

PERATURAN  
MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN  
ANAK  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 09 TAHUN 2010  
TENTANG  
PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DALAM PENCEGAHAN DAN  
PENANGGULANGAN HIV/AIDS YANG RESPONSIF GENDER

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN  
ANAK  
REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa perempuan dan laki-laki mempunyai hak yang sama dalam memperoleh layanan kesehatan, pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS;
- b. bahwa Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 Tentang Pengarusutamaan Gender Dalam Pembangunan Nasional, menginstruksikan semua Kementerian/Lembaga termasuk Kementerian Kesehatan untuk melaksanakan Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional;
- c. bahwa HIV/AIDS sebagai penyakit yang berbahaya, penyebarannya di masyarakat menunjukkan peningkatan yang signifikan terutama terhadap kaum perempuan dan anak yang rentan terhadap penularan penyakit ini;
- d. bahwa untuk mengatasi pencegahan dan penyebaran HIV/AIDS terutama terhadap kaum perempuan dan anak diperlukan suatu perencanaan dan penganggaran dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang responsif gender;
- e. bahwa untuk memberikan acuan bagi Kementerian Kesehatan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang responsif gender terutama diperlukan suatu pedoman perencanaan dan penganggaran pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang responsif gender;

- f. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a, huruf b, dan huruf c, huruf d, huruf e, perlu menetapkan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita (Convention On the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 29, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3277);
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  3. Peraturan Presiden Nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
  4. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional;
  5. Keputusan Presiden Nomor 84/P Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Pengangkatan Menteri Negara Kabinet Indonesia Bersatu II;

: MEMUTUSKAN:

Menetapkan PERATURAN MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV/AIDS YANG RESPONSIF GENDER.

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Perencanaan yang responsif gender adalah proses kegiatan perencanaan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, mulai dari penyusunan kegiatan, penerapan analisis gender dengan metode *Gender Analysis Pathway* berdasarkan data terpilah dan statistik gender.
2. Penganggaran responsif gender adalah anggaran yang mengakomodasi keadilan bagi perempuan dan laki-laki termasuk kelompok orang yang memiliki kemampuan beda (diffable) dalam memperoleh akses, manfaat, berpartisipasi dalam mengambil keputusan dan mengontrol sumber-sumber daya serta

kesetaraan terhadap kesempatan dan peluang dalam menikmati hasil pembangunan.

3. Responsif Gender adalah suatu keadaan yang memberikan perhatian secara konsisten dan sistematis terhadap perbedaan-perbedaan antara perempuan dan laki-laki dalam masyarakat yang diwujudkan dalam sikap dan aksi untuk mengatasi ketidakadilan yang terjadi karena perbedaan-perbedaan tersebut.
4. Pencegahan adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan berbagai faktor yang menyebabkan timbulnya penyakit HIV/AIDS.
5. Penanggulangan adalah suatu upaya untuk mengatasi masalah HIV/AIDS; mencegah kasus baru dan menurunkan kasus kesakitan dan kematian akibat HIV/AIDS.
6. Human Immunodeficiency Virus yang selanjutnya disebut HIV adalah suatu jenis penyakit atau virus yang menyerang sel darah putih (CD4) yang dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan.
7. Acquired Immune Deficiency Syndrome yang selanjutnya disebut AIDS adalah efek dari perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup.

#### Pasal 2

Dengan Peraturan Menteri ini ditetapkan Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 3

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penganggaran yang Responsif Gender sebagai acuan bagi perencana program di setiap unit kerja pada sub Direktorat HIV/AIDS dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang responsif gender.

#### Pasal 4

- (1) Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender memuat tentang tahapan penyusunan perencanaan dan penganggaran serta metode yang digunakan.
- (2) Tahapan penyusunan perencanaan dan penganggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. analisis gender;
  - b. pernyataan Anggaran Gender (*Gender Budget Statement*); dan
  - c. kerangka acuan kegiatan.

#### Pasal 5

Unit kerja pada Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan menggunakan Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender dalam menyusun perencanaan dan penganggaran yang responsif gender.

#### Pasal 6

Dalam menyusun perencanaan yang responsif gender dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dilakukan sejak penyusunan Rencana Strategis Satuan Kerja, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional pada Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

#### Pasal 7

Dalam menyusun penganggaran yang responsif gender disesuaikan dengan Peraturan Menteri Keuangan yang mengatur tentang Petunjuk dan Penelaahan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga dan Penyusunan, Penelaahan dan Pelaksanaan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran yang setiap tahun di berlakukan.

#### Pasal 8

Tim Pengarustamaan Gender Bidang Kesehatan dapat melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap unit kerja sub direktorat HIV/AIDS yang tugas dan fungsinya menyusun perencanaan dan penganggaran dalam melaksanakan pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan yang Responsif Gender.

