

**STUDI FORMATIF KEBUTUHAN  
KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI  
PEKERJA SEKS PEREMPUAN JALANAN  
DAN LAKI-LAKI YANG BERHUBUNGAN  
SEKS DENGAN LAKI-LAKI DI EMPAT  
KABUPATEN/KOTA DI TANAH PAPUA**

Studi ini didanai oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

**Yayasan Kerti Praja  
Denpasar  
2016**



STUDI FORMATIF KEBUTUHAN KESEHATAN SEKSUAL DAN  
REPRODUKSI PEKERJA SEKS PEREMPUAN JALANAN DAN LAKI-  
LAKI YANG BERHUBUNGAN SEKS DENGAN LAKI-LAKI DI EMPAT  
KABUPATEN/KOTA DI TANAH PAPUA

**Tim Peneliti:**

**Komang Ayu Kartika Sari**

**Ni Made Sri Nopiyani**

**Emily Rowe**

Studi ini didanai oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Yayasan Kerti Praja

Denpasar

2016

## Latar Belakang

Nama "Tanah Papua" merujuk pada suatu wilayah di Indonesia yang mencakup setengah bagian barat dari Pulau New Guinea dan pulau-pulau di dekatnya. Tanah Papua terdiri dari dua provinsi, yaitu Provinsi Papua (Populasi 2010: 2.833.381) dan Papua Barat (Populasi 2010: 760.855) (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013). Epidemi HIV&AIDS telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di Indonesia, terutama di Tanah Papua. Berdasarkan data statistik Kemenkes sampai dengan Bulan September tahun 2014 mengenai jumlah kasus HIV&AIDS di Indonesia, di Provinsi Papua terdapat 16.051 kasus HIV dan 10.184 kasus AIDS, sedangkan di Papua Barat terdapat 2.714 kasus HIV, dan 1.734 kasus AIDS (Ministry of Health of Indonesia 2014). Jika dilihat dari prevalensi kasus AIDS, Papua dan Papua Barat berada di urutan pertama dan kedua di seluruh Indonesia, dengan prevalensi sebesar 359,43 dan 228,03 per 100.000 penduduk (Ministry of Health of Indonesia 2014). Prevalensi HIV dan IMS lainnya, serta perilaku berisiko terkait HIV dan IMS tidak homogen secara geografis di wilayah Papua dan bahwa akses terhadap layanan dan fasilitas kesehatan serta pengetahuan tentang kesehatan seksual juga terbatas (Ministry of Health of Indonesia 2014)

Meskipun penyebaran HIV telah terjadi di populasi umum di Tanah Papua, perilaku seksual berisiko di kalangan populasi kunci terus menjadi pendorong epidemi secara bermakna dengan demikian peningkatan pengendalian IMS di kalangan sub-populasi tersebut merupakan prioritas yang sama pentingnya di Tanah Papua dengan tempat-tempat lain di Indonesia (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Pekerja seks perempuan langsung (PSPL) di Tanah Papua terdiri dari PSPL asli Papua (Putri Papua) yang kebanyakan bekerja di jalan dan PSP dari suku lain di Indonesia yang biasanya bekerja sebagai PSPL di lokasi/lokalisasi atau sebagai PSP tidak langsung (PSPTL). PSPL jalanan tersebar luas di seluruh Tanah Papua, tidak terorganisir, dan rentan terhadap kekerasan. PSPTL juga tersebar di seluruh Tanah Papua, di tempat-tempat hiburan seperti bar, cafe, karaoke, warung remang, restoran, dan lain-lain (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013). Pada Bulan Agustus 2015, beberapa lokasi PSPL ditutup sehingga hal ini kemungkinan dapat menyebabkan meningkatnya jumlah pekerja seks yang bekerja di jalanan.

Berdasarkan Survei Prevalensi Infeksi Menular Seksual, Perilaku Berisiko, dan Cakupan Program di Kalangan Wanita Pekerja Seks di Tanah Papua 2013 (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013) secara keseluruhan terlihat bahwa prevalensi HIV di kalangan PSPL berkisar antara

13% sampai 32%; dan prevalensi HIV di kalangan PSPTL berkisar dari 3,7% sampai 15,9%. Prevalensi sifilis aktif di kalangan PSPL berkisar antara 1,4% sampai 33%; dan untuk PSPTL dari 0% sampai 2,2%. Prevalensi gabungan infeksi gonore dan/atau klamidia di kalangan PSPL berkisar antara 11,4% hingga 59,8%, dan di kalangan PSPTL, dari 22,3% hingga 40,0%. Prevalensi Trikomoniasis di kalangan PSPL berkisar antara 1,9% hingga 52,7%, dan pada PSPTL dari 5,2% hingga 15,1% (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Persentase pemakaian kondom konsisten dengan pelanggan selama satu minggu terakhir berkisar antara 16% hingga 77% di kalangan PSPL, sementara untuk PSPTL pemakaian kondom konsisten dengan pelanggan selama satu minggu terakhir berkisar antara 37% hingga 98%. Untuk mereka yang memiliki pasangan tetap, pemakaian kondom konsisten dengan pasangan tetap untuk PSPL berkisar antara 11% hingga 22%, dan untuk PSPTL, dari 9% hingga 40% (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Secara umum, tingkat kepuasan dan akses terhadap layanan HIV dan IMS yang diperoleh PSP berdasarkan *Papua FSW and Client Behavior Survey* pada tahun 2011 (KPA Provinsi Papua & Papua Barat 2011) dan hasil Survei Prevalensi Infeksi Menular Seksual, Perilaku Berisiko, dan Cakupan Program di Kalangan Wanita Pekerja Seks di Tanah Papua 2013 cukup tinggi (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013). Di beberapa kota dan kabupaten, lebih dari 50% PSPL pernah mengakses layanan kesehatan dalam 3 bulan terakhir. Persentase PSPL yang pernah dites HIV dan mengetahui hasil tesnya berdasarkan survey tersebut juga cukup tinggi. Meskipun akses terhadap layanan HIV dan IMS pada PSPL di Tanah Papua berdasarkan hasil survey tersebut terlihat cukup baik, berdasarkan diskusi informal dengan pakar situasi HIV di Papua diketahui bahwa masih banyak PSPL jalanan di seluruh Tanah Papua yang belum pernah dijangkau oleh program dan terabaikan.

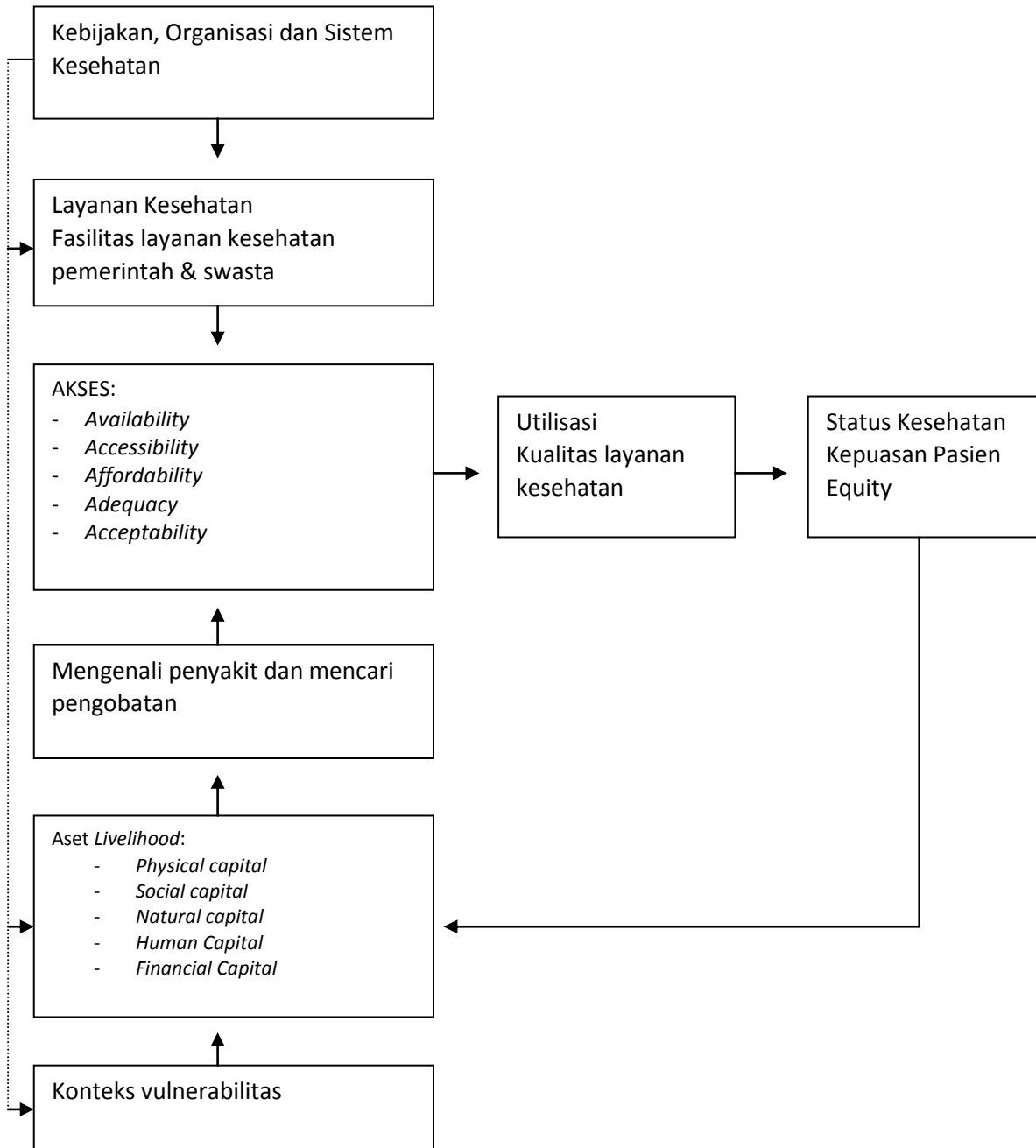
Selain pekerja seks perempuan, perilaku berisiko pada LSL juga menjadi salah satu faktor pendorong epidemi HIV di Tanah Papua. Berdasarkan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) Prevalensi HIV dan IMS Lain tahun 2013, seroprevalensi HIV di kalangan LSL sebesar 6,3% di Tanah Papua secara umum. Di Tanah Papua secara keseluruhan, seroprevalensi sifilis aktif sebesar 5,5%, 20% terinfeksi klamidia, 11,3% terinfeksi gonore, dan 21,9% terinfeksi klamidia dan/atau gonore (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Survei tersebut juga menunjukkan perilaku seksual berisiko tinggi (seperti pemakaian kondom yang tidak konsisten, pasangan seks laki-laki lebih dari satu) sering ditemui di Tanah Papua. Dalam hal perilaku seksual, lebih dari 45% LSL di semua lokasi survei melaporkan memiliki dua atau lebih pasangan seks anal dalam enam bulan terakhir. Kurang dari 50% responden melaporkan penggunaan kondom konsisten selama anal seks dengan pasangan laki-laki (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Persentase LSL yang melaporkan telah mengunjungi layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas atau klinik swasta untuk pemeriksaan IMS dalam satu tahun terakhir adalah 31,6% di Provinsi Papua, 10,4% di Provinsi Papua Barat dan 22,8% jika digabungkan. Persentase LSL yang melaporkan pernah dites HIV dan menerima hasil tesnya rendah di semua daerah survei (Papua 37,7%, Papua Barat 18,1%, dan Tanah Papua 29,6%). Di antara mereka yang melaporkan mengunjungi layanan kesehatan untuk pemeriksaan IMS dalam satu tahun terakhir, rumah sakit merupakan jenis layanan kesehatan yang paling sering disebut sebagai tempat yang dikunjungi (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat 2013).

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, perlu dilakukan assessment pada kedua populasi tersebut mengenai kebutuhan akan akses layanan IMS dan HIV di Tanah Papua. Salah satu kerangka teori mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi akses terhadap layanan adalah *The Health Access Livelihood Framework* (Gambar 1) (Obrist et al. 2007). Dalam *framework* tersebut, dijelaskan bahwa akses terhadap layanan dipengaruhi oleh faktor eksternal (kebijakan, infrastruktur, fasilitas yang tersedia) dan faktor internal/personal (Aset *Livelihood* yang terdiri dari *Physical capital*, *Social capital*, *Natural capital*, *Human Capital*, dan *Financial Capital*) serta persepsi/sikap dalam mencari pengobatan dan konteks vulnerabilitas (Obrist et al. 2007).

## The Health Access Livelihood Framework



**Gambar 1**

Sumber: Obrist et al. (2007)

## **Tujuan dan Manfaat**

### **Tujuan Umum**

Untuk menggali kebutuhan akan layanan HIV dan IMS pada PSP jalanan asli Papua dan LSL.

### **Tujuan Khusus**

1. Mengetahui persepsi PSP jalanan/Perempuan berisiko dan LSL terhadap risiko mereka untuk terinfeksi HIV dan IMS.
2. Mengetahui perilaku mencari pengobatan pada PSP jalanan dan LSL.
3. Mengetahui faktor penghambat dan pendukung kedua populasi untuk mengakses layanan HIV dan IMS.
4. Mengetahui faktor penghambat dan pendukung pemberi layanan dan pemegang kebijakan dalam penyediaan layanan HIV dan IMS bagi kedua populasi.
5. Mengidentifikasi model layanan yang dapat diakses oleh kedua populasi.

### **Manfaat**

Hasil assessment ini dapat digunakan sebagai dasar bagi pemegang kebijakan dan penyedia layanan untuk mengembangkan model dan strategi penyediaan layanan yang dapat diakses oleh kedua populasi di Tanah Papua.

## **Metode Penelitian**

### **Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif untuk mengetahui persepsi PSP jalanan dan LSL terhadap risiko mereka untuk terinfeksi HIV dan IMS, perilaku mereka dalam mencari pengobatan, faktor penghambat dan pendukung dalam mengakses serta penyediaan layanan HIV dan IMS, dan untuk mengidentifikasi model layanan yang dapat diakses oleh kedua populasi.

### **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di empat kota yang terdapat di Tanah Papua, yaitu Wamena, Sorong, Nabire, dan Jayapura. Proses penelitian yang dimulai dengan penyusunan protokol serta instrumen penelitian sampai dengan analisis data dan penulisan laporan dilakukan dari Bulan September 2015 hingga April 2016. Proses pengumpulan data di keempat kota di Papua dilaksanakan pada 23 Januari hingga 27 Februari 2016.

### **Subyek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini terbagi menjadi empat kelompok yaitu:

1. Kelompok PSP jalanan
2. Kelompok LSL
3. Kelompok penyedia layanan dan pemegang kebijakan setempat, yang terdiri dari staf KPAD, Dinas Kesehatan masing-masing kota, puskesmas, LSM (PL), dan klinik swasta yang melayani VCT serta IMS
4. Kelompok paroki gereja

Di masing-masing kota dipilih informan secara purposif yang terdiri dari PSJ dan LSL yang dilibatkan dalam focus group discussion dan wawancara mendalam. Di masing-masing kota dipilih perwakilan dari penyedia layanan (puskesmas, RS dan klinik swasta), pemegang kebijakan (Sekretaris KPA Kabupaten/Kota dan Kabid P2 atau PIC HIV&AIDS Dinas kesehatan Kabupaten/Kota), dan kelompok paroki gereja yang dilibatkan dalam focus group discussion dan wawancara mendalam.



## **Variabel Penelitian**

Dari kelompok PSP dan LSL, variabel yang digali adalah:

1. Persepsi terhadap risiko terinfeksi IMS dan HIV
2. Perilaku mencari informasi kesehatan dan pengobatan
3. Faktor penghambat dan pendorong akses terhadap layanan IMS dan HIV
4. Model layanan IMS dan HIV yang diharapkan

Dari kelompok penyedia layanan dan pemegang kebijakan, variabel yang digali adalah:

1. Jenis dan sumber daya layanan IMS dan HIV yang tersedia
2. Persepsi terhadap kualitas layanan IMS dan HIV yang tersedia
3. Sikap terhadap isu HIV dan komunitas yang berisiko
4. Permasalahan dalam penyediaan layanan IMS dan HIV
5. Akses PSP dan LSL terhadap layanan IMS dan HIV yang tersedia
6. Jejaring atau kemitraan dengan organisasi lain
7. Dukungan dari Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS
8. Upaya-upaya yang telah, sedang dan akan dilakukan untuk meningkatkan akses layanan IMS & HIV pada PSP jalanan
9. Fisibilitas penyesuaian layanan dengan kebutuhan PSP jalanan

Dari kelompok paroki gereja, variabel yang digali adalah:

1. Persepsi terhadap isu HIV dan usaha penanggulangannya
2. Persepsi terhadap ODHA
3. Persepsi terhadap komunitas berisiko
4. Kemauan untuk terlibat dalam usaha penanggulangan HIV

## **Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan oleh 2 tim yang terpisah yaitu di Bulan Februari 2016. Di masing-masing kota, dilakukan focus group discussion dan wawancara mendalam kepada PS jalanan, LSL, penyedia layanan, pemegang kebijakan setempat, dan paroki gereja.

## **Kekuatan dan Kelemahan Metode**

Metode kualitatif dipilih dalam penelitian ini karena lebih tepat dipergunakan untuk menganalisis dan menjelaskan latar belakang tindakan atau kecenderungan individu untuk bertindak di masyarakat terhadap suatu keadaan atau pilihan<sup>6</sup>. Selain itu, rancangan kualitatif bermanfaat dalam menggali efek suatu program, hambatan berpartisipasi dalam suatu program atau kekuatan suatu program<sup>7</sup>. Rancangan kualitatif pada penelitian ini menggunakan dua metode pengumpulan data, yaitu FGD dan wawancara mendalam untuk menggali lebih banyak kebutuhan akan layanan HIV dan IMS dari perspektif PSP dan LSL, serta apa saja faktor penghambat dan pendukung akses dan penyediaan terhadap layanan HIV dan IMS dari perspektif kedua populasi tersebut, penyedia layanan, pemegang kebijakan, dan ulama gereja. Melalui FGD diharapkan terdapat interaksi antar informan sehingga diperoleh informasi yang saling melengkapi. Kedua metode tersebut memiliki suatu kelemahan yaitu memerlukan fasilitator atau pewawancara yang menguasai teknis dan topik<sup>7</sup>. Pada penelitian ini, peneliti sendiri yang akan menjadi fasilitator FGD serta pewawancara, karena peneliti yang paling mengetahui isi atau topik penelitian.

## **Instrumen Pengumpulan Data**

Wawancara mendalam dan FGD dilakukan dengan pedoman wawancara mendalam dan pedoman FGD menggunakan *open ended questions* dengan urutan pertanyaan atau kalimat tidak kaku dan bisa dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan dan respon dari responden. Proses wawancara mendalam dicatat oleh pewawancara, sedangkan proses FGD dicatat oleh notulen. Proses wawancara mendalam dan FGD direkam dengan alat perekam suara yang telah disetujui oleh responden.

## **Analisis Data**

Data mengenai kebutuhan, penghambat dan pendukung akses serta penyediaan layanan HIV dan IMS dianalisis secara kualitatif dengan metode tematik analisis. Metode ini meliputi proses pengidentifikasian, *coding*, kategorisasi, klasifikasi, dan memberikan label terhadap pola yang muncul dari data. Oleh sebab itu, pada saat analisa, transkrip dibaca secara berulang-ulang untuk mendapatkan gambaran dan kejelasan mengenai makna apa sebenarnya yang ingin disampaikan oleh responden. Kategorisasi kemudian dilakukan secara manual dengan cara memberikan label pada margin transkripsi. Data kemudian dikelompokkan, dan makna dari masing masing kategori ini disangkut-pautkan satu sama

lain sehingga menghasilkan suatu pengertian yang utuh mengenai kebutuhan, penghambat dan pendukung akses serta penyediaan layanan HIV dan IMS pada PSP jalanan dan LSL di Tanah Papua.

### **Validasi Data**

Data divalidasi dengan menggunakan teknik *member checking* dimana informasi yang dirangkum oleh pewawancara dijelaskan ulang untuk memperoleh konfirmasi informan, kedua dengan menggunakan teknik *peer debriefing* dengan membandingkan hasil analisis tim peneliti terhadap tema-tema yang berhasil digali dengan temuan pihak lain yang merupakan pakar penelitian kualitatif pada hasil wawancara penelitian, serta membandingkan hasil penelitian dengan beberapa hasil penelitian sejenis.

### **Pertimbangan Etika Penelitian**

Permohonan persetujuan etik penelitian ini diajukan kepada Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar. Identitas informan dijaga kerahasiaannya dengan cara menyimpan semua hasil rekaman dan transkripsi di tempat yang hanya bisa diakses oleh peneliti, serta dengan cara tidak mencantumkan nama maupun identitas lain yang dapat menunjuk pada mereka secara spesifik. Sebelum wawancara dan FGD dilakukan, responden diberikan informasi selengkapnya terkait penelitian yang dilakukan dan diminta menandatangani lembar *informed consent* yang disediakan.

### **Kekuatan dan Kelemahan Metode**

Metode kualitatif dipilih dalam penelitian ini karena lebih tepat dipergunakan untuk menganalisis dan menjelaskan latar belakang tindakan atau kecenderungan individu untuk bertindak di masyarakat terhadap suatu keadaan atau pilihan (Creswell 2009). Selain itu, rancangan kualitatif bermanfaat dalam menggali efek suatu program, hambatan berpartisipasi dalam suatu program atau kekuatan suatu program (Nutbeam & Bauman 2010).

Rancangan kualitatif pada penelitian ini menggunakan dua metode pengumpulan data, yaitu FGD dan wawancara mendalam untuk menggali lebih banyak kebutuhan akan layanan HIV dan IMS dari perspektif PSP dan LSL, serta apa saja faktor penghambat dan pendukung akses dan penyediaan terhadap layanan HIV dan IMS dari perspektif kedua populasi tersebut, penyedia layanan, pemegang kebijakan, dan ulama gereja.

Melalui FGD diharapkan terdapat interaksi antar informan sehingga diperoleh informasi yang saling melengkapi. Kedua metode tersebut memiliki suatu kelemahan yaitu memerlukan fasilitator atau pewawancara yang menguasai teknis dan topik (Nutbeam & Bauman 2010). Pada penelitian ini, peneliti sendiri yang menjadi fasilitator FGD serta pewawancara, karena peneliti yang paling mengetahui isi atau topik penelitian.

### **Instrumen Pengumpulan Data**

Wawancara mendalam dan FGD dilakukan dengan pedoman wawancara mendalam dan pedoman FGD menggunakan *open ended questions* dengan urutan pertanyaan atau kalimat tidak kaku dan bisa dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan dan respon dari responden.

Proses wawancara mendalam dicatat oleh pewawancara, sedangkan proses FGD dicatat oleh notulen. Proses wawancara mendalam dan FGD direkam dengan alat perekam suara yang telah disetujui oleh responden (lihat Lampiran 1).

### **Analisis Data**

Data mengenai kebutuhan, penghambat dan pendukung akses serta penyediaan layanan HIV dan IMS dianalisis secara kualitatif dengan metode tematik analisis. Metode ini meliputi proses pengidentifikasian, *coding*, kategorisasi, klasifikasi, dan memberikan label terhadap pola yang muncul dari data.

Oleh sebab itu, pada saat analisa, transkrip dibaca secara berulang-ulang untuk mendapatkan gambaran dan kejelasan mengenai makna apa sebenarnya yang ingin disampaikan oleh responden. Kategorisasi kemudian dilakukan secara manual dengan cara memberikan label pada margin transkripsi.

Data kemudian dikelompokkan, dan makna dari masing masing kategori ini disangkut-pautkan satu sama lain sehingga menghasilkan suatu pengertian yang utuh mengenai kebutuhan, penghambat dan pendukung akses serta penyediaan layanan HIV dan IMS pada PSP jalanan dan LSL di Tanah Papua.

## **Validasi Data**

Data divalidasi dengan menggunakan teknik *member checking* dimana informasi yang dirangkum oleh pewawancara dijelaskan ulang untuk memperoleh konfirmasi informan, kedua dengan menggunakan teknik *peer debriefing* dengan membandingkan hasil analisis tim peneliti terhadap tema-tema yang berhasil digali dengan temuan pihak lain yang merupakan pakar penelitian kualitatif pada hasil wawancara penelitian, serta membandingkan hasil penelitian dengan beberapa hasil penelitian sejenis.

## **Pertimbangan Etika Penelitian**

Permohonan persetujuan etik penelitian ini diajukan kepada Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Hassanudin. Identitas informan dijaga kerahasiaannya dengan cara menyimpan semua hasil rekaman dan transkripsi di tempat yang hanya bisa diakses oleh peneliti, serta dengan cara tidak mencantumkan nama maupun identitas lain yang dapat menunjuk pada mereka secara spesifik.

Sebelum wawancara dan FGD dilakukan, responden diberikan informasi selengkapnya terkait penelitian yang dilakukan dan diminta menandatangani lembar *informed consent* yang disediakan (lihat Lampiran 2).

## **Hasil Penelitian Jayapura**

### **Pekerja Seks Perempuan Jalanan**

#### **Gambaran Umum PSJ Jayapura**

PSJ di Jayapura sangat rentan terhadap infeksi HIV/IMS karena beberapa alasan. Alkohol dan penggunaan ganja, hisap lem dan perilaku seksual yang tidak aman adalah faktor besar. Meskipun kesadaran atas pencegahan HIV/IMS sudah ada, pemakaian kondom tidak konsisten dan secara dominan ditentukan oleh yang membeli seks atau terhambat karena alkohol atau marijuana.

Kondom tidak pernah dipakai dengan pacar/pasangan tetap dan pemakaian kondom dengan tamu atau “tedong”. Kebanyakan responden tertarik untuk periksa HIV tetapi kurang tertarik dengan periksa IMS. Meskipun sudah dianggap sangat bagus oleh PSJ, pelayanan harus dirancang supaya lebih sesuai dengan kebutuhan PSJ, termasuk jam klinik.

Mereka umurnya kebanyakan masih muda, mulai dari 14 tahun sampai 30, tetapi juga masih ada yang lebih berumur yang “nongkrong” di lokasi seperti Taman Imbi dan juga berperan sebagai mucikari. Transaksi seks dilakukan melalui janji lewat telepon, ketemu di jalan dan berhubungan di hotel.

#### **Layanan yang Tersedia**

Ada beberapa layanan yang tersedia untuk PSJ di Jayapura. Program penjangkauan yang cukup komprehensif sudah dilakukan oleh Yayasan Harapan Ibu. Layanan kesehatan khususnya untuk kesehatan reproduksi dan seksual ditawarkan oleh Pusat Kesehatan Reproduksi, Puskesmas Waena dan juga di Puskesmas Kota Raja Abepura.

Intervensi harus responsif dan dirancang khusus untuk PSJ Putri Papua, mereka tidak bisa hanya ‘direnovasi’ dari program yang dilaksanakan di daerah lain. Program perlu memahami gaya hidup PSJ Putri Papua yang dan latar belakang mereka yang seringkali tidak stabil. Responden yang diajak bicara dari komunitas PSJ Jayapura mayoritas berusia diantara umur remaja sampai dua puluhan tahun, dan banyak dari mereka saling berstatus sebagai saudara dan seringkali menjadi PSJ ada hal yang turun dari generasi kepada generasi berikutnya.

Intervensi HIV dan IMS perlu dimasukkan ke dalam Kearifan Lokal dan harus digabungkan dengan kegiatan lain seperti check up gigi, kegiatan sosial dan kegiatan lifeskills. Dengan fokus hanya pada isu HIV dan IMS tidak sanggup mengatasi masalah yang dihadapi PSJ, perlu juga dipertimbangkan dalam isu penggunaan alkohol, kebersihan, merokok, penggunaan ganja dll. Program harus melihat masalah HIV secara seluruhnya, dan intervensi harus upaya berusaha putus rantai 'generational sex work'.

Pendidikan pengobatan bagi yang sudah terinfeksi HIV sangat dibutuhkan. Dari responden ada sejumlah yang HIV +, yang positif sudah dideteksi dalam tahap AIDS. Diagnosis HIV terlambat dan kesehatan yang buruk diakibatkan jumlah CD4 yang rendah adalah trend dalam komunitas PSJ. Pemakaian alkohol berdampak buruk pada kepatuhan ARV karena mereka sering mabuk dan lupa atau menunda minum supaya bisa minum alkohol dulu.

Tanjung Elmo telah tertutup yang untuk gelar telah meningkatkan jumlah perempuan yang bekerja di jalanan, karena ini adalah di mana pekerjaan dapat ditemukan dan ada laki laki yang ingin membeli layanan seksual. Sejak penutupan banyak pekerja seks yang telah kembali. Mereka yang bekerja di panti pijit dan bar sebagai pekerja seks tidak langsung pada umumnya berasal dari Jawa dan lebih suka menabung penghasilan mereka dan mengirimkan pulang untuk kebutuhan keluarga di desa, tetapi Putri Papua hanya kerja secukupnya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk untuk beli alkohol.

### **Konteks Vulnerabilitas**

PSJ di Jayapura rentan terhadap infeksi HIV dalam berbagai cara. Alkohol dan penggunaan ganja, hisap lem dan perilaku seksual yang tidak aman membahayakan komunitas PSJ di Jayapura. Isu dan faktor yang berkontribusi terhadap kerentanan tersebut dibahas di bawah ini.

Meskipun responden melaporkan pengalaman dengan penggunaan kondom yang variatif, mereka mengisyaratkan bahwa penggunaan kondom secara dominan ditentukan oleh laki-laki yang membeli seks dan terhambat oleh penggunaan alkohol;

"P : Kalau tamunya, tedongnya selalu mau pakai kondom tidak?

R : Kadang mau kadang tidak."

"R : Kondom harus tidak pakai kondom?

P : Tapi tedongnya kadang-kadang gak mau pakai kondom yah.

R : Iya.

P : Itu biasanya kenapa? Karena mereka mabok? Atau kenapa?

R : Kalau pakai kondom kan tidak enak.

P : Kata mereka?

R : Iya. Tidak puas. Tidak puas ya.”

“P : Jarang pakai kondom atau jarang mereka menolak pakai kondom?

R : Jarang pakai.”

“P : Kalau pake kondom kakak yang pasang atau tamu pasang sendiri?

R : Tedong yang pasang

R : Kalau tidak kita yang pasang

P : Tapi seringnya kakak yang pasang atau tedong pasang sendiri ?

R : Tedong yang pasang”

Namun demikian, di antara responden ada beberapa yang bersikeras tentang penggunaan kondom dan membatalkan transaksinya kalau tedongnya tetap menolak;

“P : Sering ada yang ngga mau to atau gimana?

N : Kalau tidak mau ya tidak usah to”

Biaya untuk layanan seksual (diantara 500,000-1 juta untuk waktu yang singkat) juga dilaporkan menurun ketika penggunaan kondom dibahas;

“R : Iya saya bilang ko sanggup ko kecil gini ko sanggup? Dia bilang ah mimi macam tidak tahu. Saya bilang baru kau bawa kondom? Ah mimi mereka tara mau kondom. Mereka tara suka. Kalau kondom nanti harga turun.”

Pejabat pemerintah dari daerah dataran tinggi di luar Jayapura (terutama Wamena) secara teratur membeli seks dari responden, dan bisa dibilang adalah klien mereka yang paling konsisten. Namun, penggunaan kondom sangat sporadis, HIV tingkat pengetahuannya rendah dan penggunaan alkohol tinggi;

“P : Kalau boleh tahu kalau yang pejabat-pejabat itu mereka pakai kondom gak?



R : Ada satu-satu yang biasa bawa. Tapi ada yang tidak. Jadi apa kita yang mesti siap bawa kondom. Kita harus ada.”

“P : Kalau pejabat-pejabat yang bawa ini selalu kasih mereka minuman toh. Pejabat-pejabat daerah itu. Udah kasih minum dulu.

R : Ya.

R : Kasih minum dulu. Jadi kita dengar mereka tidak bisa kontrol kondom.

P : Pasti HIV juga tinggi dipejabat-pejabat itu yah.

R : Ya memang.

P : Iya ya. Gak pernah ketemu dengan mereka dan gak pernah periksa mereka atau punya istri punya anak.”

“P : Kalo dari mereka biasanya mereka mau pakai kondom gak ?

R : Ada yang pake ada yang tidak.”

P : Kalo bapak2 dari Wamena itu bupati wakil bupati lain2 pakai kondom gak?

R : Tidak...”

Mengkhawatirkan, tampaknya PSJ kurang konsisten dalam upaya mempromosikan penggunaan kondom;

“P : Tapi kalo kamu mencoba merayu supaya mau pakai kondom apa malas?

R : Tidak...”

Bagi responden yang lebih berdaya dan paham tentang pencegahan, status HIV mereka digunakan sebagai faktor untuk mendorong penggunaan kondom;

“R : Kalau saya tedongnya tidak mau ini toh tidak mau pakai kondom, saya pake alasan saya terinfeksi. Jadi harus pake. Jangan kena di kau lagi. Lebih baik saya mengaku begitu toh.”

Menariknya, yang bertentangan dengan pengalaman pekerja seks perempuan di provinsi lain, PSJ di Jayapura suka kondom wanita dan menjelaskan bagaimana kondom perempuan bisa memberi ruang untuk mendukung perilaku seks yang aman;

“P : Dulu pernah ya mama ya... lebih enak mana kondom wanita atau kondom laki-laki?

R : Pokoknya kedua keduanya enak

P : Kedua –duanya enak hehe tapi tedong suka ngga kondom wanita ?

R : Kalau kondom wanita kalau itu seperti begini pak kita ajak mereka berhubungan kita suruh mereka pakai kondom tidak mau kita yang pakai kondom diam-diam.”

Ini merupakan penemuan penting ketika merancang intervensi masa depan untuk PSJ di Jayapura.

Namun, sejalan dengan pekerja seks dari daerah lain, kondom tidak pernah digunakan oleh PSJ dengan suami mereka, atau pacar mereka, meskipun responden menduga pasangannya ini tidak setia;

“P : Kalau sama selingkuh-selingkuh pakai kondom ngga ?

R : Tidak pakai

R : Karena sayang...

P : Hehehe kalau sama suami pakai kondom tidak ?

R : Tidak pakai kondom.”

Safe sex measures selain kondom, seperti pelican adalah hal yang sangat baru bagi PSJ Jayapura, mungkin karena mereka kurang paham manfaatnya atau belum dibagikan oleh petugas;

“P : Pelicin gak pernah pake? Pelicin gak pernah pake? Pelicin? Enggak?

R : Enggak pernah.”

Penggunaan alkohol, yang sangat umum di antara PSJ di Jayapura (dan juga motivator untuk melaksanakan pekerjaan seks) juga berdampak negatif pada negosiasi kondom. Penggunaan napza suntik bukan faktor;

“R : Kadang-kadang kalau kita sadar ya kita bisa lihat. Tapi ya kalau kita posisi mabuk kan, umur 36 ya kita tidak tahu. Sudah tua jadi saya tidak melihat terus.”

“R : Kalau untuk sekelompok kami kayak-kayak begitu kami tidak tahu. Cuma yang kami tahu itu minum minum. Kalau tedong itu kalau mau suntik itu saya tidak tahu. Saya juga gak mau (narkoba).”

Menghirup lem dan penggunaan ganja juga sangat umum di antara PSJ, dan sering digunakan sebagai komoditas saat berhubungan seks untuk barter, termasuk dengan laki-laki Papua New Guinea yang kunjungi Jayapura dan membawakan ganja sebagai imbalan seks dengan putri Papua;

“R : Iya...Ini semua ini yang duduk ini ganja ini.”

Selain alkohol dan penggunaan ganja, pinang dan merokok adalah kebiasaan rutin. Seiring dengan efek amfetamin seperti penggunaan pinang, kepercayaan tradisional menghubungkan penggunaan pinang untuk meningkatkan libido dan untuk merapatkan vagina;

“R : Kalau pinang efeknya banyak. Kadang kita makan pinang kita punya vagina merapat jadi kecil. Rapat. Iya. Makanya laki-laki suka.”

Ketika mengingat kerentanan PSJ terhadap penularan HIV dan IMS dan bahwa seks vaginal yang kering dapat meningkatkan kemungkinan penularan, dalam upaya pencegahan kedepan hal ini harus diangkat, meskipun cara penyampaian harus sesuai dengan konteks budaya.

Responden yang diajak bicara dari komunitas PSJ Jayapura mayoritas berusia diantara umur remaja sampai dua puluhan tahun, dan banyak dari mereka saling berstatus sebagai saudara contohnya bibi, sepupu, atau kakak, yang sebelumnya mengajak mereka ikut ‘nongkrong’ di jalan dan mengikuti pola hidup di jalan, contohnya menghirup lem, minum alcohol, dan menjajakan diri. Yang lebih berumur seringkali juga bekerja sebagai mucikari.

