

Strategi Advokasi Jaringan Indonesia Positif melalui Community-Led Monitoring (CLM) terhadap Stigma ODHIV di Layanan Kesehatan

Siti Rahmah¹, Meilanny Budiarti Santoso², Lenny Meilany³

^{1,2,3}Universitas Padjadjaran

E-mail: siti22020@mail.unpad.ac.id¹, meilanny.budiarti@unpad.ac.id², lenny.meilany@unpad.ac.id³

Article History:

Received: 05 September 2026

Revised: 16 September 2026

Accepted: 21 September 2026

Keywords: *Community-Led Monitoring, Stigma ODHIV, Advokasi Sosial, Layanan Kesehatan*

Abstract: *Stigma dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV (ODHIV) di layanan kesehatan merupakan hambatan struktural yang mempengaruhi kelangsungan pengobatan dan pemenuhan hak kesehatan ODHIV. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis Community-Led Monitoring (CLM) sebagai strategi advokasi berbasis bukti yang dijalankan oleh Jaringan Indonesia Positif (JIP) dalam merespons stigma terhadap ODHIV di layanan kesehatan Indonesia. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus melalui wawancara mendalam dan studi dokumentasi. Data dianalisis secara tematik mengacu pada kerangka cause advocacy Wilks (2012) dan prinsip Community-Based Participatory Research. Hasil penelitian menunjukkan bahwa CLM mentransformasi pengalaman individual ODHIV menjadi bukti kolektif yang digunakan dalam advokasi mikro, mezzo, dan makro. Namun, efektivitasnya bergantung pada komitmen kelembagaan, keberlanjutan sumber daya, dan kemampuan dalam mengatasi stigma struktural. Penelitian ini menyimpulkan bahwa CLM merupakan mekanisme produksi pengetahuan sekaligus pemberdayaan komunitas, dan merekomendasikan penguatan integrasinya ke dalam kebijakan pemantauan layanan kesehatan HIV.*

PENDAHULUAN

Orang dengan HIV (ODHIV) di Indonesia menghadapi hambatan sistemik dalam mengakses layanan kesehatan yang aman dan setara. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2023), angka *loss to follow-up* (LTFU) ODHIV mencapai 36,8% dari 202.489 ODHIV yang tercatat mengakses layanan, dengan stigma dan diskriminasi di fasilitas kesehatan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi keberlanjutan akses tersebut. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa Indonesia masih berada jauh dari target global UNAIDS 10-10-10 yang menetapkan bahwa kurang dari 10% ODHIV mengalami stigma dan diskriminasi (UNAIDS, 2021). Sebagaimana tercermin dalam hasil Stigma Index 2.0 oleh Jaringan Indonesia Positif (2023) yang menemukan bahwa 19,5% dari 1.400 responden ODHIV masih mengalami stigma dan diskriminasi di layanan kesehatan, atau hampir dua kali lipat dari target global tersebut.

Stigma terhadap ODHIV di layanan kesehatan telah banyak dicatat sebagai hambatan struktural yang berdampak pada akses terhadap layanan, keberlanjutan pengobatan, serta kualitas hidup ODHIV. Goffman (1963) menjelaskan stigma sebagai atribut yang menurunkan penerimaan sosial seseorang, sementara Link dan Phelan (2001) mengidentifikasi bahwa stigma berlangsung melalui proses pelabelan, stereotip, pemisahan, kehilangan status, dan diskriminasi dalam situasi relasi kuasa yang timpang. Dalam konteks HIV, *Health Stigma and Discrimination Framework* yang dikembangkan oleh Stangl et al. (2019) menjelaskan bahwa stigma berlangsung pada berbagai level, yaitu individu, interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan, sehingga penanganannya memerlukan respons yang bersifat multilevel. Sejalan dengan itu, Hatzenbuehler et al. (2013) menegaskan bahwa ketika stigma telah melekat dalam kebijakan dan prosedur institusional, stigma tersebut beroperasi sebagai penyebab mendasar ketimpangan kesehatan yang secara sistematis membatasi akses kelompok terstigma.

