



Hidup di Antara Tajam Batu Karang:

Kerentanan dan Pola yang Berdampak pada HIV/AIDS
dan Kekerasan terhadap Perempuan di Provinsi Papua

**Hidup di Antara Tajam Batu Karang:
Kerentanan dan Pola yang Berdampak
pada HIV/AIDS dan Kekerasan terhadap
Perempuan di Provinsi Papua**

Diterbitkan oleh:
AJAR, Yasanto, Katane, eL_AdPPer dan
Jayapura Support Group

**Hidup di Antara Tajam Batu Karang:
Kerentanan dan Pola yang Berdampak pada HIV/AIDS dan Kekerasan terhadap
Perempuan di Provinsi Papua**

Cetakan

Pertama, Desember 2019

Tim Peneliti dan Penulis

Galuh Wandita, Andy Yentriyani, Karen Campbell-Nelson, Sorang Saragih
Leonardus Mahuze, Herlina Fonataba, Beatrix Gebze, Sitti Soltief, Paskalena Daby

Penerjemah

Karen Campbell-Nelson

Editor dalam Bahasa Inggris

Matthew Easton

Editor dalam Bahasa Indonesia

Dodi Yuniar

Foto Isi

Muhammad Faisal Bustamam

Ilustrasi Sampul

Franky Hermanto

Desain Sampul dan Isi

Raisa Widiastari

Ukuran Buku

18 x 25,5 cm

Diterbitkan oleh Asia Justice and Rights (AJAR) bekerjasama dengan Yasanto [Yayasan Santo Antonius Merauke], eL_AdPPer [Perkumpulan Lembaga Advokasi Peduli Perempuan], Katane Support Group, dan Jayapura Support Group

Tentang Asia Justice and Rights

Asia Justice and Rights (AJAR) adalah organisasi non-profit yang berkedudukan di Jakarta, Indonesia. AJAR memiliki misi untuk meningkatkan kapasitas aktor lokal dan nasional, khususnya organisasi korban, dalam perjuangan melawan impunitas, dan turut mendorong terwujudnya kehidupan yang didasarkan pada prinsip akuntabilitas, keadilan, dan kemauan untuk belajar dari akar masalah pelanggaran HAM. AJAR memfokuskan kerjanya pada isu transformasi konflik, HAM, pendidikan, dan penguatan komunitas di kawasan Asia Pasifik. Untuk informasi lebih lanjut, silahkan kunjungi <http://asia-ajar.org>.



Bab 1: Ringkasan Eksekutif

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

Saya lahir 1986, tertua dari 8 bersaudara. [Tahun] 2003 ayah meninggal, lalu ibu punya pasangan. Kepala saya sering dipukul orang tua karena nakal. Saya lalu berpasangan, sering berkelahi bahkan sampai gigi rontok... Saya mulai terapi ARV [antiretroviral] pada tahun 2007. Saya bersyukur punya kawan-kawan sebaya dan yayasan yang mendukung, mengingatkan untuk konsultasi medis dan minum obat. Saya berjualan dan kerja di Yayasan untuk membantu orang terinfeksi. Hasilnya untuk menopang hidup keluarga: mama, adik-adik, dan anak-anak. Seluruh aktivitas di dalam pemulihan membuat saya jadi kuat. (AB, pendukung sebaya, 33 tahun)

Gambaran Umum

Dari Juni hingga Agustus 2019, Asia Justice and Rights (AJAR), bersama dengan empat organisasi lokal di Provinsi Papua (Yasanto, eL_AdPPer, Katane Support Group, dan Jayapura Support Group), melakukan penelitian untuk lebih memahami hubungan antara kekerasan terhadap perempuan (KTP) dan pengalaman perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS di Papua. Secara khusus, kami berusaha menjawab beberapa pertanyaan:

- Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kerentanan perempuan terhadap HIV/AIDS dan kekerasan? Bagaimana keterkaitan antara kedua hal tersebut?;
- Hambatan-hambatan apa yang dihadapi perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS untuk mengakses layanan-layanan yang relevan, termasuk layanan hukum, apabila ia mengalami kekerasan?;
- Apa dampak kekerasan yang dialami perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dalam hal pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan layanan yang ada?;
- Apa saja inisiatif-inisiatif yang ada di tingkat lokal dan nasional yang menyoroti kaitan antara HIV/AIDS dengan kekerasan terhadap perempuan di Provinsi Papua?

Dengan menggunakan metode riset aksi, penelitian ini menganalisis kesaksian 42 orang perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS (dalam tulisan ini juga akan digunakan sebutan perempuan positif) yang disampaikan melalui proses partisipatif di mana para narasumber berbagi pengalaman dan harapan mereka. Secara total, tim peneliti menyelenggarakan lima lokakarya yang masing-masing dilaksanakan selama 2 hari. Dari lima kali lokakarya, empat diadakan di Merauke dan satu diadakan di Jayapura. Seluruh peserta penelitian aktif dalam kelompok pendukung (*support group*) yang difasilitasi oleh mitra lokal. Dari 42 perempuan positif, 26 adalah Orang Asli Papua (OAP), dan 16 adalah pendatang yang telah lama tinggal di Provinsi Papua. Selain itu, kami juga mewawancarai 18 pemangku kebijakan, termasuk pejabat, penyedia layanan, dan pemimpin lokal.

Penelitian ini menemukan bahwa perempuan Papua **menjadi rentan** terhadap HIV/AIDS dan kekerasan disebabkan oleh tiga faktor: (1) Karena ia seorang **perempuan**, (2)

Karena ia mengalami stigma dan diskriminasi sebagai **orang yang hidup dengan HIV/AIDS**, dan (3) Karena ia **perempuan asli dan/atau perempuan miskin** yang terasing dari tanah dan budayanya karena percepatan pembangunan dan konflik berkepanjangan. Ketika perempuan menjadi positif, beban yang telah mereka tanggung menjadi semakin berat saat mereka menghadapi tantangan yang baru.

Temuan kami juga mengungkapkan **tiga pola yang berdampak** signifikan pada perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan mengalami kekerasan: (1) **Impunitas** mengakibatkan sikap pasrah dan keberulangan kekerasan, (2) Kerentanan terhadap HIV/AIDS dan kekerasan menjangkau **generasi berikutnya**, sehingga menciptakan siklus kerentanan baru, dan (3) Lingkaran setan **kebijakan yang buta-gender**.

Kurangnya infrastruktur yang didedikasikan untuk menghadapi tantangan ganda HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan menghambat upaya untuk mengatasi keduanya. Tanpa tersedianya sumber daya dan program jangka panjang dalam menangani kekerasan terhadap perempuan dan laki-laki yang hidup dengan HIV/AIDS, serta tanpa penanganan dampak HIV dan kekerasan pada kehidupan anak-anak, langkah maju yang telah diraih dalam dua dekade terakhir dapat terdesak mundur.

Dari 42 perempuan yang berpartisipasi dalam penelitian ini, 41 pernah mengalami kekerasan pada suatu waktu dalam hidupnya; 32 dari 42 perempuan mengalami kekerasan dari pasangan intim, artinya suami ataupun pacar. Banyak dari kisah-kisah perempuan itu menggambarkan masa ketika hidup mereka berubah di luar kendali, tanpa ada jaring pengaman yang bisa meringankan situasi. Tiga pola signifikan muncul dari informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini: (1) Mereka yang harus bertahan hidup sendiri sebagai anak atau remaja karena kematian salah satu atau kedua orang tua, (2) Para transmigran yang harus mengalami kemiskinan ekstrem akibat kemarau dan gagal panen sehingga mendorong mereka menjadi pekerja seks, (3) Sebagian besar (30/42) memiliki pasangan yang juga positif. Kebanyakan perempuan dalam studi ini tidak mempunyai kuasa untuk melindungi diri mereka sendiri.

Dalam penelitian ini, kami menemukan bahwa banyak perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS mengalami berbagai bentuk **kekerasan berbasis gender** yang dilakukan oleh pasangan, orang tua, saudara kandung, atau anggota keluarga lainnya. Mereka mengalami pelecehan fisik dan psikologis, penelantaran, perdagangan manusia, dan kekerasan seksual setelah dan bahkan sebelum mereka mengetahui status HIV mereka sendiri.

Baik pria maupun perempuan dihakimi, dikucilkan, dan diabaikan ketika ketika status HIV positif mereka diketahui. Namun, penelitian kami menunjukkan bahwa karena peran gender dan status kesehatan membuat kerentanan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS terhadap kekerasan itu berbeda dengan laki-laki dalam beberapa cara:

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

- Seorang perempuan dipukuli ketika dia menceritakan status HIV-nya kepada pasangan atau keluarganya.
- Seorang perempuan enggan menyusui karena takut menularkan HIV kepada anaknya. Namun, jika alasan ini diketahui, ia berisiko mengalami kekerasan dan/atau diskriminasi dari keluarganya jika mereka tahu alasan tersebut.
- Beberapa perempuan tidak bisa meminta pasangannya untuk melakukan pemeriksaan HIV/AIDS atau menggunakan kondom karena mereka takut permintaan itu akan memicu kekerasan dari pasangan.
- Dalam satu kasus, suami memakai kekerasan untuk melarang isterinya meminum obat karena dia tidak ingin keluarga besar mengetahui status kesehatan isterinya.
- Seorang perempuan yang suaminya meninggal karena AIDS diancam dengan kekerasan oleh keluarga almarhum suaminya karena dia menolak untuk menikah lagi dengan salah satu saudara lelaki dari mendiang suaminya itu.
- Beberapa perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS terus mengalami diskriminasi oleh tenaga medis yang menganggap mereka berperilaku “bebas”.

Impunitas Mengakibatkan Sikap Pasrah dan Keberulangan

Dari penelitian ini, kami menemukan bahwa perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS sering memilih untuk tidak melaporkan pasangannya kepada pihak berwenang ketika mereka mengalami kekerasan. Sebaliknya, mereka bersikap pasrah atau berusaha sendiri untuk menyelesaikan masalah mereka, mencari dukungan dari keluarga sendiri,



atau meminta bantuan dari konselor. Dari 32 perempuan yang mengalami kekerasan dari pasangan intim, hanya 12 perempuan yang melaporkan kekerasan tersebut kepada polisi atau pihak berwajib. Pelaporan ini berakhir dengan penandatanganan surat pernyataan oleh pelaku dengan janji untuk tidak mengulangi kekerasan tersebut. Dari 12 kasus ini, hanya tujuh pelaku yang akhirnya ditahan. Sementara itu, yang tidak melapor memberikan beberapa alasan dari sikap mereka:

- Dua perempuan mengatakan bahwa keluarga mencegah mereka melaporkan kekerasan yang dialami.
- Seorang perempuan mengatakan ia tidak tahu ke mana harus melapor.
- Seorang perempuan lain merasa tak bisa melaporkan karena tidak memiliki surat nikah, prasyarat pelaporan yang diminta oleh polisi.
- Seorang perempuan mengatakan bahwa ia tidak bisa melaporkan pelaku karena ketergantungan ekonomi kepada pelaku. Perempuan lain mengatakan bahwa keluarganya masih berhutang mas kawin pada keluarga suaminya.
- Perempuan-perempuan lain sulit melaporkan kekerasan dalam rumah tangga karena takut akan ada balas dendam atau karena mereka masih mencintai suami mereka.

Studi kami menemukan bahwa layanan untuk perempuan korban kekerasan kurang berkembang dibandingkan layanan kesehatan untuk perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS. Kedua infrastruktur layanan ini seperti dua pulau berdampingan yang tidak terhubung oleh jembatan apa pun, tanpa ada mekanisme rujukan yang berfungsi.

Risiko bagi Generasi Berikutnya

Meskipun upaya untuk mengatasi penyebaran HIV/AIDS di Provinsi Papua telah berjalan selama dua dekade, kombinasi HIV/AIDS dan kekerasan mengakibatkan dampak yang berkelanjutan pada generasi berikutnya di Papua. Ketika seorang perempuan harus berjuang melawan stigma; mengatasi persoalan kesehatannya, sekaligus cedera dan trauma akibat kekerasan; dan berjuang untuk bertahan hidup secara ekonomi, kapasitasnya untuk mengasuh dan mendidik anak akan menurun akibat dampak berjangka panjang dari situasi-situasi tersebut.

- Dari 42 perempuan positif, 11 orang menceritakan bagaimana mereka “dinikahkan” pada usia dini (sebelum berusia 18).
- Delapan orang menjadi yatim/piatu (kehilangan satu atau kedua orang tua mereka) sewaktu masih anak atau remaja. Sebagian dari mengalami pernikahan anak, sementara yang lain harus mencari nafkah sebagai remaja, hidup terlepas dari keluarga mereka.
- Sebanyak 13 dari 42 perempuan bercerita tentang bagaimana mereka menjadi aktif secara seksual pada usia dini tanpa memiliki informasi yang memadai

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

tentang kesehatan reproduksi dan seksual. Sayangnya, program kesehatan remaja dan seksualitas untuk siswa sekolah menengah yang sangat sukses pada 1990-an, seperti “Daku Papua” tidak dilanjutkan karena kekurangan pendanaan.



Para konselor yang telah lama bekerja di Merauke percaya bahwa maraknya “anak aibon” (anak yang hidup di jalan yang kecanduan menghirup lem) berkorelasi dengan meningkatnya keluarga yang terkena dampak HIV/AIDS dan belum adanya program yang memadai untuk membantu anak-anak tersebut. Anak jalanan, fenomena di banyak kota, berisiko mengalami kekerasan, terpapar HIV/AIDS, dan kecanduan.

Kebijakan yang Menyasar Perempuan dan Buta akan Dampak terhadap Perempuan

Percepatan pembangunan, konflik berkepanjangan, migrasi/transmigrasi dan suntikan uang tunai sebagai bagian dari otonomi khusus menjadi pemicu sosial (*social drivers*) yang berkontribusi pada kerentanan terhadap HIV/AIDS dan kekerasan.

Kami menemukan bahwa kebijakan yang diberlakukan untuk mencegah HIV/AIDS bersifat diskriminatif terhadap perempuan dan mencerminkan bias gender yang mengarah pada kriminalisasi perempuan. Praktik dan kebijakan ini termasuk: (1) Interpretasi sempit terhadap kesehatan reproduksi, terfokus semata pada pemeriksaan HIV dan PMS, (2) Penutupan lokalisasi besar di berbagai wilayah Indonesia tanpa mengantisipasi dampaknya, dan kriminalisasi terhadap pekerja seks dan ibu (3) Akses pada pelayanan kesehatan yang tidak berkelanjutan, dan (4) Berbagai program *ad hoc* jangka pendek yang mencerminkan pendekatan yang tidak tepat.

Kekuatan dan Harapan

Respons multisektoral dan digerakkan oleh aktivis lokal untuk pemberantasan HIV/AIDS di Merauke dan Jayapura berhasil mengadopsi pendekatan pemberdayaan. Sejak kasus pertama HIV ditemukan di Papua lebih dari 20 tahun yang lalu, pendekatan ini tampak dalam pelibatan perempuan asli Papua dan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dalam pengambilan keputusan dan aktivisme sehari-hari. Dalam banyak kisah yang kami temui, adanya rumah singgah (*shelter*) di Merauke, dan kemudian di Jayapura, menjadi titik balik kritis dalam kehidupan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS. Sebanyak 21 dari 42 narasumber menegaskan bahwa dengan memberikan perlindungan yang sangat dibutuhkan untuk jangka waktu tertentu, rumah singgah telah memberi kesempatan bagi mereka untuk bisa meraih kembali kendali atas kehidupan mereka sendiri.

Masyarakat sipil, dipimpin oleh organisasi Yasanto, bangkit untuk melahirkan intervensi HIV/AIDS yang dipimpin orang Papua, termasuk pembentukan kelompok sebaya untuk orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Gerakan ini mempunyai peran strategis untuk mengembangkan respons terpadu atas persoalan kekerasan terhadap perempuan. Namun, ketersediaan dana yang terus berkurang membahayakan capaian dari proses panjang selama dua dekade ini. Kita perlu memastikan keberlanjutan dukungan untuk layanan dasar yang disediakan oleh pemerintah dan kelompok masyarakat sipil, termasuk untuk kelompok dukungan sebaya (*KDS atau peer support groups*), serta regenerasi aktivis dan konselor. Dukungan-dukungan ini akan memungkinkan kelompok-kelompok lokal untuk mengembangkan respons yang komprehensif dalam mengatasi HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan, dengan pelibatan dan kepemimpinan perempuan Papua sendiri.

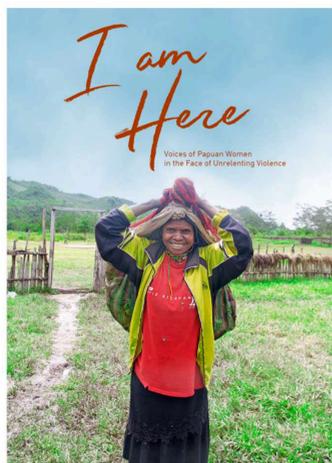
Judul laporan ini, “Hidup di Antara Tajam Batu Karang”, menggambarkan posisi sulit perempuan Papua yang mengalami kekerasan, terpojok oleh diskriminasi dan menanggung beban HIV/AIDS. Sebagian dari mereka harus tetap diam karena takut mengalami kekerasan, sekalipun mereka perlu mengakses pelayanan kesehatan untuk bertahan hidup. Ungkapan ini juga menangkap tantangan yang dihadapi pembuat kebijakan dan donor. Apakah mereka bergerak dengan prinsip “bisnis seperti biasa” seperti batu tak bergerak yang melanjutkan keterputusan antara upaya untuk menangani HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan? Atau, apakah mereka memilih jalan yang sulit untuk memberdayakan pendekatan berbasis lokal yang berkomitmen pada strategi jangka panjang dan terpadu untuk mengatasi dan mencegah HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan? Studi ini diakhiri dengan serangkaian rekomendasi.

AKU PAPUA -
MEMBANGUN
TANAH -
PAPUA



Bab 2:
Pengantar

Papua dan Papua Barat adalah provinsi paling timur Indonesia, dikelola di bawah Undang-Undang Otonomi Khusus (2001) atau yang biasa disebut dengan UU Otsus. UU ini mencakup janji untuk mengatasi konflik masa lalu, memperkuat hak-hak perempuan adat, memperbaiki ketidaksetaraan, dan meningkatkan partisipasi dan jangkauan pembangunan dengan keterlibatan penuh orang asli Papua. Pemerintah nasional sebelumnya dan saat ini telah berfokus pada upaya percepatan pembangunan, meningkatkan infrastruktur dan investasi dalam bidang kesehatan.



Sa Ada Disini: Suara Perempuan Papua Menghadapi Kekerasan Berkepanjangan
Kelompok Kerja Papua untuk Perempuan (Papuan Women's Working Group, PWG), 2019¹

Kekerasan terhadap perempuan di Papua adalah masalah kritis kesehatan publik dan hak asasi manusia, sebuah temuan yang menguatkan temuan-temuan dari penelitian sebelumnya.

Bentuk-bentuk kekerasan yang dialami perempuan sangat beragam. PWG mendokumentasikan kasus-kasus Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dan kekerasan negara seperti konflik atas sumber daya alam dan tanah adat, dan kekerasan seksual terkait dengan konflik politik, dan kekerasan dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan ketika mereka masih anak-anak. Perempuan berbicara tentang kekerasan di masa lalu dan dampak jangka panjangnya pada kesehatan dan kesejahteraan sosial ekonomi mereka, serta dampak dari kekerasan politik dan domestik yang berkelanjutan.

