, baik

-
- ^{xx} Lihat SE Dirjen P2PML PM.01.02/3/1038/2017; Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (2017); SE P2PML PM.01.06/D3/III3/2236/2016; Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak (2015), Permenkes No. 87 Tahun 2014
 - ^{xxi} Lihat Permenkes No. 57 Tahun 2013; Panduan implementasi HIV&IMS (2013); Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak (2015); Panduan cakupan ARV (2017) Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (2017)
 - ^{xxii} Lihat Permenkes No.21 Tahun 2013 pasal 51 (1c) (hlm. 27)
 - ^{xxiii} Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 Bab I poin A (hlm 8); RAN Pengendalian HIV Bidang Kesehatan 2015-2019 (Kemkes, 2015) (hlm. 52)
 - ^{xxiv} Lihat PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention through Sexual Transmission Guideline (KPAN, 2014) (hlm. 20)
 - ^{xxv} Lihat Permenkes No. 74 Tahun 2014
 - ^{xxvi} Lihat Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV - IMS Berkesinambungan (Kemkes, 2012)
 - ^{xxvii} Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak (Kemkes, 2014)
 - ^{xxviii} Lihat SE Dirjen P2PML No. PM.01.02/3/1038/2017; Permenkes No.43 Tahun 2016
 - ^{xxix} Lihat SE Dirjen P2PML No. PM.01.06/D3/III3/2236/2016; Pedoman Manajemen Program Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak (Kemkes, 2015); Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak (Kemkes, 2014)
 - ^{xxx} Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 9 (1) (hlm. 5)
 - ^{xxxi} Lihat Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (Kemkes, 2017)



melalui *mobile* yang dilakukan oleh puskesmas ataupun melalui *finger prick*.^{xxxii} Hambatan terhadap proses penegakan status HIV juga telah dihilangkan dengan ketentuan tes HIV gratis sehingga menjadi lebih mudah diakses.^{xxxiii}

Pada saat yang sama, terdapat beberapa potensi yang dapat menghambat manfaat pelayanan. Peluang untuk mendapatkan layanan HIV dan IMS yang paripurna hanya terbuka bagi pekerja seks yang bekerja di lokalisasi karena tidak ada arahan spesifik untuk memberikan pelayanan bagi pekerja seks jalanan atau tempat hiburan.^{xxxiv} Pada Ponci lain, penasun perempuan juga berpeluang kecil untuk menggunakan layanan PTRM mengingat layanan diberikan secara umum dan tidak mengakomodasi kebutuhan perempuan.^{xxxv}

Sayangnya, kebijakan Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS belum mempertimbangkan aspek kerentanan sosial, ekonomi, dan politik. Walaupun anak dengan HIV mendapatkan peluang untuk mendapatkan pengobatan, tidak ada informasi mengenai jenis obat ARV khusus yang harus diberikan.^{xxxvi} Perbedaan kebutuhan spesifik kelompok baru dilakukan pada tatanan membedakan kelompok sasaran yang merupakan masyarakat umum dan kelompok kunci—pekerja seks, LSL, penasun, waria, pelanggan, dan ibu hamil. Perbedaan kebutuhan berdasarkan gender sama sekali belum disikapi dalam kebijakan yang dikembangkan. Aspek manfaat kebijakan HIV umumnya hanya terfokus pada upaya untuk meningkatkan cakupan, tanpa melihat potensi manfaat untuk mengatasi kesenjangan lain, termasuk isu gender.

Ketiadaan program yang merespons secara spesifik kerentanan perempuan diduga terjadi akibat fokus kebijakan HIV lebih banyak mengatur sisi akses. Akan tetapi, tidak diikuti regulasi kuat yang menjamin aspek partisipasi, kontrol, dan manfaat bagi pemanfaat layanan. Dengan demikian, kesenjangan gender yang berkontribusi terhadap *outcome* kesehatan tidak terelaborasi dengan baik. Walau kesetaraan gender dipandang sebagai prinsip dasar dalam kebijakan HIV, prinsip itu tidak terelaborasi dan diterjemahkan dalam tataran operasional.

Potensi hambatan juga terlihat dalam perencanaan dan penganggaran. Pemerintah Daerah sudah dianjurkan untuk menyediakan anggaran untuk pelayanan HIV dan IMS, tetapi tidak melalui mekanisme PPRG. Akibatnya, kesenjangan layanan antara populasi perempuan dan laki-laki tidak diketahui.^{xxxvii} Walaupun sudah ada metode yang direkomendasikan PPRG, perencanaan dan penganggaran AIDS cenderung menggunakan pola yang dikembangkan oleh donor. Padahal, itu secara nyata belum memperhitungkan kebutuhan kelompok-kelompok yang berbeda. Proses itu bertentangan dengan anjuran dalam kebijakan gender dalam bidang kesehatan No. 1459 Tahun 2010.

^{xxxii} Lihat SE Dirjen P2PML No. 01.06/D3/III3/1972/2016; Permenkes No.74 Tahun 2014

^{xxxiii} Lihat SE Menkes No. 129 Tahun 2013

^{xxxiv} Lihat SE Menkes No. 129 Tahun 2013

^{xxxv} Lihat Permenkes No.57 Tahun 2013

^{xxxvi} Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak (Kemkes, 2014)

^{xxxvii} Lihat SE Dirjen P2PML No. HK.02.03/D/III.2/823/2013

BAGAIMANA IMPLEMENTASI KEBIJAKAN HIV TERKAIT GENDER DI DAERAH?

Kesetaraan gender secara eksplisit disebutkan sebagai prinsip dasar dalam Perda untuk menjalankan program HIV di keempat lokasi kajian.^{xxxviii} Mayoritas isi Perda HIV berfokus pada penjelasan pelayanan yang dapat diberikan, walaupun dalam lingkup yang berbeda-beda. Sayangnya, kesetaraan gender tidak tertuang dalam fokus implementasi respons HIV.

Di semua lokasi kajian, respons HIV ditujukan untuk Ponci, kecuali di Surabaya yang tidak memasukkan populasi LSL dan waria. Di Jakarta dan Medan, program yang diberikan meliputi program pencegahan, promosi, pengobatan, dan dukungan. Ini berbeda dengan di Jayapura yang memilih untuk melakukan pengarusutamaan HIV di berbagai bidang. Pemberian layanan HIV tanpa stigma dan diskriminasi hanya secara spesifik disebutkan dalam kebijakan di Jakarta.

