

# KAJIAN GENDER DALAM PENANGGULANGAN HIV AIDS DI INDONESIA

LAPORAN PENELITIAN - 2018



## **Laporan Penelitian**

Kajian Gender terhadap Penanggulangan HIV di Indonesia

© Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya

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

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

Agustus 2018

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Kajian ini bertujuan untuk melihat integrasi dimensi gender pada epidemi HIV dalam program penanggulangan HIV di Indonesia baik di tingkat nasional dan subnasional. Selain itu, faktor penghambat dan pendukung yang tersedia untuk mengintegrasikan gender dan HIV pada tataran kebijakan, program, dan pendanaan juga turut diidentifikasi. Hal ini perlu dilakukan mengingat walau ketidaksetaraan gender adalah faktor penghambat yang berkontribusi terhadap peningkatan kasus HIV bagi perempuan, hanya sedikit bukti yang menjelaskan bagaimana dimensi gender telah terintegrasi dalam kebijakan, program, dan penganggaran respons HIV.

Proses kajian ini dilakukan pada Februari – Agustus 2018 melalui izin etik dari Komisi Etik Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Jakarta, izin penelitian dari Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia dan Kesbangpol Pemda DKI Jakarta. Pendekatan kualitatif digunakan sebagai metode utama dalam melakukan kajian. Serangkaian DKT dan wawancara mendalam dilakukan kepada informan dari kelompok penyedia layanan – baik fasyankes maupun LSM, penerima manfaat dari berbagai latar belakang populasi kunci, dan pemangku kepentingan baik di tingkat lokal maupun nasional. Selain itu, kajian kebijakan dilakukan untuk memberikan gambaran spesifik mengenai posisi kebijakan pemerintah Indonesia terkait gender dan respons HIV. Seluruh data yang terkumpul dianalisis secara tematik sesuai dengan kerangka konseptual *Gender and Social Inclusion Pathways* dengan menggunakan bantuan perangkat kualitatif NVIVO versi 11.

Implikasi penularan HIV terhadap populasi perempuan secara konsisten telah terlihat melalui pelaporan data dan temuan di lapangan dalam beberapa tahun terakhir. Situasi ini memunculkan kebutuhan untuk mempertimbangkan kerentanan perempuan dan sejauh mana ketidakadilan gender berkontribusi terhadap penularan HIV di Indonesia. Sayangnya, tidak ditemukan program HIV yang secara spesifik mengatasi kerentanan perempuan terhadap penularan HIV. Program yang tersedia lebih berfokus pada peningkatan akses tes HIV dan pengobatan ARV. Situasi ini bertolak belakang dengan kebijakan gender yang dikeluarkan pemerintah, di mana dukungan untuk mencapai kesetaraan gender telah tersedia sampai ke tataran operasional melalui mekanisme PUG dan PPRG.

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

Pada tataran pemahaman, terdapat multi-interpretasi dari penggiat HIV terhadap definisi gender yang berdampak pada kurangnya pemahaman gender. Sehingga ukuran yang digunakan terhadap

integrasi gender dan HIV adalah tersedianya program HIV khusus bagi perempuan dan adanya keterlibatan perempuan dalam program HIV. Hal ini tentunya tanpa melihat upaya untuk menutup kesenjangan gender dalam HIV. Situasi ini berdampak pada realisasi perencanaan dan pengalokasian anggaran HIV yang sensitif gender. Dalam penyediaan layanan HIV, fokus program yang ditujukan khusus untuk kelompok populasi kunci (ponci) justru memengaruhi pendekatan dalam respons HIV dan menyulitkan pengarusutamaan gender. Layanan HIV diberikan sama untuk seluruh penerima manfaat tanpa melihat kebutuhan spesifik atau kesenjangan akses yang berkaitan dengan gender. Sejalan dengan pemahaman, konsep gender dalam pelayanan HIV telah tereduksi menjadi sebatas jenis kelamin saja.

Pelayanan HIV yang responsif gender dipahami sebagai program dan pendekatan yang diperuntukkan bagi perempuan, seperti PPIA atau layanan kesehatan reproduksi, tanpa ada pertimbangan terhadap relasi kuasa. Salah satu faktor yang memengaruhi situasi tersebut dalam layanan HIV adalah kurangnya pemahaman dan edukasi terkait gender yang dimiliki penyedia layanan. Beberapa contoh kasus yang membuktikan isu gender terabaikan dalam respon HIV adalah beban yang diberikan kepada semua ponci untuk mengajak pasangan tes HIV dan fokus pada distribusi kondom tanpa memperhatikan proses negosiasi antar pasangan. Respons terhadap isu kekerasan yang sebatas mendekatkan akses tanpa penguatan agensi untuk korban, begitupun pemilahan layanan belum mengakomodir jenis kelamin sosial.

Kombinasi dari kebijakan HIV yang tidak operasional untuk menutup kesenjangan gender, kurangnya pemahaman konsep gender, dan pelayanan HIV yang belum sepenuhnya sensitif gender, berdampak pada kemampuan semua ponci dalam mengakses dan berpartisipasi dalam respons HIV. Bagi remaja dan pekerja seks perempuan, kemampuan mengakses layanan dipengaruhi oleh atribut sosial yang melekat pada kelompok tersebut. Selain itu, kemampuan dalam mengakses layanan tidak dapat berjalan mandiri tanpa dukungan dari pihak eksternal sehingga keberlanjutan pengobatan dan retensi dalam perawatan HIV menjadi rentan. Perspektif moral dan diskriminasi juga masih menjadi bagian dari pengalaman ponci saat mengakses layanan. Kemampuan ponci dalam mengakses layanan terefleksikan juga dalam aspek partisipasi dan manfaat dari respon HIV yang lebih mengarah untuk meningkatkan akses layanan. Saat ini, bentuk partisipasi dan manfaat yang lebih strategis dan terstruktur pada respons HIV dari kelompok ponci belum terbentuk. Situasi ini sesuai dengan indikator keberhasilan layanan HIV yang baru berfokus pada cakupan layanan tanpa melihat sejauh mana pencapaian terhadap integrasi gender dan HIV telah dilakukan. Ketidakadilan gender dalam respons HIV dapat dikurangi bila indikator yang menargetkan jumlah perempuan mendapatkan tes HIV, mendapatkan pengobatan, memiliki virus HIV tidak terdeteksi, dan penurunan angka kematian akibat HIV dapat dimasukkan dalam pelayanan HIV. Dari temuan di atas dapat disimpulkan bahwa dalam respons HIV, isu gender baru terintegrasi dalam level struktur dan konten tetapi masih bermasalah dalam sisi pelaksanaan layanan (*culture*).

Upaya-upaya yang perlu dilakukan di masa depan agar aspek pengarusutamaan gender dapat terintegrasi dan tercermin dalam implementasi pelayanan HIV di Indonesia adalah sebagai berikut:



1. Pada tingkat struktur atau kebijakan.

- a. Perlu dikembangkannya kebijakan teknis dan operasional yang bisa mengarahkan pelaksanaan pelayanan HIV (pencegahan, pengobatan dan mitigasi dampak) yang responsif gender dengan lebih memperhatikan pada aspek kontrol, partisipasi & manfaat khususnya bagi populasi kunci baik laki-laki, perempuan dan waria. Pengembangan kebijakan ini misalnya bisa dilakukan dengan melakukan analisis gender untuk setiap jenis layanan HIV agar bisa diketahui secara nyata kesenjangan gender di dalam pelayanan yang bersangkutan sehingga bisa dikembangkan tata laksana setiap jenis pelayanan yang responsif gender.

Ini perlu dilakukan mengingat selama ini analisis gender cenderung dilakukan pada tataran yang lebih tinggi (tingkat program) sehingga tidak mampu menangkap kesenjangan di masing-masing jenis layanan yang menyebabkan tidak ada panduan teknis pelayanan yang responsif gender. Contoh: Layanan KTS pada waria selama ini hanya berfokus untuk menggali perilaku seksual berisiko tetapi belum memperhatikan faktor kekerasan seksual sebagai satu faktor utama yang meningkatkan risiko waria terhadap penularan HIV karena mereka banyak mengalami kekerasan seperti ini. Akibatnya, akibat dari kekerasan tersebut tidak pernah memperoleh penanganan yang layak.

- b. Penyusunan kebijakan yang bisa menjamin pelaksanaan Kebijakan teknis dan operasional (*quality assurance*) misalnya pengembangan mekanisme insentif bagi sektor-sektor yang melaksanakan kebijakan tersebut dan mekanisme disinsentif bagi sektor-sektor yang tidak melaksanakannya. Beberapa kebijakan ini misalnya:

- i. Di tingkat nasional, misalnya Kementerian Kesehatan mendorong Kementerian PMK, Bappenas, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan Kementerian Dalam Negeri bisa mengembangkan mekanisme pemantauan pelaksanaan pengarusutamaan gender dari sektor-sektor pemerintah baik di tingkat nasional dan daerah yang terkait dengan penanggulangan HIV 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 non-pemerintah, khususnya LSM atau Organisasi Berbasis Komunitas, mekanisme pemantauan terhadap pengarusutamaan gender dalam penanggulangan HIV ini bisa dilakukan secara terintegrasi di dalam monitoring dan evaluasi program yang dilakukan oleh organisasi yang memberikan pendanaan atau bantuan teknis misalnya Principal Recipient Global Fund, Lembaga-lembaga PBB yang terkait dengan Penanggulangan HIV (WHO, UNAIDS, UNICEF, UNWOMEN, UNODC, UNDP) atau organisasi mitra pembangunan internasional lainnya. Sebagai konsekuensi maka berbagai lembaga-lembaga pendukung ini

perlu membuat panduan operasional atau teknis sesuai dengan kebijakan nasional pengarusutamaan gender yang tersedia.

2. Pada tingkat individu (agensi), strategi untuk menginternasilisasi kesetaraan gender di dalam pelayanan HIV bisa dilakukan melalui:
  - a. Meningkatkan pemahaman dan kapasitas staf di lapangan atas kebijakan-kebijakan teknis dan operasional yang mencerminkan pelayanan yang responsif gender yang telah disusun melalui berbagai bentuk pelatihan yang selama ini tersedia bagi mereka.
  - b. Mengembangkan semacam *code of conduct* atau etika pelayanan yang responsif gender sebagai pedoman untuk mengembangkan kebijakan dan memberikan pelayanan HIV kepada pemanfaat program khususnya kelompok marginal.

# DAFTAR ISI

Ringkasan Eksekutif	0
Daftar Isi	4
Daftar Istilah	6
Daftar Istilah	8
BAGIAN 1: PENDAHULUAN	10
1.1. Latar Belakang	10
1.2. Tujuan Studi	11
1.3. Kerangka Konseptual	11
1.4. Metodologi	12
1.4.1. Tinjauan Pustaka	13
1.4.2. Tinjauan Kebijakan	14
1.4.3. Data Primer	15
1.5. Persetujuan Penelitian	16
BAGIAN 2: SELAYANG PANDANG GENDER DAN HIV	17
BAGIAN 3: TEMUAN	22
3.1. <i>Epidemi HIV dan Gender</i>	22
3.1.1. Situasi Epidemi	22
3.1.2. Situasi Gender dalam Epidemi HIV	24
3.2. <i>Struktur: Kesenjangan Kebijakan Gender dalam Respons HIV</i>	27
3.2.1. Kebijakan Gender	27
3.2.2. Kebijakan HIV dan Dimensi Gender	30
3.3. <i>Relasi Kuasa: Implementasi dalam Pelayanan HIV</i>	35
3.3.1. Persepsi tentang Pengarusutamaan Gender dan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender	35
3.3.2. Penyediaan Layanan HIV	42
3.3.3. Isu Gender yang Terabaikan dalam Program HIV	48
3.3.4. Inisiatif Awal Mengintegrasikan Gender ke dalam HIV	51
3.4. <i>Agensi: Persepsi Pemanfaat Program terhadap Akses, Kontrol, dan Pemanfaatan Layanan</i>	54
3.4.1. Pengetahuan dan Efikasi terhadap Layanan HIV	54
3.4.3. Pengalaman dan Manfaat Mengakses Layanan	58
3.5. <i>Monitoring dan Evaluasi Integrasi Gender dalam Program HIV</i>	65
BAGIAN 4: PEMBAHASAN	71
4.1. <i>Keterbatasan</i>	73

<b>BAGIAN 5: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI</b>	<b>75</b>
<b>5.1. Kesimpulan</b>	<b>75</b>
<b>5.2. Rekomendasi</b>	<b>76</b>
<b>Daftar Pustaka</b>	<b>79</b>



## DAFTAR ISTILAH

AEM	The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ARV	Anti Retroviral
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/ Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional
CD4	T-limfosit, T-sel, atau sel T-helper atau jenis sel darah putih
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women
DKT	Diskusi Kelompok Terarah
Fasyankes	Fasilitas Layanan Kesehatan
GAP	Gender Analysis Pathway
HAM	Hak Asasi Manusia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPG	Indeks Pembangunan Gender
IKG	Indeks Kesetaraan Gender
IMS	Infeksi Menular Seksual
IRT	Ibu Rumah Tangga
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
Kebangpol	Kesatuan Bangsa dan Politik
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KTP	Kartu Tanda Penduduk
LFU	Lost to Follow Up
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
Pemda	Pemerintah Daerah
Perda	Peraturan Daerah
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PITC	Provider-initiated testing and counselling
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
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
SDM	Sumber Daya Manusia
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
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
Efikasi	Efektivitas
Finger Prick	Sebuah prosedur di mana 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
Harm Reduction	sebuah strategi untuk mengurangi dampak buruk dari kegiatan atau perilaku yang beresiko di pengguna napza
Heteroseksual	suatu pola atau watak tetap untuk mengalami ketertarikan seksual, kasih sayang, fisik, atau romantis terhadap orang-orang yang berjenis kelamin berbeda
Kontrol	Kontrol adalah 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 sistimatis 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 diberbagai 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 sebagai perempuan dalam kehidupan sehari-harinya

---



## BAGIAN 1: PENDAHULUAN

### 1.1. LATAR BELAKANG

---

UNAIDS mendefinisikan gender sebagai seperangkat norma, peran, perilaku, aktivitas, dan atribut sosial yang masyarakat anggap layak dilakukan oleh perempuan dan laki-laki, termasuk di dalamnya orang yang mengidentifikasi diri sebagai transgender (UNAIDS, 2014). Perilaku yang diterima secara sosial untuk laki-laki dan perempuan sangat bervariasi antar satu masyarakat dengan yang lain serta mengalami perubahan seiring berjalannya waktu. Beberapa penelitian dan laporan program sebelumnya menunjukkan bahwa variasi norma gender telah menempatkan perempuan dan remaja perempuan pada posisi yang rentan mengalami pelanggaran terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) dan memiliki akses terbatas terhadap partisipasi sosial, politik, ekonomi, dan budaya di masyarakat. Situasi ini selanjutnya menyebabkan perempuan dan remaja perempuan memiliki ketimpangan relasi kekuasaan dan ketidakadilan untuk mengakses dan mengendalikan sumber daya bila dibandingkan dengan laki-laki dan remaja laki-laki. Oleh karena itu, ketidaksetaraan gender telah diakui sebagai pendorong utama epidemi HIV oleh semua organisasi bilateral dan multilateral yang fokus pada pandemik global. Telah diakui secara luas bahwa adanya program dan kebijakan yang dapat mengatasi ketidaksetaraan gender adalah hal yang penting agar penanggulangan HIV bisa menjadi lebih efektif.

Epidemi HIV di Indonesia terus meningkat dan bukti dari berbagai data nasional menunjukkan peningkatan ini memiliki implikasi beban tambahan bagi kehidupan perempuan. Sebagai bagian dari respons global, penanggulangan HIV juga menganggap ketidaksetaraan gender sebagai salah satu hambatan penting yang berkontribusi terhadap peningkatan kasus HIV bagi perempuan. Meskipun mengatasi ketidaksetaraan gender telah diakui sebagai salah satu strategi dalam merespons permasalahan AIDS di Indonesia, tetapi hanya sedikit bukti yang menjelaskan bagaimana dimensi gender telah terintegrasi ke dalam kebijakan, program dan perencanaan penganggaran. UN Women Indonesia telah mempertimbangkan situasi ini dan bermaksud untuk melakukan kajian gender dalam penanggulangan HIV di tingkat nasional dan subnasional di Indonesia.

Kajian ini bertujuan untuk memahami status integrasi dimensi gender yang saat ini terjadi dalam penanggulangan HIV terutama dalam kebijakan, program, dan perencanaan penganggaran. Pemahaman ini sangat penting bagi pemerintah di tingkat nasional dan daerah, serta mitra kunci untuk merancang pengaturan kebijakan, program, dan perencanaan penganggaran yang lebih baik dengan mencerminkan kebutuhan dan keinginan perempuan dari populasi kunci terdampak. Hal ini dapat berkontribusi untuk menjadikan perempuan rentan sebagai bagian yang terintegrasi dalam penanggulangan HIV seperti target 90-90-90 atau akses kesehatan universal. Sehubungan dengan kajian gender, dua pertanyaan penelitian telah dikembangkan sebagai pedoman dalam memandu proses pengumpulan data, yaitu: 1] Sejauh mana dimensi gender direfleksikan atau diintegrasikan ke

dalam penanggulangan HIV di Indonesia? dan 2] Apakah kesenjangan, peluang, dan tantangan di dalam pengaturan kebijakan, program, dan pendanaan yang dapat diidentifikasi untuk memperkuat dan memperbaiki integrasi dimensi gender ke dalam penanggulangan HIV di Indonesia?

## **1.2. TUJUAN STUDI**

---

1. Untuk melihat integrasi dimensi gender pada epidemi HIV dalam program penanggulangan HIV di Indonesia baik di tingkat nasional dan subnasional, yang berfokus pada keseluruhan situasi dan isu yang dihadapi oleh perempuan dan remaja perempuan, termasuk perempuan populasi kunci;
2. Untuk mengidentifikasi faktor penghambat dan faktor pendukung yang tersedia dalam mengintegrasikan dimensi gender dan HIV terutama pada tataran kebijakan, program dan pendanaan di tingkat nasional dan daerah;
3. Untuk merekomendasikan strategi kunci untuk meningkatkan responsivitas gender dalam penanggulangan HIV di Indonesia untuk mencapai jaminan kesehatan menyeluruh.

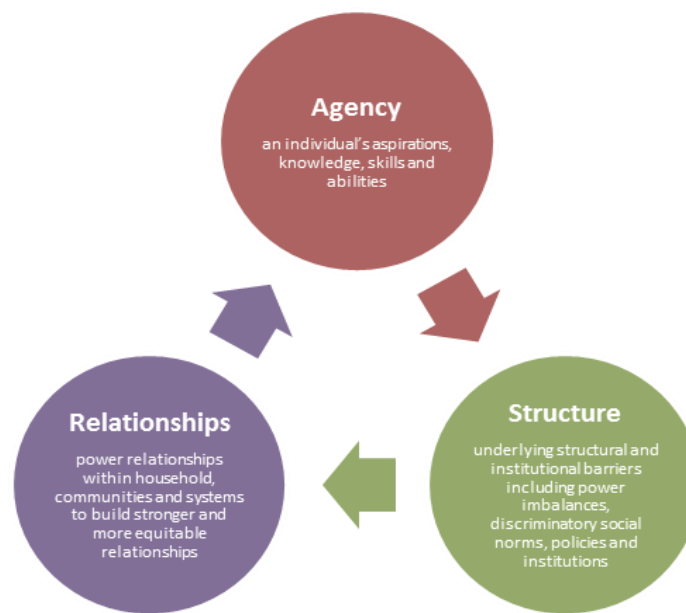
## **1.3. KERANGKA KONSEPTUAL**

---

Untuk memperluas integrasi dimensi gender dalam kebijakan dan program HIV yang ada dan untuk mengeksplorasi mekanisme/proses ketidaksetaraan gender dan terkucilkan, kajian ini menggunakan kerangka konseptual 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). Domain-domain ini berada dalam interaksi dinamis dan hasil interaksi dapat menjelaskan mengapa beberapa kelompok tertentu terpinggirkan dalam mengakses dan memanfaatkan layanan yang ada dibandingkan kelompok lainnya. Dengan mengidentifikasi aspek-aspek domain ini, pendekatan atau strategi transformatif dapat dikembangkan untuk mempromosikan norma dan struktur yang adil serta mendukung hubungan yang adil antara orang-orang dari berbagai jenis gender, yang memfasilitasi perubahan transformatif dalam kehidupan kelompok terkena dampak. Kerangka kerja ini dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1: Kerangka Kesenjangan dan Inklusi Sosial



Sebagai alat analisis dalam mengeksplorasi ketidaksetaraan gender dan pengucilan sosial, domain kerangka kerja akan dikontekstualisasikan dalam program dan kebijakan HIV dengan mengadaptasikannya ke dalam Perangkat Kajian Gender UNAIDS (UNAIDS, 2014) yang melibatkan fase penilaian:

- Memahami epidemi HIV dan konteksnya (sosial, politik, ekonomi, hukum dan budaya) dari ketidakadilan gender dan perspektif eksklusi sosial;
- Memahami tanggap HIV (kebijakan dan program) dari ketidakadilan gender dan perspektif pengucilan sosial; dan
- Menggunakan temuan-temuan dari penilaian gender untuk mengidentifikasi intervensi-intervensi gender-transformatif berbasis bukti untuk memperkuat penanggulangan HIV.

#### 1.4. METODOLOGI

Sesuai dengan kerangka teoritis di atas, kajian ini menggabungkan pendekatan kualitatif dan analisis data sekunder sebagai desain studi kajian untuk menjawab pertanyaan penelitian. Kajian ini memilih empat kota sebagai lokasi studi utamanya, yaitu DKI Jakarta, Surabaya, Medan, dan Jayapura. Pemilihan lokasi ini telah diinformasikan berdasarkan daftar kota-kota *Fast Track* yaitu, kota dengan prevalensi HIV tertinggi di Indonesia, dan kombinasi kota dengan skor tertinggi dan terendah yang menghasilkan Indeks Kesenjangan Gender dalam penganggaran di kabupaten<sup>1</sup>. Kajian kualitatif telah

<sup>1</sup> Laporan Indeks Anggaran Daerah, 2017, Seknas Fitra

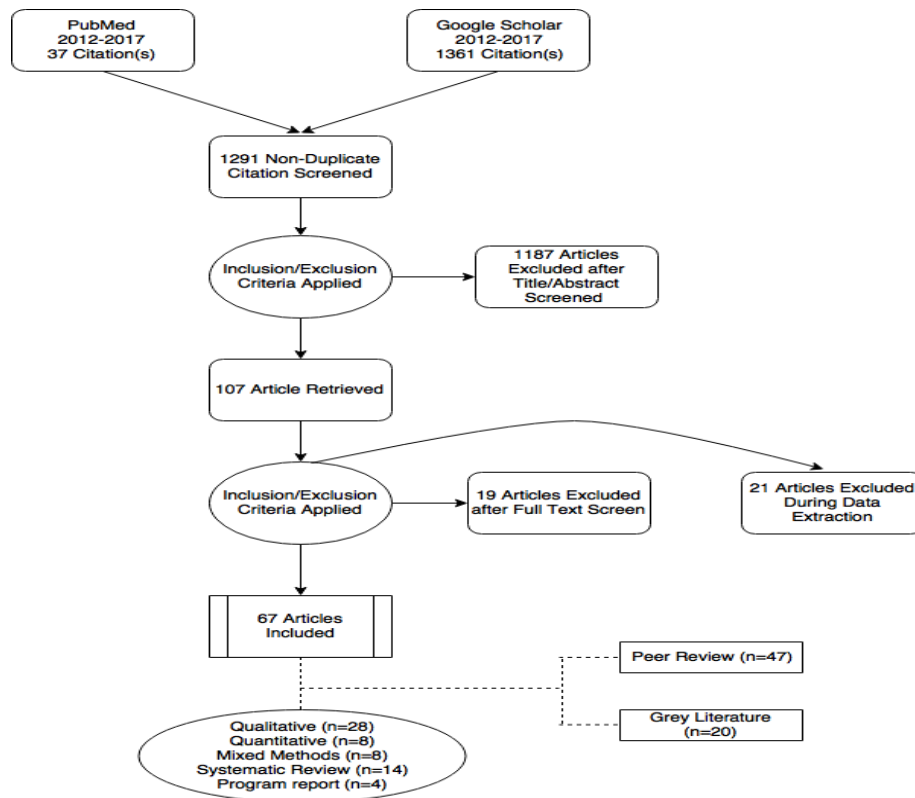
dirancang untuk menangkap perspektif dan pengalaman dari berbagai pemangku kepentingan kunci di Indonesia, tanggapan HIV, baik di tingkat nasional maupun subnasional. Secara khusus, sejauh mana pemahaman mereka terkait dengan dimensi gender pada epidemi HIV dan integrasinya ke dalam program HIV atau pengaturan keuangan. Berbeda, analisis data sekunder digunakan terutama untuk mendokumentasikan kebijakan yang ada, pengambilan keputusan terprogram dan tren keuangan/penganggaran dimensi gender dalam tanggapan HIV. Serangkaian metode yang telah diterapkan selama proses penilaian, termasuk:

#### 1.4.1. TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka dari penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran global mengenai gender dan situasi HIV di tingkat global dan nasional. Untuk mengidentifikasi artikel untuk analisis, digunakan pencarian dengan *PubMed* dan *Google Scholar* dengan menggunakan kata kunci yang telah dikembangkan sebelumnya. Artikel yang dipilih dapat menggambarkan respons gender dan HIV dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Semua referensi terpilih adalah studi yang diterbitkan selama periode 2012-2017. Periode ini dipilih untuk memastikan hanya literatur terkait dengan gender dan HIV versi terbaru yang terpilih. Semua artikel yang ditemukan dalam pencarian diunduh secara manual dan disaring berdasarkan kriteria kelayakan. Data yang dikumpulkan termasuk: tanggal publikasi, tujuan penelitian, metode penelitian, negara tempat penelitian dilakukan, dan hasil studi. Hasil yang terkumpul lantas dikategorikan dalam berbagai tema utama seperti epidemi HIV, aspek sosial/budaya/ekonomi/hukum/politik, biaya dan keuangan, kesetaraan gender dalam respons HIV, pertimbangan gender di setiap populasi kunci, dan tantangan.

Secara total, dari 1291 artikel yang muncul hanya 107 yang memenuhi kriteria inklusi. Selanjutnya, 19 artikel dikeluarkan setelah melalui proses pembacaan lengkap dan 21 artikel dikeluarkan selama ekstraksi data karena tidak sesuai dengan tujuan penelitian. Dari 67 artikel yang dikaji, sebanyak 47 diantaranya merupakan *peer reviewed article* dan 20 artikel masuk dalam kategori *grey literature* (dokumen program, tesis, pedoman). Sebagian besar penelitian yang dilakukan menggunakan pendekatan kualitatif ( $n=28$ ) dan metode lainnya bervariasi dari kuantitatif ( $n=8$ ), metode campuran ( $n=8$ ), tinjauan sistematis ( $n=14$ ) dan evaluasi program ( $n=4$ ). Negara asal penelitian berasal dari Asia Pasifik, Afrika, Eropa, Amerika, Asia, Amerika Latin, dan Amerika Utara. Secara khusus, ada 7 artikel terkait dengan HIV dan situasi gender di Indonesia. Secara umum, tema-tema yang muncul dari artikel cukup kaya dan terdiri dari berbagai bidang yang berkaitan dengan gender dan HIV.