Di layanan kesehatan, stigma terhadap ODHIV muncul dalam berbagai bentuk, sebagaimana dijelaskan oleh Earnshaw dan Chaudoir (2009) melalui *enacted* stigma sebagai tindakan diskriminatif yang dialami secara langsung, *anticipated* stigma sebagai kekhawatiran terhadap perlakuan buruk yang dapat mendorong ODHIV menghindari layanan, serta *internalized* stigma sebagai penerimaan label negatif oleh ODHIV terhadap dirinya sendiri. Roura et al. (2009) menemukan bahwa *anticipatory* stigma dapat menghambat akses dan pemanfaatan layanan tes HIV serta keberlanjutan pengobatan, sementara Li et al. (2007) mendokumentasikan bahwa stigma dari tenaga kesehatan yang kerap berkaitan dengan nilai moral dan keterbatasan pelatihan, turut membentuk lingkungan layanan yang tidak aman bagi ODHIV. Temuan-temuan tersebut memperlihatkan pentingnya mekanisme pemantauan layanan kesehatan yang berpusat pada perspektif ODHIV sebagai pengguna layanan.

Kondisi ini menunjukkan bagaimana pentingnya mekanisme pemantauan layanan kesehatan yang tidak hanya menilai layanan kesehatan dari sisi teknis, tetapi juga berangkat dari pengalaman ODHIV sebagai pengguna layanan. Dalam konteks tersebut, organisasi berbasis komunitas memiliki posisi penting karena dapat menghimpun pengalaman ODHIV, mengubahnya menjadi bukti, kemudian menggunakannya sebagai dasar advokasi. Peran ini salah satunya dijalankan oleh Jaringan Indonesia Positif (JIP), jaringan nasional yang diinisiasi oleh, dari, dan untuk ODHIV. Sejak berdiri pada tahun 2014, JIP telah bekerja di 27 provinsi dengan 21 sekretariat daerah, serta menjalankan misi memperjuangkan hak sehat ODHIV melalui keterlibatan bermakna komunitas dalam berbagai level penanggulangan HIV (Jaringan Indonesia Positif, 2023). Sebagai *Community-Based Organization* (CBO) yang lahir dari pengalaman langsung dari kelompok terdampak, JIP memiliki posisi penting karena tidak hanya mengadvokasi kepentingan ODHIV, tetapi juga membangun mekanisme pemantauan yang menempatkan ODHIV sebagai pihak yang menghasilkan pengetahuan tentang kualitas layanan yang mereka terima.

Community-Led Monitoring (CLM) hadir sebagai respons terhadap kebutuhan tersebut melalui mekanisme pemantauan berbasis komunitas yang memungkinkan ODHIV menilai, mendokumentasikan, dan mengadvokasi kualitas layanan berdasarkan pengalaman mereka sebagai pengguna layanan. Dalam literatur pekerjaan sosial dan kesehatan masyarakat, CLM memiliki keterkaitan dengan konsep *Community-Based Participatory Research* (CBPR) yang menempatkan komunitas sebagai mitra aktif dalam proses produksi pengetahuan dan bukan sekadar objek kajian (Israel et al., 1998; Cornwall & Jewkes, 1995). Meskipun demikian, kajian yang secara khusus menganalisis CLM sebagai strategi advokasi berbasis bukti dalam konteks HIV di Indonesia masih terbatas. Oleh karena itu, artikel ini berupaya berkontribusi pada pengembangan kajian tersebut dengan menganalisis bagaimana Jaringan Indonesia Positif (JIP) menggunakan CLM untuk mengubah pengalaman ODHIV menjadi bukti advokasi yang dapat mendorong perbaikan layanan

dan kebijakan. Di Indonesia, JIP merupakan salah satu organisasi komunitas yang mengadopsi dan mengembangkan CLM secara sistematis sejak 2019 dengan dukungan UNAIDS, sehingga menjadi studi kasus yang relevan untuk mengkaji penerapan CLM dalam respons HIV nasional.

