Laporan Penelitian

Evaluasi Program yang Dipimpin oleh Komunitas HIV di Indonesia

2022

Tim Penyusun:
Made Diah Negara (PPH) | Caroline Thomas (PPH) | Oliel Sulaiman (GWL-INA)
Agatha Dafarel (Inti Muda Indonesia) | Wan Traga Duvan Baros (PKNI)
Hartini (IPPI) | Wahyu Khresna (JIP) | Ienes Angela (JTID) | Wulan Surani (OPSI)

Penanggung jawab
Ignatius Praptoraharjo

Penelitian ini didanai oleh:
UNAIDS Indonesia yang bersumber dari DFAT

Daftar Isi

Daftar Tabel *3*

Daftar Gambar *3*

Daftar Singkatan *4*

Ringkasan Eksekutif *8*

Bab 1. Pendahuluan *12*

1.1 Latar Belakang **12**

1.2 Tujuan Penelitian **13**

Bab 2. Kerangka Evaluasi: Most Significant Change *14*

Bab 3. Metode Penelitian *16*

3.1 Desain Penelitian **16**

3.2 Lokasi Penelitian **16**

3.3 Metode Pengumpulan Data **17**

3.4 Instrumen Evaluasi **17**

3.5 Kriteria Informan **18**

3.6 Analisis Data **19**

3.7 Peran Peneliti Komunitas dalam Penelitian **19**

Bab 4. Hasil Penelitian *22*

4.1 Situasi Organisasi dan Program Jarnas HIV **22**

4.1.1. Tata kelola organisasi 22

4.1.2. Tujuan dibentuknya jaringan nasional 23

4.1.3. Kegiatan jaringan nasional 23

4.1.4. Sumber pendanaan kegiatan jaringan nasional 25

4.2 Profil Program yang Dipimpin Komunitas **27**

4.2.1 Pemantauan Layanan 28

4.2.2 Advokasi 32

4.2.3 Pendampingan Sebaya 38

4.2.4 Pendampingan Kekerasan 39

4.3 Keberhasilan Program **41**

4.3.1 Persepsi Terhadap Program yang Berhasil 42

4.3.2 Perubahan Bermakna bagi Komunitas 43

4.3.3 Kemampuan organisasi dalam melakukan perubahan 49

4.3.4 Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perubahan 57

Bab 5. Praktik Baik *61*

Bab 6. Penutup *67*
6.1. Kesimpulan **67**
6.2 Rekomendasi **71**
Lampiran 1 ..... *73*

Daftar Tabel

Tabel 1. Lokasi Penelitian 16
Tabel 2. Kriteria Informan 18
Tabel 3. Sumber Pendanaan Jarnas 26

Daftar Gambar

Gambar 1. Kerangka Evaluasi Most Significant Change 15

Daftar Singkatan

AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
APNSW	*Asia Pacific Network of Sex Workers*
ARV	*Antiretroviral*
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CATAHU	Catatan Tahunan
CBMF	*Community Based Monitoring and Feedback*
CBMFO	*Community Based Monitoring and Feedback Officer*
CBPR	*Community-Based Participatory Research*
CLM	*Community-Led Monitoring*
CLS	*Community Legal Service*
COVID-19	*Coronavirus disease of 2019*
CSS-HR	*Community System Strengthening-Human Rights*
Dinkes	Dinas Kesehatan
DKT	Diskusi Kelompok Terarah
DP3A	Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
EID	*Early Infant Diagnosis*
Faskes	Fasilitas Kesehatan
GBV	*Gender Based Violence*
GF	*Global Fund*
GWL-INA	Gaya Warna Lentera Indonesia
GNP+	*Global Network of People living with HIV*
HAM	Hak Asasi Manusia

HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IDPC	*International Drug Policy Consortium*
ILO	International Labour Organization
IMS	Infeksi Menular Seksual
INPUD	*International Network of People who Use Drugs*
IPPI	Ikatan Perempuan Positif Indonesia
IPV	Intimate Partner Violence
Jarnas	Jaringan Nasional
JTID	Jaringan Transformasi Indonesia
KBG	Kekerasan berbasis gender
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
Kesbangpol	Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Komnas Perempuan	Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan
Kornas	Koordinator Nasional
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KTP	Kartu Tanda Penduduk
LBH	Lembaga Bantuan Hukum
LGBTIQ	*Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, and queer*
LPPM	Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat
LSL	Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki-laki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MSC	Most Significant Change
NAPUD	Network of Asian People who Use Drugs
Napza	Narkotika, psikotoprika, dan zat adiktif lainnya
NGO	*Non-governmental organization*
ODHIV	Orang dengan HIV
OPSI	Organisasi Perubahan Sosial Indonesia

P2TP2A	Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak
P3	Petugas Penerima Pengaduan
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PDHA	Perempuan dengan HIV AIDS
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
Penasun	Pengguna napza suntik
Perda	Peraturan Daerah
PIMS	Penyakit Infeksi Menular Seksual
PKNI	Persaudaraan Korban Napza Indonesia
PKPR	Penyuluhan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PMK	Peraturan Menteri Kesehatan
PPIA	Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
PR	Principal Recipient
PR-HIV-Kom	Panduan Strategi Bersama Pemantauan Respons HIV yang Dipimpin oleh Komunitas
PrEP	*Pre-Exposure Prophylaxis*
Prolegda	Program Legislasi Daerah
PS	Pekerja Seks
PSP	Pekerja Seks Perempuan
PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya	Pusat Unggulan IPTEKS Perguruan Tinggi Pusat Penelitian HIV AIDS Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya
Satpol PP	Satuan Polisi Pamong Praja
SDG	Sustainable Development Goals
SDM	Sumber Daya Manusia
Seknas	Sekretariat Nasional
Sekda	Sekretariat Daerah
SNPHAR	Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja

SOGIE-SC	Sexual Orientation, Gender Identity and Expression and Sex Characteristic
SOP	*Standard Operating Procedure*
SPHPN	Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SR	Sub Recipient
TB	Tuberkulosis
TG	Transgender
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UN Women	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women
UU	Undang-Undang
UU TPKS	Undang-Undang Tindak Pidana Kekerasan Seksual
VCT	*Voluntary Counselling and Testing*
WHO	World Health Organization

Ringkasan Eksekutif

Program berbasis komunitas memiliki dampak positif pada berbagai dimensi pengobatan dan perawatan HIV, dan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap hasil kesehatan. Kehadiran tujuh jaringan nasional (jarnas) komunitas populasi kunci dan ODHIV yang terdiri dari Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI), Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI), Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI), Gaya Warna Lentera Indonesia (GWL-INA), Jaringan Transformasi Indonesia (JTID), Intimuda Indonesia dan Jaringan Indonesia Positif (JIP) turut berkontribusi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan dalam program penanggulangan HIV AIDS termasuk pelaksanaan program yang dipimpin oleh komunitas. Sejauh ini, masing-masing Jarnas melakukan serangkaian kegiatan yang bermuara pada jaminan layanan kesehatan yang aksesibel dan berkualitas, dan sistem kesehatan yang berkeadilan pada komunitas yang diwakilinya.

Dalam menghadapi peluang dan tantangan dalam implementasi program HIV, rancangan program HIV harus lebih strategis dalam pelaksanaannya untuk memenuhi komitmen HIV global dan nasional. Program perlu menentukan prioritas yang jelas berdasarkan bukti dari analisis dan pengalaman pelaksanaan program, alokasi sumber daya harus disesuaikan dengan prioritas, dan kegiatan ini harus dilaksanakan pada skala yang memadai dan harus terus menerus dievaluasi. Untuk itu tinjauan program akan dilakukan secara rutin dan merupakan bagian integral dari siklus program yang bertujuan untuk terus meningkatkan kinerja dan mencapai hasil yang lebih baik.

Evaluasi program ini bertujuan untuk: 1) melakukan refleksi dan analisis dari pengalaman keberhasilan komunitas HIV dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin komunitas, 2) mengidentifikasi praktik baik dari jaringan nasional HIV dan populasi kunci dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin komunitas, dan 3) menyusun rekomendasi strategi dengan komunitas HIV dalam rangka optimalisasi kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin oleh komunitas

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggali cerita keberhasilan para pelaksana program dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin oleh komunitas menggunakan kerangka evaluasi *most significant change*. Penelitian berlokasi di 10 kota/kab yang memiliki minimal tiga program berbasis komunitas yang diselenggarakan di wilayah tersebut. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan diskusi kelompok terarah. Informan wawancara adalah 52 pelaksana program di tingkat daerah dari tujuh jarnas sedangkan informan DKT adalah tujuh koordinator dari ketujuh jarnas. Data yang diperoleh dari wawancara mendalam dan diskusi terarah dianalisis secara tematik untuk menggambarkan praktik baik dan pembelajaran (*lesson learned*) dari pelaksanaan program berbasis komunitas.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat empat jenis program berbasis komunitas yang telah berhasil dilaksanakan oleh jarnas yaitu pemantauan layanan, advokasi, pendampingan sebaya dan pendampingan kekerasan.

Kegiatan pemantauan layanan dilakukan oleh jaringan populasi kunci di daerah untuk mengurai kendala yang ditemui oleh populasi kunci dalam mengakses layanan HIV. Saat ini, terdapat tiga model utama pemantauan layanan (community-led monitoring/CLM) yang sedang berjalan, diantaranya pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV, pemantauan penyedia layanan HIV dan yang terakhir pemantauan ketersediaan dan kualitas layanan pencegahan, tes dan pengobatan HIV serta pengalaman terkait kekerasan dan aksesibilitas populasi kunci.

Secara umum, kegiatan advokasi merupakan kegiatan utama yang dilakukan oleh jaringan komunitas HIV. Hal ini tampak dari frekuensi dan intensitas yang cukup tinggi dalam melakukan kegiatan yang berkaitan dengan advokasi. Advokasi-advokasi yang dilakukan oleh komunitas biasanya dilakukan untuk mengisi kesenjangan antara kebutuhan komunitas dan kenyataan yang terjadi di lapangan. Beberapa kegiatan advokasi yang dilakukan komunitas antara lain advokasi PPIA, advokasi tersedianya layanan kekerasan, advokasi agar tersedianya kebijakan lokal yang mendukung penanggulangan HIV, advokasi pembiayaan daerah, dan advokasi keterjangkauan layanan untuk populasi kunci muda.

Pendampingan sebaya bukan merupakan kegiatan utama dari jaringan nasional karena tujuan dibentuknya jaringan terkait dengan fungsi advokasi. Secara umum, fokus dari kelompok dukungan sebaya adalah memberi wadah untuk pemulihan atau dukungan bagi perorangan sedangkan jaringan nasional memberi wadah untuk perbaikan pada sistem yang lebih baik untuk orang dengan HIV dan populasi yang rentan terhadap infeksi HIV.

Meskipun tidak semua jarnas melakukan pendampingan kekerasan, terdapat juga kegiatan pendampingan kekerasan yang secara intensif dilakukan oleh IPPI dan OPSI. Dengan dukungan dana dari UN Women, IPPI berperan sebagai organisasi penghubung/intermediari bagi perempuan dengan HIV yang mengalami kekerasan. Kegiatan pendampingan kekerasan yang dilakukan oleh OPSI yang bernama *community legal service* (CLS) sudah dimulai sejak tahun 2017. CLS memberikan pendampingan kasus hukum dan HAM bagi pekerja seks.

Berbagai program berbasis komunitas yang dilaksanakan oleh jarnas berdampak pada peningkatan akses layanan HIV, perubahan kualitas layanan HIV serta peningkatan partisipasi dan kontrol komunitas dalam melakukan pemantauan layanan dan advokasi. Keberhasilan program berbasis komunitas dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari komitmen dan kompetensi pelaksana program, kejelasan SOP, pengelolaan dana, pembagian peran pusat dan daerah dan dokumentasi kegiatan berbasis komunitas. Sedangkan faktor eksternal antara lain sumber pendanaan, kebijakan yang inklusif dan adanya konsolidasi jaringan.

Temuan penelitian juga mendokumentasikan beberapa praktik baik yang telah ditunjukkan oleh jaringan komunitas HIV dalam melaksanakan program yang dipimpin oleh komunitas sebagai berikut:

1. Pengawalan kebijakan anggaran yang dilakukan oleh OPSI
   Sejak 2018, OPSI mulai menginisiasi kegiatan advokasi anggaran bagi pemenuhan kebutuhan pekerja seks di 21 Provinsi yang menjadi wilayah kerjanya. Kegiatan ini diawali dengan penyusunan modul advokasi anggaran yang dikeluarkan pada tahun 2020. Pelaksana kegiatan advokasi anggaran merupakan personil CLS (*community legal service*).
2. Pendampingan Ibu Hamil HIV positif melalui *Emak Club* oleh IPPI
   Emak Club merupakan program pendampingan khusus ibu hamil yang HIV positif atau perempuan dengan HIV yang mau merencanakan kehamilan yang dilakukan oleh IPPI. Program ini sudah dilaksanakan mulai dari tahun 2018-2020 dengan pendanaan GF melalui Kementerian Kesehatan di 12 provinsi di Indonesia. Pendampingan dilakukan dengan melakukan pendekatan ke ibu hamil untuk meyakinkan manfaat ARV dan pentingnya kepatuhan ARV bagi kesehatan ibu dan anak, selain itu juga dilakukan pemberian berbagai informasi yang dibutuhkan pasca kelahiran, seperti terkait ASI dan susu formula, tes EID bagi bayi, dan sebagainya.
3. Pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV oleh OPSI dan JIP
   Kegiatan pemantauan layanan dilakukan untuk mengurai kendala yang ditemui oleh populasi kunci dalam mengakses layanan HIV. Salah satu model pemantauan (community-led monitoring/CLM) yang sedang berjalan adalah CLM CSS-HR (Community System Strengthening-Human Rights). Kegiatan CLM CSS-HR dilakukan sejak tahun 2017 yang berfokus pada dokumentasi pemenuhan hak asasi manusia untuk kelompok populasi kunci terutama dalam kaitannya dengan respon HIV. Pelaksanaan program ini dilakukan secara berjenjang, dimana IAC berperan sebagai PR (principal recipient). Sedangkan, OPSI dan JIP ditunjuk sebagai SR (*Sub-recipient*) yang berperan untuk memastikan kegiatan CSS-HR berjalan sesuai dengan rencana kerja, pelaporan dilakukan secara rutin dan target tercapai.
4. Pendampingan Kekerasan oleh IPPI
   Pada tahun 2021, IPPI melakukan kegiatan pendampingan kekerasan khususnya bagi perempuan dengan HIV AIDS (PDHA). Dengan dukungan dana dari UN Women, IPPI berperan sebagai organisasi penghubung/intermediari bagi PDHA yang mengalami kekerasan. Kegiatan intermediari ini awalnya dilaksanakan di 5 Kota kemudian di tahun berikutnya bertambah ke 5 kota lainnya. Pada pelaksanaanya, IPPI melibatkan konstituen di daerah untuk berperan sebagai petugas penerima pengaduan (P3). Sejauh ini, terdapat 23 P3 sudah dibekali dengan pelatihan terkait jenis kekerasan dan kekerasan berbasis gender yang difasilitasi oleh Komnas Perempuan selaku ahli dalam penanganan kasus kekerasan.

Berikut ini adalah rekomendasi berdasarkan temuan evaluasi program berbasis komunitas untuk organisasi komunitas dan pihak eksternal.

Rekomendasi untuk organisasi komunitas di level nasional dan daerah:

1) Meningkatkan komitmen organisasi komunitas.
   Peningkatan komitmen organisasi dapat dilakukan dengan memperkuat manajemen SDM (mulai dari menetapkan standar perekrutan dan kompensasi staf, pengembangan karir serta mentoring dari staf yang lebih senior), serta memastikan legalitas organisasi komunitas di tingkat daerah sehingga dapat mengajukan hibah secara mandiri.
2) Menguatkan sistem dan prosedur organisasi komunitas.
   Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah menyusun beberapa *standar operasional procedure* (SOP), seperti SOP program dan SOP monitoring dan evaluasi. Adanya SOP dapat memperjelas kegiatan, arah kegiatan yang akan dilaksanakan oleh komunitas serta menjamin akuntabilitas dalam pelaksanaan program. Dalam SOP program dapat dijabarkan dalam bentuk modul yang menjadi acuan pelaksanaan program pemantauan layanan, program advokasi hingga program pendampingan.
3) Memperkuat pengelolaan dana
   Komunitas perlu menetapkan mekanisme standar dalam pengelolaan dana hibah serta menyusun SOP keuangan.
4) Memperkuat hubungan pusat dan daerah.
   Menjamin terjalinnya hubungan yang setara antara jarnas dan konstitien daerah dengan melibatkan konstitien daerah dalam melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi program bersama.
5) Memperkuat kapasitas komunitas dalam merencanakan kegiatan dan melakukan dokumentasi.
   Meningkatkan kapasitas komunitas dalam menyusun proposal program yang akan memudahkan donor untuk memahami dan mendukung program yang diajukan. Untuk memperkuat kapasitas komunitas dalam melakukan dokumentasi, maka perlu adanya peningkatan kapasitas dalam pelaksanaan pengumpulan data, analisis data dan penyajian data.

Rekomendasi untuk pihak eksternal:

1. Memperkuat skema pendanaan yang mendukung organisasi komunitas (jarnas).
   Hal ini dapat dilakukan melalui pemerataan alokasi pendanaan untuk semua jarnas, dengan cara: memetakan distribusi pendanaan jarnas, meninjau program yang sudah dilakukan jarnas, dan memasukan komponen penguatan kapasitas untuk jarnas dan konsituennya pada setiap program pendanaan.
2. Mendorong kebijakan yang akomodatif terhadap program jarnas
   Hal ini dapat dilakukan dengan mempertimbangkan isu spesifik populasi kunci dan ODHIV dalam pengembangan kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah.
3. Meningkatkan konsolidasi antar jaringan nasional
   Membangun kesadaran mengenai isu interseksionalitas dan membuka ruang kolaborasi untuk melakukan upaya pemantauan dan advokasi secara kolektif.

Bab 1. Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Pada bulan Desember 2020, UNAIDS merilis serangkaian target yang menyerukan agar 95% dari semua orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV mereka, 95% dari semua orang yang didiagnosis terinfeksi HIV untuk menerima terapi antiretroviral berkelanjutan, dan 95% dari semua orang yang menerima terapi antiretroviral untuk memiliki supresi virus pada tahun 2025. Target ini dikenal dengan 95-95-95.

Namun, banyak tantangan tetap terjadi untuk mencapai nol infeksi HIV, nol kematian terkait AIDS dan nol stigma dan diskriminasi. Tidak semua target tercapai karena beberapa Negara, termasuk Indonesia, masih memiliki cakupan yang rendah terhadap pengobatan HIV. Dari target 95-95-95 tersebut, Indonesia baru mencapai 71-28-14 atau 71% dari semua orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV mereka, 28% dari semua orang yang didiagnosis terinfeksi HIV untuk menerima terapi antiretroviral berkelanjutan, dan 14% dari semua orang yang menerima terapi antiretroviral untuk memiliki supresi virus.[1]

Menurut Laporan Eksekutif Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS Triwulan II Tahun 2022, persentase orang dengan HIV di Indonesia berdasarkan faktor risiko adalah: 29% dari populasi heteroseksual, 28,5% dari populasi lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki, 3% dari populasi pekerja seks, 1% dari populasi transpuan, 1% dari pengguna napza suntik, dan 14% dari populasi ibu hamil. Data tersebut menunjukkan kelompok populasi kunci berkontribusi besar dalam pencapaian target triple 95.

Menurut definisi, komunitas adalah sekelompok orang dengan minat, norma perilaku, dan/atau lokasi geografis yang sama. Dalam konteks kesehatan, komunitas adalah orang, organisasi, dan jaringan yang memungkinkan akses layanan kesehatan berbasis hak bagi penerima perawatan.[2] Salah satu upaya peningkatan partisipasi aktif komunitas dalam penemuan kasus baru dan kepatuhan pengobatan bagi ODHIV diakomodir dalam PMK 23/2022 mengenai pelibatan komunitas dalam kegiatan pembinaan teknis dan supervisi rutin pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV dan IMS. Selain dalam penemuan kasus, temuan studi menyatakan bahwa program berbasis komunitas memiliki dampak positif pada berbagai dimensi pengobatan dan perawatan HIV, dan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap hasil

[1] https://www.aidsdatahub.org/country-profiles/indonesia

[2] Ackerman Gulaid L, Kiragu K. Lessons learnt from promising practices in community engagement for the elimination of new HIV infections in children by 2015 and keeping their mothers alive: summary of a desk review. J Int AIDS Soc. 2012 Jul 11;15 Suppl 2(Suppl 2):17390. doi: 10.7448/IAS.15.4.17390. PMID: 22789645; PMCID: PMC3499909.

kesehatan dan HIV.[3] Tinjauan yang dilakukan oleh World Bank[4] Evaluasi menemukan bahwa komunitas secara efektif dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV, mempromosikan pemberdayaan sosial, meningkatkan akses dan penggunaan layanan HIV, dan bahkan menurunkan kejadian HIV.

Kehadiran komunitas HIV di Indonesia yang tergabung dalam jaringan nasional terdiri dari populasi kunci dan ODHIV, yakni: Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI) yang mewakili komunitas perempuan yang hidup dengan HIV, Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI) yang mewakili komunitas pengguna napza di Indonesia, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI) yang mewakili komunitas pekerja seks di Indonesia, Gaya Warna Lentera (GWL) yang mewakili komunitas laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki, Jaringan Transformasi Indonesia (JTID) mewakili komunitas transgender di Indonesia, Intimuda yang mewakili populasi muda populasi kunci di Indonesia, dan Jaringan Indonesia Positif (JIP) yang mewakili Orang dengan HIV di Indonesia turut berkontribusi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Sejauh ini, masing-masing Jarnas melakukan serangkaian kegiatan yang bermuara pada jaminan layanan kesehatan yang aksesibel dan berkualitas, dan sistem kesehatan yang berkeadilan pada komunitas yang diwakilinya.

Dalam menghadapi peluang dan tantangan dalam implementasi program HIV, rancangan program HIV harus lebih strategis dalam pelaksanaannya untuk memenuhi komitmen HIV global dan nasional. Program perlu menentukan prioritas yang jelas berdasarkan bukti dari analisis dan pengalaman pelaksanaan program, alokasi sumber daya harus disesuaikan dengan prioritas, dan kegiatan ini harus dilaksanakan pada skala yang memadai dan harus terus menerus dievaluasi. Untuk itu tinjauan program akan dilakukan secara rutin dan merupakan bagian integral dari siklus program yang bertujuan untuk terus meningkatkan kinerja dan mencapai hasil yang lebih baik.

1.2 Tujuan Penelitian

1. Melakukan refleksi dan analisis dari pengalaman keberhasilan komunitas HIV dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin komunitas
2. Mengidentifikasi praktik baik dari jaringan nasional HIV dan populasi kunci dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin komunitas
3. Menyusun rekomendasi strategi dengan komunitas HIV dalam rangka optimalisasi kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin oleh komunitas

[3] Amanyeiwe, Ugo & Leclerc-Madlala, Suzanne & Gardi, Hannah. (2014). Do Community-Based Programs Help to Improve HIV Treatment and Health Outcomes? A Review of the Literature. World Journal of AIDS. 04. 311-320. 10.4236/wja.2014.43037.

[4] Rodriguez-García, Rosalía, René Bonnel, David Wilson, and N'Della N'Jie. 2013. Investing in Communities Achieves Results : Findings from an Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS. Directions in Development series. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-9741-1. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0

Bab 2. Kerangka Evaluasi: *Most Significant Change*

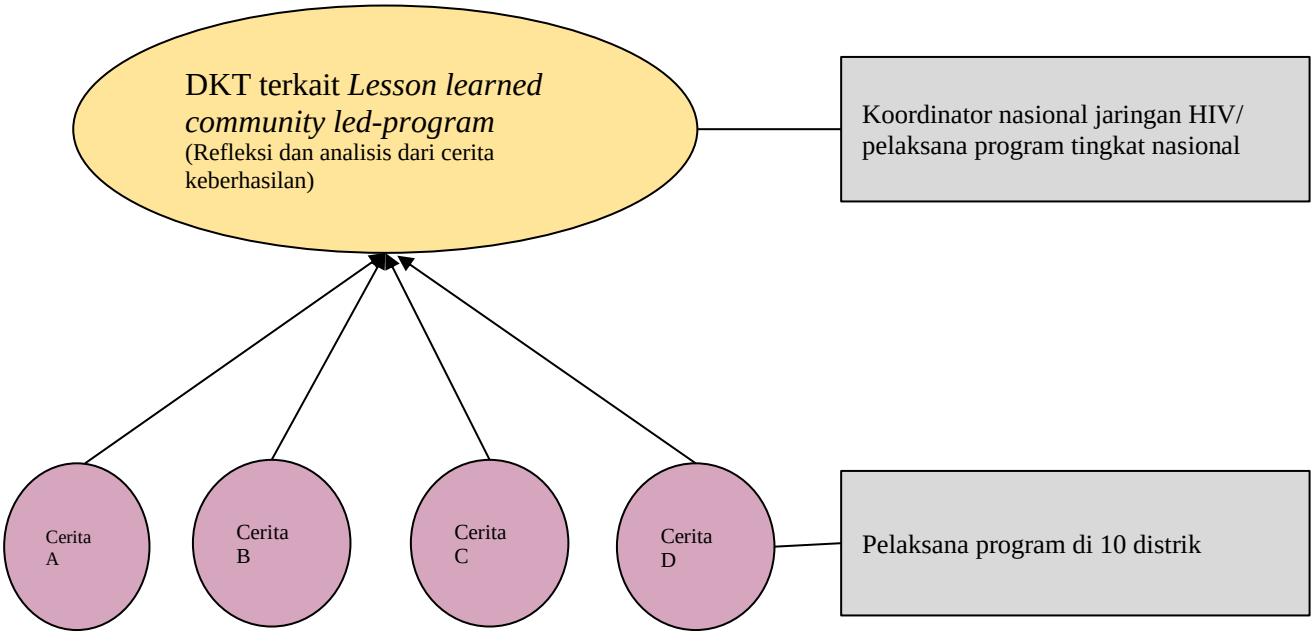
Evaluasi ini menggunakan pendekatan *Most Significant Change* (MSC) yang menekankan pada pengumpulan cerita dari individu dan kelompok dalam organisasi. Dalam hal ini, cerita adalah bagian berharga karena setiap individu dimungkinkan untuk berpartisipasi dan mudah terhubung dengan informasi jika disajikan dalam format cerita. Berbeda dengan perangkat evaluasi lainnya yang menggunakan indikator kuantitatif, MSC melibatkan analisis tentang cerita-cerita perubahan serta memutuskan perubahan apa yang dirasa paling signifikan dan mengapa[5]. Melalui cerita, dialog dilakukan berdasarkan hasil konkret daripada indikator abstrak.

Aspek sentral dari teknik ini bukan hanya bertumpu pada pengumpulan cerita, tapi proses-proses pembelajaran organisasi melalui dialog dan musyawarah antar anggota tentang persamaan dan perbedaan terkait nilai apa yang diutamakan oleh individu dan kelompok. MSC diharapkan dapat memberikan informasi tentang dampak yang diinginkan dan tidak diinginkan serta mengklarifikasi nilai-nilai yang dipegang oleh masing-masing individu dan pemangku kepentingan[6]. Dengan demikian mampu memfasilitasi peningkatan dan perbaikan dalam program maupun organisasi.

Berangkat dari perangkat evaluasi ini, masing-masing pelaksana program di tingkat daerah akan diminta untuk menceritakan pelaksanaan program berbasis komunitas yang dirasa berhasil mengukir perubahan-perubahan yang bermakna bagi komunitas. Program berbasis komunitas yang dimaksud adalah kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang diinisiasi oleh komunitas. Kompilasi cerita tersebut kemudian akan menjadi bahan refleksi dan diskusi bagi koordinator nasional jaringan HIV dan/atau pelaksana program di tingkat nasional. Selain merefleksikan perubahan bermakna dan nilai-nilai yang diusung dari para pelaksana program, para koordinator nasional juga menceritakan pengalaman mengorganisasikan program berbasis komunitas yang dirasa berhasil melakukan perubahan bermakna sehingga dihasilkan dokumentasi praktik baik dan proses pembelajaran dari jaringan nasional HIV dalam menyelenggarakan program berbasis komunitas.

[5] Dart J, Davies R. A Dialogical, Story-Based Evaluation Tool: The Most Significant Change Technique. American Journal of Evaluation, 24(2). 2003

[6] Dart J, Davies R. A Dialogical, Story-Based Evaluation Tool: The Most Significant Change Technique. American Journal of Evaluation, 24(2). 2003



Gambar 1. Kerangka Evaluasi *Most Significant Change*

Bab 3. Metode Penelitian

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggali cerita keberhasilan para pelaksana program dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan dan advokasi yang dipimpin oleh komunitas. Pendekatan kualitatif ideal dalam mendapatkan perspektif dan pengalaman dari para pelaksana program di tingkat daerah dan koordinator nasional jaringan HIV.