Gambar 2: Alur Tinjauan Pustaka Isu Gender



#### 1.4.2. TINJAUAN KEBIJAKAN

Tinjauan kebijakan telah dilakukan sebagai langkah awal untuk memahami bagaimana gender diposisikan dalam penanganan HIV di suatu negara dilakukan melalui tinjauan kebijakan yang mendalam terhadap kebijakan gender dan HIV yang diterapkan di negara tersebut. Untuk tujuan ini, kami mengkaji 18 dokumen terkait gender dari tahun 1984 hingga 2017 dan 40 dokumen nasional terkait HIV yang digunakan di Indonesia. Penyaringan tambahan dilakukan untuk memastikan hanya dokumen terkait dengan kebijakan yang terjaring dan mengeluarkan laporan teknis dan dokumen metode intervensi. Kebijakan-kebijakan terpilih yang kami kaji termasuk instruksi presiden, keputusan menteri, pedoman nasional, perencanaan strategis nasional, dan laporan nasional. Analisis konten diterapkan untuk mengkaji kebijakan gender dengan fokus khusus pencarian untuk mengetahui sejauh mana aspek hukum, perlindungan, sosial, budaya, dan keuangan yang tercakup dalam kebijakan. Meskipun analisis konten juga diterapkan untuk kebijakan terkait HIV, namun proses ini menggunakan pisau analisis yang berbeda dalam mengkaji dokumen. Pertimbangan gender menjadi analisis utama untuk meninjau dokumen, dengan fokus khusus untuk memahami tingkat akses, partisipasi / kontrol, dan manfaat bagi perempuan dan laki-laki dalam kebijakan HIV.

### 1.4.3. DATA PRIMER

Jenis data ini telah dikumpulkan untuk memahami situasi yang berkaitan dengan gender dan tingkat pelaksanaannya dalam hal perencanaan, penganggaran, pemrograman, dan evaluasi dalam tanggapan HIV di Indonesia. Data telah dikumpulkan melalui 7 diskusi kelompok terarah (DKT) dan 53 wawancara mendalam yang menggabungkan berbagai perspektif dari pemangku kepentingan utama di tingkat lokal dan nasional. Secara total, data dikumpulkan dari 94 informan di empat lokasi penelitian (lihat tabel 2). Di tingkat lokal, pengumpulan data lebih terfokus untuk menilai implementasi kebijakan yang terkait dengan gender yaitu pengarusutamaan gender, penganggaran responsif gender terhadap penanggulangan HIV. Ini termasuk penilaian terhadap adaptasi kebijakan gender dan pertimbangan dalam program pencegahan dan pengobatan HIV di setiap lokasi penelitian. Berbeda, pengumpulan data dari tingkat nasional akan difokuskan untuk mengevaluasi sejauh mana dimensi gender telah dipertimbangkan dalam pengembangan kebijakan dan pedoman nasional HIV, termasuk faktor-faktor penentu, perspektif gender, hasil dan pengukuran yang terkait dengan gender, dan alokasi anggaran.

**Tabel 1: Ringkasan Metode Pengumpulan Data dan Karakteristik Demografi Informan**

Kategori	Medan	Jakarta	Surabaya	Jayapura	Total
Metode					
DKT	1	4	1	1	7
Wawancara	12	17	15	9	53
Jenis Kelamin					
Perempuan	11	18	11	11	51
Laki-laki	8	13	10	8	39
Transgender	1	1	1	1	4
Peran					
NGO/CSO	4	16	4	2	26
Pemerintah	8	9	8	11	36
Penerima Manfaat	6	7	8	5	26
Penyedia Layanan	2	0	2	2	6

Seluruh data yang dikumpulkan dari diskusi dan wawancara dibuat menjadi bentuk transkrip untuk keperluan analisis. Analisis secara tematik dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak kualitatif NVIVO versi 11. *Coding* untuk analisis termasuk faktor-faktor yang relevan dan tidak terbatas pada ketidakseimbangan kekuasaan, pengucilan sosial, kerentanan terkait gender, akses layanan kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan dari perspektif gender. Kedua pernyataan dan

argumentasi yang bersifat preskriptif dan deskriptif telah saling dinilai untuk memberikan pemahaman tentang situasi.

### **1.5. PERSETUJUAN PENELITIAN**

---

Penelitian ini mendapatkan dua perizinan sebelum pengumpulan data untuk memastikan tidak ada hak yang dilanggar selama keseluruhan proses studi. Pertama, persetujuan etis dari Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta nomor 0370 / III / LPPM-PM.10.05 / 03/2018. Kedua, dua izin penelitian diberikan oleh Kementerian Dalam Negeri No. 440.02 / 384 / DV untuk tingkat nasional dan izin dari Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu DKI Jakarta No. 202 / AF.1 / 31 / -1.862.9 / 2018 untuk tingkat lokal. Semua data yang diambil hanya digunakan setelah pernyataan tertulis mengenai persetujuan diberikan oleh informan.

## BAGIAN 2: SELAYANG PANDANG GENDER DAN HIV

Isu HIV terkait erat dengan dimensi gender. Secara definisi, gender berbeda dari konsep seks biologis karena terdiri dari norma-norma struktural dari hubungan sosial dan identitas yang dikonstruksi secara sosial (Gruskin, Safreed-Harmon, Moore, Steiner, & Dworkin, 2014). 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 wanita dan pria (Bloom, Cannon, & Negroustoueva, 2014). Norma dan perilaku yang berlaku ini memperkuat ketidaksetaraan gender di masyarakat dan berkontribusi pada kerentanan perempuan dan anak perempuan terhadap HIV (Bloom et al., 2014). Lusey, San Sebastian, Christianson, Dahlgren, & Edin (2014) menambahkan bahwa, risiko dan penularan HIV yang disebabkan oleh sikap dan keyakinan masyarakat terhadap gender tidak hanya berdampak pada perempuan dan remaja perempuan namun juga berimplikasi pada populasi kunci seperti pekerja seks, waria, laki-laki-seks-dengan-laki-laki (LSL), dan pengguna napza suntik (Penasun).

Tingkat kerentanan terhadap HIV yang dialami oleh populasi tertentu, termasuk perempuan dan remaja perempuan tetap ada karena berbagai faktor. Amin (2016) membagi jalur kerentanan HIV dalam tiga kategori yaitu, norma gender yang memberikan hak istimewa bagi laki-laki untuk mengendalikan perempuan, stabilitas ekonomi yang tidak memadai, dan diskriminasi stigma terhadap perempuan. Pertama, norma-norma gender yang menguntungkan laki-laki untuk mengontrol perempuan dan kekerasan terhadap perempuan menghambat kemampuan perempuan untuk mempraktikkan seks yang lebih aman, membuat keputusan reproduksi berdasarkan preferensi kesuburan mereka sendiri, dan mengungkapkan status HIV mereka (Amin, 2016; Heidari, Kippax, Sow, & Wainberg, 2013). Selain itu, laki-laki dengan norma gender yang tidak setara secara signifikan berkaitan dengan kepemilikan beberapa pasangan seks pada saat yang sama, kekerasan pada pasangan intim dan penyalahgunaan alkohol (Gotttert et al., 2017). Kekerasan seksual yang dialami oleh perempuan mengarah pada kerentanan penularan HIV (Heidari et al., 2013). Terlepas dari situasi ini, perempuan merasa kesulitan untuk meninggalkan pernikahan karena melanggar norma dan harapan masyarakat mengenai perilaku seksual perempuan yang ditandai dengan keterikatan seksual dan emosional mereka terhadap laki-laki terutama saat perempuan memiliki ketidakberdayaan ekonomi (Nyamhanga & Frumence, 2014). Ketidakberdayaan ekonomi ini sering terjadi karena ketidakstabilan ekonomi yang dialami perempuan.

Stabilitas ekonomi yang tidak memadai sebagai jalur kedua dapat terjadi akibat berbagai alasan. Kurangnya hak milik dan warisan serta terbatasnya akses terhadap pekerjaan formal membuat perempuan rentan terhadap kerawanan pangan dan konsekuensinya. Ini termasuk mengompromikan kepatuhan mereka terhadap terapi anti-retroviral (ARV) dan meningkatkan kerentanan mereka untuk melakukan transaksi seks (Amin, 2013). Ketidakstabilan ekonomi sebagai pendorong utama kerawanan pangan, didorong oleh stigma yang berlakunya dalam mencari



pekerjaan dan domain sosial seperti pemecatan jika HIV-positif (Derose et al., 2017). Ketiga, sehubungan dengan stigma dan diskriminasi, perempuan lebih disalahkan bila membawa HIV ke dalam keluarga. Menurut survei terbaru di India, 88% perempuan menikah yang HIV-positif yang memiliki rentang usia berbeda dan status kemiskinan telah mengalami stigma dan diskriminasi dari suami dan keluarganya, termasuk teman dan tetangga (Halli et al., 2016). Di negara dengan undang-undang yang mengkriminalisasi penularan HIV, berdampak secara khusus pada perempuan yang hidup dengan HIV akibat enggan mengungkapkan status HIV karena khawatir akan mendapatkan kekerasan, stigma, dan diskriminasi (Amin, 2016). Stigma yang diberlakukan dalam ranah sosial termanifestasi dalam bentuk gosip dan ditolak oleh keluarga dan tetangga, sehingga menjauhkan perempuan dari sumber dukungan ekonomi dan pangan.

Jika kita melihat lebih jauh, tingkat kerentanan HIV yang dialami oleh perempuan berbeda berdasarkan faktor risiko dan tahap perkembangannya. Heidari et al., (2013) menyatakan bahwa pekerja seks perempuan, pengguna narkoba, dan remaja usia 15-24 memiliki kerentanan lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dari populasi umum. Sebagai contoh, di Rwanda, beban HIV dimiliki perempuan di semua kelompok usia, tetapi beban terbesar berada pada remaja perempuan berusia 15-24 (Bloom et al., 2014). Alasan ekonomi juga dapat memaksa remaja perempuan mencari banyak pasangan, baik tua dan muda, melalui transaksi seks (Lusey et al., 2014). Menurut Butts et al., (2017) remaja perempuan lebih banyak kehilangan faktor protektif akibat ketidaksetaraan gender dibandingkan perempuan dewasa. Situasi di atas menyimpulkan bahwa meskipun memiliki kesamaan dalam jenis kelamin, perempuan dengan status sosial dan ekonomi tertentu menghadapi risiko kerentanan HIV yang lebih besar. Norma-norma gender yang ada menempatkan posisi perempuan pada posisi yang lebih rendah dan membatasi kesempatan mereka untuk meningkatkan stabilitas pendapatan. Keadaan ini mempertahankan kekerasan, stigma dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan, dengan demikian, meningkatkan kerentanan mereka terhadap penularan HIV.

Selain kerentanan penularan HIV, disparitas gender juga ditemukan saat mengakses layanan pencegahan dan perawatan HIV. Menurut King, Maksymenko, Almodovar-Diaz, & Johnson (2016) norma-norma gender juga memengaruhi tingkat pengetahuan HIV dan penggunaan kondom. Meskipun perempuan lebih mungkin didiagnosis dan terlibat dalam perawatan HIV, tetapi lebih sedikit yang berhasil mencapai tahap virus tidak terdeteksi akibat ARV (Meyer, Womack, & Gibson, 2016). Selain itu, Lalanne et al., (2015) melaporkan efek samping yang berbeda dari ARV yang dialami oleh perempuan seperti kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih buruk, dengan gejala kelelahan yang paling sering ditemukan yaitu nyeri otot atau kesulitan tidur. Sekali lagi, remaja perempuan merupakan populasi yang paling jarang terjangkau pengobatan HIV (Bloom et al., 2014). Situasi ini menegaskan apa yang dinyatakan Orza et al., (2017) bahwa perempuan masih menghadapi permasalahan kompleks dalam mengakses pengobatan. Faktor kekerasan dari keluarga, anggota masyarakat, dan petugas kesehatan menjadi salah satu hambatan untuk mengakses ARV. Oleh karena itu, disparitas struktural perlu dipertimbangkan untuk memahami akses diferensial terhadap layanan pencegahan dan perawatan di kalangan perempuan (Meyer et al., 2016).

Selain memengaruhi perempuan dan anak perempuan, perbedaan gender dan norma gender juga memengaruhi populasi lain dalam hal risiko dan mengakses layanan terkait HIV. Bagi waria, interaksi dan kebijakan terkait gender akibat dari pengaruh struktur sosial telah meningkatkan risiko dan kerentanan kesehatan mereka (Reisner et al., 2016). Laki-laki biseksual memiliki risiko yang tinggi untuk terinfeksi penyakit menular seksual dibandingkan dengan laki-laki heteroseksual karena stigma dan stres terkait diskriminasi (Feinstein & Dyar, 2017). Laki-laki dengan riwayat pelecehan seksual pada masa kanak-kanak secara signifikan terkait dengan keputusan melakukan hubungan seks anal tanpa kondom, sehingga meningkatkan risiko penularan HIV (Mattera et al., 2017). Laki-laki cenderung untuk menghindari layanan terkait HIV sebagai norma superioritas maskulinitas yang mengharuskan laki-laki untuk menghindari menampilkan kelemahan sehingga menimbulkan keraguan untuk mengunjungi klinik (Nyamhanga, Muhondwa, & Shayo, 2013). Contoh lain dapat ditemukan di Malawi, ketika tes HIV hanya ditawarkan selama jam layanan antenatal sehingga pria tidak direkrut sebagai bagian populasi yang dapat menerima pendidikan dan layanan kesehatan (Dovel, 2016). Tampaknya faktor risiko penentu penularan HIV dibentuk oleh norma-norma gender dan distribusi kekuasaan yang tidak lepas dari isu gender.

Meskipun ada bukti yang jelas bahwa dimensi gender berkontribusi terhadap epidemi HIV dan perlu ditanggapi secara serius, beberapa tantangan untuk memperbaiki situasi tetap ada. Menurut Olinyk, Gibbs, & Campbell (2014) kebijakan pengarusutamaan gender dalam konteks HIV dapat memperkuat respons terhadap perempuan, anak perempuan, dan kesetaraan gender. Namun, banyak rencana strategis nasional HIV tidak memasukkan target terpilah berdasarkan jenis kelamin (Sherwood, Sharp, Cooper, Roose-Snyder, & Blumenthal (2017). Mayoritas indikator hanya berfokus pada intervensi tingkat individu dan tidak memberikan cakupan komprehensif penggerak sosial dari epidemi seperti norma gender (Mannell, Cornish, & Russell, 2014). Ini termasuk jarangya tersedia pemilahan prevalensi HIV berdasarkan gender, kelompok subpopulasi, dan akses pengobatan dan kepatuhan (Heidari et al., 2013; Orza et al., 2017). Meskipun analisis rutin terhadap data dan indikator yang berfokus pada gender sangat penting untuk memahami beban penyakit dan memastikan program HIV membuat kemajuan (Sherwood et al., 2017; Bloom et al., 2014).

Selain itu, Olinyk et al. (2014) menyatakan bahwa penerapan percepatan kebijakan HIV tingkat negara bagi perempuan, remaja perempuan, dan gender seringkali memiliki sumber daya keuangan dan nonkeuangan yang terbatas, bersifat *top-down*, dan kurangnya partisipasi politik. Kebijakan dan program yang menargetkan pemberdayaan perempuan yang hidup dengan HIV juga terbatas (Narasimhan, Loutfy, & Khosla, 2015). Hal ini mungkin terjadi karena berbagai alasan, seperti kurangnya pemahaman pembuat kebijakan mengenai perspektif perempuan untuk mempertahankan prognosis yang lebih baik; kurangnya suara untuk secara efektif memengaruhi pembuat kebijakan; gender dan analisis kekuasaan belum dimasukkan sebagai kerangka kerja sebelum pengembangan perencanaan strategis nasional HIV; dan/atau ketiadaan panduan yang interpretatif untuk menentukan kewajiban pemerintah untuk melindungi hak-hak perempuan dari HIV (Orza et al., 2017; Loutfy, Khosla, & Narasimhan, 2015; Nyamhanga & Frumence, 2014). Terdapat perbedaan yang nyata dalam mengintegrasikan isu-isu HAM dan masalah ketidaksetaraan gender

dalam program dan kebijakan HIV (Khosla, Van Belle & Temmermen, 2015; Kumar, et al., 2015; Hartmann et al., 2016). Sehingga, mengintegrasikan dimensi gender ke dalam tanggap HIV dianggap perlu untuk memperoleh perawatan pencegahan dan perawatan HIV yang setara untuk semua masyarakat, termasuk kelompok populasi kunci.

Kesetaraan pencegahan dan pengobatan HIV dapat dicapai melalui pengintegrasian dimensi gender ke dalam penanggulangan HIV. Menurut Loutfy et al., (2015) ketidaksetaraan gender yang berkaitan dengan hak perempuan untuk mengakses layanan kesehatan dapat ditangani dengan mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan seperti gizi dan perumahan yang dibutuhkan untuk menanggulangi HIV/AIDS di kalangan perempuan. Selain itu, tersedianya lebih banyak alat pencegahan yang dapat dikendalikan perempuan sangat diperlukan untuk menjamin perempuan melindungi diri mereka sendiri (Heidari et al., 2013). Program pencegahan harus mencerminkan dinamika gender dari kedua jenis kelamin agar memiliki tanggung jawab bersama antara perempuan dan laki-laki dalam penanggulangan HIV yang berkelanjutan (Wathuta, 2016). Remme et al., (2014) merekomendasikan 11 jenis intervensi HIV yang efektif biaya dengan fokus gender yang dapat diterapkan, seperti konseling pasangan untuk pencegahan penularan vertikal; pemberdayaan gender, mobilisasi masyarakat, dan promosi kondom perempuan untuk pekerja seks perempuan; perluasan distribusi kondom perempuan untuk populasi umum; dan profilaksis pasca pajanan HIV untuk korban perkosaan adalah intervensi HIV yang efektif biaya. Transfer tunai untuk siswi dan dukungan sekolah untuk anak perempuan yatim juga dapat efektif bagi negara dengan epidemi umum. Bukti yang jelas yang diberikan oleh Baird, Garfein, McIntosh, & Özler (2012) menunjukkan bahwa dalam program pemberian uang bersyarat bagi remaja perempuan yang bersekolah lebih mungkin untuk mengurangi HIV dan penularan herpes simpleks hingga 4 kali lebih rendah dibandingkan dengan kelompok non-intervensi.

Lebih lanjut, Meyer et al., (2016) menyatakan bahwa kombinasi intervensi diperlukan untuk memfasilitasi akses dan keterlibatan perawatan HIV yang bermakna. Secara khusus, Watts & Seeley, (2014) menyarankan kerangka kerja untuk menerapkan kombinasi HIV dan gender. Pertama, kegiatan yang responsif gender yang dapat ditambahkan ke program dasar HIV untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi mereka dengan mengatasi hambatan terkait gender terhadap perubahan perilaku, serapan dan retensi layanan. Kedua, intervensi khusus HIV yang dapat ditambahkan dalam program pembangunan yang responsif gender untuk mencapai efek sinergitas HIV. Dan ketiga, intervensi pengembangan responsif gender yang tidak secara eksplisit memasukkan komponen HIV, namun tetap memiliki manfaat sekunder terkait HIV karena dampaknya terhadap ketidaksetaraan gender dan/atau kekerasan. Semua contoh integrasi dan intervensi kombinasi HIV-gender di atas dapat digunakan untuk menanggapi kerentanan perempuan terhadap HIV yang diciptakan oleh ketidaksetaraan gender.

Masalah-masalah yang berkontribusi oleh isu-isu terkait gender dalam HIV dapat terlihat jelas. Ketidakseimbangan hubungan kekuasaan dan norma-norma gender yang berbahaya telah meningkatkan kerentanan HIV di kalangan perempuan, anak perempuan, dan kelompok subpopulasi tertentu. Demikian pula, kesenjangan gender ditemukan di seluruh pencegahan dan pengobatan HIV.

Masalah-masalah mendasar ini kemungkinan besar akan berlanjut karena sebagian besar kebijakan HIV telah dikembangkan dengan mengesampingkan analisis gender. Determinan sosial dan hambatan struktural yang terkait dengan gender menjadi terabaikan dalam konten kebijakan HIV. Akibatnya, data terpilah berdasarkan jenis kelamin untuk lebih memahami perbedaan gender dalam penanggulangan HIV jarang tersedia. Untuk merubah situasi tersebut, Integrasi antara isu gender dan intervensi HIV menjadi penting untuk dilakukan.

## BAGIAN 3: TEMUAN

Bagian ini memaparkan temuan-temuan penting yang diperoleh dari hasil kajian gender dalam respon HIV di Indonesia. Informasi yang ditampilkan diperoleh dari kajian pustaka, data kasus HIV di Indonesia, dan temuan lapangan yang berasal dari pengambilan data primer. Penjelasan akan dibuat secara terstruktur sesuai dengan kerangka konseptual penelitian, yang meliputi empat kerangka utama. Situasi epidemi HIV dan kaitannya dengan isu gender di Indonesia akan ditampilkan sebagai pembuka untuk memberikan gambaran mengenai permasalahan yang ada. Pada bagian kedua, penjelasan berfokus untuk melihat struktur yang memengaruhi implementasi respon HIV yang berkaitan dengan isu gender dari sisi akses, partisipasi/kontrol, dan manfaat. Temuan pada bagian struktur diperoleh melalui kajian kebijakan gender dan kebijakan HIV di Indonesia, baik yang dikeluarkan pada tingkat nasional dan daerah. Selanjutnya, bagian ketiga dalam temuan ini akan menjelaskan temuan lapangan yang berkaitan dengan relasi kuasa dalam respons HIV. Lingkup penjelasan meliputi pemahaman penyedia layanan HIV terhadap pengarusutamaan gender, serta bentuk pengoperasiannya dalam program dan layanan HIV yang tersedia saat ini. Selanjutnya, representasi agensi dalam respon HIV dari persepektif pengalaman penerima manfaat saat mengakses layanan. Bagian terakhir menjelaskan tentang proses monitoring dan evaluasi program HIV untuk melihat sejauh mana aspek gender telah dipertimbangkan.

### 3.1. EPIDEMI HIV DAN GENDER

---

#### 3.1.1. SITUASI EPIDEMI

Permasalahan HIV di Indonesia berimplikasi baik terhadap laki-laki maupun perempuan. Dalam data rutin triwulan terkini yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan – Kemkes (lihat tabel 2), terlihat bahwa kasus HIV baru terus ditemukan secara berkala dengan jumlah total yang cukup besar setiap triwulan. Pada triwulan pertama 2018, jumlah penularan HIV baru tercatat sebanyak lebih dari 10,506 kasus. Jumlah ini sekitar 200 kasus lebih tinggi bila dibandingkan dengan pelaporan satu tahun sebelumnya, yang mencapai sekitar 10,378 kasus. Walaupun 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. Dapat dikatakan bahwa penularan HIV di Indonesia dalam satu tahun terakhir berimbang pada seluruh jenis kelamin. Rasio penularan HIV antara kedua jenis kelamin ini mendekati seimbang dengan besaran kasus yang serupa setiap triwulannya.

Tabel 2: Jumlah Kasus HIV AIDS berdasarkan Laporan Rutin Kementerian Kesehatan RI

<i><b>Laporan Triwulan Kasus HIV (Kemkes, 2017-2018)</b></i>					
	<b>Q1/2017</b>	<b>Q2/2017</b>	<b>Q3/2017</b>	<b>Q4/2017</b>	<b>Q1/2018</b>
Jumlah HIV baru	10,376	23,204	33,660	48,300	10,506
HIV pada perempuan (%)	34	37	36	38	36
HIV pada laki-laki (%)	66	63	64	62	64
Jumlah kasus AIDS	673	1,851	4,555	9,280	4,298
AIDS pada perempuan (%)	29	30.6	33	36	34
AIDS pada laki-laki (%)	71	69.4	57	64	57
IRT dengan AIDS (%)	12.3	9.5	8.5	9.3	10.3
Faktor risiko heteroseksual (%)	24	23	23	22	21

Hal yang hampir serupa juga ditemukan dalam penemuan kasus AIDS baru setiap triwulannya. Walaupun skala permasalahan AIDS jauh lebih rendah dibandingkan dengan kasus HIV, data menunjukkan bahwa satu dari tiga kasus AIDS di Indonesia dialami oleh perempuan. Bila ditelaah lebih lanjut, kasus AIDS pada ibu rumah tangga (IRT) cukup signifikan. Walaupun proporsi kasus AIDS pada IRT sempat menurun secara tajam pada kuartal tiga 2017, namun mulai beranjak naik kembali pada dua kuartal berikutnya menjadi 10.3%. Situasi ini sangat dimungkinkan mengingat faktor 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. Risiko penularan HIV pada perempuan terjadi secara nyata yang disumbangkan dari angka penularan pada faktor risiko heteroseksual. Hal ini terkonfirmasi dengan ditemukannya kasus AIDS pada IRT dengan jumlah yang cukup tinggi.

Kerentanan perempuan terhadap HIV masih akan terus menjadi tantangan di masa mendatang. Proyeksi infeksi HIV baru yang dikeluarkan Kemkes pada 2017 mengonfirmasi hal tersebut (lihat tabel 3). Data tersebut merupakan permodelan matematika yang memungkinkan untuk mengetahui proyeksi perkiraan kasus HIV baru di Indonesia pada populasi tertentu sampai dengan tahun 2020. Seperti diketahui, permasalahan HIV di Indonesia dikategorikan sebagai epidemi terkonsentrasi, yaitu, penularan mayoritas berasal dari populasi kunci tertentu. Secara umum tren penularan HIV pada seluruh populasi diproyeksikan menurun kecuali pada populasi LSL. Proyeksi infeksi HIV baru pada populasi kunci sampai dengan 2020 relatif rendah, kecuali pada populasi LSL. Jumlah kasus HIV pada kelompok pekerja seks perempuan langsung dan tidak langsung, waria, serta penasun diestimasikan berjumlah kurang dari 1,000 kasus pada 2020. Sedangkan kasus HIV pada pekerja seks laki-laki dan laki-laki umum diestimasikan berkisar antara 2,000 sampai dengan 3,700 kasus. Data tersebut 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.

Tabel 3: Estimasi Proyeksi HIV Baru di Indonesia (AEM 2017)

<b><i>Proyeksi Infeksi HIV Baru (AEM, 2017)</i></b>					
<b>Populasi Kunci</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Pekerja Seks Langsung	1,101	1,057	1,017	983	951
Pekerja Seks Tidak Langsung	915	878	843	813	785
Klien Pekerja Seks	11,588	11,338	11,041	10,723	10,400
LSL	10,447	10,876	11,284	11,669	12,040
Pekerja Seks Laki-laki	2,088	2,143	2,197	2,253	2,308
Penasun	582	660	676	691	701
Waria	237	236	233	233	233
Laki-laki Non-Ponci	3,913	3,887	3,850	3,803	3,746
<b>Perempuan Non-Ponci</b>	<b>16,033</b>	<b>15,283</b>	<b>14,590</b>	<b>13,980</b>	<b>13,440</b>
<b>Total</b>	<b>46,905</b>	<b>46,357</b>	<b>45,729</b>	<b>45,147</b>	<b>44,604</b>

- ⊙ Permasalahan HIV di Indonesia berimplikasi baik terhadap laki-laki maupun perempuan
- ⊙ Temuan kasus HIV setiap triwulan secara konsisten menunjukkan proporsi jumlah perempuan terinfeksi HIV mencapai satu pertiga dari seluruh kasus
- ⊙ Kerentanan perempuan terhadap HIV terlihat dari data proyeksi penularan HIV sampai 2020 di mana estimasi perempuan nonpopulasi kunci menempati urutan tertinggi
- ⊙ Data nasional membuktikan adanya kebutuhan untuk mengurangi penularan HIV pada perempuan

### 3.1.2. SITUASI GENDER DALAM EPIDEMI HIV

Penularan kasus HIV yang berkembang pada subpopulasi perempuan ditemukan secara nyata dalam beberapa tahun terakhir pada implementasi program di lapangan. Peningkatan kasus HIV pada perempuan dirasakan terjadi secara nasional, baik pada daerah dengan epidemi HIV terkonsentrasi ataupun meluas. Sejalan dengan data kasus HIV yang dilaporkan, potensi peningkatan kasus terjadi karena tingginya penularan akibat perilaku seks yang berasal dari kelompok heteroseksual. Pada level nasional, tren peningkatan terlihat dari banyak ditemukannya penularan HIV dari ibu ke anak. Selain itu, perempuan juga banyak tertular HIV dari pasangannya. Penularan ini kemungkinan terjadi akibat hubungan seks pasangan yang tidak aman dengan pekerja seks, dan kemudian hubungan seks antarpasangan tetap tanpa kondom. Selain memiliki pasangan yang menjadi pelanggan pekerja seks,

informasi lain yang ditemukan di lapangan mengindikasikan banyaknya perempuan yang memiliki pasangan yang biseksual. Dengan tingginya angka penularan HIV pada kelompok LSL, praktik ini turut berkontribusi pada meluasnya penularan HIV pada perempuan. Pada daerah dengan jenis epidemi HIV meluas seperti di Jayapura, jumlah perempuan dengan HIV yang dilaporkan lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Situasi ini berbeda dengan data nasional yang melaporkan jumlah laki-laki dengan HIV lebih tinggi daripada perempuan.