LANDASAN TEORI

***Cause Advocacy* dan Peran Bukti dalam Advokasi Sosial**

Advokasi sosial dalam pekerjaan sosial merupakan tindakan terencana dan terarah untuk memperjuangkan kepentingan klien atau kelompok yang mengalami ketidakadilan dengan tujuan untuk mengubah kebijakan, praktik, dan kondisi sosial (Schneider & Lester, 2001; Hoefer, 2019). Wilks (2012) mengklasifikasikan *cause advocacy* sebagai bentuk advokasi yang diarahkan pada perubahan sistemik yang lebih luas dan tidak terbatas pada penyelesaian kasus individual. *Cause advocacy* mencakup tiga elemen yang saling berkaitan, yaitu membangun hubungan kolaboratif antara pengguna layanan, advokat, dan pemangku kepentingan; mengumpulkan dan memanfaatkan bukti; serta memperjelas dan mencapai tujuan kolektif (Wilks, 2012). Artikel ini berfokus pada elemen kedua, yaitu pengumpulan dan pemanfaatan bukti melalui CLM.

Wilks (2012) membedakan dua jenis bukti dalam advokasi, yaitu *experiential evidence* yang berasal dari pengalaman langsung pengguna layanan dan *research evidence* yang diperoleh melalui proses penelitian formal. CLM mengintegrasikan pengalaman komunitas dengan pendekatan pengumpulan data yang sistematis, sebab pengalaman ODHIV sebagai pengguna layanan dihimpun melalui instrumen yang terstandarisasi sehingga menghasilkan bukti yang memiliki legitimasi baik secara metodologis maupun dari perspektif kelompok terdampak. Payne (2014) menekankan bahwa dalam advokasi sosial, data yang bersumber dari pengalaman kelompok terdampak memiliki kekuatan persuasif yang lebih besar dibandingkan data yang dikumpulkan tanpa keterlibatan langsung komunitas.

***Community-Based Participatory Research* dan Prinsip GIPA**

Community-Based Participatory Research (CBPR) merupakan pendekatan penelitian yang menempatkan komunitas sebagai mitra setara dalam seluruh tahapan penelitian, mulai dari identifikasi masalah, pengumpulan data, analisis, hingga pemanfaatan hasil (Israel et al., 1998). Cornwall dan Jewkes (1995) menyebutkan bahwa perbedaan mendasar antara penelitian partisipatif dan penelitian konvensional terletak pada siapa yang memiliki kontrol atas proses dan hasil penelitian. Dalam model CBPR, komunitas dipandang bukan sebagai objek penelitian, melainkan sebagai subjek aktif yang terlibat dalam penentuan isu, produksi data, dan arah perubahan, sehingga pendekatan ini sejalan dengan prinsip pemberdayaan dalam pekerjaan sosial.

Dalam lingkup HIV, prinsip ini terwujud dalam konsep *Greater Involvement of People with AIDS* (GIPA) yang kemudian dikembangkan menjadi *Meaningful Involvement of People with AIDS* (MIPA), yaitu prinsip bahwa respons HIV yang efektif mengharuskan keterlibatan bermakna ODHIV di semua tingkat pengambilan Keputusan dan bukan sekadar representasi simbolik (UNAIDS, 2007; Harrington, 2010). CLM yang dijalankan JIP merupakan manifestasi nyata dari prinsip GIPA/MIPA, di mana ODHIV tidak hanya menjadi responden survei, tetapi juga sebagai enumerator, analis data, dan aktor advokasi.

Stigma Struktural dan Kebutuhan Intervensi Multilevel

Stigma terhadap ODHIV di layanan kesehatan tidak bersifat tunggal dan tidak dapat dijelaskan semata-mata sebagai masalah pengetahuan atau sikap individual dari tenaga kesehatan. Parker dan Aggleton (2003) menegaskan bahwa stigma adalah proses sosial yang mereproduksi relasi kekuasaan, sehingga mengatasinya membutuhkan intervensi yang menyentuh struktur nilai dan norma, bukan hanya pelatihan teknis. Stangl et al. (2019) mengidentifikasi bahwa stigma

beroperasi secara multidimensi pada level mikro (sikap individu), mezzo (norma komunitas dan institusi), dan makro (kebijakan dan hukum), sehingga advokasi yang efektif harus mampu bekerja pada ketiga level ini secara bersamaan.