3.2 Lokasi Penelitian

Penentuan lokasi penelitian untuk wawancara mendalam dilakukan saat lokakarya persiapan penelitian *community-led monitoring* dan *program review* bersama 7 anggota dari jaringan nasional HIV (OPSI, JIP, IPPI, GWL, Intimuda, JTID, PKNI). Masing-masing jaringan nasional menuliskan wilayah kerja dari kegiatan berbasis komunitas yang sudah disebutkan sebelumnya. Data wilayah kerja yang terkumpul kemudian disajikan dalam bentuk tabulasi silang untuk melihat sebaran wilayah mana yang menjadi bidikan program kerja jaringan nasional. Dari 48 wilayah kerja yang terkumpul kemudian diseleksi sesuai dengan kriteria, yakni paling sedikit terdapat 3 program berbasis komunitas yang diselenggarakan di wilayah tersebut.

Berdasarkan kriteria tersebut didapatkan 10 wilayah yang akan menjadi lokasi penelitian, yang disajikan pada Tabel berikut ini:

Tabel 1. Lokasi Penelitian

No	**Kota/Kab**	**Provinsi**	**Jarnas yang aktif dalam program berbasis komunitas**
1	Kota Denpasar	Bali	JIP, IPPI, OPSI, Intimuda, PKNI, GWL, JTID
2	Kota Medan	Sumatera Utara	JTID, Intimuda, PKNI, GWL, OPSI, IPPI
3	Kota Bandar Lampung	Lampung	JIP, IPPI, PKNI, OPSI, GWL
4	Kota Pekanbaru	Riau	JIP, OPSI, IPPI
5	Kota Bandung	Jawa Barat	JTID, Intimuda, IPPI, GWL
6	Kota Surabaya	Jawa Timur	JIP, IPPI, JTID, Intimuda, PKNI, GWL, OPSI

No	Kota/Kab	Provinsi	Jarnas yang aktif dalam program berbasis komunitas
7	Kota Yogyakarta	DIY	JIP, IPPI, GWL, JTID, OPSI
8	Kota Kupang	Nusa Tenggara Timur	JIP, IPPI, OPSI
9	Kota Makassar	Sulawesi Selatan	JIP, JTID, Intimuda, GWL, OPSI, IPPI
10	Kota Manado	Sulawesi Utara	JIP, IPPI, JTID, PKNI, GWL, OPSI

3.3 Metode Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dengan rincian sebagai berikut:

a. Wawancara mendalam dilakukan oleh para pelaksana program jaringan nasional di 10 lokasi penelitian. Tujuan dari wawancara mendalam untuk menggali praktik baik dalam melaksanakan program berbasis komunitas dari sisi operasional.
b. Diskusi kelompok terarah difasilitasi oleh 2 pelaksana program jaringan nasional dimana para peserta diskusi kelompok terarah adalah Koordinator dan/atau Pelaksana Program dari masing-masing jaringan (OPSI, JIP, IPPI, Intimuda, GWL, JTID, PKNI) di tingkat Nasional. Tujuan dari diskusi kelompok terarah untuk menggali praktik baik pelaksanaan program berbasis komunitas dari sisi manajerial.

3.4 Instrumen Evaluasi

3.4.1. Pedoman Wawancara Tinjauan Program

Pedoman wawancara tinjauan program merupakan instrumen yang ditujukan kepada pelaksana program di 10 distrik yang merupakan konstituen dari jaringan nasional HIV. Wawancara ini bertujuan untuk menggali praktik baik dari program berbasis komunitas yang sudah dilakukan. Jumlah informan yang akan diwawancarai sebanyak 7 pelaksana program dari masing-masing konstituen di 10 distrik. Cakupan pedoman wawancara terdiri dari:

a. Identifikasi program berbasis komunitas, khususnya kegiatan pemantauan layanan dan advokasi
b. Pengalaman program yang berhasil dilakukan
c. Perubahan yang paling bermakna untuk komunitas
d. Metode pemantauan program berbasis komunitas
e. Tantangan dan hambatan yang dihadapi saat menjalankan program

f. Optimalisasi hasil atau perubahan dan keberlanjutan program

3.4.2. Pedoman Diskusi Kelompok Terarah (DKT) Tinjauan Program

Pedoman diskusi kelompok terarah tinjauan program merupakan instrumen yang ditujukan kepada koordinator nasional jaringan nasional HIV ataupun pelaksana program di tingkat nasional. Diskusi kelompok terarah ini bertujuan untuk menggali praktik baik dari program berbasis komunitas yang sudah dilakukan. Jumlah peserta dalam diskusi kelompok terarah sebanyak 7 orang yang terdiri dari masing-masing perwakilan jaringan nasional HIV (OPSI, JIP, Intimuda, JTID, GWL, PKNI, IPPI). Cakupan pedoman diskusi kelompok terarah terdiri dari:

a. Identifikasi program berbasis komunitas, khususnya kegiatan pemantauan layanan dan advokasi
b. Pengalaman program yang berhasil dilakukan
c. Perubahan yang paling bermakna untuk komunitas
d. Metode pemantauan program berbasis komunitas
e. Tantangan dan hambatan yang dihadapi saat menjalankan program
f. Optimalisasi hasil atau perubahan dan keberlanjutan program

3.5 Kriteria Informan

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dimana peneliti telah menentukan informan sesuai dengan kriteria yang diinginkan. Kriteria inklusi dan jumlah informan disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2. Kriteria Informan

Jenis informan	Kriteria inklusi	Informan	Dilakukan di	Total
Pelaksana program di tingkat daerah	● Konstituen dari jaringan nasional HIV ● Bertanggung jawab pada pelaksanaan kegiatan berbasis komunitas, seperti pemantauan layanan dan advokasi	Max. 7 orang	10 wilayah	Max. 70 orang
Koordinator nasional	● Tergabung dalam jaringan nasional HIV	7-12 orang	1 wilayah	7-12 orang

Jenis informan	Kriteria inklusi	Informan	Dilakukan di	Total
	● Bertanggung jawab pada persiapan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan berbasis komunitas, seperti pemantauan layanan dan advokasi			

3.6 Analisis Data

Data yang diperoleh dari wawancara mendalam dan diskusi terarah dianalisis secara tematik untuk menggambarkan praktik baik dan pembelajaran (*lesson learned*) dari pelaksanaan program berbasis komunitas. Dari transkrip wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah yang tersedia dilakukan analisis konten dengan mengidentifikasi program yang dianggap berhasil dan bermakna bagi komunitas dan pendekatan maupun strategi yang dilakukan dalam mencapai keberhasilan tersebut. Analisis tematik dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak kualitatif NVivo versi 16.

3.7 Peran Peneliti Komunitas dalam Penelitian

Penelitian ini merupakan salah satu model penelitian berbasis komunitas atau yang dikenal dengan *Community-Based Participatory Research* (CBPR)[7], di mana setiap tahapan penelitian di lakukan oleh peneliti komunitas sebagai bagian dari populasi kunci (LSL, PS, TG dan penasun) dan ODHIV dengan bimbingan teknis dari tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya. Peneliti komunitas berasal dari tujuh jaringan nasional populasi kunci dan ODHIV yang terdiri dari JIP, OPSI, IPPI, GWL-INA, PKNI, JTID dan Inti Muda Indonesia. Peran peneliti komunitas di setiap tahapan penelitian CLM adalah sebagai berikut:

1) Merumuskan masalah dan tujuan penelitian

   Perumusan masalah diawali dengan proses identifikasi masalah dari masing-masing komunitas jaringan nasional (JIP, OPSI, IPPI, GWL-INA, PKNI, JTID dan Inti Muda Indonesia) yang dilanjutkan dengan menentukan masalah atau isu bersama. Masalah bersama yang teridentifikasi kemudian dirumuskan sebagai permasalahan yang akan diteliti melalui penelitian evaluasi program. Selanjutnya ditetapkan juga tujuan penelitian berdasarkan

[7] Rhodes SD, Malow RM, Jolly C. Community-based participatory research: a new and not-so-new approach to HIV/AIDS prevention, care, and treatment. AIDS education and prevention. 2010 Jun;22(3):173-83.

permasalahan yang ada dalam sebuah diskusi bersama. Proses merumuskan masalah dan menentukan tujuan penelitian dilakukan secara bersama-sama oleh peneliti komunitas dari ketujuh jarnas.

2) Menentukan metodologi penelitian

Selain menentukan metode penelitian kualitatif yang akan digunakan dalam evaluasi program, peneliti komunitas memiliki peran yang krusial antara lain:

- Menentukan 10 wilayah yang menjadi lokasi penelitian evaluasi program.
- Mengembangkan instrumen evaluasi program yang terdiri dari panduan wawancara dan panduan diskusi kelompok terarah (DKT), bersama dengan tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya.
- Melakukan uji keterbacaan instrumen evaluasi program kepada konstituennya didampingi oleh tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya.
- Mengembangkan protokol penelitian evaluasi program bersama tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya.

3) Pengumpulan data (persiapan, pengumpulan data dan manajemen data)

Peran komunitas dalam proses pengumpulan data mulai dari persiapan, pelaksanaan pengumpulan data dan manajemen data antara lain:

- Pada tahap persiapan, peneliti komunitas mendapatkan pelatihan pengumpulan data kualitatif yang difasilitasi oleh tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya. Selain itu, mereka juga mengikuti pelatihan etika penelitian secara online yang diselenggarakan oleh LPPM Unika Atma Jaya.
- Pada tahap pelaksanaan pengumpulan data, peneliti komunitas melakukan wawancara kepada konstituen jarnas pada 10 wilayah yang menjadi lokasi penelitian yang dilakukan secara daring. Selain itu, peneliti jarnas juga menjadi fasilitator dalam DKT yang melibatkan tujuh koordinator nasional (kornas) jaringan nasional.
- Pada tahap manajemen data, peneliti komunitas melakukan penamaan file untuk setiap rekaman wawancara/DKT dan mengunggah file/data hasil rekaman ke folder yang telah disiapkan.
- Peneliti komunitas melakukan koordinasi mingguan dengan tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya untuk memonitor kemajuan pengumpulan data di lapangan, serta membahas kendala yang terjadi di lapangan.

4) Analisis data

Analisis data dilakukan oleh tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya dan peneliti komunitas dari ketujuh jarnas. Beberapa peran peneliti komunitas dalam proses analisis data antara lain:

- Melakukan koding data kualitatif hasil wawancara stakeholder dan DKT komunitas menggunakan software NVivo versi terbaru. Sebelum koding dilakukan, peneliti komunitas mengikuti pelatihan koding data kualitatif yang difasilitasi oleh tim peneliti PUI-

PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya. Peneliti komunitas juga mendapatkan asistensi dari tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya selama proses koding berlangsung.

- Setelah proses koding selesai, peneliti komunitas melakukan tematik analisis berdasarkan hasil koding data kualitatif. Peneliti komunitas mendapatkan asistensi langsung dari tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya pada saat melakukan analisis tematik.

5) Penulisan laporan penelitian

Penulisan laporan hasil evaluasi program dilakukan bersama-sama oleh peneliti komunitas dan tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya. Peneliti komunitas mendapatkan asistensi langsung dari tim peneliti PUI-PT PPH PUK2IS Unika Atma Jaya dalam proses penulisan laporan yang dilaksanakan melalui workshop penyusunan laporan Program Review.

Bab 4. Hasil Penelitian

4.1 Situasi Organisasi dan Program Jarnas HIV

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan populasi kunci sebagai populasi yang berisiko tinggi terhadap HIV. Populasi kunci ini termasuk pekerja seks, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki, transgender, pengguna napza suntik, dan warga binaan dan rangkaian tertutup lainnya. Berdasarkan definisi populasi kunci ini, di Indonesia terdapat 4 jaringan nasional populasi kunci yang terdiri dari:

1. Mewakili pekerja seks: Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)
2. Mewakili laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki: Gaya Warna Lentera Indonesia (GWL-INA)
3. Mewakili transgender: Jaringan Transformasi Indonesia (JTID)
4. Mewakili pengguna napza suntik: Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI).

Saat ini belum ada jaringan nasional populasi kunci dari kelompok warga binaan dan rangkaian tertutup lainnya.

Selain dari jaringan populasi kunci, juga terdapat 3 jaringan orang dengan HIV dan kelompok rentan lain dalam penanggulangan HIV di Indonesia, yaitu:

1. Jaringan Indonesia Positif (JIP) yang mewakili orang dengan HIV
2. Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI) yang mewakili perempuan dengan HIV
3. Inti Muda yang mewakili populasi kunci muda, termasuk orang muda dengan HIV

Profil lengkap dari ketujuh jaringan nasional dapat dilihat pada **lampiran 1**.

4.1.1. Tata kelola organisasi

Secara umum, semua 7 jaringan ini dibentuk dan dikelola oleh populasi kunci atau populasi yang terdampak. Semua jaringan memiliki badan hukum dan memiliki Sekertariat di tingkat daerah dan Nasional. Pengelolaan jaringan di tingkat nasional dilakukan oleh Badan Pengurus Nasional dan diketuai oleh Koordinator Nasional sedangkan pengelolaan jaringan di tingkat daerah diwakili oleh anggota di masing-masing daerah. Sebagian besar memiliki keanggotaan campuran dimana anggota dapat berupa perorangan atau kelompok. Namun beberapa jaringan memiliki 1 jenis keanggotaan saja. IPPI misalnya hanya memiliki keanggotan perorangan, sedangkan PKNI dan JTID hanya memiliki keanggotaan organisasi. Dari bentuk organisasi dan jenis keanggotaannya, pengelolaan semua organisasi jaringan nasional bersifat terbuka, partisipatif dan memanfaatkan proses sosial dimana anggota dapat memberikan masukan dalam pengelolaan dan program yang dijalankan oleh jaringan.

Sekertariat Nasional memiliki fungsi advokasi di tingkat Nasional, serta pemberian asistensi, peningkatan kapasitas, dan memobilisasi sumber pendanaan untuk mendukung pelaksanaan program di tingkat nasional dan daerah. Berdasarkan fungsinya, Sekertariat Nasional memiliki peran suportif untuk Sekertariat Daerah.

4.1.2. Tujuan dibentuknya jaringan nasional

Dibentuknya JIP, Inti Muda dan IPPI secara spesifik memiliki tujuan terkait dengan penanggulangan HIV. Tujuan ini mencakup terwujudnya orang dengan HIV (termasuk perempuan dan orang muda dengan HIV) yang sehat, setara, berkualitas, berdaya, terlibat aktif dan bermakna dalam upaya penanggulangan HIV di Indonesia.

Jaringan OPSI, JTID, GWL-INA dan PKNI tidak hanya terbentuk secara spesifik untuk mengatasi kerentanan populasi tertentu terhadap infeksi HIV tetapi juga memiliki tujuan untuk memenuhi hak asasi dan hak konstitusi dari kelompok marjinal yang diwakilinya:

- OPSI terbentuk untuk memperjuangkan hak pekerja seks dan korban perdagangan manusia
- JTID terbentuk mengembalikan visibilitas dan untuk menggerakkan komunitas transgender untuk merespon situasi Indonesia yang semakin represif terhadap LGBTI
- GWL-INA terbentuk untuk memperjuangkan hak kesehatan, kesejahteraan seksual, orientasi seksual, identitas gender, identitas seksual & ekspresi gender dan jasmani dari komunitas gay, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya.
- PKNI terbentuk untuk mendorong keadilan dan pemenuhan Hak Asasi Manusia pada pengguna napza.

4.1.3. Kegiatan jaringan nasional

Secara umum, implementasi kegiatan yang dilakukan oleh jaringan nasional terdiri 2 jenis: berbasis proyek atau berbasis program. Organisasi yang lebih besar, lebih mapan dan memiliki mobilisasi sumber dana yang lebih biasanya melakukan implementasi kegiatan berbasis program. Sebaliknya, organisasi yang lebih kecil dan memiliki sumber dana yang lebih terbatas biasanya melakukan implementasi kegiatan berbasis proyek.

Menurut definisi[8] proyek adalah serangkaian kegiatan terkait yang direncanakan berlangsung selama periode waktu tertentu untuk memperbaiki situasi sekelompok orang tertentu. Sedangkan program memiliki serangkaian strategi yang bekerja menuju hasil yang ditentukan. Suatu program dapat mencakup kumpulan proyek dan kegiatan yang saling terkait. Sebuah program juga dapat berupa gabungan dari beberapa kegiatan misalnya advokasi, membangun jejaring dan peningkatan kapasitas.

Kegiatan jaringan nasional saat ini mencakup aktivitas yang bertujuan untuk mencapai tujuan dibentuknya jaringan nasional:

- JIP yang terbentuk sejak tahun 2014 sampai saat ini menjalankan advokasi berbasis bukti terkait HIV, termasuk dampak COVID-19 pada layanan HIV. JIP juga menjalankan

[8] https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2016/09/The-Challenges-of-Monitoring-and-Evaluating-Programmes.pdf

program yang lebih luas, mulai dari pencegahan HIV pada populasi kunci sampai pada mendukung pemerintah dalam mengurangi angka lost to follow up melalui penjangkauan pasien mangkir dan penguatan sistem komunitas berbasis HAM. Namun aktivitas JIP tidak hanya terbatas pada kegiatan tersebut tetapi juga pada penguatan lembaga, kemitraan dan peningkatan kapasitas anggota. Penguatan juga tidak hanya terbatas pada HIV, tetapi juga pada isu TB dan gender.

- OPSI yang terbentuk pada tahun 2009 menjalankan program penguatan sistem komunitas dan HAM untuk menurunkan hambatan terhadap akses layanan kesehatan, melakukan penelitian mengenai isu kesehatan mental pada pekerja seks perempuan, advokasi mengenai hak asasi manusia pekerja seks dengan melibatkan suara pekerja seks di tingkat nasional, regional dan internasional serta kegiatan penguatan dan keberlanjutan organisasi yang dipimpin oleh komunitas.
- Intimuda yang terbentuk secara resmi pada 2019 melakukan program pemantauan dan evaluasi layanan kesehatan khususnya pada layanan HIV melalui penelitian berbasis komunitas; program peningkatan kapasitas populasi kunci muda dalam bentuk pelatihan, kompetisi daring untuk populasi kunci muda, dan Musyawarah Nasional; Program Demand Creation yang berfokus pada penciptaan permintaan akses layanan HIV dari populasi kunci muda di Indonesia; serta pengembangan mekanisme penilaian respon negara terhadap kebutuhan orang muda di Indonesia.
- GWL terbentuk pada 2007 memiliki program dan proyek yang beragam termasuk proyek yang berfokus pada isu TB, Gender, HIV dan Stigma Diskriminasi pada komunitas GWL. termasuk didalamnya peningkatan pengetahuan terkait TB, asesmen layanan TB serta strategi advokasi pada layanan TB; selain itu GWL juga menjalankan kegiatan pemantauan layanan kesehatan khususnya pada layanan HIV; kegiatan peningkatan kesadaran komunitas akan akses PreP dan penciptaan permintaan PreP; dan kegiatan untuk penguatan kapasitas dalam mendorong dukungan publik, perubahan kebijakan dan pemberdayaan ekonomi komunitas LGBTIQ+.
- JTID yang terbentuk pada 2019 dan sampai saat ini memiliki dukungan dana untuk peningkatan kapasitas internal terkait program manajemen, pembuatan SOP organisasi. Selain penguatan internal organisasi, JTID juga menerima bantuan dari mitra untuk program peningkatan kesejahteraan individu dan peningkatan kapasitas individu trans pembela HAM dan terkait dengan isu anti diskriminasi; serta mitra pemberi layanan kesehatan mental.
- PKNI yang terbentuk pada 2011 saat ini memiliki dukungan dana untuk kegiatan pemantauan yang dipimpin oleh komunitas yang bersumber dari 2 mitra. Selain itu, PKNI juga menjalankan kegiatan advokasi terkait isu napza melalui kegiatan lobi dan pendekatan legislatif. Selain isu advokasi napza secara keseluruhan, PKNI juga melakukan kegiatan advokasi spesifik pengguna napza perempuan. Sebagai dasar kegiatan advokasi, PKNI melakukan identifikasi kebutuhan advokasi dan situasi dari konstituen di daerah. Disamping kegiatan terkait napza, PKNI juga melakukan kegiatan pengembangan kapasitas terkait TB.
- IPPI dibentuk pada tahun 2009 sampai saat ini banyak melakukan terkait program pencegahan HIV dan Ibu ke Anak (PPIA), termasuk melakukan kegiatan pemantauan layanan. IPPI juga mendapat pendanaan untuk mendorong responsitivitas dan upaya

pemerintah dalam isu HIV, gender, kesehatan mental, stigma dan diskriminasi yang terjadi pada perempuan dengan HIV (PDHA). IPPI juga melakukan pemberian informasi dan sosialisasi mengenai kekerasan berbasis gender (KBG) di tempat kerja khususnya bagi perempuan dengan HIV yang berprofesi sebagai pelaut. Selain memberikan informasi, IPPI juga berperan sebagai lembaga penerima pengaduan untuk PDHA yang mendapatkan KBG. Satu kegiatan IPPI yang dulunya didanai oleh Global Fund namun berhenti setelah 3 tahun adalah kegiatan pendampingan pada PDHA yang ingin merencanakan kehamilan maupun yang diketahui positif HIV pada saat hamil. Setelah selesai pendanaan, kegiatan ini tetap berlanjut dengan pendanaan mandiri di 26 provinsi. Di luar itu, ada 2 provinsi yang mendapat pendanaan dari APBD.

Dari situasi organisasi yang tergambar di atas, jaringan nasional yang terbentuk lebih awal, memiliki program yang lebih komprehensif dan juga memiliki pendanaan untuk peningkatan kapasitas anggota jaringan. Sedangkan jaringan yang terbentuk di bawah 5 tahun, cenderung memiliki kegiatan berbasis proyek yang sesuai dengan tujuan dibentuknya jaringan dan memiliki lebih sedikit sumber daya. Selain itu, jaringan yang baru terbentuk masih memerlukan kegiatan pendukung kapasitas internal organisasi seperti pembuatan SOP dan penguatan kapasitas internal lembaga.

4.1.4. Sumber pendanaan kegiatan jaringan nasional

Dalam 5 tahun terakhir, sumber dana yang digunakan untuk pelaksanaan program dan proyek ketujuh jaringan nasional berasal dari beragam dukungan mitra nasional dan internasional. Dana yang diterima beragam dan sesuai dengan ketertarikan isu dari masing-masing mitra:

1. UNAIDS yang memimpin upaya global untuk mengakhiri AIDS sebagai ancaman kesehatan masyarakat pada tahun 2030 sebagai bagian dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG), mendukung kegiatan CLM pada 7 jaringan nasional yang sesuai dengan SDG.
2. Pemerintah Belanda dan organisasi yang berbasis di Belanda seperti HIVOS banyak mendukung kegiatan terkait dengan gender dan pemenuhan hak LGBTI. Hal ini didukung oleh rencana kebijakan Pemerintah Belanda yang mencakup Gender & LGBTI.[9]
3. Mitra dari jaringan regional atau global mendanai jaringan nasional dengan visi yang sama misalnya APNSW, jaringan regional Asia Pasifik untuk pekerja seks mendukung kegiatan yang dilakukan oleh OPSI; GNP+, jaringan orang dengan HIV global mendukung kegiatan yang dilakukan oleh JIP; Youth LEAD, jaringan populasi kunci muda mendukung kegiatan yang dilakukan oleh Inti Muda; dan NAPUD, jaringan pengguna napza di Asia dan INPUD, jaringan pengguna napza global mendukung kegiatan yang dilakukan oleh PKNI.
4. Mitra pembangunan seperti badan PBB juga mendanai jaringan yang memiliki visi yang sama misalnya UN Women yang merupakan entitas Perserikatan Bangsa-Bangsa yang

[9] https://www.government.nl/binaries/government/documenten/reports/2018/06/01/gender--lgbti-equality-policy-plan-2018-2021/Gender+%26+LGBTI+Equality+Policy+Plan+2018-2021.pdf

bekerja untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan mendanai kegiatan IPPI.

5. Hanya IPPI yang menerima dana APBD dari 2 Pemerintah provinsi untuk kegiatan pendampingan pada PDHA yang ingin merencanakan kehamilan maupun yang diketahui positif HIV pada saat hamil (Emak Club). Provinsi tersebut adalah Jawa Tengah dan Jawa Barat. Dilihat dari karakteristik pemimpin Provinsinya, Gubernur Jawa Tengah memiliki fokus utama mengenai pengarusutamaan gender dalam program di provinsi tersebut. Jawa Tengah adalah Provinsi peraih Penghargaan Anugerah Parahita Ekapraya (APE) dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak selama 4 tahun berturut-turut. APE merupakan penghargaan yang diberikan kepada Pemerintah Daerah sebagai bentuk pengakuan atas komitmen dan peran para pimpinan Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah dalam upaya mewujudkan kesetaraan gender dalam pelaksanaan strategi pengarusutaamaan gender.
   Sejalan dengan Jawa Tengah, Gubernur Jawa Barat juga memiliki komitmen dengan dikeluarkannya Peraturan Gubernur tentang Rencana Aksi Daerah Pengarusutamaan Gender Pemerintah Provinsi Jawa Barat pada tahun 2021.

Tabel 3. Sumber Pendanaan Jarnas

Sumber dana	**JIP**	**OPSI**	**Inti Muda**	**GWL-INA**	**JTID**	**PKNI**	**IPPI**
USAID/ DFAT	v	v			v	v	
UNAIDS	v	v	v	v	v	v	v
Global Fund	v						v
GNP+	v						
UNFPA	v	v					
EPIC	v						
Stop TB Partnership	v			v		v	v
Yayasan Kasih Suwitno	v						
TB Woman	v						
APNSW		v					
Global Alliance Against		v					

Sumber dana	JIP	OPSI	Inti Muda	GWL-INA	JTID	PKNI	IPPI
Traffic in Women							
Global Fund for Women		v					
Youth LEAD			v				
The PACT			v				
Dutch Ministry of Foreign Affairs				v	v		
HIVOS					v		
NAPUD						v	
IDPC (International Drug Policy Consortium)						v	
INPUD						v	
ILO							v
UN Women							v
APBD							v

4.2 Profil Program yang Dipimpin Komunitas

Setelah melakukan proses analisis tematik, menyusun kerangka koding, menambahkan beberapa sub-konstruk (sub-tema), dan melakukan proses koding terhadap program pelaksanaannya yang dipimpin oleh komunitas, ditemukan serangkaian program yang diinisiasi oleh jaringan Nasional maupun inisiatif dari para pelaksana kegiatan di daerah. Secara garis besar, program yang dijalankan oleh jaringan terdiri dari pemantauan layanan, advokasi, pendampingan sebaya dan pendampingan kekerasan.

Masing-masing program memiliki fokus yang spesifik, seperti yang tergambar di bawah ini:

- Program pemantauan layanan HIV berfokus pada ketersediaan ARV dan peningkatan kualitas layanan yang bebas stigma dan diskriminasi.
- Program advokasi berfokus pada terciptanya lingkungan yang mendukung orang dengan HIV dalam mengakses mengakses layanan pemeriksaan kesehatan, perawatan dan

pengobatan. Kegiatan advokasi juga difokuskan untuk peningkatan lingkungan yang lebih sensitif terhadap *Sexual Orientation, Gender Identity and Expression and Sex Characteristic* (SOGIE-SC) bagi penerima manfaat komunitas populasi kunci.

- Program pendampingan sebaya bertujuan terhadap pemenuhan hak akses kesehatan HIV serta penyebarluasan informasinya.
- Program pendampingan kekerasan berfokus pada pendampingan korban kekerasan termasuk akses hukum dan psikososial untuk populasi kunci seperti Transgender Perempuan, Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki-laki lainnya (LSL), Pekerja Seks Perempuan, serta Orang dengan HIV (ODHIV).

4.2.1 Pemantauan Layanan

Kegiatan pemantauan layanan dilakukan oleh jaringan populasi kunci di daerah untuk mengurai kendala yang ditemui oleh populasi kunci dalam mengakses layanan HIV. Saat ini, terdapat tiga model utama pemantauan layanan (community-led monitoring) yang sedang berjalan, diantaranya pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV, pemantauan penyedia layanan HIV dan yang terakhir pemantauan ketersediaan dan kualitas layanan pencegahan, tes dan pengobatan HIV serta pengalaman terkait kekerasan dan aksesibilitas populasi kunci.

4.2.1.1 Pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV

Kegiatan pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV yang didanai oleh Global Fund dilakukan sejak tahun 2017 berfokus pada dokumentasi pemenuhan hak asasi manusia untuk kelompok populasi kunci terutama dalam kaitannya dengan respon HIV. Pendanaan untuk kegiatan pemantauan ini disalurkan dari Global Fund melalui PR IAC. Kegiatan ini bertujuan untuk memperkuat komunitas dan lingkungan serta mendorong perbaikan layanan HIV. Pelaksanaan program ini dilakukan secara berjenjang, dimana IAC berperan sebagai PR (Principal Recipient). Sedangkan, OPSI dan JIP ditunjuk sebagai SR (*Sub-Recipient*) yang berperan untuk memastikan kegiatan berjalan sesuai dengan rencana kerja, pelaporan dilakukan secara rutin dan target tercapai. SR juga bertugas untuk merumuskan isu prioritas dari hasil pengolahan data yang kemudian akan disampaikan ke PR. Pelaksanaan pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV dilakukan bersama dengan paralegal dan petugas advokasi serta melalui jejaring yang telah dibangun dengan lembaga bantuan hukum dan P2TP2A. Kasus yang dilaporkan dapat diselesaikan melalui jalur litigasi maupun non litigasi.