Dalam konteks partisipasi dan kemitraan dengan pihak masyarakat, Perda HIV di Jakarta mengatur agar masyarakat lebih proaktif melibatkan diri dalam respons HIV. Di Surabaya, keterlibatan masyarakat lebih ditujukan dalam upaya pencegahan saja. Hal ini berbeda dengan di Jayapura yang menyebutkan masyarakat dapat berperan sebagai konselor, pendamping, petugas penjangkau, dan manajer kasus. Hanya Perda HIV di Medan yang menyebutkan masyarakat dapat terlibat dalam pembuatan desain program dan kebijakan terkait HIV.

Selain fokus program, Perda HIV juga umumnya mengatur tentang kolaborasi dan penerapan sanksi hukum. Kolaborasi antarinstansi dan OMS dalam respons HIV hanya diatur dalam Perda di Jayapura dan Medan. Sementara itu, Kota Medan menerapkan sanksi jika terjadi pelanggaran kewajiban oleh badan usaha atau orang dalam implementasi program respons HIV. Penerapan sanksi juga ditemukan di Jayapura yang menyebutkan pidana kurungan paling lama 6 bulan dan/atau denda paling banyak 50 juta rupiah bila ada pelanggaran dari kewajiban dalam upaya respons oleh kelompok risiko tinggi, pemilik tempat risiko tinggi, orang yang tidak terinfeksi HIV, ODHA, dan sektor swasta. Di Surabaya, penerapan sanksi ditujukan untuk pengelola hiburan malam yang lalai melakukan tes HIV terhadap pegawainya. Tidak ada penerapan sanksi untuk kelalaian pelayanan yang diberikan oleh pemerintah daerah.

Perda HIV di keempat lokasi kajian lebih berfokus pada sasaran pelaksanaan program untuk mengurangi penularan HIV, termasuk sanksi pidana bila penularan terjadi. Walaupun isu gender dikatakan sebagai prinsip dasar, tetapi tidak terefleksi dalam narasi kebijakan yang ada.

^{xxxviii} Jakarta Perda No. 5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS; Jayapura Perda No. 16 Tahun 2011 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual, HIV dan AIDS; Medan Perda No. 1 Tahun 2012 dan Perwal No. 30, 31 dan 32 Tahun 2016; Surabaya Perda No. 4 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV AIDS dan Perwal No. 29 Tahun 2015 tentang pelaksanaan penanggulangan HIV AIDS



BAGAIMANA GENDER DIMAKNAI?

Makna gender sudah kita bahas. Dampaknya juga sudah. Itu membuat kita tahu pentingnya analisis gender dilakukan. Kebijakan bahkan sudah mencantumkannya. Namun, bagaimana penggiat HIV memahami gender di lapangan?

Ukuran yang digunakan untuk melihat integrasi gender dan HIV hanya sebatas tersedianya program HIV khusus bagi perempuan dan adanya keterlibatan perempuan dalam program HIV. Identitas gender lain belum diperhitungkan. Relasi kuasa juga belum begitu dipertimbangkan. Alhasil, realisasi perencanaan dan pengalokasian anggaran HIV yang sensitif gender perlu dipertanyakan. Ini berawal dari pemahaman gender penggiat HIV.

Siapa saja yang perlu dimasukkan dalam definisi gender? Masih terdapat kebingungan untuk menjawab pertanyaan ini. Pemerintah Indonesia secara resmi memahami gender lebih pada posisi dan pembagian peran antara laki-laki dan perempuan, tanpa melibatkan waria. Namun, penggiat HIV melihat konteks gender lebih luas dari itu; melibatkan waria dan LSL di dalamnya. Sayangnya, kelompok itu tidak terlalu terakomodasi ketika membicarakan tentang konsep kesetaraan gender.

“Kalau saya sendiri memahami gender itu pada posisi bukan laki-laki bukan perempuan, tapi itu lebih ke arah pembagian peran yang istilahnya, kalo di perencanaan... kebijakan itu harus mempertimbangkan kebutuhan yang memang berbeda dari laki-laki dan perempuan” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas

Apa maksud pengarusutamaan gender? Sebagian besar informan memahami PUG sebagai perlakuan proporsional bagi penerima manfaat laki-laki dan perempuan. Proporsional yang dimaksud berarti memberikan pelayanan HIV yang sama bagi pasien perempuan dan laki-laki, tanpa membedakan peran, pekerjaan, dan jenis layanan spesifik yang dibutuhkan.

“pengarusutamaan gender ini semua itu pasti akan kita lihat sama, baik laki-laki maupun perempuan. Pun kita melihat tampilan dia waria atau apapun, tapi kita tetap melihatnya laki-laki dan perempuan itu seperti apa. Karena kalau dalam data kita sendiri itu kan memisahkannya adalah kasus HIV pada laki-laki dan perempuan. Seperti itu sih kalau untuk pengarusutamaan gendernya.” – DKT Stakeholder Lokal, Jakarta

Setiap orang yang mengakses layanan HIV, baik yang diberikan oleh Organisasi Berbasis Komunitas (OBK) maupun fasyankes mendapatkan perlakuan sama tanpa melihat orientasi seksual ataupun jenis kelamin. Perbedaan pendekatan lebih melihat pada karakteristik medis, seperti ibu hamil atau usia remaja.

“Kalau untuk sekarang secara spesifik sih tidak ada, tapi yang jelas kita berusaha eh... untuk semua masyarakat, terutama mungkin yang ibu hamil sama anak-anak mahasiswa. Kalau untuk masyarakat sendiri biasanya kalau dia emang merasa ada risiko terus dia merasa sakit-sakit dia akan datang dengan sendirinya.” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura

Bagaimana tanggapan pasien? Pasien juga merasa nyaman dengan situasi tersebut. Penerima manfaat memahami “kesetaran gender” sebagai pelayanan baik yang diberikan oleh penyedia layanan. Selain dirasa memang sudah menjadi sebuah kewajiban, penerima manfaat tidak merasa ada permasalahan gender dalam program HIV selama layanan yang diterima sama untuk semua orang.