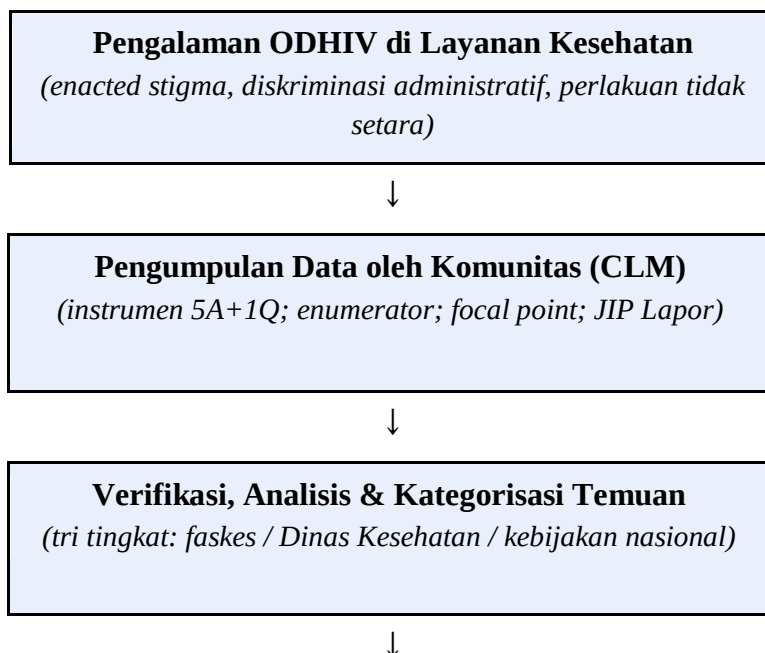
Turan et al. (2019) turut menekankan bahwa interseksionalitas stigma, yaitu ketika stigma HIV beririsan dengan stigma terkait gender, seksualitas, dan populasi kunci, membuat proses advokasi menjadi lebih kompleks dan menuntut strategi yang lebih kontekstual. Dalam hal ini, CLM sebagai mekanisme pemantauan berbasis komunitas merespons kebutuhan tersebut dengan menyediakan data yang lebih komprehensif mengenai berbagai dimensi perlakuan negatif di layanan kesehatan, sehingga dapat menjadi dasar bagi advokasi yang lebih terarah.

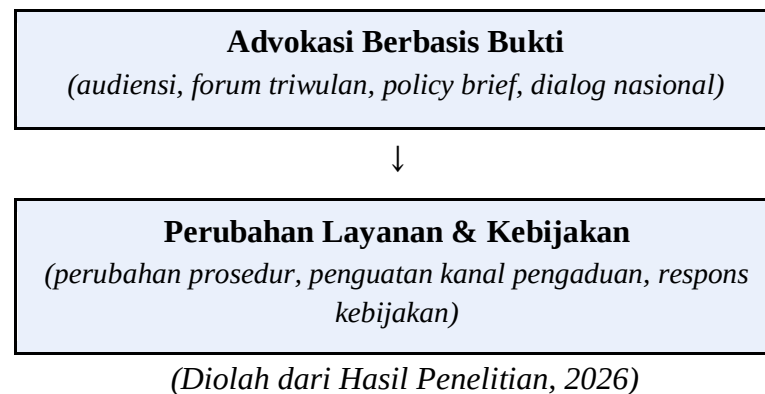
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus karena memungkinkan untuk eksplorasi mendalam terhadap proses CLM sebagai strategi advokasi dalam praktik yang dijalankan oleh Jaringan Indonesia Positif (Yin, 2018). Subjek penelitian ini adalah Jaringan Indonesia Positif (JIP) dengan empat informan yang dipilih melalui *purposive sampling* berdasarkan keterlibatan langsung mereka dalam proses CLM dan advokasi, meliputi unsur manajerial, community liaison, pengembangan komunitas dan riset, serta perwakilan sekretariat daerah.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dan studi dokumentasi terhadap laporan tahunan JIP, dokumen Stigma Index 2.0, instrumen CLM, dan *policy brief* advokasi JIP. Data dianalisis secara tematik mengacu pada kerangka *cause advocacy* Wilks (2012) dan prinsip CBPR (Israel et al., 1998). Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber antara informan tingkat nasional dan daerah