#### Pasal 9

- (1) Tim Pengarusutamaan Gender Bidang Kesehatan dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 melakukan upaya:
  - a. komunikasi informasi dan edukasi, fasilitasi, sosialisasi dan advokasi tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender.
  - b. pemantauan, evaluasi dan pelaporan terhadap pelaksanaan Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS yang Responsif Gender yang dilakukan unit kerja yang menyusun perencanaan dan penganggaran pada sub direktorat HIV/AIDS.
- (2) Dalam melakukan sosialisasi dan advokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat bekerja sama dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

#### Pasal 10

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia ini diundangkan dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 1 Oktober 2010

MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN  
PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK  
REPUBLIK INDONESIA,

LINDA AMALIA SARI

Diundangkan di Jakarta  
Pada tanggal 1 Oktober 2010

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA

PATRIALIS AKBAR

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2010 NOMOR 482

LAMPIRAN PERATURAN MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN  
DAN PERLINDUNGAN ANAK REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 09 TAHUN 2010

TENTANG

PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DALAM PENCEGAHAN DAN  
PENANGGULANGAN HIV/AIDS YANG RESPONSIF GENDER

BAB 1  
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Salah satu tujuan pembangunan nasional adalah meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia sehingga mempunyai kemampuan dan daya saing secara global. Terdapat tiga indikator kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Indeks Pembangunan Gender (IPG) dan Indeks Pemberdayaan Gender (IDG). IPM Indonesia telah meningkat dari 0,687 pada tahun 2004 menjadi 0,719 pada tahun 2008. Perbaikan IPM Indonesia belum diikuti oleh perbaikan IPG yang setara. Pada periode yang sama IPG Indonesia hanya meningkat dari 0,639 menjadi 0,664. Demikian pula dengan IDG, yang meningkat dari 0,597 pada tahun 2004 menjadi 0,623 pada tahun 2008 (KNPP-BPS, 2008).

Instruksi Presiden (Inpres) No.9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional menunjukkan adanya komitmen Pemerintah untuk menjadikan isu gender sebagai arus utama dalam pembangunan. Inpres ini mewajibkan pemerintah pusat dan daerah untuk melakukan pengarusutamaan gender ke dalam seluruh proses pembangunan, mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan sampai dengan evaluasi pembangunan.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu penentu kualitas SDM telah mengadopsi Pengarus-utamaan Gender (PUG). Undang-undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 2 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, non-diskriminatif, dan norma-norma agama. Rencana Strategis (Renstra) Tahun 2010-2014 menunjukkan adanya komitmen Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk menjadikan isu gender sebagai arus utama dalam pembangunan kesehatan. PUG di lingkungan Kementerian Kesehatan juga diperkuat dengan adanya Kesepakatan Bersama antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan tentang Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender Bidang Kesehatan No.07/MEN.PP&PA/5/2010 – No.593/MENKES/SKB/V/2010.

Untuk mendukung implementasi komitmen tersebut, pada tahun 2010 telah menerbitkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menyusun Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan. Pedoman ini disusun untuk melengkapi panduan tersebut. Adanya pedoman ini diharapkan akan mempermudah para perencana di Sub-direktorat HIV-AIDS, Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular Langsung (P2ML), Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M & PL), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam menyusun perencanaan dan penganggaran upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS yang responsif gender. Tidak tertutup kemungkinan pedoman ini juga digunakan oleh para perencana upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS di unit-unit lain di lingkungan Kementerian Kesehatan maupun di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

## 1.2. Tujuan

Pedoman ini disusun untuk:

1. Memberi tuntunan teknis yang praktis bagi perencana upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS di Sub-direktorat HIV-AIDS, Direktorat P2ML, Direktorat Jenderal P2M & PL, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, di unit-unit lain di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, maupun di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
2. Mendukung peningkatan kemampuan para perencana di Sub-direktorat HIV-AIDS, Direktorat P2ML, Direktorat Jenderal P2M & PL, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, di unit-unit lain di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, maupun di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam mengintegrasikan konsep dan perspektif gender pada setiap tahap perencanaan dan penganggaran kegiatan.
3. Melengkapi Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

## 1.3. Ruang Lingkup

Pedoman ini berisi tentang latar belakang dan perlunya PPRG dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS, isu gender dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS, langkah-langkah PPRG yang meliputi penyusunan Alur Analisis Gender (*Gender Analysis Pathway*), penyusunan Pernyataan Anggaran Gender (*Gender Budget Statement*) dan penyusunan Kerangka Acuan Kegiatan (*Term of Reference*). Di dalam pedoman ini juga terdapat contoh PPRG untuk layanan VCT dan CST. Pedoman ini disusun dengan mengacu pada Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2010) dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

## 1.4. Landasan Hukum

Pedoman ini memiliki landasan hukum yang sama dengan Panduan

Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan Bab I  
Pendahuluan Butir D Landasan Hukum.

1.5. Sasaran

Pengguna pedoman ini antara lain:

1. Para perencana di Sub-direktorat HIV-AIDS, Direktorat P2ML, Direktorat Jenderal P2M & PL, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
2. Para perencana di unit-unit lain di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
3. Para perencana upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, misalnya di Dinas-dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas-dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

BAB II

ISU GENDER DALAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV-AIDS

2.1. Isu Gender dalam Kejadian HIV-AIDS

Risiko dan kerentanan terhadap HIV-AIDS berbeda antara perempuan dan laki-laki. Tabel berikut ini menyarikan berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya perbedaan tersebut.