“...Terkait layanan. Sebenarnya yang penting ya jangan membeda-bedakan lah udah itu aja aku pengennya... Apapun penyakitnya apapun umurnya eh berapapun umurnya.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jakarta

Apa sebabnya? Minimnya pendidikan gender bagi penyedia layanan. Itu menyebabkan kurang adanya pertimbangan terhadap dinamika relasi kuasa dalam respons HIV. Sebagian kecil informan mengaku pernah mendapatkan pelatihan terkait gender saat terlibat dalam program HIV. Umumnya, informasi tentang gender masuk sebagai salah satu materi dalam pelatihan terkait isu yang lebih besar, misalnya penjangkauan atau pengobatan. Peluang untuk menerima refleksi mengenai isu gender menjadi sangat rendah. Hal ini sangat mungkin terjadi mengingat tidak ada pedoman khusus terkait gender yang dibuat oleh instansi kesehatan untuk mendukung pelayanan HIV.

“[kebijakan Kemenkes itu sejauh mana sih sudah memberikan penjelasan untuk tata cara menyediakan layanan spesifik terkait gender?] Kalau terkait gender yang saya rasakan belum ada. Tapi kalau pengarahannya, misalnya cara menangani WPS ini waktu pelatihan... kalau khusus nggak ada, pedoman belum ada” – Wawancara Penyedia Layanan (Rumah Sakit), Surabaya

Kurangnya pemahaman tentang PUG tampaknya terinternalisasi dari tatanan tertinggi pembuat kebijakan HIV. Kemudian, kekurangpahaman itu mengalir kepada penyedia layanan dan penerima manfaat sebagai muara terakhir informasi. Strategi PUG yang seharusnya menjadi fondasi dalam pelaksanaan program telah dikerucutkan menjadi konsep dalam pemberian layanan saja. Selain itu, konsep gender dipandang sebagai pilar tersendiri sehingga sulit untuk diintegrasikan dengan isu sosial lain, misalnya kesehatan atau HIV.

APA DAMPAKNYA TERHADAP AKSES?

Pelayanan HIV lebih didorong untuk perluasan akses layanan, tanpa ada pemilahan gender. Fokus pelayanan lebih menyesuaikan latar belakang pasien/dampingan yang berasal dari populasi LSL, pekerja seks, waria, atau penasun. Ini akibat dari arahan kebijakan HIV yang membedakan respons HIV berdasarkan jenis faktor risiko dan Ponci. Capaian terhadap akses dilihat berdasarkan jenis Ponci dan faktor risiko tanpa melihat capaian berdasarkan gender. Dengan demikian, analisis kesenjangan antargender tidak dapat dilakukan lebih lanjut dalam pelayanan HIV.

“Yang pertama mungkin ga kepikiran kali ya, lupa. Yang kedua, kita ngerasa yang kita kerjakan pun tidak terlalu berdampak terhadap gender ya. Kita hanya melihat komunitasnya aja. Komunitas IDU, LSL, dan waria.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan

Hal tersebut juga berdampak pada upaya pencegahan. Sampai dengan pengambilan data dilakukan, tidak terlihat ada pendekatan khusus berbasis gender yang dilakukan saat



menjalankan program pencegahan HIV. Konteks gender dalam respons HIV telah direduksi menjadi perbedaan jenis kelamin saja tanpa melihat struktur sosial dan budaya yang memengaruhi peran perempuan dan laki-laki.

“Program yang kita jalani itu konsennya menjurusnya kepada WPS. Berarti memang ya kita mengedepankan kebutuhan WPS atau gender perempuan, terutama WPS. Kemudian juga di program ini membutuhkan pemberdayaan komunitas, maka memang ya kita ambil mayoritas adalah komunitas” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Dampak dari minimnya pemahaman penyedia layanan terkait gender adalah program gender yang kurang tepat guna. Istilah gender kerap dikonotasikan dengan identitas perempuan yang membutuhkan perlakuan dan porsi khusus.

“Saya juga bingung harus menggandeng ke siapa misalnya kalau ngomong gender ini. Kalau ngomong PUG... ke pemerintah konteksnya jadi beda, bukan gender mainstreaming tapi dia perempuan yang harus diutamakan” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya

Jadi, program dan kegiatan yang muncul umumnya bersifat teknis dan kuratif, tanpa mempertimbangkan perubahan tatanan sosial yang lebih berkelanjutan. Berdasarkan pengakuan informan, contoh dari kegiatan gender lebih banyak mengarah pada sosialisasi atau peningkatan kapasitas yang diberikan untuk perempuan sebagai penerima manfaat.

APA PENGARUH INDIKATOR TERHADAP PARTISIPASI?

Indikator untuk melihat integrasi gender dalam respons HIV seakan sebatas pada tersedianya program khusus untuk perempuan dan keterlibatan perempuan. Program yang selalu disebut-sebut adalah PPIA, penanganan IMS, dan penjangkauan yang menysasar pekerja seks perempuan dan waria,

“...Ehm kita mulai dari empowerment-nya pekerja seks. Kayak dari... sekarang keterlibatan pekerja seks itu hampir di semua penjangkauan untuk isu HIV itu dilibatkan komunitas pekerja seks. Mulai dari pemetaan, penjangkauan, pendampingan, itu harus dilibatkan.” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas

Pemangku kepentingan HIV melihat PUG dengan turut memperhatikan kesamaan kesempatan dan kepemimpinan, misalnya dalam ranah pendidikan dan politik.

“berprestasi itu kesempatan kita kasih sesuai dengan perannya dia, seperti itu. Jadi terus terang untuk Dinas Pendidikan, tidak memandang laki-laki, perempuan, kita anggap sama...” – DKT Stakeholder Lokal, Jayapura

Sayangnya, tidak ada informasi tentang akar masalah yang menyebabkan perbedaan kesempatan antara laki-laki dan perempuan. Seolah-olah, PUG dianggap sebagai situasi ideal yang harus dicapai, tanpa melakukan analisis situasi gender dan perumusan strategi.