"Ya jadi kan memang dari semenjak kita paham tentang hukum dan HAM, paham dengan kekerasan, diskriminasi dan lain-lain, kita mulai bangun jejaring dengan temen-temen LBH, di daerah dan juga nasional. Nah 3 tahun ini si F, F itu kan perwakilan dari GAYLAM Lampung

*untuk mewakili komunitas sebagai paralegal di program IAC. Ketika ada kekerasan atau ada pelaporan baik itu sekedar pendokumentasian atau sampai ada didampingi, mau litigasi atau pun itu non litigasi itu kita serahkan kepada F." (**01-02**)*

*"Karena kan dia sempet magang di LBH Bandar Lampung mba, jadi kalo kasusnya perempuan dan anak, dia kerja sama nya sama temen-temen Damar (Lembaga Advokasi Perempuan Damar) yang biasa dia dampingan perempuan dan anak. Terus sekarang juga lagi mau MoU dengan P2TP2A." (**01-02**)*

Dalam pelaksanaan pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV, untuk kasus yang membutuhkan pendampingan hukum, paralegal terkadang menghadapi kendala internal dari pelapor, misalnya pelapor takut bahwa identitas atau statusnya sebagai orang yang memiliki orientasi seksual tertentu atau sebagai orang dengan HIV diketahui oleh banyak orang.

*"Tantangannya itu dari internal komunitasnya itu sendiri, sehingga nya kalo misalnya kita kuatkan untuk dilaporkan ternyata udah di tengah jalan dia gak mau karena identitas nya ketauan…Terus itu jarang temen-temen komunitas itu yang mau litigasi, karena status dia sebagai LSL itu gak mau ke publish oleh banyak orang…Terus beberapa temen-temen takut …kalo orang-orang tau status dia udah misalnya apalagi dia udah komunitas terus dia ODHIV." **(01-02)***

Sejauh ini, kegiatan pemantauan dinilai dapat membangun lingkungan yang kondusif bagi kelompok kunci dan ODHIV, serta mendorong perbaikan layanan HIV. Beberapa persoalan stigma dan diskriminasi juga berhasil ditangani melalui kegiatan ini. Hal ini tampak dari salah satu kasus yang ditangani oleh paralegal saat mendampingi remaja dengan HIV yang mendapat stigma dan diskriminasi dari sekolah dan tempat praktek kerja lapangan. Dengan dukungan paralegal, remaja tersebut dapat terus melanjutkan pendidikannya.

*"Ketahuan kalau dia positif, dan dia dikeluarkan dari tempat PKL terus dari pihak sekolah juga mau dikeluarkan. Jadi kita…langsung kumpul, kalau nanti anak itu beneran dikeluarkan, kita akan beradvokasi dengan sekolahnya. Itu kita sempet berangkat ke Lampung Tengah untuk bertemu dengan pihak sekolah tapi tidak jadi ke sana karena saat kita bicarakan di Puskesmas Gedung Air itu clear dan anaknya bisa lanjut sekolah" **(01-03)***

4.2.1.2 Pemantauan penyediaan layanan HIV

Ada dua kegiatan pemantauan penyediaan layanan HIV yang dilakukan yaitu melalui CBMF (*Community Based Monitoring and Feedback*) yang didanai oleh Global Fund untuk dilaksanakan di 23 kab/kota melalui PR IAC dan melalui kegiatan Advocate4Health yang didanai oleh USAID untuk dilaksanakan di 13 kab/kota melalui JIP.

Petugas CBMF yang dikenal dengan istilah CBMFO (*Community Based Monitoring and Feedback Officer*) berperan dalam pemantauan tata kelola dan koordinasi terkait logistik seperti ketersediaan reagen, ARV, serta memastikan keterjangkauan biaya akses pada layanan kesehatan, baik Puskesmas maupun Rumah Sakit dengan layanan HIV milik pemerintah atau swasta. Selain metode memantau langsung ke layanan, pemantauan juga dilakukan melalui *study club* sebagai wadah untuk mendengarkan keluhan penerima manfaat terkait akses layanan serta meminta umpan balik kepada komunitas terhadap layanan kesehatan yang mereka akses.

"CBMF itu kan untuk ini ya, untuk apa namanya, tata kelola untuk segala sesuatu apa namanya.. obat-obatan, reagen-reagen.. ada sih, bang, pertemuannya untuk membahas itu, gitu kan, terkait apa namanya, stok ARV, apa namanya reagen-reagen sifilis yang nggak ada, itu mungkin dikoordinasikan mungkin.. dikoordinasikan sama mereka." ***(07-03)***

"Di layanan itu, kita coba duduk bareng dengan beberapa layanan PDP, bagaimana meminimalisir dan menindaklanjuti ketika ada kekosongan-kekosongan respon cepat terkait dengan dinas dan gudang." ***(05-03)***

"Study Club itu berfungsinya seperti itu, evaluasi. Apa yang menjadi keluhan-keluhan kawan-kawan komunitas, apa yang menjadi…apa yang mereka gak sukai dalam pelayanan." ***(07-01)***

Dalam kegiatan pemantauan layanan HIV, CBMFO menghadapi tantangan berupa penerimaan pada staf di dinas atau layanan kesehatan. Beberapa petugas merasa program ini dinilai mengevaluasi kinerja mereka sehingga menghambat proses pemantauan. Komunitas dipandang sebagai orang luar yang tidak sepatutnya mengontrol pekerjaan mereka.

"CBMF itu kan yang nganuin itu ya Mbak ya ARV ya di layanan. Itu hambatannya kalo sepengetahuan saya, ya itu ketakutannya itu jadi seolah-olah orang Dinas itu dipantau sama si CBMFO ini terkait stok obat gitu gitu. Maksudnya apa ya, takut kerahasiaannya itu bisa dilihat oleh orang gitu, sementara kita tuh siapa sih? Kita kan bukan siapa-siapa, bukan orang Dinas yang seolah-olah tuh kontrol atau evaluator orang-orang yang kerjanya di layanan gitu.."
(01-02)

Di sisi lain, kehadiran rekan-rekan pemantau layanan HIV sebenarnya dinilai telah membantu dalam menjadi jembatan komunikasi terkait permasalahan logistik yang dialami di layanan kesehatan. Seringkali, permasalahan kekosongan logistik terjadi pada level yang lebih tinggi, dan layanan tidak berani untuk menyampaikan permasalahan tersebut akibatnya, permasalahan kekosongan logistik tidak dapat segera diselesaikan. Dengan adanya komunikasi antara layanan dan komunitas, kekosongan logistik dapat dikomunikasikan oleh komunitas pada tingkat Dinas Kesehatan atau Kemenkes sehingga risiko kekosongan logistik dapat diminimalisir dan ditindaklanjuti dengan segera.

"Temen-temen layanan itu malah banyak kendala yang mereka alami seperti stok logistik ataupun yang lain-lain, itu mereka tidak mempunyai daya upaya untuk menyampaikan secara langsung ke Dinas Kesehatan Provinsi ataupun Dinas Kesehatan Provinsi ke Kemenkesnya langsung" ***(DKT-N5)***

"Di layanan itu, kita coba duduk bareng dengan beberapa layanan PDP, bagaimana meminimalisir dan menindaklanjuti ketika ada kekosongan-kekosongan respon cepat terkait dengan dinas dan gudang" ***(05-03)***

Dari observasi JIP, secara spesifik keterlibatan aktif teman-teman pekerja seks masih perlu ditingkatkan dan masih menjadi celah bagi program yang ada saat ini. Isu mengenai ketersediaan akses layanan oleh pekerja seks tidak bisa terangkat jika rekan pekerja seks tidak datang untuk melakukan pemantauan di layanan. Tantangan lain adalah isu anak dengan HIV karena tidak bisa mengambil data untuk anak dengan HIV, sehingga informasi mengenai kualitas layanan tidak dapat terangkat.

"Berdasarkan dari hasil CLM yang dilakukan oleh Advocate4Health, kami melihat temen-temen pekerja seks…minim, apa namanya, keterlibatan aktifnya…Kami melihat keterlibatan aktif itu masih minim dan itu yang menjadi celah gap juga untuk program yang sekarang ini ada gitu. Kalau kami melihat, kalau kami aja tidak menemukan di lapangan mereka yang datang ke layanan, dari populasi yang sudah saya sebutkan, gimana kita mau berbicara tentang ketersediaan akses yang layak gitu ya, karena ditemuin aja susah gitu…anak itu juga kan tidak bisa diambil datanya ya, gitu. Jadi kita gak bisa melihat kepingan itu." ***(DKT-N3)***

4.2.1.3 Pemantauan kualitas layanan PDP terkait HIV dan kekerasan

Pada tahun 2021, Jaringan Nasional (Jarnas) populasi kunci dan orang dengan HIV yang terdiri dari JIP, OPSI, IPPI, GWL-INA, PKNI, Inti Muda Indonesia, dan JTID secara kolektif telah mengembangkan strategi bersama CLM yang tertuang dalam "Panduan Strategi Bersama Pemantauan Respons HIV yang Dipimpin oleh Komunitas (PR-HIV-Kom)". Panduan tersebut mencakup instrumen pengumpulan data kuantitatif (kuesioner CLM) dan kualitatif (panduan diskusi kelompok terarah/DKT dan wawancara).[10]

Pada tahun 2022, strategi diatas diimplementasikan kedalam penelitian CLM di 20 Kota/Kab terpilih untuk mendokumentasikan pengalaman dari komunitas HIV dan populasi kunci dalam mengakses layanan terkait HIV di Indonesia. Hasil penelitian bersama ini diharapkan menjadi bukti yang kuat dalam menentukan area fokus kegiatan monitoring dan advokasi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV di masa mendatang. Secara spesifik, hasil pemantauan kualitas layanan terkait HIV dan kekerasan yang dilakukan secara bersama-sama oleh 7 jaringan nasional diharapkan dapat merekomendasikan perbaikan layanan HIV yang berbasis bukti

[10] Nevendorff, L. Panduan Strategi Bersama Pemantauan Respons HIV yang dipimpin Komunitas (PR-HIV-Kom). 2021

kebutuhan lapangan, sekaligus memantau perubahan layanan yang diinginkan serta meningkatkan kualitas hidup populasi kunci, melalui pemberian layanan terkait HIV yang tepat guna dan manfaat.

Hal-hal lain yang diungkapkan jaringan nasional yang ikut mengambil bagian dalam CLM gabungan ini adalah bahwa CLM memberikan manfaat untuk membuka ruang komunikasi antar komunitas untuk menyampaikan kebutuhannya. Pelaksanaan Joint CLM memberi data dasar mengenai isu apa yang akan diadvokasikan secara bersama-sama.

"Maksudnya ini aku ngebedah dari jalan dulu ya bang. Nah dari jalan dulu, mematahkan isu-isu kebutuhan-kebutuhan. Itu dari CLM. Dan juga, ini aku bersyukur banget adanya program CLM ini, untuk nanti bisa menjadi sebuah database yang akan diadvokasikan kepada layanan HIV di Sumatra Utara" ***(07-05)***

Dalam prosesnya, upaya pemantauan kualitas layanan HIV dan kekerasan bersama dengan 7 jaringan nasional tidak hanya dilihat dapat memberikan kesempatan untuk memberikan ruang komunikasi bersama namun juga memberikan kesempatan untuk berkolaborasi dengan Jarnas lain yang diketahui memiliki keterampilan khusus dalam isu spesifik.

Sebagai contoh, Jarnas yang tidak memiliki kekhususan keterampilan mengenai kekerasan berbasis gender dan kekerasan pasangan intim dapat melibatkan IPPI, atau Intimuda untuk isu populasi kunci muda.

"Ya balik lagi ke tujuan, poin dari CLM ini satu, bahwa ruang komunikasi antara komunitas untuk menyampaikan apa yang dibutuhkannya… tapi kita gak punya ruang untuk menyampaikan itu sih. Mungkin harapannya dengan CLM, kedepannya nanti kita bisa bersama-sama untuk bisa membombardir, ya bisa mengatasi, gitu." ***(DKT-N3****)*

*"Contoh yang CLM kita jalankan ini sebenernya kan sebuah kolaborasi ya yang kita lakukan secara bersama-sama... Kalau JIP sendiri, ketika kita tidak memumpuni gitu ya, pasti kami akan melibatkan kawan-kawan Jarnas lainnya, misalnya kalau kemaren ketika kami melakukan workshop dan training terkait GBV IPV…itu kami melibatkan kawan-kawan dari IPPI dan juga Jarnas lainnya…Kegiatan yang terkait dengan youth atau yang key population, itu juga kami berkolaborasi dengan temen-temen dari Inti Muda." (****DKT-N3)***

4.2.2 Advokasi

Secara umum, kegiatan advokasi merupakan kegiatan utama yang dilakukan oleh jaringan komunitas HIV. Hal ini tampak dari frekuensi dan intensitas yang cukup tinggi dalam melakukan kegiatan yang berkaitan dengan advokasi. Advokasi merupakan upaya dari komunitas melalui

berbagai macam bentuk komunikasi yang bertujuan untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan atau pembuatan kebijakan.

Advokasi-advokasi yang dilakukan oleh komunitas biasanya dilakukan untuk mengisi kesenjangan antara kebutuhan komunitas dan kenyataan yang terjadi di lapangan. Kebutuhan yang didokumentasikan oleh komunitas dikomunikasikan secara persuasif melalui media advokasi seperti audiensi, kertas kebijakan, maupun pertemuan dengan pengambil kebijakan.

4.2.2.1 Advokasi layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA)

Program pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak (PPIA) merupakan upaya yang terdiri dari beberapa pilar pencegahan HIV pada perempuan. Pilar yang pertama adalah pencegahan penularan HIV pada perempuan usia produktif. Pilar yang kedua adalah pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan di antara perempuan yang hidup dengan HIV. Pilar yang ketiga adalah pencegahan penularan HIV dari ibu dengan HIV pada anaknya dan pilar keempat adalah pemberian dukungan, pengobatan dan perawatan pada perempuan dengan HIV beserta anak dan keluarganya.

Advokasi ini dilakukan dilatarbelakangi oleh kebutuhan untuk mengisi kesenjangan yang dirasakan oleh IPPI bahwa saat ini Pemerintah hanya berfokus pada kebutuhan penyediaan terapi antiretroviral (ARV) pada perempuan dengan HIV. Menurut IPPI, Negara masih belum melihat perempuan dengan segala konteks sosial di sekitarnya yang memiliki kebutuhan lain selain ARV, misalnya kebutuhan untuk perencanaan keluarga, kesehatan reproduksi, serta *post-natal care* untuk ibu dan anak.

Advokasi adalah proses yg berlangsung terus menerus. Oleh karenanya, tantangan dalam mempertahankan kesinambungan advokasi dapat terjadi. Tantangan yang dihadapi IPPI adalah layanan kesehatan yang merasa terganggu karena IPPI memperjuangkan kebijakan yang harusnya diimplementasikan. Terkadang kebijakan yang tersedia tidak sesuai dengan kemampuan dan sumber daya dan sumber daya manusia yang tersedia. Selain itu, tantangan lain adalah cepatnya rotasi staf yang berada pada tingkat layanan kesehatan.

Terlepas dari tantangan yang dihadapi, perubahan baik yang terjadi setelah proses advokasi adalah tersedianya layanan PPIA sehingga perempuan dengan HIV yang hamil dan melahirkan serta bayinya dapat dipantau perkembangannya. Perubahan ini tidak hanya terjadi di tingkat Nasional tetapi juga terjadi di beberapa Provinsi.

"Dulunya kan program PPIA itu gak ada di Sumatera Utara. Jadi kita mengadvokasi itu, akhirnya layanan PPIA itu tersedia …meskipun layanan PPIA itu sebenarnya sampai sekarang itu masih sangat terbatas ya…Dulunya itu, kan, penanganan-penanganan PDHA itu ketika dia bersalin, itu di Sumatera Utara itu sangat susah untuk ditemukan. Tapi sekarang…jadi, teman-teman itu lebih terpantau perkembangan, bayinya—baik dianya maupun bayinya." ***(07-01)***

“Layanan kesehatan sebenernya jadi sedikit keganggu karena memang sprit dan semangatnya IPPI adalah memperjuangkan kebijakan yang harusnya diimplementasikan dengan benar gitu. Jadi kalau ngeliat IPPI, aduh ini pasti ini nih maksa ASI gitu-gitu. ” ***(DKT-N1)***

4.2.2.2 Advokasi agar tersedianya layanan kekerasan

Berdasarkan Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) Tahun 2021, 1 dari 4 perempuan usia 15-64 tahun pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan dan selain pasangan selama hidupnya. Selain itu, Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (SNPHAR) Tahun 2021 pun menunjukkan 4 dari 10 remaja perempuan dan 3 dari 10 remaja laki-laki usia 13-17 tahun pernah mengalami kekerasan, baik secara fisik, psikis, maupun seksual dalam bentuk apapun sepanjang hidupnya.[11]

Menurut IPPI banyak sekali potensi perempuan dengan HIV putus obat karena dia mendapatkan kekerasan atau dia tidak bisa mendapatkan izin ke rumah sakit karena belum terbuka status HIV pada pasangannya. Oleh karenanya, perempuan dengan HIV memiliki kebutuhan akan penanganan kekerasan.

IPPI menjadi salah satu Jaringan yang berhasil mengadvokasi terhadap ketersediaan layanan kekerasan berbasis gender untuk perempuan dengan HIV di Indonesia dengan cara bermitra dengan organisasi gerakan perempuan, serta Komnas Perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan.

Untuk mendukung upaya advokasi akan tersedianya layanan kekerasan berbasis gender, IPPI juga membentuk layanan pengaduan yang menjadi basis upaya advokasi jaringan tersebut. Kasus yang ditangani dilaporkan melalui dasbor yang dapat diakses oleh pengambil kebijakan dan publik melalui https://lapordata.ippi.or.id/dashboard/. Di dalam profil dasbor, terdapat 3 profil yaitu profil korban, pelaku dan kasus. IPPI bersama dengan Lembaga Bantuan Hukum APIK melaporkan kasus kekerasan berbasis gender tersebut pada Komnas Perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan. Laporan IPPI tersebut kemudian menjadi salah satu bagian yang dilaporkan dalam Catatan Tahunan resmi dari Kementerian tersebut.[12]

“IPPI programnya sementara dijalankan sekarang itu mengenai kekerasan berbasis gender. Nah itu, sudah diadvokasi ke layanan karena juga sudah pernah turun dari Seknas IPPI, kita ke layanan, kita ke UPTD, kita ke Suara Perempuan, terus kita ke P3A Penanggulangan Perempuan dan Anak, khusus untuk advokasi kepada perempuan-perempuan yang positif HIV dan anak-anak yang positif HIV, tentang rentan-rentannya kekerasan yang terjadi.” ***(06-01)***

“Meskipun challenge nya masih sangat besar, tapi gaungnya kami selalu…tidak pernah berhenti, Khususnya karena memang salah satu mitra terbesar dalam penanganan kekerasan

[11] Siaran Pers Nomor: B-439/SETMEN/HM.02.04/08/2022

[12] https://komnasperempuan.go.id/download-file/816

adalah temen-temen di gerakan perempuan, termasuk juga yang dari sisi Pemerintah, yaitu Komnas Perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan." ***(DKT-N1)***

Selain IPPI, OPSI sebagai jaringan pekerja seks di Indonesia juga melakukan advokasi terhadap layanan yang berfokus pada upaya pemenuhan akses hak dasar kesehatan untuk komunitas pekerja seks, termasuk layanan penanganan kekerasan pada komunitas Pekerja Seks. Advokasi juga dilakukan pada layanan penanganan kasus kekerasan melalui kerjasama dengan pengacara lokal. Serupa dengan IPPI, OPSI juga melakukan advokasi dengan aparat penegak hukum lokal.

Untuk memperkuat upaya advokasi, teman-teman di lapangan diberi penguatan dari sisi pengetahuan dan melalui jejaring dengan pihak lokal.

Salah satu contoh keberhasilan advokasi OPSI di tingkat lokal adalah adanya kepastian alur penanganan ketika teman-teman dirazia. Sebelum melakukan advokasi, para pekerja seks bingung mengenai apa yang harus dilakukan ketika terjaring. Setelah OPSI di tingkat lokal memberikan pemberian informasi dan advokasi pada Polda, Polresta, TNI dan Satpol PP, ketika pekerja seks terjaring melalui razia, rekan pekerja seks akan ditangani dengan baik.

*"...penutupan lokalisasi itu di salah satu hotspot di Kupang, kita OPSI bekerja sama dengan pengacara. Memang pengacaranya juga dengan pengacara ternama di Kupang yang memang kita join bareng…Memang pertama awalnya kayak 'ih apaan sih kayak gak mungkin juga lah dia bisa' ya kan, tapi kita ngebuktiin dari kita punya prestasi…kita dampingi kasus ini.. jadi akhirnya kawan-kawan juga lebih percaya ke kita." (**04-03)***

"Untuk ke stakeholder, kita sih tetap melakukan advokasi hukum ya dan alhamdulillah ya ketika teman-teman terkena razia. Biasanya razia gabungan ya, Satpol PP. bersama Polda , Polresta, TNI dan lainnya. Kalau dulu kan bingung siapa nih yang bisa keluarin ketika mereka terjaring, kalau sekarang mereka tidak perlu was-was jika terjaring karena sudah dilakukan pendataan teman-teman." ***(08-01)***

4.2.2.3 Advokasi agar tersedianya kebijakan lokal yang mendukung penanggulangan HIV

Peraturan Daerah adalah Peraturan Perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi dengan persetujuan bersama Kepala Daerah (gubernur atau bupati/wali kota). Menurut Kementerian Kesehatan, sampai pada tahun 2019, hanya 5 kab/kota yang memiliki kebijakan pemerintah untuk pengembangan inovasi pencegahan dan pengendalian HIV.[13]

Ketiadaan peraturan daerah yang mendukung inovasi pencegahan HIV ini dirasakan memiliki dampak pada komunitas di Makassar. Pada Februari 2022 yang lalu, misalnya, terjadi aksi razia

[13] https://hivaids-pimsindonesia.or.id/download/file/RAN_AIDS_2024.pdf

alat kontrasepsi atau kondom di minimarket pada Hari Valentine yang dilakukan Satpol PP. Hal ini menuai kritik dari komunitas karena dalih petugas Satpol PP pada saat itu adalah untuk melakukan edukasi. Ketiadaan dasar aturan seperti Perda mengenai larangan razia kondom sebagai alat pencegahan HIV dan perlindungan bagi orang yang membawa atau membeli kondom ini membuat pihak-pihak yang merasa dapat melakukan razia dengan dalil edukasi atau dengan dalil lainnya. Komunitas, bersama dengan tim Pokja HIV di Makassar kemudian melakukan advokasi kepada Walikota untuk menyampaikan masukan mengenai kebutuhan akan Perda yang lebih melindungi dan tidak menghambat penanggulangan HIV.

"Contoh yang kayak kemarin, teman-teman Satpol PP merazia alat kontrasepsi itu pada saat 14 Februari yang memang berdampak besar pada teman-teman. Mungkin mereka melihat bahwa karena tidak adanya regulasi…Nah, ini kemarin dengan tim Pokja, dengan teman-teman komunitas, itu sudah duduk bersurat dengan Walikota…bagaimana mendorong, karena kebetulan di Makassar itu tidak ada Perda, ya, cuma ada Perwali. Nah, Perwali ini, kan, ketika pergantian Walikota itu, kan, akan dibuat baru lagi." ***(05-03)***

Pembentukan peraturan daerah[14] yang tercantum dalam UU tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan adalah pembuatan Peraturan Perundang-undangan yang mencakup tahapan perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan. Sebelum penyusunan peraturan daerah (Perda), dilakukan proses perencanaan penyusunan Perda dalam suatu Program Legislasi Daerah (Prolegda). Saat ini, Sekda JIP di Makassar sudah mulai memberikan masukan untuk Perda HIV yang dapat melindungi komunitas melalui tahapan Program Legislasi Daerah (Prolegda).

"Kemudian, untuk Perdanya sendiri, kemarin update-nya itu, kalau tidak salah kemarin kita sudah koordinasi dengan hukum untuk usulannya itu sudah masuk tahap Prolegda. Nah, itu mungkin masih memang bentuk draft, mungkin, dalam tahap penyusunan. Mungkin nanti ada next, kita coba tanya lagi sudah sampai mana usulan itu, karena memang belum ada draft. Tapi, usulan itu sudah masuk di Prolegda." ***(05-03)***

4.2.2.4 Advokasi pembiayaan daerah

Program HIV yang bersumber dana asing khususnya Global Fund dirasa komunitas hanya mendukung wilayah-wilayah tertentu saja dan dukungan dana dari Pemerintah Daerah dianggap kurang maksimal. Ada dua jarnas yang melakukan upaya untuk mengatasi kesenjangan dukungan dana tersebut, yaitu JIP dan GWL-INA. Cara yang dilakukan oleh JIP dan GWL-INA untuk mengatasi kesenjangan tersebut adalah dengan membentuk *community champion* yang dapat melakukan advokasi. Upaya-upaya advokasi dilakukan langsung kepada Pemerintah Daerah misalnya ke Walikota atau Bupati untuk pembebasan biaya-biaya yang tidak dicakup oleh Program Pemerintah.

[14] Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011

*"Masalahnya adalah mengenai pemerataan layanan. Jadi memang yang kami lakukan kemaren kita kan membuat champion-champion di beberapa wilayah yang tidak di support oleh dana GF (Global Fund). Sebenernya mereka didukung oleh Pemerintah Daerah masing-masing. Tapi kemudian jadi gak maksimal karena kaga ada dana dari luar…Di beberapa daerah di wilayah Jawa Barat yang memang tidak ada program HIV yang didukung oleh donor tadi…upaya-upaya advokasi langsung kepada Pemerintah Daerahnya. Jadi ke tingkat Wali Kota dan juga Bupati, untuk pembebasan biaya-biaya. Karena, yang tidak di cover oleh program, rata-rata mereka berbayar." (**DKT-N2)***

Kegiatan advokasi yang dilakukan oleh anggota jaringan JIP di Makassar adalah melalui alur formal yang dilakukan yaitu audiensi dengan Bappeda. Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah, disingkat Bappeda, adalah unsur penunjang urusan pemerintahan Bidang Perencanaan dan Bidang Penelitian dan Pengembangan yang bertindak sebagai unit kerja perangkat Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat Bidang Perencanaan. Keterlibatan Sekda JIP di Makassar dimulai dari proses di tingkat kecamatan kota dimana rekan-rekan LSM dan komunitas mengusulkan program yang dapat memberikan manfaat dari pendanaan program HIV oleh Pemerintah lokal ini.

*"Kita juga mendorong BAPPEDA untuk menganggarkan suatu pendanaan untuk program HIV. Kemarin kita dikasih audiensi dengan BAPPEDA, bagaimana ikut di tingkat kecamatan kota dengan berproses di situ dengan teman-teman NGO dan teman-teman komunitas, mengusulkan suatu program. Kita manfaatkan untuk mengusulkan program." **(05-03)***

4.2.2.5 Advokasi keterjangkauan layanan untuk populasi kunci muda

Kegiatan advokasi dalam bentuk pembuatan kertas kebijakan, dilakukan oleh Inti Muda yang berfokus kepada layanan HIV untuk remaja. Kegiatan tersebut mencakup bagaimana keterjangkauan akses serta biaya untuk populasi kunci muda. Serta berjejaring dengan lembaga lain yang berfokus kepada penyediaan layanan kesehatan pada remaja, untuk terwujudnya layanan yang ramah terhadap populasi kunci muda.

*"Bikin policy brief, tentang ketersediaan jam dan biaya layanan yang lebih bersahabat dengan remaja populasi kunci, mendorong kemitraan dan kolaborasi dengan mitra lain yang bekerja dalam penyediaan pemuda layanan yang ramah" **(03-06)***

Latar belakang kegiatan advokasi Inti Muda adalah kesadaran akan potensi komunitas populasi kunci muda untuk mengalami risiko seperti diskriminasi, stigmatisasi, kekerasan, ataupun kriminalisasi yang cenderung lebih besar jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat secara umum. Kerap, pelanggaran hak asasi manusia (HAM) yang dialami komunitas populasi kunci muda, baik di bidang hak-hak sipil dan politik maupun hak-hak ekonomi, sosial budaya berdampak sangat luas hingga memunculkan efek berantai terhadap kehidupan orang di sekitarnya. Pembiaran dan kurangnya respons negara untuk menghentikan pelanggaran

tersebut membuat perlakuan diskriminatif seolah terlazimkan dalam kehidupan sosial. Situasi ini membuat populasi kunci muda lebih sadar akan haknya untuk mendapatkan perlindungan. Beberapa anggota Intimuda secara formil kerupakan bagian dari SSR di wilayahnya masing-masing. Oleh karena itu, intervensi lokal terkadang dilakukan melalui fungsi mereka sebagai SSR.