*“Kalo tren peningkatannya itu justru yang umum itu ini... lebih banyak gitu dan kita lihat lebih lanjut ternyata adalah ibu rumah tangga yang tertular dari suaminya yang kebetulan jajan di populasi kunci tersebut.” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas*

*“Perempuan-perempuan juga ada yang berhubungan dengan laki-laki yang biseksual. Jadi itu harus di... harus diini juga gitu. Karena risikonya juga sangat tinggi.” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program*

*“emang khusus 2 atau 3 tahun terakhir ini, angka perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Misalkan ini sampai sekarang ini nih, jadi memang angkanya agak lebih besar dari laki-laki. Angka perempuan itu 16,618, sementara angka laki-laki 16,548.” – DKT Stakeholder Lokal, Jayapura*

Sayangnya, temuan berkembangnya penularan HIV pada populasi perempuan tidak diimbangi dengan program penanggulangan HIV yang sesuai. Program dan layanan HIV yang tersedia lebih banyak diperuntukkan untuk populasi kunci, terutama LSL. Strategi ini ditempuh mengingat tren penularan HIV yang terus meningkat pada populasi ini, baik dalam pelaporan kasus ataupun dalam prevalensi. Sehingga implementasi program, terutama yang dilakukan di kota besar seperti Jakarta dan Surabaya lebih banyak berfokus untuk menjangkau LSL. Dengan arah strategi program seperti ini, 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.

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

*“Trennya teman-teman LSL meningkat. Trennya, jadi jumlahnya dari... kalau di data kami yang Surabaya dari 16 ke 17 ada peningkatan yang cukup banyak.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

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

Program HIV bagi perempuan dirasa belum sepenuhnya mengakomodir kerentanan sosial perempuan dalam penularan HIV yang berkaitan dengan isu gender. Kerentanan perempuan terhadap HIV umumnya telah diketahui oleh pelaku respons HIV di lapangan. Hal yang membedakan perempuan dan laki-laki terhadap HIV diakui terdapat dalam aspek risiko penularan HIV. Saat ini,

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. Selain itu, stigma terhadap HIV pada perempuan juga dinilai lebih berat dibandingkan laki-laki. Terlepas dari HIV yang ditularkan oleh pasangannya, masyarakat cenderung untuk memberikan penilaian negatif sebagai perempuan “tidak benar”. Pandangan ini berbeda terhadap laki-laki yang mendapatkan pemakluman atas tindakan membeli seks. Hal ini kemungkinan dapat terjadi berkaitan dengan budaya patriarki yang berkembang di masyarakat yang memosisikan laki-laki lebih tinggi dalam kehidupan sosial dibandingkan perempuan. Ketimpangan relasi ini juga terbawa sampai dengan ranah keluarga. Ketidakterbukaan laki-laki terhadap perilaku seks tidak aman dan penyakit HIV yang diderita mengakibatkan penularan HIV terhadap pasangan menjadi meluas.

*“2010 kalau ga salah ya itu yang menunjukkan kalau angka... Pre valensi deh... Kejadian gitu ya lebih tinggi di perempuan kalau diperbandingkan. Bukan dari jumlahnya tapi dari risikonya” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program*

*“[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 nih’. Kalau laki laki yang nakal, ‘ya namanya laki laki’ [dimaklumin]” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB*

*“Kenapa ibu rumah tangga tinggi, karena mungkin tidak 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*

- ⊙ Implementasi program di lapangan menemukan penularan kasus HIV pada subpopulasi perempuan yang terasa perkembangannya dalam beberapa tahun terakhir
- ⊙ Perkembangan penularan HIV pada perempuan tidak menjadi perhatian utama mengingat fokus program mengacu pada peningkatan prevalensi HIV pada kelompok LSL
- ⊙ Tidak ditemukan program spesifik yang mencoba mengatasi kerentanan perempuan terhadap HIV
- ⊙ Terdapat kebutuhan untuk mempertimbangkan kerentanan dan peranan gender di masyarakat

## 3.2. STRUKTUR: KESENJANGAN KEBIJAKAN GENDER DALAM RESPONS HIV

---

### 3.2.1. KEBIJAKAN GENDER

Indonesia 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. Langkah awal yang dilakukan Indonesia adalah mengeluarkan Undang-undang No. 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW). Kebijakan ini menjadi dasar pengakuan dari negara bahwa diskriminasi terhadap perempuan tidak sesuai dengan prinsip dasar kemanusiaan dan menghambat realisasi potensi perempuan dalam pembangunan. Negara yang meratifikasi konvensi ini diharuskan untuk mengekspresikan prinsip kesetaraan bagi perempuan dan laki-laki dalam kebijakan nasional. Di antaranya dengan menerapkan sanksi hukum terhadap diskriminasi perempuan, membuat perlindungan hukum untuk menjamin kesetaraan perempuan, dan mengambil langkah-langkah strategis untuk menghilangkan diskriminasi terhadap perempuan. Langkah strategis dalam konteks ini termasuk perubahan pola budaya yang menunjukkan superioritas laki-laki terhadap perempuan dan pembagian peran<sup>2</sup>, kesempatan yang sama dalam pendidikan<sup>3</sup>, dan mengambil tindakan untuk memastikan akses kesehatan yang setara bagi perempuan dan laki-laki<sup>4</sup>. Dengan perlindungan dari hukum tertinggi dalam kebijakan Indonesia, kesetaraan gender telah dijamin oleh negara untuk terwujud.

Jaminan negara terhadap kesetaraan gender lantas dioperasionisasikan melalui berbagai kebijakan pendukung baik di tingkat nasional maupun daerah. Pada tingkat nasional, terdapat Instruksi Presiden No. 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional. Instruksi ini memerintahkan agar seluruh aparaturnya mulai dari tingkat menteri sampai dengan walikota untuk melaksanakan pengarusutamaan gender dalam seluruh kebijakan dan program pembangunan nasional yang dibuat. Mulai dari tahapan perencanaan, penyusunan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi<sup>5</sup>. Hal ini dinilai perlu agar dapat mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Dalam tataran nasional, bukti dari operasionalisasi kesetaraan gender terlihat dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 (RPJMN). Secara tegas isu penghilangan diskriminasi gender telah masuk visi pembangunan Indonesia yang ingin mewujudkan pemerataan pembangunan yang berkeadilan<sup>6</sup>. Hal

---

<sup>2</sup> Lihat artikel 5 Konvensi CEDAW (hlm. 5)

<sup>3</sup> Lihat artikel 10 Konvensi CEDAW (hlm. 6)

<sup>4</sup> Lihat artikel 12 Konvensi CEDAW (hlm. 7)

<sup>5</sup> Lihat poin 1 Inpres No.9/2000 (hlm. 2)

<sup>6</sup> Lihat RPJMN Buku 1 Bab 2 Kondisi Umum 8 Visi Pembangunan butir 5 (hlm. 8)

ini akan dicapai melalui peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang diukur melalui peningkatan Indeks Pembangunan Gender (IPG) dan Indeks Kesenjangan Gender (IKG). Salah satu target peningkatan kualitas SDM adalah dengan mengendalikan penyakit menular dan menurunkan disparitas akses kesehatan, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dan pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan<sup>7</sup>.

Meningkatkan pemahaman, komitmen, dan kemampuan para pelaku pembangunan akan pentingnya pengintegrasian gender dalam semua bidang dan tahapan pembangunan, serta penguatan kelembagaan dalam pengarusutamaan gender juga telah disadari sebagai tantangan utama dalam mempercepat peningkatan kesetaraan gender<sup>8</sup>. Dalam konteks ini, penerapan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG) menjadi salah satu arah kebijakan dari strategi nasional dan daerah yang harus diterapkan dan dievaluasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan meningkatkan partisipasi perempuan<sup>9</sup>. Untuk melengkapi operasionalisasi kesetaraan gender, turut dibuat Strategi Nasional Percepatan Pengarusutamaan Gender (PUG) melalui PPRG untuk memandu proses implementasi dan evaluasi<sup>10</sup>. Intensi untuk mencapai kesetaraan gender sangat jelas terlihat dalam arah kebijakan dan pembangunan di Indonesia. Arah untuk mengintegrasikan prinsip gender yang berkeadilan sampai ke tingkat daerah telah tersedia untuk diimplementasikan.

Panduan untuk mengoperasionalkan kesetaraan gender pada tingkat daerah juga terjamin melalui kebijakan yang dikeluarkan. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 67 Tahun 2011 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Daerah (versi perubahan) memberikan pedoman kepada pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan masyarakat yang berperspektif gender. Dalam kebijakan ini, pemerintah daerah diwajibkan menyusun kebijakan program dan kegiatan pembangunan yang dibuat berdasarkan alur kerja analisis gender (*Gender Analysis Pathways* - GAP) atau analisis lain<sup>11</sup>. Analisis ini berlaku saat proses pembuatan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis Satuan Kerja Pemerintahan Daerah (SKPD) dan Rencana Kerja SKPD. Bahkan, untuk mendukung upaya percepatan kelembagaan PUG di seluruh SKPD provinsi, gubernur akan membentuk Pokja PUG yang dikepalai oleh Ketua Bappeda<sup>12</sup>. Untuk mendukung analisis gender pada tingkat daerah, penyelenggaraan data gender terpilah difasilitasi melalui Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No.6 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Data Gender dan Anak Terpilah. Data terpilah ini dapat digunakan untuk pengelolaan data pembangunan, yang juga mengukur data hubungan relasi dalam status peran dan kondisi antara perempuan dan laki-laki, termasuk dalam bidang kesehatan<sup>13</sup>. Untuk memastikan proses PPRG berjalan pada tingkat daerah,

---

<sup>7</sup> Ibid Bab 2 Tiga Masalah Pokok Bangsa poin G (hlm. 19)

<sup>8</sup> Ibid poin G butir e (hlm. 20)

<sup>9</sup> Ibid Bab 6 poin 1 (hlm. 92)

<sup>10</sup> Lihat Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender untuk Kementerian dan Lembaga (2012) (hlm. 1)

<sup>11</sup> Lihat Permendagri No. 67 Tahun 2011 pasal 5 (1) (hlm. 5)

<sup>12</sup> Ibid pasal 9 (hlm. 6)

<sup>13</sup> Lihat PermenKPPPA No. 6 Tahun 2009 pasal 1 (4 & 5) (hlm. 4)

dikeluarkanlah Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No.2 tahun 2013 tentang Panduan Monitoring dan Evaluasi Perencanaan dan Penganggaran yang responsif gender di daerah. Panduan ini memastikan evaluasi terhadap pelaksanaan PPRG mulai dari tahapan persiapan, pelaksanaan, keluaran, dan hasil dari program yang berjalan di daerah dapat dilakukan<sup>14</sup>. Dengan kelengkapan perangkat kebijakan dan panduan yang tersedia, perencanaan dan implementasi program untuk mencapai kesetaraan gender secara *de jure* telah tersedia di Indonesia.

Bila menilik secara spesifik pada program kesehatan, isu pengarusutamaan gender telah secara spesifik diakui untuk dapat diimplementasikan. Hal ini diperjelas dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan No.1459 Tahun 2010 tentang Panduan Kebijakan Perencanaan dan Anggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan. Kebijakan ini mengakui isu gender dalam bidang kesehatan sebagai masalah kesenjangan perempuan dan laki-laki dalam hal akses, peran atau partisipasi, kontrol, dan manfaat yang diperoleh mereka dalam pembangunan kesehatan<sup>15</sup>. Sehingga masalah kesehatan tidak boleh hanya dilihat pada masalah penyediaan layanan, tetapi juga perlu melihat pada hubungan sosial budaya seperti prevalensi dan tingkat keparahan penyakit; kerentanan fisik terhadap penyakit; faktor risiko; persepsi dan respons terhadap penyakit; akses terhadap sarana kesehatan; serta keterpaparan dan kerentanan penyakit, yang menyebabkan perbedaan *outcome* kesehatan pada perempuan dan laki-laki. Kebijakan ini memasukkan gender sebagai bagian terintegrasi dalam siklus perencanaan dan penganggaran Kemkes. Setiap program atau kegiatan di lingkungan Kementerian Kesehatan harus menggunakan proses GAP sebelumnya untuk memastikan kebutuhan dan manfaat dari program dan layanan kesehatan dapat berkontribusi untuk menutup kesenjangan akses, partisipasi/kontrol, dan manfaat antara perempuan dan laki-laki.

- ⊙ Indonesia telah memiliki kebijakan yang cukup mumpuni untuk mendukung pencapaian kesetaraan gender yang diawali dengan UU yang meratifikasi Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan
- ⊙ Jaminan negara terhadap kesetaraan gender lantas dioperasionisasikan melalui kebijakan pendukung untuk memastikan isu kesetaraan gender masuk dalam Rencana Pembangunan Nasional dan Daerah
- ⊙ Perangkat pendukung yang tersedia mencakup kebijakan nasional untuk mengimplementasikan PUG dan PPRG di instansi kementerian dan perangkat daerah
- ⊙ Isu pengarusutamaan gender dan anggaran yang responsif gender telah diakui sebagai bagian terintegrasi dalam pengembangan program kesehatan

<sup>14</sup> Lihat PermenKPPPA No. 2 Tahun 2013 pasal 4 (hlm. iii)

<sup>15</sup> Lihat Permenkes No. 1459 Tahun 2010 poin B (hlm.7).



### 3.2.2. KEBIJAKAN HIV DAN DIMENSI GENDER

Program HIV yang responsif gender dapat dilihat dari sejauh mana kebijakan terkait HIV yang tersedia telah mendorong kesetaraan akses, kontrol/partisipasi, dan manfaat bagi semua populasi. Untuk mengkaji bagian ini, definisi yang digunakan sebagai pisau analisis mengacu pada pengertian pada Kepmenkes No. 1459 Tahun 2010 di mana akses didefinisikan sebagai upaya kesehatan dari dimensi ketersediaan sarana dan/atau upaya kesehatan; keterjangkauan dari sisi geografis dan transportasi (jarak dan waktu); keterjangkauan secara ekonomi; dan keterjangkauan secara psikis dan sosiokultural. Sedangkan partisipasi didefinisikan sebagai keterwakilan dan keterlibatan aktif perempuan dan laki-laki dalam upaya kesehatan seperti dalam hal promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif baik dari sisi penerima manfaat dan penyedia layanan kesehatan. Kontrol adalah keputusan terhadap pengalokasian dan penggunaan sumber daya yang tersedia di tingkat rumah tangga, komunitas, pemerintahan yang berhubungan dengan upaya kesehatan bagi laki-laki dan perempuan. Terakhir, manfaat dilihat sebagai keuntungan yang diterima laki-laki dan perempuan dalam upaya kesehatan dalam konteks kebutuhan praktis gender dan kebutuhan strategis gender<sup>16</sup>.

Secara umum, isu kesetaraan gender telah dipertimbangkan sebagai isu penting yang harus diperhatikan dalam respon penanggulangan HIV walaupun masih dalam konteks yang terbatas. Respon terhadap isu HIV sendiri sebenarnya akan tetap menjadi salah satu penyakit penting yang ditangani pemerintah. Kebijakan kesehatan tentang penanggulangan penyakit menular di Indonesia telah memasukkan HIV sebagai salah satu penyakit penting yang masuk dalam upaya kesehatan yang dilakukan secara sinergi oleh pemerintah nasional, pemerintah daerah, dan masyarakat<sup>17</sup>. Dalam penanggulangan HIV ini, kesetaraan gender menjadi salah satu aspek krusial dalam implementasinya. Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS yang menjadi payung kebijakan dalam menjalankan program HIV di Indonesia telah memasukkan kesetaraan gender sebagai salah satu prinsip yang dipegang dalam menjalankan strategi penanggulangan<sup>18</sup>. 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. Sayangnya, pedoman ini tidak menjelaskan bagaimana cara mengaplikasikan prinsip gender dalam pelayanan<sup>19</sup>. Isu gender lain yang terakomodir dalam kebijakan HIV adalah relasi kuasa antara laki-laki dan perempuan telah dipertimbangkan saat proses pemberian konseling HIV<sup>20</sup>. Pertimbangan terhadap maskulinitas pelanggan pekerja seks dan keterlibatan laki-laki dalam penanggulangan HIV juga telah masuk sebagai implementasi program<sup>21</sup>. Pemilahan layanan berdasarkan jenis kelamin dan usia dalam pemberian ARV juga telah masuk dalam kebijakan HIV<sup>22</sup>. Walaupun hanya terdapat dalam

---

<sup>16</sup> Ibid Bab V (hlm.27)

<sup>17</sup> Lihat Permenkes No. 82 Tahun 2014 Bab III pasal 5 (hlm. 6)

<sup>18</sup> Lihat Permenkes No. 21 Tahun 2013 Bab II pasal 4 (b) (hlm. 5)

<sup>19</sup> Lihat Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (hlm. 4) (Kemkes, 2012)

<sup>20</sup> Lihat Permenkes No. 74 Tahun 2014 (hlm. 52)

<sup>21</sup> Lihat PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention Through Sexual Transmission Guidelines (hlm. 28) (KPAN, 2014)

<sup>22</sup> Lihat Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (Kemkes, 2017)

sebagian kecil kebijakan HIV, namun hal ini menunjukkan pertimbangan gender telah terhubung dengan respon HIV.

Selain pertimbangan gender, potensi perluasan akses layanan HIV bagi seluruh penerima manfaat, baik perempuan dan laki-laki juga tergambar dalam beberapa kebijakan HIV. Jaminan agar setiap daerah wajib melaksanakan pemeriksaan HIV bagi masyarakatnya telah tersedia dengan dikeluarkannya Permenkes No. 43 Tahun 2016<sup>23</sup>. Selain itu, metode untuk melakukan tes HIV juga dikembangkan tidak hanya dengan cara statis, tetapi juga secara *mobile* sehingga lebih mudah diakses penerima manfaat<sup>24</sup>. Perluasan akses untuk program Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) juga terjamin melalui strategi pengintegrasian dengan layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang tersedia di seluruh seluruh fasilitas layanan kesehatan (Fasyankes)<sup>25</sup>. Dalam konteks pengobatan HIV, kebijakan untuk memberikan ARV bagi seluruh orang dengan HIV AIDS (ODHA) juga telah tersedia<sup>26</sup>. Bahkan terdapat kebijakan yang mengatur prosedur spesifik dalam pemberian ARV bagi anak dengan HIV dengan berbagai latar belakang seperti misalnya yang terinfeksi dari ibunya ataupun yang tertular akibat kekerasan seksual<sup>27</sup>. Perhatian lebih juga diberikan bagi kelompok populasi kunci (ponci) dengan dikeluarkannya kebijakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan dan pencegahan HIV bagi mereka<sup>28</sup>. Selain itu, strategi untuk meningkatkan cakupan dan mengurangi *loss-to-follow-up* (LFU) ARV pada ponci dilakukan melalui kolaborasi antara fasyankes dengan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)<sup>29</sup>. Dukungan terhadap pelaksanaan dan keberlanjutan program HIV juga dijamin melalui pengaturan koordinasi dan rujukan antar pemangku kepentingan<sup>30</sup>, serta partisipasi daerah untuk menyediakan anggaran tes HIV dan IMS<sup>31</sup>. Dengan adanya kebijakan ini, diharapkan dapat memperluas akses dan cakupan layanan HIV bagi populasi yang membutuhkan.

Namun di saat yang sama terdapat beberapa kebijakan HIV yang juga berpotensi menjadi hambatan bagi populasi tertentu dalam mengakses layanan yang tersedia. Dalam konteks pengobatan HIV, terdapat persyaratan tambahan lain yang menyebutkan ARV hanya dapat diberikan bagi ODHA dengan jumlah CD4 kurang dari 350ml/copy<sup>32</sup>. 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<sup>33</sup>. Kebijakan terhadap strategi nasional HIV cenderung bersifat umum tanpa menyoroti faktor kerentanan dan kebutuhan tertentu yang dialami oleh populasi

---

<sup>23</sup> Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 pasal 2 (hlm. 4)

<sup>24</sup> Lihat SE Menkes No. PM.01.06/D3/III3/1972/2016

<sup>25</sup> Lihat Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu Ke Anak bagian 1.2 (hlm. 2) (Kemkes, 2015)

<sup>26</sup> Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 2 (hlm. 3)

<sup>27</sup> Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak bagian penilaian dan tatalaksana (hlm.1) (Kemkes, 2014)

<sup>28</sup> Lihat SRAN HIV (KPAN, 2015) (hlm. 10)

<sup>29</sup> Lihat SE Kemkes PM.01.06/D3/III3/2236/2016 (hlm.1)

<sup>30</sup> Lihat Panduan Penerapan Layanan Komprehensif Berkesinambungan HIV IMS (hlm. 17) (Kemkes, 2012)

<sup>31</sup> Lihat SE Dirjen P2PL No. HK.02.03/D/III.2/823/2013; SE Menkes No. 129 Tahun 2013

<sup>32</sup> Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 2 (hlm.3)

<sup>33</sup> Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 pasal 2 (hlm. 4)

tertentu<sup>34</sup>. Misalnya, pelayanan IMS tidak memprioritaskan populasi pekerja seks perempuan dan laki-laki serta pelanggan pekerja seks yang sudah jelas memiliki risiko penularan lebih tinggi dibandingkan populasi lain<sup>35</sup>. Intervensi spesifik yang menasar kerentanan pekerja seks dalam penularan IMS seperti negosiasi kondom juga belum tersedia<sup>36</sup>. Penasun perempuan berpotensi terhambat dalam mengakses Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) mengingat tidak ada mekanisme khusus yang dibuat bagi pasien perempuan.

Selain itu, walaupun relasi kuasa telah dipertimbangkan dalam konseling individual, namun tidak ada prosedur yang jelas untuk mengatasi relasi kuasa dalam konseling HIV berpasangan<sup>37</sup>. Bahkan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2013 – sebagai payung kebijakan HIV – yang menyatakan kesetaraan gender sebagai salah satu prinsip dasar pelayanan HIV tidak menjelaskan lebih lanjut mengenai metode dan cara untuk mengoperasionalkan gender dalam layanan. Sehingga tidak heran bila pelayanan ARV tidak mempertimbangkan isu gender dalam implementasinya. Layanan ARV diberikan secara umum tanpa ada pemilahan jenis kelamin, sehingga sulit untuk melihat kesenjangan gender dalam pengobatan HIV<sup>38</sup>. Jelas terlihat terdapat konflik dalam kebijakan HIV di Indonesia. Berbagai macam kebijakan dikeluarkan dengan tujuan untuk memperluas akses pelayanan dan program HIV. Namun kebijakan yang dibuat masih bersifat umum dengan asumsi pelayanan HIV diperuntukkan bagi semua orang. Hal ini menyebabkan faktor kerentanan yang dihadapi oleh sebagian populasi, termasuk kerentanan gender luput untuk diakomodir dalam kebijakan HIV yang berkaitan dengan perluasan akses layanan. Akibatnya, jaminan untuk mendapatkan akses layanan HIV tidak dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penerima manfaat.

Jaminan partisipasi dan kontrol bagi penerima manfaat juga belum terlalu tampak dalam kebijakan HIV yang tersedia saat ini. Mayoritas kebijakan HIV yang ada tidak menggambarkan keterlibatan pasien atau penerima manfaat dalam layanan HIV, TB, pengobatan ARV, PPIA, ataupun PTRM<sup>39</sup>. Kebijakan yang tersedia lebih banyak memberikan arahan mengenai bagaimana pelayanan HIV seharusnya diberikan<sup>40</sup>. Hanya dua kebijakan HIV yang mengangkat tentang keterlibatan komunitas itupun hanya dalam batas pencegahan dan promosi<sup>41</sup> dan monitoring program melalui sistem pelayanan publik<sup>42</sup>, tanpa menjelaskan keterlibatan dalam siklus programatik respon HIV. Peran

---

<sup>34</sup> Lihat SRAN HIV (KPAN, 2015)

<sup>35</sup> Lihat Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (Kemkes, 2012) (hlm. 8)

<sup>36</sup> Lihat PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention through Sexual Transmission Guideline (KPAN, 2014) (hlm. 11)

<sup>37</sup> Lihat Permenkes No.82 Tahun 2014 (hlm. 9)

<sup>38</sup> Lihat SE Menkes PM.01.06/D3/III3/2236/2016

<sup>39</sup> 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

<sup>40</sup> 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)

<sup>41</sup> Lihat Permenkes No.21 Tahun 2013 pasal 51 (1c) (hlm. 27)

<sup>42</sup> Lihat Permenkes No. 43 Tahun 2016 Bab I poin A (hlm 8); RAN Pengendalian HIV Bidang Kesehatan 2015-2019 (Kemkes, 2015) (hlm. 52)

keterlibatan tersebut lebih banyak diarahkan kepada LSM atau *peer leader*, bukan kepada penerima manfaat langsung<sup>43</sup>. Kontrol penerima manfaat dalam pelayanan tes pun sangat terbatas. Hal ini terlihat dari tidak adanya mekanisme dalam kebijakan HIV bagi penerima manfaat untuk bersedia atau menolak melakukan tes HIV<sup>44</sup> dan tidak ada kontrol mengenai penggunaan layanan HIV yang diberikan<sup>45</sup>. Dalam kebijakan yang melibatkan anak dengan HIV, peran dari orang tua atau wali dalam pengobatan ARV tidak tersedia<sup>46</sup>. Dari kajian ini dapat disimpulkan bahwa ruang bagi penerima manfaat untuk dapat berpartisipasi dan turut melakukan kontrol terhadap pelayanan HIV masih sangat terbatas.