Tabel 1  
Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perbedaan Risiko dan Kerentanan terhadap HIV-AIDS pada Laki-laki dan Perempuan

Laki-laki	Perempuan
<p>1. Faktor Psikologi dan Perilaku</p> <p>a) rata-rata usia terinfeksi adalah &gt; 30 tahun</p> <p>b) pengalaman seksual, keinginan memiliki pasangan, jumlah pasangan (kecenderungan multi parner seperti budaya),</p> <p>c) banyak yang aktif berhubungan seks baik dengan perempuan maupun dengan laki (MSM)</p> <p>d) resiko rendah untuk terinfeksi STI dan tidak rentan STI seperti perempuan</p> <p>e) suka mengambil resiko sebagai bagian sifat maskulin</p>	<p>1. Faktor Psikologi dan Perilaku</p> <p>a) rata-rata usia terinfeksi adalah 5-10 tahun lebih awal dari laki-laki, khususnya umur 15-24</p> <p>b) resiko dari perilaku pasangan</p> <p>c) secara fisiologi lebih mudah terinfeksi IMS dan HIV-AIDS</p> <p>d) beresiko tinggi menjadi korban kekerasan fisik dan seksual</p> <p>e) beresiko menularkan HIV-AIDS ke bayi yang dikandung (20-40%)</p>
<p>2. Faktor sosiokultur</p> <p>a) Dominasi seksual</p> <p>(1) ketidakseimbangan kekuatan seksual</p> <p>(2) kurang bertanggung jawab atas aktivitas seksualnya sendiri</p>	<p>2. Faktor sosiokultur</p> <p>a) menitikberatkan keperawanan dan norma pernikahan dan rumah tangga.</p> <p>b) sebagian besar tidak mampu melawan dominasi laki-laki dalam keputusan reproduksi / seksual</p>



<p>(3) kekerasan (termasuk yang terkait dengan obat dan alkohol)</p> <p>(4) pemaksaan seks dan pemerkosaan</p> <p>b) kurang aktif mencari informasi (informasi hanya berdasarkan asumsi/dugaan), tidak berupaya mencari informasi/kontrasepsi/pengobatan</p> <p>(1) frekuensi penggunaan narkoba tinggi termasuk penggunaan narkoba suntik.</p> <p>(2) stigma bahwa laki-laki lebih sedikit masalahnya dibanding perempuan.</p> <p>(3) stigma status HIV positif menghambat test dan berbagi pengetahuan yang mengakibatkan keterasingan.</p>	<p>dalam rumah tangga, seks komersial dan bentuk hubungan lain.</p> <p>c) beresiko mendapat kekerasan seksual, termasuk pemerkosaan dan pelecehan seksual.</p> <p>d) budaya untuk diam dalam urusan seksual (tidak boleh untuk memahami tentang seks atau untuk meminta pasangan menggunakan kondom).</p> <p>e) sebagai penghubung antar penyalahguna narkoba atau barter narkoba dengan seks.</p> <p>f) stigma dan diskriminasi.</p>
<p>3. Faktor Ekonomi</p> <p>a) kekuatan ekonomi (sebagai penghasil/kontributor utama pendapatan keluarga).</p> <p>b) dominasi kontrol terhadap sumber daya keluarga.</p> <p>c) jenis pekerjaan yang berisiko (misalnya supir truk jarak jauh, anggota militer) yang melibatkan gangguan mobilitas dan gangguan keluarga.</p>	<p>3. Faktor Ekonomi</p> <p>a) adanya ketergantungan finansial pada pasangan.</p> <p>b) kurangnya akses dan kontrol terhadap aset ekonomi, kurangnya pilihan untuk mendapatkan penghasilan menyebabkan peningkatan kerentanan (misalnya akhirnya menjadi pekerja seks komersial).</p> <p>c) kurangnya akses dan pengetahuan tentang hukum dan seringnya mendapatkan diskriminasi dalam urusan hukum dan perlindungan.</p> <p>d) adanya upaya untuk memberikan layanan seks komersil di antara pengungsi perempuan atau ketika berpisah dari keluarga/pasangan.</p>

## 2.2. Isu Gender dalam Layanan Voluntary Counseling and Testing

1. Persentase ODHA yang teridentifikasi dan tercatat dari yang diperkirakan masih rendah. Pada tahun 2014 diperkirakan ada 501.400 ODHA. Hingga Juni 2010 baru tercatat 21.770 ODHA. Hal ini menunjukkan kegiatan Voluntary Counseling and Testing (selanjutnya disebut VCT) belum berjalan sebagaimana yang diharapkan sehingga belum mencapai hasil yang seharusnya.
2. Pemanfaatan layanan VCT belum seperti yang diharapkan. Sampai dengan Juni 2010 jumlah kumulatif pengguna layanan VCT mencapai

562.413 orang dengan *positive rate* 10,8% (tidak ada data terpilah menurut gender).