"Terus kemudian secara formil ya kalau Inti Muda Jabar, kayak contohnya kita kan di Inti Muda itu sebagian anggotanya kerja di SSR juga kan, nah kadang kita intervensinya pakai seragam yang SSR tadi, tapi kita nyelipin juga isu remajanya. Misalnya ini ada contoh seperti kemarin ada laporan salah satu layanan memberikan statement yang berbau stigma dan diskriminatif, akhirnya kita follow up. Kayak gitu biasanya kontrolnya ya." ***(02-02)***

4.2.3 Pendampingan Sebaya

Ketujuh jaringan nasional dibentuk secara spesifik untuk tujuan advokasi, yaitu agar terwujudnya komunitas yang berdaya, sehat dan setara serta terlibat aktif dan bermakna dalam penanggulangan HIV di Indonesia. Selain dari itu, jaringan nasional ini juga dibentuk untuk mengatasi kerentanan populasi tertentu dan untuk memenuhi hak asasi, dan hak konstitusi dari kelompok marjinal yang diwakilinya.

Pendampingan sebaya bukan merupakan kegiatan utama dari jaringan nasional karena tujuan dibentuknya jaringan terkait dengan fungsi advokasi. Secara umum, fokus dari kelompok dukungan sebaya adalah memberi wadah untuk pemulihan atau dukungan bagi perorangan sedangkan jaringan nasional memberi wadah untuk perbaikan pada sistem yang lebih baik untuk orang dengan HIV dan populasi yang rentan terhadap infeksi HIV.

Walaupun tidak berfokus pada pendampingan sebaya, ada dua jaringan yaitu GWL-INA dan IPPI yang memberikan dukungan psikososial di tingkat LSM pada kelompok yang diwakilinya.

GWL-INA yang memiliki keanggotaan kelompok memiliki anggota yang berbentuk kelompok dukungan sebaya dengan fungsi lain yaitu pendampingan sebaya yang berfokus terhadap memberi dukungan psikologis serta akses ARV untuk orang dengan HIV dengan latar belakang laki-laki seks dengan laki-laki lainnya.

Selain GWL-INA dan IPPI, beberapa Sekda JIP juga merangkap menjadi pendukung atau pendamping sebaya di wilayahnya. IPPI tidak secara khusus memberikan pendampingan bagi PDHA untuk PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak) namun anggotanya mendukung perempuan yang baru mengetahui status HIVnya atau yang sedang merencanakan kehamilan berdasarkan pendekatan dan pengalaman pribadi.

“Disini saya sebagai pendukung sebaya dan juga saya sebagai Sekda JIP Sumatera Utara”. ***– (07-04)***

“Iya perubahannya sih ya sekarang kan meskipun gak ada program PPIA itu ya, kita tetap memantau kok. Kita tetap memantau kawan-kawan PDHA yang Ibu hamil khususnya. Yang baru hamil meskipun baru terinfeksi perempuan-perempuan itu. Kita tetap memberi edukasi ketika kamu mau merencanakan kehamilan kamu harus ikut program ini gitu.” ***(03-04)***

4.2.4 Pendampingan Kekerasan

Kerentanan kelompok populasi kunci dengan pengalaman kekerasan menjadi isu pokok yang perlu segera direspon oleh jaringan komunitas. Kegiatan pendampingan kekerasan secara intensif dilakukan oleh IPPI dan OPSI. Dengan dukungan dana dari UN Women, IPPI berperan sebagai organisasi penghubung/intermediari bagi PDHA yang mengalami kekerasan. Kegiatan ini melibatkan konstituen IPPI di daerah untuk berperan sebagai Petugas Penerima Pengaduan (P3) yang bertugas melakukan sosialisasi dan sensitisasi kegiatan intermediari dan jenis kekerasan kepada PDHA dan lembaga terkait, melakukan penilaian kebutuhan korban kekerasan, melakukan rujukan sesuai dengan kebutuhan korban, mendokumentasikan kasus kekerasan.

"Itu yang pertama, kita datang sosialisasi. Kita memperkenalkan, kita IPPI, terus selain dari IPPI, kita... saya juga memperkenalkan sebagai pendamping sebaya di Batamang Plus bahwa kita sosialisasi tentang kekerasan berbasis gender terhadap perempuan dan anak untuk yang positif HIV. Dan, kita juga menghubungi layanan-layanan yang terkait guna sekiranya ada kejadian atau penemuan kasus yang kekerasan berbasis gender itu bisa langsung menghubungi saya sebagai Korprov IPPI di Sulut," ***(06-01)***

Di tingkat nasional, IPPI bekerja sama dengan lembaga yang memiliki kapasitas terkait penanganan kekerasan, seperti Komnas Perempuan untuk memfasilitasi pelatihan bagi P3 di daerah. Pelatihan yang didapatkan seputar pengenalan jenis kekerasan baik kekerasan sebagai tindakan kriminal biasa dan kekerasan berbasis gender. Selain itu, P3 juga dibekali dengan form persetujuan antara korban dan P3 yang menekankan terkait hak keamanan dan perlindungan korban dan *form assessment* yang berisikan data identitas korban, kronologi kekerasan yang dialami, lokasi terjadinya kekerasan, jenis kekerasan dan kebutuhan yang diperlukan korban.

“*Ada form persetujuannya, persetujuan antara saya dan korban. Jadi, korbannya tanda tangan. Terus, kita... kalau dia sudah isi lembar persetujuannya, kita langsung masuk ke pengaduan. Jadi masuk ke pengaduan, cerita. Cerita dari korbannya itu kita tulis/apakah kita rekam, kita masuk juga.”* ***(06-01)***

“Nah, setelah selesai dari situ, langsung kita masuk ke form rujukan. Apakah itu masalahnya ini, kita mau merujuk ke kayak... misalnya korbannya merasa tidak aman untuk tinggal di rumah bersama dengan pasangannya. Kita bisa kasih... kasih apa namanya... kasih jalan keluar, mungkin apakah dia ke rumah singgah, atau butuh rumah aman. Terus, kalau misalnya dia hanya butuh tindakan yang lebih lanjut, kita mungkin bisa langsung ke polisi atau kita juga bisa melalui ke SuaPar, Suara Perempuan, yang memang khusus untuk menangani kasus kekerasan berbasis gender untuk perempuan," (***06-01)***

Dalam proses merujuk korban sesuai dengan kebutuhannya, P3 perlu membangun sistem rujukan kekerasan ke lembaga terkait. Untuk pendampingan psikologi, IPPI telah membangun sistem rujukan dengan lembaga Rifka Annisa, ataupun P3A untuk rujukan rumah aman berjejaring dengan WCC (*Women Crisis Center*). Sedangkan, untuk pendampingan hukum dapat dirujuk ke paralegal yang memiliki sensitisasi dengan permasalahan dan kebutuhan teman-teman populasi kunci. P3 juga bekerjasama dengan layanan kesehatan untuk pemulihan kondisi psikologis korban dan kebutuhan visum untuk proses pelaporan ke kepolisian. Sebagaimana perannya sebagai petugas penghubung, berjejaring dengan lembaga rujukan kekerasan menjadi keutamaan dalam program intermediari.

“IPPI programnya sementara dijalankan sekarang itu mengenai kekerasan berbasis gender. Nah itu, sudah diadvokasi ke layanan karena juga sudah pernah turun dari Seknas IPPI, kita ke layanan, kita ke UPTD, kita ke Suara Perempuan, terus kita ke P3A Penanggulangan Perempuan dan Anak, khusus untuk advokasi kepada perempuan-perempuan yang positif HIV dan anak-anak yang positif HIV, tentang rentan-rentannya kekerasan yang terjadi" ***(06-01)***

"Tapi kalau untuk kekerasan terhadap perempuan sih saat ini kami kerja samanya dengan Rifka Anisa dengan LSM Perempuan. Jadi ketika ada kasus kekerasan terhadap perempuan yang membutuhkan rumah perlindungan aman kita masukkan ke WCC (Women Crisis Center)," ***(10-03)***

“Tapi kalau misalnya ada paralegal, paralegal yang khusus, bukan khusus tapi ngebela juga teman-teman dengan populasi kunci. Jadi kalau ada kekerasan berbasis gender di temen-temen populasi kunci itu lapornya ke paralegal." ***(01-03)***

Kegiatan pendampingan kekerasan yang dilakukan oleh OPSI yang bernama *community legal service* (CLS) sudah dimulai sejak tahun 2017. CLS memberikan pendampingan kasus hukum dan HAM bagi pekerja seks. Dalam pelaksanaannya, terdapat focal point di daerah yang bertugas untuk melakukan sosialisasi terkait jenis dan bentuk kekerasan kepada pekerja seks, melakukan pendampingan hukum bagi korban kekerasan. Sebelum turun lapangan, para focal point CLS mengikuti pelatihan mengenai pendampingan hukum.

“Kita juga ada yang namanya CLS, community legal service, itu yang memang isinya di situ kita udah legal, jadi kita bisa mendampingi kasus-kasus kekerasan yang terjadi di dalam kita punya kawan-kawan komunitas.” ***(04-03)***

“Memang kita awalnya mengikuti pelatihan beberapa hari, beberapa pelatihan sampe kita legal baru kita turun lapangan.” ***(04-03)***

Dalam pendampingan kekerasan, CLS melakukan kerjasama dengan lembaga bantuan hukum setempat, seperti Pos Bantuan Hukum Advokat Indonesia (Posbakumadin) untuk wilayah NTT. Pada saat berjejaring dengan lembaga lain, focal point juga memberikan pemahaman bahwa rekan pekerja seks juga memiliki hak asasi manusia dan berhak untuk dilindungi. Sosialisasi tersebut bertujuan untuk memutus stigma bahwa pekerja seks wajar mengalami perlakuan kekerasan.

“Juga pada dilaporin kasusnya dipercayain ke OPSI, sampe putusan, sampe memang mereka dapet yang mereka mau, keadilan yang mereka mau, alhamdulillah sih di sini jalan. Karena kita kan juga ada kerjasama sama Lembaga Bantuan Hukum kan, LBH seluruh NTT sama Posbakumadin.” ***(04-03)***

Selain membangun jejaring, edukasi ke pekerja seks turut menjadi penentu berjalannya program CLS. Dengan adanya kesadaran dari pekerja seks terkait haknya, mereka bisa melaporkan kasus kekerasan yang terjadi. Awalnya program pendampingan hukum ini hanya untuk para pekerja seks tetapi di Kupang, tetapi akhirnya dipercaya untuk mendampingi kasus lain misalnya ibu rumah tangga.

“Dan aku juga sering menjadi focal point untuk temen-temen komunitas trans perempuan yang ada di hotspot yang sering mengalami kekerasan. Jadi ketika ada kasus-kasus, temen-temen itu sering menghubungi saya” ***(06-03)***

4.3 Keberhasilan Program

Bagian ini menggambarkan temuan tentang keberhasilan program yang selama ini dilakukan oleh Jaringan Nasional HIV. Pembahasan dibuka dengan pemaparan temuan mengenai persepsi pelaksana program terhadap program yang dianggap berhasil. Program yang berhasil kemudian dibahas lebih lanjut dalam temuan mengenai perubahan bermakna yang dialami oleh kelompok populasi kunci dan ODHIV, terutama dalam peningkatan akses layanan, perbaikan kualitas layanan, dan peningkatan partisipasi dan kontrol. Pada bagian ini turut diidentifikasi temuan mengenai faktor pendukung dan penghambat dari keberhasilan program yang dapat menjadi pembelajaran dari proses evaluasi program.

4.3.1 Persepsi Terhadap Program yang Berhasil

Keberhasilan yang dipersepsikan oleh pelaksana program di daerah berorientasi pada perubahan positif yang dirasakan kelompok populasi kunci dan ODHIV terutama terkait pengadaan dan peningkatan akses serta perbaikan kualitas layanan yang ramah terhadap kebutuhan komunitas. Pada konteks transgender, keberhasilan dinilai dari terpenuhinya aspek administratif sebagai syarat dalam mengakses layanan kesehatan. Sejauh ini, masih banyak transgender yang belum memiliki kartu identitas sehingga sulit mendapat jaminan kesehatan. Sedangkan, keberhasilan bagi perempuan yang hidup dengan HIV adalah menekan kasus transmisi HIV dan IMS dari ibu ke anak sekaligus mencegah kasus kematian bayi karena penularan HIV. Pada konteks pengguna Napza, salah satu keberhasilan yang terekam mengenai pengadaan obat hepatitis C untuk mengurangi angka kematian.

" Karena ada beberapa temen-temen itu dia gak ada, terus dia didampingi terus besok, didampingi buat bikin KTP terus langsung dapet KTP, menurutku itu suatu keberhasilan." ***(01-02)***

"Lumayan berhasil sih. Kalau aku ngobrol sama teman-teman yang langsung langsung support PPIA langsung loh ya. Kalau aku kan nda. Lumayan berhasil. Banyak banyak temuan kasus itu yang untuk PDHA (perempuan dengan HIV AIDS) untuk melahirkan normal dan akhirnya bayinya juga negatif. Lumayan banyak." ***(05-02)***

"Yang Emak Club ini karena dari semua, hampir dari semua teman-teman yang kita dampingi itu alhamdullilah hasil EID (early infant diagnosis) anaknya itu HIV negatif. Terus cuma satu aja yang meninggal itu pun kita terlambat tau, maksudnya udah lahir ternyata HIV positif anaknya tapi udah meninggal." ***(05-02)***

“Sebelum ada pengobatan Hep C banyak temen-temen ini kan terpapar Hep C banyak juga meninggal waktu itu, tapi setelah adanya pengobatan Hep C adanya obat ini bisa membantu lebih kurang," ***(06-04)***

Meskipun setiap program memiliki target yang perlu dicapai, keberhasilan tidak semata dilekatkan pada pencapaian program tapi juga pada tataran personal. Pengalaman kepuasan penerima manfaat merupakan manfaat personal yang turut menjadi tolak ukur keberhasilan.

"Kepuasan dari teman-teman populasi kunci pada saat itu.Gimana nih layanan ini pada saat kamu mengakses layanan Puskesmas A, misalnya. Apakah ada diskriminasi atau stigma?” Dan jawaban dari si pasien atau kelompok jaringan itu, “Sudah tidak ada diskriminasi lagi. Dan petugasnya sudah sangat ramah.” Dan itu… Kami senang, sih," ***(06-02)***

Selain itu, keberhasilan juga dimaknai dalam kerangka penguatan kelembagaan. Peningkatan kapasitas pelaksana program menjadi ukuran keberhasilan program, terutama terkait kompetensi dalam menjalankan program bagi penerima manfaat dan kemampuan

pengorganisasian. Salah satu kompetensi yang didapatkan berupa pendidikan hukum untuk mendampingi kelompok pengguna NAPZA yang terjerat kasus pidana dan pendampingan bagi kasus kekerasan pada perempuan. Terkait dengan kemampuan manajerial, pelaksana program yang tergabung dalam *community legal service* (CLS) sudah diberikan penguatan dalam menyusun laporan kasus kekerasan.

"Keberhasilan itu karena teman-teman CLS sendiri sudah bisa membuat atau mendokumentasikan suatu kasus dan membuat pelaporan ke OPSI nasional," ***(05-04)***

"Kalau paling berhasil sih itu tadi, pemberdayaan. Jadi dari anggota EJA (East Java Action) yang awalnya bukan siapa-siapa sekarang bisa jadi lawyer yang cukup lumayan. Sekitar tahun 2015-an mungkin ya, sekitar itu ya kita mendapat dukungan untuk kuliah agar menjadi pengacara. Ada 10 waktu itu mendapat dukungan kuliah sampai mengambil pengacara, itu semua ada dukungannya. Itu juga dukungannya memang hanya sekali ya dan untuk lulus dari itupun agak susah juga, jadi kadang ikut ujian lagi, kalau gak lulus ya harus bayar sendiri. Jadi memang kalau pengacara itu cukup lumayan banyak di EJA. Kita gak spesifik ke narkoba sih, lebih ke hukum. Memang kebanyakan karena kita lebih pengalaman ke narkoba, jadi kita lebih banyak mendampingi yang narkoba. Tapi kita juga sering diminta bantuan untuk mendampingi ketika ada kekerasan pada perempuan." ***(09-01)***

4.3.2 Perubahan Bermakna bagi Komunitas

4.3.2.1 Perubahan dalam Mengakses Layanan

Adanya peningkatan akses layanan menjadi perubahan yang paling menonjol dirasakan oleh para pelaksana program daerah. Perubahan terhadap akses layanan dirasakan merata dari layanan pencegahan, layanan tes HIV, layanan pengobatan HIV maupun layanan pendukung. Akses layanan pencegahan berupa kondom meningkat bagi kelompok pekerja seks. Sebelumnya, rendahnya akses ke layanan pencegahan disebabkan oleh kekosongan stok kondom, pelicin dan jarum suntik dalam jangka waktu lama dan terbatasnya jam layanan Puskesmas.

"Iya karena waktu pandemi tuh, udah udah pandemi, udah gak ada kondom dan pelicin. Akhirnya yang hasilnya biasanya NR, tiba-tiba reaktif. " ***(03-02)***

"untuk NAPZA jenis opiat itu lebih..., kerap dikenal dengan putaw itu di beberapa kota besar, terutama di Jakarta itu sudah beredar kembali. Sedangkan untuk mendapatkan jarum suntik itu sangat sulit, karena kalo kita untuk membelinya di apotek, itu sangat tidak memungkinkan karena menggunakan resep. Dan, apabila sudah terpepet, kadang-kadang temen-temen membeli jarum suntik yang dipergunakan itu digunakan untuk ayam, gitu loh." ***(01-04)***

Melihat kebutuhan yang tinggi terhadap alat pencegahan, maka kegiatan pemantauan layanan dan advokasi berfokus pada upaya pengadaan alat pencegahan HIV, seperti kondom dan pelicin. Hal ini terutama sangat dirasakan oleh kelompok pekerja seks yang memiliki kerentanan terhadap transmisi seksual IMS dan HIV. Dengan ketersediaan kondom kembali di layanan dan jam layanan puskesmas yang lebih panjang memungkinkan pekerja seks secara rutin mengakses layanan pencegahan.

"Kalo dulu susah kondom, dulu layanan ada jam bukanya, sekarang sudah ada extra time, ini memudahkan teman-teman yang biasa pagi mereka bekerja," ***(08-02)***

"Seperti kondom. Udah beberapa hampir satu tahun kosong kan, itu kita updet terus sama jarnes-jarnes yang ada di kota medan ya alhamdulilah sekarang sudah ada kan kondom sudah datang dan sudah dibagikan di berbagai macam-macam instansi apa komunitas gitu," ***(07-04)***

Pada layanan tes HIV, kenaikan akses dirasakan pada kelompok LSL maupun ibu hamil dengan HIV dan pasangannya. Perubahan persepsi akan tersedianya layanan VCT yang bebas stigma dan diskriminasi bagi kelompok LSL mempengaruhi keputusan untuk mengakses layanan. Perubahan ini merupakan hasil dari pemetaan layanan yang aman dan nyaman bagi LSL yang dilakukan oleh GWL-INA. Sedangkan dalam konteks ibu hamil, tes HIV dilakukan secara masif karena adanya dukungan regulasi terkait pemeriksaan HIV pada ibu hamil. Namun, regulasi tersebut belum menyasar pada pasangan dari ibu hamil untuk turut memeriksakan status HIVnya. Hal ini dianggap berpotensi menghambat proses pendampingan dan kepatuhan pengobatan ibu hamil dengan HIV. Melalui promosi program notifikasi pasangan, angka pasangan ibu hamil dengan HIV mengalami kenaikan dalam akses layanan tes HIV.

"Jadi dari 2016 itu kan tadi kita advokasi, kita buka link buka link layanan sudah friendly sudah ramah, oke. Kemudian komunitas ini kita promosikan, biar ini loh ada 63 puskesmas, ada 8 rumah sakit. Silakan di akses, gitu loh. Mereka sudah terbuka, mereka sudah ini.. Sudah bisa menerima teman-teman (LSL), gitu." ***(09-02)***

"Puji Tuhan, berkat advokasi yang kami lakukan, layanan yang ada di Kota Manado dalam penerimaan teman-teman populasi kunci, utamanya Gay dan—kan, concern kan hanya di komunitas Gay dan sederajat. Survei atau pertanyaan kepada populasi kunci dalam mengakses layanan sudah sangat ramah. Mereka berkunjung milih layanan ke puskesmas, rumah sakit, atau di klinik… dapat pemeriksaan VCT. Dan menurut kami ini suatu progress yang sangat berhasil bagi kami, dan tentunya sangat membantu teman-teman populasi kunci dalam akses layanan VCT." ***(06-02)***

"Kalau bisa kan ibu hamil… otomatis kan ada suaminya… Kalau bisa suaminya juga ikut dites, biar tahu. Jadi awalnya kan ibunya sudah positif. Kalau kami mendampingi kan, suaminya pasti bertanya. Jadi kalau bisa, kami juga mau agar pasangan suami-istri juga sama-sama dites." ***(04-01)***

Peningkatan akses juga tampak pada layanan pengobatan HIV. Perpanjangan jam operasional layanan menjadi salah satu hal yang berpengaruh dalam mengakses pengobatan. Selain itu, edukasi terkait perkembangan jenis dan kemasan ARV turut berpengaruh pada kenaikan akses karena kekhawatiran penerima manfaat mengenai efek samping. Jaminan akan ketersediaan stok ARV di layanan juga mendorong penerima manfaat untuk mengakses pengobatan secara berkelanjutan.

"Contohnya kawan-kawan yang gak bisa hadir di pagi hari untuk pengambilan ARV, mereka itu bisa datang ke sore hari. Gitu. Kalau dari segi pelayanan, kan, itu jam 9 sampai 2, ya. Tapi ada layanan tertentu yang memang bersedia on-time sampai sore untuk membantu kawan-kawan yang mengakses layanan pengambilan ARV supaya bisa datang di sore hari," ***(07-01)***

"Nah terkait ARV itu sih selalu ada, hanya saja temen-temen itu perlu diedukasi kembali terkait ARV karena kan sekarang ARV itu kemasannya yang berbeda itu. Temen-temen kan sering salah paham terkadang botolnya berwarna putih sekarang warna hijau nah mereka ada rasa ketakutan gitu bang nah kita hanya sedikit memberi pemahaman bahwasanya arp tersebut adalah kandungan yang sama gitu hanya saja botol dan merknya saja yang berbeda itu sih." ***(07-02)***

*"Kemudian ketika ada ARV yang eee kosong, kayak gitu-gitu kan kita juga segera segera sampaikan sih jadi eee ter-follow up lebih cepat, kayak gitu," (**10-03)***

Di samping layanan HIV, terdapat peningkatan akses ke layanan pendukung seperti layanan penanganan kekerasan khususnya bagi kelompok populasi kunci yang rentan terhadap kriminalisasi dan kekerasan. Keberadaan *Community Legal Sevice (CLS)* yang dilakukan oleh komunitas pekerja seks telah membantu sesama pekerja seks yang mendapatkan kekerasan, baik dari pasangannya maupun resiko pekerjaanya. CLS tidak hanya berdampak positif pada pekerja seks, melainkan juga sebagai kesempatan untuk sensitisasi isu kekerasan pada pekerja seks secara umum. Keberhasilan sensitisasi isu terhadap program layanan kekerasan tercermin dari peningkatan kesadaran mengenai hak dan perlindungan. Komunitas menjadi lebih berdaya sehingga berani untuk melaporkan kekerasan yang terjadi.

"Karena ada temen-temen yang dulunya takut untuk melaporkan kasus-kasus kekerasan yang terjadi kepada mereka, sekarang bilamana ada kekerasan terjadi mereka udah berani untuk melaporkan kasus mereka. Bahkan mereka cuma telepon aja ke aku, kak tadi malam aku digini-giniin, tapi aku langsung melapor. Mereka kadang udah melapor tapi mereka telepon ke aku, tadi malam aku melapor karena aku digini-giniin, gitu. Atau ada teman aku, aku ajak melapor, karena kita dilindungi begini begini. Jadi di situ mereka udah bisa 'ternyata kita gak bisa diam, kita harus melapor karena kita juga punya hak'." ***(06-05)***

Dalam konteks kemudahan akses layanan kesehatan ataupun program bantuan hukum, isu kepemilikan KTP dan BPJS Kesehatan masih menjadi tantangan yang dihadapi oleh komunitas. Masih banyak komunitas yang tidak memiliki KTP sehingga menyulitkan mereka untuk

mendaftarkan diri dalam kepesertaan BPJS Kesehatan dan berakibat akses kesehatan juga menjadi terhambat. Hal ini juga memberikan dampak yang sangat merugikan komunitas akibat kurangnya akses terhadap kesehatan maupun akses bantuan hukum.

"Dia gak bisa akses layanan kesehatan karena gak punya KTP, whatever dia masalahnya apa gak punya KTP kenapa. Tapi kalo setidaknya kita buat penguatan untuk temen-temen minimal dia paham dulu tentang apa itu KTP." ***(01-02)***

Permasalahan tidak adanya kartu identitas diri sebagian besar ditemukan pada kelompok transgender. Adanya persepsi terhadap layanan yang cenderung rumit dan kekhawatiran adanya stigma diskriminasi yang dilakukan oleh petugas layanan menjadi penyebab rendahnya akses layanan. Sedangkan, dokumen identitas diri ini berguna dalam mengakses layanan kesehatan sehingga kelompok transgender bisa mendapatkan jaminan kesehatan. Dengan adanya kegiatan pendampingan dalam pengurusan KTP, kelompok transgender banyak yang sudah memiliki KTP dan BPJS sehingga dapat

"Kalau saya, sih, ada. Karena kebetulan waktu itu, teman-teman…beberapa tahun lalu itu tidak ada yang mau mengakses KTP karena dipikirnya, "Ah, ribet, lah", "Tidak mau", lah, "Dipersulit", lah…disuruh ini, lah, apa…segala macam. Akhirnya, dengan adanya kegiatan ini, teman-teman dipermudah. Kemudian kemarin terkait BPJS juga banyak sekali permasalahan. Walaupun memang, paling tidak proses bagaimana upaya teman-teman untuk mengakses BPJS ini, bagaimana mengakses peluang ini…itu, sih. Banyak perubahan, paling tidak ada perubahan dari sebelumnya, dari teman-teman tidak mau mengakses, akhirnya dipermudah dengan teman-teman Dukcapil." ***(05-03)***

4.3.2.2 Perubahan dalam Kualitas Layanan

Salah satu kualitas layanan yang dinilai baik oleh komunitas adalah bebas stigma dan diskriminasi. Selama ini, faktor eksternal seperti stigma dan diskriminasi masih menjadi pemicu keengganan komunitas untuk datang ke layanan kesehatan dan atau menindaklanjuti kasus kekerasan yang mereka alami. Bentuk stigma dan diskriminasi dari layanan terhadap komunitas ini masih dirasa cukup tinggi dengan berbagai macam bentuk diskriminasi, salah satunya adalah penolakan tindakan medis terhadap komunitas.

"Selalu dikaitkan, tidak punya pendidikan, pantesan ga bermoral. Makanya profesinya demikian. Kembali akhirnya teman-teman sendiri menstigma dirinya, mengurung dirinya," ***(05-04)***

"Kalo di Lampung itu, kalo di IPPI sendiri ya balik lagi, banyak yang berumah tangga, ada yang takut stigmanya ganda, cuman itu aja sih," **(01-01)**

"sempet ini juga sih kita rapatin dengan Dinas Kesehatan, dengan KPA juga sih waktu itu. Bahwa aku bilang… ee apa anggota kita ee mau cabut gigi ditolak, padahal gak mungkin lah alatnya gak ada seperti itu" ***(03-02)***

Temuan tersebut menunjukkan keterkaitan kuat antara kualitas layanan dan akses layanan. Melalui kegiatan advokasi intensif kepada layanan kesehatan dan layanan administrasi kependudukan, para penerima manfaat merasakan adanya perbaikan kualitas yang ditandai dengan semakin rendahnya stigma, diskriminasi serta responsif dengan kebutuhan komunitas. Secara umum, perubahan pada kualitas layanan sangat dipengaruhi oleh sikap maupun penerimaan stakeholder terhadap program advokasi Jarnas. Penerimaan yang baik dari Dinas Kesehatan Provinsi, layanan kesehatan maupun layanan pendukung berperan penting dalam perubahan kualitas layanan yang lebih ramah terhadap komunitas.

Perubahan paling menonjol yang dirasakan penerima manfaat adalah keamanan dan kenyamanan mengakses layanan. Keamanan yang dimaksud terkait jaminan kerahasiaan status kesehatan dan tidak adanya stigma maupun diskriminasi bagi kelompok populasi kunci dan ODHIV. Pada kelompok transgender, layanan yang baik harus bisa mengakomodir ekspresi gender tanpa penghakiman ataupun perundungan. Sedangkan bagi kelompok pekerja seks dan LSL, pelayanan yang baik dimaknai dengan tidak memasukkan nilai dan pandangan pribadi saat berperan sebagai tenaga kesehatan.