Beberapa keterbatasan juga ditemukan dalam konteks manfaat dari pelayanan HIV pada kebijakan HIV yang tersedia. Tidak dinafikan bahwa kebijakan HIV yang ada saat ini telah menghasilkan manfaat bagi penerima layanan baik perempuan maupun laki-laki. Misalnya, proses deteksi dini untuk kasus HIV dan TB lebih terjamin<sup>47</sup>. Selain itu, jaminan bagi ponci, ibu hamil, dan anak dengan HIV untuk mendapatkan pengobatan HIV dini juga telah tersedia<sup>48</sup>. Dalam kebijakan pengobatan HIV, penerima manfaat memperoleh pengobatan yang terstandarisasi<sup>49</sup>. Ketersediaan data terpilah berdasarkan gender bagi pasien yang menjalani ART juga sudah dimandatkan yang memungkinkan analisis gender terhadap penggunaan ARV dapat dilakukan<sup>50</sup>. Tes HIV juga menjadi lebih mudah diakses bagi penerima manfaat dengan adanya berbagai metode untuk melakukan tes HIV, baik melalui *mobile* yang dilakukan oleh puskesmas ataupun melalui *finger prick*<sup>51</sup>. Hambatan terhadap proses penegakan status HIV juga telah dihilangkan dengan ketentuan tes HIV gratis sehingga menjadi lebih mudah diakses<sup>52</sup>.

Namun, di saat yang sama terdapat beberapa potensi yang dapat menghambat manfaat dari pelayanan. Peluang untuk mendapatkan layanan HIV dan IMS yang paripurna hanya terbuka bagi pekerja seks yang bekerja di lokalisasi, mengingat tidak ada arahan spesifik untuk memberikan pelayanan bagi pekerja seks jalanan atau tempat hiburan<sup>53</sup>. Pada ponci lain, penasun perempuan juga berpeluang kecil untuk menggunakan layanan PTRM mengingat layanan diberikan secara umum dan tidak mengakomodir kebutuhan perempuan<sup>54</sup>. Pemerintah daerah juga sudah dianjurkan untuk menyediakan anggaran untuk pelayanan HIV dan IMS, tetapi tidak melalui mekanisme PPRG. Hal ini

---

<sup>43</sup> Lihat PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention through Sexual Transmission Guideline (KPAN, 2014) (hlm. 20)

<sup>44</sup> Lihat Permenkes No. 74 Tahun 2014

<sup>45</sup> Lihat Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV - IMS Berkesinambungan (Kemkes, 2012)

<sup>46</sup> Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak (Kemkes, 2014)

<sup>47</sup> Lihat SE Dirjen P2PML No. PM.01.02/3/1038/2017; Permenkes No.43 Tahun 2016

<sup>48</sup> 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)

<sup>49</sup> Lihat Permenkes No.87 Tahun 2014 pasal 9 (1) (hlm. 5)

<sup>50</sup> Lihat Protocol for Generating District Level Targets for ART and KP Coverage (Kemkes, 2017)

<sup>51</sup> Lihat SE Dirjen P2PML No. 01.06/D3/III3/1972/2016; Permenkes No.74 Tahun 2014

<sup>52</sup> Lihat SE Menkes No. 129 Tahun 2013

<sup>53</sup> Lihat SE Menkes No. 129 Tahun 2013

<sup>54</sup> Lihat Permenkes No.57 Tahun 2013

mengakibatkan kesenjangan layanan antara populasi perempuan dan laki-laki tidak diketahui<sup>55</sup>. Kebijakan Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS memang memberikan potensi manfaat bagi ponci dari berbagai latar belakang untuk mendapatkan pelayanan HIV, sayangnya hanya berfokus pada aspek media. Kebijakan ini belum mempertimbangkan aspek kerentanan sosial, ekonomi, dan politik yang juga berpengaruh terhadap respons HIV. Selain itu, walaupun anak dengan HIV mendapatkan peluang untuk mendapatkan pengobatan, tetapi tidak ada informasi mengenai jenis obat ARV khusus yang harus diberikan<sup>56</sup>. Aspek manfaat kebijakan HIV yang tersedia umumnya hanya terfokus pada upaya untuk meningkatkan cakupan, tanpa melihat potensi manfaat untuk mengatasi kesenjangan lain, termasuk isu gender.

Selain kebijakan HIV di tingkat nasional, terdapat juga peraturan daerah (Perda) yang mengatur lingkup pelayanan dan program HIV di tingkat lokal. Ketersediaan Perda HIV di setiap lokasi penelitian memungkinkan untuk melihat sejauh mana isu gender telah direspons dalam penanggulangan HIV di daerah. Secara umum, konsep kesetaraan gender telah secara eksplisit disebutkan sebagai prinsip dasar dalam Perda HIV untuk menjalankan program HIV di keempat lokasi penelitian<sup>57</sup>. Sayangnya, prinsip dasar ini tidak tertuang dalam fokus implementasi respons HIV. Mayoritas isi Perda HIV berfokus pada penjelasan mengenai pelayanan yang dapat diberikan walaupun dalam lingkup yang berbeda-beda. Di semua lokasi penelitian, 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 penanggulangan HIV. Sedangkan 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 antar instansi dan OMS dalam penanggulangan HIV hanya diatur dalam Perda di Jayapura dan Medan. Dalam konteks penerapan sanksi hukum yang berkaitan dengan HIV, Kota Medan menerapkan sanksi jika terjadi pelanggaran kewajiban oleh badan usaha atau orang dalam implementasi program penanggulangan HIV. Penerapan sanksi ini juga ditemukan di Jayapura yang menyebutkan pidana kurungan paling lama 6 bulan dan/atau denda paling banyak 50 juta rupiah bila

---

<sup>55</sup> Lihat SE Dirjen P2PML No. HK.02.03/D/III.2/823/2013

<sup>56</sup> Lihat Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak (Kemkes, 2014)

<sup>57</sup> **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

ada pelanggaran dari kewajiban dalam upaya penanggulangan oleh kelompok risiko tinggi, pemilik tempat risiko tinggi, orang yang tidak terinfeksi HIV, ODHA, dan sektor swasta. Di sisi lain, tidak ada penerapan sanksi untuk kelalaian pelayanan yang diberikan oleh pemerintah daerah. Sedangkan di Surabaya, penerapan sanksi ditujukan untuk pengelola hiburan malam yang lalai melakukan tes HIV pada pegawainya. Dapat dikatakan bahwa Perda HIV di keempat lokasi penelitian 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.

- ⊙ Terdapat konflik antara kebijakan gender dan realisasinya pada kebijakan HIV di Indonesia
- ⊙ Walaupun jaminan untuk mencapai kesetaraan gender sudah tersedia, tetapi tidak terefleksikan pada tataran teknis dan operasional
- ⊙ Pada kebijakan HIV, fokus pengaturan lebih kepada sisi akses tanpa ada jaminan untuk meningkatkan aspek partisipasi/kontrol dari penerima manfaat
- ⊙ Masalah kesenjangan akses, partisipasi/control, dan manfaat yang berkontribusi pada *outcome* kesehatan tidak terelaborasi dengan baik
- ⊙ Walaupun Perda HIV dapat mengatur pelaksanaan di tingkat lokal, tetapi kesetaraan gender hanya berupa prinsip tertulis tanpa ada realisasi di tatatan operasional untuk menutup kesenjangan gender

### 3.3. RELASI KUASA: IMPLEMENTASI DALAM PELAYANAN HIV

---

Bagian ini menggambarkan temuan tentang relasi kuasa yang direpresentasikan melalui implementasi dalam pelayanan HIV baik yang diberikan oleh fasyankes maupun OBK (selanjutnya disebut penyedia layanan). Pertama, temuan mengenai persepsi tentang PUG dan PPRG disampaikan untuk memberikan gambaran umum sejauh mana isu gender dipahami dalam pelayanan HIV. Persepsi yang dimiliki akan memengaruhi cara penyediaan layanan dilakukan yang menjadi pembahasan selanjutnya. Bagian kedua berisi temuan terkait strategi, metode, dan pendekatan dalam pelayanan yang telah diberikan selama ini. Bagian ini akan ditutup dengan pemaparan temuan tentang isu gender yang masih terabaikan serta potensi integrasi gender dalam respons HIV.

#### 3.3.1. PERSEPSI TENTANG PENGARUSUTAMAAN GENDER DAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN RESPONSIF GENDER

Istilah gender sudah menjadi kosakata umum dalam perbincangan isu HIV, tetapi masih terjadi multi-interpretasi dari berbagai pihak. Pemerintah Indonesia secara resmi memahami gender lebih kepada

posisi dan pembagian peran antara laki-laki dan perempuan, tanpa melibatkan waria di dalamnya. Namun, penggiat HIV melihat konteks gender lebih luas dari itu. Populasi waria dan LSL juga dianggap sebagai kelompok yang patut dipertimbangkan saat berbicara mengenai gender. Hal ini wajar terjadi mengingat kedua kelompok tersebut menjadi salah satu fokus ponci yang menjadi target penanggulangan HIV di Indonesia. Sayangnya, kelompok tersebut tidak terlalu terakomodasi ketika membicarakan tentang konsep kesetaraan gender. Konsep ini lebih condong melihat kesetaraan bagi perempuan dan laki-laki, baik dalam perlakuan, pekerjaan, dan kesempatan. Tampaknya perdebatan mengenai waria dan LSL dalam ranah gender tidak mengakar sampai pada tataran operasional program mengingat keterbatasan definisi yang dianut pemerintah.

*“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**

*“Persoalan keseutamaan gendernya udah ga perempuan lagi sekarang. Bahwa gender-gender yang marginal itu justru transgender perempuan, transgender laki-laki juga adalah kelompok yang sangat termarginalisasi”* – **DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB**

*“Kesetaraan... Saya pikir kesetaraan di sini tidak hanya laki dan perempuan saja, tapi kesetaraan juga bagaimana memanusiakan transgender, waria, LSL juga seperti itu.”* – **DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program**

*“Meminta apa artinya minta persamaan di semua artinya merasa mendapat perlakuan, kerjaan, menuntut persamaan jadi tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan...”* – **Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura**

Secara umum pemahaman informan di semua lokasi penelitian tentang PUG masih bervariasi. Sebagian kecil informan memahami PUG sebagai strategi nasional yang dibuat secara sistematis untuk mewujudkan keadilan gender. Namun, sebagian besar memahami PUG sebagai sebuah konsep perlakuan yang diberikan secara 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. Mayoritas penyedia layanan HIV di tingkat lokal cukup familier dengan istilah gender, tetapi jarang yang mengetahui dan dapat mendeskripsikan PUG secara tepat. Hal serupa juga ditemukan pada pemangku kepentingan yang seyogianya berperan untuk membuat kebijakan pelayanan HIV di daerah. Walaupun istilah PUG tampak lebih dikenal di kalangan *stakeholders*, tetapi belum ada yang bisa memberikan pengertian yang sesuai. Begitupun dengan kelompok informan dari penerima manfaat juga mengartikan konsep gender sebagai tidak mendiskriminasi dalam pemberian layanan yang diberikan. Tampaknya ketidakpahaman tentang PUG terinternalisasi dari tatanan tertinggi pembuat kebijakan HIV dan mengalir serupa pada 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.



*“pengarusutamaan gender ini sepertinya program yang dibuat untuk membuat kesetaraan, keadilan gender ini membuat jadi pemahaman bersama, karena dibuat secara nasional, sistematis gitu ya. Jadi seperti membangun sih” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program*

*“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*

*“Pengarusamaan gender apa ya? Ya kalau yang saya pahami untuk... untuk HIV sih memang harusnya banyak apa... program atau aktivitas yang dilakukan memang lebih banyak memberi perhatian atau porsi ke perempuan ya. Karena perempuan lebih berisiko kalo di Papua dibanding laki-laki.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“[gender itu] terkait layanan. Sebenarnya yang penting ya jangan membeda-bedakan lah udah itu aja aku pengennya” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jakarta*

Bagi penyedia layanan dan penerima manfaat, PUG lebih diterjemahkan pada pelaksanaan teknis di tataran pelayanan. Penyedia layanan menganggap dengan melakukan PUG berarti memberikan perlakuan yang sama dan setara terhadap setiap pasien dan/atau dampingan, baik perempuan maupun laki-laki. PUG dipahami sebagai prinsip kerja yang wajib dilakukan dalam pelayanan kesehatan dalam memberikan akses kesehatan bagi masyarakat, tanpa memandang gender. Sehingga pasien dan/atau dampingan perempuan dan laki-laki yang mengakses layanan dilihat sebagai satu entitas yang sama, tanpa mempertimbangkan aspek sosial, ekonomi, dan budaya yang dapat berkontribusi pada kerentanan penyakit. Pengertian “kesetaraan gender” ini lantas dipahami juga oleh penerima manfaat sebagai pelayanan yang baik oleh penyedia layanan, terlepas dari apapun gendernya. Selain dirasa memang sudah menjadi sebuah kewajiban, penerima manfaat juga menilai bahwa sikap penyedia layanan yang adil terhadap semua gender juga dapat menciptakan suasana yang nyaman dalam mengakses layanan kesehatan. Selama layanan yang diterima sama untuk semua orang, maka penerima manfaat tidak merasa ada permasalahan gender dalam program HIV.

*“...kalau gender itu tidak bisa dibedakan laki-laki dan perempuan, semua harus kita lihat sebagai umat manusia yang harus ditolong.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“...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*



Lingkup PUG bagi pemangku kepentingan HIV sedikit lebih luas dari sekadar pelayanan kesehatan saja, tetapi juga meliputi kesamaan kesempatan dan kepemimpinan. Menurut pemangku kepentingan, PUG juga meliputi pemberian kesempatan yang sama bagi perempuan dalam ranah pendidikan dan politik. Dalam konteks ini, perempuan diberi kesempatan untuk dapat berkompetisi dengan laki-laki tanpa adanya pembatasan. Kesempatan bagi perempuan untuk dapat menimba ilmu setinggi mungkin dan memiliki kapasitas yang layak harus diciptakan agar dapat menjadi pemimpin. Sehingga, selama dirasa tidak ada perbedaan kesempatan bagi perempuan dan laki-laki dalam sektor pendidikan, maka situasi ini sudah dianggap mencapai posisi PUG yang ideal. Tidak ditemukan informasi yang menunjukkan 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 untuk mengurangi kesenjangan gender.

*“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*

*“...Jadi fokus soal perempuan di politik, perempuan di tempat kerja, model-model bagaimana perempuan mengambil leadership gitu kan...” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB*

Keterbatasan pemahaman tentang PUG juga terefleksikan dalam implementasi pelayanan HIV yang diberikan, baik secara teknis maupun pengelolaan organisasi. Dalam konteks teknis, informan merasa pelayanan dan program HIV yang berjalan saat ini sudah terintegrasi dengan isu gender karena telah diberikan untuk semua orang baik perempuan, laki-laki, bahkan waria. Hal ini terjadi karena yang menjadi target dalam menjalankan program HIV hanya faktor risiko penularan. Ketika fasyankes dan OBK telah menjalankan layanan pencegahan dan pengobatan terkait HIV yang ditujukan bagi ponci dari semua gender, maka sudah dianggap menjalankan kesetaraan gender. Selain itu, slogan layanan HIV yang tidak melakukan tindakan diskriminasi dan memberikan layanan ramah kepada penerima manfaat juga diartikan sebagai salah satu contoh telah terintegrasinya layanan HIV dan isu gender karena dianggap tidak memberikan perbedaan layanan. Salah satu yang berkontribusi untuk membentuk persepsi ini adalah kebijakan HIV yang tidak melakukan pemilahan gender. Misalnya, dalam Standar Pelayanan Minimal yang menyatakan pelayanan HIV harus diberikan kepada semua orang

*“kalau menurut saya sudah [terintegrasi]. Karena kalau dilihat dari komposisi jenis kelamin lah kalau laki-laki dan perempuan memang ada, TG juga gitu kan, nah itu juga sudah ada” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

*“Karena pikiran kami populasi umum, jadi karena layanan kami rata, universal kami tidak ada diskriminasi. Kedua, karena tidak perlu bayar. Jaminan mau dia anak-anak pun kita layani sama, tidak ada perbedaan. Ini sudah diimplementasikan di program” – Wawancara Penyedia Layanan (Rumah Sakit), Jayapura*

*“kalau Standar Pelayanan Minimal itu kan kita istilahnya semua orang yang memenuhi faktor risiko itu harus mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar. Berarti semua orang, karena di situ tidak dibunyikan laki-laki dan perempuan, tapi semua orang.” – DKT Stakeholder, Jakarta*

Selain pemberian pelayanan HIV yang umum bagi semua orang, salah satu contoh integrasi gender dengan layanan HIV dilihat dari sudah tersedianya beberapa layanan yang spesifik dibuat untuk perempuan. Contoh program yang paling banyak disebutkan adalah PPIA, mengingat target utama penerima manfaat ini adalah perempuan dengan HIV dan ibu hamil. Selain itu, program yang menysasar alat kesehatan reproduksi seperti penanganan IMS juga sering disebutkan. Dalam konteks program pencegahan, ketersediaan program penjangkauan yang menysasar pekerja seks perempuan dan waria juga dianggap sebagai salah satu bukti adanya integrasi antara layanan HIV dengan gender. Terlebih lagi, skala pelaksanaan program seperti PPIA dan penjangkauan yang merata dilakukan hampir di seluruh Indonesia menambah keyakinan bahwa bahwa respons penanggulangan HIV telah mempertimbangkan isu gender.

*“...salah satu yang kaitannya sangat erat itu mungkin PMTCT yang paling dekat ya mempertimbangkan faktor reproduksi perempuan.” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB*

*“...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*

Sedangkan dalam konteks pengelolaan organisasi, integrasi gender dianggap sudah terjadi berdasarkan pengakuan atas keterlibatan perempuan dalam pengelolaan program HIV. Banyak informan yang mengambil contoh dengan merujuk pada kebijakan internal organisasi yang memberikan alokasi peran kepada perempuan. Misalnya, adanya 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. Selain itu, keputusan organisasi untuk merekrut pekerja perempuan dilakukan untuk menjamin adanya keterlibatan perempuan dalam program HIV yang diimplementasikan organisasi. Kebijakan organisasi untuk memberikan cuti hamil dan haid bagi pekerja perempuan juga dianggap sebagai bagian dari integrasi gender dalam program HIV. Langkah-langkah ini dapat dikatakan sebagai awal yang baik dari proses integrasi gender. Sayangnya, langkah selanjutnya untuk melihat sejauh mana keterlibatan perempuan telah berdampak pada kesenjangan tidak dilakukan. Situasi ini sejalan dengan kesenjangan pemahaman mengenai PUG yang dimiliki mayoritas penyedia layanan HIV.

*“...PUGnya dalam hal yang lain. Misalnya kepengurusan harus... eh laki perempuan 50:50. Iya itu ada di aturan di sini...” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“...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*

Keterbatasan pemahaman terhadap PUG dan hasil penerapannya dalam layanan teknis dan pengelolaan program HIV akhirnya berdampak pada aktualisasi PPRG. Konsep PPRG umumnya lebih dipahami oleh informan pemangku kepentingan, dibandingkan penyedia layanan dan penerima manfaat HIV. Hal ini wajar terjadi mengingat PPRG adalah konsep yang lebih bersifat struktural dibandingkan teknis di lapangan. Sayangnya, meski pemangku kepentingan sudah familier dengan istilah PPRG, tetapi pemahaman terhadap konsep ini masih bervariasi. Pada tingkat konseptual, PPRG dipahami sebagai indikator terhadap implementasi PUG dalam program. Sebagian pemangku kepentingan berpendapat bahwa PPRG identik dengan anggaran yang berkaitan dengan gender atau perempuan. Pendapat lain menyatakan bahwa alokasi anggaran secara alami harus disediakan untuk semua penduduk sehingga tidak boleh dipilah berdasarkan gender. Pemahaman ini menyebabkan, beberapa informan menyatakan bahwa alokasi anggaran yang ada di instansi mereka tidak membedakan kebutuhan setiap populasi gendernya. Bahkan beberapa pemangku kepentingan menyatakan tidak ada penerapan PPRG dalam program di instansi mereka. Program yang spesifik perempuan itu pada dasarnya telah diakomodir oleh APBN. Meskipun dinyatakan telah ada anggaran program khusus perempuan, tetapi implementasi PPRG belum merata di empat lokasi penelitian.

*“Aku dengar ya di gender budgeting itu di layanan kesehatan bagi perempuan, sama nutrisi perempuan mungkin ya, pendidikan. Indikator yang diisukan pendidikan, pekerjaan, terus keikutsertaan dalam politik. Politik ya... pendidikan politik bagi perempuan.” – DKT Stakeholder Nasional, Lembaga PBB*

*“Kita tidak hanya bicara soal HIV ya. Jadi semua kegiatan itu harus PPRG ya. Jadi PPRG ini kalau bicara soal gender ada terlihat secara gamblang kalau ini gender. Ada juga yang perspektif tadi untuk pelayanannya HIV AIDS itu, bagaimana dia melayani pasiennya sesuai dengan gendernya” – DKT Stakeholder Lokal, Medan*

*“Untuk PPRG-nya sendiri sebenarnya yang lebih tahu sasarannya adalah Dinas Kesehatan. Biasanya untuk PPRG kan dibagi gendernya berapa orang. Sasaran untuk laki-laki berapa orang, sasarannya untuk perempuan.” – DKT Stakeholder Lokal, Surabaya*

*“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*

Hasil temuan penelitian melihat bahwa hambatan dalam implementasi 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 yang mengacu pada strategi makro

yang tertuang dalam RPJMN. Hal ini berarti keputusan untuk memilih program dan kegiatan yang akan dilakukan sepenuhnya mengacu pada keputusan instansi teknis, baik di tingkat nasional maupun daerah. Bila pemahaman akan kebutuhan gender tidak dipahami oleh instansi teknis, maka secara otomatis alokasi PPRG tidak tersedia. Keputusan tentang perencanaan anggaran di instansi teknis daerah juga sedikit banyak dipengaruhi oleh arahan program dari tingkat nasional. Instansi di tingkat daerah hanya akan menganggarkan kebutuhan kegiatan yang telah disarankan dalam kebijakan HIV. Bila arahan kebijakan lebih berfokus pada peningkatan penyediaan layanan kesehatan, maka peluangnya menjadi sangat kecil untuk bisa melakukan kegiatan yang berfokus pada kesenjangan gender. Situasi ini ditambah dengan alasan “klise” lain yaitu keterbatasan waktu dalam proses Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrembang) baik di tingkat nasional ataupun daerah. Sebagai salah satu proses merealisasikan kegiatan responsif gender, mekanisme Musrembang yang dinilai sangat padat dan cepat menyulitkan proses pengalokasian dana. Sehingga anggaran yang diajukan cenderung mengadopsi kegiatan yang sebelumnya sudah pernah dilakukan tanpa melakukan analisis kebutuhan terkini untuk membuat PPRG.

*“Kalo designing programme yang sifatnya teknis adalah Kementerian, tapi kalo strategi-strategi makro misalkan untuk kita harus fokus ke primary health care itu Bappenas. Tapi diacu oleh Kementerian/Lembaga dan oleh kita menyusunnya bersama-sama. Tapi ketika ketika teknis implementasi itu dari Kementerian, program-program teknis juga desain di Kementerian.” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas*

*“Kalau program-program itu ada. Kan kita mengacu pada Kementerian Kesehatan. Karena kita induk semangnya adalah Kementerian Kesehatan. Kalau memang ada SPM ya otomatis kesehatan harus menyusun program.” – DKT Stakeholder Lokal, Jakarta*

*“Dialog nasional itu dilakukan ehm... jadi ehm... hanya dilakukan pada saat-saat tertentu. Dalam artian ketika kita mau mengajukan pendanaan. Ya... dan itu dilakukan sangat maraton.” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas*

*“Memang kita masukkan, tapi untuk masukkan ke musrembang agak susah lagi. Itu harus ada hubungan yang lain lagi. Itu berhubungan dengan yang lebih atas lagi. Misalnya lurah, wali kota.” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura*

Kedua, faktor lain yang juga berkontribusi pada minimnya implementasi PPRG adalah desain program HIV itu sendiri. Desain program HIV dibuat dengan mengacu pada data prevalensi dan kebijakan strategi nasional. Mengingat jenis epidemi HIV di Indonesia adalah terkonsentrasi, data prevalensi hanya berfokus pada ponci dengan peningkatan kasus HIV tertinggi ditemukan pada kelompok LSL. Data ini secara otomatis memengaruhi arah desain program HIV di Indonesia. Begitupun dengan kebijakan strategi nasional Indonesia yang lebih berfokus pada penyediaan layanan tanpa melihat pemilahan gender. Selain itu, lembaga donor HIV juga berpegang pada data prevalensi dan kebijakan nasional dalam mengembangkan desain program mereka. Karena sampai dengan saat ini implementasi program HIV di Indonesia masih bergantung pada pendanaan donor, maka secara otomatis implementasi program juga disesuaikan dengan

kebutuhan desain program lembaga donor. Dengan desain program HIV seperti ini, populasi rentan seperti perempuan non-ponci luput dalam penanggulangan HIV. Tidak ada acuan data prevalensi yang mengukur sejauh mana perkembangan HIV pada populasi tersebut. Ditambah lagi, populasi tersebut tidak termasuk dalam ponci yang menjadi fokus penanggulangan HIV di Indonesia.

*“Belakangan ini datanya dari teman-teman LSL ini cukup tinggi. Karena kalau saya lihat, dia ga mesti harus 5 kota tapi ada beberapa kota yang terlihat mendominasi.” – DKT Stakeholder Lokal, Jakarta*

*“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*

- ⊙ Ditemukan multi interpretasi terhadap definisi gender yang dipahami oleh penggiat HIV
- ⊙ Dalam konteks pemahaman, isu gender belum terpancang kuat dalam respons HIV
- ⊙ Masih terdapat kebingungan mengenai siapa saja yang dapat dimasukkan dalam definisi gender yang berkontribusi terhadap pengembangan konsep gender selanjutnya seperti kesetaraan gender dan PUG
- ⊙ Dengan pemahaman yang tidak adekuat, isu gender dianggap sudah terintegrasi dalam respons HIV
- ⊙ Indikator yang digunakan untuk melihat integrasi ini sebatas pada adanya ketersediaan program khusus untuk perempuan dan keterlibatan perempuan dalam program HIV
- ⊙ Situasi di atas berdampak pada perencanaan dan pengalokasian anggaran yang sensitif gender

### 3.3.2. PENYEDIAAN LAYANAN HIV

Secara umum, kajian ini menemukan bahwa Implementasi layanan dan program HIV yang berjalan saat ini sedikit banyak dibentuk oleh kebijakan HIV dan pemahaman terkait gender. Sebagai gambaran umum, penanggulangan HIV di Indonesia mencakup area pencegahan, pengobatan, dan mitigasi dampak. Area pencegahan dan mitigasi dampak lebih banyak dilakukan oleh OBK, sedangkan fasyankes lebih banyak berperan dalam pengobatan. Populasi yang menjadi target utama

penanggulangan HIV adalah ponci, yaitu LSL, pekerja seks perempuan, waria, penasun, dan ODHA. Beberapa populasi seperti perempuan dengan HIV, narapidana, dan anak dengan HIV mendapatkan program khusus yang hanya dilakukan di beberapa daerah prioritas. Baru sekitar tiga tahun terakhir, layanan HIV melakukan integrasi dengan layanan TB pada pasien TB dan dengan layanan KIA yang menyoar ibu hamil. Integrasi layanan ini dirancang agar fasyankes dapat lebih proaktif untuk menawarkan tes dan konseling HIV di sarana kesehatan (PITC) pada semua pasien yang rentan tertular HIV<sup>58</sup>. Selain itu, fasyankes memberikan pelayanan HIV yang dilakukan di dalam gedung dan di luar gedung. Pelayanan luar gedung umumnya dilakukan untuk melakukan tes HIV yang bekerja sama dengan OBK.