3. Di antara pengguna layanan VCT, proporsi perempuan yang positif lebih kecil daripada laki-laki. Namun demikian, pada kelompok umur yang muda (15-24 tahun) hasil positif lebih banyak ditemukan pada perempuan. Laporan layanan VCT menunjukkan bahwa pada kelompok usia 15-24 tahun yang memanfaatkan layanan VCT, persentase perempuan yang terinfeksi HIV lebih besar daripada laki-laki: 28,5% vs 14,6%.
4. Kesenjangan Akses terhadap Layanan VCT
  - a) terbatasnya ketersediaan layanan VCT.
  - b) layanan VCT belum menjangkau seluruh sasaran, khususnya sasaran dengan risiko tinggi tertular HIV.
  - c) layanan VCT belum diselenggarakan dengan memperhatikan kebutuhan dan karakteristik calon penggunanya.
  - d) ketersediaan layanan VCT belum memadai. Jumlah pelayanan kesehatan yang aktif melakukan VCT di 33 provinsi baru mencapai 356<sup>5</sup>.
  - e) belum mencukupinya jumlah tenaga kesehatan yang mampu memberikan layanan VCT.
  - f) belum memadainya kegiatan penjangkauan terhadap kelompok-kelompok berisiko, baik laki-laki maupun perempuan.
  - g) waktu dan tempat layanan VCT belum sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik calon penggunanya.
5. Kesenjangan Partisipasi dalam Layanan VCT
  - a) pemanfaatan layanan VCT baik oleh laki-laki maupun perempuan masih rendah.
  - b) belum ada data tentang pemanfaatan layanan VCT yang terpilah menurut gender.
  - c) adanya *missed-opportunity* untuk menemukan ODHA laki-laki karena VCT Pra-PMTCT hanya dilakukan terhadap ibu hamil saja.
  - d) belum memadainya kegiatan sosialisasi tentang layanan VCT.
  - e) lembar balik dan alat peraga kurang digunakan pada saat konseling.
  - f) petugas kesehatan belum maksimal mendorong dilakukannya VCT pada saat melakukan pendidikan kesehatan pada calon pengantin yang berisiko.
  - g) pada saat menemukan ibu hamil yang melakukan VCT Pra-PMTCT, petugas kesehatan tidak meminta pasangan ibu hamil tersebut untuk melakukan VCT.
  - h) pedoman VCT yang digunakan belum cukup menjelaskan pelayanan yang berwawasan gender serta kurang memberikan contoh yang aplikatif.
  - i) belum banyaknya masyarakat yang mengenal dan mengetahui tempat memperoleh Layanan VCT . Hanya sekitar 7,2% perempuan menikah dan 6,1% laki-laki menikah yang tahu tempat untuk memperoleh layanan VCT<sup>3</sup>.
  - j) stigma terhadap AIDS dan ODHA menghambat orang untuk melakukan VCT.
  - k) pengetahuan perempuan tentang HIV-AIDS lebih rendah daripada laki-laki. Sekitar 29,9% perempuan menikah dan 41,3% laki-laki menikah mengetahui tentang cara pencegahan penularan HIV<sup>3</sup>

- l) masih sedikit pasangan yang mendiskusikan masalah HIV/AIDS. Hanya 18,5% dari perempuan menikah dan 18,9% dari laki-laki menikah yang pernah mendiskusikan masalah HIV/AIDS dengan pasangannya<sup>3</sup>.
6. Kesenjangan Manfaat atas Layanan VCT
- a) Jumlah penderita HIV-AIDS lebih banyak laki-laki daripada perempuan, tetapi proporsi perempuan penderita HIV-AIDS cenderung meningkat.
  - b) Di antara pengguna layanan VCT, hasil positif lebih banyak ditemukan pada laki-laki.
  - c) Sebagian besar perempuan terinfeksi HIV sebagai akibat dari perilaku berisiko pasangan laki-lakinya<sup>4</sup>.
  - d) Pendidikan seks/kesehatan reproduksi remaja masih terbatas.
  - e) Pada saat melakukan konseling petugas kesehatan tidak mendorong terjadinya “buka status”.
  - f) Pada saat konseling petugas kurang menekankan pentingnya kedisiplinan menggunakan kondom.
  - g) Usia pertama kali melakukan hubungan seks pada perempuan lebih rendah daripada laki-laki. Pada kelompok dengan tingkat sosio-ekonomik terendah (Q1), 50.4% perempuan dan 12.3% laki-laki pertama kali melakukan hubungan seks pada usia <18 tahun<sup>1</sup>.
  - h) ODHA laki-laki cenderung tidak melakukan “buka status” terhadap pasangannya.
  - i) Tidak ada dorongan yang kuat dari donor untuk integrasi gender dalam pelayanan VCT (mis. memastikan gender masuk dalam perencanaan, penggunaan indikator bermuatan isu gender).