Jika sudah ada pengakuan atas keterlibatan perempuan dalam pengelolaan program HIV, integrasi juga dianggap sudah terjadi. Misalnya, kuota khusus dalam dewan kepengurusan organisasi dinilai sebagai upaya untuk meningkatkan peluang bagi perempuan untuk memiliki posisi yang setara dengan laki-laki di dalam organisasi.

“...mengimplementasikan gender salah satunya dengan strategi itu... merekrut konselor perempuan, petugas lapangan (PL) perempuan untuk terlibat. Untuk PE [peer educator] itu kita merekrut kader perempuan. Di sini kan banyak yang pengguna napza, kita tawarin untuk jadi konselor, kalau ada perempuan itu lebih kita prioritaskan.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Selain itu, cuti hamil dan haid bagi pekerja perempuan juga dianggap sebagai bagian dari integrasi gender dalam program HIV. Ini memang langkah awal yang baik, tetapi sayangnya belum melihat sejauh mana keterlibatan perempuan telah berdampak pada kesenjangan.

APA AKIBATNYA TERHADAP ANGGARAN?

Keterbatasan pemahaman terhadap PUG menyebabkan alokasi anggaran tidak membedakan kebutuhan setiap populasi gendernya. Bahkan, beberapa pemangku kepentingan menyatakan tidak ada penerapan PPRG dalam program di instansi mereka. Ada pula pendapat yang menyatakan alokasi anggaran harus disediakan untuk semua penduduk; tidak boleh dipilah berdasarkan gender.

“kalau saya di Dinas itu tidak ada penganggaran untuk program... misalkan gender tertentu atau istilahnya responsif gender ya. Itu tidak ada untuk penganggaran itu.” – DKT Stakeholder Lokal, Jakarta

Sebagian pemangku kepentingan berpendapat bahwa PPRG identik dengan anggaran yang berkaitan dengan gender atau perempuan. Program yang spesifik perempuan pada dasarnya telah diakomodasi APBN, tetapi implementasi PPRG belum merata di empat lokasi kajian.

Konsep PPRG umumnya lebih dipahami oleh informan pemangku kepentingan dibandingkan penyedia layanan dan penerima manfaat HIV. Sayangnya, pemahaman terhadap konsep ini masih bervariasi.



BAGAIMANA PENGALAMAN SETIAP KELOMPOK?

Setiap kelompok mempunyai kemampuan yang berbeda untuk mengakses layanan HIV. Faktornya beragam, seperti karakteristik sosial; relasi dan dukungan eksternal; serta faktor struktural. Ada pula pengaruh kombinasi kebijakan HIV yang tidak operasional untuk menutup kesenjangan gender, kurangnya pemahaman konsep gender, dan pelayanan HIV yang belum sepenuhnya sensitif gender. Isu gender—sayangnya—baru terlihat dalam level struktur dan konten, tetapi masih bermasalah dalam sisi pelaksanaan layanan. Namun, bagaimana persepsi setiap kelompok?

PEREMPUAN

Penerima manfaat perempuan—ODHA perempuan, ODHA hamil, dan PWID perempuan—cenderung memiliki persepsi positif. Mereka tidak mengalami kesulitan dalam memenuhi persyaratan administratif berupa kepemilikan KTP dan BPJS. Tantangan yang dialami perempuan adalah jarak dan waktu karena tugas menjaga anak. Maka, relasi perempuan dengan keluarga—dalam hal ini nenek—sangat penting untuk menitipkan anak mereka.

“Kalau di rumah sakit kan biasanya kan lebih lama. Karena kan kita harus nunggu statusnya lagi, prosedur waktu aja itu sih. ... Kalau saya pergi ada yang jaga anak saya, ditiptin emak dulu anakku.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Medan

Anak menjadi motivator utama untuk menjaga kesehatan. Mayoritas ODHA perempuan tetap melanjutkan proses pengobatan di penyedia layanan karena alasan keluarga, meskipun tanpa pendampingan. Peran suami justru tidak menjadi penentu bagi ODHA perempuan untuk mengakses layanan. OMS juga tidak berperan khusus bagi kelompok ODHA perempuan.

Pun mereka bisa lebih mandiri mengakses layanan HIV, kemampuan mereka untuk mengutarakan aspirasi masih rendah. Para ODHA perempuan tidak membuka status HIV kepada pasangannya karena takut mengalami kekerasan dari suami (takut ditinggalkan, takut tidak diberi nafkah, ataupun takut dipukuli).

Bukan hanya di depan suami, posisi perempuan juga lemah di depan petugas layanan. Petugas layanan terkadang meminta ODHA perempuan ataupun ODHA hamil untuk segera mengajak pasangannya tes dengan ‘ancaman’ membuka status HIV mereka. Jika terjadi, perempuan bisa menjadi korban lagi karena ditinggalkan suaminya.

“Akhirnya suster ini yang sendiri buka statusnya ke suaminya. Sedangkan dia pun belum siap untuk buka statusnya ke suaminya. Akhirnya, ada pertengkaran antara suami istri. Jadi suaminya pisah dengan istri.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jayapura

PEKERJA SEKS

Pekerja seks cenderung mempersepsikan positif pengalamannya ketika mengakses layanan kesehatan. Menariknya, ketika petugas layanan menasihati untuk berganti pekerjaan, itu malah

dipersepsikan sebagai bentuk perhatian. Padahal, itu justru menunjukkan petugas layanan menggunakan perspektif moral yang seharusnya tidak dilakukannya. Persepsi itu menunjukkan lemahnya agensi mereka. Mereka menganggap nasihat itu layak didapatkan.

“mereka kan begitu berarti ada rasa sayang. Kalau saya sih nggak tersinggung atau ada rasa marah sih nggak.” – Wawancara Penerima Manfaat (Pekerja Seks), Jakarta

Posisi pekerja seks yang lemah ini semakin terlihat dengan aturan yang mewajibkan mereka melakukan tes HIV. Catatan lain, pelanggan maupun pasangannya justru tidak wajib. Lagi-lagi, pekerja seks tidak menganggapnya sebagai bentuk diskriminasi.