*“Jadi kita di sini melakukan eh apa... melakukan program pencegahan ya pencegahan HIV, mulai dari pencegahan, pendampingan, cara pengobatan sampe dia adherence gitu. Sama pendampingan ODHA nanti” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“yang pertama, program penanggulangan HIV AIDS di komunitas LSL dan waria. Yang kedua, kami melaksanakan program yang sama untuk di kelompok WPS, wanita pekerja seks.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“Kalau ada program yang dalam gedung, ada yang program luar gedung. Kalau program dalam gedung biasanya pemeriksaan ibu hamil, terus pemeriksaan di setiap bagian yang kita curigai dia ke arah HIV. Terus sedangkan yang di dalam gedung... eh di luar gedung ada mobile VCT ke asrama-asrama, terus mobile VCT ke masyarakat” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura*

Dalam memberikan pelayanan HIV, tidak ada pendekatan khusus yang diberikan. Setiap orang yang mengakses layanan HIV, baik yang diberikan oleh OBK maupun fasyankes akan mendapatkan perlakuan yang sama tanpa melihat orientasi seksual ataupun jenis kelamin. Menurut informan, perlakuan sama yang diberikan terhadap semua pasien merupakan realisasi dari prinsip kesetaraan gender. Perhatian lebih justru ditekankan dalam melihat kategori pasien apakah berasal dari masyarakat umum atau ponci. Masyarakat umum dinilai lebih mandiri dalam mengakses layanan tanpa perlu pendekatan khusus karena perilaku mencari kesehatan mereka lebih tinggi dibandingkan ponci. Selain itu perbedaan pendekatan juga lebih melihat pada karakteristik medis, seperti ibu hamil atau usia remaja. Bagi penyedia layanan, pelayanan yang tidak membedakan ini dianggap sudah tepat mengingat pasien juga merasa nyaman dengan situasi tersebut.

*“Pada dasarnya kalo dari [nama LSM] ya, karena nilai-nilai [nama LSM] itu salah satunya itu kesetaraan gender. Kami itu tidak membedakan orientasi apa jenis kelamin ya” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

---

<sup>58</sup> Lihat Panduan Tes dan HIV terintegrasi di Sarana Kesehatan (Kemkes, 2010)

*“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*

*“Tidak. Tidak ada perbedaan sebenarnya kalo misalkan mereka nyaman” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

Bagi penyedia layanan HIV, faktor risiko pasien/dampingan justru lebih penting untuk diperhatikan. Fokus pelayanan akan lebih disesuaikan dengan latar belakang pasien/dampingan yang berasal dari populasi LSL, pekerja seks, waria, atau penasun. Pentingnya pemilahan faktor risiko dalam pelayanan HIV ini dilakukan sesuai dengan arahan dari kebijakan HIV yang membedakan respons HIV berdasarkan jenis faktor risiko dan ponci. Pada akhirnya, OBK secara khusus bertanggung jawab untuk menjangkau populasi tertentu dan merujuknya ke fasyankes untuk mendapat pelayanan yang tidak membedakan. Namun, perlakuan sama terhadap seluruh pasien ini juga berdampak terhadap tidak adanya pemilahan gender. Capaian terhadap askes akan dilihat berdasarkan jenis populasi kunci dan faktor risiko tanpa melihat capaian berdasarkan gender. Hal ini mengakibatkan analisis kesenjangan antargender tidak dapat dilakukan lebih lanjut dalam pelayanan HIV. Dengan kata lain, pelayanan HIV lebih didorong untuk perluasan akses layanan tanpa menggunakan pertimbangan gender bagi pasien yang mengakses layanan.

*“Kita gak. Sekalian mau lihat pelayanan HIV dan mereka yang punya berisiko tidak melihat gender.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“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*

*“Nah tentang gendernya apakah dia laki-laki atau perempuan ini semua kita terima, baik laki-laki maupun perempuan atau gender lain kita terima. Biasanya seperti itu, tidak membatasi harus perempuan sekian, enggak.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

Arah penanggulangan HIV yang berfokus pada populasi kunci juga berpengaruh terhadap pengaplikasian pendekatan gender dalam upaya pencegahan. Sampai dengan pengambilan data dilakukan, tidak terlihat ada pendekatan khusus berbasis gender yang dilakukan saat menjalankan program pencegahan HIV. Program pencegahan diimplementasikan sesuai dengan target kelompok ponci dan dibuat umum, dengan asumsi setiap organisasi pelaksana program pencegahan hanya menyasar populasi yang spesifik. Hasil temuan penelitian menunjukkan pertimbangan gender cenderung hanya dilakukan OMS yang bertanggung jawab untuk melakukan upaya pencegahan terhadap pekerja seks perempuan, mengingat kelompok ini berjenis kelamin perempuan. Sedangkan pertimbangan gender tidak menjadi perhatian bagi OMS yang menjangkau populasi LSL yang berjenis



kelamin laki-laki. Tampaknya, 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.

*“Jadi memang dari awal harus dipikirkan program-program prevention untuk perempuan yang lebih merangkul perempuan.” – DKT Stakeholder Nasional, Pengelola Program*

*“Karena kita kan CBO, kita kan memang untuk program LSL. Jadi otomatis tidak dikhususkan untuk kasus perempuan, tidak gitu. Kalau misalkan ada di... ketika dalam implementasi, dilayani dengan baik gitu lho, didampingi. Tapi secara strategi dan secara itunya tidak ada” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“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*

Konteks gender yang tereduksi tersebut juga tercermin dalam analisis kebutuhan penerima manfaat. Kebutuhan gender kemudian diartikan sebagai program yang dibuat sesuai dengan kebutuhan dampingan berjenis kelamin perempuan. Sehingga pertimbangan gender dalam program HIV lebih menyasar pada organ reproduksi sebagai pembeda yang nyata antara kedua jenis kelamin. Salah satu program yang dipahami sebagai program gender dan sudah dilakukan secara nasional di fasyankes adalah PPIA. Program ini khusus diperuntukkan bagi perempuan dengan HIV dalam upaya memutus penularan virus ke bayi yang dikandungnya. Penanganan penyakit juga lebih fokus pada tindakan medis yang dibutuhkan ketika sudah menghadapi masalah kesehatan. Hal serupa juga ditemukan pada pendekatan yang dilakukan OBK. Pendekatan berbeda diberikan untuk dampingan perempuan hanya bila ada kebutuhan yang berkaitan dengan organ reproduksi, seperti hamil atau menstruasi. Dapat dikatakan bahwa respons terhadap kebutuhan program HIV berbasis gender menjadi terfokus untuk merespons masalah yang bersifat insidentil. Potensi disparitas gender pada kelompok ponci dalam mengakses pelayanan HIV seolah jauh dari prioritas penanggulangan HIV.

*“PPIA itu program wajib di puskesmas, yang mewajibkan ibu hamil untuk tes.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“Lebih ke status HIV-nya sih terkadang. Tapi kalau masalah gender enggak. Cuma kalau misalnya kita ada keluhan gitu kan dirujuknya ke poli dalam, penyakit dalam tapi yang khusus perempuan gitu, poli dalam wanita namanya.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Medan*

*“Kalau di [nama LSM] selama ini tidak ada perbedaan, laki-laki perempuan itu semua sama. Cuma pola penanganannya aja dilihat dari masalahnya. Kalau perempuan, kalau dia hamil, dia halangan, itu yang benar-benar kita fasilitasi.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*



Fokus respons HIV yang didesain bagi ponci ini akhirnya membatasi penanggulangan HIV untuk menyasar pasangan (suami/istri, pacar, kiwir, pasangan seks tetap) dari populasi berisiko tinggi sebagai bagian dari program. Berdasarkan pengalaman lapangan, memang ada pasangan ponci dan/atau pasangan berisiko tinggi yang terinfeksi HIV yang turut mengakses layanan HIV. Namun, umumnya keputusan untuk melibatkan pasangan tersebut ditentukan secara mandiri oleh OBK atau saat pasangan dari ibu hamil yang terdiagnosis HIV turut mengakses layanan. Beberapa OBK yang menyasar pekerja seks dan penasun turut menjangkau pasangan dan pelanggan walaupun dengan proporsi target yang lebih rendah dari penjangkauan ponci. Sebenarnya dengan keterlibatan pasangan dalam program HIV dapat menjadi celah untuk memasukkan isu gender agar terintegrasi dengan isu HIV. Sayangnya, kegiatan ini tidak terpola dengan baik karena tidak ada kebijakan resmi pemerintah yang mendukung penjangkauan pasangan ponci dan berisiko tinggi. Kebijakan SPM HIV hanya mengindikasikan ponci dan ibu hamil sebagai sasaran program. Ketidadaan target khusus mengakibatkan kelompok pasangan ini tidak mendapat perhatian khusus, baik dalam pembuatan strategi, pendekatan, ataupun upaya penjangkauan. Hal ini berujung pada jumlah capaian yang rendah karena tidak menjadi bagian dari prioritas program HIV. Selain capaian yang rendah, dinamika relasi kuasa antarpasangan ponci dan berisiko tinggi juga tidak menjadi pertimbangan penting dalam respons HIV, mengingat tidak ada kebutuhan yang mengarah ke sana.

*“Populasi kunci yang paling banyak di sini yang ikut di... yang mengikuti apalah kunjungan layanan ini kebanyakan yang LSL. Ada juga WPSTL, ada juga pasangan risti” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Medan*

*“Jumlah pasangan atau pelanggan [yang tes HIV] itu sedikit dibandingkan WPSnya, Karena memang sulit diakomodir juga. Kalau WPS ketika kita pegang pemilik dan manajernya, dan mewajibkan, berbondong-bondong semua itu. Tapi pasangan tidak bisa diwajibkan dengan dia, kalau ada kebijakan yang mewajibkan pasangannya juga harus datang ke kegiatan mobile [VCT]” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“Dinkes itu SPMnya hanya langsung ke ibu hamilnya. Karena memang tidak ada rules. Dimulai dari pasangan pranikah itu harus mengetahui status HIV... Keadaannya pada saat dia hamil baru dia... baru bisa melakukan tes HIV... Di teknis [SPM] 10 sasarannya itu hanya ibu apa... perempuan hamil... Karena alesannya akan mengupas status seseorang. Satu itu. Kedua, pasangan ehm... pasangan HIV juga tidak dimasukkan ke dalam SPM, karena membuka status orang sebagai pasangan.” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas*

Kurang adanya pertimbangan terhadap dinamika relasi kuasa sebagai salah satu dimensi gender dalam respons HIV tampaknya turut dikontribusikan oleh minimnya pendidikan gender bagi penyedia layanan. 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. Sehingga

materi gender yang diberikan hanya terbatas pada pengenalan dasar saja. Peluang bagi peserta pelatihan untuk menerima refleksi mengenai isu gender dalam praktik dan respons HIV menjadi sangat rendah. Hal ini sangat mungkin terjadi mengingat tidak ada pedoman khusus terkait gender yang dibuat oleh instansi kesehatan untuk mendukung pelayanan HIV. Mayoritas pedoman yang ada hanya berfokus pada aspek klinis penyakit dan promosi pencegahan tanpa mengintegrasikan isu gender dalam pelayanan HIV. Dengan situasi seperti ini, pemahaman penyedia layanan HIV terkait gender menjadi sangat terbatas dan tidak adekuat.

*“Iya, ada pernah tapi engga sampai ke situ tadi, hanya konsep diri mengenai gender sama kebutuhan-kebutuhannya.” – Wawancara Penyedia Layanan (Rumah Sakit), Medan*

*“[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*

Minimnya pemahaman penyedia layanan terkait gender berpotensi menghasilkan program gender yang kurang tepat guna. Istilah gender menjadi lebih erat dikaitkan dengan identitas perempuan yang membutuhkan perlakuan dan porsi khusus. Pada satu sisi pemahaman ini ada benarnya, tetapi sayangnya perubahan yang dituju tidak mengarah pada pencapaian keadilan akses dan sumber daya antara perempuan dan laki-laki. Sehingga 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. Walaupun terlihat beberapa upaya untuk mengaitkan *outcome* dari ketimpangan gender seperti misalnya kekerasan, tetapi kegiatan yang dilakukan lebih bersifat mengatasi ketika kekerasan terjadi secara individual. Sampai saat ini belum ada upaya yang dapat mengubah situasi secara sistemik untuk mengatasi akar masalah dari kekerasan yang terjadi. Selain itu, konsep gender dipandang sebagai pilar tersendiri, sehingga sulit untuk diintegrasikan dengan isu sosial lainnya, misalnya kesehatan atau HIV. Hasilnya, ketika konsep gender diintegrasikan dengan isu HIV, maka keluaran kegiatan yang sering terjadi hanya sebatas sosialisasi gender untuk perempuan dalam lingkaran HIV.

*“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*

*“tahun 2010 untuk mencegah kekerasan di remaja putri di kota Jayapura ya pemahaman kita bentuk. Kita sosialisasi kekerasan, kita membentuk pelatihan bela diri, pemahaman waktu itu bahwa remaja putri perlu menjaga dirinya dengan bela diri” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“kalau saya melihat dari tatanan nasional, provinsi, daerah, balik lagi integrasi gender itu tidak berjalan. Isu ini masih berjalan eksklusif sendiri di HIV/AIDS gitu. Yang kayak kemudian punya pagar tinggi nggak bisa dimasukkan siapapun... Konteks gender saya tidak melihat gender itu ada nilai HIV/AIDS... Saya nggak tau. Siapa yang akan berperan di wilayah itu, tapi itu seharusnya muncul.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

- ⊙ Isu gender belum terjadi secara utuh dalam konteks penyediaan layanan HIV
- ⊙ Fokus layanan HIV yang ditujukan pada kelompok ponci justru memengaruhi pendekatan dalam respons HIV dan menyulitkan pengintegrasian isu gender
- ⊙ Layanan HIV diberikan sama untuk seluruh penerima manfaat tanpa melihat kebutuhan spesifik ataupun kesenjangan akses yang berkaitan dengan gender
- ⊙ Terdapat reduksi pemahaman mengenai konsep gender. Gender dipahami terbatas pada jenis kelamin perempuan dan laki-laki
- ⊙ Program HIV terkait gender dipahami sebagai program dan pendekatan yang diperuntukkan untuk perempuan, seperti PPIA atau layanan kesehatan reproduksi
- ⊙ Dimensi gender seperti relasi kuasa belum menjadi pertimbangan dalam memberikan layanan HIV
- ⊙ Salah satu faktor yang memengaruhi situasi ini adalah kurangnya pemahaman dan edukasi terkait gender yang diterima oleh penyedia layanan

### 3.3.3. ISU GENDER YANG TERABAIKAN DALAM PROGRAM HIV

Kajian ini juga menemukan beberapa temuan menarik terkait relasi kuasa dan agensi yang abai untuk direspons dalam penanggulangan HIV. Temuan ini muncul sebagai bagian dari contoh kasus atas situasi terkini tanpa menutup kemungkinan adanya isu lain yang tidak dibahas pada bagian ini. Isu pertama yang muncul dari hasil pengolahan data adalah mengenai tes HIV. Seperti dijelaskan sebelumnya, target utama dalam respons HIV adalah ponci. Hal ini berdampak pada pelayanan HIV yang diberikan baik dalam bentuk penjangkauan, tes HIV, ataupun pengobatan ditujukan khusus bagi ponci. Ketika ponci yang menjadi target sasaran memiliki pasangan, maka beban untuk mengikutsertakan pasangan dalam pencegahan dan perawatan HIV diserahkan kepada masing-masing ponci. Penyedia layanan hanya akan memberikan saran dan mendorong dampingan ponci untuk mengajak pasangannya turut terlibat dalam kegiatan penanggulangan HIV. Dari data yang terkumpul, tidak ditemukan adanya pendekatan khusus yang dilakukan untuk menjangkau pasangan ponci. Bahkan penguatan bagi dampingan ponci untuk dapat bernegosiasi dengan pasangannya agar terlibat dalam pencegahan dan pengobatan HIV juga tidak diberikan secara terstruktur oleh penyedia

layanan. Seolah faktor relasi kuasa yang tidak seimbang tidak masuk sebagai pertimbangan dalam melaksanakan penanggulangan HIV.

*“Kita juga meminta pekerja seks membawa pasangannya ketika ada layanan mobile, jadi tidak perlu datang ke puskesmas. Jadi kita langsung ke lokasi dan kita instruksikan kepada mereka, kita ada pelaksanaan di tanggal sekian untuk pasangan dan pelanggan bisa mengakses layanan tersebut.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“...saat pendampingan, teman-teman pendukung perempuan yang awalnya dia belum berkeluarga tiba-tiba dia memiliki pasangan dan dia nikah. Pada saat pendampingan kita juga berikan pengetahuan bahwa pada saat nanti kamu mau memiliki keturunan nanti kamu juga harus coba konsultasi ke dokter, istilahnya kedua pasangan gitu kan untuk kedua program supaya janin kamu terlahir dengan kondisi HIV negatif gitu kan.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

Isu lain yang timbul akibat relasi kuasa dapat ditemukan dalam proses negosiasi kondom. Dalam penanggulangan HIV, kondom termasuk salah satu alat pencegahan penularan HIV yang efektif. Maka idealnya, seluruh upaya yang dapat menghambat penggunaan kondom secara konsisten turut dipertimbangkan dalam strategi promosi dan pencegahan HIV. Namun, dari hasil pengumpulan data yang dilakukan terlihat bahwa respons HIV yang ada saat ini lebih terfokus pada distribusi kondom pada target populasi saja. Jelas terlihat bahwa isu penggunaan kondom lebih kompleks dari sekedar memberikan dan menggunakan kondom saja. Saat penerima manfaat mendapatkan kondom sebagai bagian dari materi pencegahan, ada proses lain saat keputusan untuk menggunakan kondom dalam hubungan seks akhirnya disepakati oleh kedua-belah pihak. Kesepakatan untuk menggunakan kondom rentan dipengaruhi oleh faktor siapa yang lebih dominan dalam hubungan tersebut. Dalam budaya patriarki yang ada di Indonesia saat ini, laki-laki lebih memiliki kekuasaan untuk membuat keputusan dibandingkan perempuan. Hal serupa juga terefleksi pada saat pelanggan yang mengeluarkan uang memiliki posisi tawar yang lebih tinggi dibandingkan pekerja seks yang menerima pembayaran. Proses negosiasi yang berkaitan dengan relasi kuasa inilah yang tampaknya luput dari perhatian respons HIV di Indonesia. Edukasi terhadap pentingnya penggunaan kondom memang sudah dilakukan, dengan ponci sebagai target utama. Sayangnya, edukasi ini belum dilakukan secara meluas untuk menysasar pasangan dan pelanggan pekerja seks. Serupa dengan isu tes HIV, beban penggunaan kondom diserahkan pada ponci sebagai target program tanpa ada dukungan yang memadai untuk memastikan isu relasi kuasa saat negosiasi kondom teratasi.

*“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*

*“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*

*“kami hanya mengajak diskusi bagaimana membuka pikiran bahwa kalau dia perempuan misalnya, kalau dia berhubungan seks dia pake kondom ya di luar menjaga kami hanya mempunyai masih dalam konteks mengedukasi” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

Selain relasi kuasa dalam tes HIV dan penggunaan kondom, isu lain yang muncul adalah isu kekerasan yang rentan dialami ponci. Populasi pekerja seks, penasun, LSL, dan waria cenderung mengalami kekerasan akibat latar belakang sosialnya yang 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. Respon terhadap isu kekerasan yang tersedia saat ini baru sebatas menghubungkan korban kekerasan ke layanan bantuan hukum ataupun ketersediaan paralegal komunitas. Padahal dalam isu kekerasan terdapat aspek lain yang turut memengaruhi terjadinya kekerasan, seperti dimensi agensi atau kemampuan serta kapasitas individual yang dimiliki korban kekerasan untuk mengambil tindakan dan relasi kuasa yang dimiliki pelaku. Sehingga layanan yang tersedia relatif tidak dimanfaatkan dengan baik mengingat tidak ada penguatan terhadap agensi ponci itu sendiri. Dapat dikatakan bahwa respon yang tersedia saat ini lebih condong diarahkan untuk membuka akses ke layanan kekerasan, tanpa memasukkan penguatan terhadap aspek kontrol, partisipasi, dan manfaat dari penerima manfaat.

*“Contoh LGBT dinaiikan 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*

*“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*

Isu terakhir yang muncul dari pengolahan data adalah pemberian layanan terpilah sesuai dengan kebutuhan gender penerima manfaat. Tampak jelas dari hasil pengolahan data bahwa penyediaan layanan HIV diberikan sama tanpa ada pemilahan berdasarkan jenis kelamin. Semua pasien atau dampingan akan mengakses layanan yang serupa dengan mekanisme yang sama. Walaupun terdapat ketersediaan SDM yang meliputi kedua jenis kelamin, tetapi ketersediaan ini tidak diperuntukkan khusus untuk memberikan layanan spesifik kepada pasien sesuai dengan kebutuhan jenis kelaminnya. Permasalahan muncul ketika waria membutuhkan layanan, tetapi tidak dapat diakomodir oleh sistem pelayanan yang terlanjur memilah layanan berdasarkan dua jenis kelamin saja. Sebagai contoh, tempat rehabilitasi napza bagi penasun di Medan hanya menyediakan dua bilik penginapan untuk pasien laki-laki dan perempuan. Ketika terdapat pasien berjenis kelamin laki-laki dengan perilaku feminin, maka keputusan yang diambil adalah memasukkan pasien tersebut ke lokasi penginapan perempuan. Dari situasi ini terlihat bahwa program tidak memiliki kesiapan untuk memberikan

pelayanan yang sensitif gender. Tampaknya pemilahan layanan terkait HIV baru mengakomodir jenis kelamin biologis tanpa memberikan fasilitas untuk jenis kelamin sosial.

*“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*

- ⊙ Ditemukan beberapa contoh kasus yang berakar dari kurangnya pertimbangan terhadap dimensi gender seperti relasi kuasa dan agensi dalam respons HIV
- ⊙ Dalam layanan tes HIV, beban untuk mengajak pasangan tes diberikan kepada penerima manfaat tanpa memberikan perhatian terhadap adanya relasi kuasa
- ⊙ Dalam promosi kondom, fokus program lebih banyak mengarah pada distribusi kondom tanpa memberikan dukungan yang cukup terhadap relasi kuasa dalam kesepakatan penggunaan kondom saat hubungan seksual
- ⊙ Dalam isu kekerasan, respons yang diberikan baru menasar pada mendekatkan akses tanpa mencakup penguatan agensi dari korban kekerasan
- ⊙ Pemilahan layanan baru mengakomodir jenis kelamin biologis tanpa memberikan fasilitas untuk jenis kelamin sosial

#### 3.3.4. INISIATIF AWAL MENINGTEGRASIKAN ISU GENDER KE DALAM RESPON HIV

Walaupun dimensi gender belum dipertimbangkan secara utuh dalam respons HIV, namun upaya untuk mengintegrasikan gender dan HIV sempat terlihat. Sayangnya program tersebut tidak berjalan secara berkelanjutan. Contohnya, di Jakarta terdapat sebuah program percontohan untuk mengintegrasikan layanan HIV dan kekerasan pernah dilakukan. Program ini menasar beberapa layanan kesehatan yang menjadi rujukan kekerasan untuk melakukan konseling dan tes HIV pada korban yang dinilai memiliki risiko tinggi tertular HIV. Selain itu, program integrasi kekerasan dan HIV juga ditemukan di Jayapura yang masuk melalui kader masyarakat yang bekerja di puskesmas. Program tersebut mengambil kesempatan untuk menggabungkan materi edukasi kekerasan dan HIV sehingga kader masyarakat lebih sensitif terhadap kedua isu tersebut saat terjun ke lapangan. Program lain yang dilakukan di Jayapura adalah menyisipkan informasi HIV saat memberikan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Walaupun integrasi gender tidak terlihat secara jelas pada

program ini, tetapi terdapat upaya untuk memperluas distribusi informasi HIV kepada perempuan sebagai penerima manfaat utama program KIA.

*“integrasi kekerasan tentang HIV itu baru di beberapa layanan-layanan”* **Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Jakarta**

*“Contohnya adalah itu pemberdayaan perempuan itu ada kader-kader di puskesmas yang mereka masuk untuk seperti kasus kekerasan perempuan dan anak. Dan mereka juga masuk WPA ke HIV/AIDS...”* – **DKT Stakeholder Lokal, 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 yang sempat terdengar adalah kegiatan yang menyorot keterlibatan laki-laki yang lebih jauh dalam penanggulangan HIV. Lagi-lagi contoh program ini dilakukan di Jayapura di mana laki-laki sengaja dilibatkan dalam program yang diperuntukkan bagi perempuan. Melalui keterlibatan ini, peserta laki-laki diharapkan menjadi lebih memahami peran dan perubahan yang dapat mereka lakukan untuk mendukung perempuan. Program lainnya yang memberikan fokus kepada penerima manfaat laki-laki adalah tes HIV untuk pekerja pelabuhan. Program ini berupaya untuk meningkatkan angka tes HIV pada pekerja laki-laki yang berisiko tinggi akibat risiko pekerjaan yang *mobile*. Program yang bertujuan untuk meningkatkan angka partisipasi pasien laki-laki dalam layanan HIV cukup baik, mengingat di Jayapura proporsi perempuan yang menggunakan layanan HIV lebih banyak. Upaya ini berpotensi untuk menutup disparitas gender dalam pengobatan HIV.

*“Ya itu dia kita meskipun program itu untuk perempuan kita tetap 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 tetap ada.”* – **Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura**

*“Dan salah satu untuk pendekatan layanan kesehatan dengan laki-laki, kita kebetulan juga ada penguatan, program pekerja laki-laki pelabuhan. Nah itu bagaimana kita melakukan pendekatan pekerja perempuan di mana namanya buruh, sehingga program yang sudah dilakukan membuat pendekatan dengan laki-laki supaya ingin dites, supaya saat diperiksa laki-laki dengan perempuan berimbang.”* – **DKT Stakeholder Lokal, Jayapura**

Inisiatif terkait gender lain yang dinilai cukup berpotensi untuk mengurangi kesenjangan gender adalah upaya untuk memenuhi kebutuhan kartu identitas bagi populasi waria. Sebagian waria memiliki kendala dalam kepemilikan Kartu Identitas Penduduk (KTP) akibat berstatus pendatang, tidak memiliki dokumen pendukung, atau tidak memahami prosedur pembuatan KTP. Kendala lain



bagi yang ingin membuat KTP baru adalah ketidaksesuaian identitas gender waria dengan jenis kelamin yang dimiliki yang berpotensi untuk menimbulkan stigma dan diskriminasi dari petugas. Masalah yang berkaitan dengan akses muncul ketika prosedur pembuatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengharuskan kepemilikan KTP sebagai salah satu persyaratan administrasi. Akibatnya, peluang untuk memiliki JKN sebagai solusi dalam mengakses layanan kesehatan, termasuk HIV tidak dapat terpenuhi. Posisi kebijakan Indonesia yang hanya mengakui jenis kelamin laki-laki dan perempuan pada akhirnya menghambat akses layanan HIV bagi kelompok waria. Situasi ini sempat direspon oleh Dinas Sosial – sebagai instansi yang bertanggung-jawab terhadap masalah kesejahteraan sosial – di Jakarta untuk membantu pembuatan KTP bagi kelompok waria. Bila terjadi, program ini juga dapat menutup kesenjangan akses yang dialami oleh waria. 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*

*“Iya, dulu ada sounding dari Dinsos bahwa akan ada pembuatan KTP untuk TG [red: transgender] ada pembuatan KK untuk TG. Tapi gak tau Dinsos rumor itu sudah ilang, itu aja sekarang. Padahal nama-nama bagi yang punya KTP daerah bisa untuk didaftarkan ke kita, kemudian akan diproses. Tapi pada saat pengumpulan data, hilang program itu tidak ada. Tidak dilanjutkan” – Wawancara Penerima Manfaat (Transgender), Jakarta*

- ⊙ Walaupun tidak berkelanjutan, inisiatif awal untuk mengintegrasikan isu gender dan HIV pernah terlihat di beberapa lokasi
- ⊙ Upaya untuk mengintegrasikan isu kekerasan dan HIV pernah dilakukan di Jakarta dengan menyediakan rujukan pada kasus kekerasan berisiko tinggi tertular HIV pada layanan kekerasan dan sebaliknya
- ⊙ Integrasi program HIV dan KIA juga dilakukan di Jayapura untuk meningkatkan cakupan pengetahuan dengan memanfaatkan kader masyarakat
- ⊙ Peran laki-laki dalam penanggulangan HIV diperkuat melalui keterlibatan dalam program HIV untuk perempuan
- ⊙ Program tes HIV yang berfokus pada buruh pelabuhan berpeluang untuk menutup disparitas pengobatan HIV pada populasi laki-laki di Jayapura
- ⊙ Kemudahan pembuatan KTP bagi kelompok waria dapat berkontribusi untuk menutup kesenjangan akses pada layanan HIV pada populasi ini



### 3.4. AGENSI: PERSEPSI PEMANFAAT PROGRAM TERHADAP AKSES, KONTROL, DAN PEMANFAATAN LAYANAN

---

Bagian ini menggambarkan temuan tentang agensi yang direpresentasikan melalui persepsi penerima manfaat yang dibagi menjadi dua subbagian utama, yaitu agensi dari aspek kognitif (pemahaman) dan aspek praktik (implementasi). Pemaparan temuan mengenai agensi dalam aspek kognitif termasuk informasi yang terkumpul terkait pengetahuan, sikap, dan intensi penerima manfaat terhadap layanan HIV. Sedangkan aspek praktik akan memaparkan temuan mengenai pengalaman dan manfaat yang dirasakan dalam mengakses layanan HIV. Dengan menyandingkan kedua sub-bagian ini, sejauh mana konsistensi antara aspek kognitif dan praktik dipengaruhi oleh struktur dan relasi kuasa dalam respon HIV dapat dianalisis dengan baik.