### 2.3. Isu Gender dalam Layanan Care, Support and Treatment (CST)

## BAB III

### PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV-AIDS YANG RESPONSIF GENDER

#### 3.1. Anggaran Responsif Gender

Anggaran Responsif Gender (ARG) merupakan sistem penganggaran yang mengakomodasi keadilan bagi perempuan dan laki-laki dalam memperoleh akses, manfaat, dan berpartisipasi dalam mengambil keputusan dan mengontrol sumber-sumber daya serta kesetaraan terhadap kesempatan dan peluang dalam memilih dan menikmati hasil pembangunan bidang kesehatan. Perencanaan dan penganggaran responsif gender merupakan instrumen untuk mengatasi adanya perbedaan akses, partisipasi, kontrol dan manfaat pembangunan bagi laki-laki dan perempuan yang terjadi akibat konstruksi sosial-budaya. Tujuannya untuk mewujudkan anggaran yang lebih berkeadilan.

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender (PPRG) merupakan sebuah kerangka kerja atau alat analisis untuk mewujudkan keadilan dalam penerimaan manfaat pembangunan. PPRG tidak terpisah dari sistem perencanaan dan penganggaran yang sudah ada. PPRG juga bukan

merupakan rencana dan anggaran khusus untuk perempuan, yang terpisah dari laki-laki.

Dalam kaitannya dengan isu kesehatan, PPRG akan berkontribusi terhadap peningkatan kesempatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan. Melalui analisis gender akan diketahui perbedaan kondisi dan kebutuhan kesehatan antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan ini digunakan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran yang responsif gender, yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja kegiatan (output) dan kinerja program (outcome). Ciri utama ARG adalah kemampuannya dalam menjawab kebutuhan khas perempuan dan laki-laki serta dalam member manfaat kepada perempuan dan laki-laki secara adil. Dengan adanya ARG diharapkan kesenjangan gender dapat dihilangkan atau dikurangi.

ARG dibagi dalam tiga kategori, yaitu:

1. Anggaran khusus target gender, yaitu alokasi anggaran yang diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan dasar khusus perempuan atau kebutuhan dasar khusus laki-laki yang diidentifikasi dengan melakukan analisis gender.
2. Anggaran kesetaraan gender, yaitu alokasi anggaran untuk mengatasi masalah kesenjangan gender yang diidentifikasi pada saat melakukan analisis gender.
3. Anggaran pelembagaan kesetaraan gender, yaitu alokasi anggaran untuk memperkuat kelembagaan PUG, baik dalam hal pendataan maupun dalam peningkatan kapasitas.

Pada dasarnya setiap perencanaan dan penganggaran program dapat menerapkan ARG. Namun demikian penerapan ARG membutuhkan prasyarat sebagai berikut:

1. Adanya kemauan politis yang tertera di dalam dokumen perencanaan strategis, termasuk kemauan dari para perencana program untuk menerapkan ARG;
2. Tersedianya data yang terpilah menurut jenis kelamin;
3. Adanya perencana dan/atau penanggung jawab program yang memiliki kemampuan untuk melakukan analisis gender; dan
4. Adanya perencana dan/atau penanggung jawab program yang memiliki kemampuan untuk mengembangkan, memantau dan mengevaluasi kebijakan, program dan kegiatan yang responsive gender.

ARG disusun dengan melakukan tiga tahapan, yaitu (1) melakukan analisis gender dengan Alur Analisis Gender (*Gender Analysis Pathway*), (2) menyusun Kerangka Acuan Kegiatan (*Term of Reference*) dan (3) menyusun Pernyataan Anggaran Gender (*Gender Budget Statement*).

### 3.2. Teknik Analisis Gender dengan Alur Analisis Gender

Salah satu alat untuk melakukan analisis gender adalah Alur Analisis Gender atau *Gender Analysis Pathway* (selanjutnya disingkat GAP). GAP memiliki fleksibilitas yang tinggi dalam penggunaannya. Metode ini dapat digunakan pada tingkat kebijakan, baik kebijakan strategis, kebijakan manajerial,

maupun kebijakan operasional. Alat analisis ini dapat juga digunakan pada tingkat program dan/atau kegiatan, bahkan sampai pada tingkat output dan sub-output.

GAP dilakukan melalui langkah-langkah yang dilakukan secara berurutan. Ada 9 langkah dalam melakukan GAP. Kesembilan langkah tersebut diringkaskan dalam tabel berikut.

Tabel 2  
Langkah-langkah Alur Analisis Gender

	Langkah 1	Analisis tujuan kebijakan/program/kegiatan a) Memilih kebijakan/program yang akan dianalisis. b) Mengidentifikasi tujuan kebijakan/program/kegiatan yang akan dianalisis tersebut.
	Langkah 2	Data pembuka wawasan • Menyajikan data terpilah menurut jenis kelamin, baik kuantitatif maupun kualitatif, sebagai pembuka wawasan untuk melihat apakah ada kesenjangan gender.
Identifikasi isu gender	Langkah 3	Faktor kesenjangan • Identifikasi kesenjangan yang terjadi pada aspek akses, partisipasi, kontrol dan manfaat.
	Langkah 4	Sebab kesenjangan internal • Temu kenali sebab terjadinya kesenjangan yang berasal dari dan/atau terjadi di dalam organisasi (sebab internal).
	Langkah 5	Sebab kesenjangan eksternal • Temu kenali sebab terjadinya kesenjangan yang berasal dan/atau terjadi di luar organisasi (sebab eksternal).
Menetapkan kebijakan dan rencana ke depan	Langkah 6	Reformulasi tujuan • Rumuskan kembali tujuan kebijakan/program/kegiatan sehingga menjadi responsif gender.
	Langkah 7	Rencana aksi • Tetapkan kegiatan untuk menanggulangi isu gender yang telah diidentifikasi pada Langkah 3, 4 dan 5, sehingga tersusunlah rencana aksi yang responsif gender.
Pengukuran hasil	Langkah 8	Data dasar (baseline data) a) Tetapkan data yang akan digunakan sebagai data dasar. b) Data dasar akan digunakan untuk mengukur hasil kegiatan.