“Ada yang berani ngajak pasangan tapi pasangannya yang gak mau. Jadi WPS ini yang mau tes. Pasangannya ya enggak. ... Enggak mewajibkan, kita hanya memberikan informasi saja kalau pasangannya atau pelanggan juga bisa mengakses bersama” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Ditambah, posisi pekerja seks juga lemah di depan pemilik tempat hiburan. Ada aturan dari pemilik tempat hiburan yang melarang stafnya untuk keluar. Mereka jadi semakin sulit mengakses layanan kesehatan.

“kebijakan dari... pemilik tempat hiburan yang memang tidak memperbolehkan stafnya keluar” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Pada beberapa kasus, pekerja seks berani datang secara mandiri ke layanan bila kondisi kesehatan mereka sudah memburuk.

Rasa percaya diri turut berpengaruh dalam mengakses layanan. Teman sesama pekerja seks kadang malah menakut-nakuti.

“Ya memang ada aja orang yang istilahnya menakut-nakuti ya membuat kita takut untuk melakukan tes-tes itu kan.” – Wawancara Penerima Manfaat (Pekerja Seks), Medan

Satu-satunya dukungan eksternal untuk bisa mengakses layanan kesehatan hanya berasal dari OMS. Minimnya dukungan eksternal dan lemahnya posisi pekerja seks semakin menegaskan pentingnya penguatan agensi.

WARIA DAN LSL

Waria lebih dapat mengutarakan pendapat dibandingkan pekerja seks, tetapi keterbatasan ruang gerak di publik menyebabkan waria lebih selektif saat mengutarakan pendapat. Kelompok waria dan LSL kerap mengatakan pengalamannya buruk ketika mengakses layanan kesehatan.

“Paling tidak suka kalau kita seolah olah jadi fungsi rekreatif, jadi boneka. Ketika saya masuk itu mereka senyum karena welcome atau menjejek saya tidak tahu” – Wawancara Penerima Manfaat (Waria), Jayapura



Petugas layanan sering mengajukan isu moralitas ketika memberikan layanan.

“terus kita diceramahin dah kayak Mamah Dedeh gitu rame tentang agama-agama kayak gitu. Jadi males kitanya.” – Wawancara Penerima Manfaat (LSL) Jakarta

Peer memiliki peran yang sangat besar bagi waria dan LSL untuk mengajak mengakses layanan HIV. Mereka cenderung datang ke layanan yang telah dikenal sebagai layanan ramah waria dan LSL.

“... kalau misalnya mereka sudah mendapat info dari temannya itu mereka beranian diri.” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura

Ketika mendapat sikap negatif dari petugas layanan, mereka akan cerita kepada peer mereka. Jadi, peer tidak mengakses layanan yang sama.

Ada dua isu teknis yang menjadi pertimbangan dalam mengakses layanan. Pertama, lokasi layanan. Kelompok waria akan cenderung memilih layanan yang mudah dijangkau, tetapi tidak banyak diakses oleh masyarakat umum.

“Ada beberapa [pasien lain] yang lihatnya sampai ngeliatnya gimana. ... Pada saat datang melihat kita kalau melihat kita jelas kita bermake-up segala macem ada sebagian yang melihat sebelah mata ada yang akhirnya apa sih terlihat mengejek gitu loh” – Wawancara Penerima Manfaat (Waria), Jakarta

Namun, menurut penyedia layanan, layanan yang menyatu dengan pasien lain dapat membiasakan mereka untuk mengakses layanan umum.

Kedua, cukup krusial bagi kelompok waria, persyaratan administratif. Mereka perlu KTP untuk bisa mengakses layanan umum dengan BPJS. Padahal, kebanyakan waria tidak memilikinya. Akibatnya, mereka mengakses layanan berbayar, padahal itu cukup membebani mereka. Pun, kepemilikan KTP tidak serta merta menyelesaikan persoalan. Ekspresi gender yang berbeda dengan jenis kelamin yang tertulis di KTP menimbulkan pandangan negatif dari petugas layanan.

“kalau kita mau berobat sendiri harus punya KTP dengan BPJS sama KIS (Kartu Indonesia Sehat). Tapi kalau kita ikut OMS tidak.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jayapura

APA SAJA BENTUK PARTISIPASI PENERIMA MANFAAT?

Sejauh ini, partisipasi yang umum dilakukan oleh penerima manfaat berupa keluhan terhadap layanan. Itu pun hanya sebatas teknis pelayanan yang diberikan dan tidak berpengaruh terhadap kebijakan. Hanya orang-orang yang paham program dan mengenal petugas layanan ataupun stakeholder lain berani menyampaikan keluhan. Keadaan ini diperparah dengan tanggapan seadanya dan tidak memberikan solusi konkret. Tidak jarang, keluhan yang disampaikan justru tidak dipercaya.

“... dan akhirnya gw tanya sama dokternya, dokternya awalnya engga tahu juga kalau begitu, bahkan engga percaya sama saya.” – Wawancara Penerima manfaat (PWID Perempuan), Jakarta

Ada upaya untuk meningkatkan partisipasi, seperti pelibatan komunitas untuk menjadi pendidik sebaya dan petugas penjangkau. Partisipasi perempuan juga sudah dilakukan dengan merekrut

konselor ataupun petugas lapangan perempuan.

“Perekrutan PL perempuan. konselor perempuan untuk bisa mengakomodasi kebutuhan-kebutuhan perempuan.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Namun, itu hanya sebatas meningkatkan cakupan layanan, belum menjadi partisipasi aktif dalam perubahan program yang sesuai kebutuhan.

Penerima manfaat hanya dianggap sebagai objek program. Mereka tidak mendapat kesempatan untuk berpartisipasi dan memberikan masukan untuk pengembangan program sesuai dengan kebutuhan. Kemudian, layanan ataupun program selanjutnya menjadi tidak sesuai kebutuhan penerima manfaat. Partisipasi penerima manfaat masih sangat minim, padahal seharusnya menjadi pusat dari program atau layanan HIV.

APA SAJA MANFAAT LAYANAN?

Hampir semua informan sepakat bahwa mereka bisa mendapatkan banyak informasi dengan mengakses layanan. Namun, tidak ada peningkatan kapasitas untuk bisa lebih memahami hak mereka dan kemampuan mengkritisi layanan.