#### 3.4.1. PENGETAHUAN DAN EFIKASI TERHADAP LAYANAN HIV

Secara umum kajian ini menemukan bahwa kemampuan ponci untuk mengakses layanan HIV berbeda antar kelompok, terlepas dari pengetahuan HIV yang dimiliki. Perbedaan kemampuan ini dipengaruhi beberapa faktor seperti karakteristik sosial; relasi dan dukungan eksternal; serta faktor struktural. Pada kelompok pekerja seks, rasa percaya diri memengaruhi kemampuan untuk mengakses layanan. Penyebab rasa rendah diri pekerja seks lebih disebabkan oleh latar belakang pekerjaan. Pada beberapa kasus ditemukan pekerja seks berani datang secara mandiri ke layanan bila kondisi kesehatan mereka sudah memburuk dan tidak memiliki pilihan selain segera berobat. Pengaruh struktural seperti adanya aturan dari pemilik tempat hiburan yang melarang stafnya untuk keluar menyulitkan mereka untuk mengakses layanan kesehatan. Bagi kelompok pekerja seks, untuk bisa mengakses layanan kesehatan sangat tergantung dari izin yang diberikan oleh pemilik tempat hiburan. Peran OMS sangat penting untuk melakukan negosiasi agar pekerja seks bisa diizinkan untuk mengakses layanan kesehatan. Posisi pekerja seks yang lemah terhadap pemilik tempat hiburan tidak memungkinkan mereka untuk bisa meminta izin secara mandiri.

*“Ya nggak pede aja gitu, kalau nyelonong sendiri tanpa pendamping gimana gitu.” – Penerima Manfaat (Pekerja Seks), Jakarta*

*“...Kecuali memang kalau mereka sudah ada keluhan baru mereka mau atau misalnya waktu istirahat dia pakai untuk datang ke layanan. Tapi kalau dia merasa gak ada keluhan mereka pasti banyak alasan, capek, ngantuk, segala macem.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

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

Posisi pekerja seks yang lemah ini semakin terlihat dengan adanya aturan bahwa mereka diwajibkan untuk melakukan tes HIV, tetapi tidak demikian untuk pelanggan maupun pasangannya. Dari perspektif pekerja seks, kondisi ini tidak menjadi masalah bagi mereka dan tidak menganggap ini sebagai bentuk diskriminasi. Situasi ini menunjukkan bahwa pekerja seks tidak memiliki agensi yang kuat dalam diri mereka untuk bisa menyadari perlakuan diskriminatif ini. OMS sebagai satu-satunya dukungan yang dimiliki oleh pekerja seks juga tidak melakukan tindakan apapun untuk mengatasi hal ini.

*“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*

Satu-satunya dukungan eksternal untuk bisa mengakses layanan kesehatan hanya berasal dari OMS. Status pekerjaannya yang ditutupi menyebabkan mereka tidak bisa memperoleh dukungan dari keluarga. Begitu juga dengan teman sesama pekerja seks yang terkadang justru menjadi penghambat dengan menakut-nakuti agar tidak mengakses layanan kesehatan. Dengan minimnya dukungan eksternal yang diperoleh serta lemahnya posisi pekerja seks, semakin menegaskan pentingnya penguatan agensi untuk pekerja seks. Karena, sama seperti ODHA perempuan, motivasi untuk bisa mengakses layanan bagi pekerja seks berasal dari diri sendiri dan keinginan untuk menjaga kesehatan demi anaknya.

*“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*

*“kalau dia positif kemudian justru malah awarenya dia lebih bagus, makanya kita bicara penularan terhadap anak ini berusaha melindungi anaknya biar gak positif.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

Situasi ini berbeda dengan kemampuan remaja ketika rasa tidak percaya diri lebih dipengaruhi oleh perasaan kurang berpengalaman akibat usia muda. Remaja lebih memiliki kekhawatiran mengenai stigma yang mungkin terjadi di layanan akibat perilaku berisiko tinggi yang mereka lakukan di usia muda. Karakter remaja yang pada umumnya cenderung tertutup dan enggan untuk mengutarakan pendapat menyebabkan mereka memilih tidak mengakses layanan saat terjadi ketidaknyamanan. Bagi remaja yang tidak terbuka mengenai perilaku berisikonya pada orangtua ataupun keluarga, OMS menjadi satu-satunya pihak yang membantu mereka untuk mengakses layanan. Isu perbedaan pemberian layanan terkait gender tidak dialami oleh remaja. Namun, kekhawatiran terbesar mereka adalah tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan jika mereka tidak didampingi oleh OMS. Situasi ini membuat remaja menjadi sangat tergantung pada keberadaan OMS untuk mengakses layanan dan memandang rendah kemampuan mereka sendiri.

*“Karena kita kan belum ada kartu berobat untuk pergi periksa. Kita kan masih anak-anak, masih remaja. Jadi belum tahu untuk urus-urus itu.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jayapura*

*“... sempet kaya was-was juga dilayaninya bener ga ya.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jakarta*

*“kalau ngambil kondom ya lewat itu PL...iya informasi juga... berhubung aku kan masih 17 tahun...Jadi [namaPL] semua yang ngurusin semua... iya jadi tinggal nunggu saja kalau waktunya dipanggil [P: kalau PL lagi nggak ada, gimana?] N: Cari PL yang lain hehehe minta bantuan. [P : knp nggak berani sendiri?] N: nggak tau ya soalnya itu semua teman-teman aku yang seumuran aku yang juga akses ARV nggak mau ambil sendiri.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Surabaya*

Situasi berbeda ditemukan pada kelompok waria dan LSL yang dinilai lebih mudah diajak untuk mengakses layanan HIV. Terutama bila sudah ada informasi dari sesama *peer* mengenai kenyamanan dalam mengakses layanan di fasyankes tertentu. *Peer* memiliki peran yang sangat besar terhadap kelompok transgender dan LSL. Kelompok transgender ataupun LSL yang kebanyakan ‘dibuang’ oleh keluarganya membuat *peer* menjadi dukungan sosial terbesar yang dimiliki. *Peer* adalah pihak yang berperan untuk membuka akses kelompok transgender dan LSL terhadap layanan kesehatan. Selain itu, pendapat dan pengalaman dari *peer* ketika mengakses layanan sangat berpengaruh terhadap keinginan dan penentuan lokasi untuk mengakses layanan. Kelompok transgender dan LSL akan memiliki kecenderungan untuk datang ke layanan yang telah dikenal sebagai layanan ramah transgender dan LSL. Selain itu, populasi waria lebih dapat mengutarakan pendapat dibandingkan dengan populasi pekerja seks, tetapi keterbatasan ruang gerak di publik menyebabkan waria lebih selektif saat mengutarakan pendapat. Mereka lebih memilih berpendapat di antara sesama atau bila merasa sudah menemukan kenyamanan di fasyankes.

*“...Kalau transgender saya rasa juga berhubungan dengan komunitas mereka artinya kalau diantara mereka kalau komunitas sudah dapat informasi yang baik tentang suatu pelayanan mereka juga tidak malu untuk datang.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jayapura*

*“...mau diajak ke puskesmas diajak sama ada kenalan di OMS gitu. ... Tapi kalo yang denger denger dari temen-temen tuh lebih nyamannya tuh yang di... yang di Puskesmas [nama puskesmas] ya gitu. Kayaknya katanya ramah di sana kalo yang waria-waria dateng juga eh suster apa dokter dokternya ga ada masalah gitu” – Wawancara Penerima Manfaat (LSL), Jakarta*

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

Kelompok ODHA perempuan juga dapat mengakses layanan secara mandiri meskipun dari segi mengutarakan aspirasi masih sama terbatasnya seperti kelompok lain. ODHA perempuan termasuk kelompok yang tidak dijangkau secara khusus oleh petugas lapangan. Biasanya ODHA perempuan mengetahui status HIV mereka melalui program PITC untuk ibu hamil. Sehingga kelompok ini mengetahui status HIV mereka dalam keadaan tanpa pendampingan OMS. Temuan menunjukkan bahwa bagi ODHA perempuan ataupun ODHA hamil, OMS tidak memiliki peran yang berarti untuk menentukan mereka mengakses layanan kesehatan atau tidak. Keadaan ini berbanding terbalik dengan peran OMS bagi remaja. OMS memiliki peran yang sangat krusial bagi remaja untuk bisa mengakses layanan. Bagi remaja, OMS adalah pihak yang membuka akses mereka kepada layanan kesehatan. Hambatan terbesar bagi remaja untuk mengakses layanan adalah adanya kebijakan bahwa seseorang yang berusia di bawah 18 tahun perlu memiliki wali untuk mengakses layanan atau program HIV.

*“pintu masuk ke pelayanannya atau untuk pemeriksaan HIV dan ini. Nah itu kenalan sama Mama [red: pendamping], Mama [red: pendamping] yang mengakses saya untuk pergi ke layanan.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jayapura*

Menariknya meskipun tanpa pendampingan, mayoritas ODHA perempuan akan tetap melanjutkan proses pengobatan di penyedia layanan karena alasan keluarga. Keberadaan dukungan keluarga menjadi penentu penting bagi perempuan untuk bisa mengakses layanan, terutama dalam kaitannya untuk menjaga anak. Bagi ODHA perempuan, anak menjadi motivator utama untuk menjaga kesehatan, salah satu upayanya adalah dengan teratur mengakses layanan. Berbeda dengan keluarga ataupun anak, peran suami justru tidak menjadi penentu bagi ODHA perempuan untuk mengakses layanan. Hal ini dapat terjadi karena program HIV yang ada saat ini menempatkan perempuan – terutama ibu hamil – untuk wajib mengetahui status HIV-nya. Namun, hal ini tidak berlaku bagi pasangannya, sehingga para ODHA perempuan merasa takut untuk membuka status HIV-nya pada pasangannya. Ketakutan ini merupakan akibat kuatnya budaya patriarki di Indonesia, yang membuat ODHA perempuan merasa takut mengalami kekerasan dari suami (takut ditinggalkan, takut tidak diberi nafkah, ataupun takut dipukuli).

*“waktu itu kita di bidan, nah itu berat badan saya kan turun, terus sering diare, disitu bidan saya menyarankan untuk tes itu HIV... Saya pikir-pikir nggak usah takut pokoknya itu nanti ada obatnya kok sekarang... Saya siap ke layanan untuk tes ambil darah...nunggu 4 hari... Abis gitu saya datang ke puskesmas, dibukakan hasilnya, dijelaskan positif... Wah sudah saya hampir semaput itu.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Surabaya*

*“Tapi kalau perempuan, ya mereka cenderung, apa ya, mungkin karena keluarga juga, punya anak. ... Sehingga jarang sekali ARV ... yang putus, ya satu dua lah tapi tidak sebanyak laki-laki.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“kalo perempuan lebih ke arah tidak ketahuan apa suaminya.” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas*

- ⊙ Kemampuan ponci untuk mengakses layanan HIV berbeda antarkelompok, dipengaruhi oleh faktor karakteristik sosial, relasi dan dukungan eksternal, serta faktor struktural
- ⊙ Bagi pekerja seks perempuan, kemampuan mengakses layanan HIV dipengaruhi oleh kurang percaya diri akibat latar belakang pekerjaan, tidak ada dukungan keluarga, kebijakan wajib tes dari tempat kerja, dan pendampingan OMS
- ⊙ Bagi remaja, kemampuan mengakses layanan HIV dipengaruhi kurang percaya diri berdasarkan pengalaman yang minim, ketidakterbukaan pada keluarga, dan pendampingan dari OMS
- ⊙ Bagi waria dan LSL, dukungan kelompok sebaya dan fasyankes ramah LGBT menjadi faktor yang menentukan kemampuan mereka untuk mengakses layanan
- ⊙ Bagi ODHA perempuan yang berkeluarga dan memiliki keturunan, anak menjadi faktor utama untuk memiliki kemampuan mengakses layanan HIV. Di saat yang sama, ketidakterbukaan pada keluarga menjadi faktor penghambat mengakses layanan

### 3.4.3. PENGALAMAN DAN MANFAAT MENGAKSES LAYANAN

Persepsi terhadap pengalaman bervariasi di masing-masing kelompok, bagi penerima manfaat perempuan – ODHA perempuan, ODHA hamil, dan PWID perempuan – cenderung memiliki persepsi positif. Persepsi positif salah satunya dirasakan dengan tidak adanya kesulitan dalam memenuhi persyaratan administratif berupa kepemilikan KTP dan BPJS. Dari sisi lokasi layanan mereka lebih cenderung memilih puskesmas yang lebih dekat, mudah dijangkau, dan prosedur yang lebih sederhana dibandingkan di rumah sakit. Selain itu, durasi yang lebih singkat menjadi preferensi bagi perempuan untuk mengakses layanan di puskesmas. Spesifik pada perempuan, jarak dan waktu menjadi hal yang krusial karena berkaitan dengan tugas untuk menjaga anak. Ketika mereka mengakses layanan maka perlu dipertimbangkan berapa lama mereka harus meninggalkan anak mereka di rumah dengan orang yang mereka percaya. Pada akhirnya, relasi perempuan dengan keluarga – dalam hal ini nenek – sangat penting sebagai orang untuk menitipkan anak mereka.

*“meskipun beda puskesmas paling ditanyain KTP doang, engga susah sih aksesnya” – Wawancara Penerima Manfaat (PWID Perempuan), Jakarta*

*“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, dititipin emak dulu anakku.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Medan*

Posisi lemah pada ODHA perempuan semakin terbebani dengan adanya ‘tuntutan’ dari petugas layanan untuk bisa mengajak pasangannya tes HIV. Semua informan perempuan yang diwawancarai menyatakan bahwa tidak ada perbedaan layanan antara laki-laki dan perempuan, tetapi tanpa disadari adanya ‘tuntutan’ tersebut juga melemahkan posisi mereka terhadap petugas layanan. Walaupun sudah disadari bahwa suami ataupun pasangan adalah kunci bagi perempuan untuk mengakses layanan, petugas layanan terkadang tetap meminta ODHA perempuan ataupun ODHA hamil untuk segera mengajak pasangannya dites dengan ‘ancaman’ membuka status HIV mereka pada pasangannya. Ketika ‘ancaman’ tersebut benar-benar dilakukan, perempuan akan menjadi korban karena akhirnya ditinggalkan oleh suaminya. Situasi ini semakin menggambarkan lemahnya posisi perempuan baik terhadap suaminya maupun terhadap petugas layanan.

*“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*

*“ketika policy si perempuan hamil itu diwajibkan untuk... tes HIV, kalau mau kita turun ke keadilan minor sih suaminya juga harus ikut. Jadi... biar ada kesamaan gitu” – DKT Stakeholder Nasional, Kementerian dan Jarnas*

Temuan menunjukkan pekerja seks cenderung mempersepsikan positif pengalamannya ketika mengakses layanan kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya hambatan berarti bagi pekerja seks untuk memenuhi syarat ataupun prosedur untuk mengakses layanan. Perbedaan perlakuan dari petugas layanan terkait dengan gender maupun status pekerjaan juga tidak dirasakan oleh kelompok pekerja seks. Namun demikian, persepsi positif ini tidak menunjukkan petugas layanan selalu bersikap positif terhadap pekerja seks. Hal menarik muncul ketika petugas layanan menasihati untuk berganti pekerjaan, dipersepsikan sebagai bentuk perhatian. Padahal situasi ini justru menunjukkan bahwa petugas layanan menggunakan perspektif moral yang seharusnya tidak terjadi ketika memberikan layanan kesehatan. Persepsi positif ini semakin menunjukkan lemahnya agensi yang dimiliki oleh pekerja seks, karena menganggap mereka layak untuk mendapatkan nasihat tersebut.

*“jadi tidak melihat jenis kelamin dan status sosial. Jadi berdasarkan dia rajin minum obat atau engga aja.” – Wawancara Penerima Manfaat (Pekerja Seks), Jayapura*

*“pelayanannya cukup bagus, semua petugas di puskesmas semua sama saja sikapnya ramah ramah.” – Wawancara Penerima Manfaat (Pekerja Seks), Surabaya*

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

Perspektif yang dipengaruhi oleh isu moralitas dari petugas layanan juga muncul ketika memberikan layanan bagi kelompok transgender dan LSL. Ketidaknyamanan dari petugas layanan akibat ekspresi gender dan orientasi seksual pasien transgender dan LSL saat memberikan layanan.. Penggunaan

perspektif moral ini membuat kelompok transgender dan LSL cenderung mempersepsikan negatif pengalamannya dalam mengakses layanan kesehatan. Padahal bagi kelompok transgender dan LSL sikap dari petugas layanan sangat menentukan keinginan mereka untuk mengakses layanan atau tidak. Ketika mendapat sikap negatif dari petugas layanan, maka pengalamannya akan diceritakan kepada *peer* mereka agar tidak mengakses layanan tersebut.

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

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

Selain sikap dari petugas layanan, spesifik pada komunitas transgender terdapat dua isu teknis yang menjadi pertimbangan untuk mengakses layanan. Isu pertama terkait dengan lokasi layanan. Kelompok transgender akan memiliki kecenderungan untuk memilih layanan yang mudah dijangkau, tetapi tidak banyak diakses oleh masyarakat umum. Transgender merasa tidak nyaman ketika menjadi pusat perhatian karena ekspresi gendernya yang berbeda, sehingga mereka memiliki keinginan lokasi layanan terpisah dari umum. Namun, dari sisi penyedia layanan, layanan yang menyatu dengan pasien lainnya dapat membiasakan mereka untuk mengakses layanan 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 (Transgender), Jakarta*

*“...kalau dispesialkan malah mempersulit akses. Artinya mereka tidak terbiasa mereka untuk mengakses layanan umum.” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Jayapura*

Isu kedua yang cukup krusial bagi kelompok transgender adalah persyaratan administratif. Untuk bisa mengakses layanan umum dengan BPJS diperlukan syarat berupa KTP, sedangkan kebanyakan transgender tidak memiliki kartu identitas diri. Akibatnya mereka akan mengakses layanan yang berbayar, padahal biaya tersebut cukup membebani mereka. Meskipun demikian, kepemilikan KTP tidak serta merta menyelesaikan masalah ini. Ekspresi gender yang berbeda dengan jenis kelamin yang tertulis di KTP menimbulkan pandangan negatif dari petugas layanan dan membuat transgender merasa tidak nyaman. Dinas Sosial di DKI Jakarta sebenarnya sudah berupaya memberikan solusi dengan memperbolehkan menambahkan nama alias di dalam KTP. Namun, solusi ini tidak menyelesaikan masalah karena hanya diketahui oleh orang-orang tertentu saja. Meskipun KTP merupakan salah satu syarat untuk bisa mengakses layanan, tetapi pada praktiknya tidak harus selalu dipenuhi. Hal ini berlaku untuk semua kelompok komunitas. Relasi dengan petugas layanan ataupun dengan OMS memengaruhi untuk bisa mengakses layanan. Hubungan yang dekat dengan petugas layanan memungkinkan untuk tetap bisa mengakses layanan tanpa perlu menggunakan KTP. Begitu



juga ketika mengakses layanan bersama dengan OMS, maka persyaratan tersebut tidak harus selalu dipenuhi.

*“Buat sebagian teman-teman ... kalau lagi gak ada kerjaan atau apa-apa ya pasti [biaya jadi hambatan]. Karena buat kita kan Rp 80.000 sampai Rp 150.000 besar lah. ... Dinsos waktu pembuatan KTP, jadi mereka menggunakan kata al, alias. ... belum disosialisasikan semuanya jadi hanya segelintir orang yang pada saat itu memang ngotot bikin e-KTP.” – Wawancara Penerima Manfaat (Transgender), Jakarta*

*“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*

*“Tidak ada syarat KTP atau BPJS, cukup ada teman komunitas yang mendampingi.” – Wawancara Penerima Manfaat (Transgender), Jayapura*

Terlepas dari pengalaman positif ataupun negatif, seluruh informan merasakan banyak manfaat dengan mengakses layanan kesehatan. Mayoritas manfaat hanya sebatas untuk tujuan meningkatkan akses layanan dan cenderung tidak berkaitan dengan keadilan gender. Manfaat utama yang paling dirasakan adalah terkait kesehatan. Informan dari berbagai kelompok menyatakan mereka menjadi lebih peduli dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya dibandingkan sebelumnya. Ini memunculkan keinginan untuk mengakses layanan kesehatan lanjutan. Tentunya kondisi kesehatan secara fisik semakin meningkat dengan mengakses layanan lanjutan. Meningkatnya kondisi kesehatan secara fisik membawa berbagai dampak positif dalam kehidupan mereka. Dampak positif yang pertama terkait dengan kondisi psikologis. Seiring dengan meningkatnya kesehatan fisik, begitu juga dengan kondisi psikologis. Bagi beberapa informan, perubahan positif pada kondisi kesehatan fisiknya, secara psikologis membuat mereka menjadi lebih bersemangat lagi untuk mengakses layanan. Kepercayaan diri mereka juga semakin meningkat dengan kondisi kesehatan yang semakin membaik.

*“jadi kalo aku ada sakit tau lebih dini kan jadi bisa ya udah jadi kalo aku ada penyakit aku bisa cepet nanggulangi.” – Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jakarta*

*“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*

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

Dampak positif lainnya terkait dengan kondisi ekonomi dan dukungan sosial yang diperoleh. Ponci merasa menjadi lebih termotivasi dan lebih produktif untuk bekerja setelah kondisi kesehatan mereka semakin membaik. Spesifik pada kelompok PWID selain merasa lebih sehat dan produktif, mereka merasa lebih hemat dengan mengakses metadon. Dengan menjadi lebih mandiri serta



produktif secara ekonomi, ternyata juga semakin membuka akses mereka untuk mendapat dukungan sosial. Dukungan sosial yang selama ini diperoleh hanya berasal dari OMS ataupun petugas layanan. Status HIV yang positif dan perilaku berisiko yang dilakukan membuat dukungan dari keluarga menjadi sulit untuk diperoleh. Semakin membaiknya kondisi kesehatan maupun ekonomi, menjadi bukti bagi keluarga bahwa mereka bisa menjalani kehidupan yang 'normal'. Dengan pembuktian ini membuat keluarga menjadi mendukung mereka, yang pada akhirnya kembali semakin berdampak positif bagi kondisi psikologis mereka.

*"termotivasi untuk buat lamaran di ber... lamaran-lamaran di berbagai tempat kerja."* – **Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Medan**

*"Ketika tidak ada IO yang masuk berarti tidak mengganggu kita punya kegiatan ekonomis jadi bisa mendatangkan keuntungan untuk kita sendiri."* – **Wawancara Penerima Manfaat (Transgender), Jayapura**

*"saya sendiri tuh dapat dukungan dari keluarga itu bagus ... membantu saya untuk melanjutkan saya punya pekerjaan."* – **Wawancara Penerima Manfaat (Remaja), Jayapura**

Tidak hanya dukungan dari keluarga, mengakses layanan membuka akses untuk dukungan sosial dari teman sesama komunitas. Bertemu dengan teman sesama komunitas membuat mereka bisa berbagi perasaan ataupun informasi. Bagi sebagian besar informan, dengan bertemu teman sesama komunitas mereka bisa memperoleh dukungan ataupun memberikan dukungan. Memberikan dukungan emosional ataupun informasi kepada teman lainnya membuat mereka merasa lebih berharga dan bisa bermanfaat bagi orang lain. Pada akhirnya juga berdampak positif bagi kepercayaan diri mereka.

*"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 (Transgender), Jayapura**

*"Saya suka mengakses layanan karena saya suka merangkul teman-teman yang belum paham gitu."* – **Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Jayapura**

Pada tataran pengetahuan, hampir seluruh informan sepakat bahwa dengan mengakses layanan mereka bisa mendapatkan banyak informasi. Informasi yang diperoleh terkait dengan isu HIV, pola hidup sehat, serta prosedur untuk mengakses layanan. Bertambahnya pengetahuan ini dianggap sebagai suatu bentuk peningkatan kapasitas bagi mereka. Namun sebenarnya pengetahuan ini diperoleh secara otomatis dengan semakin sering mengakses layanan dan tidak ada pengetahuan baru lagi yang didapat. Selama ini pemberian informasi pada penerima manfaat terbatas hanya untuk semakin meningkatkan akses mereka ke layanan. Tidak ada peningkatan kapasitas bagi mereka untuk bisa lebih memahami hak mereka dan kemampuan untuk mengritisi 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*

*“Yang penting kita juga aktif sering tanya, sering ketemu gitu sih yang penting kita nya.” – Wawancara Penerima Manfaat (PWID Perempuan), Surabaya*

*“Saya cuman taunya itu mengakses layanan itu dari segi prosedur: mendaftar menunggu itu doang, dari ilmu informasinya tuh kayaknya enggak.” - Wawancara Penerima Manfaat (LSL), Medan*

Selain manfaat yang dirasakan penerima manfaat, temuan lain yang turut dilihat adalah bentuk partisipasi dari penerima manfaat. Sejauh ini, partisipasi yang umum dilakukan oleh penerima manfaat berupa keluhan terhadap layanan. Meskipun demikian, tidak semua penerima manfaat berani untuk menyampaikan keluhan. Hanya orang-orang sudah benar-benar paham mengenai program dan mengenal petugas layanan ataupun *stakeholder* lainnya yang berani menyampaikan keluhan. Keluhan yang disampaikan pun hanya sebatas teknis pelayanan yang diberikan dan tidak berpengaruh pada kebijakan. Keadaan ini semakin diperparah dengan minimnya tanggapan yang diberikan mengenai keluhan yang disampaikan. Tanggapan yang diberikan hanya seadanya dan tidak memberikan solusi yang konkret. Tidak jarang penerima manfaat dianggap sebagai pihak yang tidak tahu apa-apa, sehingga keluhan yang disampaikan justru tidak dipercaya. Minimnya tanggapan dari petugas layanan dapat berakibat semakin menurunnya keinginan penerima manfaat untuk menyampaikan keluhan ataupun berpartisipasi dalam program.