	Langkah 9	Indikator gender • Tetapkan indikator pencapaian program/kegiatan.
--	-----------	---

#### Langkah 1: Analisis Tujuan Kebijakan/Program/Kegiatan

1. Kumpulkan dan pelajari dokumen-dokumen yang terkait. Dokumen yang perlu dicari dan dipelajari antara lain:
  - a) Komitmen global contohnya MDG's
  - b) Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014
  - c) Rencana Aksi Nasional yang terkait dengan HIV-AIDS
  - d) Rencana Kerja Direktorat P2ML dan Sub-direktorat HIV-AIDS
  - e) Peraturan perundangan terkait HIV-AIDS
  - f) Pedoman-pedoman terkait HIV-AIDS
2. Pilih satu kebijakan/program/kegiatan yang akan dibuat ARG-nya. Misalnya dalam pedoman ini akan dibuat contoh untuk VCT dan CST.
3. Temukan tujuan kebijakan/program/kegiatan sebagaimana tercantum dalam berbagai dokumen. Dengan demikian dapat dijamin keterkaitan dan kesesuaian tujuan dengan tujuan yang dinyatakan di dalam dokumen-dokumen yang ada seperti Rencana Strategis, Rencana Aksi Nasional, Rencana Kerja.
4. Tetapkan tujuan dari kebijakan/program/kegiatan yang ingin dicapai dalam tahun anggaran yang sedang dibuat ARGnya. Tuliskan tujuan tersebut seperti tujuan yang dinyatakan dalam berbagai dokumen relevan.

#### Langkah 2: Data Pembuka Wawasan

1. Kumpulkan dan pelajari data pembuka wawasan yang relevan dengan VCT dan CST. Data yang diperlukan pada dasarnya meliputi 2 hal, yaitu:
  - a) data situasi terkini tentang kebijakan/program/kegiatan yang akan dikembangkan ARG-nya; dan
  - b) data yang menggambarkan 4 faktor kesenjangan, yaitu akses, partisipasi, kontrol dan manfaat.
    - a) Data yang menggambarkan situasi terkini tentang kebijakan/program/kegiatan misalnya:
      - (1) Tingkat kesakitan dan kematian akibat HIV-AIDS, terpilah menurut gender.
      - (2) Determinan kesakitan dan kematian HIV-AIDS, terpilah menurut gender.
      - (3) Cakupan layanan, terpilah menurut gender.
      - (4) Kualitas layanan.

- b) Data yang menggambarkan faktor kesenjangan sebagian besar tidak tersedia melalui sistem pencatatan dan pelaporan rutin. Data ini dapat diperoleh antara lain dari berbagai penelitian yang bertujuan khusus untuk mengidentifikasi factor-faktor kesenjangan gender.
    - (1) Data yang menggambarkan adanya kesenjangan akses misalnya data tentang ketersediaan, keterjangkauan geografis, keterjangkauan finansial, dan keterjangkauan sosio-kultural dan psikologis (misalnya adanya stigma) dan dari suatu layanan.
    - (2) Data yang menggambarkan adanya kesenjangan partisipasi misalnya data tentang pemanfaatan layanan terpilah menurut gender, partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan terpilah menurut gender.
    - (3) Data yang menggambarkan adanya kesenjangan dalam memperoleh manfaat misalnya data tentang hasil layanan terpilah menurut gender.
    - (4) Data yang menggambarkan adanya kesenjangan kontrol mencakup misalnya data yang menggambarkan kontrol terhadap pemanfaatan sumber daya keluarga yang dibutuhkan untuk memanfaatkan layanan dan/atau berpartisipasi dalam pelaksanaan kegiatan.
2. Sumber data yang dapat digunakan antara lain:
- a) Hasil survei-survei berskala nasional seperti Laporan Pencapaian MDGs, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia, Riset Kesehatan Dasar, dan IBBS
  - b) Data rutin, misalnya laporan kegiatan monev triwulan
  - c) Hasil-hasil penelitian yang dilakukan oleh berbagai instansi yang memiliki reputasi yang baik dan dapat dipercaya
  - d) Hasil-hasil penelitian operasional

### Langkah 3: Identifikasi Faktor Kesenjangan Gender

1. Kaji data yang telah dikumpulkan tersebut.
2. Simpulkan ada-tidaknya kesenjangan gender ditinjau dari sudut akses, partisipasi, manfaat dan kontrol. Untuk setiap faktor kesenjangan, dapat ditemukan lebih dari satu masalah.