Dalam kesimpulan, seringnya menjadi PSJ ada hal yang turun dari generasi kepada generasi berikutnya;

“P : Kecil-kecil itu umurnya berapa?

R : 12? 13? Se Ana Ana gitu.

P : Ana bilanganya 17. Mungkin lebih kecil.

R : Umur 13.

P : Mungkin lebih kecil lagi.

R : Mungkin. Mamanya cari orang di taman imbi, anak duanya ditaruh di usbabur usababur.

R : Jadi generasi, berturut-turut gitu loh. Jadi mamanya terus anaknya juga ikut. Kayak gitu...”

Maka dari itu cakupan program harus melihat masalah HIV secara seluruhnya, dan intervensi harus upaya berusaha putus rantai tersebut.

Responden menjelaskan bahwa meskipun mereka menghabiskan banyak waktu mereka dengan kumpul di tempat-tempat umum seperti taman, alun-alun dan pasar, dan disitulah mereka memperoleh klien, meskipun kegiatan seksual berlangsung di kamar hotel didekatnya;

“P : Kalo melakukan hubungan memang ditaman imbi juga atau ketempat lain ? Jadi gak pernah ditamannya ?

R : Tidak...

P : Jadi ke hotel ?

R : Iyaa”

Praktek “booking out” juga sangat umum, terutama di kalangan para ‘tedong’ dari luar kota, termasuk pejabat pemerintah dari daerah dataran tinggi;

“P : Kalo jadi sama ditaman imbi atau lain ?

R : Telfon...

P : Jadi kalo nelfon bagaimana ceritanya ? Ada langganan atau bagaimana ?

R : Kenal..

P : Jadi ada yang kasi tau terus kamu terima telfon ?

R : Iyaa

P : Terus kamu biasanya dijemput atau...

R : Dijemput...

P : Dibawa kerumah mereka atau gimana?

R : Kehotel..

P : Kalo boleh tau yang biasanya nelfon orang dari kota sini atau dari luar ?

R : Wamena..

P : Mereka rata2 kerjaan mereka apa ?

R : Anggota DPR...”

Responden juga melaporkan mengalami kekerasan dari orang-orang yang membeli seks;

“P : Kalo yang lainnya entah mainnya kasar ?

R : Tidak pernah...kalo macam di hotel pukul balik...”

“P : Kalau Kak Agu, tedong-tedong itu kadang-kadang ee ada yang main kasar atau ngga?

R : Hehehe ada.

R : Ada apalagi kalau kita sudah temani minum gitu sama-sama kalau tidak dilayani mereka pukul.”

## Mengenali Penyakit dan Mencari Pengobatan/Health Seeking Behaviour

### Tingkat Pengetahuan

Mayoritas responden memiliki pemahaman dasar atau telah memiliki pengalaman langsung dengan HIV,

“P : Tidak jadi kita bisa pegangan, bisa nongkrong makan minum bersama seperti semalam gak masalah.

R : Takutnya kalau hubungan darah, seks, jarum.

R : Menular yah. Kalau tedongnya sudah terinfeksi HIV, juga tidak pakai kondom bisa kena.”

Pengetahuan tentang IMS rendah diantara kelompok PSJ di Jayapura, mungkin karena kurangnya promosi kesehatan yang efektif atau penyebarluasan pesan pencegahan, misalnya;

“P : Yang pernah kalian dengar? Infeksi menular seksual.

R : Berbuat dengan pasangan yang terinfeksi jadi..

P : Jadi kita bisa kena yah.

R : Bisa kena ya.

P : Kalau gejala infeksi menular seksual seperti apa?

R : Batuk-batuk.

P : Batuk-batuk?

R : Gatal-gatal di pinggiran kemaluan.

P : Nah itu gatal-gatel. Yang lainnya? Kalau gejala infeksi, infeksi disini dikelamin seperti apa? Ada yang tahu?

R : Sifilis.”

“P : ...sudah tahu informasi tentang IMS tahu?

R : Belum.”

Meskipun pengetahuan masih rendah, bisa dibilang kesadaran tentang pentingnya periksa cukup tinggi;

“P : Apakah itu penting gak untuk kita periksa?

R : Penting. Penting.

P : Kenapa memang penting?

R : Untuk kesehatan.

P : Dan semakin cepet, semakin cepet bisa diobatin, semakin cepet sembuh.

R : Supaya periksa, kita tahu kita punya status. Kalau sehat kita jaga. Kalau memang kita sakit ya sudah ada layanan yang bisa tangani. Ya toh.”

Responden juga menjelaskan bahwa pengetahuan dasar mereka terkait gejala IMS membantu mereka ketika mereka ingin memilih ‘tedong’;

“R : Pernah saya satu kali ketemu tamu... dia sedang sakit pernah dia ajak saya main sebelum main dia kencing dulu...kencing tapi menjerit. Saya tanya kenapa sakit dia bilang tidak kenapa.. terus saya lihat itu kemaluan keluar nanah nanah terus saya bilang tidak batal saja.”

### **Pengalaman Terkait HIV**

Dari responden ada sejumlah yang HIV +, dan didiagnosa positif ketika dalam tahap AIDS. Kenyataan ini adalah tren yang sangat umum untuk komunitas marjinal (bisa dikatakan cukup umum di kalangan masyarakat Indonesia lainnya juga) bahwa pasien baru periksakan diri kalau sudah simptomatis. Hal ini sangat mengkhawatirkan karena dengan CD4 rendah mereka semakin rentan sakit OI, dan lebih mungkin bisa menyebarkan kepada orang lain, apalagi kalau pemakaian kondom masih rendah;

“P : Kalau Ana udah pernah cek darahnya lagi untuk lihat sistem kekebalan tubuhnya bagaimana?

R : CD4?

P : CD4.

R : Ya CD4nya.

P : Kalau sekarang CD4nya sudah berapa?

R : Sudah 35.

P : 35. Waktu pertama minum ARV berapa CD4nya?

R : Waktu pertama 17.”

Pendidikan pengobatan sangat dibutuhkan segera untuk komunitas PSJ (dan masyarakat pada umumnya juga) dan ada perlu urgent untuk meningkatkan layanan CST dan pengimplementasian sistem dukungan yang komprehensif bagi mereka yang akan mulai ART supaya patuh pada rejimnya.

Alkohol adalah tantangan besar dalam penanggulangan HIV di Jayapura (dan di Papua pada umumnya) karena mempersulit negosiasi kondom, memungkinkan perilaku yang berisiko, mengakibatkan penyakit liver/hati dan bisa menjadi pemicu kekerasan (terutama kekerasan berbasis gender). Penggunaan

alkohol juga merupakan penghalang untuk kepatuhan ARV, karena ada sebagian responden yang lebih mengutamakan minum alkohol/mabuk daripada patuh dengan ARVnya;

“R : (CD4) Masih rendah. Baru dia minum, dia minum minuman keras. Dia merokok.

P : Mungkin gara-gara lupa apa minum obatnya.

R : Tidak. Dia kalau minum minum obat ARV dia tidak bisa minum minuman keras. Tapi dia karena teman-teman dorong masih minum-minuman keras terus. Sudah informasi sampe duduk kasih makan pulang tidur dirumah. Belajarnya disitu. Tapi tidak bisa juga.”

### **Faktor Pendukung**

Faktor-faktor pada tingkat individu termasuk masalah klasik seperti kurangnya transportasi ke klinik, bertentangan jam klinik muncul dalam FGD dengan PSJ Jayapura. Diskriminasi, baik yang diantisipasi atau yang betul dirasakan, serta ketidakpercayaan pada penyedia layanan kesehatan, berdampak negatif pada keputusan PSJ untuk melakukan tes HIV. Sebaliknya, pengalaman positif dan budaya yang afirmatif dalam pelayanan dapat mengurangi kecemasan tersebut;

“P : Enak yaa cepat ramah yaa ?

R : Iyaa kenal susternya mereka bilang kalo ada keluhan kembali lagi...

P : Dan mereka ramah tidak di maki2 malu ?

R : Tidak. Kita bilang malu dya bilang gak usah malu ini untuk kesehatan untuk apa kalian malu...”

Tidak diragukan lagi, responden lebih suka ditemani ke klinik oleh staf penjangkauan secara kelompok dan tidak sendirian. Ini memang pendekatan yang sangat sesuai budaya dan pola hidup PSJ yang bersifat kolektif, tetapi pada masa panjang ada ketakutan akan terlalu tergantung pada petugas lapangan. Takutnya, kalau tidak ditemani petugas lapangan, layanan tidak dapat dimanfaatkan. Kemungkinan juga muncul ‘burn out’ atau kewalahan dari petugasnya diakibatkan ketergantungan tersebut;

“P : Iya ya e e kalau biaya untuk periksa kesana biasanya sendiri atau dijemput [outreach]?

R : Biasanya [outreach] yang jemput [outreach] yang bayar nganterin pake mobil.”

Hal ini dapat menjadi perhatian jika layanan yang ditargetkan pada populasi kunci tertentu dihentikan.

The Pusat Kesehatan Reproduksi, "PKR", adalah pilihan rujukan bagi staf penjangkauan dan juga klinik yang disukai PSJ. Pengalaman negatif adalah trauma dan rusak PSJ persepsi layanan dan sebaliknya, pengalaman positif dengan penyedia layanan dan budaya yang kondusif perawatan adalah sebuah motivasi kuat untuk akses layanan, terutama untuk menjalani tes. Sejumlah responden melihat klinik sebagai 'safe haven', dan memuji komitmen, kompetensi dan keahlian staf klinik.

Puskesmas Kota Raja dan Puskesmas Waena juga disebutkan sebagai penyedia layanan yang simpatik terhadap kebutuhan masyarakat dan hubungan dengan dan dukungan untuk penyedia ini harus diprioritaskan;

"P : Puskesmas yang Jayapura Utara?

R : Tidak puskesmas kota raja.

P : Oh Kota Raja.

R : Terus Waena, dekat pantai.

P : Iya.

R : Disitu aku nyaman.

P : Memang beda-beda ya...

R : Tapi banyak yang nyaman di PKR."

Responden juga terbuka terhadap konsep 'mobile testing' dan ini merupakan inisiatif belum sepenuhnya dieksplorasi di Jayapura, namun dalam penerapan akan perlu hati-hati;

"R : Maunya seperti apa.

P : Kalau contohnya perawatnya datang ke kalian, di tempat mangkal dan melakukan pemeriksaan, kamu mau gak?

R : Aduh. Kamu mau bae suster doyang datang ke taman ibi? Mau? Malas. Kenapa? Tidak apa doyang datang mau periksa toh.

P : Malasnya karena ditempat umum atau bagaimana?

R : Kalau macam di komplek-komplek atau lingkungan itu boleh."

Pengalaman terkait stigma dan / atau stigmatisasi terhadap dirinya berdasarkan pola pekerjaan mereka mempengaruhi perilaku mencari kesehatan dan berdampak negatif pada akses. Responden mengisyaratkan bahwa mereka merasa secara social rendah dibawah penyedia layanan kesehatan dan



bahkan pasien lain diruang tunggu. Responden menjelaskan bahwa sering mereka dibuat untuk merasa malu atau dipertanyakan oleh pasien lain. Takut pada diskriminasi adalah sebuah halangan, apakah ini hanya diantisipasi atau memang dialami.

“R : ...nyaman di PKR.

P : Iya.

R : Karena disitu tidak tunggu. Kalau di puskesmas lain kita harus cabut kartu lagi. Sekarang...Berbaur dengan masyarakat. Masyarakat itu masyarakat sudah lihat hmm periksa apa. Amadi itu sering dapat maki. Soal adik-adik ini. Itu bilang ih bawa lonte-lonte itu datang periksa...”

Fasilitas dan pengadaan tidak masalah. Responden merasa puas dengan kualitas layanan yang tersedia yang serba gratis;

“P : Jadi gak ada halangan sebenarnya toh?

R : Tidak. Obat TB juga gratis.”

Konseling juga diberikan sebelum pengambilan sampel darah, 'pra-VCT', berbeda dengan layanan yang disediakan di Wamena;

“P : Terus waktunya darahnya diambil konseling terus mereka jelasin sedikit hiv atau tidak ?

R : Dia kasi buku kita baca...

P : Waktu konseling sama dr nya 10 menit 5 menit setengah jam berapa lama?

R : Biasanya ada setengah jam..”

Selain responden menerima informasi dari staf penjangkauan, responden juga diperoleh informasi ketika hadir pada massa gereja, dan ini sumber informasi yang sangat sesuai konteks sosial-budaya Jayapura, meskipun mungkin kurang dimanfaatkan dalam upaya penanggulangan HIV;

“P : ...keterlibatan gereja sekarang udah bagus kok.

R : Udah udah.

P : Sudah bagus.

R : Sudah bagus. Informasi sekarang sudah bisa disampaikan di gereja. Disisipkan dalam khotbah.”

Berlawanan dengan kepercayaan populer tentang ketidaksetaraan gender, responden menjelaskan bahwa putri Papua mampu mengambil pilihan tentang kesehatan mereka terutama kesehatan seksual. Satu responden menjelaskan;

“P : Kalau perempuan di Papua bisa protes atau melawan sama suami? Bisa saja?

R : Ada pemberdayaan perempuan disini kok.”

Perilaku mencari kesehatan dari PSJ dipengaruhi oleh sejumlah faktor, misalnya, ‘risk awareness’, motivasi, manfaat yang dirasakan dan hambatan dalam akses ke layanan. Melalui dialog dengan responden PSJ itu jelas bahwa ketersediaan, aksesibilitas, keterjangkauan bukan halangan. Namun, kurangnya penerimaan perlu ditangani, mungkin melalui promosi kesehatan yang lebih luas, capacity building untuk petugas layanan dan penjangkauan, dan upaya de-stigmatisasi layanan HIV. Sistem rujukan juga perlu diperbaiki dan dalam ini keterlibatan aktif dari KPA dan DINKES akan sangat berguna, sehingga LSM dan klinik tidak bekerja dengan mekanisme independen.

### **Faktor Penghambat**

Meskipun terbukti bahwa ada lingkungan yang memungkinkan untuk akses layanan oleh PSJ di Jayapura, hambatan tetap ada. Takut pada kerahasiaan medis yang berpori (nyata atau merasa) telah membuat mereka enggan akses;

“R : Maksudnya ke klinik?

P : He'eh. Halangannya apa?

R : Tidak ada halangannya. Satu takut.

P : Takut yah?

R : Iya mereka masih ada yang takut. Karena dari temen-temen liat jangan kau pergi nanti dikasih keluar di televisi dan dikasih tahu ke orang.”

Takut pada hasil tes HIV+ membuat para putri Papua PSJ ragu untuk menjalankan VCT;

“P : Kaburnya kenapa yah?

R : Gak tau kemana, jadi pergi ke tempat lamanya mereka, mereka sudah tidak ada.

P : Kenapa memang lari gitu?

- R : Mereka bagaimana e?
- P : Takut apa?
- R : Kita juga setengah mati. Begitu memang.
- P : Mereka gak percaya dengan hasil tesnya apa atau tidak mau tahu?
- R : Dia mungkin belum siap. Atau dia takut dengan dia punya keluarga.”

Responden juga mengakui bahwa mereka takut pada jarum dan proses pengambilan darah mereka;

- “P : Takut gak waktu darah nya diambil ...
- R : Sudah teriak kayak mati...sakit takut jarumnya..”

Jelaslah bahwa tidak ada kekurangan akses pada layanan dan informasi tetapi perlu diingat bahwa PSJ hidupnya sering tidak stabil dan pikiran mereka lebih terfokus pada bekerja untuk memenuhi kebutuhan harian mereka, seperti makanan, alkohol, pinang dan mereka jarang berfikir tentang masa depan (in the moment). Hal ini bertentangan dengan pekerja seks perempuan di provinsi lain yang bekerja untuk menabung, menafkahi keluarga, menyekolahkan anak dll. Tentu saja kenyataan ini berdampak pada perilaku dalam upaya mencari pengobatan/pencegahan dan untuk akses layanan kesehatan. Salah satu responden menjelaskan;

- “P : Kondom serba ada. Lebih dari sikap mereka sendiri yang malas atau takut atau malu apa?
- R : Mereka malas saja. Orang dibilang tiap hari makan informasi dia.
- P : Hmm.
- R : Informasi dia gratis, makan gratis, dia makan pinang gratis, rokok gratis.
- P : Serba gratis.
- R : Tapi itulah...Apa terlalu manja?”

Responden juga menjelaskan preferensi mereka untuk ditemani petugas lapangan ketika akses layanan di klinik, dan ketergantungan tersebut bisa menjadi masalah jika sustainabilitas program tidak terjamin;

- “P : Kalo contohnya [outreach staff] tidak bisa antar kalian berani sendirian ?
- R : Kita cari [outreach staff] di kantor...”

“P : Terus berarti kalo contohnya suatu harus periksa tapi [outreach staff] gak ada mungkin [outreach staff] lagi keluar kota kalo kalian mau ke klinik sendiri berani gak ?

R : Harus ada [outreach staff]...”

Banyak PSJ Putri Papua mulai menunjukkan perilaku berisiko pada usia yang sangat muda, dan beberapa mulai menjajakan diri pada masa pasca-pubertas. Hal ini sangat memprihatinkan, bukan karena dampaknya pada masa depannya mereka tetapi juga berdampak pada akses layanan, soalnya layanan kesehatan seksual dan reproduksi tidak tersedia untuk kelompok putri Papua muda ini;

“R : Waktu itu belum ada klinik puskesmas Waena waktu itu pemeriksaan IMS itu di puskesmas Waena jadi bawa orang waktu itu kalau tidak salah 15 orang bawa adik-adik ini kesana dia orang masih kecil-kecil terus orang disana bilang ini belum cukup umur nanti kita kena aturan karena...

“P : Berarti ada aturan ya?

R : Iya kan ada aturan karena mereka belum cukup umur terus kalau diksi kena susuk itu kan kena apa sanksi kan tapi saya bilang ama suster dokter begini memang kita kena aturan undang-undang tapi dia sudah pernah berhubungan dan mereka sudah ganti-ganti pasangan...”

Meskipun hal ini karena undang-undang lokal mengenai batasan umur untuk mengakses, kelompok perempuan / gadis sedang tidak dilayani oleh penyedia SRH, dan harus diterapkan pengecualian dan kapsitas staf harus dikembangkan supaya golongan putri Papua ini dapat layanan yang madai dan penuh empati.

Penggunaan ganja berat berdampak pada perilaku mencari layanan kesehatan, dan berdampak pada kognisi dan motivasi. Selain ini, ada ketakutan dalam PSJ Jayapura bahwa dari proses pengambilan darah untuk test HIV/IMS juga akan tidak sengaja akan mengakibatkan deteksi ganja dalam sistem mereka;

“R : Tapi saja kita yang pemalas. Kita malas. Dorang pikir karena kebanyakan kan adek-adek kan juga ada toh jadi kan takut nanti ketahuan darah nanti mungkin ditangkap dengan polisi kan. Jadi kan takut pikirannya disitu.”

Hambatan untuk mengakses layanan sangat rumit dan berdasarkan norma sosial-budaya yang ada. Dalam upaya mempromosikan tes dan pengobatan, staf outreach dan penyedia layanan sangat perlu capacity building. Selanjutnya, di tingkat struktural, faktor yang mempengaruhi akses awal untuk tes HIV adalah proses administrasi yang bermasalah dan kompleks, termasuk birokrasi terkait dengan sistem kesehatan nasional. Mayoritas PSJ Putri Papua berasal dari latar belakang yang sulit dan tidak memiliki

dokumen yang diperlukan untuk menjadi anggota system kesehatan nasional, atau mereka masih dibawah umur maka dari itu tidak bisa akses layanan gratis.

## **Lelaki yang berhubungan seks dengan laki-laki**

### **Konteks LSL Jayapura**

Semua responden yang kami ajak bicara berasal dari luar Papua, terutama dari Makassar dan sekitarnya. Rupanya LSL dari Papua adalah segmen populasi yang sangat tersembunyi dan cenderung berkomunikasi secara kolektif tidak dengan LSL dari pulau-pulau lain. Para responden yang berpartisipasi dalam FGD masih muda, berusia diantara 18-25 tahun dan telah bermigrasi ke Jayapura untuk bekerja. Responden cenderung untuk mencari pasangan melalui social media seperti Facebook dan melalui persahabatan dalam komunitas mereka sendiri. Tak ada satu pun dari responden yang mengakuimereka melakukan pekerjaan seks atau seks untuk barter, meskipun respon mereka secara tidak langsung kesannya sebaliknya. Penggunaan alkohol rendah di antara kelompok ini, namun, penggunaan pil resep yang tinggi.

### **Layanan yang Tersedia**

Layanan sangat terbatas untuk LSL di Jayapura. LSM yang bekerja dengan komunitas LSL sepenuhnya tergantung pada dana asing. Program-program tidak ada lagi ketika dana berhenti, misalnya sebuah organisasi berbasis masyarakat, Pelangi Papua, yang telah didirikan tetapi karena masalah internal dan kehabisan danaruntuh. Koordinasi dengan KPA sangat terbatas tetapi LSL tampaknya menyukai klinik PKR untuk tes HIV/IMS dan dalam pengobatan. Penjangkauan lewat dunia maya (cyber outreach) sudah dilakukan oleh Pelangi Papua tetapi masih terbatas.

Layanan sangat terbatas bagi LSL di Jayapura. Karena tidak ada lagi program outreach aktif dan efektif untuk LSL (saat pengumpulan data) komunitas ini akan terus rentan terhadap HIV dan IMS. Komunitas LSL sangat terbuka terhadap konsep mobile testing karena lebih private dan jamnya bisa flexible, apalagi kalau menggunakan pendekatan "finger prick".

Stigma isu yang sangat besar bagi komunitas LSL, karena banyaknya belum terbuka dengan statusnya dan takut sekali tentang confidentialitas. Jelas perlu ada review dan revitalisasi layanan untuk LSL di

Jayapura, dan keterlibatan komunitas yang actual dalam intervensi dan program yang dirancang ke depan.

### **Konteks Vulnerabilitas**

Masalah stigma dan diskriminasi adalah suatu hal yang menjadi kekhawatiran untuk LSL hidup dan bekerja di Jayapura. Meskipun tingkat pengetahuan dasar responden relatif tinggi, stigma akan orientasi seksual mereka adalah realitas sehari-hari yang dihadapi dalam masyarakat ini, seperti yang diungkapkan mereka selama diskusi bersama kami;

“R : Iyo masalahnya kan disini kalau misalnya ada masalah kan kembali kepada budaya masing-masing. Ada budaya atau tidak. Kalau di Makassar kan tidak. Masalah gay itu udah lumrah banget. Itu kan disana laki-lakinya udah pegangan tangan.”

“R : Udah banyak. Soalnya kalau di jayapura tuh kalau bicarain masalah kesehatan tuh udah bosan. Tentang HIV IMS itu udah tabu banget. Cuma yang dalam prakteknya sehari-hari itu yang kurang informasi kepada mereka ini yang masih minim karena adanya stigma dan diskriminasi dari masyarakat sini masih banyak juga.”

Responden pada umumnya mengakui bahwa sebagai sebuah komunitas mereka berisiko akan infeksi IMS dan HIV, karena praktek-praktek seksual yang tidak aman, penggunaan kondom yang jarang dan mereka mempunyai beberapa pasangan;

“R : Seks yang berisiko. Gak pake kondom. Itu kan bikin jalan HIV jadi masuk.”

“R : Ya yang memang benar-benar menimbulkan resiko. Gak pake kondom, berganti-ganti pasangan. Itu. Cuma disini mereka masih katakan itu seks bebas. Karena kan arti seks bebas itu luas. Padahal belum tentu menimbulkan resiko.”

Responden membagi pengalaman mereka tentang penggunaan kondom saat bersama pasangan mereka, dan itu jelas bahwa kondom tidak menguntungkan melihat meskipun teratur tersedia;

“R : Kan mereka ada bilang ah pake kondom gak enak gak ada rasa. Itu menyebabkan dia ada yang mau lepas. Makanya itu mereka namakan seks bebas, padahal seks berisiko.”

“R : Ya ada sebagian yang kalau kita tukar pasangan kita mau kasih kondom, ah jangan, ga enak ga ada rasa. Ada yang...”

Responden menceritakan tentang pengalaman mereka tentang penggunaan pelicin;

“R : Ya banyak itu alternatif. Pernah itu teman saya kita pakai minyak goreng. Hahaha. Aku gak bohong. Pernah pake pepsodent. Ya kebetulan germonya gak dapet. Sumpah. Ehh. Yaoloh. Hahahaha. Tak sengaja. Saya ngomong betul pak. Hahahaha.”

Sikap tentang penggunaan kondom dan pelumas yang demikian diatas terutama banyak terjadi pada kalangan LSL yang lebih muda, hal ini menunjukkan adanya kekurangan yang nyata dalam intervensi dan kegiatan promosi kesehatan di kalangan LSL berusia muda dan upaya yang terbatas dalam penyebaran informasi yang mempromosikan perubahan perilaku positif;

“R : Kalau disini bisa dibilang sembilan puluh sekian persen mau pemakaian kondom. Soalnya disini kalau mungkin ada yang kurang informasi terhadap tentang kondom itu kalau kita membagikan kondom itu kita dibilang melegalkan seks. Padahal tidak. Ini kita semata-mata untuk kesehatannya mereka doang. Pokoknya yang anak-anak yang baru 17an ke atas itu yang ABG lah. Kalau yang baru umur sudah 22 itu yang sudah...”

Bertentangan dengan PSJ di Jayapura, LSL jarang minum alkohol namun teratur menyalahgunakan obat resep, terutama obat resep yang di gunakan untuk mengatasi depresi, stress dan asma, seperti Xanax, tetapi ketika disalahgunakan dapat menyebabkan halusinasi, pusing, anti sosial, dan rasa takut. Tidak ada inisiatif yang dirancang untuk mengatasi penyalahgunaan obat resep di kalangan populasi kunci (di luar pengurangan dampak potensial) dan ini menjadi perhatian besar mengingat hubungan antara praktek seksual yang tidak aman dan penggunaan narkoba, khususnya dalam kasus "somadril" atau "anjing gila" yang merupakan obat pilihan di kalangan LSL muda di Jayapura. Salah satu responden menjelaskan;

“P : Kalau obatnya ini apa yang diminum?

R : Shabu-shabu. Kalau yang sekarang somadril yang lagi mereka pada minum.

P : Somadril?

R : Somadril. Itu sejenis dextro.

P : Oh kayak xanax?

R : Ya. Kayak xanax. Tapi dia minumnya bukan satu. Ada yang lima sepuluh lima belas dia kalau renggas.”

## **Mengenali Penyakit dan Mencari Pengobatan/Health Seeking Behaviour**

Di antara responden tercatat sebelumnya aktif sebagai staf LSM atau telah berpartisipasi dalam INGO yang didukung oleh program-program seperti Dance for Life, akrab dengan gejala IMS dan bekerja sebagai staf dilapangan. Pengetahuan tentang IMS di kelompok ini cukup tinggi, bahkan mungkin bisa dikatakan sudah “kenyang”;

“R : Yang laki kan di anus yang muncul. Saya kan pernah pengalaman PL. Dari situ tahu ada jamur muncul di anus, bintik-bintik di penis dan segala macam, di area mulut.”

“R : Kalau IMS itu singkatan, kepanjangannya Ifeksi Menular Seksual. Dia dikatakan IMS itu biasanya tumbuh seperti kutil di kemaluan, ada seperti jamur, ada bintik-bintik, kalau ditangan itu ada seperti herpes ya kalo ditangan herpes. Mengeluarkan cairan. Iya. Kencing nanah. Gonorrhoe.”

“R : Ya seperti yang dibilang ka Aden tadi. Gejala-gejala IMS itu timbulnya kutil-kutil kelamin, terus kalau di perempuan dikatakan seperti jengger ayam. Ya jengger ayam juga bisa didapat di laki-laki juga. Bisa didapat di laki-laki.”

Namun demikian, pengetahuan ini hanya ada di kalangan LSL yang sudah lama ikut dalam penjangkauan. Untuk sejumlah responden yang baru, mereka tidak mempunyai pengetahuan sebaik kelompok LSL yang lama, dan belum dicapai oleh staf penjangkauan LSM. Karena tidak ada lagi program outreach aktif dan efektif untuk LSL, ini akan terus menjadi kelompok populasi kunci yang tidak terlayani, jika intervensi tidak segera dikembangkan dan dilaksanakan;

“R : Ya mungkin ya eeh cara bergantian mungkin pada handuknya. Itu mungkin kita tidak tahu mungkin si teman ini mungkin mengalami apa mungkin herpes. Kan otomatis kan pakaiannya kita berganti pakaian ya pasti juga kena.”

## **Faktor Pendukung**

Serupa dengan diskusi dengan PSJ, LSL di Jayapura lebih suka mencari layanan dari PKR karena dianggap paling ramah dan cepat;

P : “Kalau tentang pengobatan, kalau ada IMS gitu, biasanya temen-temen sukanya kemana?”

R : PKR.

P : PKR. Memang itu klinik publiknya atau ada klinik lain.

R : Memang itu yang paling memungkinkan. Secara pribadi saya memang sudah bersatu banget dengan hati mereka. Biar tenaga medisnya wanita tapi sudah akrab banget.”



Responden sangat terbuka dengan ide untuk menggabungkan pemeriksaan dan informasi ke dalam kegiatan sosial, seperti kegiatan outbond atau pertemuan / piknik, karena hal ini sebelumnya telah sukses.

“R : Buat acara seperti ini biar bisa berkumpul semua. Ya itu udah pernah kita dan memang berhasil cuma waktu itu kita memang mengadakan outbond pelangi papua cuma gak ada pemeriksaan kesehatan kan yang datang itu sekitar 80an orang dan anggota baru semua kita lihat. Cuma memang kita waktu itu belum ada kepikiran cuma waktu itu hanya untuk memperkenalkan kalau di papua itu ada organisasi pelangi papua. Jadi yang datang itu memang banyak sekali. Malahan yang banyak datang itu dari kabupaten.”

Ini dianggap sebagai sebuah solusi untuk meningkatkan KIE dan pemeriksaan HIV/IMS, dan akan membantu membuka jalan untuk akses ke layanan. Selain itu, responden LSL yang kami ajak bicara maumenerima ide pemeriksaan darah “finger prick” dan penerimaan hasil pemeriksaan yang langsung.

### **Faktor Penghambat**

Responden menyadari pentingnya pemeriksaan dan akses pada layanan, seperti di PKR. Berbeda dengan PSJ yang bersedia berapapun untuk hadir di klinik untuk pemeriksaan dan pengobatan, komunitas LSL menyatakan bahwa jam klinik tidak cocok dengan gaya hidup mereka, karena banyak yang bekerja di siang hari dan tidak dapat mengakses layanan sesuai jam klinik yang ada saat ini;

“R : Kalau sejauh ini sih LSLnya PKR. Cuma disini kondisinya gimana yah. Waktunya itu loh yang gak bisa disesuaikan dengan PKR. Karena jam kerjanya kan cuma sampe jam 2, sementara kita mungkin masuk pagi jam 8 pulang jam 5. Jadi kita kesana udah gak ada orang nah. Kemarin itu kita udah kasih usul bisa gak untuk ubah aja supaya kita lebih ke personalnya feedback mereka gimana apakah mereka bersedia kalau kita mobile ke klinik ya harus sudah berjalan lancar dari petugas PKR sudah melakukan itu.”

Selain jam klinik yang tidak cocok (meskipun ini bisa diatasi dengan pemeriksaan mobile seperti yang disarankan oleh salah satu responden) banyak anggota komunitas merasa tidak nyaman diperiksa oleh petugas wanita, dan mengusulkan diperiksa oleh petugas laki-laki;

“R : Ya kalau memang waktunya gak sempet kesana. Dan juga mungkin disini ada yang gak punya kendaraan. Memang posisi disana dulu, pindah ke kota. Jalan belum dikenalan.

Cuma banyak juga yang alasan dia gak nyaman kalau di PKR diperiksa sama perempuan. Kita kalau mau cari laki-laki tidak ada untuk pemeriksaan IMS.”

Beberapa responden menyatakan tentang kurangnya kerahasiaan dari staf klinik dan takut tes HIV + bocor berdampak serius pada akses layanan klinik;

“R : Iya takut hasilnya. Ada yang ketakutan gak bisa terima itu. Ada privasi maksudnya malu. Cuma disini begini masalah besarnya juga disini. Misalnya seandainya dia pemeriksaan positif dia langsung pergi dari Jayapura. Dia tidak ada feedback untuk merawat atau melakukan pengobatan. Itu yang jadi masalah disini.”

“R : Takutnya bocor itu juga. Karena mereka kadang.. Ditahuin orang kita positif. Yang satu nutupin yang satu bongkar dari mulut ke mulut.”

“R: :... Kalau memang mau mengerti dan nyaman ya disitu di PKR bisa. Cuma yang tetep ini ya kerahasiaannya aja. Masalah kerahasiaan memang dia kira kerahasiaannya memang belum terjamin sama sekali.”

“R : Bocornya ini dari mana dan siapa yang mengumumkan hasilnya? Kalau dari yang pernah terjadi dari pendamping. Dari pendamping? Iya. Kalau dulu tuh eeh pengalaman waktu pemilihan waria sehat itu kan pemeriksaan VCT. Ada LSL, ada waria. Itu memang ada beberapa yang positif dan itu disebarin. Kita jadi kucil dan malu untuk pemeriksaan kembali. Jadi ketika masuk ke tempat itu oh ini sudah begini kita malu.”

“P : Gak bisa kenapa?

R : Gak bisa dijaga kerahasiaan.

P : Pendampingnya? Jadi mereka perlu di latih lagi atau bagaimana yah?

R : Gak tahu. Kalau mau dilatih bagaimanapun kalau sudah seperti itu orangnya yah.

P : Kalau dia ember yah.

R : Kalau boleh yah sebelum menjadi pendamping ya di buat sumpah dulu dibuat janji dulu. Hahaha sumpah pernikahan.”

Faktor kurangnya kerahasiaan ini (nyata atau yang dibayangkan) adalah hal yang perlu diatasi dan diselesaikan melalui capacity building bagi penyedia layanan di klinik dan di komunitas sendiri, mengingat bahwa stigma dan diskriminasi adalah realitas negatif di Jayapura.

LSL meskipun sudah puas dengan layanan yang diberikan oleh PKR mereka juga menunjukkan preferensi untuk layanan yang dirancang khusus untuk mereka (termasuk penyedia layanan laki-laki) dan mengharapkan layanan klinis khusus untuk komunitas LSL. Hal ini akan menjadi penting untuk

mendorong upscaling tes dan pengobatan bagi LSL di Jayapura. Karena komunitas LSL banyak takut mencari bantuan di klinik atau rumah sakit yang dicampur dengan masyarakat umum, karena mereka takut orientasi seksual mereka akan ketahuan (outed);

“R : Kalau untuk layanan khusus sih di kita sih belum ada. Jadi mau gak mau ya kita masyarakat umum. Ya harapan kita maunya ya ada layanan khusus untuk kita gitu. Jadi istilahnya teman-teman juga yah gak ini gak keliatan gitu.”

Sebaliknya, ada responden yang menyatakan bahwa jika adanya layanan khusus komunitas akan membuat mereka yang belum terbuka tentang orientasi seksualnya merasa akan mudah ketahuan. Mereka justru merasa lebih “aman” tentang status orientasi seksualnya jika mengakses layanan bersama masyarakat umum, mereka merasa terjamin anonym;

“R :...Kalau menurut saya lebih suka campur umum. Biar kan berhadapan dengan dokternya dorang kan liat orang lain kan gak tau periksa apa toh.”

“R : Pokoknya lebih takut ke yang sesama kita lah. Lebih takut yang sesama. Kalau di umum kita pergi periksa dorang kan gak tau kita mau periksa apa. Kalau sesama kita otomatis...”

Berdasarkan dua sudut pandang tentang kenyamanan layanan, dua jalur layanan yang sudah ada harus dikembangkan untuk meningkatkan jumlah LSL yang ingin menjalani tes dan pengobatan.

Jelas perlu ada review dan revitalisasi layanan untuk LSL di Jayapura, termasuk pengembangan layanan yang sesuai kebutuhan komunitas, penjangkauan yang komprehensif dan follow up bagi klien HIV +.

## **Pemangku Kepentingan**

### **Latar Belakang Responden**

Penyedia layanan dan stakeholder diundang untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data di Jayapura, untuk mendapatkan gambaran dari sudut pandang mereka.

Untuk memperoleh masukan dari mereka yang bekerja di tingkat pemerintahan kita berbicara dengan pihak KPA Jayapura dan perwakilan dari DINKES. Untuk mendapatkan masukan dari sudut pandang penyedia layanan seperti staf LSM kami berbicara dengan staf dari LSM yang berpengalaman dalam penjangkauan bagi pekerja seks perempuan, Yayasan Harapan Ibuserta dengan staf dari klinik, Pusat Kesehatan Reproduksi, sebuah klinik kesehatan reproduksi dan seksual di Jayapura.