"Misalnya temen-temen transpuan yang nama di KTPnya biasa dipanggil kayak dijadikan becandaan, sekarang beberapa tahun terakhir ini sudah sangat teratasi," ***(05-05)***

"Petugas layanan sebenarnya menyesuaikan dengan kebutuhan temen-temen (transpuan). Ya contohnya pada umumnya misalnya mereka pingin di foto KTP sesuai dengan penampilan mereka. Petugas layanan sah2 saja untuk memberikan kemudahan terhadap temen-temen dalam mengakses KTP dengan apa namanya kebutuhan, keinginan yang mereka inginkan," ***(06-03)***

"Kayak ketika konseling, lebih ke arah, udah isunya ke kesehatannya, bukan membahas baik atau tidak baiknya, gitu kan.. tidak ada lagi tentang, bicara tobat segala macem, gitu kan.. Malah itu kita konseling semakin baik gitu kan, fokus kepada kesehatannya, bukan ke yang lain, gitu," ***(07-03)***

Selain aspek keamanan, perubahan juga tampak dari semakin responsifnya layanan terhadap kebutuhan komunitas populasi kunci. Pada sebagian besar kasus, persoalan utilisasi layanan dan kepatuhan pengobatan dipengaruhi oleh faktor kontekstual. Salah satunya adalah kerentanan populasi kunci dan ODHIV terhadap kekerasan. Isu kekerasan berbasis gender mulai menjadi perhatian layanan dengan adanya proses skrining terkait pengalaman kekerasan. Perubahan ini dirasakan oleh perempuan dengan HIV dan pekerja seks perempuan. Pengalaman kekerasan oleh tenaga kesehatan seperti pemaksaan aborsi dan perampasan hak bereproduksi juga sudah tidak lagi dijumpai perempuan dengan HIV. Kebutuhan lain yang sudah direspon layanan HIV adalah sudah tidak diberlakukannya pendampingan wali/ orang tua bagi populasi kunci muda saat mengakses layanan HIV. Peran wali kemudian bisa digantikan dengan pendamping sebaya.

*“kita advokasi untuk kekerasan berbasis gender itu ada yang... ada yang sudah berubah, tapi ada juga yang masih tetap sama, perilakunya masih tetap sama. Tapi itu, hanya perorangannya ya, layanan itu hanya perorangannya,”(**06-01)***

*“Kalau untuk di layanan kesehatan, itu kayak sudah berhasil ya. Karena pernah ada satu di layanan saya itu, perempuan yang positif HIV itu dia hamil. Terus, ternyata dari layanannya itu, memberikan bahwa “Tidak bisa ini, kalau perempuan ini yang positif HIV tidak bisa hamil. Apalagi kalau kamu itu baru terapi sekitar 1-2 bulan, kandungan kamu itu harus digugurkan.” Nah itu kan sudah termasuk ke kekerasan terhadap ke layanan, kan. Nah setelah kita mengedukasinya, memberikan kayak “Ya tidak apa-apa perempuan yang dengan HIV positif dia juga memiliki hak untuk hamil, dan memiliki hak punya anak, dia juga bisa melahirkan secara normal, kalau misalnya dia minum obat secara teratur. “ **(06-01**)*

*“populasi kunci di bawah 18 tahun, dan di saat itu kan harus ada wali ya, dan dokter juga apa namanya, dokter mempersilakan kita untuk membawa siapa namanya, si populasi kunci di bawah 18 tahun untuk tidak membawa wali, kita menjadi walinya, asal dengan si anak itu sudah terkapasitasi terkait HIV dasarnya aja dulu gitu,” **(07-03)***

4.3.2.3 Peningkatan Partisipasi dan Kontrol

Perubahan positif tidak hanya dirasakan oleh penerima manfaat, namun juga para pelaksana program. Salah satu perubahan paling menonjol adalah dengan meningkatnya partisipasi dan kontrol komunitas dalam tahap perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi pada rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh stakeholder. Pada tahap perencanaan, pelaksana program diundang untuk memaparkan data terkait ODHIV dengan disabilitas dan memberikan masukkan terkait perancangan kegiatan pengembangan modul bagi penyandang disabilitas yang dilakukan oleh KPA dan dinas pendidikan di Provinsi D.I. Yogyakarta. Di level nasional, salah satu jaringan nasional HIV turut berkontribusi dalam perubahan kebijakan. IPPI dilibatkan dalam proses penyusunan UU Tindak Pidana Kekerasan Seksual dan menyumbangkan satu pasal terkait sterilisasi paksa bagi perempuan dengan HIV.

*“Kalo peningkatan itu ada, istilahnya dari data yang kita sampaikan ke SKPD itu muncul satu kebijakan misalnya. Kemarin data yang kita sampaikan ke Komisi Penanggulangan AIDS terkait data disabilitas, itu akhirnya dipake oleh KPA, oleh dinas pendidikan, mereka mempunyai modul pro untuk disabilitas,” **(10-01)***

*“Perubahan kebijakan yakni disahkannya Undang-Undang TPKS no.12 Tahun 2022, IPPI berkontribusi besar untuk memasukkan komponen pemaksaan sterilisasi sebagai salah satu komponen, apa, tidak kekerasan seksual gitu, kenapa? Karena kami adalah korban sterilisasi paksa gitu dan itu bisa menjadi sebuah kebijakan, buat kami itu achievement besar gitu dan mudah-mudahan, ya nanti ya bisa, perubahan signifikan pada kekerasannya bisa meningkat, mungkin di tahun-tahun selanjutnya." **(DKT N1)***

Pada tahap pelaksanaan, para pelaksana program di daerah sering dilibatkan sebagai fasilitator/narasumber dalam kegiatan pelatihan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan untuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di layanan HIV, PPIA dan PDP. Materi yang dibawakan saat pelatihan berfokus pada penyediaan layanan yang ramah bagi komunitas, petunjuk penularan HIV dari ibu ke anak, hak kesehatan reproduksi bagi perempuan dengan HIV. Selain terlibat dalam peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, layanan pengobatan HIV secara aktif bekerja sama dengan para pelaksana program untuk melakukan pendampingan pada ODHIV yang sedang dalam pengobatan ARV maupun membantu pelacakan kasus *loss-to-follow up.*

"Kementerian kesehatan juga melibatkan kita pelatihan-pelatihan ramah terhadap komunitas, kita juga sudah memberikan informasi-informasi awal ke teman-teman atau staf di Faskes," ***(05-06)***

"Jadi untuk petugas yang ikut (pelatihan) itu kalo saya melihat pengetahuan PPIAnya juga masih kurang karena mereka kalo ada dampingan yang bertanya soal imunisasi apa yang cocok untuk anak bayi yang lahir dengan ibu positif itu mereka kadang masih bingung mau menjawab apa, terus kontrasepsi apa yang cocok untuk ODHIV mereka masih bingung mau jawab apa," ***(05-02)***

"Hm kalau aku lihat layanan sudah menganggap dan merasa butuh dengan populasi kunci khususnya pendukung sebaya pendukung sebaya disini. Mereka (layanan) butuh itu kalo gak ada, mereka bisa kewalahan mendampingi kawan-kawan yang positif itu," ***(03-04)***

Pada tahap evaluasi, para pelaksana program dilibatkan dalam pertemuan evaluasi dengan layanan puskesmas bersama Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaksana program berperan sebagai penyambung aspirasi kebutuhan komunitas populasi kunci akan layanan yang berkualitas. Pertemuan evaluasi ini bertujuan untuk menilai kinerja layanan, perbaikan akses dan kualitas layanan dan integrasi program komunitas dengan layanan kesehatan.

"Kebetulan kita ada kegiatan pertemuan dengan layanan, di situ akan kita bahas (kendala), termasuk BPJS. Jadi, kami mewakili komunitas, misal di kegiatan stakeholder. Apa itu layanan yang tidak bisa difasilitasi layanan, tapi dengan adanya program JIP itu sangat besar dirasakan, baik dari teman-teman layanan dan teman-teman Dinkes-nya sendiri," ***(05-03)***

4.3.3 Kemampuan organisasi dalam melakukan perubahan

Keberhasilan program terjadi karena beberapa hal seperti dukungan dari masyarakat umum serta para pemangku kepentingan terkait dan dukungan pendanaan yang dibutuhkan. Adanya kolaborasi aktif lintas sektor yang mendukung pelaksanaan program, integrasi program yang dijalankan dengan program yang sudah berjalan lebih dulu dan menunjukkan hasil yang positif

serta adanya dukungan pendanaan yang cukup untuk pelaksanaan, monitoring evaluasi dan pengembangan program.

4.3.3.1 Komitmen dan Kompetensi Pelaksana Program

Pelaksana program menjadi penentu keberhasilan suatu program. Dalam temuan ini terdapat beberapa faktor dalam manajemen SDM yang mendukung keberhasilan, yakni budaya kerja tim, kemampuan berjejaring dan kompetensi pelaksana. Budaya kerja tim tampak dari terjalinnya kerjasama yang solid dalam tim dan kecakapan berkomunikasi yang dimiliki oleh para pelaksana program. Dinamika kerjasama yang saling mendukung antar pelaksana program mempermudah terlaksananya kegiatan. Dukungan tidak hanya berasal dari sesama anggota konstituen, tapi juga lintas konstituen Jarnas HIV. Kerjasama ini sangat membantu para pelaksana program terutama saat menghadapi tantangan dalam pelaksanaan. Dengan solidaritas yang terjalin di antara para pelaksana dari berbagai konstituen, persoalan kurangnya SDM di daerah dapat disiasati.

*"Iya guyub, saling bantu, saling ya ada apapun kita saling merujuk karena kita berkaitan satu sama lain, gak bisa berdiri sendiri walaupun setiap lembaga punya visi misi masing-masing, tapi paling gak secara konteks lokal, daerah kita kerja bareng untuk bagaimana program ini tetap berjalan," **(02-04)***

*"Jadi kita itu sharing-sharing sama... sama koordinator IU, koordinator lapangan, sama teman-teman, jadi kita itu saling sharing, saling kasih masukan, saling support untuk segala tantangan yang kita hadapi." **(06-01)***

*"Jadi hal-hal yang terjadi di lapangan atau ada kendala apapun atau ada kesuksesan apapun di lapangan kita sharing disitu jadi sama-sama saling bantu bang," **(08-01)***

Kecakapan berkomunikasi menjadi salah satu karakteristik yang wajib dimiliki para pelaksana program. Hal ini berkaitan dengan ruang lingkup kegiatan yang selalu bersinggungan dengan berbagai pihak, baik dari pemangku kebijakan, tenaga kesehatan, petugas layanan dan pemangku kepentingan lainnya. Ciri komunikasi yang dinilai baik diantaranya penggunaan bahasa dan sikap yang sopan, dapat menyampaikan pesan dengan jelas, dan dilakukan secara intensif dengan stakeholder terkait. Dengan kecakapan komunikasi, para pelaksana program dapat meningkatkan kepercayaan dan peluang kerjasama dari stakeholder. Selain itu, hal ini turut berdampak pada keberlanjutan program yang dilakukan oleh masing-masing konstituen.

*" Kemudian, istilahnya kita sudah jadi bagian mereka juga kan, jadi ini saya contoh komunikasi yang terbuka, kemudian tidak saling menjatuhkan." **(10-01)***

*"Itu karena komunikasi yang bagus, hubungan yang bagus, istilahnya ga sampe berhari-hari permasalahan itu ada..sudah di follow up begitu," **(10-01)***

"Jadi pentingnya kita melakukan pendekatan dengan orang lain, yaitu menunjukkan pertama adalah sikap-sikap kita. Ketika bagaimana kita santun, ketika bagaimana kita bersikap dengan orang dan orang menilai kita.. oh ternyata dia bagus, ternyata dia baik loh gak seperti pandangan-pandangan fobia orang-orang pada umumnya dengan temen-temen komunitas transperempuan, seperti itu," ***(06-03)***

Kecakapan komunikasi berbanding lurus dengan kemampuan berjejaring. Banyak program yang dilakukan melibatkan koordinasi dan kerjasama lintas sektoral, seperti advokasi perbaikan kualitas layanan, pengadaan layanan untuk transgender, maupun penanganan kasus kekerasan. Jejaring yang luas ini memudahkan dan mengakselerasi tercapainya target dan tujuan kegiatan.

"Kalau di EJA, kita sudah memiliki jejaring sih mba. Jadi misalnya, dari kepolisian untuk Polrestabes ketika ada kasus narkoba yang tertangkap pasti langsung hubungin kita gitu," ***(09-01)***

"sebenernya sih kalau dari JTID sendiri kan terkait perubahan yang sudah ada kan kita juga sudah melakukan apa yang, melakukan linkage ya, linkage antara pembela HAM sama para psikolog, profesional psikolog untuk raising awareness terkait psychological first aid yang related sama transisi dan sama kebutuhan hormon dan mental health segalanya itu" ***(DKT-N6)***

"Ya jadi kan memang dari semenjak kita paham tentang hukum dan HAM, paham dengan kekerasan, diskriminasi dan lain-lain, kita mulai bangun jejaring dengan temen-temen LBH, dengan LBH di jaringan daerah dan juga nasional. Nah beberapa tahu ini 3 tahun ini lah, si Fajar, Fajar itu kan perwakilan dari GAYLAM Lampung," ***(01-02)***

Kompetensi pelaksana program merupakan kualifikasi lain yang perlu dimiliki. Kompetensi disini terkait dengan pemahaman tata laksana dan tata kelola dari program yang dijalankan. Dari segi tata laksana, pelaksana program dibekali dengan berbagai pelatihan mengenai penanganan kekerasan berbasis gender, pendampingan ibu hamil dengan HIV, SOGIE-SC, keterampilan paralegal, advokasi dan public speaking. Sedangkan, dari tata kelola, pelaksana program diberikan penguatan kapasitas dalam kepemimpinan, melakukan pelaporan dan dokumentasi kasus. Sejauh ini penguatan kapasitas ini dilakukan oleh Jarnas pusat, meskipun belum dilakukan secara berkala.

" tentunya kita tetap ada penguatan atau tetap ada pelatihan-pelatihan yang kita butuhkan dari Nasional memang," ***(06-05)***

"Iya, kalau KBG ada pelatihan. Pendampingan ibu hamil juga ada pelatihan.," ***(04-01)***

*“kalo di CLS itu kita memang udah legal dari Kemenkumham, karena waktu itu kita ikut pelatihan juga kok kak jadi itu udah legal, jadi kayak lebih kita jalannya lebih aman, karena memang kita udah punya kelegalan sendiri. Jadi melewati beberapa hal dulu kayak pelatihannya dulu, gak main langsung-langsung aja nggak,” **(04-03)***

*“Kami untuk terlibat secara ini kami mendapatkan pelatihan-pelatihan kepemimpinan, pelatihan advokasi, public speaking” **(05-01)***

Dalam hal ketersediaan, permasalahan keterbatasan jumlah SDM dan pergantian petugas yang tinggi, baik karena *turn-over* ataupun rotasi saat program berlangsung dinilai menjadi faktor penghambat keberhasilan program. Pergantian petugas ataupun mutasi ini terjadi tidak hanya di LSM namun juga pada petugas di layanan kesehatan. Kondisi ini tentunya sangat berpengaruh langsung terhadap implementasi program terkait karena tentunya membutuhkan waktu tambahan untuk merekrut dan melatih staf yang baru. Proses pergantian petugas ini dinilai tidak diimbangi dengan *transfer knowledge* yang baik sehingga banyak hal yang sebelumnya sudah bisa dilakukan menjadi terhambat ketika ada pergantian petugas.

*"Dinamika itu selalu ada. Salah satu yang paling krusial itu saat ini adalah SDM sih mbak. SDM kita itu, dengan kita menjalankan program terutama program Global Fund ini turn overnya cukup tinggi, pergantiannya cukup tinggi. Kalau pergantian cukup tinggi juga pasti akan berpengaruh terhadap implementasi, berdampak pada pelaksanaan program ya karena kita harus memulai lagi dari awal, memberikan pelatihan, memberikan kapasitas untuk staff-staff kita yang baru itu." **(03-03)***

*"Menurutku karena kan “miss” nya adalah ketika kita kan itu ya orang pemerintahan kan bisa 2 bulan sekali ganti, 3 bulan sekali ganti kaya gitu ya orang yang memegang kebijakan di area intervensi yang kita lakukan selama ini gitu, sehingganya kita capek lagi harus bikin MoU lagi, kesepakatan lagi." **(01-01)***

*“Harapannya ini sih, adanya SDM tambahan. Ada SDM khusus, kita kan kalau ngomongin lembaga kami yang kekurangan SDM, kebanyakan SDM yang ada fokus di projek aja, kadang 1 orang kerjaannya macem-macem arena kalau ngomongin NGO lokal kerjanya serabutan mas,” **(10-05)***

Masih rendahnya komitmen dan dedikasi dari pelaksana program turut menghambat keberhasilan program. Terdapat para pelaksana program yang mau terlibat jika ada kompensasi tertentu, sedangkan tidak semua kegiatan yang berjalan memiliki skema pendanaan yang memadai.

*“Masih adanya money oriented di temen-temen komunitas itu sendiri ya, baik itu tadi di temen-temen Napza dan di pekerja seks juga masih keterlibatannya apabila di dalam pertemuan-pertemuan atau apapun itu, ya itu tadi, masih ditanyakan apakah ada penggantian dan sebagainya. Dan ya kita pahami, apalagi temen-temen pekerja seks misalkan, mereka berpikirnya ya itu tadi, time is money buat mereka gitu,” **(DKT-N7)***

Selain permasalahan ketersediaan, kurangnya kompetensi SDM berdampak dalam pelaksanaan program. Terbatasnya kompetensi SDM berpengaruh pada lemahnya mekanisme koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektoral. Padahal, menjalin dan memelihara kerjasama menjadi kunci dalam mencapai keberhasilan program**.**

4.3.3.2 Kejelasan SOP

Ketersediaan petunjuk operasional menjadi salah satu faktor pendukung yang membantu kelancaran kegiatan di lapangan. Manfaat yang dirasakan beberapa pelaksana program dengan adanya SOP adalah program dapat berjalan secara efektif dan efisien. Meski demikian, hanya sebagian kecil Jarnas yang secara khusus menyediakan SOP baik SOP program maupun SOP organisasi. Sejauh ini, hanya konstituen JIP yang memiliki SOP program advokasi. Sedangkan, GWL memiliki SOP internal organisasi, seperti SOP kinerja lembaga, SOP keuangan dan SOP perlindungan anak. Konstituen Jarnas lainnya yang belum difasilitasi SOP program dari organisasi merasa terbantu dengan SOP dari layanan.

"Ada SOP-nya aku kan apa namanya lebih ke advokasi lebih pendekatan dengan bantuan hukum, layanan lintas sektor, pemerintahan seperti itu," ***(03-05)***

"Iya. Jadi kita ada 4 SOP. SOP kinerja atau lembaga, SOP keuangan, kemudian kebijakan perlindungan anak atau SOP perlindungan anak (children protection)...Yang tadi tuh SOP lagi yang satu tuh kita punya SOP fraud.. Nah jadi SOP ini terus kita pakai akhirnya walaupun kita sudah tidak bekerja sama dengan outside dan kita pindah donor ke Global Fund tapi tetap kita pakai karena masih relevan untuk dipakai untuk seluruh staff Yayasan Gaya Dewata." ***(03-03)***

"mengikuti SOP yang ada di layanan gitu kan, misalnya ketika apa namanya, si klien tidak punya apa namanya, tidak punya identitas, kita bisa ngomongin ke kepalanya," ***(07-03)***

4.3.3.3 Pengelolaan Dana

Tata kelola keuangan organisasi adalah keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pertanggungjawaban. Dalam mendukung pengelolaan dana dan kegiatan, beberapa jaringan nasional maupun konstituen atau anggota jaringan nasional di daerah telah mengembangkan rencana strategi internal organisasi. Rencana strategi ini biasanya dibuat dalam satu periode kepengurusan melalui rapat umum anggota atau melalui pertemuan perencanaan strategis. Rencana internal yang dimiliki oleh organisasi dijadikan panduan bagi pengurus untuk menjalankan program dan menyesuaikan sumber daya yang ada.

"Setiap 3 tahun KSM kan secara lembaga ada mandat dari rapat umum anggota terus dibuat rencana strategi nah rencana strategi ini yang panduan kerjanya pengurus selama 3 tahun apa yang akan dilakukan. Tapi kalau terkait activity yang dijalankan, itu biasanya ada lebih ke apa ada planning." ***(05-05)***

“Kebetulan kami baru menyusun rencana-rencana strategis tahunan, lebih ke 3 tahunan organisasi.” ***(DKT-N2)***

Komunitas menyadari bahwa tata kelola organisasi bergantung pada perencanaan dan pendanaan, dan bahwa proposal dapat membentuk dasar hubungan antara pengaju proposal dengan lembaga donor dimana dengan membaca proposal, donor akan mendapatkan pemahaman terkait program yang akan dijalankan. Namun, anggota jaringan nasional juga menyadari bahwa kemampuan penulisan proposal dan melaporkan pengelolaan dana komunitas harus ditingkatkan.

“Organisasi masyarakat atau organisasinya komunitas itu istilahnya bisa hidup karena ada pendanaan. Itu tantangan yang luar biasa. Sehingga kita ini, harusnya ini sudah 2022, harusnya bagaimana istilahnya dari pemerintah atau sponsor segala macem kita bisa saling dong sama-sama..komunitas ditingkatkan kualitasnya sehingga istilahnya punya nilai jual.” ***(10-01)***

“Ya itu ee modelnya seperti tadi, berbicara, dan juga pelatihan banyak sekali yang membuat…sekarang gini kita semua kan baru, bendahara baru, semua baru, jadi kepingin kita melatih ee cara berorganisasi, terus cara membuat …laporan keuangan.” ***(03-01)***

“Keterbatasan kami dalam penulisan proposal ya, yang kaya kita mau buat proposal gitu juga kita gak seberapa mahir, walaupun kita juga pernah beberapa kali jebol proposal. Tapi ketika kita menggunakan pola-pola atau format yang digunakan yang sudah-sudah juga ada beberapa donor atau yang beberapa orang menginginkan yang lebih baik dari yang sudah kita lakukan gitu”. ***(01-02)***

Selain dari keterampilan untuk menulis proposal dan melaporkan kegiatan, salah satu hal terpenting adalah legalitas dari suatu organisasi. Dengan memiliki legalitas, suatu organisasi memberikan sumber informasi resmi dan sah secara hukum bagi pihak yang berkepentingan. Sebaliknya, anggota jaringan yang tidak memiliki legalitas baik berupa akta notaris atau akta Kemenhukham, sulit untuk mengajukan hibah secara mandiri karena bergantung pada jaringan nasional atau entitas lain.

“Melakukan membuat proposal sendiri ke funding keluar negeri tapi itu sulit karena ya tadi karena sistemnya kita desentralisasi, kita tidak punya ini akta notaris, KemenhumHAM Iya legalitas hukum pada daerah kita ga punya kita cuma punya satu. Jadi pada saat kita mau mengupload apa pengajuan dana hibah dari luar itu ya jalurnya ribet harus bener-bener melalui Seknas nah itu yang menjadi tantangan kita di daerah untuk temen-temen lebih komitmen untuk satu organisasi ini kak.” ***(05-01)***

Terlepas dari tantangannya, dilihat dari pengalaman kerja sama yang konsisten antara jaringan nasional dan beragam mitra internasional dan nasional selama lima tahun terakhir dimana dana

mitra yang dikelola paling sedikit dari 3 mitra sampai 9 mitra untuk jaringan yang lebih besar (**Tabel 3**), terlihat bahwa jaringan nasional sudah mampu untuk menulis proposal yang lebih baik dan mampu memberikan informasi mengenai kegiatan apa saja yang telah terlaksana kepada penyandang dana melalui pelaporan yang terstruktur dan sesuai standar.

4.3.3.4 Pembagian Peran Pusat dan Daerah

Dalam konteks pengorganisasian, pembagian peran pusat dan daerah turut mendukung keberhasilan program. Pada tingkat pusat, beberapa hal yang dilakukan adalah peningkatan kapasitas bagi sekretaris daerah secara berkala untuk mendorong kaderisasi dan kesamaan persepsi terkait program yang dijalankan. Kedua, pelibatan aktif konstituen daerah dari tahap perencanaan, pelaksanaan hingga monitoring evaluasi. Hal ini menumbuhkan rasa kepemilikan dan tanggung jawab terhadap program. Ketiga, adanya pertemuan rutin dalam rangka pemantauan dan evaluasi. Pertemuan ini membahas capaian program, kendala dan kebutuhan yang bisa difasilitasi.

“Kami mengagendakan, kalau bisa itu memang kami mendorong di tiap daerah itu ada kelompok, jadi teman-teman pengguna itu berkelompok bisa saling bantu membantu untuk mengatasi permasalahan mereka bahkan mengadvokasi permasalahan-permasalahan mereka. Itu yang kami dorong, dengan kami terus memberi motivasi bahkan pelatihan-pelatihan mungkin kalau gak bisa secara offline mungkin melalui zoom, “ ***(DKT-N5)***

*“Setiap daerah tuh punya strateginya masing-masing, punya tantangannya masing-masing gitu ya, culture nya masing-masing. Nah, pentingnya pelibatan temen-temen konstituen di daerah itu dimulai dari tahap persiapannya tuh sangat penting gitu ya dan itu cukup berdampak kepada keberhasilan program yang kita lakukan gitu." (****DKT-N4)***

*"Memang komunikasi kami lakukan secara rutin setiap bulan dan jika memang ada kebutuhan-kebutuhan dari mereka terkait isu-isu tertentu gitu yang memang bisa kita bantu, kita akan support gitu meskipun dengan donor, apa ya, mungkin dikarenakan dana sendiri," **(DKT-N3)***

Pada tingkat daerah, selain berperan melaksanakan program, para konstituen secara aktif menjadi spokeperson untuk peningkatan kesadaran stakeholder terhadap program yang sedang berjalan, dan mengawal kebijakan anggaran ataupun regulasi di tingkat provinsi yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan kelompok populasi kunci. Kedua peran tersebut berkaitan dengan keberlanjutan organisasi terutama dalam membangun kemandirian dan kapasitas konstituen di daerah.

*"Jadi, bukan hanya menjadikan mereka sebagai penerima manfaat, tapi mereka juga jadi orang-orang yang ikut menyuarakan pesan-pesan mereka meskipun mediumnya bukan milik sendiri-sendiri ya, tapi lebih ke general yang IPPI punya gitu ya, apa namanya, media-medianya IPPI," **(DKT-N1)***

*"dari sisi keterlibatan baik itu kebijakan anggaran atau regulasi, OPSI juga sudah mulai mendorong temen-temen yang ada di Provinsi itu mengawasi setiap kebijakan-kebijakan dan ada beberapa Provinsi yang memang sudah mengikuti dalam pembuatan kebijakan-kebijakan, baik itu di tingkat Kota/Kabupaten maupun di tingkat Provinsi," **(DKT-N7)***

4.3.3.5 Dokumentasi Kegiatan

Ketersediaan dokumentasi kegiatan menjadi faktor pendukung lain untuk keberhasilan program. Sebagian besar kegiatan memiliki dokumentasi berupa data pencatatan kasus kekerasan, data ODHIV dengan disabilitas, data pemantauan layanan. Data pemantauan layanan berisikan temuan terkait ketersediaan logistik pada layanan pencegahan, dan pengobatan HIV serta penilaian kualitas layanan yang ramah terhadap komunitas. Selain dokumentasi yang berasal dari program, terdapat laporan penelitian yang memaparkan temuan terkait aksesibilitas dan kualitas layanan PKPR bagi populasi kunci muda. Adanya dokumentasi tersebut membantu komunitas dalam mengidentifikasi tantangan yang dijumpai oleh penerima manfaat dalam mengakses layanan, memetakan kelompok yang masih terpinggirkan dalam program dan memetakan layanan yang dinilai responsif terhadap kebutuhan kelompok kunci. Pemanfaatan dari dokumentasi ini digunakan sebagai bentuk pemantauan program dan bahan dalam merancang peta jalan advokasi. Ketersediaan dokumentasi ini sangat penting dalam mendukung kegiatan advokasi yang sampai saat ini masih menjadi agenda utama dari setiap Jarnas HIV.