### Langkah 4: Identifikasi Penyebab Internal

1. Lakukan diskusi baik secara internal maupun dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang relevan untuk mengidentifikasi berbagai penyebab yang berasal dari dan/atau terjadi di dalam organisasi.

2. Temukan dan formulasikan penyebab internal dari setiap faktor kesenjangan gender yang diidentifikasi pada Langkah 3. Untuk setiap masalah dapat diidentifikasi lebih dari 1 penyebab internal. Sebaliknya, dua masalah yang berbeda, bisa memiliki penyebab internal yang sama.

#### Langkah 5: Identifikasi Penyebab Eksternal

1. Lakukan diskusi baik internal maupun dengan melibatkan pemangku kepentingan yang relevan untuk mengidentifikasi berbagai penyebab yang berasal dari dan/atau terjadi di luar organisasi, termasuk yang berasal dari sasaran kebijakan/program/kegiatan.
2. Temukan penyebab eksternal dari setiap masalah yang diidentifikasi pada Langkah 3. Untuk setiap masalah dapat diidentifikasi lebih dari 1 penyebab internal. Sebaliknya, dua masalah yang berbeda, bisa memiliki penyebab internal yang sama.

#### Langkah 6: Reformulasi Tujuan

1. Untuk setiap masalah yang telah diidentifikasi pada Langkah 3, tetapkan tujuan (*objectives*) yang ingin dicapai dalam tahun anggaran yang sedang direncanakan.
2. Dalam menetapkan tujuan, pertimbangkan penyebab internal dan eksternal yang telah diidentifikasi pada Langkah 4 dan Langkah 5.
3. Pastikan adanya benang merah antara tujuan (*objectives*) yang ditetapkan pada Langkah 6 dan tujuan (*goal*) yang ditetapkan pada Langkah 1.

#### Langkah 7: Penyusunan Rencana Aksi

1. Untuk mencapai setiap tujuan yang ditetapkan pada Langkah 6, buatlah rencana aksi yang akan dilakukan pada tahun anggaran yang sedang direncanakan.
2. Rencana Aksi adalah kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk menghilangkan dan/atau menanggulangi penyebab internal dan eksternal yang telah diidentifikasi pada Langkah 4 dan Langkah 5.
3. Untuk mencapai setiap tujuan dapat diusulkan lebih dari satu kegiatan.

#### Langkah 8: Penetapan Data Dasar

1. Merujuk pada data pembuka wawasan yang tersedia dan telah dikaji pada Langkah 2, tetapkan data dasar yang akan digunakan sebagai *baseline indicator* yang responsif gender. *Baseline indicator* perlu ditetapkan untuk setiap kegiatan yang telah diidentifikasi dan diusulkan pada Langkah 7.
2. *Baseline indicator* digunakan sebagai pertimbangan dalam menetapkan kondisi/kemajuan yang ingin dicapai (menetapkan indikator pencapaian) dan sebagai pembanding dalam menilai pencapaian/hasil kegiatan.



## Langkah 9: Penetapan Indikator Gender

1. Dengan mempertimbangkan *baseline indicator*, tetapkan indikator pencapaian/keluaran (*output indicator*) yang ingin dihasilkan pada akhir tahun anggaran.
2. Indikator pencapaian ditetapkan untuk setiap kegiatan yang diidentifikasi dan diusulkan pada Langkah 7.

Hasil Alur Analisis Gender disajikan dalam satu tabel sebagaimana dapat dilihat pada Lampiran-1. Lampiran-2 menyajikan contoh GAP untuk kegiatan VCT dan Lampiran-3 adalah contoh GAP untuk kegiatan CST.

### 3.3. Penyusunan Kerangka Acuan Kegiatan

Kerangka Acuan Kerja (KAK) atau *Term of Reference* (TOR) adalah dokumen yang memberi informasi tentang gambaran umum dan penjelasan mengenai indikator kinerja kegiatan yang akan dicapai. KAK harus menjelaskan keterkaitan (relevansi) antara komponen-komponen input dan output yang dihasilkan. KAK memuat latar belakang, penerima manfaat, strategi pencapaian, dan biaya yang diperlukan. KAK menjelaskan tentang indikator kinerja kegiatan yang diusulkan untuk dianggarkan dan rencana anggaran biayanya. KAK responsif gender memuat berbagai isu gender yang telah diidentifikasi pada saat melakukan analisis gender. Isu gender ini harus tergambar mulai dari latar belakang, tujuan, proses pelaksanaan kegiatan, sasaran, sampai dengan indikator kinerja kegiatan.

Untuk keseluruhan rencana aksi yang diusulkan, buatlah KAK dengan menggunakan format sebagaimana dijelaskan pada Pedoman PPRG Bidang Kesehatan. Berikut ini adalah cara mengisi butir-butir yang harus tercakup di dalam KAK.