Selain ini kami berbicara dengan Bruder Agus, yang menjalankan klinik CST untuk Odha yang kurang mampu di wilayah Jayapura. Ketua waria juga terlibat dalam rangka untuk mendapatkan informasi sebagai wakil dari komunitas yang juga rentan terhadap HIV.

Melalui wawancara ini kami mampu mengumpulkan informasi tentang tantangan dan faktor-faktor yang mendukung program layanan untuk PSJ dan LSL, serta gambaran terkait tentang perspektif penyedia layanan terhadap komunitas PSJ dan LSL.

Pada umumnya sikap stakeholders terhadap komunitas LSL dan PSJ sangat kondusif. Yayasan Harapan Ibu (YHI) adalah organisasi yang bekerja sangat keras dengan staf penjangkauan yang baik dan berdedikasi. Meskipun demikian bisa dikatakan bahwa mereka tetap mengalami halangan di lapangan karena kurangnya staf dan pencapaian target yang kurang realistis.

Selain itu, meskipun tidak termasuk dalam kajian penelitian ini, kami juga bertemu dengan kepala IWAJA (Ikatan Waria Jayapura), sebuah komunitas yang sangat memahami kondisi yang dialami oleh waria dan komunitas LSL di Jayapura. Dalam perencanaan program ke depan sebaiknya IWAJA dikonsultasikan dan mungkin diberi kesempatan untuk akses pada dana karena mereka adalah organisasi berbasis komunitas yang sangat mampu dan sudah cukup terkoordinir.

Dalam pengumpulan data di Jayapura, peneliti juga turun ke lapangan (participant observation) dan mendampingi staf penjangkauan ke lokasi PSJ pada malam hari, dan mengikuti kegiatan penjangkauan, misalnya diskusi interaktif kelompok. Hal ini penting untuk memperoleh gambaran tentang kesulitan menjalin hubungan dengan PSJ dan tentang intensitas yang diperlukan untuk mengkonsolidasikan dan mengembangkan hubungan ini.

Kunjungan juga dilakukan ke PKR, klinik yang menyediakan VCT / screening IMS dan pengobatan, yang bekerja sangat baik meskipun dengan fasilitas dasar, serta mengunjungi Bruder Agus, di mana ia dan paroki memberikan perawatan pada Odha yang kurang mampu yang berasal dari daerah terpencil di luar Jayapura. Kurangnya pendanaan dan keberlanjutan yang cukup adalah masalah utama, terutama untuk penyedia layanan seperti PKR dan YHI.

Survei kepuasan pasien belum sepenuhnya dilaksanakan, ada kesenjangan serius dalam data yang tersedia / statistik pemetaan populasi dan tingkat infeksi dan tidak ada berbagi data serta koordinasi sangat kurang antara badan-badan pemerintah dan LSM. Harusnya LSM melapor ke KPA. Untuk perencanaan program kedepan KPA provinsi agar menyelenggarakan pertemuan koordinasi tiap 3-4 bulan sekali dengan LSM yang fokus pada penanggulangan HIV.

### **Sikap Terhadap Komunitas**

Salah satu fokus dalam penelitian ini adalah sikap penyedia layanan terhadap komunitas PSJ dan LSL, dan untuk mendapatkan gambaran tentang bagaimana perspektif ini dapat berdampak pada pengambilan keputusan dan rancangan program. Hal ini sangat penting didiskusikan dengan penyedia layanan untuk mendapatkan umpan balik yang obyektif dan konstruktif untuk desain program ke depan.

Seluruh stakeholder yang bekerja dalam penanggulangan HIV di Jayapura tampaknya bersimpati pada keadaan PSJ dan LSL, dan menunjukkan tingkat komitmen yang sangat tinggi. Bruder Agus menggambarkan empati beliau dan parokinya kepada komunitas (termasuk Odha LSL, waria dan PSJ) dan beliau menjelaskan sejauh mana hospice mereka berusaha untuk memberikan dukungan psiko-sosial yang komprehensif;

“R : Ya saya itu saya prihatin yah...dengan tutupnya lokalisasi itu bagi saya itu apa yah semacam liar gitu. Orang-orang itu akan liar. Tidak terawat lagi. Nah itu prihatin. Nah prihatin juga orang terjun situ kan karena masalah ekonomi yah, masalah apa namanya, kesejahteraan sosial juga ada itu. Orang-orang yang terjun kesitu bukan berarti mereka apa itu, mereka mungkin penghasilan uang lebih gampang disitu...”

Karena staf PKR bekerja dengan anggota dari populasi kunci setiap hari mereka berada dalam posisi yang unik untuk menggambarkan kondisi yang menempatkan orang berisiko terhadap HIV di Jayapura.

Seiring dengan Bruder Agus mereka menyatakan bahwa mayoritas laki-laki yang membeli seks dari PSJ Jayapura berasal yang dari luar Jayapura. Mereka menjelaskan;

“R : Aduh bukan berarti boleh. Memang kenyataannya begitu ko. Iya banyak duit. Suka-suka mereka lah. Banyak duit pasti. Beli-beli minuman. Larinya ke perempuan dan larinya ke minuman... Dari luar banyak. Dari daerah pegunungan. Terutama pegunungan. Dari Wamena.”

Menurut Bruder Agus pendidikan dan intervensi tentang HIV harus dimulai di daerah yang lebih terpencil dan program yang terkonsentrasi hanya perkotaan bukanlah jawaban, dan pendekatan yang bersifat desentralisasi akan jauh lebih efektif untuk menjangkau mereka yang paling berisiko.

YHI juga sangat sensitif terhadap kekhasan PSJ Putri Papua. Salah satu staf outreach mengklarifikasi perilaku mereka dalam pencarian layanan kesehatan;

“R : Kan kenyataan tidak bisa mereka kan kalo kaitan miras kemudian yaa memang perilakunya seperti itu dapat uang habis juga dengan minuman untuk lahanan kesehatannya dya tidak terlalu peduli ini...waktu lagi mereka pagi dalam keadaan teler apalagi bar kan minum terus mereka nah jam pagi itu masih keadaan alkohol”

### **Tantangan Penyediaan Layanan Kesehatan**

Lemahnya koordinasi antara LSM, Ormas dan KPA diangkat beberapa kali dalam pembahasan kami. Salah satu responden dari KPA menjelaskan;

“R : Kalau di kota sebenarnya untuk penanggulangan HIV sudah berjalan sesuai yang sudah kementerian kesehatan maupun ..... sudah diterapkan disini cuma masalahnya disini tu koordinasi jadi terkesan antara komunitas, LSM, terus KPA itu sering mati koordinasinya padahal harusnya tidak. Jadi terkesan satu kerja sana satu kerja sini satu di bidang apa tapi nanti begitu ngumpul tiba-tiba saling.... padahal..saling tumpuk kerjaan. Harusnya kan sudah punya bidangnya misalnya LSL ke..siapa yang ngurus misalnya LSM ini atau mungkin waria siapa jadi kurang koordinasi saja.”

Sistem dan mekanisme pelaporan yang buruk juga merupakan tantangan yang diangkat oleh KPA (sistem pelaporan vertikal dari LSM sampai kepada KPA dan horisontal antara LSM dan penyedia layanan), yang menunjukkan ada perlunya peningkatan komunikasi antara para aktor dan strategi yang jelas dikembangkan;

“R : E e selama ini apa untuk temen-temen yang LSM lokal itu ada beberapa yang kerja yang kita maintain harusnya setiap mereka program yang kerja di kota Jayapura harusnya melapor hasil yang dikerjakan apa sampai mana.. tapi selama ini kita minta selalu diabaikan itu masalahnya..”

“R : Biasanya gini kalau LSM dia mau melakukan VCT contohnya dimana tapi itu tadi kembali lagi ke koordinasi. Biasanya mereka eee yang sehausnya melakukan VCT koordinasi 1 minggu sebelumnya biar dipuskesmas itu memang ada reagen tapi untuk dipakai untuk puskesmas itu bukan kegiatan ini jadi itu kadang yang dari puskesmas bilang ahh kita punya reagen stok nya kosong. Nah itu tadi kembali lagi ke fungsi koordinasinya tadi khususnya dari teman-teman LSM kalau mau melakukan kegiatan koordinasiny jauh-jauh hari biar nanti di Puskesmas itu ee mungkin membuat permintaan lagi ke dinas. Jadi tidak sampai kosong atau bagaimana ...”

Tidak dapat diragukan bahwa kasus HIV di Jayapura bertambah setiap tahun, disebabkan oleh penjangkauan yang efektif dan layanan CST yang memadai dan tercermin dalam hasil program;

“R : Yang bekerja di lapangan itu kan teman-teman LSM tapi kalau dilihat sudah jalan atau belum untuk penanggulangannya HIV nya kalau dengan dilihat dari hasil kasusnya itu meningkat ya berarti itu kan kerja dari teman-teman di lapangan...”

Pernyataan ini seiring dengan temuan hasil diskusi dengan PSJ dimana kebanyakan melakukan test VCT ketika sudah tahap simptomatik atau AIDS. KPA mengakui bahwa sangat sulit untuk melaksanakan kegiatan pemantauan/mapping komprehensif karena sifat dan pola hidup dari kelompok sasaran, terutama populasi PSJ risiko yang sangat mobile;

“R : Kalau untuk itu untuk masalah yang sangat susah sekarang PSJ dengan LSL kalau untuk PSJ susah karena kurang terkontrol susah terkontrol, ada LSM tapi ngga bisa mencakup semua karena ya itu pergerakan PSJ kayak dibawah tanah.”

“R : PS jalanan ternyata ada disini besok ada disini jadi berpindah-pindah tempat itu yang dibilang tadi jadi lain halnya dengan WPS tadi kan, kalau WPS kan disitu ya disitu ayok kita periksa periksa tapi kalau PSJ itu ya...”

Namun demikian, staf outreach tampaknya memiliki hubungan kerja yang sangat dekat dengan PSJ dan memiliki ketrampilan dalam pemetaan, tetapi sayangnya data yang mereka pegang belum sepenuhnya disosialisasikan kepada KPA. Ini adalah satu hal yang harus segera ditangani, dan KPA harus lebih proaktif dalam pengumpulan data, pemetaan dan dalam studi estimasi populasi.

Sebelum pembubaran lokalisasi Tanjung Elmo dan sekitarnya dilaksanakan, koordinasi dengan komunitas pekerja seks dan mucikari relatif efektif, dan komunitas mampu dijangkau dan dipantau. Tetapi dengan kondisi sekarang dimana semua lokasi dibubarkan, komunitas pekerja seks, terutama PS langsung dari daerah di luar Papua, telah tersebar di Jayapura dan sangat sulit dijangkau, atau kembali

ke tempat kerjanya dan menghindari petugas lapangan karena takut terkena sanksi. Satu responden dari KPA menjelaskan;

“R : Ya benar itu kita ngga bisa menutup mata ada yang kembali bahkan ada yang tidak pulang mereka malah larinya ke kota sini dan itu tadi dengan cara jadi simpanan supir terus berkedok kerja di rumah makan, padahal kan mereka sudah punya ini tadi by phone toh sudah punya pelanggan jadi mungkin selesai dari warung bisa ke kos nya disitu transaksi di kos.”

“R : Iya kalau kembali-kembali itu kemungkinan karena Jawa agak susah untuk rejeki, perekonomian kemungkinan untuk kembali kesini masih ada. Kembali dengan ngga harus ke Tanjung Elmo misalnya yang lebih bayak lari ke wilayah Kota Jayapura... Iya dilihat dari penanggulangan HIV sebenarnya kita semua ngga setuju disini tapi kalau sudah kebijakan pemerintah mau apa...”

Menurut pendapat KPA, mantan pembeli seks dari PS di Tanjung Elmo, sekarang mencari layanan seks dari PSJ, yang nota bene memiliki tingkat pengetahuan jauh lebih rendah dan kemampuan dalam negosiasi kondom yang kurang;

“R : Kalau saya analisa begitu, tambah kelimpangan pelanggan, pelanggan yang sudah pelanggan tetap dari tanjung Elmo itu pasti larinya ke PS Jalanan. Dan sekarang kan ngga susah cari PS jalanan, misalnya datang kehotel khusus cuma cari cewe aja. Kalau sudah ketemu kan pasti diminta no kontak nanti dihubungi.”

Jika pembubaran lokalisasi dikaitkan dengan penanggulangan HIV, dan layanan CST bagi Odha PS kondisi yang sekarang sangat memprihatinkan. Saat ini sulit sekali untuk melacak mantan klien pekerja seks, memastikan PSP memiliki akses pada layanan yang memadai (terutama bagi yang HIV+) dan untuk menyediakan informasi dan VCT untuk PSP yang baru masuk industri seks. Namun demikian, program-program di masa mendatang harus mampu merespon pada kondisi baru ini supaya komunitas rentan tersebut tetap dapat akses pada layanan dan informasi.

Kebiasaan dan pola hidup komunitas PSJ adalah tantangan besar dalam penanggulang HIV, terutama penggunaan alkohol yang berlebihan, contohnya miras lokal buatan sendiri, "milo", "minuman lokal", "SBY", "Saguer Buatan Yoka", dan "CT", "Cap Tikus";

“R : Alkohol itu yang mempengaruhi semua karena dia tidak bisa dipungkiri Papua ini mau bilang dilarang kah atau tidak tetap sudah menjadi faktor biasa... Mabok bener ngga mabok yang...”



Dari participant observation di lapangan kenyataan ini sangat kelihatan, namun karena belum ada intervensi yang menangani hal ini, sangat banyak kesempatan yang hilang.

Menurut responden KPA, populasi kunci dan masyarakat umum sudah paham mengenai informasi tentang HIV bahkan bisa dikatakan sudah jenuh, namun mengingat HIV terus 'naik' jelas bahwa tingkat pengetahuan yang tinggi ini belum diterjemahkan menjadi perubahan perilaku positif;

“R : Untuk kesadaran...sebenarnya sudah semua. VCT itu sudah menjadi hal biasa cum untuk pemahaman pemahaman untuk pencegahannya kita bagaimana...sebenarnya mereka sudah hampir 90% kota Jayapura itu sudah kenyang dengan informasi HIV... Cuma dengan yaitu tadi pencegahan hubungan seks yang aman harus bagaimana...sebenarnya mereka ngerti pakai kondom pakai kondom.”

Wawancara dengan perwakilan dari DINKES memberikan informasi lebih lanjut tentang tantangan yang disebutkan oleh staf KPA. Gaya hidup PSJ adalah hambatan besar untuk akses pada pemetaan, layanan, dan pengobatan untuk Odha;

“R : Ya itu yang saya bilang tadi. Kalau perempuan yang jalanan memang teman kita yang di LSM yang menjangkau kita. Tetapi kan layanan kita hanya tersedia pagi. Sementara kan sebenarnya untuk mungkin kalau ada yang sore kah atau menjelang malam mungkin mereka akan bisa menjangkau. Kan pagi kan mereka istirahat kalau yang anak jalanan. Itu juga sudah sempat kita bahas. Kita mau membuka layanan malam berarti ada yang harus kita siapkan.”

Tanpa diragukan lagi perlu ada perubahan jadwal jam klinik supaya lebih cocok dengan kebutuhan komunitas PSJ dan LSL, dan meskipun mungkin secara logistik akan sulit untuk kondisi ini harus diatasi.

Koordinasi, termasuk pembagian daerah penjangkauan dan populasi sasaran, tampaknya menjadi masalah serius di antara mereka yang bekerja dalam penanggulangan HIV di Jayapura. Perwakilan dari KPA menjelaskan;

“R : Iya. Maksudnya sudah punya fungsi masing-masing tapi maksudnya kita gini ada saat tertentu kita di satu buku kah, di satu pamflet kah, LSM ini mengerjakan ini wilayahnya ini, LSM ini

mengerjakan ini wilayahnya ini. Jadi kalau begitu kami butuh, oh LSM ini yang harus kami telepon, oh LSM ini. Nah itu kadang-kadang kita masih tanya eh yang pegang ini LSM siapa yah? Di wilayah ini siapa yah? Nah itu yang kadang masih terjadi.”

Selain koordinasi yang buruk, ada kelangkaan pemetaan dan penumpukan data yang komprehensif, ke titik di mana staf LSM dan stakeholder lainnya tidak memiliki estimasi populasi kunci di Jayapura. Hal ini sangat tidak kondusif dan harus segera diatasi. Sebagai responden dari DINKES menjelaskan;

“R : Itu yang memang saya saya sih kalau mau mengambil database begitu, misalnya mama vina wilayahnya dimana jadi yang siapa lagi satu nih, itu wilayahnya disebelah mana, itu kamu punya jangkauan berapa orang.”

Ketidaksetaraan gender adalah masalah yang diangkat oleh perwakilan dari DINKES, yang juga secara tidak langsung diangkat oleh PSJ. Penggunaan kondom ditentukan oleh laki-laki, dan banyak orang di Papua memiliki lebih dari satu pasangan seksual;

“R : Kalau disini kan unrapi itu kan boleh memiliki istri lebih dari satu. Jadi dan kalau perempuan kan lebih mudah mau mereka periksa. Kalau laki-laki masih susah.”

Ketimpangan gender dan realitas sosial-budaya lainnya juga diangkat oleh Bruder Agus, seorang pendeta yang menjalankan sebuah tempat penampungan untuk Odha yang kurang mampu. Dia menjelaskan bahwa kegiatan penanggulangan dan pencegahan HIV juga harus dilakukan pada setiap tingkat masyarakat, dan intervensi dan informasi harus lebih beragam dan sesuai dengan konteks budaya Papua. Menurut Bruder Agus, mereka yang paling berisiko terus berasal dari daerah dataran tinggi (highland areas), yang datang ke Jayapura mencari pekerjaan atau yang lainnya;

“R : Itu yang membuat HIV/AIDS itu tidak akan turun di Papua ini. Walaupun perubahan bagaimanapun, itu kalau masalah populasi kunci utamanya itu umpamanya budaya itu, budaya tidak akan hilang. Walaupun lokalisasi ditutup, bar ditutup, bukan itu masalahnya sebenarnya. Bagaimana mereka pengetahuan mengenai HIV itu masih kurang. Itu. Itu yang penting. Disitu apa yah, dan mobilitas-mobilitas mereka mobilisasi mereka itu tinggi. Dari kota,

dari desa ke kota itu tinggi. Itu. Sehingga, kalau saya bagaimana yah menurut saya sih program yang pertama itu untuk penanganan HIV di Papua itu ya mulai dari pedalaman, bukan kota.

Kalau informasi di kota itu sudah lumayan tetapi informasi di daerah pemekaran, daerah kabupaten pemekaran itu informasi HIV itu jauh, minim, jauh lebih kurang. Ya gitu.”

Ini adalah masukan yang sangat berguna, terutama karena mayoritas laki-laki yang membeli seks dari PSJ berasal dari daerah tersebut. Intervensi dan pendidikan harus dimulai di tingkat desa dan dirancang dalam bahasa dan budaya yang resonansi pada konteksnya.

Proyek-proyek yang terlalu tergantung pada dan ditentukan oleh donor adalah hal yang menguatirkan bagi Bruder Agus, yang menyesalkan sikap non-berkomitmen dari rekan-rekannya. Dia menjelaskan;

R : “Hanya bagaimana penanganan disana harus betul-betul komprehensif. Bukan hanya soal disana tertib penanganannya bagaimana. Seumpamanya tes kesehatan rutin. Betul-betul ditangani. Karena saya melihat juga, orang asal kerja. Bukan soal, apalagi kerjanya LSM, ya sudah yang penting saya dapat dana, uang, udah. Tapi bagaimana untuk melihat terjun kesana itu ya masih minim sih...Soalnya HIV itu dilihat sebagai proyek. Jadi sebagai proyek, kalau ada uang, ya peran mereka cukup tinggi kalau ada uang. Tetapi begitu donor tidak masuk, sudah selesai.”

Penutupan Tanjung Elmo berakibat fatal pada yang bekerja dalam penanggulangan HIV, terutama dalam penjangkauan dan follow up klien Odha;

R : “Mereka dimana, kamu kerja apa. Mereka dulunya di tanjung. Sekarang kami mobile ke apa, hotel-hotel. Nah itu risiko tinggi sekali. Siapa yang mengawasi mereka. Aktivitas mereka siapa yang mengawasi. Sering saya diskusi dengan KPA. Sekarang kita sedang terjerembab. Artinya kita tidak bisa kontrol mereka. Siapa yang mau mengontrol mereka. Kalau misalnya tidak ditutup masih ada tiap minggu orang yang datang pemeriksaan. Sekarang siapa yang melakukan pengawasan. Ini bahaya betul.”

Dengan kata lain, penutupan lokasi pekerja seks telah menciptakan bencana bagi program penanggulangan HIV di Jayapura, dan pengalaman tersebut harus menjadi “warning” bagi daerah lain yang sedang merencanakan yang sama.

IWAJA (Ikatan Waria Jayapura) yang didirikan oleh waria muda bernama Mila adalah CBO yang terorganisir dan sangat efisien dalam pengelolaan komunitas waria di Jayapura. Mayoritas waria di Jayapura bekerja di salon dan profesi yang sama, namun juga bekerja sebagai pekerja seks tidak langsung pada malam hari (nyepong). Penggunaan kondom rendah di kalangan komunitas ini dan jarang mereka akses layanan kesehatan, dan lebih memilih untuk mengobati dirinya sendiri;

“R : Kalau kita dalam komunitas waria IMS itu biasanya agak banyak sih, cuma terkadang orang kalau terkena IMS jarang mau memeriksakan diri secara langsung, kayaknya biasanya diobati dengan sendirinya karena rasa malu biasanya...Biasanya antibiotik atau salep biasanya dia beli berobat sendiri, tapi terkadang kita selama adakomunitas kita anjurkan untuk pergi ke PKR diperiksa karena kalau kita pegawai itu gratis untuk periksa IMS, tapi terkadang rasa malu, rasa apa... kita juga ndak bisa paksa”

PKR, Pusat Kesehatan Reproduksi, adalah penyedia layanan yang disukai oleh semua komunitas. Selain kunjungan pada kliniknya untuk mengamati secara langsung fasilitasnya, kami juga berbicara dengan dua perawat yang berbagi pengalaman mereka selama melayani komunitas. Selain beroperasi sebagai klinik KSR untuk populasi yang rentan dan masyarakat umum, PKR juga melakukan mobile testing di lokasi pekerja seks tidak langsung seperti karaoke, spa dan panti pijat. Salah satu tantangan yang diangkat, (masalah juga yang dibahas oleh perwakilan dari DINKES), adalah rendahnya kualitas fasilitas yang menghambat pekerjaan mereka;

“R : Karena klinik itu berdiri itu gedung kan bekas dari dinas kesehatan kota. Kantornya dulu disitu. Nah, sekarang dipindahkan kesini barang-barang itu sudah tidak tahu kemana dan hancur. Jadi semua mebel yang ada di klinik itu apapun dia itu adalah bekas. Jadi bang tahu kalau bekas berarti peot, jadi nanti jangan kaget ya tidak punya kursi. Kemarin itu CHAI waktu masih itu cukup banyak membantu kami. Pas survey apa ya mereka. Ada survey LSL kan, prevalensi IMS kami dikasih kursi plastik, terus kipas angin dikasih dari BAR ya. Mikroskop saja dari CHAI. Mikroskop itu CHAI punya. Jadi seperti itu, tapi kami tidak kecil hati.”

Selain fasilitas yang kurang memadai, staf juga kecewa dengan kurangnya komitmen yang ditunjukkan oleh sejumlah LSM lokal, yang mereka melihat terlalu berorientasi proyek, dimana bila dana berhenti begitu juga kerjanya, dengan pengecualian dari Yayasan Harapan Ibu yang mereka bertepuk tangan atas dedikasi mereka. Mereka menjelaskan;

“R : Untuk sementara mungkin bukan berarti saya eh mungkin saya kurang tahu apakah teman-teman belum terlalu mendalami masalah itu atau bagaimana. Jadi selama ini program itu kita yang tentukan. Kita sendiri. Target juga tidak ada. Target sendiri, target juga belum ada. Jadi kita jalan saja. Jadi kita masih hanya kerjasama sama teman-teman KPA, kerjasama sama YH apa ini. Teman-teman LSM hanya untuk program ini saja. Hanya program ini saja.”

PKR strategis dalam pendekatan dan mengakui perlunya untuk de-stigmatisasi layanan KSR. Masyarakat Jayapura selalu menghubungkan HIV dan IMS untuk perilaku yang tabu atau berdosa;

“R : Nah, tu juga sebenarnya ada masalah ya. Masih stigmanya masih ada. Jadi kita masih... Makanya kita nyamar kan bang sebagai Pusat Kesehatan Reproduksi bukan sebagai klinik IMS. Kita sampaikan seperti itu.”

Upaya perlu dilakukan untuk lebih de-stigmatisasi tes HIV. PKR memaparkan solusi untuk halangan ini, yang relatif sederhana dengan biaya sedikit;

“R : Seandainya kan ada pintu belakang juga. Jalan. Siapa tau mungkin diakalin. Eh. Dibikin kayak pintu samping, jebol samping jadi kayak masuk sini keluar sini, atau mungkin bisa seperti itu bisa. Tapi ini kan masuk pintu dari depan, keluar dari situ. Keluarnya lewat situ. Mobil berderet disitu.”

Penutupan Tanjung Elmo juga memiliki konsekuensi bagi pekerjaan PKR, dan distribusi dan penyediaan kondom di lokasi kerja seks tidak langsung seperti bar dan PIJAT panti dilarang, lokasi di mana sejumlah pekerja seks mantan Tanjung sekarang beroperasi. Untuk mengatasi ini, PKR harus menyusun strategi;

“R : Jadi tidak boleh ada kondom. Taruh kondom. Di lokasi itu. Gak boleh kelihatan. Nah, sekarang itu adalah punyanya disnaker, wilayah kerjanya dia. Wilayah kerja kami, kesehatan adalah memberi pengamanan buat siapa saja supaya tidak tertular HIV IMS kan begitu... Jadi mungkin ada di dompet dia atau di tas dia. Seandainya ketemu, oh iya pak saya ini harus siap karena ini untuk keamanan saya.”

Advokasi dan intervensi oleh KPA dan DINKES sangat penting di sini, untuk memastikan bahwa pekerja seks rentan memiliki akses gratis ke kondom dan pelican.

Selain kendala dengan distribusi kondom, staf dari PKR menggambarkan bagaimana penutupan lokalisasi telah mempersulit follow up klien HIV+, karena klien yang sebelumnya lancar mengakses sekarang sudah hilang;

“R : Yang datang ke kami bulan ini saja hanya tiga orang. Dari tiga ratus tujuh puluhan ya. Yang sekarang tiga puluhan. Tiga puluh sekarang. Eh tujuh puluh. Masih ada tujuh puluhan. Dari tujuh puluhan cuma tiga datang kemari.”

Hal ini sangat memprihatinkan, dan harus menjadi peringatan bagi daerah lain yang mempertimbangkan penutupan lokalisasi tanpa memahami dampak pada kesehatan dan kesejahteraan pekerja seks, terutama yang HIV +.

Staf Outreach dari YHI menjelaskan tantangan bekerja dengan PSJ, karena gaya hidupnya, kebiasaan dan perilaku (terutama penggunaan alkohol). Salah satu anggota staf menyatakan;

“R : Kalo kita datang tunggu berjam jam di depan pagar disini masih kadang masih tidur atau kita kasi penyuluhan ada yang tidur ada yang masih mabuk karena siangnya kita malamnya mereka malamnya mereka siangnya...”

Di atas kurangnya kerjasama dari PJS sendiri, staf dari YHI memperjuangkan untuk melakukan pekerjaan mereka dengan dana yang terbatas;

R : “...iyaa itulah kendala kita di program penjangkauan itu kan dari lembaga pemberi dana kan tidak sampai mendanai tidak membiayai kita merujuk ke layanan yang di biayai transprot ke petugas untuk memberikan informasi jadi yang dibiayai hanya sampai di taman imbi next itu urusannya.”

Penggunaan alkohol adalah masalah serius di antara PSJ Putri Papua. Selain mengakibatkan kerusakan kognisi dan juga membuat negosiasi kondom sangat sulit;

“R : Adik2 yang tadi malam kalo tidkak minum sadar mereka pakai kondom tapi adik2 ini di bawah kayak tadi malam minume kesadaran sudah tidak bisa kontrol tidak pakai kondom...”

Penutupan Tanjung Elmo juga sangat mempengaruhi kinerja YHI, terutama berkaitan dengan pekerjaan penjangkauan dan follow up kilen CST;

“R : Yang paling kita harus prihatin adalah teman2 yang terinfeksi hiv mereka harus tetap mengakses obat itu yang mereka sampai di jawa mereka harus balik kesini karena menurut mereka lebih mudah mendapatkan hrv di papua dari pada di jawa lebih mudah....cuma tetap mereka lebih nyaman disini....mereka ditangani lebih mudah aksesnya disana karena mungkin merka disuruh pindah ini kan jadi mereka belum sempat....Untuk pencarian ARV mereka juga bingung walau dampak di tutup itu pertama mereka yang ada di lokalisasi sana itu merasa dampak yang besar artinya mereka jualan tutup sampai saat ini tidak ada yang melanggar disana lagi...”

“R : Padahal mereka selama di tanjung itu terkontrol. Kalau kan mereka bahkan lebih bagus daripada bar dan panti pijat. Mereka itu setiap bulan malah. IMSnya setiap bulan terus mereka memang kalau baru datang tetap harus periksa. Kalau pas belum kerja terus positif, gak boleh kerja. Kecuali dia disitu terus positif, harus minum obat. Kliniknya kan didalam situ. Kawan PKBI. Mereka bagus, mereka kan nanya disitu.”

Dan bahkan lebih memprihatinkan lagi;

“R : Kedua kalo orang dari gunung tidak pernah tau kalo itu sudah tutup malamnya mereka masuk tetap nyari perempuan jadi warga sama kaget kalo ada orang yang cari....belakangan ini kami dapat laporan dari berapa distrik sekitar sana bahwa kalo anak2 mereka di perkosa...”

Konsekuensi jangka panjang dari penutupan itu juga diangkat oleh staf YHI;

“R : Sekarang yang ada di Jayapura ini tidak terkontrol mereka menjual diri susah di kontrol baik informasi yang kita sampaikan dengan mereka keluar kan butuh uang ini dampaknya malah transaksi seksnya malah tidak terkontrol sebenarnya bahaya mungkin tahun ini tidak nampak tapi akan berapa tahun kemudian akan ketemu akan banyak.”

## Faktor Pendukung

Pemerintah setempat responsif terhadap isu penanggulangan HIV, dan hal satu hal yang sangat diharapkan berlanjut karena pengurangan dana dari LSM internasional asing yang terjadi terus menerus. HIV diprioritaskan dan dana yang dialokasikan dalam APBD akan disorot oleh responden KPA;

“R : Tidak disini komit ya, terbukti dengan apa ininya semakin apa donor kan semakin berkurang ee pemerintah komit untuk pendanaan...itu kan salah satu contoh”

Selain dukungan finansial melalui APBD, badan-badan pemerintah seperti KPA dan DINKES telah menjalin hubungan yang kuat dengan perwakilan budaya dan agama, dan HIV sangat diutamakan ke ajaran dan khotbah agama / kegiatan, yang tidak diragukan lagi pendekatan diterima secara budaya di Papua dan harus dipromosikan ;

“R : Iya sudah ada ininya masing-masing. Malah dari gereja-gereja, misal dari gereja ada pertemuan sendiri dalam rangka menjangkau yang ada di masyarakat. Sama dengan Muslim juga begitu. Kalau itu berjalan bagus. Tokoh adat ada...Tokoh agama berfungsi sekali pak. Karena kan kita disini itu religi sangat ini sekali. Jadi kalau itu di bahas di gereja, itu di bahas di mesjid, di tempat ibadah memang itu masyarakat masih sangat mendengar gitu. Kalau yang bicara pendeta, kalau yang bicara itu ustad, itu mereka ini sekali.”

Meskipun bukti menunjukkan bahwa penggunaan kondom yang rendah di antara PSJ dan laki-laki yang membeli seks, akses kondom tampaknya tidak menjadi kendala. Menariknya kondom tersedia bagi siapa saja untuk mengakses langsung dari kantor-kantor pemerintah, dan persediaan tersebut habis setiap hari, yang menunjukkan bahwa pejabat pemerintah mengakses kondom, dan bahwa untuk gelar kondom de-stigma di Jayapura. Seperti dijelaskan oleh perwakilan dari DINKES;

“R : Saya bisa taruh di kamar mandi pak. Jadi saya taruh di kotak yang manis-manis. Di kamar mandi perempuan serta kamar mandi laki-laki. Ya tapi kadang pagi saya lihat mungkin sudah di bereskan sama kan ada yang ih malu gitu. Lihat barang gitu tuh. Mungkin sama cleaning service di bereskan. Tapi saya taruh lagi. Beberapa jam saya taruh saya pergi tetep habis. berarti ada



keperluan, ada yang butuh. Dan ada yang sempet taruh ibu kondomnya habis, ditaruh di meja, saya cepet-cepet kebawah.”

Namun, cakupan distribusi kondom juga harus diprioritaskan pada populasi kunci.

IWAJA adalah sumber daya yang belum cukup dimanfaatkan. IWAJA menyimpan catatan sempurna tentang anggota komunitas mereka sendiri, secara resmi diakui oleh pemerintah daerah dan sangat tersedia pada kesempatan bekerja untuk pencegahan HIV dan penyebaran informasi antar populasi kunci lainnya. IWAJA sudah melakukan ini sebagai inisiatif mereka sendiri;

“R : Selama... kita ini kan ada wada namanya IWAJA, selama terbentuknya wadanya kita OBK komunitas organisasi berbasis komunitas OBK, itu kita sudah sering melakukan penyuluhan kepada waria untuk memakai kondom dan kita selalu ada survei kondom dari café apota dari PKBI, sering kita dikasi survei kondom sama pelicinnya, jadi kita kasi dia entah dia mau pakai atau tidaknya itu sesuai dari... kurang tau ya...Lapor, jadi waria itu darimana, domisili dimana gitu loh, jadi kita ada buku ini kita kasih liat ya. Jadi kita disini tu waria sudah ada banyak ya, jadi kita buat buku, ada buku annggota. Jadi semua waria yang ada di Kota Jayapura saya daftar”

Meskipun komunitas waria di Jayapura cukup diabaikan dalam program HIV yang ada, anggota komunitas sangat menyadari atas kerentanan mereka;

“R : Saya rasa sangat penting, orang yang gak penting itu sangat pentinglah waria itu ikut bercampur tangan untuk menangani HIV AIDS ini karena waria yang banyak bersentuhan dengan banyaknya laki-laki, satu waria bisa disetubuhi dengan banyaknya laki-laki disampingnya, kalau waria melakukan seks bebas ya itu pasti banyak laki-laki apalagi takutnya lagi kalau si wariannya sukanya yang brondong-brondong, ini kan berdampak buat anak generasi bangsa yang dibawahnya kita... makanya saya bilang perlunya pemerintah tu memperhatikan perlunya waria itu ikut berpartisipasi dalam penanggulangan HIV itu karena waria itu lebih beresiko besar...terkadang kan orang pemerintah lebih tidak mau melihat waria karena penampilannya, terkadang dia ndak mau diajak untuk berdiskusi sama-sama, karena waria tu ada efek penampilan yang beda...tapi sebenarnya itu dia harus dirangkul sebenarnya supaya dia banyak mendapat ilmu.”

Programmer HIV harus memobilisasi IWAJA dan menggabungkannya ke dalam program pencegahan dan intervensi, karena IWAJA bersedia dan antusias untuk menjadi proaktif. Mila menyatakan;

“R : ...saya mau juga tu waria jadi dengan adanya informasi dari pemerintah atau dari LSM-LSM pemerhati HIV AIDS buat komunitas kan kita bisa memperlihatkan diri gitu di masyarakat, bahwa kita juga waria itu mau diliat kita ingin juga pemerhati terhadap HIV AIDS, kita ini juga kan banyak kalau waria-waria tu di masyarakat kan kita bisa lihat banyak waria dibutuhkan di masyarakat seperti saya orang salem pokoknya banyak masyarakat membutuhkan tenaganya saya.”