- Dari 249 peserta perempuan, 65 mengalami kekerasan negara. Meskipun insiden ini merupakan pelanggaran hak asasi manusia, tidak satu pun perempuan yang menerima ganti rugi dari negara. Inisiatif masyarakat sipil untuk membantu para korban ini tidak konsisten (hlm. 21).
- Dari 249 peserta perempuan, 37 mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Prevalensi kekerasan dalam rumah tangga, serta kurangnya layanan dan akses terhadap keadilan adalah masalah kritis yang mereka hadapi (hlm. 29).

Penelitian ini menegaskan kembali bahwa kebutuhan perempuan asli penyintas kekerasan harus ditangani secara holistik dan seimbang guna meningkatkan kehidupan mereka. Ada empat elemen berbeda tetapi saling terkait yang dapat berkontribusi dan mendorong pemulihan perempuan

¹ Sebagai anggota PWG, AJAR turut memfasilitasi proses penelitian aksi dari 2013–16 yang melibatkan 249 perempuan asli Papua. Laporan dalam Bahasa Indonesia diluncurkan di Kantor Gubernur Papua pada tahun 2016 dan versi bahasa Inggris yang mengalami pembaharuan dari versi Bahasa Indonesia diterbitkan pada tahun 2019. Temuan-temuan utama dan rekomendasi-rekomendasi kunci laporan tentang kekerasan terhadap perempuan direproduksi di sini. Laporan lengkap dapat diakses secara online <asia-ajar.org/wp-content/uploads/2019/04/I-am-Here-Voices-of-Papuan-Women-2019.pdf>.

korban. Melalui keempat elemen ini, mereka, keluarga mereka, dan komunitas mereka dapat menjadi agen perubahan bagi kehidupan yang bebas dari kekerasan. Keempat elemen tersebut adalah:

- Setelah penanganan insiden kekerasan dengan memberikan perlindungan hukum dan pelayanan kesehatan, perlu ada upaya serius untuk memperkuat landasan kehidupan perempuan secara berkesinambungan: akses kepada rumah yang layak, layanan kesehatan, pendidikan, dan sumber-sumber mata pencaharian termasuk tanah, kebun, hutan, dan air.
- Negara dan komunitas perlu memberi pengakuan terhadap perempuan korban kekerasan, khususnya korban kekerasan negara untuk mencapai keadilan dan keamanan bagi mereka. Untuk korban kekerasan domestik, harus ada pesan yang jelas dan konsisten bahwa kekerasan terhadap perempuan tidak diperbolehkan oleh negara maupun lembaga agama dan adat. Di samping itu, perlu memastikan akses terhadap proses hukum yang dapat memberikan rasa aman bagi para korban.
- Penguatan proses pemulihan untuk mengatasi trauma dan penderitaan harus menjadi prioritas bagi mereka yang bekerja dengan penyintas. Akses ke dukungan dan layanan psikososial berjangka panjang harus diprioritaskan. Pada saat yang sama, upaya-upaya pemulihan harus juga melibatkan lembaga agama dan adat yang menyentuh kehidupan para korban karena proses pemulihan seringkali bersifat spiritual.
- Terakhir, korban perempuan memerlukan secercah harapan untuk meningkatkan kehidupan mereka dan anak-anak mereka. Tanpa harapan ini, perempuan akan meninggalkan upaya membangun solidaritas dengan korban lain, serta upaya untuk membangun hidup dan komunitas yang bebas dari kekerasan. (hlm. 61–63)

Penelitian PWG meningkatkan kesadaran AJAR tentang ancaman ganda HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan. AJAR dan eL_AdPPer melanjutkan penelitian di Merauke, bersama-sama dengan Yayasan Santo Antonius (Yasanto, Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Katane, dan Kelompok Dukungan Jayapura (JSG-Jayapura Support Group) untuk memeriksa secara lebih dekat tentang masalah yang dihadapi oleh perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS berkaitan dengan kekerasan terhadap perempuan di Merauke dan Jayapura.

Epidemi HIV/AIDS di Papua muncul di Merauke pada tahun 1992 ketika sekitar 50 nelayan Thailand, dikontrak oleh kapal penangkap ikan besar yang beroperasi di Laut Arafura, dinyatakan positif HIV. Pada waktu yang hampir bersamaan, industri

pengalengan ikan dibuka dan pelacuran di sekitar pelabuhan tumbuh.² Tidak lama setelah itu, respons lokal yang multisektoral untuk HIV/AIDS, dipelopori oleh Kabupaten Merauke, menawarkan pendekatan holistik dan berdaya untuk epidemi di Provinsi Papua. Hasilnya, prevalensi HIV/AIDS di Papua telah berkurang menjadi 2,3% selama tujuh tahun terakhir.³ Pengurangan ini signifikan jika melihat penelitian pada tahun 2006 yang memperkirakan prevalensi HIV di Papua sebesar 3,4% hingga 6,8%.⁴ Namun demikian, masih ada lebih dari 40.000 orang di Papua yang diketahui hidup dengan HIV/AIDS pada kuartal pertama tahun 2019,⁵ atau sekitar 2.000 kasus baru yang diketahui sejak September 2018, seperti yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Papua.⁶

Penelitian sejak 2016 telah menunjukkan bahwa rasio pasien HIV-positif perempuan dan laki-laki di Papua adalah 3:1.⁷ Artinya, sekitar 60% dari kasus yang dilaporkan di Papua adalah perempuan, sementara kasus-kasus yang dilaporkan secara nasional hanya sekitar 37%. Mayoritas perempuan di Papua telah terinfeksi melalui aktivitas seksual berisiko tinggi di kalangan heteroseksual. Respons untuk pencegahan dan mitigasi awalnya difokuskan pada populasi tertentu, pekerja seks misalnya, dan sebagai akibatnya penularan menjadi lebih lambat di dalam kelompok tersebut. Namun, HIV/AIDS pada populasi umum di Papua kini telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang lebih besar.

Studi yang dilakukan oleh Pusat Studi Perempuan Universitas Cendrawasih di Jayapura menunjukkan bahwa patriarki dan sikap sosial tentang seks dan reproduksi sebagai faktor utama yang berkontribusi terhadap kerentanan perempuan terhadap HIV/AIDS.⁸ Karena hak kesehatan seksual dan reproduksi masih dianggap tabu di masyarakat, hanya ada sedikit informasi tentang seks yang aman. Akibatnya, banyak pasangan di Papua tidak menyadari pentingnya menggunakan kondom untuk membantu mencegah penyebaran HIV/AIDS. Budaya patriarki semakin menyulitkan perempuan untuk mendorong pasangannya menggunakan kondom. Studi ini menemukan bahwa hampir setengah dari laki-laki pelaku kekerasan menolak permintaan pasangan untuk melakukan seks yang aman dengan menggunakan kontrasepsi.⁹

Meskipun Provinsi Papua dianggap memiliki tingkat kekerasan terhadap perempuan tertinggi di Indonesia,¹⁰ diperlukan penyelidikan lebih lanjut terkait hubungan antara kekerasan terhadap perempuan dan epidemi HIV/AIDS di Papua. Sebuah studi oleh

2 Presentasi Leo Mahuze pada lokakarya metodologi untuk penelitian ini, 11 Juni 2019 di Merauke.

3 Pemerintah Papua, "KPA Sebut Prevalensi HIV Akhir 2017 Turun," diakses pada 15 Agustus 2019, <www.papua.go.id/view-detail-berita-5532/index.html>.

4 John Kaldor, et al. "Impacts of HIV/AIDS 2005-2025 in Papua New Guinea, Indonesia, and East Timor: Final Report of HIV Epidemiological Modelling and Impact Study," Februari 2006, <www.hivpolicy.org/Library/HPP000960.pdf>.

5 "Jumlah kasus HIV/AIDS triwulan I 2019 capai 40.805 kasus," *Papua Today*, 9 Mei 2019, <www.papuatoday.com/2019/05/09/jumlah-kasus-hiv-aids-triwulan-i-2019-capai-40-805-kasus/>.

6 "Angka penderita HIV/AIDS di Papua tembus 38.874, Nabire peringkat pertama," *Papua Satu*, 1 Desember 2018, <www.papuasatu.com/kesehatan/angka-penderita-hiv-aids-di-papua-tembus-38-874-nabire-peringkat-pertama/>.

7 Kementerian Kesehatan, "HIV Epidemiology Review Indonesia 2016," diakses pada 15 Agustus 2019, <www.siha.depkes.go.id/portal/files_upload/HIV_EPIDEMIOLOGY_REVIEW_INDONESIA_2016.pdf>.

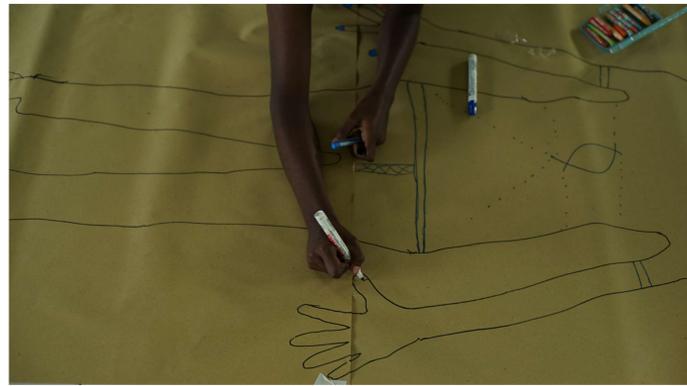
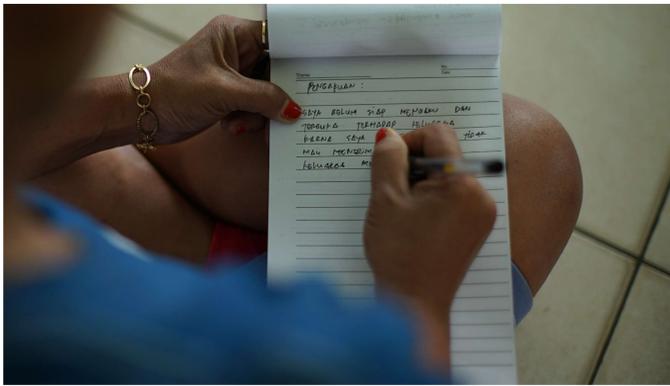
8 "Pendidikan publik HKSR dan kebijakan pembangunan di Jayapura," *Jurnal Perempuan*, 23 Mei 2017, <www.jurnalperempuan.org/warta-feminis/pendidikan-publik-hksr-dan-kebijakan-pembangunan-di-jayapura>.

9 Ibid.

10 "Bumi Cendrawasih urutan 1 kasus kekerasan terhadap perempuan," *Noken Live* 3, 27 Februari 2019, <www.nokenlive.com/2019/02/27/bumi-cendrawasih-urutan-1-kasus-kekerasan-terhadap-perempuan/>.

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

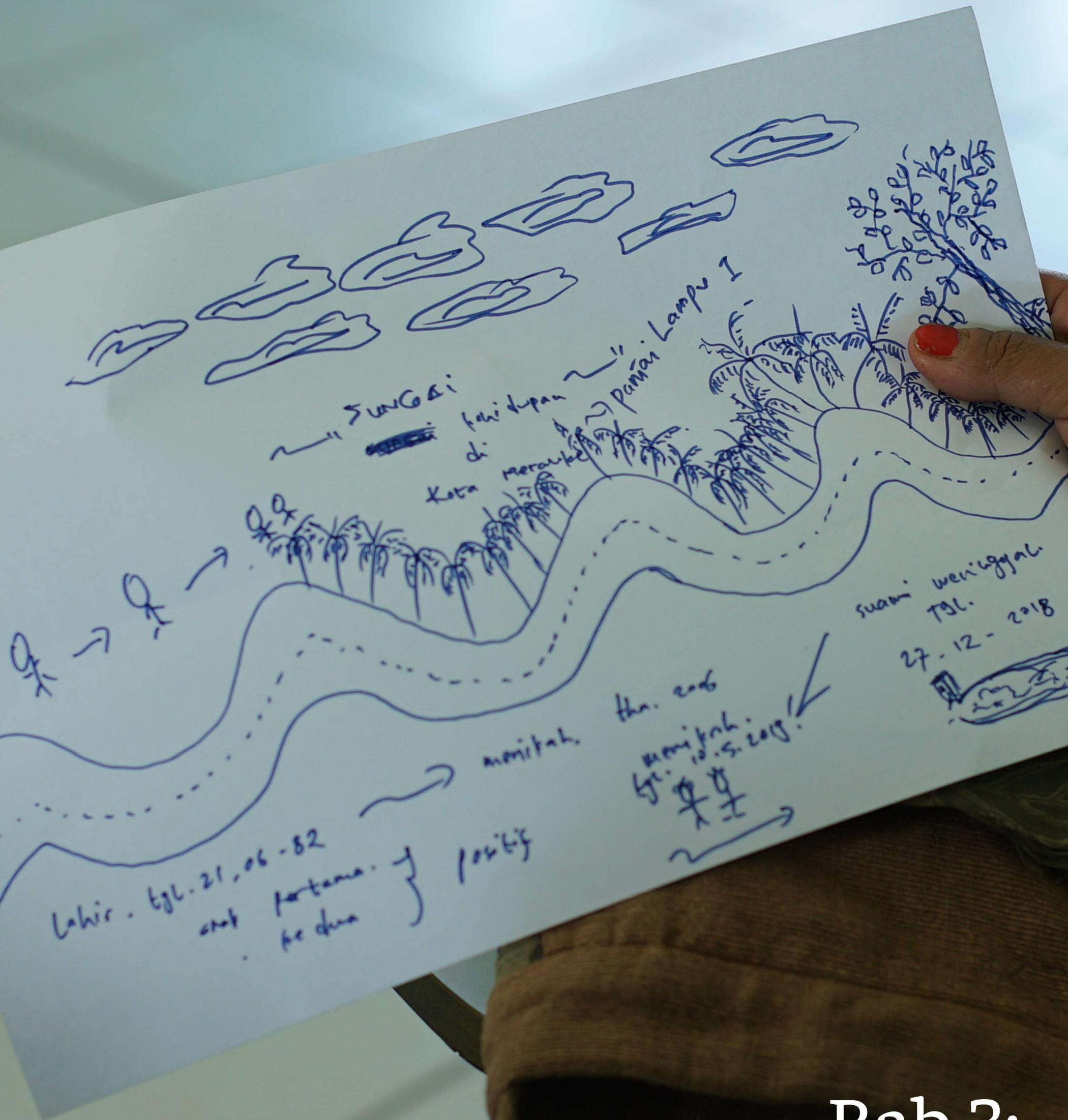
UNAIDS menunjukkan bahwa perempuan yang pernah mengalami kekerasan pasangan intim 1,5 kali lebih rentan tertular HIV dari pasangannya.¹¹ Sebuah penelitian di Nigeria menemukan bahwa perempuan yang hasil pemeriksaannya positif HIV enam kali lebih mungkin mengalami kekerasan fisik selama kehamilan dan empat kali lebih mungkin mengalami kekerasan seksual dibandingkan dengan perempuan yang hasil pemeriksaannya negatif.¹² Sebuah studi global oleh UN Women telah mengidentifikasi kekerasan sebagai hambatan utama terhadap akses perempuan ke layanan kesehatan dan bahwa perempuan rentan mendapat kekerasan ketika mereka mengungkapkan status kesehatan mereka.¹³



11 UNAIDS, "Women lead to reduce the impact of HIV and gender-based violence in the Middle East and North Africa," 23 April 2019, <www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/april/20190423_mena>.

12 NACA, "National plan of action: Addressing gender-based violence and HIV/AIDS (GBV/HIV/AIDS) intersections 2015-2017," Desember 2014, <www.oit.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_361989.pdf>.

13 UN Women, "Key barriers to women's access to HIV treatment: A global review," Desember 2017, <www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment-a-global-review-en.pdf?la=en&vs=3431>.



Bab 3: Metodologi

Informasi untuk penelitian ini diperoleh dari kisah 42 perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS yang berpartisipasi dalam lokakarya dengan menggunakan metode penelitian aksi partisipatif (PAR-*participatory action research*). Alat-alat PAR telah dikembangkan oleh AJAR dan para mitra, termasuk PWG.¹⁴ Dengan menggunakan serangkaian kegiatan yang direncanakan dan dirancang dengan cermat, para perempuan berbagi pengalaman mereka dengan menceritakan kisah hidup, pemetaan tubuh dan komunitas, dan refleksi mereka tentang kebenaran dan keadilan. Untuk penelitian ini, AJAR mengadaptasi alat PAR yang ada lewat konsultasi dengan KSG dan eL_AdPPer, setelah lokakarya pertama kami.

Alat-alat yang dibangun dari akar rumput ini mencerminkan komitmen kami untuk melibatkan perempuan sebagai agen aktif untuk perubahan. Sebagai bagian dari metodologi, kami membangun kegiatan yang bermanfaat bagi para korban kekerasan: memfasilitasi cara untuk menceritakan kisah mereka dalam proses penyembuhan kolektif, sambil membangun solidaritas, kesadaran dan landasan bersama untuk bertindak.¹⁵

Dari 42 perempuan peserta PAR, 27 orang asli Papua dan 15 orang dari luar Papua. Dalam penelitian ini, seseorang dianggap sebagai orang asli Papua jika setidaknya salah satu orang tua adalah orang Papua. Informasi peserta dikumpulkan selama lokakarya yang diadakan di Merauke dan Jayapura dalam tahapan berikut:

Kel.	Tanggal	Jumlah Peserta	Lokasi
I	12–13 Juni 2019	9 perempuan	Merauke
II	22–23 Juni 2019	7 perempuan	Merauke
III	25–26 Juni 2019	7 perempuan	Merauke
IV	28–29 Juni 2019	7 perempuan	Merauke
V	16–17 Juli 2019	12 perempuan	Jayapura

¹⁴ Galuh Wandita, dkk, "Mama belajar: Membangun metode penelitian partisipatif bersama perempuan Papua," 2017, <www.asia-ajar.org/wp-content/uploads/2017/11/Photobook-Mama-Belajar.pdf>.

¹⁵ *Stone & Flower* dan *Mosaic* adalah serial manual yang diterbitkan oleh AJAR. *Stone & Flower* menguraikan tentang beragam metode untuk mendokumentasikan kisah-kisah perempuan, memfasilitasi pemulihan berbasis komunitas, dan mengembangkan inisiatif-inisiatif advokasi untuk keadilan gender di tingkat lokal. Serupa dengan itu, *Mosaic* menyediakan serangkaian latihan untuk memperkuat pertanggungjawaban negara untuk penghapusan dan pencegahan penyiksaan dan impunitas di negara-negara Asia. Galuh Wandita, dkk, *Stone & Flower: A guide to understanding and action for women survivors*, <www.asia-ajar.org/files/stone%20%26%20flower.pdf>; Galuh Wandita, et al., *Mosaic: A manual for rebuilding lives and communities after torture*, <www.asia-ajar.org/wp-content/uploads/2018/01/Mosaic-Unlearning-Impunity-Series-Manual-2018.pdf>.