Gambar 1. Alur Advokasi Berbasis Bukti Melalui CLM





HASIL DAN PEMBAHASAN

CLM sebagai Mekanisme Penghasil Bukti Berbasis Komunitas

CLM merupakan mekanisme utama JIP dalam mengumpulkan data kualitas layanan dari perspektif ODHIV sebagai pengguna layanan. Instrumen CLM menggunakan kerangka 5A+1Q, yaitu *availability*, *accessibility*, *affordability*, *acceptability*, *adaptability*, dan *quality*. Pada komponen *quality*, JIP memasukkan stigma dan diskriminasi sebagai salah satu indikator kualitas layanan (Jaringan Indonesia Positif, 2023). Dengan demikian, pengalaman stigma yang dialami ODHIV tidak hanya dipahami sebagai keluhan personal, tetapi juga sebagai bagian dari masalah layanan yang dapat diukur, didokumentasikan, dan diadvokasikan.

Pengumpulan data CLM di JIP melibatkan enumerator dan *focal point* dari komunitas ODHIV yang melakukan wawancara mendalam dengan pengguna layanan. Keterlibatan enumerator dari komunitas ODHIV mencerminkan prinsip CBPR (Israel et al., 1998) serta GIPA/MIPA (UNAIDS, 2007; Harrington, 2010) yang menekankan bahwa komunitas terdampak memiliki pengetahuan kontekstual yang tidak dapat sepenuhnya digantikan oleh peneliti dari luar komunitas. Perwakilan Sekretariat Daerah JIP menjelaskan bahwa keterbukaan status sebagai sesama ODHIV dapat membangun rasa aman dalam proses wawancara, sehingga responden lebih leluasa menceritakan pengalaman stigma yang mungkin tidak muncul dalam survei konvensional. Praktik ini sejalan dengan konsep *inside knowledge* yang dikemukakan oleh Cornwall dan Jewkes (1995), yaitu pengetahuan dari dalam komunitas memberi keunggulan dalam memahami pengalaman kelompok terdampak.

Dalam kerangka Wilks (2012), CLM dapat dipahami sebagai proses yang menghasilkan *experiential evidence*, yaitu bukti berbasis pengalaman yang memiliki kekuatan persuasif dalam advokasi karena menunjukkan persoalan dari sudut pandang kelompok yang mengalaminya secara langsung. Sejalan dengan itu, Earnshaw dan Chaudoir (2009) menjelaskan bahwa *enacted* stigma dapat dipahami sebagai pengalaman diskriminatif yang dapat diidentifikasi dan diukur melalui instrumen yang tepat. Melalui CLM, pengalaman stigma ODHIV tidak berhenti sebagai cerita individual, tetapi didokumentasikan secara sistematis menjadi data yang dapat digunakan sebagai dasar advokasi.

Transformasi Pengalaman Individual Menjadi Bukti Kolektif

Kekuatan strategis CLM terletak pada kemampuannya mengubah pengalaman individual yang tersebar menjadi pola masalah kolektif yang dapat dijadikan dasar advokasi. Setelah data terkumpul, JIP melakukan verifikasi, analisis, dan kategorisasi temuan untuk melihat jenis persoalan, lokasi kejadian, serta pihak yang memiliki kewenangan untuk menindaklanjutinya.

Temuan yang berkaitan dengan sikap petugas atau prosedur administratif dapat diadvokasikan langsung kepada fasilitas kesehatan, sedangkan persoalan yang lebih luas, seperti kekosongan ARV atau ketidakmerataan distribusi regimen, dibawa ke Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan.

Proses ini sejalan dengan gagasan Wilks (2012) tentang perubahan *experiential evidence* menjadi *collective advocacy platform*, yaitu ketika pengalaman individu dikumpulkan dan digunakan sebagai dasar advokasi bersama. Dalam pekerjaan sosial, proses ini juga berkaitan dengan *consciousness raising*, sebagaimana dijelaskan Schneider dan Lester (2001), yaitu upaya membawa pengalaman stigma dari ranah pribadi ke ruang publik agar dipahami sebagai bagian dari ketidakadilan struktural. Pulerwitz et al. (2010) juga menegaskan bahwa pendokumentasian pengalaman komunitas secara sistematis penting untuk mendukung intervensi stigma yang efektif, sebab pengalaman yang sebelumnya dianggap sebagai cerita personal dapat diubah menjadi bukti yang lebih kuat.