Mobile testing dapat menjadi pendekatan yang sangat bermanfaat jika koordinasi dengan stakeholder terlibat (mucikari, komunitas PSP, DINKES dan KPA) efektif dan petugas lapangan/penyedia layanan didukung dalam kegiatan penjangkauan mereka. PKR sudah melakukan mobile testing ke lokasi kerja seks tidak langsung, dan ini sudah terbukti sebagai intervensi yang telah berhasil;

“R : Jadi apa ada satu aturan peraturan daerah disini tentang penanggulangan HIV perda kota nomor 16 tentang penanggulangan HIV dan IMS itu diwajibkan diharuskan semua bar panti pijat ataupun yang beresiko yang bekerja malam harus di tes di PKR...tiap tiga bulan sekali kita screening untuk HIVnya dan dua bulan sekali untuk IMSnya, jadi terus kita ini. Makanya kita tahu. Masuk laporan kita kasih ke disnaker juga. Semua ada absen. Yang datang kita catat jadi ada datanya juga.”

Kegiatan ini harus terus didukung dan dibantu oleh KPA dan DINKES.

YHI telah bekerja dalam upaya pencegahan HIV dan penyebaran informasi sejak tahun 2001 dan sejak itu mereka telah melihat peningkatan dramatis dalam penerimaan kondom, yang merupakan perkembangan yang sangat positif;

“R : Banyak masyarakat yng dulu tahu sekali bicara pun itu takut mereka gak mau kondom identik dengan laki2 hidung belang banyak yang mencari kondom...banyak yang mencari kondom kemarin kalo gak salah kami lakukan survey dari 1690 responden itu 99% semua berusaha untuk medapat kondom...tapi kan ada perpanjangan lagi sering pakai jarang pakai kan ada tapi kalo lihat sebageaian itu mereka sudah ada pemahaman2 pentingnya kondom...”

Namun demikian penggunaan kondom terus ditentukan oleh laki-laki;

“R : Ada satu masalah sebenarnya awal2 kondom itu disampaikan perempuan papua disini mereka kan menurut budaya disini perempuan tidak bisa bicara para adat kalo disini da satu tempat orang papua yang mengambil keputusan itu laki2 jadi perempuan ketika dya menawar kondom kepada laki2 itu salah laki2 yang harus bicara dya dengar aja kalo dya bilang tidak yaa tidak kalo dya bilanh saya tidak mau pakai tapi mulai budaya ini mulai hilang karena pemahaman kondom ini masuk....perempun itu susah ngomong kepada laki2...budaya begitu laki2 punya keputusan kebijakan”

Ketidaksetaraan gender berdampak negatif pada praktek seksual yang tidak aman, dan karena itu perempuan perlu lebih diberdayakan dalam negosiasi kondom dan laki-laki dididik tentang manfaat penggunaan kondom. Sosialisasi kondom perlu lebih disesuaikan dengankonteks dan budaya Papua.

## **Hasil Penelitian Wamena**

### **Pekerja Seks Jalanan**

#### **Konteks PSJ**

Responden yang kami ajak bicara belum bisa disebut sebagai “pekerja seks” tetapi lebih pantas sebagai “perempuan berisiko” karena mereka pasangannya bisa banyak tetapi tidak tentu selalu terima imbalan uang/materi. Kami ragu-ragu untuk menyebut kelompok ini sebagai perempuan muda 'pekerja seks jalanan' karena mereka tidak mengidentifikasi diri mereka sebagai pekerja seks, tidak seperti putri Papua dari Jayapura. Mereka semua memiliki beberapa pasangan seksual dan penggunaan kondom sangat rendah. Kebanyakan dari komunitas ini melakukan 'sex for barter' contohnya alkohol, pinang, pulsa, dll. Meskipun demikian untuk pelaporan SIHA, tidak ada kolom untuk perempuan berisiko, maka dari itu dalam penelitian ini komunitas ini akan tetap disebut sebagai PSJ.

Pendidikan formal sangat rendah, yang multi partner serta melakukan sex for barter/transaction. Kebanyakan dari mereka masih remaja (teenagers), dan tidak pakai kondom atau kurang tahu bisa dapat dimana. Ada banyak tempat nongkrong dan mulai dari sangat kecil mereka hirup lem (aibon). Disitu mereka kumpul setiap malam untuk acara 'goyang goyang' dimana mereka berdansa, mabuk dan mencari pasangan.

Hampir semua berasal dari keluarga/rumah tangga yang bermasalah, dimana ada orang tua atau saudara kandung telah meninggal. Acara goyang-goyang sering diadakan di beberapa tempat sekaligus. Mereka sangat mobile berjalan kaki atau naik taksi. Ini adalah bagian dari budaya mereka.

#### **Layanan yang Tersedia**

Yayasan Tangan Peduli melakukan penjangkauan dengan pekerja seks jalanan serta laki-laki berisiko dan mereka sudah sangat kenal PSJ dan kerja sama bagus dengan klinik dan KPA. Klinik Kalvari adalah klinik kesehatan reproduksi dan seksual yang menjadi pilihan utama komunitas PSJ di Wamena, tetapi karena stafnya sendiri masih perlu capacity building (Klinik Kalvari), terutama dalam layanan VCT dan CST.

Pada umumnya, pengetahuan tentang HIV sudah cukup, tetapi mengenai intervensi pencegahan yang lebih komprehensif seperti Pencegahan Positif, PPTCT, belum ada sama sekali. Pengetahuan tentang IMS juga masih kurang, dan meskipun sudah ada yang pernah diperiksa mungkin penyedia layanan kurang menjelaskan penyakitnya apa.

Responden menyarankan sebaiknya membuat formulir sederhana sebagai assessment awal untuk pemeriksaan IMS atau VCT karena akan sangat membantu mengurangi rasa takut dan malu (dibandingkan dengan bertatap muka). Pemeriksaan harus juga dilakukan sesuai gender. Responden menunjukkan preferensi untuk mengakses layanan di sore hari, karena mereka takut presentasi di klinik ketika ada pasien lain yang menunggu dan lebih suka pergi ditemani oleh anggota staf LSM dan kelompok. Kurangnya kesehatan reproduksi juga hal yang sangat memprihatinkan, termasuk praktek aborsi tradisional yang tidak aman.

Pendidikan pengobatan sangat diperlukan bagi yang sudah HIV+ karena hasil pengambilan data mengindikasikan bahwa kondisi kesehatan mereka lemah dan kurang didampingi. Beberapa dari responden menyatakan bahwa karena mabuk alkohol dan ganja sering lupa (atau tunda) minum obatnya.

Penjangkauan harus ditingkatkan dengan semakin banyak tenaga di lapangan, dan pendekatan Peer Educator juga sangat sesuai dengan karakter komunitas berisiko di Wamena. Tingkat kesadaran tentang bagaimana mereka berisiko perlu ditingkatkan, soalnya meskipun pengetahuan sudah cukup kesadaran masih sangat kurang.

Ada potensi besar untuk mengembangkan dan memperluas program pendidik sebaya, tapi perlu ada imbalan kompensasi/incentive. Mereka menunjukkan preferensi untuk menghadiri klinik jika disertai dengan peer. Pelatihan untuk kelompok sebaya ini dan untuk staf penjangkauan sangat penting, terutama untuk pendidik sebaya.

Informasi yang didiseminasi harus sesuai dengan kearifan dan kepercayaan lokal, mengingat kecenderungan mereka untuk mengakses pengobatan tradisional. Sejumlah responden berbagi

pengalaman mereka penggunaan obat tradisional yang lebih mereka sukai daripada obat modern. Sebuah keyakinan sihir dan santet juga sangat kuat.

Kondom tidak pernah digunakan dengan pacar-pacar mereka karena cinta dan kepercayaan. Menariknya, sejumlah wanita memiliki pengalaman menggunakan kondom perempuan dan sangat menerima konsep ini jika tersedia. Sejumlah responden enggan untuk menjalani tes karena mereka takut hasil negatif.

Pendekatan yang mengarah pada fokus informasi mengenai isu keturunan dan kemandulan sangat sesuai dengan pola pikir orang di Wamena, dimana memiliki keturunan adalah hal yang sangat penting sekali. Keinginan untuk periksa tersebut harus digali dan dikembangkan, supaya konsep VCT dan pemeriksaan IMS menjadi hal yang 'biasa' dalam pikiran komunitas secara luas, bukan hanya dalam komunitas yang dianggap berisiko.

Karena anak-anak sangat penting untuk orang di Wamena itu adalah imperative bahwa perempuan melahirkan anak, terutama anak laki-laki untuk melanjutkan nama keluarga. Pemahaman ini tidak diragukan lagi dapat digunakan oleh penyedia layanan kesehatan dan digunakan dalam kampanye promosi kesehatan sebagai sarana untuk mendorong tes dan diagnosis dini serta pengobatan.

## Konteks Vulnerabilitas

Acara “goyang goyang” sangat populer di Wamena, dimana masyarakat local berkumpul untuk berdansa dan minum alkohol bersama. “Goyang goyang” diadakan setiap malam, dan pestanya berpindah-pindah. Disitulah Responden kami berbicara kepada saya malam di pesta goyang goyang;

“P : kalo ngumpul2 ngaen?

N : isap2 rokok cerita2

P : berapa sekali kalo kumpul ? Cuma segini aja ?

N : banyak...

P : lebih banyak cowonya apa cewenya ?

N : cowonya...

P : terus kalo cowonya seumur dengan kakak atau ada yang lebih tua ?

N : lebih tua...

P : ada yang beristri ?

N : ada...”

“N : jalur malam ada banyak...(pacar)”

Mayoritas responden memiliki lebih dari satu pacar, yang bisa dalam satu kota atau beda kota, selain itu mereka juga mempunyai “tedong” atau laki-laki yang membeli seks dari mereka pada kesempatan tertentu;

“P : selain kak mely yang udah nikah? Punya pacar baru gan sekarang? kak onci ?

N : ada....

P : ganteng ya ? 1 apa 2 ?

N : 3...

P : terus baginya gimana?

N : saling gak tau..

P : bagaimana caranya mereka saling tidak tau ?

N : sembunyi2”

“P : herni pacaranya ada berapa ? Ada satu ada 2 ?

N : ada 3...

P : semuanya di kota wamena atau dimana?

N : disini ada 2 dijayapura ada 1...”

“P : kalo valen pacarnya berapa ?

N : ada 3...”

“N : kalo yang disini ada...kemarin hari saya liat dya jalan sama perempuan lain dya bisa saya juga bisa jalan dengan laki2 lain....

P : ada rasa cemburu ?

N : gak ada...

P : kalo pacar2 kamu punya pacar lain gak yaa ?

N : ada...pernah liat juga..

P : gak pengen marah mukul?

N : serinh juga sakit hati...”

“P : kalo kalian kan lebih dari satu pacar kalo kamu pacarnya berapa ? Gpp kalo yani kan 3....

N : 2 aja...”

Uang pendapatan dari sex work biasanya digunakan untuk membeli alkohol dan kebutuhan lainnya seperti pinang merah dan lain sebagainya;

“P : Hahahaha uang paling banyak dikasi pacar berapa ?



R : 200 ratus...

P : kalo dapat uang diapain ?

R : kalo kita pakai minum langsung pulang..."

Dan sering "tedong" yang membeli seks adalah laki-laki yang mempunyai posisi kekuasaan di desa, seperti contoh kepala desanya, dalam kesempatan itu juga dinyatakan bahwa dana hibah pemerintah untuk pengembangan daerah atau desadisalahgunakan untuk kepentingan pribadi, salah satunya untuk membeli seks;

"P : tapi gk dibagikan yaa (dana dari pemerintah)?

R : kadang2 gak dibagikan...mereka belikan babi mungkin mereka pesta sedikit supaya senang sisannya dya pake perempuan..."

Transaksi seks dan seks dengan pasangan lainnya dilakukan di sejumlah tempat seperti hotel, alam terbuka (rumput-rumput), juga bahkan termasuk di kuburan;

"R : di jalan sulawesi situ..katanya kalo minuman di kuburan minumannya tidak cepat habis...biasanya minum di dalam kuburan..

R : di kuburan kan ada batu2 ganjal2 jadi enakya di tumpuk2

P : enak di rumput apa dikuburan ?

R : enak dikasur hahahaha

P : kemana ? Pasti kepinginapan toh ?

R : iyaa kalo gak kepinginapan yaa laki2 kerumah..."

Semua responden yang diajak berbicara memiliki beberapa pasangan tetap, dengan pasangan tetap mereka tidak menggunakan kondom, karena selain saling percaya mereka juga tidak mau dipertanyakan oleh pasangan tetapnya kenapa perlu menggunakan kondom. Situasi dan perilaku yang demikian sangat dianalisa berisiko;

“P : kalo temen2 disini merasa gak pernah berhubungan seks yang beresiko ?

R : tidak...

P : karena selalu pakai kondom ?

R : tidak juga..

P : tapi percaya sama cowoknya ?

R : iyaa..

P : kalo cowonya punya cewe lain gimana ?

R : itu jadi masalah juga...kita gak mungkin juga ngikutin...

P : kalo cowo disini biasanya setia?

R : tidak...”

“R : beresiko..kita gak tau juga mungkin dya sudah berhubungan dengan wanita lain..jadi takut juga

P : kalo temen2 disini merasa gak pernah berhubungan seks yang beresiko ?

R : tidak...

P : karena selalu pakai kondom ?

R : tidak juga..

P : tapi percaya sama cowoknya ?

R : iyaa..”

Pada pesta goyang goyang yang acapkali ada dimalam hari, meminum alkohol secara bersama sama adalah sebuah kebiasaan.Dari pernyataan responden yang kami temukan adanya kewajaran dan merupakan hal yang biasa di Wamena untuk belajar mengkonsumsi alkohol sejak dini, baik dilakukan oleh laki laki ataupun perempuan. “Patungan” atau baku tambah, adalah system kolektif untuk membeli minuman (alkohol);

“P : pernah gak kalo ngumpul kita orang minum balok atau nenas gitu?

R : iya pernah...

P : sering yaa?

R : sering...

P ; itu patungan ?

R : baku tambah...”

Kebiasaan minum mulai pada umur yang masih sangat muda;

“P : kalo mely umurnya berapa waktu pertama minum balok dan nanas ?

R : itu umur 9 atau 10 tahun...”

Meskipun ada sebagian yang pernah mengikuti sesi informasi tentang HIV, mereka belum cukup sadar tentang pentingnya pemakaian kondom dalam hal pencegahan, dan ini hal yang sangat menguatirkan mengingat perilaku mereka sangat berisiko;

“R: materi2....kita dikasi tau caranya melakukan HIV/AIDS itu secara melakukannya seperti begini...

P: termasuk salah satunya memakai kondom kan?

R: iyaa...

P: kalo kakak kadang pakai kondom gak ?

R: tidak...

P: kenapa tidak?

R: tidak...”

“P: terus pernah coba pakai kondom?

R: tidak...”

“P: kalo kalian? Dikasi kondom mau diambil atau disimpan buat lain kalo atau tidak mau diambil atau karena belum perlu?

R: pernah saya bawa pulang saya bagi2...banyak yang ambil bikin balon2...”

Responden dilaporkan tidak pernah menggunakan kondom dengan pacar-pacar mereka;

“P : kalo pacara kajova sama jova kalo berhubungan pakai kondom gak?

R : tidak..

P : kenapa tidak?

R : karena sayang...”

Dana hibah pembangunan dari pemerintah dilaporkan sering disalahgunakan oleh orang-orang yang mempunyai posisi kekuasaan (terutama yang di daerah-daerah tertentu di dataran tinggi) untuk membeli seks dan melakukan poligami.Uang juga digunakan untuk meningkatkan posisi tawar para tedong dalam pemakaian kondom. Berbanding balik, semakin tinggi dalam transaksi nilai uang acapkali tedong tidak ingin menggunakan kondom, dan semakin rendah nilai uang dalam transaksi berarti harus menggunakan kondom;

“R: kalo macam perempuan disuruh pakai kondom tidak mau perempuan tidak mau...kalo disuruh pakai kondom baru jalan kalo tidak mau palingan tidak mau padahal uangnya besar tidak juga yaaa....

P: berapa uang besar ?

R: macam 1 juta entah 2 juta...kadang tidak pakai kondom kalo 100 300 disuruh pakai kondom kalo tidak pakai tidak mau...”

“P: kenapa gak mau pakai kondom ?

R: tidak tau...”

Kekerasan adalah realita dalam kehidupan sehari-hari PSJ di Wamena;

“P: ada masalah gak ada yang berantem ?

R: ada biasa...aman acara lanjut lagi ada juga yang sampai bubar...ada juga yang lanjut sampai pagi makanya kita buat acara mabuk kalo ribut langsung bubar....

P: biasanya kalo alasannya berantem semalam apa ?

R: ada gara2 cewe...ada yang cewe baku pukul gara2 rebut cowo...

P: jadi cewe saling pukul ?

R: iyaaa..."

Dalam konteks pencegahan HIV kekerasan tidak bisa dipisahkan, soalnya semakin tidak stabil kehidupan mereka semakin tidak mungkin dapat mengambil keputusan yang terbaik, termasuk dalam hal pemakaian kondom dan kepatuhan obat.

Berasal dan tinggal di daerah yang kadang terancam konflik sosial pasti memiliki konsekuensi bagi kehidupan PSJ, dan berdampak secara tidak langsung pada penanggulangan HIV, termasuk berdampak pada akses layanan dan pengobatan;

"R: pas ibadah kan pas dilapangan merah putih habis itu baru bunyi masjid...sekarang baru kamu kasi bunyi mahasiswa dari luar datang tidak terima kan baru bakar baru meledak di pasar pokoknya terbakar semua...baku lempar batu2..

P: jadi kalian lari yaa ?

R: iyaa.."

## **Mengenali Penyakit dan Mencari Pengobatan/Health Seeking Behaviour**

### **Tingkat Pengetahuan**

Responden mengakui jarang atau tidak pernah melakukan skrinning IMS atau tes HIV, dan kepercayaan terhadap pengobatan tradisional masih sangat tinggi;

"P: periksa apa disitu ? Ims lengkap ?

R: tidak..

P: pernah pakai obat2 traditional gitu?

R: pernah..."

Kepercayaan terhadap mistik/santet/ayu sebagai penyebab penyakit juga sangat kuat, acapkali jika mereka merasa sakit selalu akan lebih berpikir pada penyebab mistis dan tidak mencari layanan kesehatan klinis;

"P: kemarin kita bahas sedikit tentang kemarin ada satu teman orang tuanya sama kakaknya juva karena buatan itu sering atau buatan ?

R: iyaa sering2 masalah perempuan ada buatan terus laki2 ada buatan sangat kecemburuan kah atau masalah apakah masalah utangkah itu pasti...

P: jadi contohnya bagaimana caranya orang kirim buatan itu ?

R: orang pintar atau dukun..."

"R: iyaa sehat toh kalo kenak buatan tiba2 meninggal begitu..."

Pengetahuan tentang HIV yang dasar sudah ada;

"R : lewat seks gitu...

P: seks seperti apa ?

R: berhubungan....

P: kalo yang berhubungan yang tadi berhubungan yang apa ?

R: berhungan dengan laki2...

P: tapi tidak menggunakan apa itu ?

R: tidak menggunakan kondom..."

Tetapi pengetahuan tentang IMS dan pentingnya IMS sangat rendah sekali, serta pengalaman periksa;

“P : pernah ke Kalvari adik2 lain kakak lain pernah ke puskesmas gak ?

R : belum....”

Meskipun hampir semua responden mengeluh tentang gejala IMS;

“R : kadang saya mens pernah cuma macam terlambat...

P: kalo yang lainnya keputihan gak nyaman disini ?

R: sering sakit...”

“P: kalo keputihan yang berlebihan gatal atau agak bau? Atau haidnya terlambat ?

R: sering..”

Pendidikan dan kesadaran pentingnya pengobatan sangat rendah sekali (terutama kalau sudah kena alkohol), dan dampak jangka panjang sangat menguatirkan;

“P: tapi rajin minum obatnya ?

R: saya kadang lupa...”

“R: kadang lupa...

P: berapa lama sampai lupa? Ada seminggu lupa aduh aku belum minum atau...

R: kadang mabuk tidak minum....”

“P: alasannya putus obat kenapa ?

R: minum balok jadi lupa...meninggal..”

Penyedia layanan dan petugas kesehatan khususnya yang bekerja dalam bidang Care, Support, Treatment harus diberikan capacity building dalam Pendidikan Pengobatan. Pertemuan kelompok dukungan sebaya sangat akan juga bermanfaat untuk meningkatkan kepatuhan ARV bagi ODHA.

Dan keinginan atau ketarikan untuk memeriksakan diri masih bisa dikatakan rendah, kemungkinan besar ini disebabkan rendahnya kesadaran (personal risk assessment) mereka;

“P: kalo teman2 lain ada keinginan untuk periksa tidak? Cek darah?

R: tidak pernah...”

### **Faktor Pendukung**

Meskipun baru beberapa dari responden pernah melakukan VCT, sebagian besar terbuka terhadap idenya;

“P: perlu gak ?

R: perlu sih...”

“P: kalo menurut temen2 perlu periksa gak ?

R: mau juga...

P: semuanya mau ?

R: mau pengen tau juga...”

“P: tapi mau2 aja yaa suatu hari ?

R: iyaaa...”

Terutama ketika diberitahu tentang risiko akan kesuburan, yang merupakan ketakutan utama dari kebanyakan responden. Kenyataan akan ketakutan tentang “kesuburan” ini dapat digunakan sebagai titik masuk dan motivator untuk menjalani tes dan pemeriksaan;

“R : perempuan cerita kalo perempuan macam kencing kebanyakan keputihan itu katanya tidak bisa punya anak ? “

Responden berbagi pendapat mereka tentang preferensi dalam menghadiri klinik di bahwa mereka cenderung lebih memilih pergi bersama-sama daripada sendiri;



“R : iyaa..kalo lagi rame2 kesana mau yaa.”

### **Faktor Penghambat**

Jam buka klinik adalah hambatan besar untuk PSJ Wamena dalam mengakses layanan kesehatan karena kebanyakan responden jauh lebih memilih ke klinik jam sore;

“P: sore lebih cocok atau pagi?”

R: sore...

P: kira2 pertanyaan dari dr steff untuk mengurangi ketakutan atau malu temen2 ada ide gak supaya kita rasa nyaman untuk kesana?

R: lebih enak periksa sore...

P: kenapa ?

R: karena pagi sama siang itu orangnya kalo sore kan sepi...

P: teman2 yang lain ada usul lain?

R: sore juga...”

“R: sore..kalo pagi susah bangun...”

Responden memahami kebutuhan untuk perilaku risiko untuk dieksplorasi selama proses VCT tetapi lebih suka melakukan pra-VCT dalam bentuk tertulis daripada tatap muka wawancara;

“P: jam 1 biasanya pasien udah habis jam 2 adalah aktifitas di puskesmas kalo temen2 minta jam 3 kami akan membuka jam 2 setengah 3 batas akhir mungkin jam 5 karena kalo terlalu sore gelap2 gak keliatan....kalo pertanyaan2 bikin malu kalo ada formulir diisi aja tinggal langsung periksa mungkin lebih enak begitu daripada tanya2 ?

R : isi formulir...

P : jadi kalo ditanya dr sama perawat gak malu....

R : isi formulir aja...

P : temem2 yang lain isi formulir juga?

R : iyaa..."

Takut pada jarum suntik dialami oleh seorang responden, tetapi mereka mau dan menerima untuk melakukan cara tes yang lain, seperti finger prick atau tes air liur;

"P : kenapa belum ? Kalo kamu takutnya apa ?

R : takut aja suntik...habis waktu saya sd saya suntik di bagian ini sakit sekali...

P : tapi contohnya cara lain tidak pakai suntik test hiv mau gak ?

R : mau..."

Perasaan malu, perasaan malas dan ketakutan terhadap hasil tes yang buruk adalah halangan besar untuk melakukan VCT;

"P: terus sekarang kalo kakak pengen periksa darah gak kira2 ?

R: takut...

P: kalo ada yang nemani ?

R: takut...

P: takut jarumnya ?

R: tidak juga masih males periksa.."

Upaya untuk meningkatkan ketertarikan untuk memeriksakan diri sangat diperlukan, misalnya tes HIV dicampurkan dengan kegiatan sosial lain yang bersifat kolektif, atau pemeriksaan kesehatan yang lain.

Pengetahuan tentang CD4 dan penyampaian tentang hasil tes CD4 masih kurang, dan ada kemungkinan komunikasi antara dokter dan klien perlu dikembangkan, atau hanya ini menunjukkan lemahnya health seeking behavior atau kognisi responden yang rendah. Namun isu ini tetap penting untuk diperhatikan;

“P: kalo yang lainnya yang pernah chek test CD4? Masih inget gak berapa waktu itu?

R: lupa dr nya gak pernah kasi tau keterangan...

P: jadi udah ada 2 bulan tapi hasilnya belum dikasi tau yaaa?

R: iyaaa....”

Lama menunggu untuk ditangani petugas lapangan saat mengakses pada pelayanan menjadi kendala bagi mereka, selain beberapa alasan yang diungkapkan klien tentang waktu, juga dikarenakan tempat layanan yang selama ini berjarak cukup jauh ditambah transportasi umum terbatas;

“R: tunggu dr pasien banyak sampai jam 12 jam 1 baru pulang...kadang sore baru pulang...kalo kita antar ada uang kan suruh beli kue beli rokok makan pinang tapi kita tidak ada uang gimana lagi....

P: jadi lebih enak kalo gak pakai antri yaa ?

R: iyaa ....karena pakai antri lama toh jadi pasien lain su lapar...kadang pelayanan itu terlambat kadang pasien tunggu pelayanan...kadang males pulang lagi...”

Akses pada klinik juga terhambat karena kebanyakan PSJ tidak memiliki KTP, jadi ada perlunya memfasilitasi akses pada kelompok berisiko ini.

## **Laki-laki yang Berhubungan Seks dengan Laki-laki**

### **Konteks LSL Wamena**

Dalam penelitian ini hanya diperoleh 1 orang LSL yang bisa diwawancarai karena komunitas LSL di Wamena masih sangat tertutup, dan selama ini belum ada LSM yang melakukan penjangkauan pada LSL. Responden adalah pendatang dari luar Wamena, dengan tingkat pendidikan tinggi (kuliah) dan sampai saat wawancara dilakukan belum terbuka pada keluarga mengenai statusnya sebagai LSL

Sama dengan yang terjadi di kota lain, umumnya komunitas LSL di Wamena mencari pasangan melalui media sosial. Diprediksi oleh responden bahwa sebenarnya jumlah LSL yang ada di Wamena cukup banyak tapi tidak mau terbuka. Salah satu penyebab tertutupnya komunitas LSL di Wamena adalah karena wilayah Wamena yang kecil sehingga terdapat kekhawatiran bahwa informasi akan sangat mudah tersebar di kota tersebut. Disebutkan oleh responden bahwa kebanyakan LSL di Wamena berprofesi sebagai tentara, walaupun hal ini masih memerlukan klarifikasi lebih lanjut.

### **Layanan Kesehatan yang Tersedia**

Belum ada layanan yang dirancang khusus LSL di Wamena, dan penjangkauan pun belum memadai. Komunitas sudah tahu tentang Klinik Kalvari tetapi belum pernah akses layanan disana.

### **Konteks Vulnerabilitas**

Secara umum, pengetahuan responden terkait HIV cukup baik. Responden mendapatkan informasi terkait HIV dari sekolah dan mendapatkan informasi tentang kondom dari pasangan serta dari internet. Responden memiliki pasangan tetap yang juga masih tertutup mengenai statusnya sebagai LSL, dimana umumnya mereka berhubungan seks di hotel atau di tempat kos.

Responden dan pasangannya selama ini tidak pernah bertransaksi dengan uang, jadi mereka hanya untuk senang-senang. Selain itu disebutkan bahwa responden biasanya menggunakan kondom dan pelicin saat berhubungan seks dengan pasangannya. Kondom biasanya dibeli sendiri di apotek. Di lain sisi, sepengetahuan responden penggunaan kondom pada LSL di Wamena secara umum masih sangat rendah karena dianggap pemakaian kondom tidak enak.

“P:     kalo dengan kayak gitu ada transaksi uang atau cuma seneng2 aja?”

R     :kebanyakan sih seneng-senang aja

P     :kalo kondom bagaimana ? Menggunakan gak ?

R : pakai antisipasi..”

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa responden dan pasangannya memiliki perilaku merokok tapi tidak biasa mengonsumsi minuman beralkohol sebelum melakukan hubungan seksual. Meskipun demikian, responden menyatakan bahwa komunitas LSL di Wamena sebagian besar biasa mengonsumsi minuman beralkohol.

Responden juga menyatakan bahwa banyak LSL di Wamena memiliki istri, sehingga risiko penularan HIV dan IMS kepada istri juga besar. Selain itu, disebutkan masih ada persepsi di komunitas LSL bahwa orang asli Wamena umumnya berpenyakit sehingga pendatang tidak mau berhubungan seks dengan orang asli Wamena meskipun menggunakan kondom.

### **Mengenali Penyakit dan Mencari Pengobatan/Health Seeking Behaviour**

Responden menyatakan dirinya tidak merasa berisiko untuk tertular HIV karena selama ini merasa tidak pernah berhubungan seks dengan sembarang orang. Maka dari itu, responden selama ini belum pernah memeriksakan diri dan belum pernah mendapat informasi terkait layanan yang tersedia di Wamena, termasuk layanan pengobatan. Jika terdapat keluhan, biasanya responden membeli obat sendiri di apotek yaitu antibiotik dan asam mefenamat sebagai penghilang nyeri.

Responden pernah berusaha membuat group untuk berbagi informasi dengan sesama LSL tapi tidak berhasil karena komunitas LSL yang sangat tertutup. Responden juga pernah berusaha untuk berkomunikasi dengan pasangan dan teman mengenai keinginan untuk tes tapi ditolak.

“R :Khawatir banget..karena disini kadang ada yang pernah sih pengalaman aku pernah aku ajakin tapi akh nolak terus dia minta teman aku aja itu takutnya dia udah yang ngajak ini udah ganti2 pasangan terus minta teman aku lagi takutnya teman aku ini ketularan gitu...”

Responden cenderung lebih memilih layanan berupa mobile VCT daripada harus berkunjung ke layanan karena dirasa lebih nyaman. Responden juga menyatakan bersedia untuk mengumpulkan teman sesama LSL untuk menjalani tes HIV tes dan memperkirakan dirinya bisa mengumpulkan lebih dari 5 orang teman. Hal ini menunjukkan potensi upaya penjangkauan LSL di Wamena jika mampu untuk menemukan orang kunci dari sesama LSL.

### **Faktor Pendukung**

Beberapa harapan yang dinyatakan oleh responden terkait penyediaan layanan HIV dan IMS diantaranya adalah pentingnya kerahasiaan data pasien yang harus dijaga dan ruangan VCT yang sebaiknya dipisah untuk menjamin kenyamanan LSL yang selama ini sangat tertutup di Wamena. Terkait dengan dokter yang melakukan pemeriksaan, responden menyatakan lebih memilih memeriksakan diri pada dokter perempuan dibandingkan dokter laki-laki karena khawatir akan ada rasa tertarik pada dokter laki-laki tersebut.

Menurut responden, sangat perlu diadakan sosialisasi dulu terkait layanan yang tersedia bagi LSL melalui sosial media atau melalui upaya penjangkauan langsung ke teman-teman terdekat, karena besar kemungkinan masih banyak LSL yang belum mengetahui layanan yang tersedia seperti dirinya.

“R :Kalo menurut saya bikin semacam sosialisasi kita lihat antusias dari masyarakat disini banyak tidak terus kedua mungkin mereka belum tau betul tentang klinik kalvari mungkin kita melalui sosmed himbau kepada mereka untuk periksa terus kalo memang gak berhasil saya sendiri akan turun mulai dari temen2 yang akrab sama saya yang memang gay..”

## **Stakeholders**

### **Latar Belakang Responden**

Responden yang wakili stakeholders yang berhasil diajak berbicara selama pengumpulan data termasuk staf KPA, penyedia layanan dari Klinik Kalvari dan petugas lapangan dari Yayasan Tangan Peduli.

### **Tantangan**

Meskipun telah berupaya dengan berbagai macam cara, upaya untuk menjangkau PSJ dengan layanan dirasa belum optimal karena pemanfaatan kembali layanan HIV oleh PSJ yang telah teridentifikasi dinilai masih kurang.

“Dari sisi layanan harus saya sampaikan bahwa sampai saat ini katakanlah belum berhasil untuk menyediakan layanan yang teratur untuk pekerja seks jalanan karena kami sudah coba dengan berbagai cara maksudnya dengan bantuannya kpa dan juga dengan teman2 yang disebut sebagai penjangkau dan sebagainya itu supaya mendatangkam para pekerja seks jalanan yang sudah teridentifikais karena studi sebelumnya untuk kemabli datang dan periksa secara rutin tanpa di pungut biaya tidak mau.”

Penyedia layanan kesehatan berpendapat bahwa saat ini telah terjadi peningkatan kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan HIV. Namun sayangnya, peningkatan kesadaran masyarakat tersebut belum diimbangi dengan kapasitas penyedia layanan yang adekuat.

“Iyaaa....dan itu sudah perintah penderitanya atau kepala desanya periksa semua yaa periksa semua rame2 gitu kalo kita bawa ke puskesmas seperti yang mereka bikin aak setengah mati apalagi kami ada 5 lsm disini 1 puskesmas itu mampunya cuma 20 orang sehari karena tenaga medisnya cuma 1 waktu periksanya sekian puluh menit nah kalo saya bawa 5 yukemdi bawa 5 ypkn bawa 5 jadi kita belum lagi kalo macam kita dibatasi wamena kota cuma hari jumat tapi cuma dihari jumat kalo masing-masing karena kita bawa 3,4,5 orang perlu kepuskesmas lebih baik kami yang datang ke lokasi ke masyarakat.”

“Masyarakat sadar dengan apa itu harus memeriksakan diri tapi layanan kesehatan tidak siap sudah itu yerbukti sekarang orang sekarang berbondong bondong dya sudah lihat ini dan dya ingin lihat statusnya tapi fasilitas SDM yankesnya tidak cukup siap.”

“Tapi sekarang kami masyarakat jauh lebih sadar mereka datang sendiri ke pukesmas malah kita ini paling jago mobile VCT karena jadi kita bawa layanan kesehatan ke masyarakatnya bukan masyarakatnya datang itu sampai marah-marah karena reagenya habis mereka bawa reagen 130 yang datang periksa 300.”

Sumber Daya Manusia (SDM) di layanan HIV milik Pemerintah dan Swasta masih menghadapi permasalahan berupa rendahnya kuantitas serta kurang meratanya distribusi SDM.

“Kita memang mengalami kekurangan tenaga yang sudah mampu menangani itu gak merata baik di layanan skpd bahkan di lembaga-lembaga masyarakat yang fokus menangani HIV.”

Layanan HIV di Puskesmas masih terkendala dengan keterbatasan jumlah SDM sehingga diperlukan peningkatan jumlah SDM baik tenaga dokter, analis kesehatan serta konselor.

“Disini 1 puskesmas itu mampunya cuma 20 orang sehari karena tenaga medisnya cuma 1 sangat kurang apalagi solgema...1,5 jam perjalanan dari sini konselornya dokternya cuma ada 2...bayangkan dia mau urus yang mana kasiaan sekali biasanya dia seminggu sekali turun ke lapangan untuk pergi ke kampung-kampung.”

“Harus tambah tenaga analis, harus tambah dokter, orang laboratorium.”

Penyedia layanan kesehatan merasa terbebani dengan target jangkauan yang dibebankan kepada mereka. Tingginya target yang harus mereka capai menyebabkan mereka cenderung berfokus pada kuantitas dan cenderung kurang bisa mengoptimalkan kualitas layanan yang mereka berikan.

“Yang sekarang yang saya minta kepada teman-teman yang kerjasama dengan kami mari kita pikirkan kualitasnya kami terlalu dipaksa untuk kejar target bayangkan draf dalam waktu 9 bulan kami harus menjangkau dan terima hasil menjangkau 7000 sekian orang ini wamena ini.”

Selain keterbatasan SDM, Puskesmas juga mengalami keterbatasan dalam hal ketersediaan logistik, seperti kondom. Permintaan kondom oleh remaja berisiko cukup tinggi, namun persediaannya terbatas sehingga suplai kondom melalui outlet tidak berkelanjutan.

“Permasalahannya disitu kondom jadi ketika saya ke kantor sini saya bawa kondom saya mau bagi yang laki-laki atau perempuan saya kadang bingung karena semua minta jadi kalo macam disini stok habis kadang saya bingung tidak ada persediaan sampai kadang kpa juga lambat....jadi waktu kemarin kita buka outlet kondom waktu kami bicara-bicara kami buka outlet kondom tapi waktu kita buka outlet kondom hanya hari itu saja selanjutnya tidak ada lagi.”

Pembubaran lokasi dan pemulangan PS langsung di lokasi yang ada di Wamena berpengaruh terhadap penurunan distribusi kondom kepada PSJ. PS di lokasi-lokasi seperti warung remang-remang memiliki kesadaran yang lebih tinggi untuk menggunakan kondom dibandingkan dengan PSJ. PS langsung di lokasi memiliki interaksi dengan PSJ dan biasanya bisa mempengaruhi PSJ untuk mengakses kondom yang biasanya didistribusikan melalui outlet kondom yang ada di lokasi. Pembubaran lokasi menyebabkan hambatan dalam distribusi kondom.