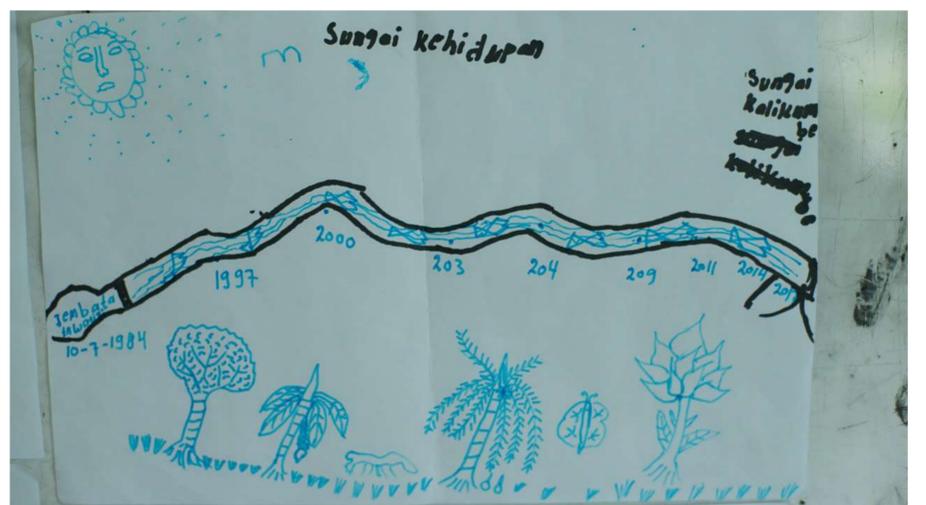
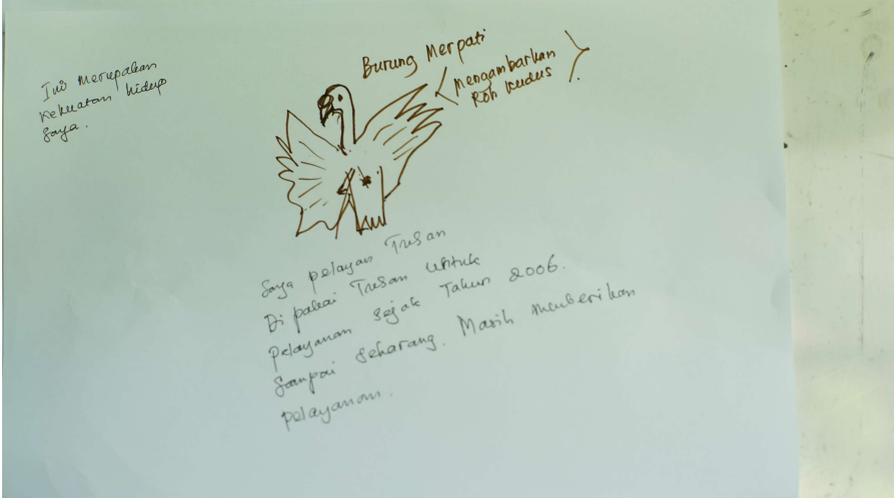
Setiap kelompok berpartisipasi dalam lokakarya 2 hari. Usia peserta berkisar antara 18 hingga 55 tahun. Enam dari perempuan tersebut telah mengetahui status kesehatan mereka sejak masih usia anak; salah satunya sejak dia baru berusia 13 tahun. Rata-rata, para perempuan itu telah mengetahui status kesehatan mereka selama lebih dari delapan tahun, meskipun beberapa telah hidup dengan HIV/AIDS selama 22 tahun, sementara yang lain baru mengetahui status mereka pada tahun 2019. Sebanyak 30 dari 42 peserta tahu bahwa pasangan mereka juga positif; 12 peserta mengatakan bahwa mereka memiliki anak-anak yang juga positif. Mayoritas perempuan dalam kelompok ini menikah dan memiliki anak yang statusnya negatif.

Semua peserta dalam penelitian ini saat ini terlibat dalam kegiatan kelompok pendukung yang dilaksanakan oleh kelompok masyarakat sipil seperti Yayasan Santo Antonius Merauke (Yasanto) atau Yayasan Cendrawasih Bersatu di Merauke. Beberapa juga anggota Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) seperti Katane di Merauke, Jayapura Support Group, dan Ikatan Perempuan Positif Indonesia di Papua. Karenanya, informasi yang terkumpul terkait layanan tentunya terbatas pada pengalaman mereka yang saat ini memiliki akses pada pendampingan dan dukungan. Pengalaman tersebut bisa jadi berbeda dari perempuan positif yang belum menjadi anggota KDS ataupun mendapatkan pendampingan dari lembaga swadaya masyarakat (LSM).

Informasi juga diperoleh dari wawancara dengan 18 pemangku kepentingan, yang terdiri dari 12 perempuan dan 6 laki-laki, dan data lebih lanjut dikumpulkan melalui studi pustaka. Sebanyak 11 dari para pemangku kepentingan itu adalah aparatur negara yang bertugas di Kabupaten Merauke atau di Provinsi Papua, sementara tujuh orang lainnya penggerak komunitas. Dari 18 narasumber, empat orang adalah pekerja kesehatan, empat pendamping ODHA dan dua polisi yang bekerja di unit yang menangani kasus kekerasan terhadap perempuan. Masing-masing memiliki lebih dari sepuluh tahun pengalaman dalam memberikan layanan dan dukungan bagi perempuan korban kekerasan atau perempuan hidup dengan HIV/AIDS.

Kabupaten Merauke dipilih sebagai studi kasus karena daerah lain sering merujuk pada keberhasilan tanggapan multisektoralnya terhadap epidemi HIV/AIDS. Pengumpulan informasi di Jayapura, ibukota Provinsi Papua, memberikan data komparatif serta perspektif provinsi. Studi komparatif lebih lanjut dengan wilayah Indonesia lainnya juga diperlukan agar temuan studi ini tidak berkontribusi pada stigma tentang Papua atau orang Papua.

Hidup di Antara Tajam Batu Karang





Bab 4:
Enam Temuan Kunci
mengenai Kaitan antara
HIV/AIDS dengan Kekerasan
terhadap Perempuan di Papua

Dari enam temuan utama dari penelitian ini, tiga terkait dengan kerentanan terhadap kekerasan dan diskriminasi, dan tiga terkait dengan dampak dari hidup dengan HIV/AIDS dan kekerasan. Meskipun kami membahas temuan ini secara terpisah, mereka saling terkait dan berkontribusi pada pola kerentanan dan kekerasan yang berulang.

Kerentanan Berlipat Tiga: Sebagai Perempuan, Perempuan yang Hidup dengan HIV/AIDS, dan Perempuan Asli/Miskin

Peserta dalam penelitian ini rentan terhadap kekerasan dan diskriminasi dalam setidaknya tiga cara: sebagai perempuan, sebagai perempuan yang hidup dengan HIV, dan sebagai perempuan miskin dan/atau perempuan asli Papua. Ketika identitas ini tumpang tindih, kemungkinannya adalah kekerasan dan diskriminasi itu akan memburuk. Juga, ketika kehidupan perempuan diliputi kekerasan berulang dari suami, pasangan pria, atau anggota keluarga lainnya, ia menjadi rentan terhadap HIV/AIDS. Studi kami mengkonfirmasi bahwa ada kerentanan yang saling menguatkan antara HIV/AIDS dan kekerasan.

1. Kerentanan: Kekerasan dan Diskriminasi yang Meluas terhadap Perempuan

Selama 3 tahun kami tidak ada anak. Selama itu dia suka toki [pukul] kepala karena dia bilang 'Ini perempuan tidak bisa kasih anak'. Dia pukul seluruh tubuh... Saya lalu hamil anak pertama... [sekarang] anak yang kedua laki-laki, sudah SMP... Lalu dia [suami] tes PNS di Wamena, tinggalkan Merauke... Dia kerja di Lani Jaya. Dia suka perempuan. Selama di sini tidak kelihatan. Lalu dia sakit di Wamena... meninggal di sana. Saya ke Wamena untuk pemakaman. Pulang dari sana saya mulai sakit, sampai ke tulang-tulang, batuk-batuk, sampai muntah-muntah. Saya dibawa ke rumah sakit. Lama-lama berat badan saya mulai turun. Suster bilang saya harus cek darah. Ketika dikasih tahu kalau sudah kena AIDS, saya langsung pingsan. (BC, ibu rumah tangga, 42 tahun)

Berdasarkan data dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA), Papua ditengarai sebagai provinsi dengan angka kekerasan terhadap perempuan yang tertinggi.¹⁶ Sayangnya, data mengenai kekerasan terhadap perempuan di Papua di tingkat nasional tidak tersedia, sebagaimana dinyatakan oleh Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan.¹⁷

Menurut informasi dari wawancara dengan pihak kepolisian, Pusat Pelayanan Terpadu dan Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A), dan organisasi perempuan, kasus

¹⁶ "Bumi Cendrawasih urutan 1 kasus kekerasan terhadap perempuan," *Noken Live* 3.

¹⁷ ANTARA, "Data kekerasan terhadap perempuan Papua tak bisa diakses," 7 Maret 2019, <www.jubi.co.id/data-kekerasan-terhadap-perempuan-di-papua-tak-bisa-diakses/>. Data untuk catatan tahunan Komnas Perempuan dikumpulkan secara sukarela dan diserahkan oleh berbagai institusi dari berbagai daerah. Namun, organisasi-organisasi lain memiliki data mengenai kekerasan terhadap perempuan di Papua dalam beberapa tahun terakhir. Lembaga Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (LIPTEK) Papua mencatat loncatan dari 97 kasus pada tahun 2017 menjadi 550 kasus di tahun 2018. Sementara itu P2TPA Papua melaporkan bahwa mereka mendampingi 71 kasus di tahun 2017 dan 63 di tahun 2018. Sejak awal tahun hingga Juli 2019, P2TPA Papua telah menerima 35 kasus.



kekerasan yang paling banyak dilaporkan adalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang berbentuk penganiayaan fisik, perselingkuhan dan penelantaran. Karena komunitas dan bahkan korban menganggap bahwa kekerasan adalah hal yang lumrah, jumlah aktual kasus KDRT sepertinya jauh lebih banyak daripada kasus yang dilaporkan.

Hasil studi ini mendukung temuan kerapnya kekerasan terhadap perempuan di Papua. Dari 42 peserta, 41 pernah mengalami kekerasan; 32 diantaranya mengalami kekerasan dari pasangannya. Tiga belas peserta menyebutkan bahwa dirinya menikah atau mempunyai pasangan pada usia masih anak. Beberapa orang juga menyebutkan pernah mengalami kekerasan pada saat mereka masih anak-anak atau remaja dari orang tua atau saudara laki-laki. Ada juga yang mengalami kekerasan oleh kakak ipar, istri dari pasangan, teman atau orang tidak dikenal. Hanya sekitar sepertiga (12/32) dari pasangan itu yang melaporkan kekerasan yang dialami.

Hampir semua narasumber yang mengalami KDRT menyebutkan bahwa perselingkuhan menjadi salah satu penyebab tindak kekerasan terjadi. Fakta ini penting mengingat bahwa mayoritas penularan HIV/AIDS di Papua adalah dari hubungan seksual. Sebagai perbandingan, sebuah studi di India menunjukkan bahwa laki-laki yang melakukan kekerasan terhadap pasangannya cenderung memiliki hubungan seksual di luar perkawinannya, menyebabkan mereka terpapar penyakit seksual menular.¹⁸ Pengalaman Papua konsisten dengan temuan ini:

18 WHO, "Violence against women and HIV/AIDS: Critical intersections—Intimate partner violence and HIV/AIDS," Information Bulletin Series No. 1, diakses pada 1 Juli 2019, <www.who.int/hac/techguidance/pht/Info BulletinIntimatePartnerViolenceFinal.pdf>

Kejadian lama itu sangat sakit sehingga tidak mau ingat. Dulu tinggal dengan... suami di Pulau Komolom, Kimam. Hidup bahagia sekali awalnya. Lalu... keluarga hancur karena ada perempuan lain... Waktu itu saya hamil 1 bulan, dia menyangkal anaknya, jadi saya minta pisah.... Saya lalu pindah dan bawa anak-anak kembali ke rumah orang tua di Merauke. Kembali ke rumah orang tua, jatuh sakit dan dibawa ke RS. Sempat down di RS. Selama di RS, tidak pernah minta kesembuhan... Dokter bilang sudah tidak ada harapan hidup. Tapi, saya bilang ke Tuhan saya ingin kembali ke anak-anak saya. Saya punya lima anak: laki-laki 2, perempuan 3. Yang paling besar umur 17 tahun, 16 tahun, 14 tahun, 6 tahun [positif HIV], dan yang paling kecil baru 8 bulan [positif HIV juga]. (CD, penjual es, 34 tahun)

Kedua anak yang termuda juga HIV positif.

2. Kerentanan: Kekerasan dan Diskriminasi terhadap Perempuan yang Hidup dengan HIV/AIDS

Kami juga menemukan bahwa perempuan rentan terhadap kekerasan dan diskriminasi karena mereka HIV positif. Kisah-kisah dari beberapa perempuan menunjukkan pola yang diawali dengan keintiman dan infeksi, lalu diikuti oleh hubungan yang rusak.

Pernikahan saya dijodohkan orang tua. Anak 1 usia 4 bulan, suami kawin lagi dan kami berpisah. Saya buang-buang air, sakit. Puskesmas suruh periksa darah dan hasilnya positif. Saya tidak tahu dari mana karena waktu itu [saya] suka-suka pergaulan. Saya langsung ARV juga dari 2008 sampai sekarang. Tahun 2010 saya menikah lagi. Suami yang kedua suka pukul kalau saya tidak mau mengaku apakah positif atau tidak. Saya tidak kasih tahu, di keluarga juga tidak open status... [Saya] berulang-ulang dipukul suami kedua, di mata, bibir; dicekik; bahu dan pinggang ditendang, gara-gara cemburu disampaikan ke suami atau pace kasih uang dirasakan kurang karena itu jadi perkelahian. (DE, penjual pinang, 37 tahun)

Banyak peserta yang takut untuk memberi tahu pasangan tentang status kesehatan mereka atau meminta pasangan untuk diperiksa karena khawatir hal itu akan memicu kekerasan terhadap mereka. Beberapa perempuan mengatakan mereka lolos dari kekerasan ketika mereka meninggalkan pasangannya atau pasangannya meninggal. Namun, kematian suami BC membuatnya rentan terhadap kekerasan oleh saudara suaminya. Ini berhubungan dengan kebiasaan di Papua di mana seorang janda diharapkan menikahi saudara laki-laki dari almarhum suaminya. Pernikahan seperti ini sering dipaksakan meskipun perempuan menolak.

Perdagangan anak melalui pernikahan anak juga menggambarkan hubungan antara kekerasan terhadap perempuan dan HIV/AIDS. Seorang perempuan terkena HIV setelah dia dinikahkan pada usia 15 tahun dengan seorang pria yang bersedia membayar biaya operasi ayahnya. Pernikahan itu disarankan oleh saudara ipar perempuan yang telah menerima uang dari calon suaminya itu. Dalam penelitian partisipatif, EF, 22 tahun, yang berprofesi sebagai pengasuh anak berkata, *“Kakak laki yang satu, macam dia jual saya untuk uang sehingga saya jadi sakit [HIV].”*

Kekerasan terhadap perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dapat menghalangi mereka mengakses pengobatan, sebagaimana digambarkan kasus FG:

Dia [suami] juga positif tapi tidak percaya obat. Dia akan buang obat-obat saya dan kasih pukul kalau saya minum obat. Karena itu, pada saat anak nona meninggal, saya putuskan untuk pergi karena kalau bertahan artinya bunuh diri. (FG, pekerja binatu, 30 tahun)

Selain mengalami kekerasan, perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS juga mengalami diskriminasi dan penolakan oleh keluarga dan komunitas mereka, dicap nakal dan tidak bermoral. Dalam masyarakat patriarki, perempuan dianggap sebagai simbol kemurnian masyarakat. Beberapa peserta PAR mengatakan karena mereka merahasiakan status mereka karena takut ditolak dan lebih berfokus untuk menjaga kesehatan untuk diri mereka sendiri dan anak-anak mereka. Hanya beberapa yang menerima dukungan keluarga begitu hasil pemeriksaan mereka diketahui.

Ternyata saya positif... bapa dengar, dia bilang tidak masalah. Kita tidak perlu dengar orang, perlu prinsip sendiri. Dong bisa bilang apapun, tapi dong tidak bawa satu piring nasi pun untuk kita makan. Kita cari makan sendiri. (GH, ibu rumah tangga, 35 tahun)

Sebagian besar peserta mengatakan mereka bergantung pada dukungan sebaya, yang sering mereka sebut sebagai “malaikat.”

Dalam diskusi dengan pendukung sebaya terungkap bagaimana situasi bisa menjadi lebih buruk bagi beberapa ibu yang tetap diam tentang kondisi kesehatan mereka. Dalam satu kasus, seorang anak dari seorang perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS (anak tersebut juga dinyatakan positif) diambil oleh keluarga almarhum suaminya. Anak ini berisiko tidak mendapatkan perawatan HIV/AIDS yang diperlukan jika ibunya tetap diam. Jika dia memberi tahu keluarga tentang perawatan yang dibutuhkan anaknya, status kesehatannya sendiri akan terungkap, yang berarti dia berisiko mengalami kekerasan atau pengucilan. Dalam kasus lain, seorang perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS menghadapi dilema tentang bayinya yang tidak HIV positif. Dia bisa menularkan HIV/AIDS kepada anaknya jika dia menyerah pada tuntutan keluarganya agar dia menyusui

anaknyanya, tanpa langkah perawatan yang tepat. Jika dia tidak menyusui, dia berisiko mengalami kekerasan psikologis dan fisik jika keluarganya mengetahui alasan dia tidak menyusui.

Bahkan petugas medis pun masih ada yang mendiskriminasi orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Situasi ini terlihat dalam sikap tidak ramah dan upaya untuk memermalukan mereka yang mencari layanan medis. Setidaknya dua peserta dalam penelitian mengatakan bahwa staf di fasilitas medis telah melanggar prinsip kerahasiaan karena dengan sengaja mengungkapkan status kesehatan mereka di depan anggota keluarga yang sedang menjenguknya di rumah sakit.

Kadang kalau [petugas kesehatan] tahu status seseorang... petugas sengaja tak mau kasih layanan... Apalagi untuk kawan-kawan baru, jadi rasa tidak enak dan akhirnya mereka jadi segan mengakses layanan.” (IJ, pendukung sebaya, 30 tahun)

Kalau keadilan banyak saya lihat tidak ada. Misalnya di layanan di Puskesmas, soal rujukan ini kadang petugas tidak tahu. Saya biasa bilang muka kami tidak berubah dan data sudah ada. Jadi, mereka sudah tahu, tidak usah tanya lagi. Tapi, mereka suka bertanya di depan orang berkumpul. Karenanya, banyak yang segan datang... Saya juga pernah dampingi ke UGD, dia sudah parah sekali. Kami datang pertama, tapi dokter suruh tunggu karena dengar dia pasien B20 [kode untuk ODHA]. Bagaimana keadilannya? (JS, pendukung sebaya, 29 tahun)

Beberapa perempuan di Merauke menyebutkan bahwa staf di klinik kesehatan pura-pura tidak tahu bahwa kode B20¹⁹ berarti pasien yang membutuhkan dokumen rujukan untuk mengakses pengobatan ARV yang tersedia di klinik lain (Klinik Animha).

Keluhan para perempuan juga ditujukan kepada para konselor yang bertanya dengan sikap menuduh tentang aktivitas seksual mereka dan tidak percaya ketika mereka memberikan informasi. Mengacu pada Deklarasi Penghapusan Segala Bentuk Kekerasan terhadap Perempuan, pelecehan dan intimidasi oleh staf medis, seperti yang dijelaskan oleh HF dan lainnya, dapat dikategorikan sebagai diskriminasi dan kekerasan psikologis.

Diskriminasi juga tampak dalam cara perawatan orang yang hidup dengan HIV/AIDS di penjara dan fasilitas lembaga pemasyarakatan. Meskipun ada akses ke layanan kesehatan, tahanan yang hidup dengan HIV/AIDS ditempatkan di sel yang terpisah dengan alasan pencegahan penularan. Ini tidak dapat dibenarkan, terutama mengingat bahwa HIV/AIDS ditularkan dengan cara yang sangat khusus dibandingkan dengan, misalnya, penularan penyakit pernapasan atau kulit yang jauh lebih menular.