Kementerian Negara/Lembaga	Diisi dengan nama kementerian Negara/lembaga
Unit Eselon I	Diisi dengan nama Unit Eselon 1
Program	Diisi dengan program yang dipilih pada saat melakukan GAP Langkah 1
Hasil atau <i>outcome</i>	Diisi dengan tujuan kebijakan/program/kegiatan yang telah diidentifikasi pada saat melakukan GAP Langkah 1
Unit Eselon II/Satker	Diisi dengan nama Unit Eselon II/Satker yang melaksanakan
Kegiatan	Diisi dengan kegiatan yang dipilih pada saat melakukan GAP Langkah 1
Latar Belakang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dasar Hukum: Dokumen yang digunakan untuk melakukan GAP Langkah 1</li><li>• Gambaran Umum: Diisi dengan hasil GAP Langkah 2, 3, 4, dan 5</li></ul>
Tujuan dan Penerima Manfaat	Diisi dengan tujuan yang ditetapkan pada GAP Langkah 1 (goal) dan Langkah 6 (objectives)
Strategi Pencapaian	1. Metode Pelaksanaan diisi dengan hasil pada

Keluaran	GAP Langkah 6 dan 7 2. Tahapan dan Waktu Pelaksanaan ditetapkan pada saat menyusun KAK 3. Indikator Keluaran diisi dengan hasil pada GAP Langkah 9
Waktu Pencapaian Keluaran	Akhir tahun anggaran
Rencana Anggaran Biaya	Disusun dengan merujuk pada kegiatan, tahap-tahap kegiatan, waktu dan satuan biaya yang berlaku.

Penjelasan lebih lanjut dapat diperoleh dari Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan Bab V Tahapan Penyusunan ARG Bidang Kesehatan Butir C Teknik Menyusun TOR Responsif Gender. Lampiran-4 adalah contoh KAK untuk VCT dan Lampiran-5 contoh KAK untuk CST.

#### 3.4. Penyusunan Pernyataan Anggaran Gender

GBS adalah dokumen yang berisi pernyataan bahwa sebuah program dan kegiatan telah responsive gender. GBS merupakan perpaduan dari hasil GAP dan kebutuhan anggaran sebagaimana tercantum di dalam KAK. GBS member informasi bahwa suatu kegiatan telah responsif terhadap isu gender yang ada, dan bahwa suatu biaya telah dialokasikan pada output kegiatan untuk menangani kesenjangan gender yang diidentifikasi. Target yang ditetapkan sebagai indikator kinerja kegiatan harus memperhatikan kesetaraan dan keadilan bagi perempuan dan laki-laki.

Sebagian isi GBS berasal dari matriks hasil 9 langkah GAP. Sebagian lainnya berasal dari KAK responsif gender yang telah disusun. Format GBS dapat dilihat pada Lampiran-6. Berikut ini adalah cara mengisi butir-butir yang harus disajikan pada GBS.

Program	Diisi dengan program yang telah dipilih pada saat melakukan GAP Langkah 1.
Kegiatan	Diisi dengan kegiatan yang telah dipilih pada saat melakukan GAP Langkah 1.
Indikator Kinerja Kegiatan	Diisi dengan tujuan kegiatan yang telah diidentifikasi pada saat melakukan GAP Langkah 1.
Output Kegiatan	Diisi dengan nomenklatur output dan volume satuan output kegiatan.
Analisis Situasi	Diisi dengan hasil GAP Langkah 2, 3, 4 dan 5.
Rencana Aksi	1. Sub-output adalah kegiatan yang ditetapkan pada saat melakukan GAP Langkah 7 2. Tujuan sub-output adalah indikator pencapaian (indikator output/keluaran) yang ditetapkan pada saat melakukan GAP Langkah 9. 3. Komponen adalah langkah-langkah/tahapan yang dilakukan untuk setiap kegiatan.

	Komponen ini dikembangkan pada saat menyusun KAK.
Alokasi Anggaran Output Kegiatan	Diisi dengan mengacu pada Rencana Anggaran Biaya yang terdapat pada KAK.
Dampak/Hasil Output Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil Kegiatan adalah tujuan yang ditetapkan pada saat melakukan GAP Langkah 6 (<i>objectives</i>).</li> <li>2. Dampak Kegiatan adalah tujuan yang ditetapkan pada saat melakukan GAP Langkah 1 (<i>goal</i>).</li> </ol>

Penjelasan lebih lanjut dapat diperoleh dari Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan Bab V Tahapan Penyusunan ARG Bidang Kesehatan Butir D Teknik Penyusunan *Gender Budget Statement* (GBS). Lampiran-7 adalah contoh KAK untuk VCT dan Lampiran-8 contoh KAK untuk CST.

#### BAB IV P E N U T U P

Pedoman ini disusun sebagai pelengkap dari pedoman-pedoman yang sudah ada, yaitu Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2010) dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2010). Untuk memperoleh pemahaman yang baik, kedua pedoman tersebut perlu dirujuk pada saat melakukan PPRG. Besar harapan pedoman ini dapat mempermudah para perencana upaya pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS dalam melakukan PPRG. Mudah-mudahan adanya pedoman ini akan memperkuat upaya pengarusutamaan gender dalam kegiatan pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS khususnya dan dalam pembangunan secara umum.