“Kalo saya lihat dari beberapa tahun berakhir ini penggunaan kondom kita sebetulnya sudah terjadi bagus sebelum PSK yang kita kemabalikan yang sisa serkarang ini kan PS jalanan dulu waktu PS pendentang itu datang mereka masih bisa mempengaruhi PS jalanan karena mereka jalan bersama sama di PS yang di warung remang-remang mereka bisa mempengaruhi PS jalanan tapi setelah PS



pendatangannya dipulangkan akhirnya mereka sekarang bercerai berai terus yang pertama outlet yang kita sudah tempatkan itu kebanyakan dulu outletnya itu ada di warung-warung remang dengan panti pijat lokasi-lokasi tertentu setelah mereka tidak ada ini kita juga menempatkan outlet itu sangat sulit.”

Informan dari LSM juga menyebutkan bahwa terlepas dari kesadaran masyarakat yang cukup tinggi untuk menggunakan kondom, pernah terjadi permasalahan *stock-out* kondom.

“Pernah 6 bulan tidak ada kondom disini padahal animo masyarakat sudah menggunakan kondom itu sangat tinggi.”

Kesulitan yang dihadapi petugas lapangan saat penjangkauan adalah rendahnya kesadaran remaja perempuan berisiko untuk mengakses layanan.

“Sulitnya tu kalo macam kami sudah janji mau pergi periksa jadi macam janji kami periksa jadi sekarang saya bilang nanti ketemu di puskesmas besok saya tunggu di puskesmas tidak datang saya kerumahnya ada tidur mari kita pergi periksa? Adu saya semalam habis ada acara habis minum jadi harus tidur.”

Sikap beberapa tenaga kesehatan di Puskesmas yang terkadang kurang sabar dalam menghadapi remaja perempuan berisiko dinilai berkontribusi terhadap kesan stigma dan diskriminasi terhadap komunitas tersebut.

“Kami lihat kadang-kadang lihat puskesmas dalam beberapa tahun mengakui kadang-kadang merekalah yang menimbulkan stigma...kadang-kadang yang kasar justru mereka, mereka kasar sekali.”

Keanekaragaman Bahasa yang digunakan oleh masyarakat, yaitu ada sekitar 13 bahasa berbeda yang digunakan, menyebabkan penyedia layanan kesehatan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien.

“Sangat beda....jangan jauh-jauh bu ini sama-sama orang disini lain dengan yang ini itu udah lain bahasa.”

“Kemarin itu tim puskesmas dia urus sendiri konselornya orang toraja....hahaha jadi jangankan konseling menjelaskan obat saja kebingungan dari teman-teman puskesmas jadi akhirnya salah mengerti.”

Pendanaan yang terbatas untuk klinik yang menyediakan layanan HIV dan IMS menyebabkan layanan menjadi kurang optimal.

“Saya kira Kalfari salah satu yang baik cuma tidak dapat dukungan yang cukup baik dari gereja maupun dari pemertintah kasian mereka setengah mati dari sisi pendanaan juga...mereka 1 hari terbatas juga padahal untuk urusan IMS yang terbaik di wamena adalah kalfari dia punya alat yang cukup baik.”

Pengalokasian dana untuk HIV dilakukan melalui 1 pintu yaitu melalui KPA dinilai kurang tepat karena menyebabkan kurang optimalnya peran lintas sektor dalam penanggulangan HIV.

“Saya lihat sebetulnya disitu meskipun belum cocok kalo dengan 1 pintu artinya SKPD lain merasa bahwa semuanya tanggung jawabnya KPA sebagai koordinator padahal maksudnya itu disetiap skpd lewat instansi ada kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan penanggulan HIV.”

Meskipun paparan informasi HIV pada remaja relatif tinggi, paparan informasi tentang IMS dan seksualitas dirasa masih kurang. Intervensi yang telah dilakukan selama ini masih terbatas pada sekolah-sekolah tertentu.

“Kalo untuk HIV kami tidak khawatir maksudnya informasinya cukup gencar tapi yang kami khawatirkan tentang infeksi menular seksual dan seksualitas....saya kita tidak merata kalo pendidikan *life skill* yang dibuat oleh UNICEF itu hanya bergerak di beberapa sekolah yang menjdi fokusnya sementara yang sekolah-sekolah yang tidak masuk dalam program itu gak jalan.”

Petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam meyakinkan orang yang terinfeksi HIV untuk mengkonsumsi ARV karena sebagian dari mereka merasa bahwa dirinya tidak sakit sehingga tidak perlu mengkonsumsi ARV. Selain itu, Kepercayaan terhadap khasiat produk herbal seperti buah merah dan akar-akaran membuat orang yang terinfeksi HIV memilih untuk mengkonsumsi produk tersebut. Hal tersebut turut berkontribusi terhadap rendahnya cakupan ARV serta kepatuhan mengkonsumsi ARV.

“Orang-orang disini kalo gak jatuh sakit baring itu namanya sehay jadi kalo dia sudah minum ARV oh sudah hilang kenapa saya harus minum obat sampai dan ini yang kami tidak pernah berhasil menjelaskan betul sampai mereka paham maksud saya kegagalan dalam putugas kesehatan untuk meyakinkan mereka bahwa ini lho hranya belum bisa mengobati sampao di tempat-tempat yang seperti yang tidak bisa di jangkau oleh obat hanya bisa dalam darah dan itu hanya bisa bertahan kalo di makan obatnya terus menerus ini gak bisa diyakinkan ditambah lagi dengan godaan obat-obat herbal mereka bilang kalo udah minum ini gak usah minum ARV lagi.”

“Yang sekarang sudah tau betul HIV itu mereka menggunakan itu yang pake buah merah, ada yang akar-akar apa itu pokoknya satu kali pengobatan 2 juta 4 jeregen harus minum semua nah itu kemarin bahkan ada odha saya mau test lagi dok saya sudah minum 4 jeregen.”

### **Faktor Pendukung**

Komitmen pemerintah daerah terhadap HIV cukup tinggi dilihat dari besaran serta kecenderungan peningkatan alokasi dana yang dialokasikan untuk HIV.

“Sejak saya mulai bekerja jayawijaya kembali untuk hiv aids tahun 2010 saya melihat peningkatan yang sangat signifikan pertama hanya sekitar 700 pokoknya masih dibawah 1M saat terakhirsaya dengar kita sudah mencapai angka 3M dan bahkan mungkin tahun ini 5M.”

Selain pemerintah, Mitra Pembangunan Internasional (MPI) bilateral yaitu Pemerintah Australia melalui *Department of Foreign Affairs and Trade* (DFAT) berkontribusi terhadap perluasan layanan HIV. Hingga saat ini, telah tersedia 15 layanan HIV di Kabupaten Jayawijaya yang terdiri dari 13 Puskesmas, Klinik Kalvari dan 1 Rumah Sakit.

“Sebetulnya dari sisi layanan dengan di bantu project dengan didanai oleh australi perth itu kami sudah...dengan di danai DFAT 5 tahun ini cukup membantu karena yang tadinya kami hanya punya 3 atau 4 layanan terkahir kami sudah punya 15 layanan ni kabupaten jayawiyajaya semua puskesmas besar dijayawijaya sudah bisa menyediakan.”

Tokoh agama dan tokoh masyarakat memiliki peran penting dalam mendorong masyarakat untuk melakukan pemeriksaan HIV.

“Iyaaa....dan itu sudah perintah pendetanya atau kepala desanya periksa semua yaa periksa semua rame-rame gitu.”

Tokoh agama terlibat aktif dalam upaya penanggulangan HIV di Jayawijaya terutama dalam hal penyebaran informasi mengenai HIV kepada masyarakat.

“Pasti kalo kami kumpul bersama sharing2 kalo kpa mengadakan pertemuan itu ditampilkan data dari kpa paling tidak dalam 1 bulan itu ada 100 penambahannya yaaa jadi hal itu membuat kami juga semangat artinya terpompa untuk terus memberikan informasi.”

Puskesmas sudah menyelenggarakan layanan VCT mobile untuk mendekatkan layanan HIV kepada masyarakat.

Dinas Kesehatan telah mampu membeli alat dan bahan pemeriksaan CD4.

“Kami juga mendapatkan anggaran untuk beberapa kegiatan dan kemudian kelengkapan seperti misalnya tahun ini daya mendapatkan kesempatan untuk membeli CD4 2 buah dan selalu disediakan cartridge CD4 selama 3 tahun berturut-turut dan saya kira ini luar biasa.”

Layanan pemeriksaan CD4 di Jayawijaya, seperti halnya tes HIV, dapat diakses oleh masyarakat tanpa biaya.

“CD4 masih gratis dia 1 paket dengan test hiv yang dibiayai oleh negara.” (KK)

Keberadaan tokoh kunci yang merupakan orang yang dipercaya dan disegani oleh remaja perempuan berisiko memungkinkan layanan untuk menjangkau kelompok tersebut.

“Kami ada satu orang kunci neli yang koordinir biasa kalo kita kasi tau dia bisa bawa beberapa anak sering sekali kesini mereka.”

Klinik Kalvari telah mengembangkan media promosi kesehatan terkait HIV yang menggunakan bahasa lokal. Selain itu, Klinik Kalvari juga membantu penyedia layanan di Puskesmas yang tidak bisa berkomunikasi dengan Bahasa Daerah suku setempat.

“Ada kesulitan di bahasa emang nah itu untung kita bisa bantu.”

Stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dinilai sudah berkurang. Masyarakat sudah mulai bisa menerima dan tidak mengucilkan anggota keluarga mereka yang terinfeksi HIV.

“Stigma dan diskriminasi yang dulu menjadi masalah menurut saya ini sekarang mulai berkurang karena apalagi dengan adanya yang saya alami ya yang kami kelola itu saya mengatakan berkurang karena orang-orang keluarganya sendiri sudah mau menerima...artian mau menerima itu mau berkunjung sudah bisa mengakui bahwa anak saya seperti itu tidak di kucilkan seperti itu bahkan orang tuanya sendiri ada yang langsung mengantar ke minta untuk tinggal disitu.”

Ketersediaan rumah singgah telah membantu pasien HIV yang berasal dari luar daerah Wamena agar mereka bisa mengakses layanan HIV secara optimal.

“Yang selama ini pengalaman pendamping di shelter itu mereka datang sendiri kebanyakan yaa karena pikirnya di shelter itu kan untuk periksa HIV orang tiba-tiba datang mau minta periksa tanpa di bimbing oleh pendamping.”

“Kami punya aturan itu tinggal 2 bulan gunanya untuk apa untuk membiasakan dia minum obat melatih kemudian memperbaiki gizinya dari pasien itu nutrisinya sehingga diadakanlah 2 bulan memulihkan kondisi yang lemah itu menjadi berdaya lagi dan itu juga tidak aturan yang mati fleksibel kalo sudah 2 bulan tapi belum memungkinkan untuk kembali ke keluarga masih lanjut asal dia ikut aturan.”

Penambahan petugas lapangan untuk mendampingi dan menjangkau PSJ perlu dilakukan.

“Kalo untuk saya sih sarannya untuk khusus mengatasi PS ini kita membagi pendamping penjangkau itu harus sebanding dengan jumlah PS yang ada. iyaa ....mungkin di lihat dari mobilenya kalo dari penelitian

ini kita bisa menilai kira-kira 1 orang di kota ini mungkin bisa dia mobile dalam 1 hari 4 titik berarti pendampingnya minimal harus ada 1.”

Petugas lapangan juga perlu ditunjang dengan fasilitas yang mendukung mobilitas mereka.

Salah satu strategi yang dicetuskan oleh informan adalah pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) bagi PSJ. Pada umumnya PSJ bergaul dalam kelompok sehingga dengan adanya orang kunci dalam kelompok tersebut maka PSJ menjadi lebih mudah terjangkau dengan upaya penanggulangan HIV.

“Saya kira juga perlu dipikirkan ada semacam kelompok dukungan sebaya untuk pekerja-pekerja seks.”

“Sebetulnya kalo kita melihat lihat mereka punya kelompok kok mereka kenal dan umurnya kan untuk membetuk genk kan besar-besarnya kalo bisa kita intervensi lewat itu berarti kan kemudian bisa dibikin acara macam-macam bisa bikin acaranya mereka senang dansa atau apa yang kemudian membuat mereka rindu untuk selalu berkumpul dari situ baru kita arahkan bahwa kalo mereka tidak jaga kesehatan reproduksinya.”

Untuk merealisasikan strategi tersebut perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan kapasitas dan memberdayakan PS sebagai pendamping dan *role model* bagi PSJ lainnya.

“Mungkin yang perlu di perkuat mungkin pendamping dan juga PS jalanan, PS juga perlu di berdayakan karena yang terjadi belum ada role model di PS. kalo umpanya saya kira mereka punya metode di tempat-tempat lain umpamanya PS itu bisa mendampingi sama2 mereka tetapi harus diberikan pembekalan.”

## Hasil Penelitian Kota Sorong

### Pekerja Seks Jalanan

#### 1. Gambaran Umum Pekerja Seks Jalanan

Pengumpulan data pada PSJ di Sorong dilakukan pada PSJ yang tidak bekerja di lokalisasi dan tidak hanya pada PSJ yang berasal dari Papua. Hal ini karena penjangkauan pada PSJ di luar lokalisasi di Sorong masih sangat rendah, sehingga PSJ yang tidak terorganisir ini memiliki risiko yang tinggi dan membutuhkan intervensi program ke depannya. Penjangkauan yang kurang secara umum juga mempengaruhi proses pengumpulan data sehingga menjadi sangat sulit karena pada awalnya tidak diketahui orang kunci yang dapat membawa peneliti pada responden yang tepat. Tetapi pada akhirnya peneliti memperoleh informasi dari waria yang dekat dengan kelompok PSJ sehingga dapat membantu dalam proses pengumpulan data. Hal ini sebenarnya sangat potensial untuk upaya penjangkauan PSJ jalanan ke depannya di Kota Sorong.

Lokasi-lokasi tempat PSJ biasa berkumpul di Kota Sorong adalah di belakang Pasar Bersama, Pasar Remu, di depan Toko Tio di depan Elin (sebagai penjual pinang), kos-kosan yang bernama Bunda Cute di Jl. Pendidikan, dan kafe di sekitar Tembok Berlin (ada yang menunggu tamu disana, ada juga yang via telpon melalui pemilik kafe). Jumlah PSJ di Kota Sorong dikatakan terbanyak berada di belakang Pasar Bersama dimana sebagian besar PSJ disana berasal dari Papua. Jika dijumlahkan di semua lokasi yang ada, diperkirakan terdapat sekitar 200-300 orang PSJ di Kota Sorong. Data penelitian di Kota Sorong dikumpulkan dari beberapa kelompok, yaitu PSJ yang menunggu klien di kafe-kafe di pinggir jalan di sekitar Tembok Berlin, PSJ yang bertransaksi melalui telepon, PSJ yang menunggu klien di belakang Pasar Remu dengan menggunakan kamar-kamar berupa gubuk kecil, serta kelompok PSJ yang juga berjualan pinang di pinggir jalan.

PSJ yang bekerja di kafe-kafe di sekitar Tembok Berlin, yang bertransaksi melalui telepon dan yang berjualan pinang umumnya berasal dari Papua, sedangkan PSJ yang bekerja di belakang Pasar Remu sebagian besar adalah pendatang meskipun ada yang berasal dari Papua. Dari segi umur, PSJ yang berasal dari Papua cenderung berusia lebih muda (belasan hingga di bawah 30 tahun) daripada PSJ pendatang (umumnya berusia di atas 30 tahun). Umur pelanggan mereka umumnya sekitar 30 tahun. PSJ yang berasal dari Papua umumnya belum menikah, sedangkan yang pendatang umumnya sudah menikah atau sudah bercerai. Tingkat pendidikan mereka umumnya rendah sampai dengan SD atau SMP, walaupun ada yang mencapai SMA.

PSJ yang bekerja di kafe dan yang bertransaksi melalui telepon memiliki penghasilan yang jauh lebih tinggi (sekitar Rp 500.000-1.000.000/transaksi) daripada yang bekerja di belakang Pasar Remu (sekitar Rp 100.000/transaksi). Untuk PSJ yang di belakang Pasar Remu, mereka harus membayar sewa kamar/gubuk seharga Rp 10.000-20.000 tanpa ada sistem bagi hasil dengan pemilik kamar. Penentuan harga dan penyaluran tamu bagi sebagian PSJ, terutama yang bertransaksi melalui telepon dilakukan melalui mucikari, agar tidak terjadi persaingan harga antar PS. Transaksi bagi PSJ di Tembok Berlin dan yang melalui telepon umumnya dilakukan di hotel. Rata-rata jumlah klien untuk semua PSJ adalah 2-3 orang per hari dan sebagian besar klien PSJ dikatakan berasal dari Papua. PSJ yang transaksinya melalui telepon juga sering berkumpul dan minum minuman beralkohol di sekitar Tembok Berlin tetapi mereka tidak mencari klien disana. Hal ini berpotensi menimbulkan konflik antara kedua kelompok dan kedua kelompok ini dikatakan tidak memiliki mucikari.

Umumnya responden sudah bekerja sebagai PSJ selama lebih dari 3 tahun tetapi ada juga yang baru bekerja selama sebulan. Sebagian dari mereka berasal dari Sorong tapi kebanyakan dari kota lain, misal: Manokwari, dan ada yang pernah bekerja sebagai PSJ di kota lain seperti Timika dan Manokwari. Pengetahuan terkait HIV pada PSJ di Kota Sorong secara umum cukup baik tetapi masih sangat rendah terkait IMS. Perilaku konsumsi minuman beralkohol terlihat lebih dominan terjadi pada PSJ yang berasal dari Papua dibandingkan PSJ pendatang, dengan jenis minuman yang paling sering dikonsumsi adalah minuman lokal (milo). PSJ pendatang umumnya tidak menyediakan minuman beralkohol ataupun minum bersama klien. Perilaku merokok juga lebih umum terdapat pada PSJ yang berasal dari Papua, sedangkan penggunaan NAPZA tidak tergalai saat pengumpulan data di Kota Sorong. PSJ dari Papua umumnya memiliki kemampuan mengelola keuangan yang rendah, dimana uang yang dihasilkan akan habis dalam waktu singkat terutama untuk keperluan pribadi dan membeli minuman beralkohol. Sebagian dari mereka tidak menganggap pekerjaan sebagai PSJ sebagai mata pencaharian utama, walaupun banyak dari mereka yang bekerja sebagai PSJ karena dorongan ekonomi. Selain itu, masih terdapat kepercayaan bahwa uang haram tidak boleh digunakan untuk membiayai anak-anak, sehingga uang yang dihasilkan digunakan untuk keperluan pribadi. Di sisi lain, PSJ pendatang umumnya bekerja untuk menghidupi anak atau anggota keluarga lainnya yang berada di luar Papua.

Umumnya PSJ di Kota Sorong tinggal sendiri di rumah kos dan bukan dengan orang tua, walaupun mereka memiliki anggota keluarga lain di Sorong. Tapi sebagian dari PSJ ada yang masih tinggal bersama orang tuanya di Kota Sorong, terutama mereka yang berusia lebih muda. Umumnya dikatakan bahwa keluarga tidak mengetahui bahwa mereka bekerja sebagai PSJ. Stigma dan diskriminasi masih terjadi di



masyarakat baik terhadap profesi sebagai PS maupun terhadap HIV itu sendiri. Tetapi isu kekerasan pada PSJ dikatakan tidak banyak terjadi di Kota Sorong.

Penjangkauan PSJ selama ini masih sangat kurang di Kota Sorong karena kurang optimalnya komunikasi dan koordinasi antara KPA Kota Sorong dengan LSM yang ada. Saat ini hanya terdapat 1 LSM yang masih aktif di usaha penanggulangan HIV yaitu Yayasan Tifa Mandiri (Yatima). LSM ini tidak hanya bergerak di bidang kesehatan seperti upaya penanggulangan HIV dan malaria, tetapi juga di bidang pendidikan. Luasnya cakupan program LSM ini dengan jumlah staf yang terbatas dikatakan sangat mempengaruhi kinerja mereka menjadi tidak maksimal. Ditambah lagi dengan dana yang sangat terbatas untuk melaksanakan seluruh kegiatan. Sebelumnya terdapat LSM yang cukup besar di Kota Sorong yaitu Yayasan Sosial Agustinus (YSA) yang bergerak di upaya penanggulangan HIV termasuk penjangkauan dan pemberian layanan baik bagi populasi kunci maupun masyarakat umum. Tetapi karena adanya konflik internal, maka LSM tersebut tidak aktif lagi. Salah satu penggagas LSM tersebut akhirnya mendirikan Yatima dan beberapa staf yang awalnya bekerja di LSM tersebut juga bekerja di Yatima.

## **2. Perilaku Berisiko PSJ terkait HIV dan IMS**

### **2.1 Awal Menjadi PSJ**

Dikatakan oleh responden bahwa kebanyakan dari PSJ memutuskan menjadi PS karena berawal dari terbiasa berhubungan seks dengan pacar dan mencoba menjual seks kemudian merasa nyaman dengan mudahnya mendapatkan uang dengan cara menjual seks.

*“Kebanyakan sih mereka ini cuma sekedar ini dulu ya namanya remaja-remaja kan, eee biasa kalo mereka pacaran apa kan udah langsung kan jadinya dari situ pasjuga ya mungkin iseng akhirnya bisa... ya banyakan seperti itu begitu yang semua yang biasa saya istilahnya yang biasa saya peganglah kebanyakan sih begitu, akhirnya keenakan keenakan sebagai istilahnya sebagai jalan pintaslah”*

### **2.2 Pemakaian Kondom**

Pemakaian kondom merupakan salah satu isu terkait perilaku berisiko yang diukur dalam penelitian ini. Walaupun hampir semua responden mengatakan selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan klien, penggunaan kondom masih tidak konsisten, dimana ada saatnya responden tidak menggunakan kondom dalam situasi tertentu. Hal ini umumnya dipengaruhi oleh konsumsi minuman beralkohol, daya tawar yang rendah dengan klien terkait dengan kebutuhan ekonomi dan masih adanya persepsi yang salah bahwa klien yang terlihat bersih dan sehat artinya tidak terinfeksi HIV atau IMS. Negosiasi kondom umumnya lebih sulit dilakukan oleh PSJ yang berusia lebih muda. Selain itu diketahui

pula bahwa salah satu alasan yang paling sering disampaikan oleh klien jika menolak memakai kondom adalah karena merasa tidak enak.

*“He eh tamunya dia sehat atau gak jadi kita berani gak pake kondom”*

*“Pernah pas kondom habis, tanya teman juga habis waktu itu kita dikasi penyuluhan, kalau mau dimasukkan liat kemaluannya dulu, liat fisiknya, bibirnya apa ada pecah-pecah, kalau laki-laki liat di maaf ya kemaluannya itu, kalau ada merah isi bintik-bintik itu nggak boleh layani*

*“Kebanyakan laki-laki di Papua berhubungan di saat sudah mabuk, jadi miras itu juga sangat mempengaruhi”*

Berlawanan dengan pemakaian kondom dengan klien yang hampir selalu dilakukan, dalam wawancara diketahui bahwa PSJ tidak pernah menggunakan kondom dengan pacar atau pasangan tetapnya.

*“Tidak. Nggak mungkin mau saya punya suami pake kondom kalo orang lain boleh”*

Kondom umumnya dibeli sendiri dengan harga Rp 5000 (3 buah) atau diperoleh di layanan saat memeriksakan diri. Harga demikian dianggap cukup mahal terutama bagi PSJ pendatang yang berpenghasilan rendah, walaupun mereka mengatakan tetap berusaha menyediakan kondom karena sering ada permintaan dari klien. Selain itu, ada juga kondom yang didapat dari orang kunci (waria) yang memiliki outlet kondom dari KPA Kota Sorong.

*“Ya walaupun mahal tidak mahal kita kan harus siap memang. Kan banyak yang tanya toh kan tidak enak juga”*

### **2.3. Pemakaian Alat Kontrasepsi**

Pemakaian alat kontrasepsi selain kondom juga ditanyakan saat pengumpulan data penelitian ini. Hal ini penting mengingat tingginya risiko PSJ untuk mengalami kehamilan jika klien tidak menggunakan kondom. Dari hasil wawancara dan FGD diketahui bahwa PSJ ada yang menggunakan alat kontrasepsi suntik dan pil. Di lain pihak, masih ada PSJ yang tidak menggunakan alat kontrasepsi dan bersedia menerima walaupun hamil dengan klien karena dianggap sebagai rejeki dan tidak takut kehilangan pekerjaannya sebagai PSJ karena hamil.

*R: Saya belum punya anak jadi tidak pakai KB*

*P: Ada nggak ketakutan kecelakaan trus hamil?*

*R: Tidak ngapain takut kan itu rejeki hehe, walaupun dengan tamu tidak apa*

*P: Jadi nggak usah dibawa pusing ya?*

*R: Ya ngapain pusing kalo stop ya jualan hehhe*

## **2.4 Konsumsi Minuman Beralkohol**

Konsumsi minuman beralkohol merupakan salah satu permasalahan yang perlu mendapatkan perhatian pada PSJ di Kota Sorong. Dari hasil wawancara dan FGD diketahui bahwa perilaku konsumsi minuman beralkohol lebih dominan terjadi pada PSJ yang berasal dari Papua dibandingkan PSJ pendatang. Diketahui pula bahwa minuman yang dominan dikonsumsi adalah minuman lokal (milo).

PSJ yang lebih tua umumnya menghindari berhubungan dengan tamu dalam keadaan mabuk karena rawan terjadi hubungan seks tanpa kondom dan PSJ tidak dibayar, sedangkan PSJ yang berusia lebih muda seringkali minum hingga mabuk sehingga rawan terjadi kedua hal tersebut. Pada beberapa responden diketahui bahwa walaupun mereka minum dengan tamu, PSJ juga berusaha tidak sampai benar-benar mabuk dengan cara kabur atau menolak jika minuman ditambah karena khawatir terjadi hal negatif.

*P: jadi biasanya kalo sebelum ketemu klien mbak minum yaa?*

*R: iyaa..*

*P: itu sampai mabuk gak mbak?*

*R: pernah sih tapi kadang kalo mabuk gitu kalo minumannya ditambah saya kabur..*

*P: terus tamunya gak marah?*

*R: marah..dari pada saya mabuk sampai gak tau diri..*

## **2.5 Komunikasi dengan Klien terkait HIV**

Komunikasi dengan klien terkait HIV merupakan salah satu hal yang diharapkan mampu dilakukan oleh PSJ. Tetapi pada penelitian didapatkan bahwa komunikasi terkait HIV dengan klien sulit dilakukan oleh PSJ karena umumnya mereka diremehkan oleh klien. PSJ juga sulit untuk mengajak tamunya tes HIV karena hubungan yang terjadi singkat dan umumnya setelah transaksi tidak ada komunikasi lagi.

*P: Mungkin nggak kalo misal PS itu mengajak tamu priksa?*

*R: Tidak, krn kebanyakan tamunya punya keluarga kan kedua bekerja. Karena sekedar kan transaksi main ya udah, nanti butuh lagi panggil lagi*

Dari hasil wawancara dengan PSJ yang bekerja di belakang Pasar Remu, dimana pelanggannya cenderung berusia lebih tua (di atas 30 tahun), disebutkan bahwa klien mereka cenderung lebih dewasa dan terbuka untuk komunikasi terkait tes HIV.

*P: Kalau diajakin mau nggak kira-kira?*

*R: Mereka bilang tidak takut*

*P: Kalau mbaknya ngomongin HIV tamunya marah apa nggak?*

*R: Tidak, tidak marah, Tamunya kesini baik-baik tidak tau minum pikiran sudah dewasa gitu, bukan anak muda, sudah umur 30-40 an*

## **2.6 Status HIV yang Positif**

Pada saat proses pengumpulan data diketahui ada satu orang responden yang positif HIV tetapi masih aktif bekerja sebagai PSJ. Diketahui pula bahwa responden tersebut sedang menderita infeksi paru dan tidak mengkonsumsi ARV. Responden menjelaskan bahwa dirinya belum terbuka mengenai status HIV-nya kepada orang lain.

*P : Sebelumnya udah pernah test CD4?*

*R: sudah sekitar setahun lah*

*P : berapa waktu itu?*

*R : 100 lebih...*

*P : tapi gak dikasi obat sama dokternya?*

*R: obat untuk paru2 aja...*

## **3. Perilaku Mengenal Penyakit dan Mencari Pengobatan**

### **3.1 Tingkat Pengetahuan**

Tingkat pengetahuan responden terkait risiko HIV secara umum sudah cukup baik. Mereka mengetahui cara penularan HIV dan cara pencegahannya dengan menggunakan kondom, tetapi pengetahuan terkait gejala HIV terlihat masih kurang, dimana mereka masih berpendapat bahwa infeksi HIV pasti memiliki gejala. Pengetahuan tentang HIV sudah cukup baik diperoleh dari berbagai sumber, misal dari TV, penyuluhan dan dari tenaga kesehatan saat memeriksakan diri ke layanan.

*“Pernah itu katanya kalo bintik-bintik. Bintik-bintik gejalanya tidur-tidur, suka ngantuk-ngantuk”*

Pada PSJ yang muda terlihat bahwa tingkat pengetahuan mereka tentang IMS masih rendah. Banyak yang tidak mengetahui gejala dari IMS dan masih ada yang tidak mengetahui dirinya atau pacarnya sedang menderita IMS walaupun sudah terdapat gejala. Selain itu, mereka juga beranggapan bahwa perempuan tidak bisa terkena syphilis.

*“Yang saya tau, laki-laki kena sifilis kalau perempuan kencing nanah. Tapi saya ga pernah kencing nanah, tidak pernah semua, tapi saya tidak tahu kalau kita perempuan bisa kena sifilis.”*

Selain tingkat pengetahuan terkait IMS yang masih rendah, tingkat pengetahuan responden tentang KB juga masih rendah. Ada kepercayaan bahwa mereka sudah KB alami karena telah dikutuk agar tidak bisa memiliki anak. Ada juga responden yang menyebutkan bahwa karena anaknya sudah besar atau sudah memiliki banyak anak maka tidak mungkin lagi menjadi hamil.

### **3.2. Perilaku Pencegahan dan Pengobatan**

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD dengan PSJ, didapatkan bahawa masih terdapat beberapa upaya pencegahan secara tradisional yang dilakukan oleh mereka, diantaranya adalah minum jamu dari daun-daunan yang bertujuan untuk memperlancar haid sehingga tidak hamil. Selain itu, diketahui pula tingginya konsumsi antibiotik dan jamu-jamuan serta praktik membersihkan kemaluan dengan pasta gigi yang ditujukan untuk mencegah penularan HIV dan IMS. Beberapa responden menyebutkan bahwa mereka menggunakan air panas untuk membilas vagina yang bertujuan untuk menghilangkan kuman.

*P: “Pepsodent untuk apa bu?”*

*R: “Trus masuk di lubang vaginanya “*

*R: “Supaya bersih, tidak masuk kuman-kuman “*

Terkait dengan akses terhadap layanan, sudah ada beberapa PSJ yang pernah memanfaatkan layanan puskesmas dan puas dengan layanan yang diberikan serta tidak merasa malu karena sudah terbiasa dan jujur mengenai pekerjaan mereka sebagai PS. Tetapi akses terhadap layanan tersebut tidak rutin dilakukan.

*“Kadang 1 bulan kadang 2 bulan sekali ke situ. Biar darah itu tidak berpenyakit, darah bersih”*

Karena sebagian PSJ sudah pernah bekerja di luar Kota Sorong dan terpapar informasi serta berpengalaman menjalani tes HIV di kota tersebut, mereka cenderung mengulang untuk tes lagi di Kota Sorong.

*R : sudah pernah...*

*P : itu dimana?*

*R : di Timika*

*P : oh disini juga pernah test...sudah berapa kali testnya?*

*R : sudah 2 kali...*

PSJ yang sudah pernah mengakses layanan di puskesmas cenderung merasa puas tetapi masih ada dari mereka yang menolak untuk pemeriksaan organ reproduksi karena merasa kurang nyaman, dan hanya bersedia untuk pemeriksaan darah untuk tes HIV saja.

*“Ada yang nggak mau, geli kan dikorek-korek.. hehee...Kebanyakan disini mereka sudah puas kalo periksa darah. Sudah puas. Bersihlah....Oh asal sudah hasilnya negatif “*

#### **4. Faktor Pendukung Akses terhadap Layanan**

Terdapat berbagai faktor yang mendukung akses PSJ di Kota Sorong terhadap layanan. Adanya tokoh kunci yang disegani yaitu waria yang telah lama bekerja bersama PSJ dan telah banyak mendapat pelatihan tentang HIV merupakan salah satu faktor tersebut. Tokoh kunci waria tersebut, tidak hanya memberikan informasi terkait HIV, tapi juga mendistribusikan kondom serta mendorong PSJ untuk melakukan tes HIV.

Beberapa faktor yang terkait langsung dengan kualitas layanan juga menjadi faktor pendukung akses PSJ terhadap layanan selama ini. PSJ yang sudah pernah mengakses puskesmas menyebutkan bahwa mereka tidak merasa malu ke puskesmas karena ruangnya tertutup dan bisa langsung masuk ke dalam ruang periksa melalui jalan pintas. Selain itu, terdapat juga rasa percaya terhadap dokter yang dianggap telah ahli dan tidak akan membocorkan rahasia kepada orang lain, sehingga mereka merasa aman jika memeriksakan diri kesana. Beberapa responden menyatakan bahwa secara umum kerahasiaan data pasien di puskesmas dirasa cukup bagus, dan kebocoran informasi yang selama ini terjadi pada umumnya disebabkan oleh sesama PSJ.

*“Namanya dokter itu kan sudah ahli toh. Ketahuan sebegini sebegini, su penting kita sudah terus terang tidak apa-apa. Kalo dokter kan tidak mungkin kan dia kasih tau kesana kemari”*

Pada PSJ yang masih muda dan tinggal dengan orang tua, adanya dukungan orang tua memotivasi mereka untuk memeriksakan diri ke puskesmas. Hal ini terjadi karena orang tua mengetahui adanya pergaulan bebas di kalangan remaja dan merasa khawatir anak mereka terlibat dalam pergaulan bebas, tetapi bukan karena mengetahui bahwa mereka bekerja sebagai PSJ.

*P: “Oh terus gimana responnya orang tua kalau tau mbak kerjanya kayak gini misalnya?”*

*R: “Tidak tahu kerja begini. Kalau tes HIV malah mendukung untuk periksa”*

*P: “Terus mereka ndak curiga ngapain tes HIV?”*

*R: "Tidak. Cuma ada kemungkinan, ya periksa saja jangan sampai ketularan. Karena saya punya teman ini kan banyak bergaul bebas..jadi periksa jaga kemungkinan jangan sampai"*

Dari hasil wawancara diketahui bahwa kepemilikan BPJS membuat PSJ tidak khawatir dengan biaya pemeriksaan HIV. Tapi layanan HIV sampai saat ini belum terintegrasi dengan JKN, sehingga kepemilikan BPJS disini sebenarnya tidak berpengaruh terhadap akses layanan HIV.

Adanya layanan mobile VCT merupakan salah satu pendukung akses PSJ terhadap layanan karena layanan mobile VCT dirasa lebih santai daripada layanan di puskesmas, tidak terlalu formal dan bisa berbaur dengan PSJ yang lain, sehingga tidak merasa canggung. Beberapa PSJ menyebutkan bahwa mereka bersedia untuk datang ke layanan kalau dijemput selesai jam kantor agar puskesmas tidak ramai, tapi lebih memilih layanan yang datang ke lokasi yang disesuaikan dengan jam kerja masing-masing kelompok PSJ.

## **5. Faktor Penghambat Akses terhadap Layanan**

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD diketahui bahwa PSJ memiliki keinginan untuk mendapat informasi dan untuk mengakses layanan HIV dan IMS, tetapi terlihat karena kurangnya penjangkauan, mereka tidak terpapar oleh informasi tersebut dan tidak mengetahui kemana harus mencari informasi. Keinginan tersebut terlihat juga dari antusiasme mereka dalam bertanya selama proses wawancara dan FGD mengenai kemana saja mereka bisa mengakses layanan HIV dan IMS. Masih ada ketidaktahuan bahwa mereka bisa melakukan tes HIV di semua Puskesmas yang ada di Kota Sorong. Puskesmas juga dianggap tidak lengkap layanannya dibandingkan RS jadi lebih baik memeriksakan diri langsung ke RS.