¹⁹ B20 adalah koding mengenai HIV yang mengakibatkan infeksi dan penyakit parasitik di dalam International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem yang dikembangkan oleh WHO, <www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?gb20.htm>.

Peraturan Pemerintah Kabupaten Merauke (Perda 3/2013) dan Provinsi Papua (8/2010) tentang penanganan penyakit menular, termasuk HIV/AIDS, tidak memiliki mekanisme untuk mencegah diskriminasi. Tidak ada mekanisme untuk mengajukan pengaduan keluhan dan tidak ada hukuman bagi pelaku diskriminasi.

Dari penelitian ini jelas ada hubungan langsung antara kekerasan terhadap perempuan dengan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS di Papua. Kekerasan dapat menjadi titik masuk bagi perempuan untuk terpapar HIV/AIDS, dan sebaliknya, status kesehatan mereka dapat membuat perempuan lebih rentan terhadap kekerasan. Kekerasan dapat menyebabkan kesehatan perempuan menurun dan menjadi penghalang bagi perempuan untuk mengakses perawatan kesehatan yang mereka butuhkan.

3. Kerentanan: Kekerasan dan Diskriminasi terhadap Perempuan Asli Papua dan Miskin

HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan adalah eksekusi dari kebijakan membuka paksa Papua. Laut, tanah, hutan, dibongkar semua untuk keuntungan bukan orang Papua. Prostitusi berkembang. Laki-laki Papua lalu menukar gaharu untuk seks.²⁰ Uang yang mereka dapat dipakai untuk beli miras dan seks. Dari situ mereka bawa masuk penyakit ke rumah. Institusi keluarga terganggu bahkan dihancurkan. Praktik-praktik ini sampai ke desa. Lalu distigma bahwa budaya Papua adalah bebas berganti-ganti pasangan. (JAG, penggerak masyarakat adat, Merauke)

HIV/AIDS di Papua tidak dapat diatasi semata-mata sebagai persoalan pilihan atau perilaku individu. Alkohol dan prostitusi hanyalah gejala di permukaan. Dari diskusi dan wawancara, kami mengidentifikasi tiga pendorong sosial yang meningkatkan kerentanan perempuan terhadap HIV/AIDS dan kekerasan, yaitu: (a) kemiskinan akibat kebijakan pembangunan; (b) konflik berkepanjangan di Papua; dan (c) status Otonomi Khusus untuk Papua tanpa tata kelola yang baik.²¹

(A) Industri Ekstraktif, Transmigrasi dan Pemiskinan

Para pemimpin masyarakat sipil yang terlibat selama lebih dari dua dekade dalam merespons HIV/AIDS mengemukakan dampak industri ekstraktif, termasuk perikanan, penebangan hutan, dan perkebunan kelapa sawit, pada penyebaran HIV/AIDS di Papua. Masuknya pekerja migran dan transmigran dari luar Papua menciptakan kondisi yang kondusif bagi penyebaran epidemi karena dilakukan tanpa rencana dan sumber daya yang memadai untuk memitigasinya.

²⁰ Gaharu adalah kayu keras tropis yang harum dan bernilai tinggi.

²¹ Data yang lebih mendukung dan sekunder diperlukan untuk menentukan apakah faktor pendorong ini memiliki dampak yang lebih berat atau tidak proporsional pada penduduk asli.

Seorang pemimpin lokal yang mengamati perkembangan epidemi pada awal 1990-an dari nelayan Thailand mengenali jejak permasalahannya hingga ke proliferasi industri baru di seluruh kabupaten. Khususnya mengenai perkebunan kelapa sawit di Kabupaten Merauke, ia berkomentar:

Perusahaan-perusahaan sawit yang bekerja di tanah masyarakat adat tanpa melihat kearifan lokal masyarakat adat, tanpa memperhatikan batas-batas wilayah tanah adat yang sakral, tidak memikirkan dampak kesehatan yang membuat kesehatan reproduksi dari perempuan-perempuan pekerja sawit. ... Terjadi rumah-rumah kost yang dipakai sebagai tempat transaksi dengan warung makan plus-plusan. Artinya, harga makan Rp. 25,000. Sedangkan harga seks Rp. 100,000 ke atas. (Herlina Fonataba, pendamping ODHA, Merauke)

Dari tahun 1964–99, program transmigrasi Indonesia memindahkan sekitar 78.000 keluarga dari Jawa dan daerah lain di Indonesia ke Papua.²² Meskipun program nasional ini sudah dihentikan di Papua pada tahun 2001, arus migrasi terus terjadi dan membuat penduduk asli Papua menjadi kelompok minoritas di banyak pusat kota.²³

Studi kami memperoleh gambaran suram tentang dampak transmigrasi berdasarkan gender. Dari 16 orang non-asli Papua dalam penelitian kami, delapan pindah ke Papua melalui program nasional ini. Dari delapan ini, enam menjadi pekerja seks karena situasi ekonomi mereka yang mengerikan. Dari keenam ini, empat mengalami kekerasan dari pasangan atau suami mereka. MN dan suaminya pindah dari Jawa ke Merauke pada tahun 1999, tetapi tidak lama setelah itu dia menjadi pekerja seks. Perempuan lain berkisah:

[Saya] ikut transmigrasi dari Jawa Timur bersama suami, naik pesawat Hercules... [saya] kerja menanam padi dan singkong. Suami tidak mau kerja, hanya makan tidur dan mengamuk dengan saya. Saya lalu jual semua harta lalu pindah ke kota tahun 2000. Suami kembali ke Jawa. Saya kerja selama 3 tahun di Sumur Bor. Saya ketahuan sakit HIV pada tahun 2006 setelah tes di Pokja. Teman-teman menangis tapi saya tidak menyesal, hanya berserah. Sejak tahu sakit, saya didampingi oleh Yasanto dan diberi bantu bahan makanan sampai sekarang. (YW, mantan pekerja seks, 47 years old)

AD juga adalah seorang transmigran yang akhirnya beralih menjadi pekerja seks. Keluarga AD pindah dari Jawa Timur ke wilayah Kurik Merauke pada tahun 1983 ketika dia berusia 11 tahun. Ketika situasi ekonomi keluarganya memburuk, ia mulai bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Pada usia 14 dia menikah, tetapi ini tidak menghilangkan kesulitan ekonomi.

²² Pemerintah Provinsi Papua, "Program Transmigrasi di Papua," diakses pada 1 September 2019, <www.papua.go.id/view-detail-berita-1308/program-transmigrasi-di-papua.html>.

²³ Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), dari 1980-2015, 585.231 migran pindah ke Papua dan Provinsi Papua Barat. <www.bps.go.id/statictable/2011/01/07/1273/migrasi-risen-recent-migration-tahun-1980-1985-1990-1995-2000-2005-2010-dan-2015.html>.

Awalnya ikut kerja sawah, tapi tidak menghasilkan. Lokasi trans [transmigran] susah air kalau kemarau; air sumur juga merah kebanyakannya dan rasa asam. Jadi, saya harus kerja sebagai buruh bata dan sebagai pekerja seks untuk beli pupuk. (AD, mantan pekerja seks, 48 tahun)

Sementara itu, kehidupan masyarakat asli seringkali semakin buruk seiring dengan perkembangan industri ekstraktif di Papua. Tidak adanya jaring pengaman sosial bagi perempuan asli Papua yang hidup dalam kemiskinan adalah faktor pendorong bagi sejumlah peserta yang menjadi pekerja seks dan kemudian menjadi sakit dengan HIV.

JK, seorang perempuan asli Papua, berasal dari keluarga nelayan miskin. Kedua orang tuanya meninggal ketika anak bungsu dari enam bersaudara ini masih remaja. Dia lalu memutuskan untuk mencari pekerjaan di Merauke dan di sana berteman dengan sekelompok peminum berat. Dia sering mabuk dan akhirnya harus melayani pelanggan, termasuk nelayan Thailand. Pada 2009, dia mengetahui bahwa dia positif HIV. Dia mengalami masa yang sangat sulit, bahkan ingin bunuh diri. Sejak itu ia bergabung dengan kelompok dukungan sebaya, dan sekarang mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan hidupnya.

(B) Konflik Berkepanjangan di Papua

Pengunduran diri Soeharto pada tahun 1998 menghasilkan perubahan politik yang sangat besar di seluruh Indonesia, termasuk mengakhiri status Papua sebagai zona operasi militer. Tahun-tahun pertama masa reformasi memungkinkan orang Papua dan wilayah lain menemukan kebebasan baru untuk mengekspresikan ketidakpuasan mereka. Undang-Undang Otsus (2001) untuk Provinsi Papua dirancang untuk berbagi kekuatan ekonomi dan politik dengan orang Papua sebagai tanggapan terhadap meningkatnya pertikaian dan keresahan pada saat itu. Sayangnya, resolusi konflik yang tepat tidak pernah diterapkan. Saat kami menyelesaikan penulisan studi ini, amuk warga terjadi di banyak kota di Papua sebagai tanggapan atas pelecehan dan serangan berbasis rasisme terhadap pelajar Papua di Jawa Timur.

Dalam bagian Penjelasan, Undang-Undang Otsus mengakui bahwa Pemerintah Indonesia, “belum sepenuhnya memenuhi rasa keadilan, belum sepenuhnya memungkinkan tercapainya kesejahteraan rakyat, belum sepenuhnya mendukung terwujudnya penegakan hukum, dan belum sepenuhnya menampakkan penghormatan terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) di Provinsi Papua, khususnya masyarakat Papua.” Selanjutnya, untuk melindungi hak asasi manusia, Undang-undang ini mengatur pembentukan Pengadilan Hak Asasi Manusia dan Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi, dan menguatkan kehadiran Komisi Nasional Hak Asasi Manusia dengan pembentukan komisi daerah. Namun, aturan untuk pengadilan dan komisi kebenaran diabaikan sampai saat ini.

Penelitian AJAR di Papua yang dilakukan sebelum penelitian ini telah mendokumentasikan dampak dari lapisan trauma yang tidak tertangani, karena orang Papua mengalami kekerasan dari satu pelanggaran ke pelanggaran yang lain. Dua perempuan yang terlibat dalam studi ini berbicara tentang pengalaman kekerasan oleh anggota tentara atau polisi, yang menjadi penghalang bagi mereka dalam melaporkan penganiayaannya.

Kehadiran pasukan keamanan di Papua menghadirkan risiko penularan HIV/AIDS. Beberapa advokat HIV/AIDS di Jayapura dan Merauke berbagi pendapat tentang bagaimana Tentara Nasional Indonesia proaktif untuk pemeriksaan dan konseling HIV, tetapi tidak ada panduan khusus untuk meminimalkan interaksi mereka dengan warga sipil, terutama perempuan.²⁴ Kasus-kasus eksploitasi seksual di mana perempuan muda terpicat untuk melakukan hubungan seksual dengan janji pernikahan hanya untuk kemudian ditinggalkan sering ditemukan di zona konflik dan daerah perbatasan di mana terdapat banyak pasukan keamanan.²⁵ Selain terkena HIV, risiko lain eksploitasi seksual adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Temuan kami dalam penelitian ini termasuk kasus kekerasan yang berkaitan dengan seorang marinir dalam pasukan keamanan yang menghamili seorang peserta ketika ia masih duduk di bangku SMA:

Saya kenal dengan dia awal jalani hubungan itu baik tapi setelah hubungan berjalan 2 tahun... saya hamil di tengah jalan... Dia tuh selalu banyak perempuan... Sampai terakhir saya berantem... saya bilang, "Memangnya kau dah bantu sa punya orang tua beli motor ini untuk saya pakai selama ini? ... baru kau mau datang, kau sudah merusak saya." Bulan oktober 2018 itu... saya sudah mulai rasa fisik itu sudah melemah; nafas itu sudah mulai naik. Di situ mungkin saya berpikir karena dingin saya tidak pikir kalau saya pu tubuh ini sudah terserang virus... Saya balik ke Merauke... Sudah drop yang ketiga kali masuk di sini, suster minta pemeriksaan... terus saya dikonseling... saya pemeriksaan darah lengkap. Hasilnya tuh positif... saya urus rujukan TB paru [ke tempat lain]. Dokter bilang kalau mau minum obat paru itu saya harus pemeriksaan lengkap. Setelah pemeriksaan, hasilnya sama: positif... saya bilang [ke salah satu saudara] "bapak ini jalan sembarang, jalan sebentar dengan cewek ini dengan cewek itu. Sa takut dia bawa penyakit untuk saya dan sa pu anak kecil... coba dulu kalau saya tak kenal dia, saya tidak akan mengidap penyakit ini." ... sekarang dia masih kuat... tapi suatu saat, di saat dia akan melemah... Semoga Tuhan atur dia sesuai dengan apa yang dia kasih tinggal buat saya. Setelah itu, dia kasih tinggal saya, saya harus tinggal sendiri. (AL, ibu rumah tangga, 29 tahun)

(C) Dana Otonomi khusus, Korupsi dan Dampak Berbasis Gender

²⁴ Dalam penelitian AJAR yang lain, satu kelompok perempuan lokal memberikan dukungan untuk dua perempuan yang melahirkan di luar nikah karena dihamili oleh tentara yang ditempatkan di dekat perbatasan dengan Papua Nugini. Dalam satu kasus, seorang perempuan diteruskan dari satu prajurit ke prajurit lainnya ketika ada pergantian batalion di perbatasan. Dari 2009–13, ia melahirkan tiga anak dari hubungan dengan tiga tentara berbeda, yang semuanya tidak memberikan dukungan bagi biaya anak.

²⁵ AJAR juga memiliki temuan serupa dari penelitian terpisah di Papua di mana 65 dari 249 peserta perempuan mengalami kekerasan negara. Selain kehilangan anggota keluarga pria, beberapa juga berbicara tentang kekerasan seksual terkait dengan operasi militer. PWG, *Sa Ada Di Sini*, 2019, h. 21.

Dari tahun 2001-17, pemerintah pusat menyalurkan sekitar Rp. 67,1 triliun dana Otsus bagi Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.²⁶ Pada tahun 2018 saja, dana Otsus mencapai hampir 8 triliun rupiah.²⁷ Selain itu, lebih dari 19 triliun rupiah dihabiskan untuk pembangunan infrastruktur di Papua dari 2005-12.²⁸ Otsus juga membawa aliran uang tunai yang belum pernah terjadi sebelumnya ke pedalaman. Namun, tanpa tata kelola yang baik, dana besar ini ibarat air yang dituangkan ke pasir. Berbagai masalah kesehatan, pendidikan, dan kemiskinan terus mengemuka sementara kasus korupsi yang melibatkan pejabat-pejabat utama pemerintahan di tingkat provinsi dan kabupaten terus meningkat selama bertahun-tahun.²⁹ Diperlukan lebih banyak studi mengenai dampak Otsus pada hubungan gender di Papua, tetapi seorang perempuan asli membuat pengamatan bernas tentang Otsus dalam studi partisipatif sebelumnya: "Presiden kasih manja laki-laki dengan dana Otsus. Semua pengaruh itu lari ke kota, tidak tau minum mabuk kemana. Perempuan sekarang pake celana pendek, semua ini perempuan yang kerja."³⁰

Sejumlah dana Otsus telah digunakan untuk mengembangkan layanan untuk mengatasi HIV/AIDS, seperti dukungan biaya transportasi untuk mengakses obat antiretroviral (ARV) dan bantuan gizi. Namun, dukungan ini terbatas dan hanya tersedia di kota-kota besar. Infrastruktur fasilitas kesehatan, terpusat seperti di kota-kota, mempersulit perempuan miskin yang hidup dengan HIV/AIDS yang jauh dari kota dalam mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan.

Di daerah pedesaan, dampak Otsus pada hubungan kekuasaan gender belum cukup dipelajari. Namun, dampak sosial dana Otsus sehubungan dengan penyebaran HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan berulang kali diungkapkan oleh berbagai responden yang diwawancarai dalam penelitian ini. Seorang pendukung sebaya mengatakan bahwa di beberapa desa dia menemukan bahwa laki-laki menghilang dari desa segera setelah menerima jatah dana Otsus.³¹ Besar kemungkinan dana itu digunakan untuk membeli barang-barang serta alkohol dan seks. Para lelaki itu tidak kembali ke desa mereka sampai uang habis.

Beberapa peserta dengan latar belakang sebagai pekerja seks mengkonfirmasi situasi ini. Laki-laki Papua dikenal royal, terutama ketika mereka memiliki banyak uang di saku. Penting juga untuk dicatat bahwa setengah dari peserta PAR menyebutkan bahwa konsumsi alkohol berkontribusi pada kekerasan yang mereka alami. Tidak banyak yang berbicara tentang Otsus, tetapi seorang perempuan menceritakan bagaimana pengembangan kawasan terkait dengan penerapan Otsus memicu kekerasan dan HIV/

26 BBC, "Puluhan triliun dana otonomi khusus dialirkan, mengapa masih ada tuntutan 'Papua merdeka?'," 22 November 2018, <www.bbc.com/indonesia/indonesia-46289211>.

27 Media Indonesia, "Paradoks Dana Otsus Papua," 23 Januari 2018, <www.mediaindonesia.com/editorials/detail_editorials/1276-paradoks-dana-otsus-papua>.

28 Linda Tangdiialla, "Pembangunan infrastruktur: Anggaran ke Papua Rp 11,68 triliun," *Bisnis.com*, 27 Juni 2012, <www.ekonomi.bisnis.com/read/20120627/45/83370/pembangunan-infrastruktur-anggaran-ke-papua-rp11-68-triliun>.

29 Komisi Pemberantasan Korupsi Indonesia (KPK) telah menyatakan bahwa 70% kasus korupsi di Papua berkaitan dengan proses tender pengadaan barang dan jasa. Proses penawaran hanya formalitas karena pemenang telah diputuskan sebelumnya. Lihat: The Government of Papua Province, "KPK duga 70 persen modus korupsi di Papua dari BPJ," diakses pada 1 September 2019, <www.papua.go.id/view-detail-berita-6071/kpk-duga-70-persen-modus-korupsi-di-papua-dari-pbj.html>.

30 PWG, *op.cit.*, h. 7.

31 Galuh Wandita dkk, *I am here: Voices of Papuan Women in the Face of Unrelenting Violence* (AJAR, Maret 2019) h. 7.

AIDS dengan dampak terkait pada pernikahan.

Di saat pemerintah kabupaten induk memekarkan kabupaten baru, saya mendapat tugas di kabupaten baru... [kami] pindah ke tempat baru itu... [Suami saya] dia sering mabuk-mabukan... Saya berhasil mendirikan perusahaan untuk suami saya supaya dia memiliki pekerjaan.... tetapi ia merubah sifat dan tingkah lakunya lebih tidak terpuji lagi dan saya sering dikecewakan. Dia sering bepergian jauh dari saya dengan anak-anak... besarnya uang yang dia dapatkan dari hasil kerjanya sehingga ia jarang pulang ke rumah. Di saat itulah, saya tidak pernah menyangka bahwa suami saya telah melakukan perselingkuhan dengan perempuan-perempuan lain karena dia sudah memiliki begitu banyak uang (CS, PNS, 53 tahun)

Tiga Pola yang Berdampak pada Pengalaman Perempuan mengenai HIV/AIDS dan Kekerasan: Impunitas, Generasi Berikutnya, dan Siklus Keji akibat Kebijakan yang Buta Gender

Studi kami menunjukkan bahwa perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan kekerasan menanggung konsekuensi jangka panjang dari stigma dan pelecehan yang mereka alami. Meskipun daftar dampaknya tidak terbatas, kami memfokuskan pada tiga bidang: 1) Pola impunitas yang mengakibatkan sikap pasrah dan keberulangan kekerasan; 2) Risiko pada generasi berikutnya; 3) Siklus keji kebijakan buta gender.