“Secara pengetahuan ya saya lebih meningkat. Jadi pengetahuan tentang sakit saya, tentang obat yang saya makan, tentang pola hidup...” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Medan

Pun tidak berkaitan dengan keadilan gender, akses terhadap layanan kesehatan meningkatkan kondisi kesehatan secara fisik.

“jadi sehat, jadi semangat lagi. Kalau lagi ga enak badan, terus ke layanan kan pasti dapat obat, terus kan diminum, jadi lebih kembali sehat sih.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Hamil), Jakarta

Ini berpengaruh terhadap kondisi psikologis. Mereka menjadi lebih bersemangat untuk mengakses layanan. Kepercayaan diri mereka juga semakin meningkat dengan kondisi kesehatan yang semakin membaik.

“dengan mengakses layanan oh kepercayaan diri kita ada keberanian kita mengakses langsung.” – Wawancara Penerima Manfaat (Waria), Medan

Dampak positif lainnya adalah kondisi ekonomi dan dukungan sosial yang diperoleh. Kondisi kesehatan maupun ekonomi yang membaik menjadi bukti bagi keluarga bahwa mereka bisa menjalani kehidupan yang dianggap ‘normal’. Ketika mereka sehat dan bisa mandiri serta produktif secara ekonomi, dukungan sosial semakin terbuka lebar.

Bukan hanya itu, mengakses layanan juga menimbulkan dukungan sosial dari teman sesama komunitas. Mereka bisa memberikan dukungan emosional ataupun informasi kepada teman lainnya. Itu membuat mereka merasa lebih berharga dan bisa bermanfaat bagi orang lain.

“Seperti pedang bermata dua, saat yang sama saya edukasi temen temen, saat yang sama ilmu itu masuk ke saya. ... Kita saling sharing.” – Wawancara Penerima Manfaat (Waria), Jayapura



APA SAJA UPAYA YANG SUDAH DILAKUKAN?

Upaya mengintegrasikan gender dan HIV sempat terlihat. Sayangnya, program-program ini tidak berjalan secara berkelanjutan.

Ada program yang berupaya mengintegrasikan layanan HIV dan kekerasan. Beberapa layanan kesehatan menjadi rujukan kekerasan. Mereka melakukan konseling dan tes HIV kepada penyintas yang dinilai berisiko tinggi tertular HIV. Ada pula program yang menggabungkan materi edukasi kekerasan dan HIV sehingga kader masyarakat lebih sensitif saat terjun ke lapangan. Program integrasi layanan dan kekerasan ditemukan di Jakarta dan Jayapura.

“Dulu boleh ya berapa tahun lalu...misalnya kita pernah melakukan program eh SEHATI, sehat ibu dan buah hati. Di situ kita selain bicara tentang kesehatan ibu dan anak, kita juga sisipkan informasi HIV AIDS, eh di setiap diskusi kita juga ada diskusi-diskusi juga untuk kaum laki laki.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura

Program lain—juga di Jayapura—adalah kegiatan yang menyasar keterlibatan laki-laki dalam respons HIV. Laki-laki dilibatkan dalam program yang diperuntukkan bagi perempuan. Peserta laki-laki diharapkan lebih memahami peran dan melakukan perubahan untuk mendukung perempuan.

“Ya itu dia kita meskipun program itu untuk perempuan kita tetep juga melibatkan laki-laki di dalam program itu. Maksudnya adalah supaya laki laki tau dan mereka mau apa ya mendukung kah kalo kita bilang. Mendukung atau sedikit berubahlah untuk perempuan. Jadi strateginya meskipun program itu untuk perempuan, pelibatan laki-laki tetep ada.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura

Inisiatif lain untuk mengurangi kesenjangan gender adalah upaya memenuhi kebutuhan kartu identitas bagi waria. Posisi kebijakan Indonesia yang hanya mengakui jenis kelamin laki-laki dan perempuan menghambat akses layanan HIV bagi waria. Situasi ini sempat direspons oleh Dinas Sosial di Jakarta. Sayangnya, program ini tidak terealisasi dengan baik.

“Gender yang diakui pemerintah cuma laki-laki sama perempuan. Transgender tuh enggak gitu. Tapi kalau secara intervensi, secara program mereka ada gitu, sudah diakomodir gitu. Tapi pada saat bicara tentang program nasional yang lainnya, saya nggak yakin gitu. Karena balik lagi ketika mereka mau mengurus KJP misalnya atau BPJS kalau nggak salah kan mereka harus menggunakan KTP mereka sebagai laki-laki kan.” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas

BAGAIMANA DENGAN MONITORING DAN EVALUASI?

Monitoring dan evaluasi merupakan tahapan yang bisa membantu integrasi gender dalam respons HIV. Tentu saja, itu bisa terjadi jika monitoring dan evaluasi turut mempertimbangkan perspektif gender di dalamnya.

Indikator yang digunakan dalam memonitoring program HIV cenderung berfokus pada cakupan akses. Baik di penyedia layanan fasyankes dan OBK, indikator utamanya adalah jumlah orang yang terjangkau dan jumlah kunjungan pada layanan HIV. Kemudian, data dipilah berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan serta usia.

“Sistem monitoringnya sama tidak membedakan, cuma kita kategorikan perempuan berapa, laki-laki berapa yang akses, perempuan yang sudah menikah dengan yang belum...artinya perlakuannya tidak dibedakan” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Sayangnya, waria tidak masuk dalam karakteristik pemilahan gender. Populasi tertentu—seperti waria dan remaja usia di bawah 18 tahun—tidak dimasukkan dalam variabel indikator. Sementara itu, penerima manfaat dan Ponci yang berusia di bawah 18 tahun tidak dapat dicatat sebagai capaian program.

“SOP-nya kalau di bawah usia 18 tahun itu tidak bisa jadi capaian” – Wawancara Penyedia Layanan LSM, Surabaya

Selama tidak ada upaya untuk mengubah pemilahan jenis kelamin yang hanya dua serta ketentuan usia, maka populasi waria dan remaja akan tetap “terpinggirkan” dalam monitoring program.