*“Komplainnya masalah jam layanan.” – Wawancara Penerima Manfaat (ODHA Perempuan), Jakarta*

*“Saya langsung marah waktu itu, jadi saya rekomendasikan ke kepala dinas untuk refresh ... tenaga kesehatan.” – Wawancara Penerima Manfaat (Transgender), Jayapura*

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

*“... mereka beralasan bahwa itu peraturan rumah sakit. Peraturan rumah sakit itu ya gak bisa diubah.” – Wawancara Penerima Manfaat (LSL), Jayapura*

Dari perspektif OMS sebagai pendamping, upaya untuk meningkatkan partisipasi penerima manfaat sudah dilakukan tetapi masih terbatas. Upaya yang dilakukan berupa pelibatan komunitas untuk menjadi pendidik sebaya dan petugas penjangkau. Partisipasi perempuan juga sudah dilakukan dengan merekrut konselor ataupun petugas lapangan perempuan. Namun semua upaya tersebut kembali lagi hanya sebatas untuk tujuan meningkatkan cakupan layanan, belum untuk partisipasi aktif dalam perubahan program sesuai kebutuhan penerima manfaat. Pada dasarnya OMS menyadari bahwa masukan dari penerima manfaat merupakan hal yang penting dan dibutuhkan agar program

atau layanan HIV sesuai dengan kebutuhan. Usaha untuk menggali keluhan ataupun masukan kualitatif dari penerima manfaat telah dilakukan, tetapi hanya bersifat insidental dan personal. Namun, usaha tersebut tidak diimbangi dengan adanya mekanisme yang baku untuk menindaklanjuti masukan ataupun keluhan tersebut. Padahal OMS memiliki akses dan jejaring yang luas untuk bisa menyampaikan keluhan tersebut pada *stakeholder* lainnya. Di sisi lain, juga belum ada upaya peningkatan kapasitas yang dilakukan untuk bisa mendorong penerima manfaat menyampaikan keluhan ataupun menuntut haknya.

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

*“Untuk meningkatkan partisipasi mereka itu kita dengan melakukan apa namanya ... merekrut mereka sebagai PE.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

*“1 bulan sekali namanya tuh study club yang dihadiri oleh teman-teman ODHA, nah disitu kita juga bertanya terkait kualitas dari pendampingan yang dilakukan oleh pendukung sebaya.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

*“kalau kemudian ngobrol personal kadang muncul keluarin keluhan-keluhan.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

Upaya yang dilakukan OMS untuk melibatkan penerima manfaat dalam program HIV masih belum maksimal. Selama ini penerima manfaat hanya dilibatkan untuk mendorong teman-temannya mengakses layanan. Peningkatan kapasitas sebagai *peer educator* juga telah dilakukan, tetapi tetap dengan tujuan untuk meningkatkan cakupan layanan atau program. Ini menunjukkan penerima manfaat hanya dianggap sebagai obyek dari sebuah program. Penerima manfaat justru tidak mendapat kesempatan untuk berpartisipasi dan memberikan masukan untuk pengembangan program sesuai dengan kebutuhannya. Ini menimbulkan konsekuensi bagi penerima manfaat maupun program HIV itu sendiri. Penerima manfaat tidak akan memiliki kapasitas untuk bisa menyuarakan pendapat maupun kebutuhannya. Sedangkan dari sisi program, layanan ataupun program selanjutnya menjadi tidak sesuai karena tidak bisa memenuhi kebutuhan penerima manfaat. Penerima manfaat tidak diberi kesempatan untuk memberikan masukan terkait program agar sesuai dengan kebutuhan. Partisipasi dari penerima manfaat yang seharusnya menjadi pusat dari program atau layanan HIV masih terlihat sangat minim. Seolah program ataupun layanan HIV yang telah terlaksana selama ini belum menempatkan penerima manfaat sebagai subyek.

*“1 bulan sekali namanya tuh study club yang dihadiri oleh teman-teman ODHA, nah di situ kita juga bertanya terkait kualitas dari pendampingan yang dilakukan oleh pendukung sebaya sebaik apa dan apa kira-kira kekurangan yang dilakukan oleh OMS.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

*“... kita melibatkan teman sebaya supaya sampai sejauh mana pekerja seks mau mengakses layanan berdasarkan dorongan-dorongan dari mereka.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

- ⊙ Persepsi terhadap pengalaman dan manfaat bervariasi di masing-masing kelompok penerima manfaat
- ⊙ Penerima manfaat perempuan cenderung memiliki persepsi positif dengan tidak adanya kesulitan dalam memenuhi persyaratan KTP dan BPJS. Manfaat lebih dirasakan bila lokasi layanan lebih dekat, mudah dijangkau, dan durasi tidak terlalu lama karena faktor anak. Terdapat beban ganda bila penyedia layanan meminta pasangan untuk tes HIV
- ⊙ Pekerja seks relatif memiliki pengalaman positif terhadap layanan HIV yang diterima bila berkaitan dengan gender. Nasihat untuk berganti pekerjaan dianggap sebagai bentuk perhatian
- ⊙ Pengalaman kelompok waria dan LSL terhadap layanan relatif negatif akibat persepsi moral yang diterima dari penyedia layanan HIV.
- ⊙ Waria lebih memilih lokasi yang mudah dijangkau namun tidak banyak pengunjung untuk mengurangi potensi hujatan dari pengunjung umum. Persyaratan administrasi dan relasi dengan penyedia layanan juga memengaruhi pengalaman untuk mengakses
- ⊙ Mayoritas manfaat hanya sebatas untuk tujuan meningkatkan akses layanan dan tidak berkaitan dengan keadilan gender
- ⊙ Beberapa manfaat yang dirasakan termasuk meningkatnya status kesehatan, kondisi ekonomi membaik, dukungan sosial membaik, dan peningkatan pengetahuan
- ⊙ Partisipasi yang umum dilakukan oleh penerima manfaat berupa keluhan terhadap layanan
- ⊙ Upaya untuk meningkatkan partisipasi penerima manfaat dari OMS baru terbatas pada pelibatan sebagai pendidik sebaya dan mempromosikan layanan kepada teman sebaya, tanpa ada pelibatan bermakna dalam perbaikan program

### **3.5. MONITORING DAN EVALUASI INTEGRASI GENDER DALAM PROGRAM HIV**

---

Sebagai penutup dari keseluruhan temuan, bagian ini akan memaparkan proses monitoring dan evaluasi dalam respons HIV yang selama ini berjalan. Pembahasan akan dibuka dengan temuan mengenai indikator yang digunakan untuk memonitoring pelayanan HIV. Setelah itu, kelebihan dan kelemahan dari proses monitoring dan evaluasi yang dilakukan selama ini disajikan untuk melihat potensi hambatan untuk mengintegrasikan gender dalam respons HIV. Beberapa saran untuk

memperbaiki indikator dalam respon HIV turut disampaikan untuk menyediakan layanan HIV yang sensitif gender.

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa indikator yang digunakan oleh penyedia layanan dalam memonitoring program HIV lebih cenderung berfokus untuk melihat cakupan akses. Baik di penyedia layanan fasyankes dan OBK, indikator utama yang digunakan adalah jumlah orang yang terjangkau dan jumlah kunjungan pada layanan HIV. Beberapa indikator turunan seperti jumlah paket pencegahan yang diterima, jumlah kasus HIV positif dan jumlah ARV terdistribusi digunakan untuk melihat cakupan layanan dalam program HIV. Dalam setiap indikator cakupan, data dipilah berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan serta usia. Bagi fasyankes, format data monitoring bersifat baku sesuai dengan yang ditetapkan oleh Kemkes. Sedangkan OBK sedikit memiliki keleluasaan dalam memodifikasi format pelaporan data, tetapi tetap harus mengacu pada kebutuhan data dari pemberi dana. Dengan data yang dimiliki, sebenarnya sudah mampu untuk melihat kesenjangan gender dari sisi akses terhadap layanan HIV bila digunakan secara maksimal.

*“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*

*“Indikatornya jumlah kunjungannya. Kita bisa lihat kunjungan pasiennya lah ya” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Medan*

*“Kita standar...memang dari form-form dari pelaporan... Berapa ibu hamil, berapa yang diobati, berapa yang partusnya spontan, mana yang [melahirkan] caesar, mana yang bayinya reaktif, tidak reaktif, mana bayi yang sudah mendapatkan ARV, segala macam.” – DKT Stakeholder Lokal, Jayapura*

Sayangnya penggunaan data monitoring dari program yang berjalan masih memiliki keterbatasan dari aspek teknis dan pemanfaatan. Dari sisi teknis, diketahui bahwa populasi tertentu seperti waria dan remaja usia di bawah 18 tahun tidak dimasukkan ke dalam variabel pemilah dalam indikator monitoring program. Variabel data terkait gender hanya berupa pemilahan data berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Pada tingkat pemangku kepentingan secara tegas menyatakan bahwa pemilahan jenis kelamin hanya ada laki-laki dan perempuan. Konsep pembagian jenis kelamin berdasarkan ciri biologis yang dianut oleh Indonesia menimbulkan konsekuensi tidak masuknya transgender dalam karakteristik pemilahan gender. Sedangkan bagi kelompok remaja, penerima manfaat dan ponci yang berusia di bawah 18 tahun tidak dapat dicatat dalam sebagai capaian program. Selama tidak ada upaya yang dilakukan untuk mengubah pemilahan jenis kelamin selain laki-laki dan perempuan serta ketentuan usia, maka populasi waria dan remaja akan tetap “terpinggirkan” dalam monitoring program. Hal ini dapat mengakibatkan evaluasi kesenjangan gender dalam respons HIV tidak dapat dilakukan.

*“Cuma laki laki dan perempuan itu aja, paling [transgender] hanya dikelompokkan jadi yang berisiko, jadi dimasukkan ke kelompok risiko apa” – Wawancara Penyedia Layanan (Puskesmas), Medan*

*“Kalau data terpilah ya adanya hanya laki-laki dan perempuan. Dan kita tidak mengakomodir tadi yang bukan laki-laki, bukan perempuan” – DKT Stakeholder Lokal, Surabaya*

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

Dalam respons HIV, proses monitoring dan evaluasi sudah dilakukan secara rutin dan digunakan untuk mengukur pencapaian target. Data dikumpulkan secara rutin dan umumnya dievaluasi berkala secara mingguan atau bulanan. Bagi OBK, fungsi utama monitoring digunakan untuk membandingkan target program dengan capaian lapangan. Sedangkan bagi fasyankes, hasil capaian layanan dikompilasi ke dalam Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA) milik Kemkes untuk kebutuhan tabulasi nasional. Data yang dikumpulkan bersifat kuantitatif berupa angka, untuk selanjutnya dibandingkan dengan hasil pencapaian sebelumnya. Mengingat indikator yang digunakan adalah angka cakupan layanan sehingga potensi evaluasi capaian hanya terbatas pada komponen jumlah akses saja. Dengan indikator yang digunakan saat ini, potensi hambatan dan kualitas layanan tidak dapat dilihat dalam pelayanan HIV. Dengan kata lain meskipun data terpilah terkait akses dianalisis, penyebab terjadinya disparitas tetap tidak dapat diketahui melalui indikator yang digunakan.

*“sistem monitoringnya dari kita juga. Melakukan monitoringnya setiap minggu sampai sudah berapa banyak komunitas yang dia rekrut untuk menjadi pendidik sebaya jadi kita juga pasang target...” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

*“kita sudah ada jelas tahapnya, kita lapor tiap bulan. .... SIHA segala macam kita rutin” – Wawancara Penyedia Layanan (Rumah Sakit), Jayapura*

*“Kalau evaluasinya itu, per bulan. Itu dari data-data laporan-laporan yang diterima” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“Tetap pake kuantitatif tadi Mba, cuma hanya kemudian membandingkan angka, kemudian itu yang dipake” – Wawancara Penyedia Layanan LSM, Surabaya*

Situasi di atas juga terkonfirmasi saat pengolahan data. Indikator pelayanan HIV yang digunakan saat ini tidak dapat mengakomodir sejauh mana pencapaian dan kualitas integrasi gender dan HIV yang telah dilakukan. Tidak ada mekanisme analisis yang mengharuskan evaluasi disparitas gender dalam pelayanan HIV dilakukan. Sehingga ketersediaan data terpilah menjadi “data mati” yang diperlakukan sebagai data rutin yang perlu dikumpulkan saja. Praktik untuk melihat kesenjangan akses pelayanan HIV antara perempuan dan laki-laki menjadi tidak pernah dilakukan. Dengan ketidaktersediaan data tersebut, otomatis upaya untuk memperbaiki kesenjangan gender tidak pernah terjadi dalam respons HIV. Situasi ini dimungkinkan mengingat indikator yang khusus mengukur ketimpangan gender dalam

respon HIV tidak tersedia. Jika seandainya indikator yang menargetkan jumlah perempuan mendapatkan tes HIV, mendapatkan pengobatan, memiliki virus HIV tidak terdeteksi, dan penurunan angka kematian akibat HIV dapat dimasukkan dalam pelayanan HIV, maka upaya untuk meningkatkan status kesehatan berbasis gender dapat dijalankan. Indikator ini dapat mendorong penyedia layanan HIV untuk melakukan penjangkauan, mengukur pencapaian, dan membuat strategi berbasis gender. Sayangnya, sampai dengan pengambilan data ini dilakukan hal tersebut belum terjadi.

*“tapi instrumen khusus atau plot khusus untuk mengevaluasi gender itu program kita engga deh” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Medan*

*“Kalau di HIV AIDS itu hanya pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS, tapi sifatnya harus ada yang kita angkat gender itu adalah saat angka kematian ibu. Nah angka kematian ibu itu menjadi salah satu tolok ukur untuk... peningkatan status kesehatan dari masyarakat.” – Wawancara Stakeholder Nasional, Bappenas*

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

Selain tidak ada indikator kuantitatif sensitif gender yang digunakan dalam respons HIV, 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 secara terstruktur. Sebenarnya sudah ada upaya untuk bisa mengumpulkan temuan kualitatif yang dilakukan oleh penyedia layanan. Pada OMS dilakukan dengan pertemuan rutin mingguan ataupun bulanan. Sedangkan di tingkat kota maupun provinsi dilakukan pertemuan sebagai forum diskusi antara Dinas Kesehatan sebagai pemangku kepentingan; penyedia layanan – baik puskesmas maupun OMS; dan penerima manfaat. Pada forum diskusi tersebut membahas mengenai keluhan ataupun kasus yang ditemukan di lapangan. Namun demikian, data kualitatif yang ada masih belum terorganisir sehingga belum bisa dianalisis lebih lanjut. Hal ini terjadi mengingat tidak ada mekanisme yang terstruktur untuk bisa meminta masukan terkait layanan yang diterima oleh dampingannya. Diskusi mengenai pengalaman mengakses layanan sudah dilakukan, tetapi hanya sebatas membahas terkait keluhan teknis layanan. OMS belum menggali lebih dalam mengenai akses layanan terkait dengan gender. Selain itu, tidak adanya pelaporan yang sistematis terkait keluhan menyebabkan informasi ini hanya berupa narasi tanpa analisis dan tindak lanjut. Data kualitatif yang terkumpul hanya menjadi dokumentasi individual OMS tanpa ada upaya analisis silang dengan data kuantitatif cakupan layanan.

*“kalau untuk ke kita mungkin berapa kali pertemuan pernah ketemu dan misalnya mereka punya keluhan dan segala macam kalau dulu difasilitasi oleh KPA ada pertemuan PE” – Wawancara (LSM), Medan*

*“...dari kasus-kasus yang terjadi, dari masalah-masalah yang terjadi di mereka itu yang kita jadikan sebagai data” – DKT Stakeholder Lokal, Jayapura*



*“...koordinasi mingguan atau bulanan kita selalu nanyain ada nggak kasus-kasus seperti itu akhirnya kita masukkan dalam bentuk narasi.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

Akumulasi dari permasalahan yang terdapat dalam ketersediaan data dan indikator berdampak pada penyusunan respons HIV selanjutnya. Program HIV selanjutnya bisa menjadi tidak tepat karena hasil monitoring dan evaluasi yang kurang menggambarkan permasalahan di lapangan. Padahal hasil analisis tersebut menjadi dasar untuk menyusun rencana perbaikan dan strategi program selanjutnya. Baik indikator maupun model monitoring dan evaluasi saat ini tidak dapat mengakomodir temuan disparitas gender dan temuan kualitatif. Dampaknya, keberhasilan program HIV maupun pengembangan program selanjutnya hanya diukur berdasarkan kuantitas cakupan saja. Proses monitoring dan evaluasi yang dilakukan menjadi kurang bermakna. Bila tidak ada upaya untuk memperbaiki indikator dan proses analisis data kuantitatif dan kualitatif, maka siklus respons HIV akan berulang terfokus hanya melihat pencapaian program dari sisi akses saja dan tidak tepat sasaran untuk mengurangi 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*

*“[data M&E jadi] bahan advokasi kita ... misalkan kita pengen membuat suatu program baru kalo saya sih lihatnya selalu dari data ya.” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Jakarta*

*“Kalau itu kita ada yang namanya PKA tiap tahunan, jadi itu sebenarnya turunan dari renstra kan. Itu program kerja dan anggarannya kita. Jadi setahun itu kita memiliki target secara kelembagaan sendiri VCT berapa, IMS berapa, pemeriksaan ibu hamil berapa” – Wawancara Penyedia Layanan (LSM), Surabaya*

- ⊙ Indikator yang digunakan oleh penyedia layanan dalam memonitoring program HIV lebih cenderung berfokus untuk melihat cakupan akses
- ⊙ Walaupun beberapa indikator cakupan sudah terpilah berdasarkan jenis kelamin, tetapi belum dianalisis dengan baik
- ⊙ Indikator pelayanan HIV yang digunakan saat ini tidak dapat mengakomodir sejauh mana pencapaian dan kualitas integrasi gender dan HIV yang telah dilakukan
- ⊙ Disparitas gender dalam respons HIV dapat dilihat melalui indikator yang menargetkan jumlah perempuan mendapatkan tes HIV, mendapatkan pengobatan, memiliki virus HIV tidak terdeteksi, dan penurunan angka kematian akibat HIV dapat dimasukkan dalam pelayanan HIV



- ⦿ Data kualitatif terkait pelayanan HIV juga tidak terkoneksi dengan data cakupan HIV akibat sistem pendokumentasian yang tidak terstruktur dan tidak dilakukan analisis silang
- ⦿ Akumulasi dari permasalahan yang terdapat dalam ketersediaan data dan indikator berdampak pada penyusunan respons HIV selanjutnya

## BAGIAN 4: PEMBAHASAN

Kajian ini telah menunjukkan bahwa dalam perspektif kesetaraan gender, penerima manfaat belum mampu mengakses, memanfaatkan dan berpartisipasi dalam layanan HIV sesuai dengan kebutuhan gendernya. Sebagai contoh dalam dimensi akses, kemampuan (agensi) kelompok Ponci untuk mendapatkan layanan HIV ditemukan berbeda sesuai dengan faktor yang mempengaruhi setiap kelompok. Misalnya pada kelompok pekerja seks dan remaja ponci, atribut sosial yang merekat pada mereka i.e. jenis pekerjaan, usia turut mempengaruhi kemampuan dalam mengakses layanan HIV. Temuan ini senada dengan hasil studi yang dilakukan oleh Lazarus dan rekan (2012) yang menyatakan stigma terkait pekerjaan transaksi seks memiliki asosiasi yang kuat dengan hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Sedangkan transisi biologis dan psikologis, serta tugas perkembangan yang dialami remaja telah meningkatkan risiko terhadap penularan HIV (Bekker et al, 2015). Adanya perbedaan kemampuan akibat faktor atribut sosial ini dapat dijelaskan melalui kajian Sen dan Ostlin (2008) tentang faktor sosial yang turut menentukan status kesehatan (*social determinant of health*). Jenis pekerjaan dan usia sebagai atribut sosial yang dimiliki pekerja seks dan remaja telah menentukan seberapa jauh perhatian terhadap kebutuhan kesehatan dan kemampuan untuk menentukan pilihan kesehatan pada kedua populasi tersebut.

Selain atribut sosial, kemampuan untuk mengakses layanan juga dipengaruhi oleh jenis dukungan yang dibutuhkan Ponci. Studi ini juga menemukan bahwa setiap kelompok Ponci membutuhkan jenis dukungan yang berbeda agar mampu meningkatkan kemampuan mengakses layanan HIV. Temuan ini sejalan dengan hasil kajian sistematik yang dilakukan Qiao, Li, & Stanton (2014) yang menemukan bahwa kelompok Ponci memiliki jenis dukungan sosial yang berbeda sesuai dengan kebutuhan spesifik dukungan sosial dan jaringan sosial yang dimiliki masing-masing kelompok Ponci. Bagi kelompok waria dan LSL, jaringan sosial yang dimiliki adalah sumber dukungan dalam mengakses layanan. Hal ini serupa dengan temuan dalam studi Arnold dan rekan (2018). Sedangkan bagi kelompok pekerja seks dan remaja, bantuan dari LSM merupakan faktor krusial yang menentukan realisasi akses ke Fasyankes. Menurut Ma dan rekan (2017) bantuan LSM agar kelompok pekerja seks dapat mengakses layanan yang diberikan melalui pemberian informasi, dukungan psikososial, dan advokasi yang dilakukan. Hal ini berbeda dengan dukungan bagi kemampuan ODHA perempuan terhadap layanan lebih banyak dipengaruhi oleh komitmen terhadap kesehatan anak dan dukungan keluarga, serupa seperti yang diungkapkan oleh Hodgson dan rekan (2014) terkait inisiasi dan retensi ARV.

Demikian pula manfaat dan partisipasi yang diperoleh penerima manfaat pun hanya layanan yang umum belum secara spesifik sesuai dengan kebutuhannya. Temuan dalam studi ini menunjukkan manfaat yang dirasakan penerima manfaat lebih menysasar peningkatan cakupan layanan pengobatan tanpa mempertimbangkan upaya untuk menutup kesenjangan gender. Situasi ini serupa dengan Intervensi HIV di Sub-Sahara Afrika di mana pelayanan HIV mengabaikan komponen

kesenjangan gender walaupun isu kekerasan dan norma gender menjadi hambatan utama dalam efektivitas program HIV (Watts & Seeley, 2014). Padahal, menurut Piot dan rekan (2015) inovasi program yang menasar perubahan pada tataran relasi kuasa dan gender berguna untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dan menurunkan penularan HIV. Sedangkan dalam konteks partisipasi, layanan yang disediakan oleh fasyankes maupun LSM bagi lebih bersifat *top down* akibat minimnya keterlibatan penerima manfaat dalam menentukan arah pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Situasi serupa juga ditemukan di Zimbabwe di mana partisipasi kelompok ponci masih disalurkan melalui LSM yang rentan mengalami kekuasaan asimetris (Skovdal, et al., 2017). Temuan ini juga mengindikasikan bahwa relasi antara penerima manfaat dan penyedia layanan masih bias kekuasaan pada penyedia layanan di mana penerima manfaat harus menerima apa yang disediakan oleh penyedia layanan.

Situasi yang membatasi peranan penerima manfaat tersebut tentunya tidak lepas dari perspektif dari penyedia layanan bahwa layanan yang diberikan tidak membedakan kepada siapa saja yang membutuhkan layanan tersebut. Bila merujuk pada penjelasan Stephen (2018), situasi ini terjadi akibat konsep kesetaraan yang dipahami sebagai perlakuan yang sama (*equal treatment*) di mana kelompok dengan posisi yang lemah secara biologis dan budaya, dipaksa untuk mengikuti standar yang ada. Proses ini serupa dengan yang dialami oleh negara-negara Eropa lebih dari satu dekade lalu di mana kebijakan pengarusutamaan gender justru mengaburkan *positive action* spesifik yang dibutuhkan penerima manfaat akibat konsep yang terlalu umum (Stratigaki, 2005). Akibatnya Penyedia layanan menjadi tidak sensitif terhadap kesenjangan gender yang ada. Padahal terdapat kelompok-kelompok sosial tertentu memiliki keterbatasan untuk memperoleh akses, manfaat dan partisipasi dalam pelayanan kesehatan karena permasalahan struktural dan budaya yang melingkupi konteks dari pelayanan tersebut. Meski layanan harus disediakan bagi semua kelompok, namun tetap harus mempertimbangkan hambatan-hambatan yang dialami oleh berbagai kelompok tersebut. Seperti yang pernah terjadi di Brazil di mana kebijakan layanan HIV bagi semua (*universal access*) menyebabkan penyedia layanan kesulitan menyesuaikan dengan kebutuhan spesifik klien sehingga justru menyebabkan ketidakadilan bagi beberapa kalangan tertentu (Oliveira, 2009). Seharusnya, penyedia layanan HIV harus mampu menyikapi berbagai kebutuhan berbeda dari kelompok tersebut agar dapat mencapai keadilan.

Meski demikian, permasalahan dalam tataran penyediaan layanan ini tidak bisa dilepaskan dari berbagai kebijakan yang menjadi dasar bagi penyediaan layanan tersebut. Hasil temuan kajian ini menunjukkan bahwa kebijakan AIDS belum memperhitungkan perbedaan kebutuhan spesifik kelompok-kelompok yang menjadi targetnya. Perbedaan baru dilakukan pada tatanan membedakan kelompok sasaran yang merupakan masyarakat umum dan kelompok kunci yang terdiri dari WPS, LSL, penasun, waria, pelanggan dan ibu hamil. Perbedaan kebutuhan berdasarkan gender sama sekali belum disikapi dalam kebijakan yang dikembangkan. Meski sudah ada PPRG yang menjadi landasan dalam perencanaan dan penganggaran dalam bidang kesehatan, perencanaan dan penganggaran AIDS tidak menggunakan metode yang direkomendasikan ini karena cenderung menggunakan pola yang dikembangkan oleh donor yang secara nyata belum memperhitungkan kebutuhan kelompok-

kelompok yang berbeda. Proses yang terjadi saat ini bertentangan dengan anjuran dalam Kebijakan gender dalam bidang kesehatan No. 1459 tahun 2010 di mana fokus pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan aspek hubungan social budaya, akses terhadap layanan dan kerentanan terhadap penyakit yang menyebabkan perbedaan outcome kesehatan (Kemkes, 2010). Tidak mengherankan pedoman-pedoman yang dikembangkan baik dalam pencegahan maupun perawatan sama sekali tidak mencerminkan kesenjangan gender yang terjadi.