4. Pola Dampak: Impunitas yang Mengakibatkan Sikap Pasrah dan Keberulangan Kekerasan

Sering dipukul suami, kadang rambut ditarik... [Saya] tidak lapor keluarga. Mereka selalu bela suami. Mama tidak berani bela [saya].. Kalo mau lapor polisi gunanya untuk apa? Mama bilang itu bikin malu. Bapak bilang nanti saya yang susah karena kalo suami masuk penjara, apalagi dia pernah dipenjara, nanti yang susah saya lagi dan anak saya. Tapi, saya bilang kalo mama dan bapak tidak bela, saya akan lapor. (NN, ibu rumah tangga, 33 tahun)

Ketika perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS mengalami kekerasan, dampak psikososial yang kuat muncul dari akibat pengalaman impunitas.³² Impunitas menormalkan kekerasan, dan menghadirkan tekanan bagi para penyintas kekerasan untuk menerima keadaan mereka, membangun penghalang yang menghentikan perempuan untuk melaporkan kasus mereka. Banyak pendamping yang kami ajak bicara menyebutkan bagaimana para korban kekerasan dibungkam oleh stereotip “istri yang suka mengomel” sehingga pantas dipukuli ketika dia berbicara menentang seorang suami yang pulang terlambat, atau mabuk, menghabiskan uang,

³² Impunitas adalah ketidakmungkinan bagi pelaku mempertanggungjawabkan perbuatannya. Pembaruan untuk Prinsip-Prinsip PBB untuk Memerangi Impunitas, Adendum, 2005.

atau diketahui berselingkuh.

Dari 32 perempuan hidup dengan HIV/AIDS yang mengalami kekerasan dari pasangannya, 20 tidak melaporkan kasus mereka. Beberapa menyatakan bahwa keluarga mereka adalah alasan mereka tidak melaporkan pelecehan.

Suami selalu menyangkal [bahwa] dia melakukan kekerasan. Saya tidak pernah laporkan ke polisi. Kakak-kakak selalu bilang sudah itu sudah masalah sendiri saja. Saya pernah bilang saya mau pisah, mau pulang ikut mama. Kata mama, karena sudah menikah gereja maka tidak bisa pisah, [saya] harus tahan. Saya punya beban rasa menderita selalu kena pukul... (BC, ibu rumah tangga, 42 tahun)

Pengalaman BC di atas menunjukkan bahwa pandangan keagamaan keluarga mengenai perceraian menjadi salah satu alasan melarang perempuan korban kekerasan melaporkan tindak kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suaminya. Tantangan lain adalah kekhawatiran bahwa pelaporan itu akan berbuntut tindakan balas dendam dari pelaku ataupun memicu kekerasan lebih lanjut, termasuk potensi perkelahian bukan saja antarkeluarga melainkan antarsuku.

Mantan pacar saya polisi. Orang Papua dari Biak. [Pada Februari 2008], saya izin ortu ke sana untuk liburan. Kami di bandara. Dia minta hubungan seks saya tidak mau. Kedua mata dihajar, dada ditendang dengan sepatu lars dan di perut dan pinggang. Saya dirawat di rumah sakit 3 hari... bapak datang jemput. Sampai di Jayapura, saya ke RS, diketahui bahwa usus mau pecah karena dapat tendang... saya operasi karena luka usus itu; bekas operasinya masih ada. Saya jadi semacam trauma. Masih pacaran saja sudah begitu. Dorang mau lapor tapi saya kuatir dia balas dendam. Jadi, sampai sekarang tidak pernah mau ke Biak. (LM, penjual pinang, 32 tahun)

Kalo dipukul, dia jaga sehingga [saya] tidak bisa lari... Dia kalo mabok kacau, maki-maki di jalan. Orang tua [saya] ada di kampung, tidak tahu. Keluarga pace [suami] tahu, tapi kuatir kalo orang tua [saya] tahu, nanti bisa jadi perang keluarga. (KL, penjual ikan, 28 tahun)

Seorang perempuan mengatakan dia tidak tahu di mana ia dapat melaporkan pelecehan itu; yang lain enggan melaporkan karena dia tidak memiliki surat nikah resmi yang dimintakan polisi³³ ketika melaporkan kekerasan dalam rumah tangga.

... jika ada masalah, saya juga tidak bisa lapor ke rumah. Mama akan bilang "siapa yang suruh kawin" karena orang tua suruh saya sekolah. Ke polisi tidak bisa lapor karena tidak punya surat nikah. "Harus ada surat nikah, karena ini negara hukum", katanya." (FG, pekerja binatu, 30 tahun)

³³ Meskipun UU 23/2004 tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga tidak memerlukan bukti pernikahan yang sah, namun rumusan ketentuannya tidaklah jelas sehingga dapat diinterpretasikan bahwa sertifikat pernikahan diperlukan dalam mengajukan pengaduan. Masalah ini juga diidentifikasi dalam laporan AJAR-PWG, *op.cit.*, h. 30, 59.

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

Seorang perempuan mengatakan dia tidak bisa melaporkan pelakunya karena dia bergantung padanya secara finansial. Perempuan lain menggunakan hutang pasangannya untuk keluarganya (harga pengantin) sebagai cara untuk berpisah darinya.

Suatu waktu dalam perkelahian saya lari dengan ojek. Saya ditarik jatuh dan dicekik [oleh suami saya]. Saya lapor ke keluarga dan suami dipukuli. [Saya] tidak lapor polisi karena tidak tega dan kuatir tidak dapat uang. (DE, penjual pinang, 37 tahun)

Saya tidak pernah selesaikan [KDRT] di polisi, hanya dengan bapak ade [paman] dengan senjata. Karena [suami saya] belum bayar mas kawin, ko punya hutang, tidak boleh lakukan apa-apa, tidak boleh kasih luka. Karena dia selingkuh, saya minta bubar saja. (CD, penjual es, 34 tahun)

Beberapa perempuan enggan melaporkan suami yang melakukan kekerasan termasuk karena rasa cinta mereka kepada para suami.

Tahun 2019, saya kawin lagi jadi istri ketiga. Suami setiap masalah kasih tangan [memukul] dan kata-kata [memaki]. [Saya] tidak mau melapor karena terlalu sayang, karena dia mau terima sa pu status [HIV positif]. Saya tahu seharusnya tidak pikir begitu. Saya tidak ambil pusing karena saya yang mau... (FG, pekerja binatu, 30 tahun)

Perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS yang juga mengalami kekerasan memiliki hambatan-hambatan yang lebih berat untuk melaporkan kasusnya karena posisi tawar mereka yang lemah terkait kondisi kesehatan mereka.

Perempuan yang Melaporkan Kasusnya

Dari 12 kasus yang dilaporkan perempuan ke polisi atau ke tempat kerja pasangannya, hanya tujuh yang menghasilkan sanksi: si laki-laki ditahan dalam hitungan hari atau bulan dalam penahanan atau menandatangani formulir yang berisi janji tidak akan mengulangi pelanggaran.

Tangan dan kaki [saya] sering jadi sasaran pukul suami [berprofesi sebagai polisi] karena dia main bilyar dan pulang dinas tidak langsung pulang. Kalo saya marah, baku adu mulut. Dia tidak terima dan langsung dengan tangan [pukul saya]. Itu tahun 2016-17. Saya lapor ke kantor [polisi], diproses, ditahan 21 hari. Saya kasihan lihat anak menangis dan karena itu, saya keluarkan [cabut laporan]. (MN, pendukung sebaya, 31 tahun)

Kepala sering karena dipukul sama suami di kepala... Tangan karena dipukul dengan balok oleh suami karena hubungan kurang bagus. Dia ada perempuan lain di tahun 2014. Karena sering dipukul, saya lapor ke polisi dan sudah diproses. Dia dipenjara selama 2 tahun 3 bulan. (NP, pendukung sebaya, 31 tahun)

Kaki, tangan sering sakit sampai sekarang. Dokter bilang penyakitnya sudah sampai saraf jadi seharusnya tidak boleh pukul lagi. Dia [suami] pukul saya lagi. Jadi, saya tidak tahan lagi dan saya lapor dengan kain saja, tanpa baju, dan konak [celana dalam] jam 10 malam. Dia bawa kunci, senter, dan uang saya. Dia ditahan satu malam. Saya tarik aduan tapi dengan catatan dia tanda tangan surat pernyataan kalau dia pukul lagi, dia akan masuk ke lembaga [dipenjara]. (PR, penjual petatas, 55 tahun)

Tahun '92 saya cerai karena dia selingkuh. Tahun '93 saya transmigrasi ke Irian Jaya.³⁴ Saya transmigrasi sendirian. Saya menikah kedua dengan orang Lombok. Dia judi, main perempuan lain, dan kalau saya tidak bawa uang, dia akan pukul... Saya sering sakit kepala dan tangan kram-kram. Saya pernah dipukul di tembok... dipukul pakai balok. Saya bawa ke kantor polisi tapi saya kalah karena dia pintar ngomong dan polisi bela dia... Kak Herlin [Herlina Fonataba] pernah bela saya setelah pak polisi bela dia suatu kali. Dia pernah ditahan satu malam dan buat surat pernyataan. Dia pernah ditangkap karena judi dan pukul saya, dan 16 hari dia ditahan di sel. Dia sakit selama 3 tahun dan meninggal pada Februari 2013. (RS, tukang binatu, 47 tahun)

Penundaan yang lama dan rintangan birokrasi adalah hambatan umum bagi adanya penyelesaian situasi yang memuaskan:

Saya rasa belum dapat [keadilan] karena kasus itu. Saya merasa kecewa karena kasusnya belum bisa diproses dari kemarin sampai sekarang. Kasus perceraian sudah dari 2018. Berkas-berkas sudah di pengacara, tetapi saya mesti bayar pengacara 3 juta. (NP, pendukung sebaya, 31 tahun)

Tragisnya, melaporkan kasus seseorang dan bahkan penahanan pelaku seringkali tidak cukup untuk mengubah perilaku kekerasan.

Tahun 2016-17, suami selingkuh, kami bertengkar. Saya sempat melaporkan ke Polisi, [suami ditahan], tapi kemudian saya tarik kembali. Tahun 2018 terjadi pertengkaran hebat; saya bakar SIM dan ijazah suami, sementara suami membakar baju. Kemudian kami bisa rujuk. (TS, pendukung sebaya, 29 tahun)

³⁴ Provinsi Papua pernah memiliki sejumlah nama. Dari tahun 1963–1973 provinsi ini disebut Irian Barat sampai Presiden Suharto mengubah namanya menjadi Irian Jaya. Namanya berubah lagi menjadi Papua dengan disahkannya Undang-Undang Otonomi Khusus pada tahun 2001.

Beberapa perempuan juga mengatakan bahwa polisi mewajibkan mereka untuk menemukan pelaku penganiayaan mereka jika mereka ingin kasus mereka dilanjutkan:

Saya berasal dari Biak, orang tua di Biak. Tahun 2000 saya pindah ke Jayapura untuk SMA, tidak selesai karena kawin tahun 2001. Suami saya polisi; kami hanya kawin gereja, tidak pernah dicatatkan. Anak saya satu. Semua baik-baik saja tapi ternyata di belakang suami selingkuh... Tahun 2015, saya dapat anak keempat. Waktu masih bayi umur enam bulan dia sakit. Saya periksa ke Medika karena dia sesak nafas. Saya bawa ke RS Dok 2 ke ICU Anak. Beratnya dari 8 kg turun sampe 2 kg. Saya sangat sedih... tidak tahu anak saya mengapa sampai segitu. Saya disuruh tes darah, ternyata positif. Suami saya ternyata punya dua istri simpanan. Saya ambil keputusan pulang ke Biak... Di kesatuan suami, saya rasa sudah jadi istri sah, tapi tidak diakui. Saya tidak dapat keadilan meski sudah dapat pengesahan pengadilan. Sekarang dia sudah meninggal. (TY, ibu rumah tangga, 36 tahun)

Seiring dengan hambatan budaya dan struktural yang dihadapi perempuan dalam melaporkan kekerasan terhadap mereka, perhatian dan sumber daya yang didedikasikan untuk membangun respons terhadap pola yang tersebar luas ini masih kurang. Banyak pendamping, pekerja medis, dan pendukung sebaya mengakui bahwa kekerasan itu marak tetapi mereka tidak punya tempat untuk merujuk perempuan tersebut untuk mendapatkan dukungan.

Dalam proses konseling, biasanya [klien] menyebutkan kasus yang juga dia mengalami kekerasan. Ada beberapa ibu yang minum obat tanpa sepengetahuan suaminya. Jadi, mereka bilang, "Ibu jangan kasih tahu suami saya dulu ya." Ada beberapa juga yang suaminya mabuk atau selalu melakukan kekerasan... kami [konselor] belum siap... Kita nggak bisa apa-apa karena tidak pernah ada percakapan dengan organisasi perempuan tentang bagaimana caranya saling rujuk. (Sitti Soltief, konselor/perawat, Jayapura)

Kami menemukan bahwa penyedia layanan untuk HIV/AIDS tidak dilatih untuk menangani kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan dan tidak ada prosedur operasi standar (SOP) yang dikembangkan untuk itu. Banyak penyedia layanan mengatakan bahwa mereka sudah merasa kewalahan meski hanya dengan berusaha membantu perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS, dan tidak memiliki kapasitas ataupun sumber daya untuk menangani masalah sulit lainnya. Pada suatu waktu, *shelter* Yasanto untuk orang yang hidup dengan HIV/AIDS memasang tanda sebagai tempat penampungan P2TP2A (Pusat Layanan Terpadu untuk Pemberdayaan Perempuan dan Anak) di pintunya. Hal ini dilakukan karena program nasional pemerintah untuk kekerasan dalam rumah tangga tidak didukung dengan pembangunan rumah aman di Merauke.³⁵

³⁵ Di Indonesia, menempelkan tanda ke gedung program lain mungkin menjadi indikasi dana yang disalahgunakan, di mana foto menjadi bukti keberadaan program yang sebenarnya tidak ada.

Waktu tinggal di sanggar, suami pukul saya. Gigi saya terlalu sakit waktu itu, jadi saya mau tidur dan tidak angkat telp saudara dari Maumere. saya dipukul [suami] karena itu. (PR, penjual petatas, 55 tahun)

Meskipun ada peraturan-peraturan tentang kekerasan terhadap perempuan di tingkat provinsi dan kabupaten, implementasinya tetap lemah. Tidak satu pun dari 42 perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS yang berpartisipasi dalam penelitian kami tahu bahwa ada “layanan satu atap” untuk kekerasan terhadap perempuan. Para korban juga harus menanggung biaya laporan medis. Tempat perlindungan bagi korban kekerasan dalam rumah tangga hanya sedikit dengan lokasi yang berjauhan. Di Jayapura, rumah aman bertempat di kantor polisi, dan di Merauke tidak ada. Akibatnya, hanya ada sedikit peluang untuk melakukan rujukan silang antara layanan untuk orang yang hidup dengan HIV/AIDS dan mereka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di rumah.

Meskipun terdapat program nasional tentang Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak [P2TP2A] yang seharusnya memberikan perlindungan bagi perempuan dan anak-anak, implementasinya tergantung pada penunjukan sumber daya dan personel.³⁶ Di Merauke, layanan terpadu ini berada di bawah naungan lembaga baru bernama Badan Pemberdayaan Keluarga Perlindungan Anak Pemberdayaan Perlindungan Keluarga.³⁷ Gagasan ini menjadi mengawang-ngawang dan mencerminkan pendekatan pragmatis pengumpulan sumber daya yang kurang, tetapi dalam praktiknya menciptakan kebingungan dalam hal prioritas dan pendekatan. Koordinasi yang buruk antara mereka yang bekerja pada HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan bisa berakibat fatal dalam kasus kekerasan seksual. Dalam wawancara dengan penyedia layanan, kami mencatat bahwa banyak korban pemerkosaan tidak diberi konseling dengan baik tentang risiko infeksi HIV dan pilihan untuk pemeriksaan.

Penting untuk dicatat bahwa dalam beberapa kasus pemerkosaan, penegakan hukum masih memprioritaskan mediasi, mencari solusi damai atau keluarga yang lebih memilih untuk menerapkan denda adat daripada menempuh jalur hukum yang dianggap lebih sulit.

Secara kultur dan secara geografis, kami harus punya sistem tersendiri yang berbeda tidak sama dengan Jawa karena jenis kekerasan barangkali sama, tapi sikap menghadapi itu berbeda. Terus, di sini intervensi dan budaya kita tidak bisa abaikan... sampai hari ini kita memang berbeda; seperti ruang ini kita bisa pakai mediasi yang sebenarnya tidak ada, tapi dilakukan oleh pemerintah. Jadi, misalnya tawar-menawar denda karena kasus pemerkosaan. Di sini kita bisa bikin yang tadinya tidak boleh, tapi mendengar, menolong korban yang ini sudah kita bikin gitu. (Pegawai P2TP2A, Jayapura)

³⁶ Pusat Pelayanan Terpadu Perlindungan Perempuan dan Anak biasanya dikenal dengan akronimnya, P2TP2A.

³⁷ Badan Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak Pengendalian Kependudukan Keluarga Berencana biasanya lebih dikenal dengan akronimnya, BP3APK2B.

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

Dalam lokakarya kami, lebih dari setengah dari peserta (23/42) merasa memiliki semacam keadilan dalam kehidupan mereka, yang lebih banyak dikaitkan dengan penerimaan lingkungan terdekat mereka terhadap status kesehatan daripada terkait pengalaman kekerasan lainnya.

Tuhan itu adil. Walaupun ditinggalkan suami, ada jalan keluar lain dan dapat pekerjaan untuk lihat anak saya [yang dijaga orang tua saya]. [Saya] jadi ayah untuk anak saya.” (MN, pendukung sebaya, 31 tahun)

Dari pertama saya masuk [rumah sakit], ada satu yang macam geli. Sekarang sudah tidak; sudah bisa usap pipi, kepala [saya]. Saya suka dengan suster kecil; dia paling ramah dan cepat. Kalo di dalam ruangan, kita tidak terlalu macam sesuatu sembunyi, terbuka semua. Di mama Herlin [tempat Herlina Fonataba] juga sudah bagus. (CD, penjual es, 34 tahun)

Teman-teman di rumah sakit juga aman layanannya. Tidak pernah dimarahin atau lainnya. (AD, mantan pekerja seks, 48 tahun)

Sekarang aman-aman saja. Tidak ada yang ganggu dalam perjalanan untuk layanan kesehatan. (HH, pencuci motor, 37 tahun)

Di lingkungan saya di Belsum, tidak pernah kucilkan saya; selalu baik dengan saya. (YW, mantan pekerja seks, 47 tahun)

Saya kasih bunga [simbol dari mendapatkan keadilan] karena dari keluarga selalu baku sayang [saya], kalo ada masalah, saya dibantu. (SS, tukang binatu, 35 tahun)

Mayoritas peserta merasa mereka sudah mulai dapat memulihkan kehidupannya karena memiliki akses ke ARV secara gratis dan menjadi bagian dari kelompok pendukung. Mayoritas peserta hidup sangat sederhana, bekerja serabutan seperti membuat noken (tas anyaman tradisional), merawat ternak, berburu kepiting, mencuci pakaian, dan mencuci sepeda motor. Bahkan ada yang bergantung dengan bantuan keluarga atau orang lain. Sebagian kecil memiliki gaji sebagai pegawai negeri, pendukung sebaya, pemilik kamar kos, dan pekerja seks. Sebagian peserta menyebutkan bahwa dukungan yang paling mereka butuhkan adalah bantuan pangan atau juga beberapa lembaran seng dan papan untuk memperkuat bangunan rumahnya yang sangat sederhana.