JIP Lapor berfungsi sebagai pelengkap CLM dalam mengumpulkan bukti berbasis pengalaman. Kanal ini menyediakan ruang pengaduan yang lebih aman bagi ODHIV yang belum atau tidak dapat terlibat langsung dalam proses CLM, sekaligus membantu JIP memperoleh data yang lebih cepat mengenai pola perlakuan negatif di layanan kesehatan. Visser et al. (2009) menunjukkan bahwa mekanisme pelaporan internal yang aman dapat menghasilkan data stigma yang lebih akurat dan menyeluruh dibandingkan survei yang hanya dilakukan satu kali. Dengan menggabungkan CLM dan JIP Lapor, JIP dapat memperoleh bukti advokasi yang lebih berlapis dan berkelanjutan.

Pemanfaatan Data CLM dalam Advokasi Multilevel

Data CLM dimanfaatkan JIP sebagai dasar advokasi yang bergerak dari tingkat layanan hingga kebijakan. Pada level mikro, temuan CLM disampaikan kepada fasilitas kesehatan melalui audiensi dan forum triwulan bersama Suku Dinas Kesehatan, kepala fasilitas, dan tenaga layanan. Advokasi ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan *soft advocacy*, yaitu melalui dialog, pembangunan kepercayaan, dan penyampaian data dalam sistem birokrasi (Wilks, 2012; Payne, 2014). Menurut Hoefer (2019), pendekatan semacam ini dapat lebih efektif mendorong perubahan prosedural ketika didukung oleh data yang kredibel dan hubungan yang telah terbangun.

Salah satu perubahan prosedural yang dicapai melalui advokasi berbasis CLM adalah penghapusan praktik *deadnaming* terhadap pasien ODHIV transgender. Dalam praktik sebelumnya, pasien dipanggil berdasarkan nama yang tercantum di KTP, kemudian diubah menjadi penggunaan nama panggilan yang disepakati atau nomor antrean. Perubahan ini terjadi di sejumlah fasilitas kesehatan dalam wilayah CLM DKI Jakarta, Jawa Barat, dan Banten (Jaringan Indonesia Positif, 2023). Dalam kerangka Earnshaw dan Chaudoir (2009), perubahan tersebut dapat dipahami sebagai upaya mengurangi *enacted* stigma yang muncul melalui prosedur administratif layanan. Nyblade et al. (2019) juga menunjukkan bahwa perbaikan prosedur administratif berbasis data komunitas merupakan salah satu bentuk intervensi stigma di fasilitas kesehatan yang memiliki dasar bukti yang kuat.

Pada level makro, JIP memanfaatkan data Stigma Index 2.0 yang menunjukkan bahwa 19,5% responden mengalami stigma di layanan kesehatan sebagai dasar advokasi kepada Kementerian Kesehatan, Komnas HAM, serta dalam berbagai dialog nasional. Mahajan et al. (2008) menegaskan bahwa advokasi kebijakan terkait stigma HIV membutuhkan data yang mampu menunjukkan prevalensi dan dampak stigma secara lebih luas, sebagaimana disediakan oleh

Stigma Index 2.0. Pemanfaatan data ini menunjukkan bahwa CLM tidak hanya berfungsi sebagai alat pemantauan di tingkat lokal, tetapi juga sebagai sumber bukti yang dapat mendukung advokasi kebijakan di tingkat nasional.