*P: "Jadi menurut mbak informasi HIV disini itu kurang banget ya? "*

*R: "Iya kurang sekali mbak disini. Tidak pernah ada begini disini. Maksudnya kalau di lapangan begini tidak pernah. Palingan kalau periksa sendiri ya kalau punya keinginan sendiri periksa sendiri."*

Selain rendahnya penjangkauan dan informasi yang diperoleh, masih adanya stigma dan diskriminasi di masyarakat terhadap pekerjaan sebagai PS juga berpotensi membuat PSJ enggan untuk memeriksakan diri ke layanan. Beberapa dari responden menyampaikan rasa takut untuk bertemu dengan orang yang dikenal atau bisa teridentifikasi dari marga yang terdapat dalam nama asli Papua mereka, sehingga bisa mempengaruhi nama baik keluarga.

*P: “ada gak mbak rasa kayak takut kalo ketauan misalnya ke puskesmas atau ke rumah sakit gitu takut ketauan ini bekerja begini nih takut dianggap miring sama orang?”*

*R: “ada sih terkadang juga emosi maksudnya jengkel...”*

Hasil wawancara juga menunjukkan PSJ merasa takut untuk mengetahui hasil tes HIV, karena menganggap kehidupannya akan berubah dan tergantung pada obat-obatan.

*R: “kepengen sih cuma terkadang juga banyak pikiran tentang hasilnya gitu...”*

*P: “yang mbak takutkan sebenarnya apa? Kalo misalnya hasilnya positif?”*

*R: “takutnya yaa kepikiran itu yaa hidup sampai kedepannya gimana..”*

Selain semua faktor di atas, adanya persaingan dan diskriminasi di antara PSJ sendiri menyebabkan mereka tidak dapat saling memberikan informasi terkait layanan yang sudah pernah diakses sebelumnya. Dalam hal ini terlihat bahwa PSJ tidak mampu untuk menjadi *peer educator* bagi PSJ lainnya karena adanya isu persaingan, dan masih rendahnya perilaku memeriksakan diri pada mereka sendiri.

Hasil wawancara menunjukkan adanya keluhan PSJ terkait perbedaan ruangan pemeriksaan di puskesmas, dimana mereka berharap agar ruangan disamakan saja dengan pemeriksaan yang lain sehingga tidak terlihat berbeda.

*“Jadi biasa juga ndak disuruh antri, ruangnya beda. Cuma sekarang ada yg complain jangan dikasi berbeda, samakan aja supaya nggak terlalu, istilahnya kok dia dibedakan sendiri”*

## **Laki-laki yang Berhubungan Seks dengan Laki-laki**

### **1. Gambaran Umum Komunitas LSL**

Pengumpulan data pada komunitas LSL dilakukan melalui FGD dengan 18 orang LSL di sebuah sanggar bagi komunitas tersebut di Kota Sorong. Sebagian besar LSL yang berpartisipasi dalam FGD adalah pendatang, dimana hanya ada 2 orang LSL yang berasal dari Papua.

Bertolak belakang dengan upaya penjangkauan pada PSJ, upaya penjangkauan LSL di Kota Sorong sangat baik. Upaya penjangkauan tersebut diinisiasi oleh seorang tokoh kunci pendiri sekaligus Ketua Pemuda Papua Kreatif (PPK), sebuah wadah komunitas LSL yang dibentuk pada tahun 2013. PPK tidak hanya fokus pada kegiatan penjangkauan, tapi juga berupaya untuk meningkatkan keterampilan LSL sehingga



mampu mandiri dan menyalurkan kreativitasnya. Jumlah LSL yang sudah dijangkau oleh PPK sampai saat ini berjumlah sekitar 400 orang. Bagi komunitas LSL di Kota Sorong, penggunaan sosial media memegang peran penting dalam pencarian partner maupun dalam upaya penjangkauan.

Seluruh responden yang berpartisipasi dalam FGD masih muda, berusia antara 18-28 tahun. Tingkat pendidikan LSL umumnya tinggi, dengan tingkat pendidikan terendah setara dengan SMU. Beberapa di antara mereka ada yang masih kuliah, sudah bekerja dan ada yang sedang menganggur.

## **2. Perilaku Berisiko**

Berdasarkan hasil FGD terkait dengan perilaku berisiko kelompok LSL didapatkan bahwa kelompok LSL dirasa memiliki risiko yang tinggi untuk terkena IMS karena umumnya memiliki pasangan seksual lebih dari satu dan tingkat penggunaan kondomnya masih rendah.

*“kalo itu kalo ims kan sering banyak terjadi di kaum lsl yaa karena sering bergonta ganti pasangan misalnya kan kita gak tau yaa dia statusnya berpacaran dengan ini tapi diluarnya kan dia juga berbuat seperti itu tanpa menggunakan kondom dan mereka sebenarnya paham sih maksudnya cara mendapatkan kondom itu dimana tapi mereka bicaranya kurang enak kalo menggunakan kondom...jadi kan dia punya risikonya lebih tinggi karena berhubungan tanpa menggunakan kondom...disini banyak sih yang seperti itu...”*

Pengetahuan tentang IMS dan HIV di kelompok ini terlihat sudah cukup tinggi, dan dikatakan telah terjadi perubahan yang positif pada pengetahuan dan perilaku LSL setelah bergabung dalam PPK, seperti meningkatnya pemakaian kondom.

*“Selama saya bergabung di ppk saya merasa lebih baik gitu seperti kita kan anak muda kan lagi suka maunya berhubungan intim yang bebas jadi kita lebih menggunakan itu kalo berhubungan intim kondom terus ini kak eko juga membagikan kondom ke kita supaya tidak terjangkit virus....”*

## **3. Faktor Pendukung Akses terhadap Layanan HIV dan IMS**

Akses terhadap layanan sangat dipengaruhi oleh adanya informasi yang diperoleh LSL terkait HIV, IMS dan layanan yang tersedia. Berdasarkan hasil FGD didapatkan bahwa adanya komunikasi melalui sosial media selama ini telah banyak membantu kelompok LSL untuk saling bertukar informasi dan untuk upaya penjangkauan.

*“Temen2 ini saya dapat kan juga dari facebook dari BBM dari media sosial atau kadang2 setiap hari minggu kami di Papua itu ada yang namanya minsor kan nongkrong2 di tembok nah mereka2 ini dari komunitas ada komunitas motor kemudian anak2 yang suka nongkrong nah saya kan istilahnya emaknya nih hehehe saya turun nah karena kami nah yang tadi aku bilang karena temen2 sudah punya signal paling tinggi jadi bisa melacak dimana temen2 sesamaku dimana dia walaupun dia gak berstatus karena dia tau signalnya saling connect ya udah sih akhirnya edukasi...”*

Selain adanya komunikasi dan upaya penjangkauan melalui sosial media, adanya wadah bagi LSL untuk berkumpul dan menyalurkan kreativitasnya melalui PPK juga membuat LSL lebih mudah untuk saling berbagi dan memperoleh informasi terkait HIV dan IMS, termasuk akses layanan.

*“Gak mereka kan tadinya yaa itu tadi mereka di nongkrong aja gak jelas kemudian karena patokan mereka orientasinya mereka sudah tau orientasinya apa nah itu tadi terhimpun kalo ada wadah kan enak nih tinggal kalo misalnya saya lagi lomba apa saya mampir kalo ada lomba anak2 suka turun....dan mereka pun harus sambil ada entertainnya masuk lagi edukasi itu bahwa ini lho tempatnya untuk mengakses apapun itu kamu bisa share disini di Kak Eko kayak gitu jadi sudah siap untuk memanggil temen2 kalo temen2 tidak tahu..”*

Faktor pendukung lainnya adalah kelompok LSL sudah merasa nyaman dengan beberapa dokter yang bertugas di layanan karena dirasa bisa menjaga kerahasiaan data mereka. Disebutkan pula bahwa mereka tidak selalu harus diperiksa oleh dokter laki-laki, walaupun pada awalnya mereka cenderung memilih dokter laki-laki tapi setelah terbiasa mengakses layanan, akhirnya mereka terbiasa juga diperiksa oleh dokter perempuan. Selain itu sudah ada kesepakatan dengan puskesmas agar proses pemeriksaan LSL bisa lebih dimudahkan sehingga tidak harus antri lama. Responden juga mengatakan bahwa pada awalnya mereka merasa lebih nyaman di Puskesmas Malawe dan Melano karena ada dokter yang sudah dirasa nyamandi kedua puskesmas tersebut, tapi lama kelamaan mereka terbiasa untuk mengakses puskesmas yang lain juga.

*“Tergantung kenyamanan temen2 masing2 karena disetiap layanan ada beberapa dokter yang mereka sudah nyaman terus ada layanan satu lagi faktor keluarga disitu...takut rahasia terbongkar mereka lebih memilih layanan yang lebih nyaman...tapi kita udah sepakatan dengan semua bahwa temen-temenkomunitas gak perlu banyak tanya karena kita sudah bawakan mereka kertas yang sudah mereka harus kesana jadi udah tunjukkanlah...”*

#### 4. Faktor Penghambat Akses terhadap Layanan

Salah satu penghambat akses terhadap layanan pada kelompok LSL selama ini adalah adanya kesenjangan dan jarak antara LSL pendatang dengan LSL yang berasal dari Papua. Hal ini membuat LSL yang berasal dari Papua menjadi terkucilkan dan sulit dijangkau. Tetapi dengan usaha pendekatan yang intensif, LSL yang berasal dari Papua saat ini sudah banyak yang bisa dijangkau oleh PPK.

*“Papua pendatang dengan asli papua gak mau gabung dengan kita...karena itu tadi karena ada dinding diantara kita jadi lsl yang untuk golongan yang pendatang itu yang high class yang sosialita itu mereka punya sendiri terus yang pribumi mereka sendiri karena kebanyakan dari temen2 yang kayak gini kami bilangnyanya amber orang papua itu mereka tidak mau berteman dengan yang pribumi akhirnya yang pribumi mereka kan terkucilkan terus kemudian mereka berkbangnya lebih banyak”*

Karena jumlah LSL yang memeriksakan diri ke puskesmas cukup tinggi, sering terjadi kehabisan stok reagen pemeriksaan IMS sehingga LSL yang berkunjung ke layanan akhirnya batal memperoleh pemeriksaan. Disebutkan bahwa hal ini menyulitkan LSL karena mereka sering berpindah-pindah dan tidak memiliki waktu untuk datang kembali ke layanan yang disebabkan karena mereka bekerja.

*P: “Jadi kalo regennya kosong gitu terus gimana?”*

*R: “nah itu dia yang tadi saya bilang jadi kendala kami karena temen-temen ini kan gak punya waktu mereka udah mau datang atau pemeriksaannya itu udah syukur tiba-tiba datang kelayanan layanan gak punya...”*

Jam buka puskesmas menjadi salah satu kendala lain bagi LSL untuk berkunjung karena berbenturan dengan jam kerja mereka. Maka dari itu, solusi yang sering diambil adalah meminta ijin dari tempat kerja, tapi dengan absennya mereka dari tempat kerja diharapkan layanan selalu siap sehingga LSL tidak merasa rugi datang ke layanan. Saat ini masalah tersebut sudah lebih mudah ditangani karena adanya dua puskesmas yang menyediakan hari khusus bagi LSL untuk melakukan pemeriksaan di Hari Sabtu pagi.

*R: “Kendala juga sih karena kan biasanya kan kalo kebanyakan kerja pagi yaa apalagi swasta itu kalo macam puskesmas itu tutup jam 1 kita kan belum pulang kerja kita kan pulang kerjanya jam 3paling cepat itu yaa jadi kalo kita mau periksa lgi istilahnya hari minggu kan puskesmas tutup...”*

*P : “Gimana kira2 solusinya?”*

*R : “Solusinya minta ijin di tempat kerja nah takutnya kayak tadi kan kita minta ijin terus layanannya gak siap, jadi orang layanan menyediakan waktu di Hari Sabtu khusus untuk temen2 dari jam 7pagi sampai jam 10...makanya temen2 harus datang...”*

Faktor penghambat akses yang lainnya adalah masih adanya rasa canggung dan malu terutama pada LSL yang belum pernah mengakses layanan, sehingga umumnya mereka masih perlu untuk didampingi saat awal berkunjung.

*“Kalo dari pengalaman kalo sendiri2 mereka canggung sih malu kalo ada yang mendampingi sama temen2 lebih nyaman karena ada juga mereka yang baru itu istilahnya belum kenal dokternya siapa tempatnya dimana kalo ada yang mendampingi kita kan langsung kesana kita nunggu di luar...mungkin kalo yang udah pernah periksa mungkin... Pertama kali yang harus didampingi...”*

Adanya pengalaman sesama LSL dimana hasil pemeriksaannya yang terbongkar oleh teman membuat LSL yang lain merasa takut untuk memeriksakan diri. Hal ini sangat erat kaitannya dengan masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap LSL dan HIV. Dalam FGD diketahui bahwa kelompok LSL merasa lebih khawatir dengan status HIV mereka daripada diketahui orang lain sebagai LSL, karena diskriminasi yang dirasa lebih kuat di masyarakat umum terkait HIV.

*“Kadang mereka takut sih karena ada beberapa temen juga sih ada yang udah positif itu juga rahasianya terbongkar...itu tadi aku bilang kami disini adanya gap ada katagori dia ember segala macam kadang-kadang temen-temen berpatokan dengan kejadian seseorang ini temen-temennya kita merasa kami terintimidasi..”*

*“Takut dengan status HIV...karena disini kan kebanyakan kalo yang positif itu kita dijauhi langsung di diskriminasi kalo orang awam yaaa kalo orang macam kita mungkin kita bisa merangkul dia kalo yang awam jangan deket-deket dia gini-gini..”*

## **Penyedia Layanan/Stakeholders**

### **1. Faktor Penghambat Penyediaan Layanan bagi PSJ dan LSL**

Faktor penghambat penyediaan layanan dan upaya penanggulangan HIV di Kota Sorong yang cukup dominan terlihat adalah rendahnya komitmen pemerintah kota yang ditandai dengan rendahnya alokasi dana untuk upaya penanggulangan HIV. Walaupun KPA Kota memiliki komitmen yang tinggi, tapi KPA Kota tidak mampu bergerak dengan terbatasnya dana yang tersedia. Selain itu, berdasarkan wawancara

dengan Sekretaris KPA Kota Sorong, diketahui bahwa komitmen yang rendah juga terlihat dari rendahnya keterlibatan SKPD lain (selain kesehatan) dalam usaha penanggulangan HIV di Kota Sorong.

*“HIV berkaitan dengan perilaku. Untuk bisa menjalani kegiatan ini tidak hanya dari kami sendiri, sector-sektor terkait pun harus terlibat. Kalau kita melihat kondisi di sorong, yang punya program hanya dari dinas kesehatan dan KPA. Dari SKPDpun tidak ada, setiap tahun kami tanya apakah ada dana untuk HIV, mereka jawab tidak ada. Tahun 2007-2014 untuk anak sekolah dari UNICEF tapi dsejak tahun 2015 tidak ada bantuan lagi. Saya pikir pikir belum ada kepedulian dari SKPD terkait. Sudah ada kebijakan pemerintah yang peduli, tapi bagaimana cara mengimplementasikannya belum maksimal. Banyak orang yang belum paham pada keberadaan KPA.”*

Selain rendahnya komitmen dari pemerintah Kota Sorong, kurang optimalnya koordinasi antara KPA Kota dengan LSM setempat juga menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV di Kota Sorong. Hal ini terlihat dari kurangnya pertemuan koordinasi yang diadakan oleh KPA Kota dan Yatima sebagai satu-satunya LSM yang masih aktif bergerak di penanggulangan HIV di Sorong. Kurangnya pertemuan koordinasi ini menyebabkan kurangnya diskusi mengenai apa saja hambatan yang ditemukan di lapangan dan solusi apa apa saja yang bias dilakukan. Kegiatan supervisi oleh KPA Kota ke Yatima juga hampir tidak pernah dilakukan. Walaupun pelaporan dari Yatima tetap masuk ke KPA Kota secara rutin tiap 3 bulan sekali, tetapi tidak pernah ada *feedback* dari KPA Kota terkait data yang dilaporkan tersebut.

Rendahannya upaya penjangkauan dan sosialisasi terkait ketersediaan layanan oleh LSM dan tenaga kesehatan setempat merupakan salah satu faktor penghambat akses layanan oleh PSJ. Rendahnya upaya penjangkauan dan pemberian informasi ini tidak lepas dari dengan isu sumber daya yang sangat terbatas, dimana LSM yang masih aktif dalam upaya penanggulangan HIV di Kota Sorong hanya satu. SDM yang kurang untuk penjangkauan dan terbatasnya dana untuk menggaji PL menyebabkan rendahnya upaya mereka untuk menjangkau PSJ. Selain itu Yatima tidak hanya bergerak di bidang kesehatan, tapi juga di bidang pendidikan sehingga dengan cakupan kegiatan yang luas dan dana terbatas sangat sulit untuk mereka fokus kepada upaya penanggulangan HIV.

Sebagai upaya meningkatkan penjangkauan terhadap PSJ, LSM perlu melibatkan orang kunci dari komunitas yang akan dijangkau sebagai petugas lapangan untuk mempermudah penjangkauan. Untuk saat ini, tokoh kunci dari waria yang dekat dengan PSJ merupakan salah satu yang berpotensi dalam membantu upaya penjangkauan di Kota Sorong. Selain itu, orang yang umumnya dianggap berpengaruh oleh PSJ adalah PSJ yang lebih senior atau mucikari. Sayangnya menurut hasil wawancara dengan tokoh

kunci waria, selama ini mucikari PSJ kurang dilibatkan dalam pertemuan dengan Dinkes dan LSM sehingga diperlukan upaya untuk melibatkan mereka ke depannya.

*“Kenapa angka semakin tinggi, semua program sudah dilakukan semua, kok angkanya masih tetap, berarti kan teman di LSM on nya Cuma dilaporan tapi untuk pelaksanaan teknis dilapangannya kurang gitu. Nah yang kita butuhkan itu orang-orang yang mau turun kelapangan, setiap pertemuan bukan mami-maminya yang dibar yang datang mungkin ini jadi pertanyaan buat KPA Dinkes, dimana mami-maminya o maminya sibuk katanya sedangkan dia buka bar dia punya uang sedangkan dia tidak memikirkan dia punya anak, ada anak buahnya sampe sakit datang kekita kita ajak kerumah sakit tapi karena bosnya larang kerja akhirnya meninggal, pulang ke makasar meninggal. Jadi kerja begini memang harus dengan hati ya sebenarnya.”*

Selain diperlukan tokoh kunci dari masing-masing kelompok risiko, disebutkan dalam FGD dengan staf LSM bahwa salah satu tantangan dalam menjangkau PSJ asli Papua adalah mereka tertutup pada pendatang sehingga dibutuhkan tokoh kunci yang juga asli Papua.

*“yaa kami sementara untuk mendekati karena untuk mendekati mereka kita cari tokoh kuncinya yang bisa mereka dengar karena tokoh kuncinya karekteristik orang Papua itu agak susah karena ketika kita mencoba untuk masuk apalagi minta maaf mungkin dari kita kalo mereka nilai kalo kita sama-sama Papua mungkin mereka welcome yaaa ketika berkomunikasi itu mungkin kita gampang masuk tapi kalo pendatang mereka sedikit tertutup...”*

Tidak dapat dipungkiri bahwa selama ini peran donor dalam memberikan bantuan dalam upaya penanggulangan HIV sangat besar, tetapi sampai saat ini masih belum ada koordinasi yang baik dengan stakeholder setempat terkait upaya untuk mengidentifikasi kebutuhan dan target sasaran yang sesuai dengan situasi lokal, sehingga terkesan dipaksakan dan selalu berubah saat ada donor yang berbeda.

*“.. jadi yang selama ini yang menjadi halangan hampir semua-semua lsm kan mungkin yang sudah besar beda tapi kalo di papua biasanya gak tau di tempat lain, tapi sama saja sih kalo ada project baru ada kerjaan jadi semacam terputus apalagi kalo a dengan program seperti ini..terus ada donor b itu gak ada over a ke b itu yang menjadi kadang2 kita sebagai intermenter juga terasa kesulitan kan karena kita sudah panjang di pertama kita udah maksudnya seperti ini udah mulai terbuka untuk ini mungkin di masyarakat tapi sedangkan donor b dya tidak termasuk tapi dya memaksa ke hesti misalnya itu sering kita sampaikan semacam donor tidak ada semacam koordinasi owhh d idaerah ini butuh apa sebenarnya jadi tidak kesannya tidak memaksakan, kami di daerah kan lebih mengerti dalam artian karakteristik sampai dimana sih progres penanganan”*

Upaya pemetaan terhadap jumlah PSJ yang dilakukan saat ini juga dirasa masih kurang karena dilakukan sebatas dari data yang diperoleh dari mucikari PSJ. Hal ini disebabkan karena terdapat kesulitan bahwa PSJ sering tidak mengidentifikasi dirinya sebagai PSJ, sehingga belum ada data yang jelas mengenai berapa estimasi jumlah PSJ yang ada di Kota Sorong.

*“kita mau petakan berapa jumlahnya itu butuh waktu yang lama karena orang kadang-kadang gak mau disebut sebagai ps jalanan padahal dya menjajakn dijalan kan tapi belum tentu dya gini jadi informasi temen2 tadi jadi selama ini temen2 kasikan ke kami itu memang mereka punya sebatas bertemu dengan maminya germonya gitu itu ada beberapa masing-masing mami bisa punya sampai 15 apa namanya anggotanya makanya kemarin di mintaketemu sampai 10 orang saya bilang sama temen2 kamu gak usah paksa dulu karena apa kita baru memulai”*

Jika dilihat dari puskesmas sebagai penyedia layanan, sampai saat ini belum ada pelatihan puskesmas ramah GWL sebagai upaya meningkatkan angka kunjungan LSL ke puskesmas. Tetapi saat ini sudah ada dua puskesmas yang secara khusus menyediakan Hari Sabtu pagi sebagai hari untuk LSL memeriksakan diri ke puskesmas tersebut.

Salah satu faktor penghambat penyediaan layanan yang klasik terjadi adalah tingginya beban kerja staf di puskesmas yang disebabkan oleh adanya pekerjaan rangkap bagi staf puskesmas. Salah satu tenaga SDM yang masih dirasa kurang di layanan adalah tenaga pendampingan karena jumlah pasien HIV terus meningkat. Selain itu terjadi kesulitan untuk memperoleh dokter di layanan terutama dalam situasi jika dokter yang telah terlatih sebelumnya pergi sekolah.

*“Sebenarnya itu saja, keluhan pendampingan itu saja. Jadi kalau kebanyakan ini pasiennya, putus berobat, itu aja yang kesulitan menjangkau mereka lagi. Tapi kalau teman-teman yang stand by disini sepertinya selalu stand by. Hanya saja kalau dokter itu pergi sekolah itu yah, kami kewalahan disitu. Harus lagi mencari dokter baru untuk dilatih lagi.”*

Berdasarkan hasil wawancara dengan PIC HIV Dinkes Kota Sorong dan FGD dengan staf layanan, faktor penghambat lain dari sisi penyedia layanan yang lainnya adalah terbatasnya alat dan bahan yang tersedia dan masih sering kurang di puskesmas seperti anoskopi untuk layanan mobile VCT dan reagen untuk pemeriksaan IMS yang seringkali habis. Selain itu tidak ada meja khusus untuk pemeriksaan gynecology sehingga menyulitkan proses pemeriksaan untuk IMS.

*“Kalau kami sih menjelasnya untuk aneskopi itu kan masih butuh yah. Kami kan sekarang masih IMS ini kan teman-teman sering turun mobile kan. Harus bawa harus banyak gitu. Itu makanya harus ditambah.... Iya memang kalau meja gen itu tidak ada”*

Sampai saat ini belum ada survey kepuasan untuk populasi kunci sebagai upaya untuk jaminan kualitas dari layanan di puskesmas. Survey yang pernah dilakukan adalah survey terkait stigma dan diskriminasi untuk ODHA.

Peran pemuka agama dinilai masih kurang sampai saat ini karena belum semua pemuka agama bisa menerima upaya penanggulangan HIV. Pada awalnya disebutkan bahwa LSM YSA didirikan dibawah dukungan dari Keuskupan Manokwari Sorong, tetapi karena adanya konflik internal, LSM tersebut tidak aktif kembali. Pastor yang menjadi salah satu penggagas YSA kemudian mendirikan Yatima secara individu, bukan di bawah keuskupan lagi.

## **2. Faktor Pendukung Penyediaan Layanan bagi PSJ dan LSL**

Walaupun komitmen pemerintah Kota Sorong masih rendah terkait pendanaan dan keterlibatan dalam upaya penanggulangan HIV, tingginya komitmen KPA Kota Sorong dan LSM setempat dalam melaksanakan upaya penanggulangan HIV membuat kegiatan tetap berjalan walaupun tidak bisa maksimal.

Selama ini peran donor sangat besar dalam upaya pemberian layanan yang berkualitas di Kota Sorong. Untuk tahun 2016 ada support dari GF selama 2-3 tahun yang diharapkan dapat mendukung kegiatan program berupa pertemuan-pertemuan, karena dana saat ini yang ada sebagian besar adalah untuk kebutuhan logistik layanan.

*“Kami semenjak ada program HIV itu 2004 pertama kali disupport oleh FHI. Nah setelah FHI pergi di support oleh global fund. Jadi FHI juga sempat kembali tapi dia lebih supportnya ke HIV. Sedangkan GF nya supportnya lebih ke TB dan IMS. Setelah itu GF berakhir 2012. Setelah itu CAI masuk, support program HIV, IMS, berjalan sampai kemarin oktober 2015 CAI itu. Sampai sekarang beberapa bulan ini kemarin sempat ada pertemuan di Bali, jadi sudah ada kabar baik GF kembali. Jadi ada supportnya.*

*Belum tahu. Cuma kayaknya 2 tahun atau 3 tahun yah kalau tidak salah. Cuma intinya mereka di support. Bersyukurlah ada. Intinya mereka mungkin memperkuat di pertemuan-pertemuan. Pengharapan kan karena kami tidak ada. Dana kan kebanyakan sudah untuk pengadaan-pengadaan itu. Kami itu fokusnya kalau tidak logistik layanan tuh gak bisa berjalan.”*

Untuk menjamin layanan tetap bisa berjalan, terdapat sharing dana dari pusat dan provinsi untuk pengadaan reagen HIV dengan perbandingan 40:60. Secara umum dari sumber daya dirasa sudah cukup. Saat ini juga sudah ada alat untuk pemeriksaan CD4 yang didukung oleh CHAI yang ditaruh 1 buah di



puskesmas untuk mobile CD4 dan 1 buah di RS. Pasien harus membayar untuk mendapatkan pemeriksaan CD4 tersebut.

*“Kami semua tersedia. Karena ini kan untuk program HIV kan untuk reagen nya selain bantuan dari pusat kan sudah dibagi, pusat 40, di daerah 60. Nah 60 kan dari provinsi bagi lagi. Ke setiap daerah kan harus ongkosnya reagen sendiri.”*

Untuk menjaga kenyamanan dan privasi dari pasien, ruangan untuk pemeriksaan HIV dan IMS telah terpisah dari ruangan lainnya, sehingga populasi kunci tidak harus berbaur dengan pasien lainnya. Nama ruangan VCT juga sudah tidak digunakan lagi oleh puskesmas dan diganti menjadi Ruangan P2 untuk menghindari kecurigaan dari pengunjung lainnya. Terkait stigma dari penyedia layanan dikatakan sudah tidak ada lagi dan keterampilan staf layanan dirasa sudah baik untuk memberikan layanan kepada PSJ dan LSL.

Khusus untuk kelompok LSL, karena sudah ada tokoh kunci yang dikenal oleh mereka sehingga lebih mudah untuk upaya penjangkauan, selain penggunaan media sosial. Hal ini membuat penjangkauan pada LSL jauh lebih mudah daripada penjangkauan pada PSJ.

Sebagai upaya untuk menjaga kualitas layanan, bimtek dilakukan tiap 3 bulan sekali dari Dinkes Kota Sorong ke semua layanan. Bimtek juga dilakukan melalui pertemuan-pertemuan rutin dengan LSM, sekaligus untuk melakukan evaluasi hal-hal yang masih kurang dari layanan.

## **Hasil Penelitian Nabire**

### **Pekerja Seks Jalanan**

#### **Gambaran Umum PSJ di Nabire**

Hasil wawancara menunjukkan masih belum adanya kesepakatan tentang definisi Pekerja Seks Jalanan di kalangan pemangku kepentingan terkait di Nabire. Terdapat dua kelompok perempuan yang menjalani hubungan seks yang berisiko dan rentan terinfeksi HIV di Nabire. Kelompok pertama adalah perempuan yang menjalani hubungan seks dengan didasarkan atas motif ekonomi yaitu untuk mendapat kompensasi uang sehingga bisa dikategorikan sebagai ‘pekerja seks jalanan’. PSJ di Nabire tidak hanya terdiri dari perempuan asli Papua melainkan juga berasal dari daerah lain di luar Tanah Papua. Termasuk dalam kelompok PSJ adalah anak-anak sekolah yang juga menjalani bisnis seks untuk membiayai kebutuhan hidup dan gaya hidup mereka.

Kelompok kedua yang juga menjalani hubungan seks berisiko dan memiliki kerentanan tinggi terhadap HIV adalah kelompok remaja perempuan dari daerah pedalaman, yang banyak diketahui adalah dari Suku Mee, yang menjalankan perilaku seks berisiko tanpa dilandasi oleh motif ekonomi yang jelas. Kelompok remaja perempuan berisiko tersebut pada umumnya tidak mendapatkan kompensasi uang selepas hubungan seks. Namun terkadang remaja-remaja tersebut mendapat kompensasi non uang seperti minuman beralkohol, rokok, pinang, makanan atau kompensasi uang dalam jumlah sedikit dari pasangan seks mereka.

“Ada yang pakai uang, suka sama suka, pulsa, makanan, rokok, minuman keras.”

Kelompok PSJ pada umumnya bisa berkomunikasi dengan bahasa Indonesia sedangkan remaja perempuan dari suku Mee pada umumnya tidak bisa berbahasa Indonesia. FGD dan wawancara hanya bisa dilakukan pada kelompok PSJ karena dua orang remaja perempuan yang berhasil dijumpai, tidak bisa berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dan tidak bersedia untuk diwawancarai. Oleh karena itu, informasi tentang remaja perempuan berisiko digali dari informan-informan lainnya.

Pekerja Seks Jalanan yang ada di Nabire terdiri dari PSJ Papua dan PSJ pendatang. Transaksi pada umumnya terjadi secara langsung maupun tidak langsung. Transaksi secara langsung yaitu dengan bertemu secara langsung dengan klien. Keterangan dari informan PSJ menunjukkan bahwa terdapat beberapa lokasi berkumpul dari PSJ seperti di Pantai Nabire, Pantai Pintu Angin, Pantai Yamari, Pantai Waroki, Taman Gizi. Selain di daerah Pantai, di sekitar hotel di daerah Nabarua juga disinyalir menjadi tempat nongkrong PSJ.

“Tapi kalau mau lihat yang begitu toh masuk ke pantai-pantai besar. Liat ada mobil-mobil yang parkir, lihat yang lagi miras mereka cari tempat untuk untuk main.”

“Pantai Nabire itu malam-malam, jam 1 atau 2. jam segitu sudah mulai minum cari-cari orang untuk itu, banyak orang. “

“Nabarua itu di barat. Biasanya kalau mau ketemu tu di hotel. Depan-depan hotel itu banyak biasanya.”

“Di Pantai Yamari. Ada minum-minum dengan bapak-bapak, dengan om-om. Ada juga cewek yang baru turun di sana jalan-jalan dengan yang tua-tua umuran 12-13 muda-muda.”

Apabila saat mereka sedang berada di lokasi tersebut dan ada klien yang tertarik maka transaksi dapat terjadi secara langsung. Selain di lokasi-lokasi tersebut, transaksi juga bisa terjadi di jalan yaitu ketika klien yang memiliki ketertarikan pada mereka mengajak mereka untuk naik ke mobil dan menuju ke tempat-tempat tertentu seperti cafe, karaoke dan berlanjut ke hotel.

“Biasanya jalan, biasanya mobil di sini di nabire, mobil-mobil gini biasanya turun-turun gunung. Terus ada yang lewat-lewat kalo ketemu cewe yang begitu yang diajak. Biasa kalo liat perempuan jalan-jalan disuruh naik. Anak sekolah, pokoknya siapa saja yang masih bebas pergi.”

“Ada yang pake mobil itu lewat-lewat di jalan. Kalau anak-anak muda lewat kasi klakson. Kalau kita mau dia langsung ikut. Klau itu mungkin dia diajaka karaoke terus minum-minum, terus kalau bagi yang lain diajin tidur, kalau senang.”

“Om-om itu ganggu-ganggu klakson-klakson toh perempuan itu mulai dia jalan kesana. Diajak minum, kalau mau kalau tidak cari lagi.”

Razia yang kerap dilakukan oleh Satpol PP di tempat-tempat umum menyebabkan perubahan pada pola ‘nongkrong’ dari PSJ. PSJ yang dulunya banyak berkumpul di pantai atau tempat umum lainnya untuk minum-minum bersama teman-temannya, saat ini lebih banyak melakukan kegiatan mereka di kompleks perumahan sehingga tidak terjaring razia.

“Selama ini tempatnya di Taman Gizi tapi kenyataannya tidak ada, lebih sering lari ke rumah-rumah kosong.”

Model transaksi juga mengalami pergeseran, dengan model transaksi yang lebih banyak terjadi saat ini adalah transaksi secara tidak langsung terjadi melalui SMS atau telepon. Apabila ada klien yang menginginkan layanan maka mereka akan menghubungi PSJ yang mereka kenal melalui SMS atau telepon.

“Di sini tuh begitu, mereka tinggal di rumah terus laki-laki nelfon, tidak ngumpul. Masing-masing lewat HP saja.”

“Biasa. Biasanya ditelpon sama yang kenal kita. Ada yang ajak minum di kafe mau tidak. “

Klien PSJ asli Papua hampir seluruhnya adalah laki-laki Papua, dan sebagian adalah yang sering mereka sebut sebagai ‘pejabat dari atas’. Sedangkan klien PSJ pendatang adalah campuran antara laki-laki Papua dan Pendatang. Tarif PSJ Papua lebih tinggi dibandingkan dengan PSJ pendatang, yaitu sebesar 500.000 hingga 3 juta rupiah untuk tiap transaksi. Mereka bahkan bisa memperoleh uang hingga 20 juta jika mereka bersedia menjadi ‘wanita simpanan’ dari klien mereka. PSJ bisa memperoleh uang hingga 20

juta rupiah apabila mereka berkenan untuk menjadi 'perempuan simpanan' dari klien. Tarif PSJ pendatang yang diwawancarai adalah berkisar 150 ribu rupiah dan dalam 1 hari mereka melayani 1 hingga 5 klien.

"300-500 ribu. kadang lebih dari 500 kadang 1 juta. Ada tamu di mobil bawa segitu."

"Kadang 2 juta, kadang 3 juta."

"Orang-orang pedalaman disini kalau kasi uang tidak hitung-hitung. Kalau mau, langsung ke bank ditarikin, mereka pegang langsung. 2 juta, 3 juta, 20 juta Jadi istri simpanan, ... kalau kasi uang itu tidak hitung-hitung."

Jumlah PSJ di Kota Nabire diperkirakan cukup banyak, yaitu lebih dari 200 orang. Para PSJ berjejaring melalui media SMS dan telepon. Selain sebagai PSJ mereka juga terkadang menjadi makelar dari transaksi seks antara klien dan rekan PSJ lainnya dan menerima insentif berupa uang dari klien.

"Banyak. Kalau ada yang cari teman cewe sudah kita telpon suruh cari disini disini, kasi tau dia disini hotel nomor berapa, sudah kita kasi tahu tinggal dia urus diri sendiri."

"Biasa. Biasanya ditelpon sama yang kenal kita. Ada yang ajak minum di kafe mau tidak."

"Ada temen2 yang dekat sekali dengan mereka terus disuruh ke kafe. Tapi setelah di sana kalau sudah nyanyi2 kalau suka ya lanjut aja. Mungkin hotel kah penginapan kah. Kalau mau kalau tidak ya sudah pulang."

Hasil wawancara menunjukkan adanya perbedaan antara PSJ Papua dan pendatang dalam hal pengelolaan uang yang diperoleh dari bisnis seks. PSJ pendatang pada umumnya memiliki manajemen uang yang lebih baik dibandingkan dengan PSJ Papua. PSJ pendatang menggunakan uang yang mereka peroleh untuk membiayai kehidupan keluarga, termasuk pendidikan anak-anak mereka. Sedangkan sebagian besar PSJ Papua menggunakan uangnya untuk memenuhi gaya hidup mereka seperti digunakan untuk membeli minuman beralkohol maupun rokok. Meskipun ada juga PSJ Papua yang menjalani bisnis seks untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka.