5. Pola Dampak: Risiko pada Generasi Berikutnya

Meskipun upaya untuk memerangi penyebaran HIV/AIDS di Provinsi Papua kini memasuki dekade kedua, kombinasi mengerikan antara HIV/AIDS dan kekerasan memiliki dampak berkelanjutan pada generasi berikutnya di Papua. Ketika para ibu harus berjuang melawan stigma; menanggung beban kesehatan yang menurun, cedera, dan trauma; dan berjuang untuk kelangsungan ekonomi, ada konsekuensi berjangka panjang yang mengurangi kapasitas mereka untuk mengasuh dan mendidik anak-anak mereka. Dampak signifikan pada generasi berikutnya termasuk kematian, kehidupan dalam keluarga yang berantakan, dan penolakan. Bagi sebagian ibu, kematian anak adalah penyebab mereka mengetahui status kesehatan mereka sendiri. Pada saat yang sama, beberapa perempuan berbicara dengan penuh semangat tentang bagaimana anak-anak mereka menjadi sumber dukungan dan inspirasi untuk tetap hidup dan berjuang untuk kehidupan yang lebih baik.

Infeksi dan Kematian Generasi Berikutnya

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua menunjukkan bahwa 14% dari mereka yang terinfeksi HIV/AIDS adalah anak-anak. Jumlahnya lebih dari 5,000 kasus dari total 40,805 kasus yang didokumentasikan per 31 Maret 2019, di mana ada 718 kasus terinfeksi melalui penularan ibu. Sumber-sumber yang diwawancarai menggambarkan kelangkaan obat yang diperlukan oleh bayi yang dinyatakan positif dalam pemeriksaan.

Beberapa perempuan berbicara tentang kematian anak-anak mereka. Dalam beberapa kasus, mereka baru mengetahui status sebagai perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS ketika mereka melahirkan.

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

Saat kelahiran itu, saya diberi tahu sa pu status. Saya bingung, kenapa harus saya? Suster datang konseling dan bilang “Ko harus terapi obat.” ... Tiga minggu sa hanya menangis di tempat tidur rumah sakit: Kenapa harus saya? Kenapa sa pu anak juga harus pu status [positif]? ... Tahun 2011-12 saya terguncang karena harus terapi obat dan tidak ada dukungan keluarga karena mereka rasa jijik... tapi yang rawat adalah sa pu bapak, tahun 2012... orang yang kasih kuat saya adalah sa pu bapak... Tahun 2013 anak saya meninggal dan saat bersamaan, suami kasih tinggal saya dan menikah lagi. (LM, penjual pinang, 32 tahun)

Dari tahun 2009-11 saya dapat anak kedua dan ketiga. Di tahun 2015 saya dapat anak keempat. Waktu masih bayi umur enam bulan dia sakit. Saya periksa ke Medika karena dia sesak nafas. Saya bawa ke RS Dok 2 ke ICU Anak. Beratnya dari 8 kg turun sampe 2 kg. Saya sangat sedih dan kecewa; tidak tahu anak saya mengapa sampai begitu. Saya disuruh tes darah, ternyata positif. Suami ternyata punya dua istri simpanan. Saya ambil keputusan pulang... Saya hanya minum cotri, tapi saya putus 2 tahun. Bayi saya meninggal. Saya sendiri di Jayapura sampai ia meninggal. Saya bilang, kalo tidak minum obat, saya akan meninggal. Saya ingat anak tiga yang masih sekolah dan saya minum obat lagi. (TY, ibu rumah tangga, 36 tahun)

Tahun 2004 saya tes dan hasilnya saya tidak percaya... Anak kedua meninggal 2005, 2006 suami meninggal [keduanya karena AIDS]. Lalu saya bergabung di Yasanto dan bekerja di sana 2006 terutama untuk pelayanan orang terinfeksi. (AB, pendukung sebaya, 33 tahun)

Anak yang dibesarkan oleh Orang Tua Tunggal

Tanpa ada program khusus untuk menangani keluarga, anak yang dibesarkan oleh orang tua tunggal menjadi lebih rentan mengalami kemiskinan dan pendidikan yang buruk. NP, yang berasal dari keluarga yang berantakan, kehilangan anaknya ketika dia dan suaminya berpisah.

Dari kecil tinggal dengan nenek dan tete [kakek], orang tua sudah pisah. Saya sempat sekolah tapi putus... Tahun 2004 saya mulai drop, batuk sampai setengah-setengah mati. Saya tidak tahu kalau saya kena TBC. Tahun 2005 saya VCT dan hasilnya saya positif... Tahun 2008 saya kenal lagi dengan laki-laki... tahun 2009 saya hamil dan anak lahir. Tahun 2011 saya menikah di gereja, tapi karena [pernikahan kami] tidak bisa dipertahankan, tahun 2019 kami pisah. Anak saya negatif, sudah kelas 3 sekarang. Sementara saya tetap tinggal di Yasanto dan anak ikut ayahnya. (NP, pendukung sebaya, 31 tahun)

Saya lahir di Jawa Timur. Bapak saya meninggal waktu saya umur 10 tahun dan saya merantau ke Jakarta... Mamak saya dan kakak saya sangat saya sayangi, tapi dari

umur 10 tahun sudah saya tinggalkan. Saya tidak tahu alamat mereka, tidak tahu kabar mereka... Saya menikah Januari 1988, punya anak satu tahun itu. Sudah itu tahun 1990 anak kedua lahir dan tahun 1992 cerai karena dia selingkuh. Tahun 1993, ketika saya berumur 20 tahun, saya transmigrasi ke Irian Jaya dan anak-anak saya tinggal di mama mantu. Saya transmigrasi sendirian. (RS, tukang binatu, 47 tahun)

Beberapa perempuan memiliki kisah yang mirip dengan RS; ibu sebagai orang tua tunggal berjuang untuk membesarkan anak mereka sendiri karena mereka telah berpisah dari suami mereka. Kondisi ekonomi yang terpuruk mengurangi peluang mendapatkan nutrisi baik, bahkan mengakibatkan gizi buruk bagi anak-anak.

Saya kasih izin ko [suami saya] menikah lagi, tapi harus gaji ko bagi karena ada anak 3 di sini. Tapi... saya tidak pernah tahu penghasilannya berapa. Kalo anaknya nanti hubungi, kasih tau kondisi begini-begini, tapi dia tidak mau bicara dengan saya... Biasanya dia kirim 1 juta. Kami pakai, tapi tidak cukup. Biasanya saya beli beras 300 [ribu]. Biar nasi kosong, kami goreng, makan. Kalo habis, [saya] minta kakak. Kalo tidak ada, dia kasih biasanya 10-20 ribu. kalo ada, dia kasih 100 [ribu]. (BC, ibu rumah tangga, 42 tahun)

Anak-anak yang Mendapat Penolakan

Beberapa peserta perempuan berbicara tentang penolakan yang mereka dan anak-anak mereka hadapi.

Saya punya keluarga besar, tapi kenapa bisa hidup seperti luntang-lantung begini. Satu malam saya diusir untuk cari kos. Anak bayi saya gendong, yang bisa jalan saya seret. Saya jalan ke rumah om, yang bisa terima dan sampai kini tinggal dengan dia. (IK, binatu, 27 tahun)

Saya dites dan saya tahu saya [positif] HIV... Keluarga dari suami dan dari keluarga sendiri tidak ada yang mau lihat anakku. Anak itu kalau saya mati sekarang kasihan karena tidak ada yang mempedulikannya. Saya bertahan di sini karena nyaman. Saya tidak bisa pulang ke kampung karena tidak betah di sana... Sa pu hati rasa hancur kalau liat anak yang sekarang dapat beasiswa dari pemerintah untuk sekolah. Dia selalu ingatkan saya minum obat. Dia sampai mau putus kuliah untuk cari kerja untuk bantu saya, tapi saya bilang tidak karena itu seperti bunuh saya. Dia kuliah di Manado. (MT, pendukung sebaya, 46 tahun)

Konselor yang telah bekerja di Merauke selama beberapa dekade telah mengamati bahwa anak-anak dari orang tua yang HIV positif menghadapi diskriminasi dan kadang-kadang ditolak di sekolah.³⁸ Mereka juga percaya bahwa maraknya anak jalanan yang kecanduan menghirup lem berkorelasi dengan keluarga yang terkena dampak HIV/AIDS.

³⁸Diskusi dengan Herlina Fonataba, Merauke, Juli 2019.

Anak jalanan, fenomena yang terjadi di banyak kota, berisiko mengalami kekerasan, HIV/AIDS, dan kecanduan zat adiktif. Di Merauke tidak ada program yang memadai untuk menopang anak-anak yang orang tuanya sakit atau meninggal karena HIV/AIDS. Namun demikian, KDS Katane terus memberikan dukungan kepada beberapa “anak jalanan” di Merauke. Herlina Fonataba berkomentar:

Anak-anak yang isap aibon, minum [alkohol], mereka menjadi pekerja seks. Ada yang hidup dengan HIV/AIDS, umur 2-18 tahun. Ada yang masih sekolah, ada yang putus sekolah, ada yang tidak tahu baca-tulis. Rata-rata, orang tua mereka miskin, ada orang tua yang tidak kerja, jadi sengaja kasih anak-anak untuk hidup sendiri... Anak-anak ini tumbuh dengan perilaku di luar kontrol... Mereka kadang-kadang terlibat pencurian, akhirnya ditangkap polisi. Ada yang ditahan di Merauke. Pertanyaan saya, siapa yang bertanggung jawab atas generasi ini? Apakah mereka milik sedikit orang yang punya hati dan kasih untuk bekerja untuk membantu mereka? Kita perlu melakukan ini, kalau tidak satu generasi akan hilang dan habis di Tanah Papua.

6. Pola Dampak: Siklus Keji Akibat Kebijakan Buta-Gender

Kami mengamati bagaimana kebijakan buta-gender³⁹ yang mencerminkan kurangnya perhatian terhadap dampak HIV/AIDS dan kekerasan berbasis gender memperburuk kedua masalah tersebut. Praktik dan kebijakan serupa ini tampak a.l. pada: (a) interpretasi sempit tentang kesehatan reproduksi; (b) penutupan lokalisasi besar dan kriminalisasi perempuan, khususnya pekerja seks dan ibu; (c) penghentian dukungan untuk mengakses layanan kesehatan; dan (d) pendekatan *ad hoc* berjangka pendek dengan perencanaan yang buruk.

(A) Interpretasi Sempit tentang Kesehatan Reproduksi

Direktur rumah sakit umum di Merauke pada saat itu, dr. Soewahyudi, mendirikan Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) pada tahun 2004 yang berperan penting dalam penanggulangan HIV/AIDS. PKR awalnya dirancang untuk menyediakan layanan kesehatan reproduksi holistik bagi perempuan dan laki-laki, dan juga informasi dan konseling komprehensif tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi. Pusat itu juga membantu para perempuan untuk mendapatkan kehamilan dan kelahiran yang sehat. Untuk memastikan keberlanjutannya, Dr. Soewahyudi menempatkan PKR di dalam rumah sakit publik.

Namun, dalam beberapa tahun terakhir PKR, yang bekerja bersama dengan puskesmas dan posyandu telah mengurangi ruang lingkungannya dengan berfokus pada pengujian HIV dan PMS yang menargetkan pekerja seks dan ibu muda.

39 Di sini, kebijakan buta-gender yang dimaksud adalah kebijakan-kebijakan yang dibuat tanpa mempertimbangkan bagaimana perempuan dan laki-laki mengalami situasi yang berbeda karena peran dan status gender mereka. Perbedaan situasi ini memerlukan pendekatan yang berbeda juga.

Penyempitan peran PKR ini juga telah menutup pintu untuk mengembangkan pendekatan holistik dalam mencegah dan memitigasi kekerasan dalam rumah tangga ketika masalah ini muncul selama konseling.

Dalam perjalanannya, Pusat Kesehatan Reproduksi terkesan lebih berfokus pada penanganan IMS, termasuk HIV/AIDS. Kami melakukan pemeriksaan rutin bagi populasi kunci dan bekerjasama dengan posyandu untuk layanan bagi ibu hamil dan melahirkan. Dalam konseling kami tahu bahwa sebagian banyak klien juga korban kekerasan, terutama dari pasangannya. Kekerasan itu tentu punya dampak buruk pada kesehatannya secara utuh. Namun, tidak banyak yang bisa kami lakukan. Tidak tahu juga mau bagaimana, selain kekurangan sumber daya manusia. (I, dokter, Merauke)

(B) Penutupan Lokalisasi Besar & Kriminalisasi Perempuan

Para perempuan aktivis HIV/AIDS mencatat peningkatan jumlah pekerja seks yang datang ke Merauke ketika lokalisasi besar di Surabaya dan Jayapura ditutup paksa. Sejumlah studi⁴⁰ telah menunjukkan bahwa penutupan lokalisasi itu kontraproduktif terhadap upaya penanggulangan HIV/AIDS, selain tidak efektif dalam mengentaskan persoalan prostitusi meskipun transaksi seksual di wilayah bekas lokalisasi berkurang atau hilang sama sekali. Persoalan penanganan HIV/AIDS tidak saja ditemukan di daerah asal karena intervensi kerap berbasis lokasi dan penyelenggara intervensi enggan untuk berhadapan-hadapan dengan pemerintah daerah setempat saat melanjutkan layanan kesehatan bagi pekerja seks. Persoalan penanganan juga ditemukan di lokasi baru tempat pekerja seks berpindah akibat penutupan lokalisasi, seperti di Merauke. Banyak yang datang atas kemauan sendiri sebagai bagian dari pola migrasi spontan untuk mencari pekerjaan, berbeda dengan mereka yang dibawa ke Papua melalui agen atau industri “hiburan.” Karenanya, mereka berada di luar radar pengendalian infeksi karena mereka tidak harus mengikuti prosedur pemeriksaan sebelum melakukan transaksi seksual dan sulit untuk dijangkau karena tempat tinggal dan kerjanya tersebar, yang diperburuk dengan lemahnya kendali penjangkauan layanan kesehatan. Kondisi ini disampaikan oleh narasumber dalam studi ini, a.l. oleh Ketua Dinas Sosial Merauke, Herman Gipse:

“Karena penutupan lokalisasi di daerah lain, seperti Jawa Timur dan Jayapura, Merauke “kebanjiran” pekerja seksual yang tidak semuanya masuk ke lokalisasi. Ini menyulitkan kita. Sebelum 2005, Dinsos juga menanggungjawab pendataan [kondisi kesehatan pekerja seks] di bar/diskotik. Namun sekarang dipegang oleh dinas pariwisata. Kami kuatir soal penyebaran HIV karena tidak ada pengaturannya dan Dispar tidak masuk dalam koordinasi KPA.”

40 Studi yang dimaksud termasuk Universitas Atmajaya & Komisi Penanggulangan AIDS, *Studi Kualitatif Dampak Penutupan Lokalisasi/Lokasi Transaksi Seks Di Empat Kota* (Jakarta: UNI-KA Atmajaya, 2016) dan Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI). *Laporan Penelitian Penutupan Lokalisasi Gondang Legi Kota Malang Dan Payosigadung Jambi*. (Jakarta: OPSI, 2016).

Sementara itu, Peraturan Daerah Merauke No. 3 Tahun 2013 dan Peraturan Provinsi Papua No. 8 Tahun 2010 terkait penanganan HIV/AIDS berpotensi mengkriminalisasi perempuan pekerja seks karena memosisikan mereka sebagai pihak yang bertanggung jawab atas penyebaran HIV/AIDS. Pendekatan pidana ini ditengarai memperkuat stigma pada pekerja seks dan akibatnya, mengurangi ketajaman penanganan HIV/AIDS itu sendiri.⁴¹ Pada kedua Perda di atas, pekerja seks tidak hanya terbatas pada perempuan dan pengelola tempat hiburan diwajibkan untuk melakukan pembinaan dan pemulangan pekerja seks yang positif HIV-nya ke tempat asal mereka. Dalam pelaksanaannya, peraturan yang netral gender ini memiliki dampak tidak proporsional bagi perempuan. Berada dalam industri jasa seksual sebagai pekerja, mereka berhadapan dengan relasi kuasa yang begitu timpang dengan pelanggan dan mucikari. Perempuan pekerja seks memiliki daya tawar yang lemah untuk penggunaan kondom. Jika mereka diketahui mengidap HIV/AIDS dalam masa kerja, selain denda mereka juga mendapat sanksi dalam bentuk larangan untuk menjadi pekerja seks dan bahkan dipulangkan.

Kedua peraturan ini juga membebani perempuan dalam hal pencegahan penularan dari ibu ke anak. Seperti diinformasikan oleh peserta di dalam studi ini maupun lainnya, sulit bagi perempuan untuk dapat bernegosiasi dengan pasangannya dalam hal penggunaan kondom saat berhubungan seksual, termasuk ketika pasangannya dikenali berpotensi memiliki perilaku seksual tidak aman.⁴² Permintaan perempuan kepada pasangan untuk menggunakan kondom dapat berisiko kekerasan, baik kekerasan fisik maupun penelantaran. Karena itu, kedua peraturan perlu mengadopsi pencegahan penularan dari kedua orang tua kepada anaknya,⁴³ yang dilengkapi dengan pemberian dukungan bagi perempuan untuk mencegah penularan oleh pasangannya, termasuk melalui penanganan dini kekerasan di dalam rumah tangga.

Akibat berfokus pada ibu, kedua peraturan ini berpotensi mengkriminalkan perempuan hamil dan/atau menyusui. Jika seorang perempuan menolak untuk diperiksa HIV/AIDS atau menolak saran dari petugas medis tentang kelahiran yang berisiko transmisi HIV ke anak, maka dia diancam dengan hukuman hingga enam bulan penjara atau denda Rp 50 juta. Setiap ibu yang melanggar kewajiban untuk dirawat dan mengikuti instruksi dari petugas kesehatan mengenai perawatan anak-anak dengan HIV/AIDS juga menghadapi ancaman kriminalisasi ini. Padahal, kami juga menemukan bahwa kemampuan seorang ibu untuk mengakses perawatan untuk anak-anaknya mungkin terhambat oleh keluarga mantan suaminya. Ia mungkin juga ragu untuk terbuka tentang status kesehatannya karena ancaman kekerasan.

(C) Akses ke Perawatan Kesehatan Jangka Panjang

41 Arinta Dea Dini Singgi & Naila Rizqi Zakiah. *Kajian Hukum dan Kebijakan HIV di Indonesia: Sebuah Tinjauan terhadap Peraturan Perundang-Undangan dan Implementasinya di Enam Kota/Kabupaten*. (Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM), Indonesian AIDS Coalition (IAC) dan Global Fund, 2017), h. 33-34

42 Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI). *Voices from Indonesia: Stigma and Discrimination Against Pregnant Women and Mothers Living with HIV* (Jakarta: IPPI, 2013a), and IPPI. *Studi Kualitatif dan Pendokumentasian: Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dengan HIV Dan Aids di 8 (Delapan) Provinsi* (Jakarta: IPPI, 2013b).

43 Rekomendasi Perubahan pendekatan dari PMTCT ke PPTCT juga dikemukakan oleh Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI). *Laporan Akhir Penelitian Kualitas dan Rekomendasi Perbaikan Layanan PMTCT Bagi Perempuan Terinfeksi HIV di Empat Kota di Indonesia* (Jakarta: IPPI, 2018), h. 30.

Respons lokal bertepatan dengan dua perkembangan penting di Papua: 1) Otsus untuk provinsi Papua termasuk pendanaan khusus untuk HIV/AIDS, dan; 2) Peluncuran program nasional untuk memberikan perawatan kesehatan menyeluruh yang memicu penyelenggaraan Kartu Papua Sehat (KPS). KPS memungkinkan orang dengan HIV/AIDS di Merauke dan Jayapura mengakses pengobatan ARV lebih mudah karena memotong sejumlah birokrasi terkait identitas diri. Beberapa peserta penelitian ini menyebutkan dukungan penting lainnya yang disediakan Pemerintah Papua, seperti subsidi transportasi dan bantuan untuk nutrisi yang lebih baik.