Dengan indikator tersebut, potensi hambatan dan kualitas layanan tidak bisa dilihat. Artinya, penyebab terjadinya kesenjangan gender tetap tidak dapat diketahui. Selain itu, indikator tersebut juga tidak dapat mengakomodasi sejauh mana pencapaian dan kualitas integrasi gender dan HIV. Otomatis, upaya untuk memperbaiki kesenjangan gender tidak pernah terjadi dalam respons HIV.

“Yang penting capaian tercapai ... nggak mikir secara kualitas atau segala macem. Itu nantilah belakangan itu” – DKT Stakeholder Nasional, Jakarta

Data kualitatif terkait pelayanan HIV juga tidak terkoneksi dengan data cakupan HIV. Informasi yang bersifat kualitatif mengenai proses dan hambatan layanan di lapangan belum terdokumentasi dengan baik, walaupun sudah ada upaya mengumpulkannya.

Semua itu berdampak pada penyusunan respons HIV selanjutnya. Program HIV selanjutnya bisa menjadi tidak tepat karena hasil monitoring dan evaluasi yang kurang menggambarkan permasalahan di lapangan. Siklus respons HIV akan berulang: hanya melihat pencapaian program dan tidak tepat sasaran untuk menghilangkan kesenjangan gender dalam respons HIV.

“SRAN itu kan hasil dari temuan-temuan di lapangan, dan akhirnya dituangkan sebagai program yang selanjutnya gitu” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program



APA SAJA YANG PERLU PERHATIAN?

Kami menemukan beberapa temuan menarik terkait relasi kuasa dan agensi yang abai untuk direspons dalam penanggulangan HIV. Ada empat isu yang tidak menutup kemungkinan untuk bertambah.

Pertama, fokus respons HIV yang didesain bagi Ponci membatasi penanggulangan HIV untuk menyasar pasangannya. Padahal, keterlibatan pasangan dalam program HIV merupakan celah integrasi isu gender dan HIV. Tidak ada kebijakan resmi pemerintah yang mendukung penjangkauan pasangan Ponci dan berisiko tinggi. Ponci dibebankan untuk mengajak pasangannya tes HIV. Ditambah, Ponci tidak diberi dampingan penguatan untuk bernegosiasi dengan pasangannya. Dinamika relasi kuasa antara pasangan Ponci tidak menjadi pertimbangan penting dalam respons HIV.

Kedua, relasi kuasa dalam proses negosiasi kondom. Distribusi kondom terfokus kepada target populasi saja. Kesepakatan untuk menggunakan kondom rentan dipengaruhi oleh siapa yang lebih dominan dalam hubungan itu. Dalam budaya patriarki yang ada di Indonesia, laki-laki lebih memiliki kekuasaan untuk membuat keputusan dibandingkan perempuan.

“Mungkin dia [istri] tidak punya posisi tawar yang cukup besar untuk bilang kita pake kondom setiap kali. Atau tolong tes secara reguler. Posisinya sangat sangat jaranglah setidaknya ada hubungan yang seperti itu secara seksual jadi mereka harus pasrah-pasrah aja” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB

Hal serupa juga terefleksi pada saat pelanggan memiliki posisi tawar yang lebih tinggi dibandingkan pekerja seks.

“Langganan itu biasanya cenderung mengalahkan komitmen pengguna[an] kondom. Karena langganan biasanya bayar mahal, gak usah pakai kondom... Kedua, pasangan atau pacar dia tidak menggunakan” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta

Ketiga, isu kekerasan yang rentan dialami Ponci juga menggambarkan relasi kuasa. Populasi pekerja seks, penasun, LSL, dan waria cenderung mengalami kekerasan. Sebabnya, latar belakang sosial mereka dinilai tidak sesuai dengan norma kesusilaan di masyarakat umum. Situasi ini diperkuat dengan kebijakan politik terkait pembubaran lokalisasi, persekusi terhadap hubungan sesama jenis, dan aturan ketertiban umum. Dalam konteks kekerasan, isu gender bercampur dengan isu pelanggaran HAM.

“Contoh LGBT dinaikkan isunya. KUHP akan diketok palu, lokalisasi akan ditutup... baru denger hasil penelitian-penelitian ya kan kekerasan pada sex works...tapi bagaimana itu diterapkan di lapangan dan dijadikan program itu belum pernah denger” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program

Respons terhadap isu kekerasan yang tersedia saat ini baru sebatas menghubungkan korban kekerasan ke layanan bantuan hukum ataupun ketersediaan paralegal komunitas. Namun, tidak memperhatikan agensi atau kemampuan serta kapasitas individual untuk mengambil tindakan

dan tidak memperhatikan relasi kuasa. Artinya, akses terhadap layanan kekerasan terbuka, tanpa memasukkan penguatan terhadap aspek kontrol, partisipasi, dan manfaat dari penerima manfaat.

“Jika ada kasus kekerasan atau narkoba kita ada bantuan hukum... secara... tapi kayaknya mereka nggak mau akses itu ada rasa ketakutan.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya

Terakhir, pemberian layanan tidak memperhatikan kebutuhan penerima manfaat. Pelayanan tidak diperuntukkan khusus kepada pasien sesuai dengan kebutuhan gendernya. Contohnya, waria yang membutuhkan layanan tidak terakomodasi dalam sistem pelayanan. Tempat rehabilitasi napza bagi penasun di Medan hanya menyediakan dua bilik penginapan untuk pasien laki-laki dan perempuan. Ini menunjukkan program tidak memiliki kesiapan untuk memberikan pelayanan yang sensitif gender.

“Fisik dia laki-laki tapi dia lebih ke ngondek ya perempuan gitu kan, jadi digabungin sama cewe. Jadi pas [nama] tanya sama sister yang lain itu kok bisa? Kok boleh? ...mereka menjelaskan ketika dia digabung sama laki-laki dia merasa minder gitu, karena dia menganggap diri dia bukan laki-laki kan. Dia selalu menganggap dia perempuan di rumah laki-laki, gitu. Dia satu-satunya perempuan di rumah yang laki-laki gitu. Padahal dia di rumah perempuan kita yang perempuan nganggap dia laki-laki di situ” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Medan



APA SAJA YANG BISA DILAKUKAN?