"Buat beli minum beli rokok."

"Dapat uang buat beli minuman lagi sama teman-teman minum-minum."

"Disini uangnya untuk senang senang, untuk minum.."

"Kan cewe-cewe begitu-begitu sebenarnya tidak bisa begitu tapi kebutuhan, maksudnya tidak tau baik, kasiani orang tua. Ada yang sekolah juga begitu. Karena tidak ada uang sekolah akhirnya bisa begitu. Saya dari papua begini, ada kebanyakan begitu. Orang tidak kirim uang, akhirnya anak-anak itu bisa begitu. Mereka cari uang, mereka butuh uang untuk sekolah akhirnya bisa begitu karena pengaruh lingkungan. Mau tinggal di rumah kost mau makan pake uang apa."

Berdasarkan hasil wawancara, perempuan berisiko dari Suku Mee biasanya berusia muda dan berasal dari daerah pedalaman. Mereka datang ke kota Nabire, hidup secara berkelompok dan tinggal secara berpindah-pindah. Remaja berisiko tersebut sering juga disebut sebagai 'Aibon' karena mereka kerap menghirup lem. Mereka dikategorikan sebagai perempuan berisiko tinggi karena mereka kerap kali terlibat dalam hubungan seks tidak aman dengan teman mereka maupun dengan laki-laki diluar

kelompok mereka. Dalam melakukan hubungan seks berisiko tersebut, remaja-remaja perempuan tersebut sangat jarang mendapatkan kompensasi dalam bentuk uang, melainkan dalam bentuk minuman keras, rokok maupun pinang.

“Kalau banyak itu dari suku Mee, entah mereka tidak malu malu berkeliaran, atau ada suku lain yang sama tapi tidak kelihatan, untuk usia dari SD umur 10-an sampai SMP, merokok dan minuman keras, mobilitas mereka juga tinggi.”

Pasangan seks dari remaja perempuan berisiko pada umumnya adalah laki-laki Papua dalam kelompok mereka. Namun, disebutkan bahwa mereka juga melayani laki-laki di luar kelompok mereka seperti misalnya laki-laki dari pedalaman, dari suku yang sama.

“Dari sesama suku. Biasanya yang main ke sini kan orang dari atas. Jadi kalau mereka yang di pantai itu sesama suku.”

### **Perilaku Berisiko**

PSJ asli Papua dan remaja perempuan berisiko juga memiliki kebiasaan merokok dan mengonsumsi pinang dalam jumlah cukup banyak setiap harinya. Selain itu, mereka memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol. Minuman beralkohol telah menjadi bagian dari keseharian para PSJ yang terutama dipicu oleh stres.

“Pertama minum tidak enak, kalau sudah mabuk tambah lagi. Ditambah kalau lagi stres kah, jadi minum-minum..”

“Kalau stress miras juga.”

Jenis minuman yang dikonsumsi bervariasi dari minuman keras produksi pabrik modern hingga minuman lokal yang disebut dengan ‘bobo’.

“Kalau pas tidak ada minum, minum bobo sudah.”

Minum minuman beralkohol biasanya dilakukan bersama-sama dengan teman-teman mereka. Kuantitas minuman beralkohol yang dikonsumsi cukup besar sehingga dapat menyebabkan mereka mabuk.

“Kalo seaqua 5 botol lah kalau rame, kalau sendiri 2-3 botol.”

“Iya sampai mabuk. Jadi kalau nggak mabuk itu tanggung, tambah lagi.”

Lokasi minum minuman beralkohol umumnya di rumah teman atau di pantai. Selain itu, mereka juga kerap minum di karaoke, cafe dan hotel, terutama jika ada klien yang mentraktir mereka.

“Ya teman ke rumah kumpul-kumpul. Kadang kalau kita ingin nyanyi bisanya ke kafe.”

“Di pantai gitu.”

“Kalau minum iya. Kita sering minum di hotel abis itu pulang.”

“Kalau habis minum kan biasa toh. Karaoke. Palingan karaoke dikasi uang ujung-ujungnya ditidurin. Kalau mau kalau tidak.”

Ketika minum dengan teman-teman, diakui bahwa ada laki-laki yang coba untuk memanfaatkan keadaan mabuk dari wanita-wanita tersebut untuk dapat berhubungan seks. Namun, para PSJ berupaya untuk mencegah hal tersebut dengan mengendalikan diri agar tidak terlalu mabuk dan segera pulang ke rumah.

“Ada kalau tidak kontrol. Kalau kita kebanyakan kalau habis minum kabur. Kalau kita kalau sudah minum kalau sudah tidak mampu kabur pulang.”

Meskipun mereka menyatakan bahwa mereka sudah berupaya mengendalikan diri, mereka mengakui bahwa mereka pernah sangat mabuk hingga terjadi hubungan seks dengan teman laki-laki mereka.

“Ya, kalau mau bilang tidak kan tidak mungkin sudah di alkohol ga sadar.”

Hubungan seks dengan laki-laki tersebut biasanya terjadi di rumah atau kos-kosan laki-laki tersebut atau juga di hotel.

“Kalau malam kita masuk aja. Kadang kos-kosan.”

“Terlalu fly. Kita kebanyakan kos-kosan atau hotel.”

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dahulu, hubungan seks yang dilakukan saat mabuk bisa terjadi di tempat terbuka. Namun saat ini hubungan seks di tempat terbuka sangat jarang terjadi salah satunya karena adanya ketakutan ada yang merekam kejadian tersebut dan menyebarkan video rekaman tersebut.

“Soalnya kalau di pinggir itu banyak orang kan ya pas lewat pantai kan ramai pas orang lewat, ada begitu ngintip dorang bikin video. Suka iseng anak-anak sini, suka bikin video, masukan ke internet beredar video-videonya. Teman-teman yang suka tidak sadar di pantai dibikin video. Mungkin ngintip dorang kan beredar jadinya dia ketakutan. Makanya pilih kos-kosan. “

PSJ menyatakan bahwa mereka hanya akan mendapatkan uang jika melayani klien di hotel. Beberapa PSJ mengaku bahwa mereka bisa mendapatkan uang lebih dengan mencuri dari klien. Sebaliknya, pada hubungan seks yang dilakukan dalam keadaan mabuk dengan laki-laki di pantai atau tempat lainnya, mereka tidak mendapatkan kompensasi uang. Bahkan, se usai hubungan seks mereka bisa ditinggalkan begitu saja di lokasi.

“Kalau ajak ke hotel baru di bayar. Kalau ada yang pikiran gitu mau kasi tinggal uang. Lincah-lincah. Kalau kau pintar-pintar kau bisa ambil om-om punya uang terus langsung pulang. Kalau mabuk, tidur-tidur geblug-gebluk dengkur disitu sudah selesai. Sisa 1000 rupiah pulang jalan kaki.”

Penggunaan kondom saat berhubungan seks dengan klien tidak konsisten. Sebagian besar PSJ menyatakan bahwa mereka menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan klien karena kekhawatiran akan terkena penyakit dari klien. PSJ berpikiran bahwa para klien sering berganti-ganti pasangan sehingga lebih rentan terkena HIV dan berpotensi menularkan HIV pada mereka.

“Kalau dengan bos-bos di atas pake kondom. Sama bos-bos kan main sama banyak perempuan. Hari ini sama ini besok ganti lagi.”

Sebagian PSJ menyatakan bahwa mereka selalu menggunakan kondom dengan klien. Mereka bahkan mengaku memilih membatalkan transaksi jika klien menolak menggunakan kondom karena ketakutan mereka akan terkena penyakit.

“Kalau tidak mau ya sudah ndak mau kita takut, ngapain mau kena penyakit..”

“Biar dibayar mahal juga tapi prinsip kita kan gitu demi kesehatan juga ke depannya, terus kalau kena penyakit kan bukan satu dua hari selama kita hidup.”

Kondom yang digunakan adalah kondom laki-laki. Belum ada PSJ yang menggunakan kondom perempuan karena sebagian besar PSJ belum mengenal kondom perempuan dan belum mengetahui cara penggunaannya. Hanya sebagian kecil PSJ yang pernah menggunakan kondom perempuan. Hanya saja mereka merasa bahwa penggunaannya sulit dan ada risiko kondom tertinggal di dalam vagina.

“Bisa, agak rumit, kalau perempuan kan agak susah pasanganya.”

“Dulu pernah pakai tapi susah masuk ke dalam. Jadi waktu pameran mereka kasi tahu cara makenya.”

“Iya susah, ada bahayanya. Jadi kan kalau main kan kalau masuk ketinggalan di dalam kana susah juga.”

Kondom yang digunakan saat transaksi seks dengan klien dapat berasal dari PSJ atau dari klien. Sebagian PSJ menyatakan bahwa mereka membawa persediaan kondom saat akan berhubungan seks dengan klien. Selain itu, sebagian klien juga biasanya membekali diri mereka dengan kondom.

“Mereka (klien) ambil kita juga ambil (kondom). Persediaan biasanya ada.”

Namun, terdapat PSJ yang menyatakan bahwa PSJ yang berusia muda lebih mengutamakan uang dibandingkan kesehatan sehingga mereka cenderung tidak mempersiapkan kondom dan tetap bersedia melayani klien meskipun tanpa kondom.

“Tidak pegang bu dokter. Kalau uang sudah depan mata buat apa pegang kondom.”

“Biar pacar sendiri, biar orang lain punya yang penting ada uang toh. Perempuan sekarang begitu. Pake kondom omong kosong.”

Hal lain yang menyebabkan PSJ, terutama PSJ usia muda tidak menggunakan kondom adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai kondom. Meskipun ada juga yang sudah memiliki pengetahuan yang cukup namun tidak memiliki kemauan untuk mengupayakan pasangan seksnya menggunakan kondom.

“Sekarang anak muda sekarang kalau bilang berhubungan seks pake kondom itu omong kosong. Sekarang tidak. Jujur saja kalau buat saja tidak pake kondom. Mereka ingin terbuka. orang muda sekarang tidak ada yang pake barang itu. Kalau pake kondom dibilang tipu.”

“Tidak dan istilahnya kalau pake kondom itu omong kosong. Kan banyak yang tidak tahu. Ada yang tahu ada yang tidak tahu.”

“Masing-masing sebenarnya. Ada yang sudah tahu tapi tidak mau bawa tidak mau pake.”

Selain dengan klien, PSJ juga berhubungan seks dengan pacar atau selingkuhan mereka. Tidak ada penggunaan kondom dalam hubungan seks dengan pacar atau selingkuhan karena hubungan seks dilakukan atas dasar suka sama suka. Penggunaan kondom kurang disukai karena dianggap membutuhkan waktu serta mengurangi kenikmatan dalam berhubungan seks.

“Kalau dengan selingkuhan kebanyakan si tidak. Kalau selingkuhan kan mau sama mau.”

“Pernah terakhir pakai kondom tidak enak.”

“Gini dok kalau buat saya, saya berhubungan tidak pernah pakai kondom saya jujur saya tidak suka.”

“Biasanya begini bu dok. Kan biasa saja. Kalau pakai kondom kan lama lebih baik langsung.”

Berbeda dengan PSJ asli Papua, penggunaan kondom pada PSJ pendatang lebih konsisten. PSJ pendatang mengupayakan agar klien bersedia menggunakan kondom dengan berbagai cara. Mereka memiliki persepsi bahwa laki-laki Papua dari yang datang dari daerah pedalaman kurang bersih sehingga mengupayakan agar klien menggunakan kondom dengan berbagai cara.

“Kalo nggak minta ya kita paksa tawarin, kita harus bujuk dia. Karena kan nggak tau juga toh. Orang gunung-gunung itu. Kebersihannya kan kurang mbak dari gunung-gunung, kita harus berusaha nawarin kondom, kita rayu-rayu biar dia mau.”

Salah satu strategi yang diterapkan oleh PSJ pendatang untuk menghindari hubungan seks yang tidak aman adalah dengan menghindari klien yang datang dalam keadaan mabuk.

“Kalo di sini itu yang penting orangnya tidak mabuk. Itu masih kita bisa, kalo kita bicara itu masih bisa. Ya tapi kalo orang-orang yang mabuk susah, lebih baik kita ga masukin orang mabuk-mabuk. Kita ga berani, dari pada ribut di dalam. Walaupun diajak ya sudah tidak mau, kita menghindar dari mereka.”

Perbedaan lainnya antara PSJ Papua dan PSJ pendatang adalah mengenai adanya komunikasi tentang HIV antara PSJ dan klien. PSJ pendatang pernah membicarakan tentang HIV dengan klien mereka dan bahkan menggunakan HIV sebagai alasan untuk memaksa klien menggunakan kondom. Sebaliknya, PSJ asli Papua tidak pernah membicarakan tentang HIV dengan klien mereka.

“Ya itu sudah, kita takut-takutin, hey nanti kalo tidak pake kondom situ ga tau penyakit HIV toh? Iya jadinya kita rayu-rayu toh. Harus sampe gimanapun. Kalo kamu tidak itu pake kondom harus berani bayar mahal sama kita. Tidak jadi ya sudah tidak jadi.”

Remaja perempuan berisiko dari Suku Mee biasanya menjalankan perilaku seks yang lebih berisiko dibandingkan dengan PSJ dari suku Nabire Pantai. Hubungan seks berisiko dilakukan dalam keadaan mabuk di lokasi-lokasi seperti pantai, semak-semak dan biasanya dilakukan dengan laki-laki dari suku yang sama dengan mereka.

“Kalau mereka kalau disitu kebanyakan sesama suku sendiri.... perempuan sendiri yang suku mee, kalau disini kan hikari moni. Kalau orang sendiri itu mau dimana di pantai kek di hutan kek.”



“Ada tapi kalau nekat masih. Itu kan dipakae rekreasi. Tapi kalau mau lihat yang begitu toh masuk ke pantai-pantai besar. Liat ada mobil-mobil yang parkir, lihat yang lagi miras mereka cari tempat untuk untuk main.”

“Dari sesama suku. Biasanya yang main ke sini kan orang dari atas. Jadi kalau mereka yang di pantai itu sesama suku.”

“Kalau di pantai Nabire untuk anak-anak Aibon kalau di Taman Gisi itu untuk umum, untuk orang-orang pacaran buat orang minum. Anak2 pencuri, anak-anak jambret.”

Penggunaan kondom pada remaja perempuan berisiko juga dinilai masih rendah.

“Di tempat hotspot WPS jalanan, kita tidak menemukan bekas bekas kondom, tidak ada juga yang mengambil kondom di kami. Ada juga yang minta sendiri di kami. Kami tidak tahu berapa orang yang pakai kondom, kami hanya mendistribusikannya. Belum diketahui dengan pasti.”

Penggunaan NAPZA juga menjadi masalah bagi sebagian PSJ dan remaja perempuan berisiko. Remaja perempuan berisiko juga kerap kali dihubungkan dengan perilaku menghirup lem atau ‘aibon’. Hasil wawancara juga mengindikasikan adanya penyalahgunaan ganja pada PSJ yang masih berstatus anak sekolah. Ganja tersebut diduga diberikan oleh klien PSJ itu sendiri.

“Kalau kebanyakan anak – anak sekolah minum pakai ganja kan, banyak yang kawin-kawin simpan. Banyak yang simpanan. Banyak bos-bos yang bantu bayar kos, kos naik kos turun. Kalau mereka minum-minum diajarin pake ganja lagi biar lebih baik lagi.”

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah salah satu permasalahan yang potensial ditimbulkan oleh hubungan seks tanpa kondom. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu solusi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Sayangnya, meskipun penggunaan kondom tidak konsisten, sebagian besar PSJ tidak menggunakan kontrasepsi karena merasa susah hamil atau merasa tidak bisa hamil lagi karena anaknya yang sudah besar.

“Saya tidak khawatir, karena tidak pernah ada, karena tidak pernah hamil-hamil.”

“Tidak karena sering sama-sama tapi tidak pernah hamil.”

### **Perilaku Mengenali Penyakit dan Mencari Pengobatan**

Seluruh PSJ menyatakan bahwa mereka sudah sering mendapatkan informasi mengenai HIV dari media masa serta penyuluhan yang diadakan di lingkungan tempat tinggal mereka.

“Kebanyakan dari radio, RRI kan selalu ada.”

“Kalau sosialisasi tentang HIV kita memang biasa ikut dengar, penjelasan gejala begini2 kita ikut.”

Pengetahuan mereka tentang HIV pada umumnya sudah cukup baik. Mereka telah mengetahui bahwa berganti-ganti pasangan seks meletakkan mereka dalam risiko tinggi terkena HIV.

“Tentang HIV/AIDS katanya jangan selalu sering ganti-ganti pasangan, harus satu.”

Namun masih ada pemahaman yang salah mengenai gejala-gejala HIV, cara penularan HIV serta tentang kesembuhan pada HIV. Beberapa PSJ menyebutkan bahwa HIV bisa dihindari dengan memilih pasangan seks berdasarkan penampilan fisiknya. Apabila laki-laki tersebut terlihat bersih maka kemungkinan besar dia tidak menderita HIV. HIV juga dianggap bisa menular melalui makan dan minum bersama serta bergaul dengan penderita HIV. Selain itu, dikatakan bahwa HIV bisa disembuhkan dengan kehendak Tuhan.

“Kalau menular, mantri pernah cerita, karena saya ingin tahu itu bagaimana kalau itu menular. Kalau minum –minum ini, bisa lewat gelas, bisa lewat makan minum gitu, menurut mantri yang cerita. Bukan cuma hubungan seks saja, lewat makanan juga, minum-minum. Bergaul dengan teman, minum – minum gitu bisa lewat. Kadang lewat ludah keringat.”

“Ya sepeti begitu, kalau percaya sama Tuhan palingan sembuh. Kalau ada Tuhan (HIV) sembuh”

Meskipun pengetahuan tentang HIV di kalangan PSJ asli Papua sudah cukup tinggi, pengetahuan mereka tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) masih sangat kurang karena mereka tidak pernah terpapar oleh informasi mengenai IMS.

Seluruh PSJ menyatakan adanya perasaan takut akan risiko terinfeksi HIV. Ketakutan yang mereka rasakan menyebabkan sebagian dari mereka melakukan upaya pencegahan dengan menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan klien dan menghindari berhubungan seks dalam keadaan mabuk. Namun pada sebagian PSJ, terutama yang berusia muda, ketakutan akan HIV belum sepenuhnya berhasil menjadi pendorong bagi perilaku seks yang aman.

Kelompok PSJ pendatang memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai HIV dibandingkan dengan PSJ asli Papua karena mereka pernah bekerja di lokasi lain sebelumnya, antara lain di Jayapura dan Bali.

“Begini mbak ceritanya, saya kan dulu pernah di bali. Saya dulu pernah kerja di padang galak. Makanya saya sudah tau penyakit-penyakit gitu tuh sudah saya kerja di bali. Di sini saya juga sudah tau itu makanya.”

Sebagian PSJ sudah pernah menjalani tes HIV di Puskesmas dan Rumah Sakit ketika mereka menjalani pemeriksaan kehamilan, ketika akan melahirkan dan melakukan donor darah. Selain itu, ada PSJ yang sudah pernah menjalani tes HIV di dokter praktik swasta di dekat tempat tinggalnya ketika ia melakukan pemeriksaan kesehatan untuk keluhan kesehatan lainnya.

“Dulu saya di dokter Pingki, oh dokter Pingki juga sempat praktek disini tuh. Sakitnya kan disana juga, sakit lambung juga, sakit malaria terus ada asam urat (suara tidak terdengar) terus saya periksa disana sekali saja sekalian tes HIV juga. Tiga hari kemudian baru keluar hasilnya. Kalau di Kemudian baru kita dijelasin kalau sakit ini.”

“Dari dokter kan ini toh ada pengumuman di depan, dari teman-teman. Waktu itu saya kan periksa asam urat, lambung sama keputihan saya tanya dok disini bisa terima tes HIV. Ada disini. Sekalian? Boleh toh. Suruh tanda tangan. Langsung priksa. Ambilkan (suara tidak terdengar jelas). Dokter suruh balik 3 hari ambil hasil .”

Namun, terlepas dari perilaku berisiko yang mereka jalani, tes HIV belum dilakukan secara rutin. Ada beberapa PSJ asli Papua, terutama yang masih remaja, yang belum pernah sama sekali menjalani tes HIV.

Informasi tentang fasilitas layanan kesehatan yang menyediakan layanan HIV diperoleh dari teman-teman serta dari pengumuman yang diletakkan oleh dokter di depan tempat praktiknya.

“Dari teman-teman yang sudah pernah duluan periksa disitu (Puskesmas). Katanya bisa.”

“Dari dokter (dokter praktik swasta) kan ini toh ada pengumuman di depan, dari teman-teman.”

Hasil wawancara menunjukkan tingginya kejadian HIV di kalangan PSJ asli Papua. Tiga dari 12 informan PSJ asli Papua diketahui telah terinfeksi HIV dan saat ini sedang menjalani terapi ARV. Informan PSJ juga menyebutkan cukup banyak teman-teman mereka sesama PSJ yang telah terinfeksi HIV. Tidak banyak keluhan terkait IMS yang tergalai dalam wawancara. Beberapa orang PSJ mengaku pernah mengalami keputihan yang cukup mengganggu yang mereka atasi dengan berobat ke dokter praktik perorangan dan mandi dengan sabun sirih. Selain itu, ada juga yang mengaku pernah mengalami infeksi saluran kencing sehingga harus berobat ke dokter praktik perorangan.

“Mandi pake sabun sirih. Saya pernah ke dokter Pingki dikasi obat.”

“Minum obat dari dokter.”

Upaya pencegahan IMS dilakukan oleh PSJ pendatang, namun tidak ditemukan pada PSJ asli Papua. Tindakan-tindakan yang dilakukan PSJ pendatang untuk mencegah IMS antara lain dengan melakukan pemeriksaan secara rutin ke Bidan Praktik Swasta, penggunaan antibiotika mengkonsumsi jamu serta mencuci vagina dengan betadine, sabun sirih serta air hangat.

“Kadang tiga hari sekali. Kadang ya satu minggu. Kalo sudah suntik antibiotik itu kita ya minum antibiotik semacam obat ini jarang dulu, karena sudah disuntik antibiotik, kadang saya sampe dua suntiknya itu. Dua kali.”

“Ya terkadang kalo kita pengen minum jamu ya minum jamu. Ya untuk ngilangin pegel-pegelnya badan, kadang untuk itu pembersih kandungan juga toh, biar kita tidak sakit. Itu juga ada untuk menjaga keputihan toh.”

“Kalo kita pake betadine, kadang sabun sirih. Ada betadine yang khusus itu sama alatnya itu kasi air hangat baru pake bersih-bersih.”

### **Hambatan akses layanan kesehatan seksual reproduksi pada PSJ**

Layanan HIV meliputi layanan pencegahan, layanan pengobatan, dukungan dan perawatan serta mitigasi dampak. Stigma dan diskriminasi terhadap pekerja seks dan HIV di kalangan masyarakat maupun petugas kesehatan merupakan faktor penghambat akses layanan HIV pada PSJ. Terkait dengan layanan pencegahan, upaya penyebaran informasi tentang HIV yang dilakukan di masyarakat telah mampu menjangkau PSJ. Kondom sudah tersedia dan dapat diakses secara gratis di Fasilitas Layanan Kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit dan LSM. Sebagian besar PSJ mengetahui bahwa mereka bisa mengakses kondom secara gratis di Fasyankes tersebut, namun mereka tidak mengaksesnya dan lebih memilih membeli kondom di Apotik. Hal tersebut dikarenakan mereka merasa malu, tidak nyaman

dengan sikap petugas kesehatan yang cenderung menghakimi serta tidak bisa menjaga kerahasiaan orang yang mengakses kondom.

“Tau. Pernah minta (kondom). Kalau kita butuh ya beli saja. Malu minta. Diem-diem beli.”

“Suster-suster di sini kan mulutnya tidak bagus. Sudah bantu kasi tapi nanti mulutnya cerita-cerita.”

“Suster-suster disini mulutnya ember apalagi kalau orang papua makanya beli kondom. Kalau kita yang minta kondom perempuan bagaimana pertanyaannya. Diem-diem di apotik.”

“Tau sih tapi, mungkin malas. Mungkin sama seperti kita juga, takut orang bicar-bicara, malu.”

Akses terhadap tes HIV yang masih relatif terbatas di kalangan PSJ disebabkan oleh ketakutan mereka akan hasil tes. Mereka merasa takut untuk menghadapi kenyataan jika hasil tes HIV mereka reaktif .

“Belum pernah dia takut kali, namanya juga tes itu ada yang berani ada yang nggak.”

“Kan ada yang ga mau mungkin tidak percaya diri. Mungkin takut.”

Selain ketakutan akan hasil tes mereka, PSJ juga merasa malu untuk melakukan pemeriksaan HIV di fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) yang dekat dengan tempat tinggal mereka. Mereka khawatir apabila di ada tetangga atau orang yang mengenal mereka melihat mereka mengakses layanan HIV karena terdapat persepsi di masyarakat bahwa orang yang melakukan pemeriksaan HIV adalah orang-orang yang sudah mengalami gejala HIV.

“Bukan tidak nyaman malu bu dokter. Kalau dilihat sama tetangga. Ini pasti sudah ada gejala-gejala makanya mau kesini periksa. Kita periksa penyakit lain, tapi dari mulut itu bilang. Dia merasa dirinya benar padahal juga salah. Kami baku pukul jadinya.”

PSJ asli Papua dan pendatang tidak menganggap waktu layanan Puskesmas sebagai hambatan. Namun kepercayaan ketidakpercayaan terhadap konfidensialitas layanan menjadi penghambat PSJ untuk mengakses layanan HIV . Petugas kesehatan terutama perawat yang tidak bisa menjaga kerahasiaan status HIV pasien membuat mereka merasa enggan untuk mengakses layanan HIV di fasyankes publik.

“Sudah diakui memang petugas kadang juga ember bocor suka buka status orang. Padahal tidak boleh.”

“Kita tahu yang sudah mengidap HIV karena bocor dari susternya.”

Adanya tulisan yang mengindikasikan suatu tempat sebagai tempat layanan HIV membuat masyarakat termasuk PSJ merasa takut mengakses layanan.

“Ya dulu kita banyak tulisan ternyata malah sedikit yang pada datang. Ya mungkin karena takut kalau nanti dikira setiap kali masuk itu disitu orang HIV.”

Rendahnya akses terhadap layanan IMS pada PSJ bukan diakibatkan oleh rendahnya kejadian IMS pada komunitas PSJ, melainkan karena rendahnya pengetahuan tentang IMS.

## **Pendukung akses layanan kesehatan seksual reproduksi pada PSJ**

Hasil wawancara menunjukkan adanya faktor-faktor yang mendukung PSJ untuk mengakses layanan HIV. Pengetahuan PSJ yang cukup tinggi mengenai HIV termasuk mengenai Fasyankes yang menyediakan layanan tes HIV merupakan salah satu faktor pendukung akses layanan.

“Tahu, kan banyak info (HIV) dari teman, dari suster mereka kasi tau kitorang.”

Ketersediaan layanan HIV yang mudah dijangkau di wilayah tempat tinggal PSJ juga memudahkan PSJ yang berkeinginan mengakses layanan.

“Dulu saya di dokter Pingki. dokter Pingki juga sempat praktek disini tuh. Sakitnya kan disana juga, sakit lambung juga, sakit malaria terus ada asam urat terus saya periksa disana sekali saja sekalian tes HIV juga”

Petugas kesehatan, khususnya dokter, yang dinilai baik dan mampu menjaga rahasia mereka mengurangi keraguan mereka untuk mengakses layanan HIV.

“Dokternya baik.”

“Kalau dokternya jaga rahasia, kalau dokternya nggak bocor.”

Selain itu, tes HIV juga telah menjadi bagian dari prosedur rutin saat mengakses layanan kesehatan tertentu seperti misalnya saat memeriksakan kehamilan, saat melahirkan dan donor darah sehingga mau tidak mau PSJ juga harus melakukan tes saat mengakses layanan.

“Saya sudah dua kali waktu itu. Saya tiga kali kali. Pertama periksa di Puskesmas itu satu kali sudah diambil darahnya. Terus donor tahun kemarin 2 kali. Melahirkan kan sekalian kerokan jadi ambil darah juga di RS umum.”

Tes HIV di Fasyankes saat ini menyasar seluruh masyarakat, tidak hanya orang-orang yang dinilai berisiko tinggi. Banyaknya anggota masyarakat yang melakukan tes HIV di fasyankes menyebabkan tes HIV tidak menjadi sesuatu hal yang tabu.

“Sekarang kan sudah rame periksa kalau dulu kan sepi, orang kan malu.”

### **Model layanan yang diharapkan PSJ**

Upaya untuk meningkatkan cakupan layanan HIV pada PSJ perlu disertai dengan upaya untuk menciptakan layanan yang sesuai dengan kebutuhan komunitas. Dalam penelitian ini digali model layanan yang diharapkan oleh PSJ. PSJ mengharapkan upaya pemberian informasi mengenai HIV dan IMS dilakukan oleh petugas penjangkau ke tempat-tempat dimana PSJ biasanya berkumpul. Diskusi yang interaktif dalam kelompok kecil dirasa lebih efektif dibandingkan pemberian informasi secara masal. PSJ tidak ingin diskusi dilangsungkan di sekitar tempat tinggal mereka karena akan menjadi bahan gunjingan warga. Layanan mobile VCT juga cukup dapat diterima oleh PSJ. Hanya saja PSJ menginginkan agar layanan mobile juga mendatangi lokasi dimana PSJ biasa berkumpul. PSJ merasa kurang nyaman melakukan pemeriksaan di tempat yang ramai.

“Biasanya kalau ke RS mereka takut. Kalau biasanya yang gini-gini kan di kantor lurah. Takut. Kalau di Pantai gini kan tidak.”

PSJ lebih memilih untuk mengakses kondom melalui outlet kondom di luar Fasyankes publik, misalnya melalui petugas lapangan LSM sehingga mereka tidak perlu datang ke layanan untuk dapat mengakses kondom.

PSJ di Nabire menyatakan bahwa mereka tidak perlu dijemput supaya mau mengakses layanan di Puskesmas. Mereka hanya mensyaratkan layanan yang menjunjung tinggi privasi dan kerahasiaan mereka. PSJ lebih memilih untuk melakukan tes HIV di Puskesmas yang jauh dari tempat tinggalnya dengan pertimbangan bahwa mereka tidak akan bertemu dengan orang-orang yang mereka kenal dan kerahasiaan mereka akan tetap terjaga.

“Dateng sendiri cuma nanti kita lihat Puskesmas yang amannya yang mana.”

“Jadi kita ke puskesmas lainnya aja. Kan puskesmas banyak, ada di wonorejo, ada di kali bobo, ada di surowini.”

Terkait dengan layanan pengobatan, dukungan dan perawatan, PSJ juga mengharapkan kerahasiaan mereka terjaga dengan cara menghindari diperiksa oleh petugas kesehatan yang mereka kenal. Jika memungkinkan mereka bahkan menginginkan agar obat ARV diantarkan ke rumah mereka sehingga mereka tidak perlu kontak dengan petugas di fasyankes.

“Kita cuma tidak mengharapkan mereka yang periksa kita. Bocor mereka, nanti susah juga. Kalau kita punya uang mungkin kita suruh ke rumah obatnya di rumah.”

## Laki-laki yang Berhubungan Seks dengan Laki-laki

### Karakteristik Sosio Demografis Informan LSL

LSL yang bersedia diwawancarai dalam penelitian ini berjumlah 4 orang dan seluruhnya berasal dari luar Papua. Usia informan LSL berkisar antara 22 hingga 35 tahun dan latar belakang pendidikan bervariasi dari tamat SD hingga tamat S2. Salah satu LSL yang diwawancarai tidak bekerja sedangkan informan LSL lainnya bekerja sebagai Guru dan pegawai swasta.

Informan LSL mulai menyadari bahwa mereka memiliki orientasi seksual yang berbeda sejak usia muda yaitu sejak SD dan SMP. Sebagian informan LSL telah terbuka mengenai dirinya kepada keluarga dan teman-temannya dan dapat diterima oleh lingkungannya. Namun sebagian lagi masih belum terbuka mengenai orientasi seksualnya.

“Tau. Kan sejak itu kan masih di jawa kan masih nenek itu kan masih ada toh, tapi saya bilang. Nek ini ada yang suka sama saya. Terus boleh ga saya pacaran sama laki-laki? Itu kan pikiran kamu kalo kamu suka ya terserah, ya ini toh tidak marah. Terserah kamu lah. Kalo kamu mau teruskan, teruskan, kalo ga mau ya sudah ga papa.”

### Gambaran Umum Komunitas LSL di Nabire

Informan LSL menyatakan bahwa terdapat cukup banyak LSL di Kota Nabire, hanya saja keberadaan mereka cenderung ‘tersembunyi’ karena adanya kekhawatiran akan terungkapnya orientasi seksual mereka.

“Sebenarnya sih banyak. Cuma kadang mereka itu untuk masalah ini, udah tau lah ya nabire kecil, terus tambah lagi istilahnya itu jarum jatuh itu bisa sampai kedengeran ke mana-mana. Jadi ya, sebenarnya kalo kayak gitu tuh ga masalah. Cuman, intinya biasalah mulut-mulut anu kan ember gitu kan. Kadang udah dapet nomor gitu kan disebarin. Itu yang kita ga sukanya. Maksudnya justru sebenarnya bagus ya untuk disebarin, bagus mencari banyak ini kan supaya kalo ada perkumpulan gitu. Cuman di sini masalahnya, beda dengan yang di jayapura, beda dengan temen-temenku di surabaya, kalo sekali ayo kita ngumpul langsung semua dateng. Kalo dateng. Ada apa nih, ada apa nih. Kalo di sini gini nih masalahnya.. penting ga sih?”

Hasil pemetaan populasi kunci yang dilakukan oleh Yayasan Primari pada tahun 2015 menunjukkan bahwa jumlah LSL yang ada di Kota Nabire berjumlah 39 orang. Namun, hasil wawancara dengan informan LSL menyebutkan bahwa jumlah LSL yang ia kenal di Nabire lebih banyak dari hasil pemetaan tersebut.

“Berapa ya? Nggak bisa disebutin yang seperti itu kan jaga image ya, kalau diajak ketemuan juga susah maksudnya juga karena sibuk. Sibuk kerja. Biasanya kalau pulang kerja kan males keluar lagi. Kecuali kalau suntuk diajakin temen keluar baru. 50-an lebih mungkin.”

Informan LSL menyatakan bahwa usia LSL yang ia kenal di Nabire berkisar antara belasan hingga 40 tahunan. Sebagian besar dikatakan berumur dua puluh tahunan dan rata-rata berpendidikan SMA. Selain itu, komunitas LSL di Nabire pada umumnya memiliki status sosial ekonomi yang relatif tinggi.

Komunitas LSL di Nabire telah memiliki jejaring namun jejaring tersebut dinilai kurang solid. Para LSL di Nabire memanfaatkan media sosial untuk bersosialisasi serta untuk mencari pasangan misalnya melalui

Facebook Gay Nabire. Namun, media sosial tersebut belum dimanfaatkan sebagai sarana untuk penjangkauan dan penyebaran informasi tentang HIV.

### **Perilaku Berisiko pada LSL**

Hasil wawancara menunjukkan adanya perilaku berisiko yang menyebabkan LSL memiliki kerentanan yang tinggi terhadap HIV. Seluruh informan LSL menyatakan bahwa mereka memiliki lebih dari 1 pasangan seks pada satu waktu. Sebagian menjalani hubungan jarak jauh dengan pacar mereka namun juga memiliki pasangan seks lainnya. Selain itu, hasil wawancara menunjukkan adanya perilaku penggunaan kondom yang tidak konsisten saat berhubungan seks dengan pasangan mereka. Persepsi mengenai penggunaan kondom yang dapat mengurangi kenikmatan dalam berhubungan seks menjadi salah satu penyebab LSL tidak mau menggunakan kondom.

“Ga enak. Ga bisa masuk. Pake sih pelicin tapi cepet ilang. Pokoknya enak itu langsung, kereta apinya langsung masuk ke terowongan.”

“Adik nggak mau pake kondom, risih, rasanya nggak nyaman.”

Salah seorang informan LSL mengakui bahwa dirinya tidak pernah menggunakan kondom saat berhubungan seks karena percaya bahwa pasangan seksnya tidak pernah melakukan hubungan seks yang berisiko.

“Biasa. Nggak pernah pake kondom, kan dia ga pernah ke mana-mana toh. Dia nggak pernah hubungan dengan sama ... cuma di rumah aja. Sekolah di rumah, sekolah di rumah.”

Informan LSL juga mengaku terpaksa melakukan hubungan seks tanpa kondom saat mereka tidak membawa persediaan kondom.

“Itu juga kalau terpaksa (berhubungan seks tanpa kondom), kalau sudah nggak bawa apa-apa (kondom).”