Untuk itu, hal yang paling penting untuk dilakukan adalah memperbaiki akses, manfaat dan partisipasi penerima manfaat dalam penanggulangan HIV secara strategis. Kebijakan HIV yang saat ini bersifat netral harus diubah menjadi kebijakan yang sensitif gender. Hal ini secara operasional bisa dilakukan dengan mengupayakan perubahan-perubahan pedoman yang saat ini berlaku dengan mengkajinya dari perspektif gender. Ini menjadi penting untuk dilakukan karena pedoman-pedoman ini akan menjadi dasar dalam penyelenggaraan layanan di tingkat lapangan yang berupa SOP ataupun alur layanan. Hal ini seperti yang dilakukan di Ethiopia di mana perubahan kebijakan non-gender i.e. kebijakan kepemilikan tanah, UU pernikahan justru berkontribusi dalam menutup kesenjangan gender yang ada (Kumar & Quisumbing, 2015). Secara struktur perubahan-perubahan tersebut menjadi prioritas utama karena akan menjadi kerangka bagi pelayanan yang berbasis gender tetapi secara kultural diperlukan upaya-upaya untuk melakukan pengarusutamaan gender pada tingkat layanan khususnya bagi staf baik dari fasyankes maupun LSM. Pada sisi yang lain, pendidikan masyarakat tentang kesetaraan gender ini juga menjadi hal yang tidak bisa ditinggalkan karena pengetahuan dan kesadaran tentang kesetaraan gender ini akan mampu mendorong penerima manfaat untuk mengetahui kebutuhan dan hak-haknya. Seperti yang ditemukan oleh Remme dan rekan (2014) bahwa program pemberdayaan gender merupakan salah satu intervensi yang cost effective untuk menurunkan penularan HIV melalui perubahan norma gender yang berbahaya. Dengan demikian pendidikan gender pada penyedia layanan dan penerima manfaat akan memungkinkan terwujudnya pelayanan kesehatan yang sensitif gender.

#### **4.1. KETERBATASAN**

---

Kajian ini tidak terlepas dari beberapa keterbatasan. Pertama, tidak semua kebijakan yang terkait gender dan HIV dimasukkan dalam tinjauan pustaka di penelitian ini. Kebijakan-kebijakan yang bersifat teknis dan operasional tidak diikutsertakan dalam kajian literatur. Keterbatasan ini diatasi dengan mengkaji seluruh kebijakan-kebijakan yang lebih strategis baik tingkat nasional maupun lokal, seperti misalnya dokumen ratifikasi CEDAW, kebijakan setingkat undang-undang, maupun kebijakan setingkat peraturan menteri. Pertimbangan ini dilakukan mengingat kebijakan yang bersifat teknis ataupun operasional disusun dengan mengacu pada kebijakan yang lebih strategis. Sehingga dengan mengkaji kebijakan pada level yang lebih tinggi, maka secara tidak langsung dapat menggambarkan substansi yang ada di dalam kebijakan teknis ataupun operasional.

Kedua, tidak adanya fasyankes di Jakarta yang menjadi informan akibat terhambat izin dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta juga menjadi salah satu keterbatasan kajian ini. Namun, untuk tetap memperoleh informasi dan masukan dari fasyankes di Jakarta maka diadakan pertemuan validasi. Pada pertemuan ini tim peneliti memaparkan hasil pengumpulan data sementara hasil pengambilan data di keempat kota untuk kemudian didiskusikan dan memperoleh masukan. Ketiga, sebagai keterbatasan terakhir adalah terkait dengan data lokal kasus HIV. Pada saat pengambilan data di keempat kota, data lokal yang tersedia belum terpilah berdasarkan jenis kelamin. Untuk tetap mendapatkan gambaran kasus HIV, maka data diambil dari data nasional di tahun 2017 dan kuartal pertama 2018. Dengan adanya data nasional ini dapat lebih menggambarkan situasi kasus HIV di Indonesia pada masing-masing kelompok jenis kelamin.

## BAGIAN 5: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

### 5.1. KESIMPULAN

Kajian ini bertujuan untuk melihat integrasi dimensi gender pada epidemi HIV dalam program penanggulangan HIV di Indonesia baik di tingkat nasional dan sub-nasional. Selain itu, faktor penghambat dan pendukung yang tersedia untuk mengintegrasikan gender dan HIV pada tataran kebijakan, program dan pendanaan juga turut diidentifikasi. Pendekatan kualitatif digunakan sebagai metode utama dalam melakukan kajian, disamping kajian kebijakan untuk mengetahui posisi kebijakan pemerintah Indonesia terkait gender dan respon HIV. Dari proses tersebut, terdapat beberapa temuan penting dari hasil pengolahan data yang dilakukan.

Implikasi penularan HIV terhadap populasi perempuan secara konsisten telah terlihat, melalui pelaporan data dan temuan di lapangan dalam beberapa tahun terakhir. Situasi ini memunculkan kebutuhan untuk mempertimbangkan kerentanan perempuan dan sejauh mana peranan gender berkontribusi terhadap penularan HIV di Indonesia. Sayangnya, tidak ditemukan program HIV yang secara spesifik mengatasi kerentanan perempuan terhadap penularan HIV. Program yang tersedia lebih berfokus pada peningkatan akses tes HIV dan pengobatan ARV tanpa menyoroti aspek partisipasi dan kontrol. Situasi ini bertolak belakang dengan kebijakan gender yang dikeluarkan pemerintah, di mana dukungan untuk mencapai kesetaraan gender telah tersedia sampai ke tataran operasional melalui mekanisme PUG dan PPRG.

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

Pada tataran pemahaman, terdapat multi-interpretasi dari penggiat HIV terhadap definisi gender yang berdampak pada kurangnya pemahaman gender. Sehingga ukuran yang digunakan terhadap integrasi gender dan HIV adalah tersedianya program HIV khusus bagi perempuan dan adanya keterlibatan perempuan dalam program HIV, tanpa melihat upaya untuk menutup kesenjangan gender dalam HIV. Situasi ini berdampak pada realisasi perencanaan dan pengalokasian anggaran HIV yang sensitif gender. Dalam penyediaan layanan HIV, fokus program yang ditujukan khusus untuk kelompok ponci justru memengaruhi pendekatan dalam respons HIV dan menyulitkan pengintegrasikan isu gender. Layanan HIV diberikan sama untuk seluruh penerima manfaat tanpa melihat kebutuhan spesifik atau kesenjangan akses yang berkaitan dengan gender. Sejalan dengan pemahaman, konsep gender dalam pelayanan HIV telah tereduksi menjadi sebatas jenis kelamin saja.

Pelayanan HIV yang berbasis gender dipahami sebagai program dan pendekatan yang diperuntukkan bagi perempuan seperti PPIA atau layanan kesehatan reproduksi, tanpa ada pertimbangan terhadap relasi kuasa. Salah satu faktor yang memengaruhi situasi tersebut dalam layanan HIV adalah kurangnya pemahaman dan edukasi terkait gender yang dimiliki penyedia layanan. Beberapa contoh kasus yang membuktikan isu gender terabaikan dalam respon HIV adalah beban yang diberikan kepada ponci untuk mengajak pasangan tes HIV dan fokus pada distribusi kondom tanpa memperhatikan proses negosiasi antar pasangan. Respons terhadap isu kekerasan yang sebatas mendekatkan akses tanpa penguatan agensi untuk korban, begitupun pemilahan layanan belum mengakomodir keberagaman gender lainnya.

Kombinasi dari kebijakan HIV yang tidak operasional untuk menutup kesenjangan gender, kurangnya pemahaman konsep gender, dan pelayanan HIV yang belum sepenuhnya sensitif gender berdampak pada kemampuan ponci dalam mengakses dan berpartisipasi dalam respons HIV. Bagi pekerja seks perempuan dan remaja, kemampuan mengakses layanan dipengaruhi oleh atribut sosial yang melekat pada kelompok tersebut. Selain itu, kemampuan dalam mengakses layanan tidak dapat berjalan mandiri tanpa dukungan dari pihak eksternal sehingga keberlanjutan pengobatan dan retensi dalam perawatan HIV menjadi rentan. Perspektif moral dan diskriminasi juga masih menjadi bagian dari pengalaman ponci saat mengakses layanan. Kemampuan ponci dalam mengakses layanan terefleksikan juga dalam aspek partisipasi dan manfaat dari respon HIV yang lebih mengarah untuk meningkatkan akses layanan. Saat ini, bentuk partisipasi dan manfaat yang lebih strategis dan terstruktur bagi respon HIV dari kelompok ponci belum terbentuk. Situasi ini sesuai dengan indikator keberhasilan layanan HIV yang baru berfokus pada cakupan layanan tanpa melihat sejauh mana pencapaian terhadap integrasi gender dan HIV telah dilakukan. Kesenjangan gender dalam respon HIV dapat diminimalisir bila indikator yang menargetkan jumlah perempuan mendapatkan tes HIV, mendapatkan pengobatan, memiliki virus HIV tidak terdeteksi dan penurunan angka kematian akibat HIV dapat dimasukkan dalam pelayanan HIV. Dari temuan diatas dapat disimpulkan bahwa dalam respon HIV, isu gender baru terintegrasi dalam level struktur dan konten tetapi masih bermasalah dalam sisi pelaksanaan layanan (*culture*).

## **5.2. REKOMENDASI**

Permasalahan utama yang diperoleh dari kajian ini adalah belum dilaksanakannya kebijakan makro tentang pengarusutamaan gender dalam sektor-sektor yang berkaitan dengan penanggulanga HIV dan AIDS di Indonesia. Akibat dari belum terlaksananya kebijakan makro tentang pengarusutamaan gender ke dalam kebijakan teknis dan operasional menyebabkan kontrol, akses, manfaat dan partisipasi dari populasi kunci menjadi tidak terakomodasi secara penuh dalam pelayanan kesehatan dan sosial terkait dengan HIV. Salah satu faktor strategis yang teridentifikasi yang menyebabkan tidak berjalannya kebijakan makro adalah masih lemahnya perspektif gender dari para pelaku-pelaku di tingkat layanan dan pengambil kebijakan di masing-masing sektor yang terkait dengan penanggulangan HIV sehingga pelaksanaan pengarusutamaan gender hanya sebatas pada formalisme tanpa pemahaman atas makna yang lebih dalam. Untuk itu secara umum rekomendasi

utama dari kajian ini adalah strategi-strategi yang bisa dilakukan untuk memperkuat pengarusutamaan gender ke dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh karena penanggulangan HIV menyangkut kepentingan lintas sektoral, maka rekomendasi ini dapat menjadi upaya untuk meningkatkan pengarusutamaan gender dalam penyusunan Rencana Aksi Nasional HIV 2019-2024 yang saat ini sedang berlangsung. Selain itu bisa juga menjadi masukan dari pengembangan kebijakan di tingkat sektoral baik sektor kesehatan maupun sektor pelayanan sosial. Beberapa strategi untuk memperkuat pengarusutamaan gender ke dalam penanggulangan HIV yang menjadi rekomendasi kajian ini adalah sebagai berikut :

3. Pada tingkat struktur atau kebijakan.

- a. Perlu dikembangkannya kebijakan teknis dan operasional yang bisa mengarahkan pelaksanaan pelayanan HIV (pencegahan, pengobatan dan mitigasi dampak) yang responsif gender dengan lebih memperhatikan pada aspek kontrol, partisipasi & manfaat khususnya bagi populasi kunci baik laki-laki, perempuan dan waria. Pengembangan kebijakan ini misalnya bisa dilakukan dengan melakukan analisis gender untuk setiap jenis layanan HIV agar bisa diketahui secara nyata kesenjangan gender di dalam pelayanan yang bersangkutan sehingga bisa dikembangkan tata laksana setiap jenis pelayanan yang responsif gender.

Ini perlu dilakukan mengingat selama ini analisis gender cenderung dilakukan pada tataran yang lebih tinggi (tingkat program) sehingga tidak mampu menangkap kesenjangan di masing-masing jenis layanan yang menyebabkan tidak ada panduan teknis pelayanan yang responsif gender. Contoh: Layanan KTS pada waria selama ini hanya berfokus untuk menggali perilaku seksual berisiko tetapi belum memperhatikan faktor kekerasan seksual sebagai satu faktor utama yang meningkatkan risiko waria terhadap penularan HIV karena mereka banyak mengalami kekerasan seperti ini. Akibatnya, akibat dari kekerasan tersebut tidak pernah memperoleh penanganan yang layak.

- b. Penyusunan kebijakan yang bisa menjamin pelaksanaan Kebijakan teknis dan operasional (*quality assurance*) misalnya pengembangan mekanisme insentif bagi sektor-sektor yang melaksanakan kebijakan tersebut dan mekanisme disinsentif bagi sektor-sektor yang tidak melaksanakannya. Beberapa kebijakan ini misalnya:
  - i. Di tingkat nasional, misalnya Kementerian Kesehatan mendorong Kementerian PMK, Bappenas, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan Kementerian Dalam Negeri bisa mengembangkan mekanisme pemantauan pelaksanaan pengarusutamaan gender dari sektor-sektor pemerintah baik di tingkat nasional dan daerah yang terkait dengan penanggulangan HIV 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 non-pemerintah, khususnya LSM atau Organisasi Berbasis Komunitas, mekanisme pemantauan terhadap pengarusutamaan gender dalam penanggulangan HIV ini bisa dilakukan secara terintegrasi di dalam monitoring dan evaluasi program yang dilakukan oleh organisasi yang memberikan pendanaan atau bantuan teknis misalnya Principal Recipient Global Fund, Lembaga-lembaga PBB yang terkait dengan Penanggulangan HIV (WHO, UNAIDS, UNICEF, UNWOMEN, UNODC, UNDP) atau organisasi mitra pembangunan internasional lainnya. Sebagai konsekuensi maka berbagai lembaga-lembaga pendukung ini perlu membuat panduan operasional atau teknis sesuai dengan kebijakan nasional pengarusutamaan gender yang tersedia.
4. Pada tingkat individu (agensi), strategi untuk menginternasilisasi kesetaraan gender di dalam pelayanan HIV bisa dilakukan melalui:
- a. Meningkatkan pemahaman dan kapasitas staf di lapangan atas kebijakan-kebijakan teknis dan operasional yang mencerminkan pelayanan yang responsif gender yang telah disusun melalui berbagai bentuk pelatihan yang selama ini tersedia bagi mereka.
  - b. Mengembangkan semacam *code of conduct* atau etika pelayanan yang responsif gender sebagai pedoman untuk mengembangkan kebijakan dan memberikan pelayanan HIV kepada pemanfaat program khususnya kelompok marginal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arnold, E. A., Sterrett-Hong, E., Jonas, A., & Pollack, L. M. (2018). Social networks and social support among ball-attending African American men who have sex with men and transgender women are associated with HIV-related outcomes. *Global public health*, 13(2), 144-158.
- Bekker L-G et al. Journal of the International AIDS Society 2015, 18(Suppl 1):20027  
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20027> |  
<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.2.20027>
- Bloom, S., Cannon, A., & Negroustoueva, S. (2014). Know your HIV/AIDS epidemic from a gender perspective: Rwanda report. *Pdf.Usaid.Gov*. Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00K266.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K266.pdf)
- Butts, S. A., Parmley, L. E., Alcaide, M. L., Rodriguez, V. J., Kayukwa, A., Chitalu, N., ... Jones, D. L. (2017). Let us fight and support one another: Adolescent girls and young women on contributors and solutions to HIV risk in Zambia. *International Journal of Women's Health*, 9, 727–737. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S142232>
- Deroose, K. P., Payan, D. D., Fulcar, M. A., Terrero, S., Acevedo, R., Farias, H., & Palar, K. (2017). Factors contributing to food insecurity among women living with HIV in the Dominican Republic: A qualitative study. *PloS One*, 12(7), e0181568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181568>
- Dovel, K. (2016). *SHIFTING FOCUS FROM INDIVIDUALS TO INSTITUTIONS : THE ROLE OF GENDERED HEALTH INSTITUTIONS ON MEN ' S USE OF HIV SERVICES* by KATHRYN DOVEL B . A . , Vanguard University , 2007 M . P . H . , University of California , Los Angeles , 2010 A thesis submitted to.
- Feinstein, B. A., & Dyar, C. (2017). Bisexuality, Minority Stress, and Health. *Current Sexual Health Reports*, 9(1), 42–49. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0096-3>
- Gottert, A., Barrington, C., McNaughton-Reyes, H. L., Maman, S., MacPhail, C., Lippman, S. A., ... Pettifor, A. (2017). Gender Norms, Gender Role Conflict/Stress and HIV Risk Behaviors Among Men in Mpumalanga, South Africa. *AIDS and Behavior*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1706-9>
- Gruskin, S., Safreed-Harmon, K., Moore, C. L., Steiner, R. J., & Dworkin, S. L. (2014). HIV and gender-based violence: Welcome policies and programmes, but is the research keeping up? *Reproductive Health Matters*, 22(44), 174–184. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44810-9](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44810-9)
- Halli, S. S., Khan, C. G. H., Moses, S., Blanchard, J., Washington, R., Shah, I., & Isac, S. (2016). Family and community level stigma and discrimination among women living with HIV/AIDS in a high HIV prevalence district of India. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 16(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/15381501.2015.1107798>
- Hartmann, M., Khosla, R., Krishnan, S., George, A., Gruskin, S., & Amin, A. (2016). How Are Gender Equality and Human Rights Interventions Included in Sexual and Reproductive Health Programmes and Policies: A Systematic Review of Existing Research Foci and Gaps. *PloS One*. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=120324481&S=R&D=a9h&Eb>

scoContent=dGJyMNxb4kSeqLI4yNfsOLCmr1CeqK5Srqq4Sa6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPPk4n3q5d%2BGuePfgeyx44Dt6fIA

- Heidari, S., Kippax, S., Sow, P. S., & Wainberg, M. A. (2013). Women hold up half the sky - And half the burden of the HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 2011–2012. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18608>
- Hodgson, I., Plummer, M. L., Konopka, S. N., Colvin, C. J., Jonas, E., Albertini, J., ... & Fogg, K. P. (2014). A systematic review of individual and contextual factors affecting ART initiation, adherence, and retention for HIV-infected pregnant and postpartum women. *PloS one*, 9(11), e111421.
- King, E. J., Maksymenko, K. M., Almodovar-Diaz, Y., & Johnson, S. (2016). “If she is a good woman ...” and “to be a real man ...”: gender, risk and access to HIV services among key populations in Tajikistan. *Culture, Health and Sexuality*, 18(4), 422–434. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1089603>
- Kumar, N., & Quisumbing, A. R. (2015). Policy reform toward gender equality in Ethiopia: Little by little the egg begins to walk. *World Development*, 67, 406–423.
- Lalanne, C., Armstrong, A. R., Herrmann, S., Le Coeur, S., Carrieri, P., Chassany, O., & Duracinsky, M. (2015). Psychometric assessment of health-related quality of life and symptom experience in HIV patients treated with antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 24(6), 1407–1418. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0880-8>
- Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, R., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Culture, health & sexuality*, 14(2), 139–150.
- Loutfy, M., Khosla, R., & Narasimhan, M. (2015). Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *Journal of International AIDS Society*, 18(Suppl 5), 18–20. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20290>
- Lusey, H., San Sebastian, M., Christianson, M., Dahlgren, L., & Edin, K. E. (2014). Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Sahara J*, 11(1), 84–93. <https://doi.org/10.1080/17290376.2014.930695>
- Ma, P. H., Chan, Z. C., & Loke, A. Y. (2017). The socio-ecological model approach to understanding barriers and facilitators to the accessing of health services by sex workers: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2412–2438.
- Mannell, J., Cornish, F., & Russell, J. (2014). Evaluating social outcomes of HIV/AIDS interventions: A critical assessment of contemporary indicator frameworks. *Journal of the International AIDS Society*, 17, 1–11. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19073>
- Mattera, B., Levine, E. C., Martinez, O., Muñoz-Laboy, M., Hausmann-Stabile, C., Bauermeister, J., ... Rodriguez-Diaz, C. (2017). Long-term health outcomes of childhood sexual abuse and peer sexual contact among an urban sample of behaviourally bisexual Latino men. *Culture, Health and Sexuality*, 1058(September), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1367420>
- Meyer, J. P., Womack, J. A., & Gibson, B. (2016). Beyond the Pap Smear: Gender-responsive HIV Care for Women. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 193–203. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27354845> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4918880>

- Narasimhan, M., Loutfy, M., & Khosla, R. (2015). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 18(6(Suppl 5)). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20834>
- Nadjib, M., Megraini, A., Ishardini, L., & Rosalina, L. (2015). *National AIDS Spending Assessment 2015*. Jakarta: Author
- Nyamhanga, T. M., & Frumence, G. (2014). Gender context of sexual violence and HIV sexual risk behaviors among married women in Iringa Region, Tanzania. *Global Health Action*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25346>
- Nyamhanga, T. M., Muhondwa, E. P. Y., & Shayo, R. (2013). Masculine attitudes of superiority deter men from accessing antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania. *Global Health Action*, 6, 21812. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.21812>
- Olinyk, S., Gibbs, A., & Campbell, C. (2014). Developing and implementing global gender policy to reduce HIV and AIDS in low- and middle -income countries: Policy makers' perspectives. *African Journal of AIDS Research : AJAR*, 13(3), 197–204. <https://doi.org/10.2989/16085906.2014.907818>
- Oliveira, I. B. N. (2009). Universal access? Obstacles to access, continuity of treatment, and gender issues at a specialized HIV/AIDS clinic in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 25, s259-s268.
- Orza, L., Bass, E., Bell, E., Crone, T., N, D., Dilmitis, S., & Tremlett, L. (2017). In Women ' s Eyes : Key Barriers to Women ' s Access to HIV Treatment and a Rights-Based Approach to their Sustained Well-Being. *Health and Human Rights Journal*, 19(2), 155–168.
- Piot, P., Karim, S. S. A., Hecht, R., Legido-Quigley, H., Buse, K., Stover, J., ... & Goosby, E. (2015). Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet*, 386(9989), 171-218.
- Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2014). Social support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. *AIDS and Behavior*, 18(2), 419-441.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J. A., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Remme, M., Siapka, M., Vassall, A., Heise, L., Jacobi, J., Ahumada, C., ... Watts, C. (2014). The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 17. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19228>
- Remme, M., Siapka, M., Vassall, A., Heise, L., Jacobi, J., Ahumada, C., ... & Watts, C. (2014). The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19228.
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it.
- Sherwood, J., Sharp, A., Cooper, B., Roose-Snyder, B., & Blumenthal, S. (2017). HIV/AIDS National Strategic Plans of Sub-Saharan African countries: an analysis for gender equality and sex-disaggregated HIV targets. *Health Policy and Planning*, (January 2018), 1361–1367. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx101>

- Skovdal, M., Magutshwa-Zitha, S., Campbell, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2017). Getting off on the wrong foot? How community groups in Zimbabwe position themselves for partnerships with external agencies in the HIV response. *Globalization and health*, 13(1), 29.
- Stephen, K. (2018). *Making Women Count: Integrating Gender into Law and Policy-making: Integrating Gender into Law and Policy-making*. Routledge.
- Stratigaki, M. (2005). Gender mainstreaming vs positive action: An ongoing conflict in EU gender equality policy. *European Journal of Women's Studies*, 12(2), 165-186.
- Wathuta, J. (2016). Gender inequality dynamics in the prevention of a heterosexual HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *African Journal of AIDS Research*, 15(1), 55–66.  
<https://doi.org/10.2989/16085906.2016.1150310>
- Watts, C., & Seeley, J. (2014). Addressing gender inequality and intimate partner violence as critical barriers to an effective HIV response in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 5–7. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19849>
- Watts, C., & Seeley, J. (2014). Addressing gender inequality and intimate partner violence as critical barriers to an effective HIV response in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19849.
- Ministry of Health Indonesia Directorate General of Disease Control and Prevention. (2017). *Size Estimation of HIV Key Population in Indonesia 2016*. Jakarta: Author.
- Ministry of Health Indonesia Directorate General of Disease Control and Prevention. (2017). *Technical Report Size Estimation of HIV Key Population in Indonesia 2016*. Jakarta: Author.
- World Health Organization. (2017). *Review of The National Health Sector Response to HIV in The Republic of Indonesia*. Indonesia: Author.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2014). *Buku Saku Pengobatan HIV untuk ODHA dan Komunitas*. Jakarta: Author.

## DAFTAR KEBIJAKAN INDONESIA

---

- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional. 19 Desember 2000. Jakarta.
- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan. 21 April 2010. Tampaksiring.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing). 18 Oktober 2005. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 567/MENKES/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA). 2 Agustus 2006. Jakarta.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 420/MENKES/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Penggunaan NAPZA Berbasis Rumah Sakit. 31 Maret 2010. Jakarta.

Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor KEP. 68/MEN/IV/2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja. 28 April 2004. Jakarta.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah. 17 April 2007. Jakarta.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2018. 12 Juni 2017. Jakarta.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2011 Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Daerah. 28 Desember 2011. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. 21 Maret 2013. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 57 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Terapi Rumatan Metadona. 28 Agustus 2013. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV. 17 Oktober 2014. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular. 17 Oktober 2014. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral. 11 November 2014. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 31 Agustus 2016. Jakarta.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Data Gender dan Anak. 11 Agustus 2009. Jakarta.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 2011 tentang Strategi Nasional Sosial Budaya untuk Mewujudkan Kesenjangan Gender. 17 Januari 2011. Jakarta.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 02 Tahun 2013 tentang Panduan Monitoring dan Evaluasi Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender di Daerah. 20 Maret 2013. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 13 Juli 2006. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014. 20 Januari 2010. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah terhadap Obat Antiviral dan Antiretroviral. 3 September 2012. Jakarta.



Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019. 8 Januari 2015. Jakarta.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. 4 Juli 2017. Jakarta.

Surat Edaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor PM.01.06/D3/III3/1972/2016 tentang Pemberitahuan tentang Prosedur Konseling dan Tes HIV. 24 Agustus 2016. Jakarta.

Surat Edaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor PM.01.02/3/1038/2017 tentang Intensifikasi Kolaborasi TB/HIV. 17 Mei 2017. Jakarta.

Surat Edaran Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Nomor HK.02.03/D/III.2/823/2013 tentang Alokasi Pembiayaan Logistik Program Pengendalian HIV-AIDS dan IMS. 27 Maret 2013. Jakarta.

Surat Edaran Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Nomor PM.01.06/D3/III3/2236/2016 tentang Strategi Peningkatan Cakupan Tes HIV, Cakupan dan Retensi ARV bagi Populasi Kunci di Tingkat Layanan. 15 September 2016. Jakarta.

Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Pengendalian HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS). 13 Maret 2013. Jakarta.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita (Convention on The Elimination of All Forms of Discrimination Against Women). 24 Juli 1984. Jakarta.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. 15 Oktober 2004. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Kebijakan Nasional Kolaborasi TB/HIV Edisi Pertama*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) Edisi Kedua*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV dan AIDS Bidang Kesehatan 2015-2019*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011). *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011). *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa*. Jakarta: Penulis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, & UNFPA. (2010). *Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan*. Jakarta: Penulis.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia & UNICEF. (2015). *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, World Health Organization, & Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2014). *Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2012). *Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender untuk Kementerian/Lembaga*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2014). *Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Buku I: Agenda Pembangunan Nasional*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2014). *Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Buku II: Agenda Pembangunan Bidang*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2014). *Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Buku III: Agenda Pembangunan Wilayah*. Jakarta: Penulis.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2015). *Evaluasi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014*. Jakarta: Penulis.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Pedoman Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual*. Jakarta: Penulis.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional & UNFPA. (2014). *PMTS Paripurna (Comprehensive HIV Prevention Through Sexual Transmission Guidelines) Partnership Between Government, Private Sector, Communities and Media*. Jakarta: Penulis.
- Ministry of Health Indonesia. (2014). *2012 Size Estimation of Key Affected Populations (KAPs)*. Jakarta: Penulis.
- Ministry of Health Indonesia. (2014). *Estimates and Projection of HIV/AIDS in Indonesia 2011-2016*. Jakarta: Penulis.
- Ministry of Health Indonesia Directorate General of Disease Control and Prevention. (2017). *Estimates and Projection of HIV/AIDS in Indonesia 2015-2020*. Jakarta: Author.
- Ministry of Health Indonesia Directorate General of Disease Control and Prevention. (2017). *Protocol for Generating District Level Targets for ART and Key Population (KP) Coverage*. Jakarta: Author.