Tantangan Keberlanjutan Advokasi Berbasis Bukti

Meskipun CLM memberikan kontribusi penting dalam advokasi berbasis bukti, proses ini tetap menghadapi hambatan yang bersifat struktural. Salah satu hambatan utama adalah tindak lanjut atas data yang sangat bergantung pada komitmen fasilitas kesehatan dan pemerintah daerah. Hatzenbuehler et al. (2013) mengingatkan bahwa ketika stigma telah tertanam dalam kebijakan dan prosedur institusional, data saja tidak cukup untuk mendorong perubahan, sehingga diperlukan tekanan yang berkelanjutan dan mekanisme akuntabilitas yang kuat. Temuan JIP juga menunjukkan bahwa perubahan prosedural lebih mudah dicapai dibanding perubahan nilai dan norma dari tenaga kesehatan, sejalan dengan Nyblade et al. (2009) yang menjelaskan bahwa intervensi berbasis pengetahuan tidak akan berdampak secara berkelanjutan apabila tidak disertai dengan perubahan sistem.

Hambatan berikutnya adalah rotasi jabatan di instansi pemerintahan dan pergantian petugas di fasilitas layanan Kesehatan yang membuat JIP perlu membangun ulang relasi dan pemahaman isu secara berkala. Stangl et al. (2019) menjelaskan bahwa komitmen institusional yang tidak stabil menjadi salah satu hambatan sistemik utama dalam program pengurangan stigma. Selain itu, stigma HIV yang beririsan dengan isu gender, seksualitas, dan populasi kunci juga memperumit proses advokasi karena menciptakan stigma interseksional yang dapat menghambat dukungan dari aktor-aktor yang rentan terhadap tekanan sosial (Turan et al., 2019). Hambatan lainnya berkaitan dengan keberlanjutan pendanaan, mengingat program CLM JIP berhenti pada bulan Februari 2025 akibat ketergantungan pada dukungan eksternal. Pulerwitz et al. (2010) menegaskan bahwa program pengurangan stigma berbasis komunitas yang tidak didukung pendanaan berkelanjutan berisiko menimbulkan kelelahan komunitas (*community fatigue*), yaitu menurunnya partisipasi dan motivasi anggota komunitas akibat keterlibatan yang berlangsung tanpa dukungan yang memadai, dan melemahkan kepercayaan komunitas.

Aspek	Temuan Utama	Basis Teoritis
Produksi bukti komunitas	CLM mengintegrasikan 5A+1Q ; stigma & diskriminasi jadi indikator mutu layanan	Wilks (2012); Israel et al. (1998) ; Cornwall & Jewkes (1995)
Keterlibatan komunitas sebagai peneliti	Enumerator ODHIV membangun kepercayaan ; perspektif komunitas dipertahankan	GIPA/MIPA (UNAIDS, 2007) ; Harrington (2010)
Transformasi isu individual menjadi isu kolektif	Pola masalah layanan teridentifikasi dan dibawa ke forum advokasi	Wilks (2012) ; Freire (1970) dalam Schneider & Lester (2001)
Pemanfaatan data berlapis	Advokasi mikro (faskes), mezzo (Dinas Kesehatan), makro (kebijakan nasional)	Hoefer (2019) ; Payne (2014)
Capaian praktik layanan	Perubahan sistem pemanggilan pasien; <i>deadnaming</i> dieliminasi di beberapa faskes	Earnshaw & Chaudoir (2009) ; Nyblade et al. (2019)
Hambatan utama	Komitmen kelembagaan lemah ; rotasi jabatan; stigma struktural	Hatzenbuehler et al. (2013) ; Stangl et al. (2019)

Tabel 1. Ringkasan Temuan CLM sebagai Strategi Advokasi Berbasis Bukti

(Diolah dari Hasil Penelitian, 2026)

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa *Community-Led Monitoring* yang dijalankan JIP berfungsi tidak hanya sebagai alat pemantauan layanan, tetapi sebagai mekanisme produksi pengetahuan sekaligus pemberdayaan komunitas yang menempatkan ODHIV sebagai subjek aktif dalam advokasi sosial. Dengan mengintegrasikan prinsip CBPR (Israel et al., 1998) dan GIPA/MIPA (UNAIDS, 2007), CLM mengubah pengalaman individual ODHIV menjadi bukti kolektif yang dapat digunakan dalam advokasi berlapis, mulai dari perbaikan prosedur layanan di fasilitas kesehatan hingga advokasi kebijakan di tingkat nasional. Capaian seperti penghapusan praktik *deadnaming* terhadap pasien ODHIV transgender di sejumlah fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa advokasi berbasis data komunitas dapat mendorong perubahan layanan yang nyata.