Rekomendasi ini dapat menjadi upaya untuk meningkatkan pengarusutamaan gender dalam penyusunan Rencana Aksi Nasional HIV 2019—2024. Selain itu, bisa juga menjadi masukan dari pengembangan kebijakan di tingkat sektoral, baik sektor kesehatan maupun sektor pelayanan sosial.

KEBIJAKAN

- a. Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan kebijakan teknis dan operasional yang bisa mengarahkan pelayanan HIV yang responsif gender. Ini perlu lebih memperhatikan aspek kontrol, partisipasi dan manfaat, khususnya bagi Ponci—baik laki-laki, perempuan, dan waria. Pengembangan kebijakan ini misalnya bisa dilakukan dengan melakukan analisis gender untuk setiap jenis layanan HIV. Kesenjangan gender di dalam pelayanan akan terlihat sehingga bisa dikembangkan tata laksana setiap jenis pelayanan yang responsif gender.
- b. Kebijakan yang bisa menjamin pelaksanaan teknis dan operasional (*quality assurance*) perlu disusun. Contohnya:
 - i. Di tingkat nasional, Kementerian Kesehatan mendorong Kementerian PMK, Bappenas, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan Kementerian Dalam Negeri untuk mengembangkan mekanisme pemantauan pelaksanaan pengarusutamaan gender dari sektor-sektor pemerintah sesuai dengan ruang lingkup dari Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV.
 - ii. Di tingkat daerah, Dinas Kesehatan dan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Anak, serta Bappeda mendorong terbentuknya mekanisme pemantauan pelaksanaan pengarusutamaan gender di Organisasi Pemerintah Daerah (OPD) beserta Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang terkait dengan penanggulangan AIDS.
 - iii. Di sektor nonpemerintah, khususnya LSM atau Organisasi Berbasis Komunitas, mekanisme pemantauan terhadap pengarusutamaan gender dalam penanggulangan HIV ini bisa dilakukan secara terintegrasi dalam monitoring dan evaluasi program. Misalnya, program yang mendapat pendanaan atau bantuan teknis dari Principal Recipient Global Fund, lembaga-lembaga PBB yang terkait dengan Penanggulangan HIV (WHO, UNAIDS, UNICEF, UNWOMEN, UNODC, UNDP), atau organisasi mitra pembangunan internasional lain. Konsekuensinya, berbagai lembaga pendukung itu perlu membuat panduan operasional atau teknis sesuai dengan kebijakan nasional pengarusutamaan gender yang tersedia.

AGENS INDIVIDU

- a. Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan pemahaman dan kapasitas staf di lapangan atas kebijakan-kebijakan teknis dan operasional. Materi terkait pelayanan repsonsif gender bisa dalam bentuk pelatihan.
- b. Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan *code of conduct* atau etika pelayanan yang responsif gender. Ini bisa jadi pedoman untuk mengembangkan kebijakan dan memberikan pelayanan HIV kepada pemanfaat program khususnya kelompok marginal.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Hasan M, Nurhidayat Y. Laporan Local Budget Index 2017: Hasil Penelitian di 70 Kabupaten/Kota. Jakarta; 2017.
- 2 UNAIDS. Towards a Gender-Transformative HIV Response [Internet]. 2014. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
- 3 Gruskin S, Safreed-Harmon K, Moore CL, Steiner RJ, Dworkin SL. HIV and gender-based violence: welcome policies and programmes, but is the research keeping up?. *Reproductive health matters*. 2014 Jan 1;22(44):174-84.
- 4 Bloom SS, Cannon A, Negroustoueva S. Know your HIV/AIDS epidemic from a gender perspective: Rwanda report.
- 5 Bloom SS, Cannon A, Negroustoueva S. Know your HIV/AIDS epidemic from a gender perspective: Rwanda report.
- 6 Lusey H, San Sebastian M, Christianson M, Dahlgren L, Edin KE. Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *SAHARA-J*. 2014 Jan 2;11(1):84-93.
- 7 Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*. 2015 Dec;18:20302.
- 8 Amin, 2016; Heidari S, Kippax S, Sow PS, Wainberg MA. Women hold up half the sky—and half the burden of the HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*. 2013 Jan;16(1):18608.
- 9 Heidari S, Kippax S, Sow PS, Wainberg MA. Women hold up half the sky—and half the burden of the HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*. 2013 Jan;16(1):18608.
- 10 Nyamhanga TM, Muhondwa EP, Shayo R. Masculine attitudes of superiority deter men from accessing antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania. *Global health action*. 2013 Dec 1;6(1):21812.
- 11 Feinstein BA, Dyar C. Bisexuality, minority stress, and health. *Current sexual health reports*. 2017 Mar 1;9(1):42-9.
- 12 Mattera B, Levine EC, Martinez O, Muñoz-Laboy M, Hausmann-Stabile C, Bauermeister J, Fernandez MI, Operario D, Rodriguez-Diaz C. Long-term health outcomes of childhood sexual abuse and peer sexual contact among an urban sample of behaviourally bisexual Latino men. *Culture, health & sexuality*. 2018 Jun 3;20(6):607-24.
- 13 Lusey H, San Sebastian M, Christianson M, Dahlgren L, Edin KE. Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *SAHARA-J*. 2014 Jan 2;11(1):84-93.
- 14 Bloom SS, Cannon A, Negroustoueva S. Know your HIV/AIDS epidemic from a gender perspective: Rwanda report.
- 15 Ministry of Health. Laporan Jumlah Kasus HIV AIDS Triwulan 1 2018 - National report of HIV AIDS Cases Quarter 1 2018.2018
Ministry of Health. Laporan Jumlah Kasus HIV AIDS Triwulan 3 2017 - National report of HIV AIDS Cases Quarter 3 2017.2017
Ministry of Health. Laporan Jumlah Kasus HIV AIDS Triwulan 2 2017 - National report of HIV AIDS Cases Quarter 2 2017.2017
Ministry of Health. Laporan Jumlah Kasus HIV AIDS Triwulan 1 2017 - National report of HIV AIDS Cases Quarter 1 2017.2017
Ministry of Health. Laporan Jumlah Kasus HIV AIDS Triwulan 4 2016 - National report of HIV AIDS Cases Quarter 4 2016.2017
- 16 Ministry of Health. Estimates and Projection of HIV AIDS in Indonesia. Minist Heal. 2017.