Studi kami tidak mencakup daerah pedesaan atau wilayah yang terpencil, tetapi beberapa peserta berbicara tentang kesulitan yang mereka hadapi ketika mencoba mengakses ARV di luar pusat kota. Perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan pemangku kepentingan lainnya berbicara tentang kurangnya layanan perawatan kesehatan, termasuk ARV, di kabupaten-kabupaten yang lebih terpencil seperti Intan Jaya, Nduga, dan Mamberamo Raya.⁴⁴ Seorang pendamping menceritakan bagaimana dia secara pribadi membantu orang lain dengan mengirimkan ARV mereka melalui bus ke wilayah di luar Merauke. Konselor lain bercerita tentang orang-orang yang harus menyewa kapal cepat supaya bisa ke Merauke untuk mengakses perawatan medis dan ARV. Meskipun Dinas Kesehatan Provinsi telah menunjuk pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) tertentu sebagai satelit-satelit penyedia ARV, unit-unit ini dalam praktiknya sering kekurangan tenaga medis dan persediaan.⁴⁵

Dengan pemekaran distrik yang cenderung menyelaraskan kabupaten dengan identitas etnis tertentu, ada potensi bahaya bahwa agen-agen pelayanan lokal akan memprioritaskan layanan untuk kelompok etnis tertentu dan mengabaikan etnis-etnis lain. Sebagai contoh, pada tahun 2002 Kabupaten Merauke dibagi menjadi empat kabupaten kecil yang mencerminkan kelompok etnis yang berbeda: Merauke, Boven Digoel, Mappi, dan Asmat.⁴⁶ Beberapa pejabat lokal enggan memberikan layanan kepada orang-orang di Merauke yang berasal dari suku Mappi atau Asmat karena menganggap bahwa mereka seharusnya kembali ke distrik “mereka”. Sejumlah peserta juga menyatakan kekhawatiran mereka bahwa akses gratis ke ARV akan terpengaruh ketika status Otsus dan pendanaan untuk Provinsi Papua berakhir pada 2021. Namun, Kepala Klinik Animha dalam wawancara untuk penelitian ini menyebutkan bahwa kekhawatiran tersebut tidak perlu ada karena pembiayaan akses gratis ARV hingga saat ini berasal dari pemerintah nasional.

Dari Kartu Kesehatan Papua (KPS) ke Kartu Kesehatan Nasional?

Saat ini ada rencana untuk mengintegrasikan kartu kesehatan tingkat provinsi, KPS, dengan kartu kesehatan nasional yang diawasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pemerintah provinsi Papua kemudian akan menggunakan

⁴⁴ Evarianus Supar, “Dinkes: Layanan pemeriksaan HIV-AIDS di pedalaman Papua terbatas,” 3 September 2018, <www.papua.antarane.ws.com/berita/470360/dinkes-layanan-pemeriksaan-hiv-aids-di-pedalaman-papua-terbatas>.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Nugie, “Profil,” 7 Januari 2018, <www.portal.merauke.go.id/news/3/profil.html>.

dana KPS untuk membayar premi asuransi untuk penduduk asli Papua sesuai dengan Peraturan Otsus 17/2010. Namun, ada kekhawatiran kalau persyaratan administrasi BPJS (yang mencakup KTP dan Kartu Keluarga) dapat menjadi hambatan yang sulit diatasi bagi banyak penduduk asli Papua ketika integrasi ini terjadi, terutama bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil. Dalam praktiknya, Pemerintah Daerah sejauh ini hanya mengizinkan tenggat waktu tiga hari bagi penduduk asli Papua untuk mendapatkan KTP mereka.⁴⁷ Tanpa adanya program khusus untuk membantu perempuan Papua dalam memenuhi persyaratan administrasi, mereka akan menghadapi hambatan dalam mengakses perawatan kesehatan, termasuk akses kepada pengobatan ARV, yang sangat ini sulit diakses melalui skema layanan kesehatan nasional.⁴⁸

(D) Fokus pada Angka dan Program Ad Hoc

Kabupaten Merauke dianggap sebagai studi kasus untuk keberhasilan tanggapan terhadap HIV/AIDS. Pada tahun 1990-an, Merauke memiliki jumlah orang dengan HIV/AIDS tertinggi di Indonesia, namun kini berada di peringkat ketujuh.⁴⁹ Sekalipun begitu, ada risiko rasa berpuas diri dengan keberhasilan itu. Setelah dua dekade, sebagian besar dana untuk program HIV/AIDS di seluruh Indonesia, termasuk Papua, telah berkurang. Banyak LSM tidak dapat lagi melakukan pendidikan dan penjangkauan tentang HIV/AIDS, atau memberikan bantuan yang diperlukan bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS

Permainan Angka?

Dengan berkurangnya dana untuk mendukung program berjangka panjang yang menghasilkan dampak nyata, beberapa program sekarang berfokus untuk mencapai target jumlah orang untuk diperiksa tanpa perhatian yang cukup pada konseling dan tindak lanjut.⁵⁰ Contoh pergeseran program ke orientasi target, yang disebutkan oleh narasumber dalam penelitian ini, adalah program “90-90-90” yang dipromosikan oleh UNAIDS (90% dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS mengetahui status mereka, 90% menggunakan ARV, dan 90% dari mereka yang minum ARV dapat meminimalkan risiko menginfeksi orang lain).⁵¹ Pendekatan serupa adalah program “tiga nol”, juga didorong oleh UNAIDS dan diadopsi oleh Kementerian Kesehatan Indonesia (0 infeksi, 0 kematian, 0 stigma).⁵² Meskipun ini mungkin menjadi cara

47 Papua Bangkit, “Pemprov Papua Siapkan Premi Rp 142 Milyar untuk KPS Tahun 2019,” 15 April 2019, <www.papubangkit.com/2019/04/15/pemprov-papua-siapkan-premi-rp-142-miliar-untuk-kps-tahun-2019/>.

48 IPPI: 2013a. *op.cit.*, h. 11.

49 MC Kab Merauke, “Kadinkes Provinsi Papua Sayangkan Keterlambatan Pembangunan Rumkit Rujukan,” 13 Agustus 2019, <www.infopublik.id/kategori/nusantara/365792/kadinkes-provinsi-papua-sayangkan-keterlambatan-pembangunan-rumkit-rujukan>.

50 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Hari AIDS Sedunia, Momen STOP Penularan HIV: Saya Berani, Saya Sehat!” diakses pada 2 September 2019, <www.depkes.go.id/article/view/18120300001/hari-aids-sedunia-momen-stop-penularan-hiv-saya-berani-saya-sehat-.html>.

51 UNAIDS, “90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help end the AIDS Epidemic,” diakses pada 10 Agustus 2019, <www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf>.

52 UNAIDS, “Fast Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030,” diakses pada 10 Agustus 2019, <www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf>.

pintar untuk membingkai pendekatan, penekanan pada angka menciptakan permintaan target kuantitatif, yang bertentangan dengan pendekatan yang memprioritaskan prinsip-prinsip pemberdayaan dan pemahaman yang bernuansa transformasi sosial dan dinamika relasi kuasa.

Dalam penelitian kami, advokat lokal untuk respon HIV/AIDS berjangka panjang menyebutkan kekhawatiran mereka bahwa penekanan untuk menjangkau lebih banyak orang untuk melakukan pemeriksaan akan menekan perempuan rentan untuk diperiksa tanpa menyediakan dukungan dan perawatan yang diperlukan bagi mereka; dua hal yang memungkinkan pemeriksaan tersebut dapat menjadi satu langkah menuju pemberdayaan diri mereka sendiri.

Komisi Penanggulangan AIDS tingkat provinsi (KPA) baru-baru ini memperjuangkan dan mendanai dua intervensi: kampanye untuk sunat laki-laki non-bedah (menggunakan alat kontrasepsi yang disebut pre-Pex) dan terapi sel induk (stem cell). Sejak 2016, Provinsi Papua mempromosikan sunat laki-laki sebagai cara untuk mengurangi risiko infeksi HIV. Ini berdasarkan penelitian di Afrika.⁵³ Namun, pendamping lokal mempertanyakan transparansi pendanaan untuk program ini dan khawatir pada pesan yang menyesatkan yang beredar di masyarakat, yaitu, jika Anda disunat, Anda tidak perlu melakukan hubungan seks yang aman. Keyakinan ini dapat mempersulit perempuan untuk menegosiasikan penggunaan kondom oleh pasangan mereka dan dapat menyebabkan timbulnya kekerasan. Kampanye sunat pria sudah dihentikan pada tahun 2019, tetapi sebagai gantinya, KPA mempromosikan terapi sel induk (sel-sel tersebut berasal dari hewan) yang dikenal sebagai Purtier Placenta.⁵⁴ KPA sudah menjalin kemitraan dengan perusahaan yang mendistribusikan obat ini kepada pasien yang secara sukarela meminumnya.⁵⁵ Ini adalah program yang kontroversial karena WHO maupun Kementerian Kesehatan belum memberikan persetujuan penggunaan terapi ini. Seorang peserta di penelitian ini berkomentar,

“Kami ingin ada kejelasan tentang informasi ini. Jika memang obat, kami juga mau gunakan agar sembuh. Jangan jadikan kami mainan, kasih alat coba-coba.”

53 Taiwo Akeem Lawal and E. Oluwabunmi Olapade-Olaopa, “Circumcision and its effect in Africa,” diakses pada 1 September 2019, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422680/>. WHO and UNAIDS mempromosikan sunat laki-laki secara sukarela (<www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/>) sebagai salah satu strategi utama untuk mencegah HIV berdasarkan bukti ilmiah.

54 Dr. John Manangsang mendukung penggunaan Purtier Placenta oleh KPA Provinsi Papua. Purtier Placenta diproduksi di Selandia Baru dan didistribusikan oleh Riway International di Singapura. Satu kapsul terdiri dari sel induk 100 mg dan 12 elemen herbal. Menurut dokter, Purtier Placenta dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memulihkan sel-sel yang rusak, dan menghidupkan kembali sel-sel mati. Dia menyarankan mengkonsumsi produk ini untuk melengkapi ARV. Lihat: Papua Satu, “Ini Penjelasan dr. John Manangsang Terkait Purtier Placenta Yang Dikabarkan Akan Gantikan ARV,” 11 Mei 2019, <www.papuasatu.com/peristiwa/ini-penjelasan-dr-john-manangsang-terkait-purtier-placenta-yang-dikabarkan-akan-gantikan-arv/>

55 Papua Satu, “Yan Matuan: KPA Papua akan Fight Selamatkan Ribuan Pengidap HIV,” 8 Maret 2019, <www.papuasatu.com/kesehatan/yan-matuan-kpa-papua-akan-fight-selamatkan-ribuan-pengidap-hiv/>.



Bab 5:
Daya Tahan dan Harapan

Saya di sanggar 4 bulan. Berkat kawan-kawan yang perhatian merawat, [saya] bisa jalan dan berdiri sampai sekarang. Saya juga terima kasih ke Yasanto. Orang tua saya akhirnya datang ke sanggar. Akhirnya mereka tahu dan terima. Jadi sampai sekarang tinggal di rumah dengan mama dan adik. Adik-adik saya sudah tahu. Saya akan bilang kalau ada kegiatan dan mereka akan antar.” (HH, pencuci motor, 37 tahun)

Peserta penelitian kami mengidentifikasi bahwa dukungan keluarga merupakan landasan untuk membangun kembali kehidupan setelah positif dan setelah kekerasan terjadi. Beberapa perempuan mampu menemukan keberanian mereka ketika mereka berfokus pada kebutuhan anggota keluarga mereka:

Pasangan sudah tidak pukul lagi sejak 2008 karena pada dasarnya saya kasih tahu dia untuk cari perempuan lain kalau mau pukul terus. Prioritas saya adalah keluarga saya dibanding dia. Kita tinggal satu rumah dengan keluarga semua. (AB, pendukung sebaya, 33 tahun)

Yasanto adalah salah satu organisasi masyarakat sipil lokal pertama yang merespons masalah HIV/AIDS di Merauke pada tahun 1995. Yasanto didirikan di 1980-an dengan berfokus pada pengembangan sosial ekonomi orang Papua. Pada saat itu, Yasanto adalah satu-satunya organisasi masyarakat sipil di Papua Selatan yang bekerja hingga ke desa-desa terpencil. Penyebaran HIV/AIDS yang meluas di desa-desa tempat Yasanto bekerja mendorong dibentuknya unit khusus bernama Badan Pengembangan Kesehatan Masyarakat (BPKM) untuk mengatasi epidemi tersebut.

Studi kami mengkonfirmasi bahwa dua program penting untuk memberdayakan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan menderita kekerasan itu saling menguatkan: (1) ketersediaan *shelter* untuk memberikan perawatan bagi perempuan yang menderita, dan (2) solidaritas dan pemberdayaan yang sedang berlangsung melalui kelompok pendukung sebaya.

Sebanyak 21 dari 42 perempuan dalam penelitian ini menegaskan bahwa titik balik dalam kehidupan mereka adalah ketika mereka tinggal di *shelter*. Beberapa dari mereka tinggal selama satu tahun sebelum keluarga mereka siap menerima mereka atau ketika mereka mampu hidup mandiri.

Walaupun saya sakit, walau sebagian keluarga menolak saya, tapi mama selalu dukung. Karena keluarga besar menolak saya, saya tinggal di Yasanto. Mama bersedia jaga saya punya anak. Dengan anak, bawa jenguk saya di sanggar, bawa makanan, bawa dukungan untuk saya punya semangat, mendorong saya untuk bangkit kembali.” (SM, pendukung sebaya, 32 tahun)

Hidup di Antara Tajam Batu Karang

Saya berobat sebulan lebih. Dari pemeriksaan darah, saya dibilang sakit HIV. AB dan mama ajak saya ke sanggar selama beberapa bulan di tahun 2009 dan kasih obat ARV.. Setelah 1 tahun dan agak mendingan, saya tinggal di Pasar Baru dengan suami. (PR, penjual petatas, 55 tahun)

Saya rasa macam putus asa, tapi naik kapal [untuk pulang]. Telepon ibu saya untuk jemput saya di Merauke. Dengan kondisi kurus, saya di pelabuhan. Saya diantar ke sanggar tahun 2013 sampai sekarang. Saya sudah sembuh dan terima kasih ke Yasanto. (PM, asisten mantri, 36 tahun)

Yasanto telah membantu lebih dari 400 orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Sejak membuka *shelter* pada tahun 1997, Yasanto telah menyediakan ruang tidak hanya untuk perawatan paliatif, tetapi juga mendukung pemulihan dan pemberdayaan bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS. *Shelter* Yasanto adalah pusat pertemuan kelompok pendukung, konseling, terapi kreatif, pelatihan keterampilan, distribusi bantuan makanan, dan kegiatan rekreasi.

Berbasis pengalamannya dalam mengembangkan kemandirian masyarakat, Yasanto telah menciptakan program pendidikan kelompok sebaya yang berbasis di sekolah (dikenal dengan akronim, KOMPAS) dan di komunitas (KOMPAK) untuk mendukung pencegahan dan mitigasi HIV/AIDS. Yasanto adalah pelopor dalam integrasi pendekatan berbasis hak dalam pekerjaan berbasis masyarakat dan sekolah yang mencakup pendidikan tentang hak asasi manusia dan gender serta masalah lingkungan dan kesehatan. Yasanto telah melatih lebih dari 5.300 sukarelawan di 141 desa dan lingkungan perkotaan sebagai fasilitator untuk perubahan sosial.

Dampak penting dari pekerjaan Yasanto adalah pembentukan respons dan kepemimpinan lokal terhadap tantangan HIV/AIDS, dengan penduduk asli Papua yang memegang kendali. Sebagai contoh, Leo Mahuze, direktur Yasanto telah memainkan peran kunci dalam mengoordinasikan tanggapan multilevel yang berkelanjutan terhadap epidemi itu. Dalam beberapa tahun terakhir, ia menjadi kecewa dengan penurunan dana yang tersedia untuk pekerjaan HIV/AIDS. Menurutnya:

Lebih dari 20 tahun yang lalu, saya mendedikasikan diri untuk mendukung mereka yang hidup dengan HIV/AIDS. Jumlah orang semakin meningkat, dan persoalannya menjadi sangat kompleks, termasuk keterkaitan dengan masalah kekerasan terhadap perempuan. Pemerintah tidak pernah menangani secara serius, dalam memberi sumber daya. Sedangkan dana dari sumber-sumber lain semakin berkurang.

Yasanto berada di garis depan dalam mengembangkan praktik baik manajemen kasus untuk orang hidup dengan HIV/AIDS. Meskipun layanan dukungan Yasanto untuk

orang hidup dengan HIV/AIDS berfokus pada orang Papua, layanan ini tidak eksklusif dan dapat diakses oleh siapa saja. Program Yasanto juga memberikan pelatihan dan peluang bagi perempuan Papua. Sebagai contoh, Katane Support Group (KSG) dipimpin oleh Herlina Fonataba, salah satu konselor HIV/AIDS pertama yang dilatih oleh Yasanto pada tahun 1997. Tergerak oleh pengalamannya sendiri tentang menyintas kekerasan, dia mendirikan KSG sebagai respons terhadap tantangan-tantangan tersebut.



Sinar Harapan Bagi Orang Dengan HIV/AIDS

*Wawancara dengan Herlina Fonataba,
Katane Support Group (KSG)*

Kelompok Dukungan Sebaya Katane (Katane Support Group/KSG) didirikan pada 23 Februari 2012. Pada waktu itu [di Merauke] kami melihat orang-orang sekarat [akibat AIDS] seperti ayam yang disembelih. Suatu hari seseorang meninggal di satu tempat; hari berikutnya ada orang lain *di tempat lain; dan ada banyak diskriminasi dari keluarga.*

Katane berasal dari bahasa Marind yang artinya matahari. Filosofi ini menginspirasi kami untuk menjadi sumber cahaya atau harapan untuk sahabat ODHA. Harapan ini bisa menjadi kekuatan positif bagi mereka untuk membangun kebersamaan antarsahabat ODHA dan dengan orang di sekitar mereka.

Visi kami adalah untuk menurunkan stigma dan diskriminasi lewat pemberian informasi yang benar kepada masyarakat, terutama untuk kelompok sasaran yang luas yang mencakup mereka yang putus sekolah, perempuan pekerja seks, waria, perempuan hamil dan bayinya, anak-anak dalam tahanan, anak-anak aibon, anak laki-laki yang bekerja di kapal, buruh bangunan, laki-laki yang suka laki-laki, pemulung, pemuda gereja, keluarga ODHA, dan ibu rumah tangga. Misi kami adalah menjadi teman yang memberikan dukungan bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS karena mereka bukan hanya target; setiap angka pada data statistik adalah manusia. Adalah penting bahwa mereka yang hidup dengan HIV/AIDS mengendalikan hidup mereka sendiri untuk mencapai kualitas hidup yang baik. Mereka perlu diberdayakan... memiliki semangat juang.