Namun, efektivitas CLM terkendala oleh stigma struktural yang masih tertanam dalam institusi layanan (Hatzenbuehler et al., 2013), ketidakstabilan komitmen kelembagaan, rotasi jabatan birokrasi, dan dependensi pada pendanaan eksternal. Temuan ini menegaskan bahwa advokasi berbasis bukti komunitas tidak dapat berdiri sendiri, ia membutuhkan ekosistem

pendukung berupa komitmen kebijakan, mekanisme akuntabilitas yang berkelanjutan, dan strategi komunikasi yang kontekstual terhadap interseksionalitas stigma (Turan et al., 2019; Stangl et al., 2019).

Secara teoritis, penelitian ini memperkuat relevansi kerangka *cause advocacy* yang dikemukakan oleh Wilks (2012) dalam menganalisis advokasi berbasis komunitas pada isu stigma HIV, sekaligus menunjukkan pentingnya perspektif CBPR sebagai landasan metodologis. Secara praktis, penelitian ini merekomendasikan: (1) integrasi CLM ke dalam sistem pemantauan layanan kesehatan formal dengan dukungan pendanaan pemerintah untuk menjamin keberlanjutan, (2) penguatan kapasitas enumerator komunitas dalam memahami dan mengidentifikasi stigma interseksional, dan (3) pengembangan mekanisme akuntabilitas berbasis data yang mendorong fasilitas kesehatan untuk menindaklanjuti temuan CLM. Penelitian selanjutnya dapat mengkaji efektivitas CLM dari perspektif fasilitas kesehatan atau melakukan analisis komparatif lintas wilayah untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi CLM.

PENGAKUAN/ACKNOWLEDGEMENTS

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh informan dan Jaringan Indonesia Positif yang telah memberikan informasi mengenai proses advokasi berbasis komunitas dalam isu HIV, serta kepada pihak akademik yang memberikan arahan dalam penyusunan penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-S)
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Harrington, M. (2010). From HIV to tuberculosis and back again: A tale of activism in pandemics. *Clinical Infectious Diseases*, 50 (Suppl. 3), S260–S266. <https://doi.org/10.1086/651500>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hoefer, R. (2019). *Advocacy practice for social justice* (4th ed.). Oxford University Press.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Jaringan Indonesia Positif. (2023). Laporan tahunan Jaringan Indonesia Positif 2023. JIP Sekretariat Nasional.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Laporan situasi perkembangan HIV-AIDS dan PIMS di Indonesia tahun 2023. Kementerian Kesehatan RI.
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Zhaoc, Y., Jia, M., & Yan, Z. (2007). HIV-related stigma in health care settings: A survey of service providers in China. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 753–762. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0219>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl. 2), S67–S79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
- Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: What works? *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4th ed.). Palgrave Macmillan.
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., & Mahendra, V. (2010). Reducing HIV-related stigma: Lessons learned from Horizons research and programs. *Public Health Reports*, 125(2), 272–281. <https://doi.org/10.1177/003335491012500214>
- Roura, M., Urassa, M., Busza, J., Mbata, D., Wringe, A., & Zaba, B. (2009). Scaling up stigma? The effects of antiretroviral roll-out on stigma and HIV testing. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1261–1268. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.019>
- Schneider, R. L., & Lester, L. (2001). *Social work advocacy: A new framework for action*. Brooks/Cole.
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barre, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1251-7>
- Turan, J. M., Elafros, M. A., Logie, C. H., Banik, S., Turan, B., Crockett, K. B., Pescosolido, B., & Murray, S. M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>
- UNAIDS. (2007). *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Towards universal access*. UNAIDS.
- UNAIDS. (2021). *Global AIDS strategy 2021–2026: End inequalities, end AIDS*. UNAIDS.
- Visser, M. J., Makin, J. D., Vandormael, A., Sikkema, K. J., & Forsyth, B. W. C. (2009). HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS Care*, 21(2), 197–206. <https://doi.org/10.1080/09540120801932157>
- Wilks, T. (2012). *Advocacy and social work practice*. Open University Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.