*“berdasarkan dari hasil CLM yang dilakukan oleh Advocate for Help, kami melihat temen-temen pekerja seks gitu ya, itu juga minim, apa namanya, keterlibatan aktifnya. Nah mungkin, ketika nanti CLM yang dilakukan oleh temen-temen OPSI ini akan mendongkrak, dan juga ditemukannya itu bukan hanya ini sih, temen-temen di transpuan transmen, itu juga kecil sekali gitu ya. Tapi kalau anak itu juga kan tidak bisa diambil datanya ya, gitu. Jadi kita gak bisa melihat kepingan itu.” **(DKT)***

*“selain untuk kami mendapatkan data, terus mendapatkan permasalahan, itu menjadi bahan advokasi kami secara nasional yang akan kami sampaikan kepada Pemerintah dan juga donor. Pada intinya ya, kegiatan-kegiatan advokasi dimana kegiatan tersebut mendorong kelompok-kelompok di daerah itu mencari tahu permasalahan apa yang terjadi di komunitas. Apa sih kesulitan-kesulitan yang dialami komunitas. Kemudian temen-temen melakukan advokasi, baik ke stakeholder terutama layanan untuk perbaikan pelayanan hingga temen-temen komunitas dapat terpenuhi kebutuhan atau kendalanya tidak ada lagi,” **(DKT)***

*“kita juga sudah create penelitian sama Unpad terkait dengan, apa namanya, apa, terkait dengan layanan PKPR gitu ya dan juga beserta rekomendasinya, tantangannya apa, temuannya apa, rekomendasi advokasinya apa gitu ya. Terus kemudian kita juga sudah bikin pelatihan-pelatihan, juga ya untuk para petugas layanan kesehatan,” **(DKT)***

Namun, masih terdapat beberapa jaringan komunitas yang belum melakukan kegiatan memiliki mekanisme pencatatan, pendokumentasian dan penggunaan data untuk mendukung

keberlanjutan program. Hal ini tentunya dapat menghambat organisasi untuk berkembang serta mengevaluasi capaian sebuah program dalam upaya memastikan keberhasilan program tersebut.

*"Dokumentasi pemantauan layanan kesehatan dokumentasi kegiatan biasanya hanya berupa photo dan atau catatan pribadi petugas lapangan dan hanya dilaporkan angkanya. Lemahnya pendokumentasian data ini juga berimplikasi pada kerja kerja advokasi kedepannya," **(06-01)***

*"masih lemah di pencatatan, form pencatatan kasus yang harus didokumentasikan. Jadi kalau misalnya di puskesmas ini orangnya tidak ramah, harus dicatat, siapa yang tidak ramah? Misalnya kan gitu. Pada tanggal ini teman-teman komunitas mengakses di Puskesmas Kedungdoro misalnya ya, kemudian terjadi apa.. pendiskriminasian di mana teman-teman sudah antri dari jam 8 sampai sekian, kan harus dicatat itu kan. " **(09-02)***

4.3.4 Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perubahan

Keberhasilan sebuah program dipengaruhi oleh berbagai faktor yang seringkali menghambat pelaksanaan program. Berbagai faktor penghambat yang dihadapi antara lain, terkait keterbatasan pendanaan, kebijakan yang kurang inklusif dan belum terintegrasi antara pusat dan daerah, keterbatasan dan kurangnya kualitas SDM, manajemen lembaga, kekosongan logistik, kepemilikan identitas, serta masih terjadinya stigma dan diskriminasi.

4.3.4.1 Skema Pendanaan

Saat ini sumber dana yang digunakan untuk pelaksanaan program dan proyek ketujuh jaringan nasional berasal dari beragam dukungan mitra nasional dan internasional. Dana yang diterima beragam dan sesuai dengan ketertarikan isu dari masing-masing mitra. Seperti yang dipaparkan dalam bagian sebelumnya, sumber pendanaan untuk program dan proyek yang dijalankan jaringan nasional saat ini terdiri dari: UNAIDS, Pemerintah Belanda dan LSM berbasis Belanda, Mitra dari jaringan regional atau global mendanai jaringan nasional dengan visi yang sama, Mitra pembangunan seperti badan PBB yang memiliki visi yang sama dengan jaringan tertentu dan APBD.

Pada umumnya hampir semua jaringan komunitas menganggap bahwa dana mempunyai peran penting dalam keberlangsungan sebuah organisasi maupun program. Akan tetapi, mereka menyadari terbatasnya akses dukungan pendanaan yang bersumber dari mitra atau donor luar negeri. Sementara di sisi lain, akses sumber dana lokal maupun yang bersumber dari pemerintah baik daerah maupun pusat juga masih terkendala. Akibatnya, banyak sekali organisasi yang kemudian menjadi tidak aktif atau mati suri sehingga tidak dapat menjalankan program karena tidak mendapatkan akses dukungan pendanaan. Sedikit sekali lembaga yang bisa bertahan dengan mengandalkan dana mandiri organisasi.

"Organisasi masyarakat atau organisasinya komunitas itu istilahnya bisa hidup karena ada pendanaan. Itu tantangan yang luar biasa. Sehingga kita ini, harusnya ini sudah 2022, harusnya bagaimana istilahnya dari pemerintah atau sponsor segala macem kita bisa saling dong sama-sama..komunitas ditingkatkan kualitasnya sehingga istilahnya punya nilai jual. Sehingga mereka bisa mengakses dana pemerintah ataupun swasta, istilahnya buat kehidupan mereka." ***(10-01)***

Beberapa tahun sebelumnya Yayasan Kasih Suwitno (YKS) memberikan dukungan pendanaan untuk layanan kesehatan di Denpasar agar lebih ramah komunitas dengan menambah lebih banyak tenaga medis. Namun, karena dukungan berhenti maka tenaga medisnya pun berkurang. Begitu juga di Makassar, sebenarnya kasus ibu hamil yang perlu dijangkau lebih banyak dari data yang dilaporkan. Sayangnya, karena keterbatasan dana, IPPI Makassar juga tidak bisa menjangkau semua. Hal ini dikarenakan tenaga penjangkau yang terbatas pula. Bahkan keterbatasan dana ini juga berakibat tidak mampunya organisasi untuk menyediakan sarana dan prasarana kerja sampai dengan bersekretarian di rumah masing-masing.

"Seperti tahun-tahun sebelumnya kan dari Yayasan Kasih Suwitno untuk Puskesmas Kecamatan Kuta 2 itu, tapi sekarang memang dananya sudah diberhentikan untuk itu, jadi sudah tidak ada lagi. Jadi sebenernya sih si layanan kesehatan mau-mau aja, cuma karena untuk dana operasionalnya aja sih, mereka terbentur," ***(03-06)***

"bagaimana kalo pekerjanya lebih banyak lagi kan, kan data kasus untuk bumil dan anak di Makassar kan lebih dari itu sebenarnya, lebih banyak lagi. Cuma karena keterbatasan dana dan tenaga kita tidak bisa menjalankan semua. Kita tidak ada pendanaan khusus misalnya untuk pembelian alat atau untuk sekretariat, jadi kita sekretariat di rumah masing-masing gitu," ***(05-02)***

4.3.4.2 Kebijakan yang Inklusif

Pemerintah Indonesia memiliki peran penting dalam menunjang keberhasilan implementasi program penanggulangan HIV AIDS di Indonesia. Selain berperan sebagai pemberi dukungan dana, pemerintah juga berperan dalam membuat kebijakan yang inklusif. Kebijakan yang tidak diskriminatif, mampu memberikan kemudahan akses warga negara terkait kepemilikan dokumen kependudukan, hingga mendorong akses pelayanan kesehatan ataupun layanan lainnya. Saat ini, kebijakan yang ada dinilai belum sepenuhnya memperhatikan kepentingan masyarakat dengan baik. Belum terlihat upaya evaluasi terkait dengan pelaksanaan kebijakan yang sudah disusun dengan mempertimbangkan berbagai aspek sosial, ekonomi, geografis ataupun budaya setempat dari penerima manfaat.

"Kalau aku sih sebenernya ada kebijakan yang bias mengakomodir semuanya gitu, kebijakan yang anti diskriminasi yang tidak mendiskreditkan 1 kelompok tertentu gitu, karena itu menurutku sangat penting ya," ***(DKT-N6)***

"Mungkin selama ini keluhan-keluhan dari kita komunitas macem rujukan-rujukan BPJS ya pak. Karena sekarang kan harus rujukan dari layanan faskes, faskesnya harus ke Tipe C dulu, dari C dulu harus baru ke B, B baru bisa ke A gitu ya. sedangkan pasien ini memang harus ke TPB. jadi pas ke situ tidak bisa memberikan langsung ke Tipe B. Sedangkan pasien itu urgen dan dia tinggal di tempat yang jauh, daerah yang jauh." ***(07-04)***

Kebijakan pada tatanan pemerintah daerah sangat bergantung pada kebijakan pemerintah pusat. Sayangnya, masih banyak kebijakan daerah yang belum sejalan dengan kebijakan dari pemerintah pusat. Banyak kebijakan-kebijakan daerah yang malah justru mendiskriminasi kelompok tertentu sehingga menghambat pelaksanaan program penanggulangan HIV di daerah tersebut. Selain permasalahan ketidaksinkronan kebijakan pusat dan daerah, upaya intergrasi lintas sektor pemerintah juga dinilai masih sangat terbatas. Setiap sektor memiliki kebijakan tersendiri sehingga terkesan berjalan masing-masing, yang tentunya membuat upaya penanggulangan HIV akhirnya tidak berjalan maksimal.

"sehingga ini masih menjadi salah satu kendala sebetulnya karena ada kebijakan-kebijakan yang memang tidak tersinkronisasi atau tidak terintegrasi satu sama lainnya. Selain lagi ada kebijakan-kebijakan yang memang juga berdampak pada program-program HIV untuk populasi kunci, adanya Perda-Perda yang tidak berpihak pada kelompok-kelompok tertentu, termasuk kelompok pekerja seks," ***(DKT-N7)***

"Mungkin mereka melakukan razia itu karena mungkin belum ada himbauan atau desakan keras atau peringatan-peringatan dari pemerintah ya kak. Jadi ketika kalo pemerintah daerah udah memberikan apa namanya.. pemberitahuan atau attention tentang pentingnya kondom sebagai salah satu bentuk pencegahan. Aku rasa ke depannya tidak akan ada lagi sih razia-razia kondom, seperti itu," ***(06-03)***

"belum adanya kebijakan yang terintegrasi, dari lintas sektor. Itu yang pada akhirnya juga mempengaruhi, salah satu faktor yang bisa mempengaruhi program ya, terutama di HIV karena masing-masing sektor ini punya kebijakan sendiri-sendiri." ***(DKT-N7)***

4.3.4.3 Konsolidasi Jaringan

Terbentuknya Jaringan Nasional HIV membuka peluang adanya integrasi isu bersama dan meningkatkan kerjasama antar komunitas. Sebelumnya, masing-masing komunitas berfokus pada isu spesifik dari kelompok populasi kunci tertentu sebagai agenda utama organisasi. Namun, dengan adanya konsolidasi jaringan nasional, setiap komunitas mengetahui isu dan program yang dilakukan di komunitas lain. Hal ini membangun kesadaran mengenai isu interseksional dan ruang kolaborasi untuk mengadvokasikannya secara kolektif. Salah satu contohnya adalah kerjasama yang terjalin terkait penanganan dan advokasi mengenai kekerasan berbasis gender. Solidaritas untuk saling membantu antar komunitas juga tampak dari pembagian kerja kepada konstituen yang inklusif, yakni tidak hanya menjangkau sasaran dari program kerjanya saja. Sehingga, komunitas yang belum memiliki banyak wilayah intervensi

maupun konstituen dapat terbantu pelaksanaan kegiatannya dengan kehadiran konstituen dari komunitas lain.

“ketika kami melakukan jika memang itu kami lihat kami tidak mumpuni gitu ya, pasti kami akan melibatkan kawan-kawan Jarnas lainnya, misalnya kalau kemarin ketika kami melakukan workshop dan training terkait GBP IPV dan juga kita mau mencoba mengintegrasikan layanan kesehatan yang apa ya maksudnya, yang terpadu apa terintegrasi dengan layanan kekerasan, itu kami melibatkan kawan-kawan dari IPPI dan juga Jarnas lainnya, seperti itu,” ***(DKT-N3)***

“Nah dengan adanya integrasi isu ini, gitu harapannya sebenernya bisa menutupi dari semua yang memang dimana wilayah intervensinya itu tidak ada gitu konstituen kita gitu atau wilayah-wilayah yang memang belum terjangkau gitu oleh konstituennya Jarnas, nah ini bisa mengintegrasikan gitu dengan Jarnas lainnya,” ***(DKT-N7)***

Bab 5. Praktik Baik

Secara umum, evaluasi ini menunjukkan bahwa program yang dilakukan oleh jaringan komunitas HIV telah berhasil melakukan perubahan bermakna bagi komunitas populasi kunci dan ODHIV. Perubahan ini ditandai dengan perbaikan kualitas layanan dan peningkatan akses komunitas ke layanan kesehatan, layanan penanganan kekerasan maupun layanan administrasi kependudukan. Program pemantauan layanan mengambil peranan penting dalam perubahan ini karena komunitas memiliki data terkait ketersediaan stok logistik, data kasus kekerasan, pemetaan layanan yang diskriminatif dan laporan kendala aksesibilitas lain yang menjadi bahan dalam advokasi ke pemangku kepentingan. Keberhasilan program yang dilakukan jaringan komunitas tidak lepas dari penerimaan yang besar dari pemangku kepentingan baik sektor kesehatan maupun non-kesehatan, para pelaksana program dan komunitas. Penerimaan besar tersebut dibangun dari kiprah dan kinerja jaringan komunitas yang secara konsisten melakukan kegiatan yang berfokus pada pemenuhan HAM pada kelompok populasi kunci. Bisa dikatakan kiprah jaringan komunitas HIV sudah dikenali oleh pemangku kepentingan, sehingga kerap dilibatkan dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh pemangku kepentingan baik dari tahap perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi. Berhasilnya pelaksanaan program dipengaruhi oleh faktor internal organisasi, seperti komitmen dan kompetensi SDM, kejelasan SOP, kemampuan mengakses dan mengelola pendanaan, pembagian peran pusat dan daerah, serta dokumentasi kegiatan. Adapun faktor eksternal yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan program terkait skema pendanaan, kebijakan yang inklusif, dan konsolidasi jaringan HIV.

Secara khusus, beberapa praktik baik yang telah ditunjukkan oleh jaringan komunitas HIV dalam melaksanakan program yang dipimpin oleh komunitas adalah sebagai berikut:

1. **Pengawalan kebijakan anggaran**

   Sejak 2018, OPSI mulai menginisiasi kegiatan advokasi anggaran bagi pemenuhan kebutuhan pekerja seks di 21 Provinsi yang menjadi wilayah kerjanya. Kegiatan ini diawali dengan penyusunan modul advokasi anggaran yang dikeluarkan pada tahun 2020. Pelaksana kegiatan advokasi anggaran merupakan personil CLS (*community legal service*). Pelaksanaan kegiatan advokasi anggaran yang dilakukan beriringan dengan CLS dilandasi oleh pertimbangan personil CLS yang sudah mendapatkan penguatan kapasitas berupa pendokumentasian kasus, pendampingan hukum, pendampingan kasus serta metode advokasi termasuk di dalamnya advokasi anggaran. Setidaknya terdapat 3 manfaat yang dirasakan oleh lembaga dengan adanya kegiatan advokasi anggaran 1) Membangun kemitraan jaringan OPSI di daerah dengan para pemangku kepentingan di sektor kesehatan dan non-kesehatan, 2) Meningkatkan kapasitas konstituen di daerah mengenai cara melakukan advokasi anggaran, 3) keberlanjutan program yang mengakomodir pemenuhan kebutuhan komunitas pekerja seks di daerah.

   Mekanisme kegiatan advokasi anggaran dilakukan dengan menyampaikan kebutuhan prioritas pekerja seks dalam pertemuan Musrenbang (Musyawarah Perencanaan Pembangunan) di tingkat desa/ kelurahan. Jika pada tahapan pertama advokasi kebutuhan pekerja seks masuk dalam perencanaan anggaran, maka perlu dilakukan

pengawalan ke tingkat kecamatan dan kota/kabupaten. Hal ini untuk memastikan kebutuhan pekerja seks terealisasi dalam agenda anggaran Kab/Kota. Di dalam pelaksanaan advokasi anggaran, OPSI menemui berbagai hambatan diantaranya 1) kurangnya informasi mengenai tanggal pelaksanaan Musrenbang desa yang berimplikasi pada tertundanya kegiatan ini hingga tahun berikutnya, 2) kuatnya stigma terhadap pekerja seks di beberapa wilayah yang menyulitkan proses advokasi kebutuhan pekerja seks di Musrenbang desa, 3) rotasi perangkat desa maupun pejabat pemerintahan yang punya keberpihakan terhadap isu pekerja seks.

Menyiasati hambatan tersebut, OPSI melakukan beberapa strategi diantaranya melakukan pendekatan dengan perangkat desa, pejabat pemerintahan (kepala dinas kesehatan, kepala dinas sosial, gubernur) serta layanan kesehatan supaya tersensitisasi terkait permasalahan dan kebutuhan pekerja seks. Upaya menjalin hubungan baik dengan para pemangku kepentingan juga mengurai persoalan stigma terhadap pekerja seks yang akan menghambat proses advokasi anggaran. Namun, di beberapa daerah seperti Riau yang masih kurang penerimaannya terhadap pekerja seks, dibutuhkan strategi dalam mengkomunikasikan kebutuhan pekerja seks. Berdasarkan hasil pemetaan dari personil CLS di Riau, para pemangku kepentingan lebih responsif terhadap isu HIV, sehingga kebutuhan pekerja seks perlu dikemas dalam kerangka HIV. Terkait dengan rotasi perangkat desa maupun pejabat pemerintahan, personil CLS melakukan re-sosialisasi terkait kiprah dan kinerja OPSI kepada perangkat pemerintahan yang baru menjabat.

Dalam melakukan advokasi anggaran, terdapat 3 wilayah yang berhasil melakukan pengawalan kebijakan anggaran, diantaranya Bali, Riau dan Jambi. Di Bali, kebutuhan yang diakomodir adalah penyediaan ambulan gratis untuk pekerja seks. Sedangkan Jambi berhasil mengadvokasikan penguatan kapasitas *hard skill* oleh Dinas Sosial, layanan kesehatan yang responsif dengan pekerja seks seperti jam layanan yang lebih panjang dan bantuan alat-alat kantor gratis dari Kesbangpol. Keberhasilan yang terjadi didukung oleh 1) kompetensi personil CLS dalam melakukan strategi advokasi, 2) tersedianya modul advokasi anggaran yang dapat dijadikan acuan dalam proses *transfer knowledge* antara personil CLS, badan pengurus dan konstituen di daerah.

2. Pendampingan Ibu Hamil HIV positif

Emak Club merupakan program pendampingan khusus ibu hamil yang HIV positif atau perempuan dengan HIV yang mau merencanakan kehamilan yang dilakukan oleh IPPI. Program ini sudah dilaksanakan mulai dari tahun 2018-2020 dengan pendanaan GF melalui Kementerian Kesehatan di 12 provinsi di Indonesia (DKI Jakarta, Tangerang, Bandung, Surabaya, Denpasar, Bandar Lampung, Palembang, Medan, Makassar, Jayapura dan Sorong). Pendampingan dilakukan dengan melakukan pendekatan ke ibu hamil untuk meyakinkan manfaat ARV dan pentingnya kepatuhan ARV bagi kesehatan ibu dan anak, selain itu juga dilakukan pemberian berbagai informasi yang dibutuhkan pasca kelahiran, seperti terkait ASI dan susu formula, tes EID bagi bayi, dan sebagainya. Sedangkan, bagi perempuan dengan HIV yang mau merencanakan kehamilan,

umumnya berdiskusi dengan pendamping terkait keresahan mereka dan juga waktu yang tepat untuk bisa lepas kondom dan program anak. Program *Emak Club* ini bertujuan untuk meningkatkan cakupan serta mendorong perbaikan di layanan dalam implementasi program PPIA.

Program *Emak Club* dinilai cukup berhasil karena semua ibu hamil yang didampingi mendapatkan hasil tes HIV negatif dari EID pada bayi mereka. Pendamping yang juga merupakan perempuan positif dapat berbagi pengalaman mereka secara nyata dan memberikan dukungan sosial yang diperlukan oleh perempuan HIV positif yang merencanakan kehamilan ataupun ibu hamil dengan HIV positif. Selain itu, dengan keberadaan pendamping bagi ibu hamil yang positif IPPI juga membantu meningkatkan kualitas layanan PPIA dengan ikut serta memantau implementasi dari kebijakan PPIA agar sesuai dengan pedoman dan mendorong pemenuhan hak kesehatan seksual dan reproduksi bagi perempuan.

Dalam upaya mendukung keberhasilan program *Emak Club*, petugas pendamping juga melakukan sosialisasi ke layanan untuk menjelaskan tujuan dan manfaat dari program ini. Dengan begitu, layanan dapat lebih terbuka dan bersedia untuk bekerja sama dalam pendampingan bagi ibu hamil ini. Pemahaman petugas di layanan dan implementasi kebijakan PPIA yang belum secara merata dilakukan sesuai dengan pedoman juga dinilai menjadi tantangan dalam pelaksanaan pendampingan di *Emak Club*. Oleh karena itu, dilakukan juga sosialisasi Buku Petualangan Arumi (*red: buku komik berisikan petunjuk tentang penularan dari ibu ke anak dan hak kesehatan seksual dan reproduksi*) ke layanan PDP, baik untuk petugas penjangkau maupun petugas layanan dilakukan dengan penyelenggaraan pelatihan selama 4 hari yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan PPIA.

Pendanaan masih menjadi tantangan utama dalam keberlanjutan dari program ini. Terhitung dari 2021 hingga sekarang, program *Emak Club* belum mendapatkan pendanaan, namun pendampingan masih dilaksanakan secara sukarela di 26 wilayah (DKI Jakarta, Banten, DIY, Jawa Timur, Bali, Lampung, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Bengkulu, Jambi, Riau, Kepulauan Riau, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Utara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Aceh, Papua, Papua Barat dan Maluku). Sedangkan, di Jawa Tengah dan Jawa Barat telah berhasil mengakomodir pendampingan ini dapat terus berlanjut melalui pendanaan APBD.

3. Pemantauan Layanan

Kegiatan pemantauan layanan dilakukan untuk mengurai kendala yang ditemui oleh populasi kunci dalam mengakses layanan HIV. Salah satu model pemantauan layanan (community-led monitoring) yang sedang berjalan adalah CLM CSS-HR. Kegiatan CLM CSS-HR dilakukan sejak tahun 2017 yang berfokus pada dokumentasi pemenuhan hak asasi manusia untuk kelompok populasi kunci terutama dalam kaitannya dengan respon HIV. Pelaksanaan program ini dilakukan secara berjenjang, dimana IAC berperan

sebagai PR (principal recipient). Sedangkan, OPSI dan JIP ditunjuk sebagai SR (*Sub-recipient*) yang berperan untuk memastikan kegiatan CSS-HR berjalan sesuai dengan rencana kerja, pelaporan dilakukan secara rutin dan target tercapai. SR juga bertugas untuk merumuskan isu prioritas dari hasil pengolahan data yang kemudian akan disampaikan ke PR. Pada tingkat distrik, pelaksanaan CLM CSS-HR dilakukan bersama dengan CBMFO (*Community Based Monitoring and Feedback Officer*), paralegal dan petugas advokasi. CBMFO berperan dalam pemantauan tata kelola dan koordinasi terkait logistik seperti ketersediaan reagen, ARV, serta memastikan keterjangkauan biaya akses pada layanan kesehatan, baik Puskesmas maupun Rumah Sakit dengan layanan HIV milik pemerintah atau swasta. Selain metode memantau langsung ke layanan, pemantauan juga dilakukan melalui *study club* sebagai wadah untuk mendengarkan keluhan penerima manfaat terkait akses layanan serta meminta umpan balik kepada komunitas terhadap layanan kesehatan yang mereka akses.

CBMFO juga menghadapi tantangan terutama terkait penerimaan pada staf di dinas atau layanan kesehatan. Beberapa petugas merasa program ini dinilai mengevaluasi kinerja mereka sehingga menghambat proses pemantauan. Komunitas dipandang sebagai orang luar yang tidak sepatutnya mengontrol pekerjaan mereka. Di sisi lain, kehadiran CBMFO sebenarnya dinilai telah membantu dalam menjadi jembatan komunikasi terkait permasalahan logistik yang mereka alami di layanan kesehatan. Seringkali, permasalahan kekosongan logistik terjadi pada level yang lebih tinggi, dan layanan tidak berani untuk menyampaikan permasalahan tersebut. Akibatnya, permasalahan kekosongan logistik tidak dapat segera diselesaikan.

Selain CBMFO, terdapat paralegal yang berperan dalam penanganan kasus-kasus kekerasan ataupun permasalahan legalitas yang menghambat penerima manfaat mengakses layanan terkait HIV. Temuan dari CBMFO terkait pemantauan layanan dan paralegal kemudian dikoordinasikan dengan petugas advokasi. Petugas advokasi melakukan serial advokasi bersama dengan pemangku kepentingan guna mendorong perbaikan layanan. Pada pelaksanaanya, ketiga petugas tersebut sifatnya saling mendukung.

Sejauh ini, kegiatan CLM CSS-HR dinilai telah berhasil dalam memperkuat komunitas, membangun lingkungan yang kondusif bagi kelompok kunci dan ODHIV, serta mendorong perbaikan layanan HIV. Jikalau terjadi kondisi kekosongan logistik, dapat segera dilaporkan dan memperoleh respon yang cepat dari dinas terkait. Selain itu, beberapa persoalan stigma dan diskriminasi juga berhasil ditangani melalui kegiatan ini. Hal ini tampak dari salah satu kasus yang ditangani oleh paralegal saat mendampingi remaja dengan HIV yang mendapat stigma dan diskriminasi dari sekolah dan tempat praktek kerja lapangan. Dengan dukungan paralegal, remaja tersebut dapat terus melanjutkan pendidikannya. Hambatan legalitas penerima manfaat seperti kepemilikan KTP dan BPJS juga dapat terselesaikan dengan adanya advokasi ke Dukcapil.

4. Pendampingan Kekerasan

Pada tahun 2021, IPPI melakukan kegiatan pendampingan kekerasan khususnya bagi perempuan dengan HIV AIDS (PDHA). Dengan dukungan dana dari UN Women, IPPI berperan sebagai organisasi penghubung/ intermediari bagi PDHA yang mengalami kekerasan. Kegiatan intermediari ini awalnya dilaksanakan di 5 Kota, yakni Bandung, Medan, Bali, DKI Jakarta, Semarang kemudian di tahun berikutnya bertambah ke 5 kota lainnya yaitu Lampung, Pontianak, Manado, Kupang, Yogyakarta. Pada pelaksanaanya, IPPI melibatkan konstituen di daerah untuk berperan sebagai petugas penerima pengaduan (P3). Sejauh ini, terdapat 23 P3 sudah dibekali dengan pelatihan terkait jenis kekerasan dan kekerasan berbasis gender yang difasilitasi oleh Komnas Perempuan selaku ahli dalam penanganan kasus kekerasan.

Mekanisme kegiatan intermediari diawali dari pengaduan kasus oleh PDHA ataupun rujukan pendamping sebaya mengenai pengalaman kekerasan yang dialami. Kemudian, P3 memberikan lembar persetujuan terlebih dahulu kemudian melakukan identifikasi kebutuhan korban melalui *form assessment* yang berisikan identitas diri, kronologi kejadian, lokasi kejadian, jenis kekerasan dan kebutuhan apa yang diperlukan korban. *Form assessment* ini membantu P3 untuk proses tindak lanjut dalam melakukan rujukan ke instansi yang dibutuhkan korban. Peran P3 kemudian memastikan korban mendapat layanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Pada setiap tahunnya, kegiatan intermediari ini menghasilkan CATAHU (Catatan Akhir Tahun) kasus kekerasan terhadap PDHA. Data CATAHU menunjukkan terdapat 73 kasus kekerasan yang dialami PDHA selama dua tahun terakhir.

Dari 10 kota yang sudah melakukan intermediari, terdapat 3 kota yang memiliki kinerja yang dinilai baik, yakni Yogyakarta, Semarang dan Kupang. Hal ini dikarenakan adanya integrasi dengan lintas sektoral sehingga proses rujukan dapat berjalan dengan baik. Di Yogyakarta, penanganan kasus kekerasan dipermudah dengan koordinasi satu pintu melalui *whatsapp group* yang di dalamnya terdiri dari dinas kesehatan, layanan kesehatan, organisasi perempuan, bantuan hukum dan layanan non-kesehatan lain. Sedangkan, di Bali terbantu melalui kemitraan dan kolaborasi dengan LBH APIK terkait data kasus dan penanganan hukum korban.

Dalam mendukung optimalisasi dan keberhasilan kegiatan intermediari, beberapa upaya telah dilakukan, diantaranya 1) melakukan sosialisasi kepada pemangku kepentingan (dinas kesehatan, bantuan hukum, P2TP2A, layanan kesehatan, dll) mengenai kerentanan PDHA terhadap kekerasan dan penanganan kasus kekerasan, 2) membuat MoU dengan lembaga-lembaga yang menjadi rujukan penanganan kekerasan untuk menghindari adanya penolakan penanganan kasus bagi korban, 3) melakukan sensitisasi kepada 20 PDHA mengenai jenis dan bentuk kekerasan dan sosialisasi terkait kegiatan intermediari sehingga PDHA bisa langsung mendapat penanganan melalui P3 apabila mengalami kasus kekerasan.

Dengan adanya kegiatan intermediari ini, IPPI mampu melakukan peningkatan kualitas hidup bagi PDHA baik dari sisi penguatan kapasitas yang didapatkan oleh konstituen maupun dari sisi komunitas yang mendapat kemudahan dalam akses layanan penanganan kekerasan. Perubahan baik yang tampak bagi P3 adalah peningkatan partisipasi dalam penyusunan kebijakan, seperti keterlibatan P3 dalam memberikan saran dalam perumusan peraturan DP3A (Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak) berkaitan dengan kekerasan berbasis gender. Sedangkan bagi komunitas, kegiatan ini berkontribusi membangun agensi PDHA, seperti lebih berani untuk melaporkan kasus kekerasan yang dialami dan memahami haknya untuk mendapatkan keadilan.