Program kami termasuk pendidikan nonformal untuk anak laki-laki dan perempuan, usia 6-18 tahun, yang menghirup lem, para pemulung sampah, hidup dengan HIV/AIDS, dan anak-anak dari pekerja seks. Modul termasuk informasi tentang kesehatan reproduksi, pemetaan tubuh, gender, dan infeksi dan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS, dan narkoba. Penjangkauan kesehatan mencakup berbagi

informasi tentang pengobatan infeksi menular seksual dan distribusi kondom kepada populasi kunci (putus sekolah, anak laki-laki yang bekerja di kapal, pekerja seks, dll.). Fokus Katane pada pendampingan yang bersifat luas. Katane memfasilitasi diskusi kelompok untuk ODHA; kunjungan ke orang-orang di rumah sakit, di pusat-pusat penahanan, dan kunjungan rumah untuk mendorong penggunaan obat ARV secara tepat dan teratur; rujukan untuk layanan yang dibutuhkan; pemenuhan kebutuhan spiritual dan emosional; dukungan dan saran untuk keluarga yang hidup dengan ODHA; dan upaya untuk berkoordinasi dengan berbagai pemangku kepentingan — Komisi AIDS, klinik, LSM, dll.

Saya mendapat bantuan beras dari Dinas Sosial yang saya masak untuk memberi makan anak-anak yang datang ke rumah saya [untuk belajar]. Saya mengajar mereka tentang kebersihan: mereka makan dengan baik, mereka mencuci tangan, mandi dengan baik, dan kemudian mereka pergi ke sekolah. Saya mengajar: mereka yang tidak membaca atau menulis berada dalam satu kelompok; anak-anak kecil berada dalam satu kelompok lainnya. Teman-teman saya, sukarelawan yang HIV positif, membantu dalam pelajaran dan juga membantu memasak untuk memberi makan anak-anak ini... Saat ini saya sedang melobi pemerintah kabupaten untuk mendapatkan akses ke lebih banyak bantuan beras sehingga anak-anak ini dapat melanjutkan sekolah.

Saya juga bekerja dengan Dinas Lingkungan. Saya melihat anak-anak ini pemulung mengambil sampah logam dan plastik. Mereka adalah pekerja anak-anak. Jadi, saya memesan mereka untuk mengambil sampah dari jalan setiap pagi. Mereka mengumpulkan botol dan sampah plastik, memasukkannya ke dalam tas besar dan membawanya ke sini. Saya menimbanginya dan memiliki grafik dengan nama mereka... Secara umum orang tua mereka adalah pekerja dermaga yang menurunkan barang-barang dari kapal dan tidak dibayar cukup sehingga anak-anak ini bekerja untuk membantu orang tua mereka. Setelah mereka mengumpulkan [banyak] kaleng, sampah logam dan plastik saya telepon Dinas Lingkungan [untuk ditukar dengan uang].

Di Jayapura, kelompok swadaya yang serupa didirikan oleh seorang perawat lokal, Sitti Soltief, pada tahun 2001. Sitti mulai mengenali kasus-kasus HIV/AIDS pada tahun 1998 ketika salah seorang temannya menjadi pasien di rumah sakit tempat ia ditugaskan. Pengenalan pertamanya tentang HIV/AIDS melalui kasus ini membuatnya sadar bahwa dukungan psikologis memainkan peran penting dalam menangani pasien. Hal ini membuatnya terus mencari tahu lebih banyak tentang HIV/AIDS, termasuk bagaimana HIV/AIDS berkaitan dengan penyakit paru-paru dan TBC. Perlunya dukungan timbal balik, seiring dengan meningkatnya jumlah orang yang terinfeksi, melahirkan Kelompok Dukungan Jayapura (Jayapura Support Group/JSG). Ini adalah kelompok pendukung

HIV/AIDS pertama di Papua, dan dijalankan oleh sukarelawan yang tidak menerima honor ataupun gaji.

Pada awalnya, JSG adalah ruang untuk saling mendukung teman-teman yang hidup dengan HIV/AIDS dengan perawatan rutin, berdamai dengan penyakit, dan menghadapi kematian dengan tenang. Pada saat itu, ARV tidak tersedia dan harapan hidup sangat rendah, kurang dari enam bulan. Selain melakukan pendidikan publik tentang HIV/AIDS, JSG juga menyediakan *shelter* bagi mereka yang terinfeksi tetapi tidak diterima oleh keluarga mereka. Pada tahun 2004, Dinas Kesehatan Provinsi Papua menetapkan rumah singgah JSG sebagai percontohan untuk menjadi tempat tinggal sementara bagi ODHA. Meskipun dukungan untuk *shelter* dikurangi pada tahun 2009, JSG berhasil membuat *shelter* terus berfungsi hingga 2014. Berkat dana dari donor kemanusiaan dan bantuan sukarelawan, JSG terus menyediakan layanan utama seperti pertemuan kelompok sebaya, konseling, dan dukungan bagi ODHA, termasuk mereka yang berkebutuhan khusus.

Pada pertemuan kelompok pendukung, masalah kekerasan terhadap perempuan sering mengemuka. Namun, JSG belum bekerja dengan organisasi lain untuk mengatasi masalah ini. Anggota kelompok biasanya akan saling mendukung untuk menemukan solusi yang dapat mereka lakukan secara mandiri, terutama ketika kekerasan mencegah mereka mengakses perawatan medis reguler. Dalam pelatihan untuk konselor dan pendukung sebaya, Sitti Soltief mendiskusikan hubungan antara kekerasan terhadap perempuan dan HIV/AIDS. Hal ini sangat penting untuk menjadi bagian dalam pelatihan yang dilakukan dengan pendukung sebaya dan sukarelawan, khususnya dari komunitas gereja karena mereka sering lebih menekankan pada pendekatan pastoral ketika mendengarkan keluhan seseorang sehingga luput memasukkan pendekatan kesehatan dan advokasi hukum yang memadai. Sitti juga pernah melakukan konseling bagi perempuan korban perkosaan dan pelakunya untuk melakukan konseling sukarela dan pemeriksaan, mengingat risiko infeksi HIV akibat kekerasan ini.

Kelompok masyarakat sipil lain yang menangani HIV/AIDS termasuk Yayasan Cendrawasih Bersatu (YCB), Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Papua, dan Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat (YPKM), serta kelompok dukungan sebaya seperti Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI) Papua. Upaya untuk mengoordinasikan kerja-kerja masyarakat sipil, misalnya oleh Forum Kerja Lembaga Swadaya Masyarakat (Foker) Papua (Forum Kerja LSM Papua) di Jayapura, masih lemah. Upaya untuk mengoordinasikan bantuan untuk perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan juga mengalami kekerasan telah diprakarsai oleh para aktor seperti UN Women dan Harmoni, tetapi sejauh ini belum ada tindak lanjut.

Di Merauke, platform koordinasi telah didirikan, tetapi dengan mengeringnya dana, organisasi anggota menjadi tidak aktif. KPA lokal memiliki peluang untuk memainkan

peran koordinasi itu. KPA di Merauke, yang dibentuk oleh peraturan daerah, memiliki pekerja-pekerja HIV/AIDS berjangka panjang dan orang-orang muda yang hidup dengan HIV/AIDS. Lembaga potensial lainnya termasuk LPA (Lembaga Perlindungan Anak) serta eL_AdPPer, LSM yang mengorganisir para perempuan di tingkat akar rumput dan merespons kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan di Merauke. eL_AdPPer telah mengembangkan hubungan kerja yang kuat dengan kantor bantuan hukum setempat, Pelita Kasih, serta dengan masyarakat dan tokoh agama. eL_AdPPer telah mendokumentasikan kasus-kasus kekerasan dan memberikan pelatihan serta rujukan bagi proyek ekonomi dan kesehatan pemerintah. Menciptakan mekanisme kerja kolektif menjadi penting untuk mempertahankan pendekatan komprehensif dalam menangani kekerasan terhadap perempuan dan kebutuhan perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS.



Perkumpulan Lembaga Advokasi Peduli Perempuan eL_AdPPer, berupaya untuk mengakhiri kekerasan terhadap perempuan di Merauke

Perkumpulan Lembaga Advokasi Peduli Perempuan (eL_AdPPer) adalah organisasi non-pemerintah (LSM) yang didirikan oleh sejumlah aktivis perempuan Katolik bersama dengan Keuskupan Merauke di Merauke pada November 2002. Mereka termotivasi oleh pengalaman mereka yang panjang (1995-2001) menangani kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan baik di ruang publik maupun pribadi. eL_AdPPer adalah satu dari sedikit LSM yang melakukan pendidikan kritis bagi perempuan korban kekerasan terkait hak-hak mereka. eL_AdPPer juga mengadvokasi kebijakan pemerintah di Kabupaten Merauke yang pro-perempuan.

eL_AdPPer pada awalnya terletak di bawah Sekretariat Perdamaian dan Keadilan Keuskupan Agung Merauke (SKP KAME) dan dikenali sebagai Kelompok Kerja Merauke tentang Gender sebelum namanya kemudian diubah menjadi eL_AdPPer. Pada 2017, eL_AdPPer menjadi organisasi independen yang pekerjaannya dilakukan oleh tiga staf dan beberapa sukarelawan. Sejak 2013, eL_AdPPer memperluas fokusnya dari pengelolaan kasus KTP untuk juga mengatasi masalah ekonomi perempuan, karena akar dari kekerasan yang dialami sekitar 80% perempuan yang dilayaninya terkait ekonomi.

Selama bertahun-tahun, eL_AdPPer telah mengembangkan sejumlah inisiatif lokal dengan memasukkan diskusi antara laki-laki dan perempuan desa untuk

meningkatkan kesadaran tentang dampak kekerasan terhadap perempuan; ikut serta dalam kampanye 16 hari melawan kekerasan terhadap perempuan (25 November - 10 Desember); bekerja sama dengan pihak lain untuk membantu perempuan korban kekerasan, termasuk melakukan rujukan untuk bantuan hukum, polisi, bantuan mendesak bagi perempuan dan bayi yang positif HIV; dan memfasilitasi program pemberdayaan ekonomi.

Karena sumber daya yang terbatas, eL_AdPPer saat ini tak lagi mengerjakan beberapa kerja-kerja advokasi sebelumnya, dan kini merujuk kasus kekerasan terhadap perempuan kepada organisasi bantuan hukum dan LSM lainnya. Kerjanya tentang pemberdayaan ekonomi perempuan berfokus pada pengembangan hasil hutan non-kayu di desa-desa setempat, di mana insiden kekerasan terhadap perempuan sangat tinggi. Dalam sebuah wawancara yang berfokus pada pengembangan eL_AdPPer selama bertahun-tahun, Beatrix Gebze, ketua organisasi, merefleksikan:

Sejak 2013, kami tidak hanya terbatas melaporkan kasus ke polisi dan mediasi. Pada saat itu saya sadar bahwa kekerasan terhadap perempuan bukan hanya kekerasan fisik. Saya berpikir tentang ini, dan menganalisisnya. Ada banyak hal yang memicu kekerasan. Pada saat hutan sudah habis, dan tempat bermukim manusia semakin sempit, juga sumber kehidupan semakin habis... pada saat tungku dapur sudah tidak bisa mengepul (akibat miskin), itu juga saat di mana kekerasan fisik mulai.

Bab 6: Rekomendasi



10 Prioritas dalam 3 Rekomendasi Kunci untuk Tanggapan yang Komprehensif bagi Perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS dan Korban Kekerasan Berbasis Gender

Penelitian ini menunjukkan bahwa cara paling efektif untuk mengatasi HIV/AIDS adalah dengan mengintegrasikan upaya-upaya untuk mengatasi kekerasan terhadap perempuan. Demikian juga, upaya-upaya untuk mengatasi kekerasan terhadap perempuan akan sangat diuntungkan dengan mengadopsi praktik baik dalam pendekatan manajemen kasus dan pemberdayaan yang telah dikembangkan oleh para pendamping dan orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Dengan mendengarkan suara-suara perempuan, kami merumuskan **10 prioritas** untuk mendukung pemberdayaan perempuan dalam menanggapi “krisis ganda” HIV/AIDS dan kekerasan. Berdasarkan temuan-temuan utama tentang dampak, kami percaya bahwa ada **tiga bidang** untuk pekerjaan lebih lanjut:

A. Mendukung inisiatif berbasis lokal yang memberdayakan perempuan Papua untuk turut serta dalam memahami akar masalah dan menciptakan solusi jangka panjang

1. Pemerintah dan Pemerintah Daerah, serta pihak-pihak lainnya perlu memastikan ketersediaan dana dan sumber daya yang memadai untuk lebih mengembangkan layanan komprehensif bagi perempuan di Papua yang berisiko atau terkena dampak HIV/AIDS dan kekerasan, termasuk:
 - Memastikan dukungan yang berkelanjutan untuk *shelter*/rumah singgah rumah aman di tingkat lokal dan bagi kelompok pendukung dalam menangani kebutuhan berjangka panjang dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS, termasuk konseling tentang kekerasan dalam rumah tangga, komunikasi tanpa kekerasan, manajemen kemarahan.
 - Memastikan adanya rumah aman khusus wanita untuk rujukan lebih lanjut manakala dibutuhkan.
2. Lembaga layanan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat sipil, mengembangkan proses rujukan, memperkuat manajemen kasus, keterampilan konseling dan koordinasi dan integrasi yang lebih baik antara mereka yang menyediakan layanan kesehatan dan perlindungan. Juga, meningkatkan kapasitas pekerja medis dan konselor HIV/AIDS untuk peka terhadap kekerasan terhadap perempuan, termasuk bagaimana memulai rujukan dan intervensi.
3. Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta pihak lainnya bekerja sama dengan organisasi lokal, khususnya organisasi perempuan, memperkuat kapasitas untuk keterlibatan lokal dalam pembuatan kebijakan dengan:
 - Menyediakan dana untuk inisiatif yang dipimpin perempuan, pelatihan pendampingan kepemimpinan, dan memastikan keterlibatan perempuan Papua dalam forum-forum pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan, keamanan, dan penegakan hukum, termasuk di Komite AIDS lokal (KPA) setempat.
 - Memperkuat kapasitas kelompok masyarakat sipil setempat untuk

berpartisipasi dalam proses penganggaran pemerintah, juga memantau penggunaan dana.

4. Organisasi masyarakat sipil dan akademisi melakukan evaluasi terhadap kebijakan pembangunan yang berkontribusi pada penularan HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan di Papua, termasuk:

- Mendukung proyek sejarah sosial atau penyelidikan partisipatif untuk melihat dampak jangka panjang dari kebijakan pembangunan, seperti transmigrasi dan industri ekstraktif di Provinsi Papua, dan penutupan lokalisasi serta mengidentifikasi pelajaran yang didapat.
- Mempelajari contoh-contoh praktik baik dari daerah maupun negara lain yang memberdayakan perempuan adat, transmigran, pekerja seks dalam upaya terdepan untuk melindungi diri dari HIV/AIDS, kekerasan, dan untuk mengakses keadilan ketika kekerasan terjadi.
- Memeriksa dampak kehadiran keamanan dan kembangkan kode etik dan sanksi bagi personel sektor keamanan dalam interaksinya dengan penduduk sipil.

B. Berinvestasi dalam program-program yang mengatasi hambatan untuk mengakses keadilan, termasuk cara-cara untuk menghubungkan advokat yang bekerja pada HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan;

5. Pemerintah Daerah menggunakan Status Otsus untuk mengurangi hambatan terhadap keadilan yang dihadapi perempuan korban kekerasan berdasarkan status perkawinan mereka, dengan:

- Memastikan bahwa akta nikah tidak menghalangi tugas untuk melindungi korban dan untuk menyelidiki dugaan pelaku kekerasan.
- Pendidikan dan penjangkauan untuk penegakan hukum.

6. Instansi terkait dan lembaga pendamping mengembangkan kerangka kerja tindakan afirmatif untuk program pemulihan dan pemberdayaan bagi para korban kekerasan berbasis gender yang peka terhadap risiko HIV/AIDS. Ini termasuk dukungan untuk kemandirian ekonomi; dan bantuan untuk mengakses layanan untuk kesehatan fisik dan psikologis, bantuan hukum, dan bantuan sosial, termasuk dukungan pada kebutuhan dasar: pangan, sandang dan papan.

7. Pemerintah Daerah bersama organisasi masyarakat sipil melakukan audit dan revisi peraturan lokal tentang HIV untuk menjamin agar perempuan dalam kelompok berisiko tinggi, terutama pekerja seks dan ibu, tidak dikriminalisasi atau mengalami diskriminasi.

8. Pengada layanan bagi perempuan korban kekerasan, termasuk kepolisian,

mengembangkan kebijakan dan praktik untuk mendukung inisiatif konseling dan pemeriksaan HIV/AIDS (baik inisiatif penyedia maupun klien) dalam menangani kasus-kasus kekerasan seksual yang mencakup penilaian risiko penularan. Inisiatif konseling dan pemeriksaan bagi korban harus menjadi bagian dari program penyembuhan korban pada jangka pendek dan jangka panjang, termasuk penyediaan profilaksis untuk korban.

9. Pemerintah di tingkat nasional dan daerah, serta agen-agen relevan lainnya memastikan dukungan yang memadai dan berkelanjutan untuk pendukung sebaya dan konselor bagi perempuan yang hidup dengan HIV/AIDS yang menjadi korban kekerasan:

- Melindungi pendukung sebaya dan konselor sebagai bagian dari program dan layanan perlindungan saksi dan korban.
- Memperkuat kapasitas pendukung sebaya dan konselor, termasuk berbagi pengetahuan dan pembelajaran berdasarkan pengalaman langsung dukungan sebaya di Papua.
- Kembangkan program untuk kolaborasi dan penggalangan dana untuk dukungan dan konseling rekan untuk memastikan program yang berkelanjutan dan bermanfaat.

C. Memperkuat ketahanan generasi muda dan semua orang yang terkena dampak HIV/AIDS dan kekerasan

10. Kementerian Pendidikan bersama organisasi masyarakat sipil dan dukungan berbagai pihak menyelenggarakan pendidikan yang berfokus pada kaum muda untuk mencegah dan menangani HIV/AIDS dan kekerasan terhadap perempuan. Ini termasuk:

- Memberikan perhatian khusus pada kerentanan remaja, termasuk dengan inisiatif untuk mendirikan klinik dan program khusus untuk remaja yang mencakup kesehatan seksual lewat kerja sama dengan sekolah.
- Mengintegrasikan konsep diri yang berdaya dan citra diri yang positif bagi orang muda Papua dalam pengembangan pendidikan untuk kesehatan reproduksi dan pencegahan kekerasan.
- Menghidupkan kembali inisiatif “Daku Papua!”⁵⁶ dan program serupa lainnya bagi pemuda sebagai dasar untuk pengembangan kurikulum lokal dan kontekstual, pelaksanaan orientasi siswa, pelatihan guru (khususnya pembimbing konseling) dan kegiatan pendidikan non-formal untuk anak muda.
- Mendukung program aktualisasi diri bagi perempuan Papua yang antara lain mencakup topik-topik pengetahuan tentang hak asasi manusia, citra tubuh positif, hak kesehatan reproduksi, keterampilan negosiasi dan komunikasi tanpa kekerasan.

⁵⁶ Daku Papua atau “Dunia Remajaku Seru” adalah program pelatihan untuk guru dan pendidik lainnya yang dikembangkan dan diterapkan di Merauke selama beberapa tahun (2010-12). Modulnya membahas topik-topik seperti gender, perubahan dalam tubuh, pertemanan dan hubungan lainnya, kehamilan, dan HIV/AIDS. Program ini dihentikan sampai sekarang, terutama karena kurangnya dana untuk mendukung program dan perubahan kurikulum sekolah. (Situs web pemerintah Papua, “Sekda: Pemprov Pertimbangkan Kembangkan Program DAKU Di Provinsi,” diakses 1 Oktober 2019, <www.papua.go.id/view-detail-berita-2779/sekda-pemprov-pertimbangkan-kembangkan-program-daku-di-provinsi.html>; WPF Indonesia, “DAKU—Dunia Remajaku Seru”), diakses pada 1 Oktober 2019; <rutgers.id/fokus-kami/pendidikan-seksualitas-komprehensif/daku-dunia-remajaku-seru/>.