Bab 6. Penutup

6.1. Kesimpulan

Hasil penelitian Program Review mampu mendokumentasikan pengalaman keberhasilan komunitas populasi kunci dan HIV dalam melaksanakan kegiatan pemantauan layanan, advokasi, pendampingan sebaya dan pendampingan kekerasan yang dipimpin oleh komunitas.

a. Program Pemantauan Layanan

1. Pemantauan kasus pelanggaran hak asasi manusia serta hambatan legal terkait HIV

Kegiatan pemantauan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV didanai oleh Global Fund dan dilakukan sejak tahun 2017 berfokus pada dokumentasi pemenuhan hak asasi manusia untuk kelompok populasi kunci terutama dalam kaitannya dengan respon HIV. Hasil dari pemantauan yang dilakukan oleh komunitas ini memiliki dampak peningkatan partisipasi komunitas dalam mendokumentasikan pelanggaran hak asasi manusia dan hambatan legal terkait dengan HIV. Selain dari mendokumentasikan pelanggaran, komunitas melalui paralegal juga berhasil mendampingi kasus dengan berjejaring dengan lembaga bantuan hukum dan P2TP2A. Kegiatan pemantauan dinilai dapat membangun lingkungan yang kondusif bagi kelompok kunci dan ODHIV, serta mendorong perbaikan layanan HIV. Beberapa persoalan stigma dan diskriminasi juga berhasil ditangani melalui kegiatan ini. Hal ini tampak dari salah satu kasus yang ditangani oleh paralegal saat mendampingi remaja dengan HIV yang mendapat stigma dan diskriminasi dari sekolah dan tempat praktek kerja lapangan. Dengan dukungan paralegal, remaja tersebut dapat terus melanjutkan pendidikannya.

2. Pemantauan penyediaan layanan HIV

Terdapat dua kegiatan pemantauan penyediaan layanan HIV yang terdokumentasikan melalui penelitian ini yaitu CBMF (*Community Based Monitoring and Feedback*) yang didanai oleh Global Fund untuk dilaksanakan di 23 kab/kota melalui PR IAC dan Advocate4Health yang didanai oleh USAID untuk dilaksanakan di 13 kab/kota melalui JIP.

Kehadiran rekan-rekan pemantau penyedia layanan HIV dinilai membantu dalam menjembatani komunikasi terkait permasalahan logistik yang dialami di layanan kesehatan. Seringkali, permasalahan kekosongan logistik terjadi pada level yang lebih tinggi, dan layanan tidak berani untuk menyampaikan permasalahan tersebut. Akibatnya, permasalahan kekosongan logistik tidak dapat segera diselesaikan. Dengan adanya komunikasi antara layanan dan komunitas, kekosongan logistik dapat dikomunikasikan oleh komunitas pada tingkat Dinas Kesehatan atau Kemenkes sehingga risiko kekosongan logistik dapat diminimalisir dan ditindaklanjuti dengan segera.

3. Pemantauan kualitas layanan dan kekerasan

Sejak tahun 2021, tujuh Jaringan Nasional (Jarnas) populasi kunci dan orang dengan HIV secara kolektif telah berhasil mengembangkan strategi bersama CLM yang tertuang dalam “Panduan Strategi Bersama Pemantauan Respons HIV yang Dipimpin oleh Komunitas (PR-HIV-Kom)”. Pada tahun 2022, strategi diatas diimplementasikan kedalam penelitian CLM di 20 Kota/Kab

terpilih untuk mendokumentasikan pengalaman dari komunitas HIV dan populasi kunci dalam mengakses layanan terkait HIV di Indonesia. Hasil pemantauan kualitas layanan terkait HIV dan kekerasan yang dilakukan secara bersama-sama oleh tujuh jaringan nasional ini merekomendasikan perbaikan layanan HIV yang berbasis bukti kebutuhan lapangan, sekaligus memantau perubahan layanan yang diinginkan serta meningkatkan kualitas hidup populasi kunci, melalui pemberian layanan terkait HIV yang tepat guna dan manfaat.

Pemantauan yang dilakukan secara kolektif bersama dengan tujuh jaringan nasional ini (Joint CLM) juga memberikan manfaat untuk membuka ruang komunikasi antar komunitas untuk menyampaikan kebutuhannya. Dalam prosesnya, upaya pemantauan kualitas layanan HIV dan kekerasan bersama dengan tujuh jaringan nasional tidak hanya dilihat dapat memberikan kesempatan untuk memberikan ruang komunikasi bersama namun juga memberikan kesempatan untuk berkolaborasi dengan Jarnas lain yang diketahui memiliki keterampilan khusus dalam isu spesifik. Sebagai contoh, Jarnas yang tidak memiliki kekhususan keterampilan mengenai kekerasan berbasis gender dan kekerasan pasangan intim dapat melibatkan IPPI, atau Intimuda untuk isu orang muda.

b. Program advokasi

1. Advokasi layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA)

Advokasi ini dilakukan dilatarbelakangi oleh kebutuhan untuk mengisi kesenjangan yang dirasakan oleh IPPI bahwa saat ini Pemerintah hanya berfokus pada kebutuhan penyediaan terapi antiretroviral (ARV) pada perempuan dengan HIV. Menurut IPPI, Negara masih belum melihat perempuan dengan segala konteks sosial di sekitarnya yang memiliki kebutuhan lain selain ARV, misalnya kebutuhan untuk perencanaan keluarga, kesehatan reproduksi, serta *post-natal care* untuk ibu dan anak. Perubahan baik yang terjadi setelah proses advokasi yang dilakukan oleh IPPI adalah tersedianya layanan PPIA sehingga perempuan dengan HIV yang hamil dan melahirkan serta bayinya dapat dipantau perkembangannya. Perubahan ini tidak hanya terjadi di tingkat Nasional tetapi juga terjadi di beberapa Provinsi.

2. Advokasi agar tersedianya layanan kekerasan

Dilatarbelakangi oleh potensi perempuan dengan HIV yang putus obat karena dia mendapatkan kekerasan atau dia tidak bisa mendapatkan izin ke rumah sakit karena belum terbuka status HIV pada pasangannya, IPPI mengadvokasi terhadap ketersediaan layanan kekerasan berbasis gender untuk perempuan dengan HIV di Indonesia dengan cara bermitra dengan organisasi gerakan perempuan, serta Komnas Perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan. Untuk mendukung upaya advokasi akan tersedianya layanan kekerasan berbasis gender, IPPI juga membentuk layanan pengaduan yang menjadi basis upaya advokasi jaringan tersebut. Kasus yang ditangani dilaporkan melalui dasbor yang dapat diakses oleh pengambil kebijakan dan publik melalui https://lapordata.ippi.or.id/dashboard/. IPPI bersama dengan Lembaga Bantuan Hukum APIK melaporkan kasus kekerasan berbasis gender tersebut pada Komnas Perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan. Laporan IPPI tersebut kemudian menjadi salah satu bagian yang dilaporkan dalam Catatan Tahunan resmi dari Kementerian tersebut.

Selain IPPI, OPSI sebagai jaringan pekerja seks di Indonesia juga berhasil melakukan advokasi terhadap layanan yang berfokus pada upaya pemenuhan akses hak dasar kesehatan untuk komunitas pekerja seks, termasuk layanan penanganan kekerasan pada komunitas Pekerja

Seks. Selain itu advokasi dilakukan juga pada layanan penanganan kasus kekerasan melalui kerjasama dengan pengacara lokal. Salah satu contoh keberhasilan advokasi OPSI di tingkat lokal adalah adanya kepastian alur hukum dan penanganan ketika teman-teman pekerja seks dirazia.

3. Advokasi untuk menghapus kebijakan yang menghambat penanggulangan HIV

Ketiadaan peraturan daerah yang mendukung inovasi pencegahan HIV ini dirasakan memiliki dampak pada komunitas populasi kunci dan HIV di Makassar. Hal yang dikritik oleh komunitas adalah ketiadaan perlindungan hukum bagi komunitas dalam membawa alat pencegahan HIV yang dianggap dapat menghambat penanggulangan HIV. Hal ini kemudian mendorong JIP dan komunitas lain, bersama dengan tim Pokja HIV di Makassar kemudian melakukan advokasi kepada Walikota untuk menyampaikan masukan mengenai kebutuhan akan Perda yang lebih melindungi dan tidak menghambat penanggulangan HIV.

Pembentukan peraturan daerah tercantum dalam UU tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mencakup tahapan perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan. Menyadari alur ini, Sekda JIP bersama dengan Pokja HIV di Makassar berhasil berkontribusi dalam memberikan masukan untuk Perda HIV mulai dari proses perencanaan penyusunan Perda yaitu melalui perencanaan Program Legislasi Daerah (Prolegda).

4. Advokasi pembiayaan daerah

Program HIV yang bersumber dana asing khususnya Global Fund dirasa komunitas hanya mendukung wilayah-wilayah tertentu saja dan dukungan dana dari Pemerintah Daerah dianggap kurang maksimal. Oleh karena itu, dua jarnas, yaitu JIP dan GWL-INA melakukan upaya untuk mengatasi kesenjangan dukungan dana tersebut. Cara yang dilakukan oleh JIP dan GWL-INA untuk mengatasi kesenjangan tersebut adalah dengan membentuk *community champion* lokal yang dapat melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah misalnya ke Walikota atau Bupati untuk pembebasan biaya-biaya yang tidak dicakup oleh Program Pemerintah.

Advokasi yang dilakukan oleh anggota jaringan JIP dan GWL-INA di Makassar ini dilakukan melalui alur formal yang dilakukan yaitu audiensi dengan Bappeda. Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah, disingkat Bappeda, adalah unsur penunjang urusan pemerintahan Bidang Perencanaan dan Bidang Penelitian dan Pengembangan yang bertindak sebagai unit kerja perangkat Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat Bidang Perencanaan.

5. Advokasi keterjangkauan layanan untuk populasi kunci muda

DIlatarbelakangi oleh kesadaran akan potensi komunitas populasi kunci muda untuk mengalami risiko seperti diskriminasi, stigmatisasi, kekerasan, ataupun kriminalisasi yang cenderung lebih besar jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat secara umum, Intimuda melakukan advokasi mengenai keterjangkauan akses serta biaya untuk populasi kunci muda melalui pembuatan kertas kebijakan. Untuk mewujudkan layanan yang ramah terhadap populasi kunci muda, Intimuda juga berjejaring dengan lembaga lain yang berfokus kepada penyediaan layanan kesehatan pada remaja.

c. Program Pendampingan

1. Pendampingan sebaya

Ketujuh jaringan nasional dibentuk secara spesifik untuk tujuan advokasi, yaitu agar terwujudnya komunitas yang berdaya, sehat dan setara serta terlibat aktif dan bermakna dalam penanggulangan HIV di Indonesia. Selain dari itu, jaringan nasional ini juga dibentuk untuk mengatasi kerentanan populasi tertentu dan untuk memenuhi hak asasi, dan hak konstitusi dari kelompok marjinal yang diwakilinya.

Pendampingan sebaya bukan merupakan kegiatan utama dari jaringan nasional karena tujuan dibentuknya jaringan terkait dengan fungsi advokasi. Walaupun tidak berfokus pada pendampingan sebaya, ada dua jaringan yaitu GWL-INA dan IPPI yang memberikan dukungan psikososial di tingkat LSM pada kelompok yang diwakilinya. Selain GWL-INA dan IPPI, beberapa Sekda JIP juga merangkap menjadi pendukung atau pendamping orang dengan HIV di wilayahnya.

2. Pendampingan kasus kekerasan

Kegiatan pendampingan kekerasan secara intensif dilakukan oleh IPPI dan OPSI. Dengan dukungan dana dari UN Women, IPPI berperan sebagai organisasi penghubung/intermediari bagi PDHA yang mengalami kekerasan. Kegiatan ini melibatkan konstituen IPPI di daerah untuk berperan sebagai Petugas Penerima Pengaduan (P3) yang bertugas melakukan sosialisasi dan sensitisasi kegiatan intermediari dan jenis kekerasan kepada PDHA dan lembaga terkait, melakukan penilaian kebutuhan korban kekerasan, melakukan rujukan sesuai dengan kebutuhan korban, mendokumentasikan kasus kekerasan.

Di tingkat nasional, IPPI bekerja sama dengan lembaga yang memiliki kapasitas terkait penanganan kekerasan, seperti Komnas Perempuan untuk memfasilitasi pelatihan bagi P3 di daerah. Pelatihan yang didapatkan seputar pengenalan jenis kekerasan baik kekerasan sebagai tindakan kriminal biasa dan kekerasan berbasis gender. Dalam proses merujuk korban sesuai dengan kebutuhannya, IPPI juga membangun sistem rujukan dengan lembaga terkait misalnya lembaga Rifka Annisa untuk pendampingan psikologi atau dengan WCC (*Women Crisis Center*) untuk rujukan rumah aman, maupun dengan pendampingan hukum.

Selain IPPI, kegiatan pendampingan kekerasan dilakukan oleh OPSI sejak tahun 2017. Community legal service yang dilakukan oleh OPSI khusus memberikan pendampingan kasus hukum dan HAM bagi pekerja seks. Dalam pelaksanaannya, OPSI melibatkan focal point di daerah yang bertugas untuk melakukan sosialisasi kepada pekerja seks dan melakukan pendampingan hukum bagi korban kekerasan.

Dari sekian banyak program yang dilakukan, program pemantauan berbasis komunitas dan advokasi adalah dua program utama yang dinilai paling berhasil dilakukan. Situasi yang dipersepsikan paling berubah dengan adanya dua program ini adalah meningkatnya akses layanan, perubahan yang lebih baik dalam kualitas layanan serta peningkatan partisipasi dan kontrol dari komunitas. Hal-hal yang memungkinkan untuk keberhasilan program yang dilakukan termasuk kemampuan organisasi & faktor eksternal.

Dari sisi kemampuan organisasi, hal yang paling menentukan keberhasilan program adalah budaya kerja tim dan kompetensi pelaksana program; tersedianya petunjuk operasional yang membantu kelancaran kegiatan secara efektif dan efisien di lapangan; penguasaan tata kelola

keuangan organisasi; upaya pembagian peran pusat dan daerah serta peningkatan kapasitas bagi sekretaris daerah secara berkala untuk mendorong kaderisasi dan kesamaan persepsi terkait program yang dijalankan; dan kemampuan untuk mendokumentasikan atau mencatat kasus yang dapat digunakan sebagai bahan dalam merancang peta jalan advokasi.

Dari sisi faktor eksternal, jaringan nasional menyadari bahwa ketersediaan sumber dana mempunyai peran penting dalam keberlangsungan sebuah organisasi maupun program; selain itu kebijakan yang mendukung, tidak diskriminatif serta inklusif mampu memberikan kemudahan untuk menunjang keberhasilan implementasi program penanggulangan HIV di Indonesia; dan faktor lain yang mendukung adalah konsolidasi antar jaringan yang membuka peluang adanya integrasi isu bersama dan meningkatkan kerjasama antar komunitas.

Secara umum, walaupun setiap jaringan memiliki pendekatan, struktur dan metode yang berbeda, evaluasi ini menunjukkan bahwa program yang dilakukan oleh jaringan komunitas HIV telah berhasil melakukan perubahan bermakna bagi komunitas populasi kunci dan ODHIV. Oleh karena itu, praktik baik menjadi mungkin untuk bisa direplikasikan oleh organisasi berbasis komunitas yang lain.

6.2 Rekomendasi

Rekomendasi untuk organisasi komunitas di level nasional dan daerah:

1. Meningkatkan komitmen organisasi komunitas.
   Peningkatan komitmen organisasi dapat dilakukan dengan memperkuat manajemen SDM (mulai dari menetapkan standar perekrutan dan kompensasi staf, pengembangan karir serta mentoring dari staf yang lebih senior), serta memastikan legalitas organisasi komunitas di tingkat daerah sehingga dapat mengajukan hibah secara mandiri.
2. Menguatkan sistem dan prosedur organisasi komunitas.
   Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah menyusun beberapa *standard operating procedure* (SOP), seperti SOP program dan SOP monitoring dan evaluasi. Adanya SOP dapat memperjelas kegiatan, menentukan arah kegiatan yang akan dilaksanakan oleh komunitas serta menjamin akuntabilitas dalam pelaksanaan program. Dalam SOP program dapat dijabarkan dalam bentuk modul yang menjadi acuan pelaksanaan program pemantauan layanan, program advokasi hingga program pendampingan.
3. Memperkuat pengelolaan dana
   Organisasi kominitas perlu menetapkan mekanisme standar dalam pengelolaan dana hibah serta menyusun SOP keuangan.
4. Memperkuat hubungan pusat dan daerah.
   Menjamin terjalinnya hubungan yang setara antara jarnas dan konstitien daerah dengan melibatkan konstitien daerah dalam melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi program bersama.
5. Memperkuat kapasitas komunitas dalam merencanakan kegiatan dan melakukan dokumentasi.
   Meningkatkan kapasitas komunitas dalam menyusun proposal program yang akan memudahkan donor untuk memahami dan mendukung program yang diajukan. Selain itu, untuk memperkuat kapasitas komunitas dalam melakukan dokumentasi, maka perlu adanya

peningkatan kapasitas khususnya dalam pelaksanaan pengumpulan data, analisis data dan penyajian data.

Rekomendasi untuk pihak eksternal:

1. Memperkuat skema pendanaan yang mendukung organisasi komunitas (jarnas).
   Hal ini dapat dilakukan melalui pemerataan alokasi pendanaan untuk semua jarnas, dengan cara: memetakan distribusi pendanaan jarnas, meninjau program yang sudah dilakukan jarnas, dan memasukan komponen penguatan kapasitas untuk jarnas dan konsituennya pada setiap program pendanaan.
2. Mendorong kebijakan yang akomodatif terhadap program jarnas.
   Pemangku kebijakan perlu mempertimbangkan isu spesifik populasi kunci dan ODHIV dalam pengembangan kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah.
3. Meningkatkan konsolidasi antar jaringan nasional
   Membangun kesadaran mengenai isu interseksionalitas dan membuka ruang kolaborasi untuk melakukan upaya pemantauan dan advokasi secara kolektif. Setiap jarnas juga dapat mereplikasi praktik baik program berbasis komunitas dari temuan penelitian ini yang sudah dilakukan oleh jarnas lainnya.

Lampiran 1

Profil Tujuh Jaringan Nasional

JIP

Jaringan Indonesia Positif (JIP) merupakan jaringan yang bergerak dalam dukungan advokasi untuk Orang Dengan HIV di Indonesia. JIP memiliki visi untuk mendorong terwujudnya orang dengan HIV yang sehat, setara, dan berkualitas dan misi untuk memperjuangkan hak sehat orang dengan HIV melalui sistem dukungan sebaya berprinsip pada keterlibatan orang dengan HIV secara bermakna, di semua tingkat penanggulangan HIV. JIP berdiri dengan tujuan untuk dapat (1) memperjuangkan dan memberdayakan orang dengan HIV pada aspek kesehatan, sosial, pendidikan dan ekonomi menuju kesejahteraan, (2) melakukan advokasi secara bersama-sama terkait isu-isu HIV, serta (3) memastikan adanya sistem dukungan sebaya bagi orang dengan HIV yang ideal sesuai kearifan lokal.

JIP memiliki struktur organisasi yang terdiri dari anggota, Dewan Nasional, Dewan Pembina, Supervisory Board, Ketua Sekretariat Nasional, dan Sekretariat Daerah. Keanggotaan Jaringan Indonesia Positif (JIP) terdiri dari Kelompok Penggagas (KP) serta Individu yang hidup dengan HIV. Sebagai jaringan nasional, JIP memiliki konstituen di 26 provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Utara, Riau, Kep. Riau, Jambi, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Kep. Bangka Belitung, DKI. Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, D.I. Jogjakarta, Bali, Maluku, Maluku Utara, NTT, NTB, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Papua, Papua Barat.

Peran Sekretariat Pusat untuk melakukan advokasi nasional, asistensi, serta monev. Sedangkan, peran Sekretariat Daerah adalah melakukan advokasi pada tingkat daerah/lokal, implementasi program, serta monev. Setiap dua bulan sekali diadakan pertemuan Sekda untuk update wilayahnya. Sedangkan untuk musyawarah nasional yang dilaksanakan tiap 6 bulan sekali.

Program yang dijalankan oleh Jaringan Indonesia Positif (JIP), yaitu meliputi:

1. **Penguatan Organisasi;** Sebagai organisasi yang baru berdiri dan terus berkembang, Jaringan Indonesia Positif terus mengokohkan organisasinya dengan berfokus pada:
    - Pengembangan Kerangka dan
    - Strategi Jaringan.
    - Pengembangan SOP dan Pedoman
    - Organisasi.
    - Mengembangkan Rencana Kerja.
    - Membangun Mekanisme dan Media
    - Komunikasi.
    - Memperkuat Struktur dan
    - Infrastruktur

2. **Membangun & Memperkuat Kemitraan;** Isu HIV merupakan masalah kesehatan publik yang dalam penanganannya dibutuhkan peran serta dari stakeholder, organisasi masyarakat sipil dan masyarakat luas pada umumnya. Oleh karena itu, demi tercapainya visi, misi, dan tujuan JIP, dibutuhkan strategi untuk memperluas jaringan antara lain:
    - Membangun kemitraan strategis dengan Stakeholder, Organisasi/ jaringan, dan Lembaga Donor.
    - Membangun jejaring kemitraan strategis dengan organisasi masyarakat lainnya yang tidak memiliki isu langsung dengan HIV, namun memiliki keterkaitan dan berpotensi mendukung JIP.

3. **Peningkatan Kapasitas Anggota;** JIP merupakan organisasi yang terus berkembang setiap tahunnya. Perkembangan tersebut tentu harus didukung oleh kemampuan para individu didalam organisasi. Oleh sebab itu, JIP berkomitmen untuk:
    - Membangun kesadaran kritis pada anggota dan masyarakat melalui beragam kegiatan.
    - Melakukan penguatan struktur keorganisasian/kelompok
    - Melakukan pengembangan media KIE untuk anggota.
    - Melakukan penilaian, pemantauan dan evaluasi pada anggota/ kelompok dalam memperkuat basis anggota.
    - Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan anggota melalui berbagai kegiatan.

4. **Advokasi Berbasis Bukti;** Advokasi merupakan fokus utama dari JIP yang bertujuan untuk terciptanya lingkungan yang mendukung orang dengan HIV dalam mengakses mengakses layanan pemeriksaan kesehatan, perawatan dan pengobatan. Strategi tersebut antara lain:
    - Melakukan upaya sosialisasi dengan menekankan bahwa persoalan HIV merupakan isu kesehatan yang bukan merupakan persoalan moral atau akhlak.
    - Melakukan upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
    - Melakukan upaya peningkatan pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS.
    - Melakukan upaya dalam mendorong Pemenuhan HAK anak yang terinfeksi dan rentan terhadap infeksi HIV, Ibu rumah tangga dan masyarakat lainnya secara luas, tidak terbatas pada populasi kunci.
    - Melakukan kajian-kajian, analisis, studi, diseminasi dan pemantauan berbasis komunitas dalam upaya advokasi kebijakan HIV AIDS dan Anggarannya, hingga pada tataran implementasi.

Dukungan pendanaan yang diterima oleh Jaringan Indonesia Positif (JIP) terdiri dari berbagai mitra Nasional maupun Internasional yang meliputi USAID, UNAIDS, Spiritia, GNP+, IAC, UNFPA, EPIC, STBP, Yayasan Kasih Suwitno, dan TB Woman.

OPSI

Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI) merupakan jaringan nasional yang dipimpin oleh komunitas, didirikan, dijalankan dan didedikasikan untuk pekerja seks di Indonesia yang dibentuk pada tanggal 28 Oktober 2009 di Jakarta dengan tujuan untuk memperjuangkan terpenuhinya hak-hak konstitusi pekerja seks sebagai warga negara.

OPSI memiliki visi mendorong terwujudnya negara yang menjalankan kewajibannya untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak asasi manusia dalam hal ini komunitas yang rentan dan termarjinalkan serta berdayanya pekerja seks setara dengan warga negara Indonesia lainnya. Misi OPSI dijabarkan menjadi lima komponen yaitu untuk (1) membangun kesadaran kritis HAM pada komunitas yang rentan dan termarjinalkan di seluruh Indonesia, (2) Mendorong negara dalam melaksanakan kewajibannya akan penegakkan HAM komunitas yang rentan dan termarjinalkan di Indonesia (3) Mendorong keterlibatan komunitas yang rentan dan termarjinalkan dalam pengambilan kebijakan di segala aspek, (4) Menggalang solidaritas di kalangan komunitas yang rentan dan termarjinalkan di seluruh Indonesia, (5) Mendorong keterlibatan komunitas yang rentan dan termarjinalkan dalam upaya penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.

Berdirinya OPSI bertujuan untuk mendorong:

a. Terpenuhinya hak-hak konstitusi komunitas yang rentan dan termarjinalkan sebagai warga negara Indonesia
b. Mengikis/menghilangkan stigma, diskriminasi dan dekriminalisasi terhadap komunitas yang rentan dan termarjinalkan
c. Keterlibatan komunitas yang rentan dan termarjinalkan dalam pengambilan kebijakan penanggulangan program IMS, HIV dan AIDS
d. Menjadi pusat pendidikan (learning center) bagi komunitas yang rentan dan termarjinalkan

Secara hirarki, anggota OPSI adalah pengambil keputusan tertinggi dalam organisasi. Dalam pengelolaan menjalankan organisasi, OPSI dibagi berdasarkan area pengelolaan yaitu tingkat nasional disebut OPSI Nasional dan di tingkat Provinsi disebut OPSI Provinsi dan masing-masing area dipimpin oleh ketua badan pengurus (Koordinator) yang dibantu oleh sekretaris, bendahara, dan fungsionaris OPSI. Secara sederhana, komponen struktur dalam OPSI meliputi anggota, Dewan Nasional/Dewan Provinsi, serta Koordinator Nasional/Koordinator Provinsi. Selain itu, terdapat juga pihak-pihak yang bukan merupakan anggota OPSI untuk dapat memberikan pertimbangan, masukan dan saran terkait dengan upaya pencapaian visi dan misi OPSI yang kemudian disebut sebagai Dewan Penasehat.

Keanggotaan OPSI terdiri dari pekerja seks dan mantan pekerja seks yang bersifat perseorangan atau organisasi berbasis komunitas di tiap provinsi dan bersifat sukarela dengan syarat warga negara Indonesia, berusia 18 tahun atau lebih, mengisi dan menandatangani formulir pendaftaran anggota, serta menyatakan kesediaan untuk mematuhi anggaran dasar (AD), anggaran rumah tangga (ART) dan peraturan-peraturan OPSI.

Sebagai jaringan nasional, OPSI memiliki konstituen di 21 provinsi di Indonesia yaitu:

1. OPSI Aceh
2. OPSI Bali
3. OPSI Bangka Belitung
4. OPSI Banten
5. OPSI Daerah Istimewa Yogyakarta
6. OPSI DKI Jakarta
7. OPSI Jambi
8. OPSI Jawa Barat
9. OPSI Jawa Tengah
10. OPSI Jawa Timur
11. OPSI Kalimantan Selatan
12. OPSI Lampung
13. OPSI Maluku
14. OPSI Nusa Tenggara Timur
15. OPSI Papua
16. OPSI Papua Barat
17. OPSI OPSI Riau
18. OPSI Sulawesi Selatan
19. OPSI Sulawesi Utara
20. OPSI Sumatera Barat
21. OPSI Sumatera Utara

Mekanisme koordinasi dilakukan melalui alur keorganisasian setiap satu bulan sekali, tiga bulan sekali, semester dan evaluasi tahunan. OPSI Nasional memiliki peran atas isu-isu nasional yang mengupayakan keterlibatan konstituennya pada setiap program yang dijalankan, memberikan penguatan dan peningkatan kapasitas baik untuk anggota maupun organisasi OPSI provinsi. Sedangkan OPSI Provinsi berperan melakukan perekrutan anggota, memberikan gambaran situasi ataupun isu di tingkat provinsi ke nasional.

Program yang saat ini dijalankan oleh OPSI Nasional diantaranya:

1. The Global Fund - ATM dalam program CSS - HR (Community System Strengthening and Human Rights - Based Reduction of Barriers to Health Access), menjalankan program ini sejak tahun 2018. Program ini dilaksanakan karena melihat adanya kebijakan yang tidak mendukung pemenuhan hak orang dengan HIV termasuk pekerja seks, tidak adanya pemerataan akses, informasi serta mekanisme pendanaan ditengah menurunnya pendanaan. Program ini dilaksanakan pada 11 Kota/Kabupaten yaitu Jakarta Utara; Jakarta Pusat; Jakarta Timur; Tangerang Kota; Tangerang Selatan; Lampung; Palembang; Kota Medan; Deli Serdang; Surakarta dan Semarang.
2. United Nations Population Fund (UNFPA) bersama Bappenas program community development dari tahun 2018 dengan fokus isu penelitian Kesehatan Mental pada pekerja seks perempuan untuk tahun 2022.
3. Asia Pacific Network of Service Workers (APNSW) - Fund Just a Society (FJS) pada tahun 2021, fokus isu untuk melindungi dan mengadvokasi hak asasi manusia pekerja seks dengan melibatkan suara pekerja seks di tingkat nasional, regional dan internasional.

4. Voice diterima OPSI melalui APNSW pada tahun 2021 dengan fokus isu menguatkan suara pekerja seks di Asia.
5. Global Alliance Against Traffic in Women (GAATW), merupakan kelompok yang memperjuangkan hak perempuan dari berbagai sektor pekerjaan. OPSI tergabung menjadi anggota sejak tahun 2021 dan menjalankan program dari GAATW sejak tahun 2022 dengan isu pemahaman pekerja seks sebagai pekerja.
6. Global Fund for Women, program ini berfokus pada penguatan kelembagaan yang diperuntukkan oleh OPSI untuk OPSI di provinsi yang dijalankan sejak tahun 2022.
7. Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) - United Nations AIDS (UNAIDS) dengan program Community Led Monitoring (CLM) dari tahun 2021, fokus isu memberikan penguatan dan keberlanjutan organisasi yang dipimpin oleh komunitas.

Intimuda

Inti Muda Indonesia adalah jaringan nasional untuk populasi kunci muda di Indonesia yang bekerja dalam 3 (tiga) area utama, yaitu Advokasi kebijakan, Pemberdayaan populasi kunci muda, dan Kemitraan dengan organisasi orang dewasa. Inti Muda Indonesia beranggotakan 100 populasi kunci muda di 13 provinsi : Sumatera Utara, Riau, Sumatera Barat, Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jogjakarta, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, dan Papua.

Intimuda memiliki visi agar Populasi Kunci Muda Berdaya dan Terpenuhi Hak-haknya. Misi Intimuda yaitu (1) Meningkatkan kapasitas populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV, (2) Meningkatkan kinerja organisasi melalui pembenahan tata kelola dan sumberdaya manusia (3) Melakukan advokasi untuk mempengaruhi kebijakan terkait hak-hak populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV (4) Membangun kemitraan yang setara untuk memperoleh dukungan dan meningkatkan sumber daya, (5) Melakukan upaya perlindungan dan bantuan hukum melalui kerjasama dengan mitra strategis, dan (6) Mengembangkan sistem dan mekanisme kaderisasi.

Tujuan berdirinya Intimuda adalah untuk (1) Meningkatkan kapasitas populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV terkait informasi pencegahan dan penanggulangan HIV serta hak kesehatan seksual dan reproduksi, (2) Melakukan upaya advokasi kebijakan terkait populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV, serta (3) Membangun kemitraan yang setara dalam pemenuhan hak-hak bagi populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV.

Struktur Organisasi Intimuda terdiri dari Anggota, Dewan Pengawas Nasional, Dewan Pengurus Nasional, Sekretariat Provinsi, serta Focal Point Provinsi. Anggota Inti Muda Indonesia terdiri dari Anggota Umum dan Khusus.Anggota Umum yaitu setiap orang yang merupakan populasi kunci dan orang dengan HIV di bawah atau sama dengan usia 30 (tiga puluh) tahun. Sedangkan, Anggota Khusus yaitu setiap orang yang merupakan populasi kunci dan orang dengan HIV di atas usia 30 (tiga puluh) tahun, yang memiliki kepedulian dan berkontribusi terhadap populasi kunci muda dan orang muda dengan HIV. Anggota yang dimaksud oleh Intimuda adalah setiap orang yang memiliki kepedulian

terhadap tercapainya visi dan misi Inti Muda Indonesia serta memenuhi persyaratan keanggotaan sesuai dengan anggaran rumah tangga Intimuda Indonesia.

Program yang dijalankan oleh Intimuda, antara lain:

1. Program CLM Rumah Cemara, program ini berjalan mulai tahun 2021 hingga saat ini dengan sumber pendanaan dari UNAIDS, isu pokoknya adalah peningkatan terkait keorganisasian serta pemantauan layanan kesehatan khususnya pada layanan HIV. Proyek ini melibatkan 7 Sekretariat Provinsi Inti Muda Indonesia : Sumatera Utara, Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, dan Papua.
2. Program CLM DFAT sudah dilakukan dari 2021 pendanaan melalui UNAIDS-DFAT, dimana isu pokoknya adalah melahirkan peneliti-peneliti komunitas yang mampu untuk melakukan pemantauan dan evaluasi layanan.
3. Program peningkatan kapasitas populasi kunci muda melalui Youth LEAD, dilakukan dalam bentuk pelatihan, kompetisi daring untuk populasi kunci muda, dan Musyawarah Nasional.
4. Program Demand Creation dengan dukungan Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) melalui United Nations AIDS (UNAIDS) Indonesia, yang berfokus pada penciptaan permintaan akses layanan HIV dari populasi kunci muda di Indonesia.
5. Program The PACT untuk mengembangkan #UPROOT Scorecard, sebuah mekanisme penilaian respon negara terhadap kebutuhan orang muda di Indonesia dalam bentuk kartu poin.

GWL-INA

Perkumpulan Gaya Warna Lentera Indonesia (GWL-INA) merupakan sebuah jaringan untuk komunitas Gay, Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki Laki Lainnya serta Transgender Perempuan di indonesia yang beranggotakan 84 Organisasi Berbasis Komunitas (OBK) dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) GWL yang ada di 28 provinsi di indonesia. GWL-Ina memiliki visi dalam menciptakan perkumpulan GWL yang berdaya dan secara aktif mewujudkan individu dan komunitas yang sehat dan sejahtera tanpa stigma dan diskriminasi dengan pendekatan hak asasi manusia. Misi GWL-Ina, yaitu untuk (1) Memperkuat dan memobilisasi organisasi dan komunitas GWL dalam rangka secara aktif
memfasilitasi program-program pencegahan, pendampingan serta dukungan bagi penanggulangan IMS serta HIV dan AIDS dalam kerangka kesehatan dan kesejahteraan serta hak seksual dan reproduksi, (2) Membangun, mengembangkan dan koordinasi dan kerja sama yang baik di antara organisasi dan komunitas maupun dengan lembaga lainnya yang berkepentingan untuk mencapai terpenuhinya kesehatan dan kesejahteraan seksual, orientasi seksual, identitas gender, identitas seksual & ekspresi gender dan jasmani, serta hak seksual dan reproduksi, serta (3) Membangun kerja advokasi menuju tercapainya kesehatan dan kesejahteraan seksual & reproduksi, termasuk IMS dan HIV & AIDS, serta tercapainya kesejahteraan komunitas GWL berdasarkan hak asasi manusia (HAM).

GWL-INA didirikan dengan tujuan untuk (1) Meningkatkan akses penyebaran informasi mengenai IMS, HIV, AIDS dan HAM bagi komunitas dan mendorong peningkatan akses layanan kesehatan yang komprehensif, (2) Memudahkan akses terhadap dukungan dana dan teknis yang dibutuhkan oleh organisasi-organisasi yang menangani program IMS, HIV, AIDS dan HAM bagi komunitas di Indonesia dan mengembangkan kapasitasnya, (3) Memobilisasi komunitas dalam merespon IMS, HIV, AIDS dan HAM secara komprehensif, serta (4) Meningkatkan pemahaman dan aksi anggota perkumpulan mengenai kesehatan dan
kesejahteraan serta hak seksual dan reproduksi serta HAM.

Struktur Organisasi GWL-INA terdiri dari Anggota, Dewan Pengawas, Dewan Pengurus, Koordinator Nasional, dan Staf Sekretariat Nasional. Anggota organisasi GWL-INA harus memenuhi syarat-syarat, yaitu merupakan ODK dan KDS GWL baik yang telah berbadan hukum maupun yang belum berbadan hukum, berpengalaman dalam pelaksanaan program yang ditujukan bagi GWL di wilayahnya, serta mendapatkan surat dukungan dari dua organisasi yang sudah berkekuatan hukum tetap (salah satunya boleh dari pemangku kepentingan terkait program di Provinsi atau Kabupaten/Kota). Saat ini, anggota jaringan GWL-INA merupakan OBK dan KDS tersebar di 28 provinsi di indonesia, diantaranya Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Bengkulu, Sumatera Selatan, Lampung, Kalimantan Barat. Kalimantan Tengah, Banten, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, D.I.Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua.

Dalam hal mekanisme koordinasi, Koordinator Nasional memiliki staf di sekretariat nasional sesuai dengan kebutuhan untuk membantu kerja-kerjanya ataupun untuk menjalankan program (mis: Program Manager, staff program, Finance, Administari dll). Koordinator Nasional akan melaporkan kerja-kerjanya kepada Dewan Pengurus, serta mempertanggung jawabkan laporan terkait kerja-kerjanya.

PROGRAM YANG DIJALANKAN SAAT INI

1. Program CFCS-TB dilaksanakan pada bulan Januari 2022 yang bersumber dari STOP TB Partnership melalui program CFCS (Challenge Facility For Civil Society), proyek ini berfokus pada isu TBC, Gender, HIV dan Stigma Diskriminasi pada komunitas GWL. termasuk didalamnya peningkatan pengetahuan terkait TBC, asesmen layanan TBC serta strategi advokasi pada layanan TBC, fokus dari proyek ini meliputi wilayah Jakarta (Yayasan Pesona Jakarta, Yayasan Intermedika Prana, Yayasan Srikandi Sejati) Bogor (Yayasan Pesona Bumi Pasundan), Bekasi (Pemuda Tapal Batas, Gaya Patriot Bekasi), Tangerang (PELITA), Depok (Gaya Patriot Bekasi)
2. Program CLM Rumah Cemara, program ini berjalan mulai tahun 2021 hingga saat ini dengan sumber pendanaan dari UNAIDS, isu pokoknya adalah peningkatan terkait keorganisasian serta pemantauan layanan kesehatan khususnya pada layanan HIV. profek ini melibatkan 5 wilayah Kota Banjar (Kota Cirebon (Larre

Caruban), Kab. Bekasi (Pemuda Tapal Batas), Kota Bandar Lampung (Gaya Lampung) dan Kendari (KWST)

3. Program CLM DFAT sudah dilakukan dari 2021 pendanaan melalui UNAIDS-DFAT isu pokoknya adalah melahirkan peneliti-peneliti komunitas yang mampu untuk melakukan pemantauan dan evaluasi layanan.
4. Community Engagement and Demand Creation to Provide Information on PreP, program ini di danai oleh UNAIDS dan berjalan di tahun 2022 ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran komunitas akan akses PreP dan penciptaan permintaan PreP, wilayah intervensi nya meliputi DKI Jakarta (Yayasan Pesona Jakarta, Yayasan Intermedika Prana, Yayasan Srikandi Sejati), kota Bekasi (Gaya Patriot Bekasi) Kab. bogor, Yayasan Bumi Pasundan Bogor, Srikandi Pakuan Bogor) Kota Depok (Warna Sehati), Kota tangerang (PELITA), Surabaya (PERWAKOS), Sidoarjo (PERWASID), Semarang (Yayasan Gaya Semarang), DIY Yogyakarta (Yayasan Vesta), Batam, balikpapan, Samarinda,.
5. Free To Be Mee. F2BM merupakan program yang didanai oleh Kementerian Luar Negeri Belanda yang telah berjalan sejak tahun 2021. Empat tujuan utama yang akan dicapai F2BM pada tahun 2025 adalah penguatan CoA di masing masing negara, dukungan publik, perubahan kebijakan dan pemberdayaan ekonomi dengan komunitas LGBTIQ+ sebagai rightsholder. F2BM sebagai program global terdiri dari 6 organisasi sebagai anggota konsorsium yaitu Hivos, Global Interfaith Network (GIN), ILGA Word, Positive Vibes, Sogicampaigns dan Workplace Pride. Adapun wilayah intervensinya meliputi Makassar, Aceh, Jogja, Palangkaraya, Surabaya, Papua.

JTID

Jaringan Transformasi Indonesia didirikan oleh 15 individu transgender pada tanggal 12 November 2019 di Jakarta Selatan. JTID merupakan perkumpulan berbasis komunitas transgender, yang dipimpin langsung oleh komunitas transpuan dan trans laki-laki di Indonesia, yang berfokus pada meningkatkan kemandirian, kesejahteraan, perlindungan dan pengakuan hukum bagi komunitas transgender Indonesia, serta tata kelola organisasi. Visi JTID adalah mendorong penghormatan, Perlindungan, Pemenuhan hak-hak Transgender di Indonesia. JTID memiliki misi untuk melakukan Penanganan kasus, penguatan basis, penelitian dan pengembangan jejaring, advokasi dan kampanye

JTID menjunjung tinggi nilai-nilai nir kekerasan, zero diskriminasi, keadilan dan kesetaraan, transparansi, solidaritas dan kolektivitas, kemandirian, non profit, inklusi dan egaliter.
Tujuan pembentukan Jaringan adalah menjadi ruang untuk mengembalikan visibilitas transgender dalam gerakan LGBTI dan gerakan sosial-politik di Indonesia. Jaringan ini dibentuk untuk merespon situasi Indonesia yang semakin represif terhadap LGBTI khususnya transgender di Indonesia, 45 ujaran kebencian (2018), 49 kebijakan diskriminatif, 172 kasus persekusi[15] (2006-2017). Jaringan ini juga merupakan jembatan untuk mengintegrasikan gerakan dan komunitas transgender di berbagai daerah di

[15] Catatan kelam Fed.Arus Pelangi (2018)

Indonesia

Struktur organisasi JTID tetap dipimpin oleh Rapat umum anggota yang memilih dan menetapkan presidium. Kemudian presidium memilih koordinator nasional yang akan memimpin sekertariat. Keanggotaan JTID lebih organisasi atau kolektif berbasis komunitas transpuan dan translaki-laki di seluruh Indonesia. Namun sampai saat ini JTID baru menyusun draft SOP keanggotaan dan belum memiliki anggota.

Sebagai Jaringan Nasional, JTID bermaksud akan merekrut anggota yang merupakan organisasi/kolektif berbasis komunitas transgender yang ada di setiap kota dan propinsi di indonesia

Adapun kegiatan-kegiatan JTID sampai saat ini meliputi:

1. Tata kelola organisasi dengan program
    - Peningkatan kapasitas internal terkait program manajemen (Impact)
    - Pembuatan SOP Sumber Daya Manusia, SOP Keuangan, SOP Pengadaan Barang, dan Kode Etik (Rumah Cemara dan CoC)
    - Pengenalan Jaringan Transgender Indonesia ke 5 Wilayah (POP - CoC Netherland)
2. Wellbeing dan kesehatan dengan program
    - Peningkatan kapasitas untuk mitra psikiater (Brave - Hivos)
    - Wellbeing dan dukungan untuk individu trans pembela HAM dan keluarganya (Brave dan FTBM)
3. Perlindungan / penegakan hukum dan keamanan
    - Advokasi berbasis media sosial @transgender_indonesia (Brave)
    - Pelatihan advokasi lanjutan (FTBM)
    - Community Lead Monitoring (CLM) UNAIDS dan DFAT
4. Inklusi sosial dan kemandirian
    - Peningkatan kapasitas untuk individu trans pembela HAM (Brave)
    - Pelatihan individu transgender terkait Anti Diskriminasi (FTBM)

Sejauh ini JTID sebagai Jaringan nasional yang paling muda namun bisa dikatakan sudah mendapat kepercayaan dari mitra kerja sesama jaringan dan lembaga donor. JTID sudah mendapatkan dukungan finansial dari beberapa program donor dan kerja-kerja aliansi/consortium seperti Bridging The Gap dengan program POP (power of pride) dukungan CoC netherland FTBM (free to be me dengan dukungan dari Hivos). CLM (Community Lead Monitoring mendapat dukungan dari UNAIDS dan DFAT), Brave dukungan Hivos, ASC (asean Sogie Caucus), Rumah Cemara, JIP (Jaringan Indonesia Positive) dan kerja sama dengan jaringan nasional lainnya.

PKNI

PKNI memiliki visi untuk mendorong korban napza yang berdaya bersama dengan anggota masyarakat lainnya mewujudkan keadilan dan pemenuhan Hak Asasi Manusia. Misi PKNI adalah untuk (1) Memperjuangkan terpenuhinya hak asasi manusia pada korban napza, (2) Melakukan upaya pendidikan kritis kepada para korban napza dan masyarakat, (3) Melakukan advokasi menuju kebijakan napza yang manusiawi dan

berpihak kepada korban napza, (4) Membangun kemitraan strategis, sert (5) Memberikan asistensi teknis kepada komunitas korban napza untuk mendukung visi PKNI.

Keanggotaan organisasi adalah kelompok/perkumpulan. Setiap anggota PKNI memiliki hak untuk

1. Dapat dicalonkan dan mencalonkan diri untuk menjabat sebagai Dewan Pengurus, Dewan Pengawas dan Koordinator Nasional.
2. Bersuara dan berpendapat (kritik dan saran) dalam setiap forum organisasi yang dihadiri maupun tidak dihadiri dengan mekanisme suara langsung atau perwakilan suara yang ditentukan melalui mekanisme di tingkat provinsi.
3. Suara dan pendapat di luar forum organisasi hanya dapat dilakukan secara tertulis dan berdasarkan fakta.
4. Mengangkat dan memberhentikan Dewan Pengawas melalui kongres nasional dan sidang etik.
5. Menggunakan seluruh mekanisme kongres dan rapat untuk kepentingan perjuangan bersama.
6. Anggota kelompok dapat membela diri bila diduga melakukan pelanggaran terhadap aturan dan ketentuan organisasi.
7. Anggota berhak mendapatkan informasi terkait perencanaan dan pelaksanaan kegiatan PKNI.
8. Anggota berhak mendapatkan bantuan teknis dan advokasi hukum yang difasilitasi oleh PKNI.
9. Setiap anggota memiliki 1 hak suara dalam mekanisme keorganisasian.

Ada 22 konstituen PKNI sampai November 2022:

1. PKN Banda Aceh
2. PKN Sumut
3. PKN Bengkulu
4. IKON (Ikatan Korban Napza) Jambi
5. PKN Lampung
6. PKN Sumbar
7. PKN Tangerang Selatan (Banten)
8. Perhimpunan Perempuan Residivis Indonesia (Bekasi, Jawa Barat)
9. LIngkar Suara Bekasi (Bekasi, Jawa Barat)
10. Persaudaraan Korban Napza Depok (Depok, Jawa Barat)
11. PKN Sulut
12. Pernakoma (Manado, Sulawesi Utara)
13. West Borneo Action (Kalimantan Barat)
14. PKN Bontang (Kalimantan Timur)
15. AKSI NTB
16. JDIC (Jakarta)
17. PKN Wijaya Kusuma (Jakarta)
18. PKN Bogor
19. PKN Salatiga
20. PKN Malang
21. PKN Arek Surabaya

22. Kontra (Jakarta Utara)

Peran Sekretariat Nasional PKNI adalah melakukan penguatan kapasitas anggota mengenai hak asasi manusia, hak atas kesehatan dasar, pemahaman UU Narkotika dan implementasi pelaksanaannya, dan menyusun rencana advokasi.
Peran anggota PKNI adalah untuk menjalankan visi, misi dan mandat organisasi dalam kerja-kerja advokasi bagi pengguna napza.

Program yang saat ini dijalani di Sekretariat Nasional PKNI adalah:

1. Community Led Monitoring bersumber dana PEPFAR melalui Rumah Cemara yang disalurkan kepada PKNI untuk memantau kegiatan anggota dan layanan harm reduction. Pendanaan dari tahun 2021 sampai 2022.
2. Community Led Monitoring bersumber dana DFAT melalui UNAIDS yang disalurkan ke Jaringan Indonesia Positif ke PKNI untuk melakukan advokasi berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas hidup pengguna napza. Pendanaan dari tahun 2022.
3. Innovative Advocacy Approach bersumber dana dari Robert Carr Foundation melalui NAPUD ke PKNI untuk melakukan lobbying, pendekatan ke legislatif untuk revisi UU No 35 mengenai Narkotika. Ada 360 daftar inventaris masalah yang sedang diminta untuk dipertimbangkan oleh Komisi III DPR RI. Pendanaan dari tahun 2022.
4. CFCS Capacity building and development of research tools on TB service including stigma and discrimination for PWUD, MSM and people in closed setting
5. Pendekatan PKNI di isu Perempuan pengguna Napza dengan berpartisipasi dalam Hari Anti Narkotika INternasional (tahun 2022) dalam Kampanye Support dont Punnish yang didukung Oleh IDPC (International Drug Policy Concortium) yang melatarbelakangi adanya program ini adalah memasukan Perspektif Gender dalam Revisi UU Narkotika 35 /2009 tentang Narkotika Serta pemgembangan Kertas Posisi Pada Perempuan Pengguna Napza
6. Pendekatan PKNI Pada Legislatif dalam acara dalam Acara Meminta Masukan UU 35/2009 dalam Rapat Dengar Pendapat Umum yang disiarkan secara terbuka di Media resmi DPR www.dpr.go.id dan dipublikasikan oleh lebih dari 30 Media Mainstream untuk membuka Opini publik terkait Keterlibatan Korban Napza dalam Pemberian Masukan RUU No 35 UU Tentang Narkotika . dan PKNI memberikan Masukan secara Tertulis melalui DIM untuk dipertimbankan oleh Komisi III DPR RI . Tahun 2022.
7. Adanya Peningkatan Komunitas yang dilakukan sekretariat Nasional PKNI pada Anggota secara Berkala melalui Program PKNI yang melibatkan para Ahli di bidangnya . Tahun 2022
8. Kegiatan Scan Legal Policy yang merupakan Road Map PKNI tujuan dari Kegiatan ini dapat mengidentifikasi situasi pada Konstituen setiap daerah dan hasil dari Kegiatan ini menjadi baseline PKNI secara nasional sebagai Bahan Advokasi Bersama sehingga apa yang menjadi Tujuan Organisasi PKNI tercapai . Kegiatan ini di dukung oleeh INPUD

9. Melalui Sekretarat Nasional PKNI melakukan upaya Advokasi pada Pelanggaran HAM yang diterima salah satu Konstituen yang ada di Lapas Tanjung Gusta Medan yang mendapatkan tidakan Isolasi karena Status HIV . upaya advokasi dengan mengirimkan surat kalrifikasi pada Ditjenpas dan WBP lapas tersebutpun kembali memperoleh Akses HAM yang setara dengan WBP lainnya setalah mengarami pengurungan yang diterima per tanggal 5 November 2022 - 22 Desdember 2022 berhasil kembali ke dalam ruangan biasa.
10. Pelibatan PKNI dalam Team Penulisan Proposal Global Fund didukung Oleh INPUD untuk mendukung proses Penulisan Modular GF Grant Cycle 7 . kegiatan ini baru berjalan selama Proses Penulisan Proposal GF bersama dengan CCM Secretariat dan Team Tehnical Working Group. Tahun 2023 - selesai

IPPI

IPPI memiliki Visi untuk mendorong terwujudnya Perempuan dengan HIV dan terdampak sehingga berdaya, berkualitas hidup tinggi dan setara dengan warga negara Indonesia lainnya dalam bidang kesehatan, sosial, pendidikan, hukum dan ekonomi. Misi IPPI adalah memperkuat kemampuan perempuan-perempuan dengan HIV yang terdampak untuk memberdayakan diri dalam bidang kesehatan,sosial, pendidikan, hukum dan ekonomi melalui upaya-upaya advokasi, penggalangan sumberdaya dan peningkatan keterampilan untuk menuju kesejahteraan. IPPI didirikan dengan tujuan untuk melakukan pemberdayaan perempuan dengan HIV dan yang terdampak dalam aspek kesehatan, sosial, pendidikan, hukum dan ekonomi menuju kesejahteraan, meningkatkan kualitas hidup dan memberikan dukungan kepada perempuan dengan HIV dan orang yang terdampak agar menjadi lebih berdaya dan mengembangkan diri, pelibatan aktif dan bermakna bagi perempuan dengan HIV dan yang terdampak dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, serta bersama-sama melakukan advokasi yang terkait isu-isu perempuan dengan HIV dan yang terdampak.

Struktur Organisasi IPPI terdiri dari anggota, Dewan Nasional (1 koordinator dewan nasional, 4 orang anggota dewan nasional), Koordinator Nasional (1 orang), dan Koordinator Provinsi (34 Provinsi). Keanggotaan IPPI bersifat individu dan sukarela, anggota IPPI terdiri dari 90% perempuan yang hidup dengan HIV dan 10% perempuan negatif yang memiliki pasangan HIV positif.

Wilayah kerja IPPI ada di 28 Provinsi (DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DIY, Jawa Timur, Bali, Lampung, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Bengkulu, Jambi, Riau, Kepulauan Riau, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Utara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Aceh, Papua, Papua Barat dan Maluku).

Mekanisme Koordinasi : Koordinator Nasional memiliki staff di sekretariat nasional sesuai dengan kebutuhan untuk membantu kerja-kerjanya ataupun menjalankan program (mis : Program Manager, staff program, Finance, Administari dll). Koordinator Nasional akan melaporkan kerja-kerjanya kepada Dewan Nasional per 3 sampai 6 bulan dan juga Koordinator Nasional akan mempertanggung jawabkan laporan terkait kerja-

kerjanya kepada anggota pada saat rapat tahunan dan kongres. Koordinator Provinsi berkoordinasi langsung dengan Koordinator Nasional maupun sebaliknya.
Alur pertanggung jawaban :

1. Dewan Nasional bertanggung jawab penuh kepada anggota
2. Koordinator Nasional bertanggung jawab kepada Koordinator Nasional
3. Koordinator Provinsi bertanggung jawab kepada koordinator Nasional

Program yang saat ini dijalani di pusat :

1. Program CFCS-TB sudah dilaksanakan dari Januari 2022 Pendanaan dari CFCS (Challenge Facility For Civil Society) isu pokoknya adalah TBC, Gender, HIV dan Stigma dan diskriminasi pada PDHA. Kegiatan ini diharapkan dapat mendorong responsitivitas dan upaya pemerintah dalam menanggulangi program TB-HIV dan kesetaraan gender.
2. Program CLM RC sudah dilakukan dari tahun 2021 pendanaan dari UNAIDS-RC, isu pokoknya adalah meningkatkan informasi dan kapasitas organisasi terkait manajemen dan keorganisasian termasuk pemantauan layanan khususnya layanan PPIA.
3. Program CLM DFAT sudah dilakukan dari 2021 pendanaan melalui UNAIDS-RC isu pokoknya adalah melahirkan peneliti-peneliti komunitas yang mampu untuk melakukan pemantauan dan evaluasi layanan.
4. Sosialisasi mengenai HIV AIDS dan KBG di tempat kerja khususnya PDHA yang berprofesi sebagai pelaut. Kegiatan ini dilatarbelakangi oleh rendahnya pengetahuan perempuan pelaut mengenai isu HIV dan meningkatkan sensitivitas perempuan pelaut dalam mengenali kekerasan berbasis gender di lingkungan kerjanya. Kegiatan dilakukan di pertengahan tahun 2022 pendanaan melalui ILO. IPPI berperan sebagai lembaga penerima pengaduan untuk PDHA yang mendapatkan KBG.
5. Kesehatan mental pada PDHA. Kegiatan ini dilakukan dari bulan Agustus 2022. Pendanaan melalui GF dengan PR IAC. Kegiatan ini dilatar belakangi oleh belum adanya pemahaman PDHA terkait kesehatan mental dan juga modul kesehatan mental yang khusus untuk perempuan terutama PDHA.
6. Petugas Penerima Pengaduan (P3) untuk PDHA. Kegiatan ini dilakukan sejak tahun 2021 di 5 kota(DKI Jakarta, Denpasar, Bandung, Jawa Tengah dan Yogyakarta) dilanjutkan ada penambahan 5 kota lainnya(Medan, Bandar Lampung, Pontianak & Sintang, Manado dan Kupang). Kegiatan ini di danai oleh UNWOMEN. Kegiatan ini dilakukan untuk mekanisme pengaduan KBG pada PDHA sekaligus tindak lanjut penanganannya sesuai kebutuhan dari PDHA.
7. Emak Club sudah dijalankan dari tahun 2018-2020 pendanaan GF melalui Kementerian Kesehatan yang dilakukan di 12 Provinsi (DKI Jakarta, Tangerang, Bandung, Surabaya, Denpasar, Bandar Lampung,Palembang, Medan, Makassar, Jayapura dan Sorong). Terhitung dari 2021 hingga sekarang program ini masih dilaksanakan tanpa pendanaan (DKI Jakarta, Banten, DIY, Jawa Timur, Bali, Lampung, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Bengkulu, Jambi, Riau, Kepulauan Riau, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Utara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Aceh, Papua, Papua Barat dan Maluku)

kecuali Jawa Tengah dan Jawa Barat didanai oleh APBD. Kegiatan Emak Club ini adalah pendampingan yang dilakukan kepada PDHA baik yang ingin merencanakan kehamilan maupun yang diketahui positif HIV pada saat hamil.