Informan menyatakan bahwa LSL yang berusia muda lebih sering tidak menggunakan kondom dibandingkan dengan dengan yang lebih dewasa.

“Biasanya yang lebih muda ya, yang nggak pake kondom. karena mereka mungkin nggak tahu juga pikirannya mereka ya gimana.”

### **Perilaku mengenali penyakit dan mencari pengobatan pada LSL**

Informan LSL pada umumnya telah cukup sering terpapar oleh informasi mengenai HIV, namun pengetahuan mereka mengenai IMS masih terbatas.

Mereka juga menyadari bahwa perilaku seks berisiko yang mereka jalani meletakkan mereka dalam risiko yang lebih tinggi untuk terinfeksi HIV. Mereka mengungkapkan ketakutan mereka akan terkena HIV. Sayangnya, ketakutan tersebut belum sepenuhnya berhasil mempengaruhi perilaku LSL. Beberapa LSL berusaha meminimalisir risiko dengan cara memilih pasangan seks dengan lebih selektif.



“Ya takut sih sebenarnya. Takut. Ada pikiran takut, tapi gapapa lah, pilih-pilih orang lah jangan sembarangan gitu.”

Selain itu, LSL juga melakukan tindakan pencegahan seperti membersihkan alat kelamin dengan betadine paska berhubungan seksual tanpa pelindung.

“Bersihkan langsung sehabis itu. Cuci, kadang dikasi betadine, setelah berhubungan gitu kasi betadine.”

Informan LSL menyebutkan bahwa mereka pernah melakukan pemeriksaan HIV serta anoskopi pada tahun 2014. Pada saat itu, terdapat 39 orang LSL yang berpartisipasi dan ditemukan ada 5 orang yang reaktif.

“Penelitian ya terkait dengan seberapa besar kasus HIV diantara GWL ya gay waria dan LSL ya memang sudah pernah dilakukan kalau tidak salah dengan metode RDS waktu itu disitu kami menggait ada sekitar 39 dan LSL itu ada 5 yang positif.”

Pemeriksaan tersebut dilakukan di Klinik Santo Rafael, yang merupakan klinik yang di set-up untuk layanan kesehatan seksual dan reproduksi pada LSL. Para LSL mengetahui bahwa mereka perlu melakukan pemeriksaan secara reguler, namun hanya sebagian yang kembali datang ke layanan untuk memeriksakan diri. LSL lebih memilih untuk mengakses layanan di dokter praktik perorangan dan Klinik Santo Rafael dibandingkan dengan Puskesmas dan Rumah Sakit.

“Sedangkan LSL ke ibu Anastasia santo Rafael yang sudah berlangsung Karena mereka lebih nyaman gak tau ya nyaman seperti apa mereka menilai bahwa santo Rafael mereka lebih enak begitu saja untuk mengakses layanan.”

“Terus mereka gak mau di ya gak tau kenapa maunya Rafael gak mau di puskesmas atau di rumah sakit dan maunya dokter dari luar ... ya nabire kecil ya mungkin mereka tahu semua.”

“Kalo saya suruh ke Puskesmas pasti tidak begitu apalagi yang datang dengan keluhan IMS, pasti dia tidak akan terbuka dan penanganan jadi tidak baik, makanya saya biasa ke dokter A.”

LSL juga mengungkapkan kecenderungan mereka untuk memilih fasyankes yang jauh dari tempat tinggal mereka. Informan LSL juga kerap kali mengakses kondom dan pelicin dari petugas lapangan LSM maupun dari staf KPA.

### **Hambatan Akses Layanan Kesehatan Seksual & Reproduksi pada LSL**

Stigma dan diskriminasi terhadap LSL di masyarakat masih tinggi sehingga komunitas LSL di Kota Nabire masih tertutup dan tersembunyi keberadaannya. Informan LSL mengetahui bahwa idealnya mereka melakukan pemeriksaan secara rutin namun sebagian besar tidak melaksanakannya karena ketakutan akan bertemu dengan orang yang mereka kenal di layanan sehingga status mereka sebagai LSL akan terungkap. Pertimbangan tersebut juga membuat mereka lebih memilih fasyankes yang jauh dari tempat tinggal mereka.

“Sebenarnya sih ada sih, ada programnya itu, kalo dia itu, programnya tiga bulan atau enam bulan lah. Karena kurang terbuka ya begitulah. Ya maklumlah ya, kurang open.”

“Ya pernah dapat info, nggak mau takut ketemu teman yang lihat. Karena mereka tahunya F yang gini. Nanti sekali lihat mereka mikirnya kok F periksa gini sih.”

Fasilitas layanan kesehatan publik juga dinilai terlalu ramai sehingga menyebabkan LSL malu dan enggan mengakses layanan.

“Kita disuruh ke Puskesmas aja. Kita kan dikasi Vitamin untuk kekebalan tubuh apa gitu. Saya tanya, cukup di Puskesmas aja katanya. Tapi kan malu. Itu kan tempat umum tempat orang periksa segala macam. Tu pun pas di Santa Rafael pas di sepi-sepinya.”

“Kalau info periksa dikasi tahu, tapi kita malu kan periksa begituan. Kemarin kan pas lagi sepi ya.”

Lamanya waktu tunggu hingga memperoleh layanan membuat mereka enggan untuk mengakses layanan di Puskesmas. LSL biasanya bekerja pada waktu buka layanan sehingga mereka melakukan pemeriksaan pada jam istirahat kerja. Antrian yang lama menyebabkan waktu mereka yang terbatas menjadi tersita.

“Ramah-ramah sih sebenarnya. Tapi anunya itu pelayanannya itu lama. Kebanyakan orang sini toh. Antri.”

“Kalo saya keberatan sih kan kalau antre itu menyita waktu banyak yak an R, kita kan waktu istirahat ga banyak.”

Beberapa LSL yang saat ini tengah menjalani terapi ARV di Klinik Santo Rafael bertempat tinggal di Kabupaten lain yang berjarak cukup jauh dari klinik tersebut. Petugas kesehatan di Klinik Santo Rafael pernah menawarkan LSL tersebut untuk melanjutkan terapi ARV di Puskesmas yang dekat dengan tempat tinggalnya, hanya saja LSL tersebut menolak karena sudah merasa nyaman dengan layanan Klinik Santo Rafael. Lokasi tempat tinggal LSL yang jauh berdampak terhadap rendahnya kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV serta tingginya peluang drop-out dari terapi ARV. Mobilitas yang cukup tinggi dari LSL juga menjadi penyebab LSL yang terinfeksi HIV tidak mengakses ARV.

“LSL tadi jadi ee yang diperiksa itu sekitar 20 ya mas agus ya itu ya positif 2 yang satu sekarang sudah kapok tidak ... ARV yang satunya dia belum sampai ARV dia sudah pindah tempat ... jadi yang dua itu sudah. Masih saya sms masih ... di makasar.”

Rendahnya penggunaan kondom pada LSL muda salah satunya disebabkan oleh rasa malu LSL muda untuk mengakses kondom di layanan maupun membeli kondom di apotik.

“Itupun kalau beli, biasanya malu-malu, mereka tahu kalau yang jaga cewek aku malu. Kalau cowok mereka ngerti kan. Ya udah gitu aja. Malu.”

### **Pendukung Akses Layanan Kesehatan Seksual & Reproduksi pada LSL**

Pengetahuan terkait HIV yang cukup tinggi pada komunitas LSL menjadi faktor penggerak bagi sebagian LSL untuk mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Peran LSM cukup besar dalam menjangkau LSL dengan informasi mengenai HIV, memberikan akses terhadap kondom, serta untuk mendorong LSL melakukan pemeriksaan HIV dan IMS. Seluruh informan yang diwawancarai pernah

menjalani pemeriksaan HIV dan IMS di Klinik Santo Rafael pada tahun 2014 dengan dorongan dari staf LSM yang mereka percaya.

“Mungkin gimana ya ga enak sih maksudnya kayak F datang, ih anak ini kok bisa dateng ke klinik ini begitu. Pikirannya udah disitu kayak gimana ya, itu karena dibujuk Mba B diajak Kak R (staf LSM) ya okelah, ya begitu pokoknya.”

“Awalnya kita malu, dipaksa, ya nggak tapi kalo nggak diperiksa kita kan nggak tahu bersih atau nggak. Walau mandi 40 jam kita nggak tahu bersih apa nggak. Jadi kita periksa akhirnya.”

“Ya jadi akrab gitu lah. Yang awalnya takut setelah kenal mereka jadi akrab ya sampai sekarang ini kayak ka R, kayak Kak B.”

Dokter yang terpercaya, bisa menjaga kerahasiaan pasien dan bisa berkomunikasi dengan baik juga merupakan faktor yang mendukung LSL untuk mengakses layanan.

“Hanya dokter itu yang bisa tau rahasia saya. Saya ambil dia karena emang terpercaya orangnya. Enak kalo punya kenalan dokter begitu. Bisa ini lah, sharing kayak gitu. Semua temen-temenku juga nyaman juga.”

Adanya outlet kondom yang mudah diakses dan terpercaya, yaitu staf LSM Yayasan Primari dan KPA Kabupaten menyebabkan LSL mudah mengakses kondom serta pelicin.

Hubungan yang baik dan intensif antara tenaga kesehatan di Klinik Santo Rafael dengan LSL yang menjalani terapi ARV membuat pasien menjadi loyal dan enggan berpindah ke Fasyankes lain.

“Sedangkan LSL ke ibu Anastasia santo Rafael yang sudah berlangsung Karena mereka lebih nyaman gak tau ya nyaman seperti apa mereka menilai bahwa santo Rafael mereka lebih enak begitu saja untuk mengakses layanan.”

### **Model layanan yang diharapkan LSL**

Informan LSL menyatakan ingin mendapatkan layanan yang tenaga kesehatannya berasal dari komunitas LSL atau orang yang mampu mengerti LSL.

“Kalo saya inginnya itu kan, orangnya kan sama-sama kayak kita gitu kan enak gitu. “

LSL juga lebih merasa nyaman dilayani oleh tenaga kesehatan yang berjenis kelamin laki-laki.

“Mereka mau petugasnya juga ada yang laki-laki, mereka lebih terbuka dengan laki-laki.”

Selain itu, mereka juga merasa lebih nyaman mengakses layanan yang jauh dari tempat tinggalnya sehingga tidak ada orang yang akan mengenali dan mengetahui orientasi seksualnya.

“Jauh dari tetangga juga toh, kalo di kota kan ga ada yang kenal kan enak, bisa tenang gitu loh ga was-was. Tapi kalo di puskesmas dekat SD kan takutnya begini-begini.”

Waktu tunggu hingga memperoleh layanan diharapkan tidak lama bahkan jika memungkinkan diharapkan ada antrian khusus bagi LSL yang hendak mengakses layanan IMS dan HV, yang terpisah dari antrian umum.

“Itu yang enak langsung ke tempat periksa. Kalo seperti itu mau.”

Layanan IMS dan HIV diharapkan terpisah dari ruangan lainnya di Fasyankes tersebut sehingga LSL merasa terjamin privasi dan kerahasiaannya.

“Mending dipisah aja ruangnya. Maksudnya sendiri kalau gitu kan malu. Jadi ya mungkin sendiri.”

Selain tempat periksa yang terpisah, informan LSL juga mengharapkan adanya ruang tunggu tersendiri sehingga mereka tidak perlu berbaur dengan pasien-pasien lain yang datang ke layanan tersebut.

“Kalau saya sih mendingan kamarnya sendiri ruang tunggu juga sendiri.”

Selain pengaturan ruangan, waktu layanan juga diharapkan di luar jam kerja sehingga LSL yang bekerja tetap bisa mengakses layanan.

“Waktu periksanya jangan jadwal kita kerja.”

“Sebaiknya jam istirahat jam 2 jam 1 siang. Antara istirahat kan, antara jam 12, jam 1.”

### **Penghambat Penyediaan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi untuk PSJ dan LSL**

Hingga Desember 2015 terdapat 5,946 kasus HIV. Jumlah penduduk Nabire 145.208 orang. Epidemik HIV di Nabire tergolong dalam epidemik HIV tergeneralisasi dengan prevalensi HIV tertinggi adalah pada ibu hamil. Jumlah penderita HIV perempuan lebih banyak dibandingkan Nabire disebut-sebut sebagai kabupaten/Kota dengan prevalensi HIV tertinggi di Papua. Namun, dalam wawancara mendalam disebutkan bahwa sebagian kasus yang tercatat di Nabire bukan merupakan masyarakat Nabire, melainkan masyarakat dari Kabupaten lain. Banyak anggota masyarakat dari Kabupaten lain di sekitar Nabire yang mengakses layanan HIV di Nabire karena layanan HIV yang tersedia di Kabupaten di sekitar Nabire belum berfungsi dengan baik. Hal tersebut menyebabkan tingginya beban layanan kesehatan di Nabire.

“Mungkin karena ketidakterediaan fasilitas layanan di beberapa kabupaten mereka harus turun kesini mungkin awalnya hanya pemeriksaan kesehatan biasa, tapi ketika ditawarkan dengan memberikan edukasi melakukan pemeriksaan HIV dan kalau mau mereka harus melakukan tes disini. Kalau hasilnya positif berarti kita harus kasi terapi pada mereka.”

“Ini memang problema kita utama karena beberapa kabupaten itu programnya belum berjalan bagus betul sehingga mereka mengakses layanan turun ke sini kita ini bebannya itu ada 7 kabupaten yang memang ... teman-teman juga berat di layanan.”

“Jadi dok papua ini kan ... itu oleh gubernur dikasihlah 80% merata ke semua kabupaten jadi bicara dana tentunya kabupaten lain juga punya dana terutama untuk bidang kesehatan terutama untuk bidang pasti ada gitu lo tapi kok nabire yang habis-habisan gitu.”

Terlepas dari telah tersedianya layanan HIV di Nabire, belum semua populasi kunci terjangkau oleh layanan. Layanan PMTS untuk PSP langsung di lokasi di Samabusa telah dikembangkan, namun belum ada layanan atau program yang telah dikembangkan untuk menjangkau PSP jalanan. Penyediaan layanan untuk populasi LSL juga masih terbatas, di Kota Nabire terdapat 1 klinik yang telah mengembangkan layanan untuk LSL yaitu Klinik Santo Rafael.

Kebijakan terkait Miras dan bisnis seks yang 'lebih longgar' dibandingkan dengan Kabupaten Lainnya menyebabkan Nabire banyak dituju oleh orang-orang yang ingin mengakses minuman beralkohol maupun seks.

"Kalo di Nabire semua sudah tau sih karena kan pekerja seks disini kan jumlahnya paling besar di Papua, karena kan dia pasarannya kan luas ada beberapa kabupaten di pinggiran sini kan, di Manuk Wari kan diterapkan peraturan kota Injil yang tidak boleh macam-macam itu kan semuanya lari kesini, mau minum mabuk ngeseks semuanya kesini. Kan aksesnya juga gampang bisa pulang pergi dengan kapal putih makanya kan perda pelarangan juga tidak ada hampir semua melegalkan kayak dilokalisasi aja tidak ada indikasi untuk menutup."

"Iya disini bebas minum tapi diatas ndak boleh minum sama jual sembarangan."

Dinyatakan bahwa intervensi yang menyoar PSJ pernah dilakukan pada tahun 2007 hingga 2008 dengan dukungan dana dari donor FHI. Saat itu penjangkauan PSJ dilakukan oleh Yayasan Primari. Namun pendanaan upaya penanggulangan HIV pada PSJ berlangsung kurang dari 1 tahun karena terhentinya pendanaan dari donor.

"Tahun 2007-2008, kami memang dekat dengan mereka (PSJ), tapi waktu itu kami ada masalah juga jadi kami harus berhenti di tengah jalan juga."

"PS jalanan itu sudah mulai dari tahun 2009-2010 itu tidak dijangkau lagi."

"Itu dukungan dan adari FHI ASA, PS jalanan juga masuk dalam program tersebut jadi itu rekrutmen, dikasi pelatihan trus mereka disini jadi toko kunci, di kasi brosur."

Program yang dilakukan saat itu terdiri dari rekrutmen dan pelatihan PSJ untuk menjadi *peer educator*. Saat itu hal yang dilakukan adalah upaya perubahan perilaku pada PSJ. Yayasan primari saat itu telah menemukan orang kunci dari suku Mee yang mampu memobilisasi para PSJ. Hanya saja, setelah program selesai, kontak dengan orang kunci tersebut menurun dan saat ini orang kunci tersebut sudah pindah ke kabupaten lain.

"Yang jadi PE Ada 32 orang, itu 2 kali pelatihan."

"Lumayan banyak, ratusan ada. Biasa kan PE minta untuk kita datang dia sudah kumpulkan trus ada pemeriksaan bisa banyak bisa ampe 20an. Sempat juga dari PCI juga jangkau teman-teman kita yang dijalan yang remaja."

Ketidaksepakatan mengenai definis PSJ menyebabkan program penjangkauan terhadap PSJ tersebut dihentikan.

"Ah itu tidak, kalo tidak sesuai kriteria ya tidak, karena kan itu yang dibayar kan ada kompensasi berupa uang tapi disini kan sekedar ngumpul minum makan pinag kompensasinya hanya itu tidak tau yang kemarin yang sudah ditemui, kalo dulu tidak setelah dievaluasi mungkin tidak lagi diteruskan, karena memang tidak dibayar."

Penggalian terhadap faktor risiko belum menjadi prosedur rutin terhadap semua pasien yang menjalani tes HIV. Penggalian lebih jauh mengenai faktor risiko baru dilakukan setelah hasil tes HIV pasien menunjukkan hasil positif. Hal tersebut menyebabkan layanan kurang bisa mengidentifikasi PSJ maupun LSL yang datang ke layanan.

“Kalau untuk populasi kunci atau populasi yang untuk psk itu memang jarang kami ini karena tidak terlalu ... faktor risiko lagi karena semua sudah ditawarkan dan kalau sudah ditemukan R nanti baru kami gali memang dari psk atau pokoknya di faktor populasi kuncinya.”

Sebagian Puskesmas dengan layanan HIV menyatakan telah memiliki SDM yang cukup. Namun sebagian Puskesmas masih terkendala oleh rendahnya jumlah SDM, terutama tenaga dokter.

“Kalau (Puskesmas) Samabusa selalu bermasalah dokter yang tau samapusa itu dapatnya dokter PTT ... bebas tidak ada pegawai negeri sempat dikasi itu tahun 2012 itu dokter pegawai negeri tapi pergi sekolah juga jadi sampai hari ini.”

“Jadi dok memang apa distribusi tenaga dokter karena program ini kan tim mesti ada dokter mesti ada labnya, dll jadi memang untuk layanan dalam kota tadi yang 15 ini ee tidak semua juga terdapat dokternya.”

“Samabusa ada dokternya tapi statusnya dokter PTT jadi berjalan hilang lagi programnya berjalan hilang lagi nah itulah yang apa sedangkan yang diluar 15 itu memang tidak ada dokter sama sekali.”

Kurangnya SDM yang ada di Puskesmas menyebabkan beban ganda bagi petugas di layanan HIV. Mereka tidak hanya bertanggungjawab untuk layanan HIV melainkan juga upaya kesehatan lainnya.

“Terus dalam layanan itu sendiri ya karena memang kekosongan disana harus ditangani sana sini lagi jadi 1 orang sendiri itu sudah bisa menangani beberapa program akhirnya perhatian khusus memang susah.”

Selain permasalahan dari sisi kuantitas, perpindahan tenaga terlatih juga menjadi penghambat bagi penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas.

“Yang sudah ditunjuk kadang pindah tempat.”

“Memang susah saya sendiri di puskesmas samapusa itu tim HIV dan IMS itu rata-rata ee yang magang jadi tidak ada kepastian kedepan mereka sudah dilatih tetap akan tinggal.”

Petugas kesehatan mengakui menghadapi kesulitan untuk menjangkau PSJ dan remaja perempuan berisiko. Kendala bagi petugas kesehatan untuk menjangkau remaja perempuan berisiko adalah kendala Bahasa. Remaja tersebut pada umumnya berasal dari daerah pedalaman dan tidak mengerti dan tidak bisa berbicara dengan Bahasa Indonesia.

“Kalau kita kan kendala bahasa juga, banyak yang tidak tau bahasa mereka tau bahasa Indonesia tapi pemahamannya juga apa yang kita bilang itu kadang mereka tak mengerti biarpun dengan bahasa yang paling sederhana makanya mereka lebih paham dengan bahasa daerah.”

Oleh karena itu, untuk menjangkau PSJ dan remaja perempuan berisiko tinggi diperlukan tokoh kunci yang berasal dari komunitas mereka sendiri, yang memahami bahasa serta budaya mereka. Sayangnya, Puskesmas dan LSM belum memiliki petugas lapangan yang berasal dari komunitas tersebut.

“Jadi memang dok satu hal juga untuk menjaring mereka memang itu tadi agak unik karena kita di Papua itu budaya beda bahasa beda jadi memang orang yang mau masuk ke sana memang mesti orangnya mereka sendiri tidak bisa ibu ... begini yang ngejak mereka ke terminal tidak bisa samapi kapan mesti ada orang yang kita pakai yang memang notabene orangnya mereka yang menjadi agen kita untuk ngomong pakai bahasa baru mereka mau.”

Selain keterbatasan SDM, ketersediaan logistik seperti reagen sifilis juga menjadi kendala dalam penyediaan layanan di Puskesmas. Terhentinya suplai reagen sifilis menyebabkan tes sifilis tidak bisa diselenggarakan di Puskesmas.

“Sifilis kami baru dapat bulan November itu dapat reagen nya Desember sudah enggak jadi macet sampai sekarang karena sekarang gak ada ... kita dikasih nya yang untuk tes keduanya jadi kalau tes pertama positif tes kedua ... adanya tes kedua ... karena tidak ada penentuan titernya juga dari ... bilang tidak apa-apa kalau dia negative berarti dia tidak sifilis tapi begitu kita ketemu positif dia titernya berapa kami mau panduan obatnya bagaimana jadi kami tidak berani terus kami sudah stop sampai Cuma satu bulan saja itu pemeriksaannya.”

Klinik Santo Rafael yang dirancang untuk menyediakan layanan HIV dan IMS bagi komunitas LSL pernah memiliki alat Anoskopi namun sudah ditarik kembali oleh donor.

“Dulu waktu yang di Rafael kan punya anoskopi tapi dibawa kembali sama.”

Keterbatasan alat pemeriksaan IMS di Puskesmas menyebabkan pemeriksaan hanya bisa dilaksanakan 2 hingga 3 kali seminggu.

“Karena kekurangan peralatan kami lakukan pemeriksaannya itu ya dalam seminggu 2 kali sampai 3 kali Karena kami harus sterilkan ya pakai lagi.”

Kerusakan alat pemeriksaan CD4 juga menghambat pelaksanaan layanan HIV.

“CHAI bantu kita Nabire untuk mesin CD4 yang besar di RS, Tapi lagi rusak. Anggaran memperbaiki lebih besar daripada beli baru katanya Sampai Sekarang ga ada CD4, di Puskesmas di kasi bantuan mesin CD4 yang portable yang kecil, Cuma karena dipake mobile rusak.”

Informan penyedia layanan juga menyebutkan adanya permasalahan dengan reliabilitas hasil pemeriksaan HIV dengan alat yang mereka gunakan selama ini. Untuk pasien yang sama pernah dijumpai hasil yang berlawanan ketika diperiksa di fasilitas layanan kesehatan yang berbeda.

“Jadi memang ini kejadian yang teman-teman bilang ini terjadi juga seperti di Nabire kota diperiksa positif tapi ke Jaya Pura negative jadi banyak terjadi seperti itu.”

“Ibu hamil dia periksa di kami positif setelah itu mungkin seselang berapa bulan periksa di Karang Mulia negatif. Kenapa di Karang Mulia negatif disini positif sudah kami ambil datanya ulang positif karena keragu-raguan muncul.”

Tingginya jumlah pasien yang berasal dari luar Kota Nabire menyebabkan kesulitan bagi petugas Puskesmas dan petugas lapangan dari LSM untuk melakukan penjangkauan dan pendampingan. Kepatuhan minum obat rendah dan drop out ARV tinggi.

“Kalau kami untuk menjangkau mereka mah sangat sulit kalau dibilang penyuluhan kan jalan tapi memang sebagian besar masyarakat kami punya pasien di luar nabire jadi memang sangat susah.”

“Banyak dari pedalaman. Mau ambil obat mau tidak nanti kalau sudah rasa ... satu-satu kan datang lagi ... dikarang sangat susah”

“Kadang juga mereka kejatuhan obatnya 5 hari ... dia datang minggu depan kenapa tidak datang ... pedalaman ongkos untuk turun tidak ada jadi biaya.”

“Masalah yang kami alami yaitu sumber daya manusia untuk menjangkau dengan mereka sendiri yang menjangkau. Pernah mereka mau mengakses kondom ke kami. Nabire, nogiae, akses darat bagus dan mobilitas juga tinggi jadi kami sulit mengetahui tempat tinggal mereka. Sering terjadi lost to follow up, karena kartu akses mereka belum konek untuk mengakses ARV.”

Pemerintah sudah berupaya mengantisipasi hal tersebut dengan membangun rumah singgah. Hanya saja, rumah singgah tersebut belum berfungsi optimal.

“Teman-teman yang rumah singgah ini memang bagus punya petugas khusus kasian kalau ... sudah ... dia harus bekerja lagi disitu ... itu yang operasionalnya yang belum artinya harus ada organisir yang bagus itu kepala penanggung jawabnya tenaganya dan juga kalau lagian disana saya lihat memang pasien datang kunjungan ke sana kurang kayaknya belum ada mungkin ya.”

Adanya kepercayaan pada masyarakat terutama di daerah pedalaman bahwa HIV bisa disembuhkan dengan ramuan dan doa dari Pendeta turut mempengaruhi kepatuhan pasien dari pedalaman untuk minum ARV.

“Untuk ramuan masih tinggi jadi banyak ramuan mereka buat ramuan jadi dia periksa di bulan oktober 2015 positif kita konseling awalnya kan di ... dulu kita kasi ... terus dia menghilang ke pedalaman tidak tau akhirnya bulan jauari kemarin dia datang marah-marah mau periksa HIV loh kamu kan sudah pernah periksa sudah tapi kan saya sudah minum ramuan dan didoakan pendeta jadi memang sudah minum ramuan selama 3 bulan dibilang sudah sembuh itu bukan satu dua orang banyak orang ... seperti itu dan akhirnya dia kembali lagi minum obat lagi dia ingin coba-coba pakai jamu.”

LSM di Nabire belum melakukan penjangkauan secara intensif terhadap komunitas PSJ dan LSL karena ketiadaan dukungan pendanaan dan program.

“Teman-teman primary juga tidak intens pengjangkauan kepada teman-teman.”

“Kalo kita lihat kondisi kemarin penting sekali untuk dijangkau, Cuma tidak ada pendanaan, tidak ada jangkauan.”

LSM belum memiliki petugas lapangan yang berasal dari populasi PSJ dan LSL sehingga menyulitkan mereka dalam penjangkauan.

Karakteristik PSJ berbeda dengan komunitas lain sehingga perlu pendekatan dengan cara yang berbeda.

“Tapi dari proses itu kita bisa belajar bahwa ps jalanan berbeda dengan komunitas lain, yaitu lebih spesifik, mereka tidak mau berdekatan dengan orang asing, pendekatan juga lain. Kami mengalami kesulitan dalam keadaan mereka yang mabuk, kita juga harus bawa rokok, di



beberapa hotspot ada premannya, jadi susah mau ketemu teman temannya dulu. Kita dulu melakukan pertemuan dengan mereka, dan mereka tidak bisa dipaksa secara langsung, mereka tidak bisa disamakan dengan yang lain dan lebih banyak diam, mereka tidak bisa lepas dari alkohol. Kami melakukan pendekatan emosional dulu, baru dapat melakukan hal lain.”

### **Pendukung penyediaan layanan kesehatan seksual dan reproduksi untuk PSJ dan LSL**

Sumber daya yang dialokasikan oleh Pemerintah untuk penanggulangan HIV di Nabire cukup tinggi. Pada tahun 2015, KPAK Nabire menerima dana sebesar 1 Milyar. Selain itu, komitmen pemerintah daerah terhadap isu HIV juga cukup besar dinilai dari telah adanya dana lintas sektor yang dialokasikan untuk HIV sebesar 5 Milyar Rupiah.

Adanya pendanaan yang cukup besar untuk HIV yang telah dialokasikan untuk lintas sektor yaitu di Badan Pemberdayaan Perempuan, Dinas Sosial. Dinas Tenaga Kerja merupakan faktor pendukung upaya penanggulangan HIV di Kota Nabire.

“Kalo mau ditotal untuk penanggulangan HIV mulai tahun 2013 itu kayak Dinas kan 1milyar, rumah sakit 1 milyar trus temen-temen di tenaga kerja ada 700 Jutaan, Pemberdayaan Perempuan juga ada, trus dimana lagi ya di Dinas Sosial khusus untuk bantuan nutrisi dan sebagainya ada, totalnya tu sekitar 4 milyar untuk penanggulangan HIV.”

Selain dukungan pendanaan, komitmen pemerintah daerah juga tercermin dari adanya Peraturan Daerah Penanggulangan HIV.

“Kalo itu, perda itu malah sudah 2 kali perda, perda penanggulangan HIV yang 2007 jadi sekarang 2015 ya, ya januari 2015 mulai di sahkan. Jadi sudah dua. Selain itu ada perda pembagian kondom 100% dilokalisasi, trus kala untuk kesepakatan-kesepakatan lokal yang ada sanksinya.”

Ketersediaan layanan HIV di Nabire juga cukup baik, dapat dilihat dari tersedianya layanan VCT, IMS, PPIA, TB-HIV serta satelit ARV. Di Nabire terdapat 32 Puskesmas dan 15 Puskesmas diantaranya sudah menyediakan layanan HIV. Selain Puskesmas juga terdapat fasyankes lain yang menyediakan layanan HIV seperti Klinik Santo Rafael, Rumah Sakit Kabupaten dan Yayasan Primari. Klinik Santo Rafael bahkan telah di-set up untuk menjadi layanan HIV khusus LSL.

“Jadi memang kita di nabire seperti yang saya sampaikan 32 puskesmas kebetulan teman-teman yang datang ini tadinya mereka yang ada dalam kota dan dari 31 atau 33 itu 15 layanan itu sudah bisa laksanakan apa yang mereka sampaikan tadi yang notabene mereka yang ada di dalam kota plus rumah sakit dan santo Rafael sedangkan puskesmas lain yang ... keluar dari itu belum sama sekali.”

Terjalinnnya kerjasama yang baik antara KPA, Dinas Kesehatan, LSM dan layanan kesehatan juga menjadi faktor pendukung upaya penanggulangan HIV di Nabire. LSM membantu dalam menjangkau komunitas LSL yang sebelumnya sangat tersembunyi.

“Selain kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas ada juga kegiatan yang dilakukan oleh beberapa LSM lain mereka membantu kami mereka melakukan penelitian ya terkait dengan seberapa besar kasus HIV diantara GWL ya gay waria dan LSL.”

KPA juga memberikan dukungan sumber daya kepada LSM agar kegiatan mereka bisa berjalan meski dukungan dana dari donor semakin menurun.

“Ya LSM kadang juga kita apa mengakomodir kegiatan dari teman-teman, kalo kekurangan dana atau apa atau ada tambahan sebagai peserta atau biasanya kita ini.”

Dinas Kesehatan telah mengantisipasi tingginya angka perpindahan tenaga kesehatan terlatih dengan metode mentoring klinis dari Rumah Sakit kepada tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas sehingga diharapkan semua tenaga kesehatan di Puskesmas memiliki pemahaman tentang IMS dan HIV. Selain itu, keberlangsungan layanan juga tidak akan tergantung pada beberapa orang saja.

“Itu jadi memang dalam program kerja kita nanti tahun ini jadi banyak kita mentoring klinis ... training tidak lagi bikin pelatihan-pelatihan karena pengalaman yang dilatih pergi 0 lagi atau yang dilatih pindah gak bisa jalan lagi tetapi kalau mentoring klinis tim dari dinas dan rumah sakit itu ... puskesmas untuk HIV atau IMS atau TB ataupun apa teman-teman yang ada di puskesmas itu setidaknya ada gambaran untuk walaupun ada 1 yang pindah atau gak ada yang lain bisa menggantikan.”

Hubungan yang baik dan intensif dengan pasien, menyebabkan pasien LSL menjadi loyal terhadap layanan di Klinik Santo Rafael dan enggan untuk dirujuk ke Puskesmas yang jaraknya lebih dekat dengan tempat tinggal mereka.

“Jadi yang sampai sekarang yang masih ARV yang hasil mobile itu 2 orang masih di Rafael seperti itu jadi dia tidak mau dikembalikan ke puskesmas dia saya bilang kesini ongkosnya mahal tidak apa-apa bu saya masih sanggup bayar ongkos dari pada sama disana ya sudah saya mau bilang apa lagi.”

Dukungan dari Mitra Pembangunan Internasional sebelum tahun 2015, menyebabkan komunitas PSJ dan LSL mulai dijangkau oleh layanan, meskipun upaya tersebut belum sustainabel. Selain itu, dukungan MPI juga berpengaruh besar terhadap pengembangan layanan HIV termasuk pengadaan beberapa sarana prasarana penunjang layanan.

Sistem Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) yang telah dikembangkan diharapkan dapat membantu dalam penjangkauan PSJ. Kader kesehatan diharapkan secara aktif dapat berperan dalam mengidentifikasi PSJ dan remaja perempuan berisiko tinggi.

“Memang gini dok ... kan sekarang kita coba kembangkan sistem ,, itu pelayanan komprehensif berkesinambungan salah satu harapan kita peran kader untuk menemukan dan dibawa ke puskesmas karena kalau kita nunggu mungkin tidak akan ini atau teman-teman di puskesmas mana ada waktu untuk cari sekarang dengan sistem LKB ini ya kita berikan informasi ke kader ataupun ke siapa ke ... apa agar yang memang ada di lingkungan atau remaja-remaja tadi nah yang .. bisa melihat tanda-tanda dan dibawa ke pelayanan itu yang kita harapkan gitu.”

Adanya Kader, terutama dari KDS dan warga masyarakat dari suku pedalaman yang dapat menjadi agen bagi layanan kesehatan untuk menjangkau PSJ dan remaja perempuan berisiko merupakan potensi yang

perlu dioptimalkan. Namun yang masih perlu dipikirkan adalah pembiayaan untuk mereka sehingga bisa berperan optimal. Di beberapa Puskesmas kader yang ada bahkan telah terlatih di bidang HIV.

“Kalau sampai saat ini ada kader yang memang dari orang Mee yang ada di puskesmas kader-kader yang sudah direkrut selama ini mungkin kader...”

“Kalau di kami ada warga memang dia punya keluarga yang dari atas biasa kalau turun ke bawah dia lihat penyakitnya kea rah ke situ dia ajak ke puskesmas sering sekali begitu dan kami memang bersyukur ... membantu kami mengajak tapi memang itu tadi pasiennya lagi dari atas lagi dari atas lagi seperti itu.”

“Kalau KDS yang kita punya sudah sering pelatihan.”

Sikap positif Pemuka Agama dan Gereja terhadap upaya penanggulangan HIV juga menjadi salah satu faktor pendukung dari upaya penanggulangan HIV di Nabire, meskipun tidak secara langsung berdampak terhadap komunitas PSJ dan LSL.

## Diskusi

Ketidaksepakatan mengenai definisi Pekerja Seks Jalanan di beberapa daerah seperti di Nabire dan Wamena dapat berimplikasi pada strategi atau program yang dikembangkan untuk mengatasi permasalahan pada kelompok populasi tersebut. Sebutan 'remaja perempuan berisiko' menyebabkan tidak adanya perbedaan antara remaja perempuan berisiko tersebut dengan remaja perempuan lainnya, yang notabene dikategorikan ke dalam kelompok masyarakat umum. Hal tersebut tentunya menjadi kurang tepat karena berdasarkan hasil penelitian ini remaja perempuan berisiko memiliki karakteristik yang berbeda dengan remaja pada umumnya serta memiliki konteks kerentanan yang tinggi terhadap HIV. Perumusan batasan yang jelas tentang 'Pekerja Seks Jalanan' perlu dilakukan dan kesepakatan mengenai apakah remaja perempuan berisiko di Kota Nabire dan Wamena dapat digolongkan sebagai PSJ perlu dibuat sehingga tidak muncul lagi kerancuan dalam pengembangan strategi dan implementasi program.

Kerentanan PSJ Papua terhadap HIV berakar dari determinan sosial yang kompleks. Pola pengasuhan anak yang sangat liberal dan komitmen orangtua yang rendah terhadap pendidikan anak menyebabkan anak tumbuh dalam lingkungan yang permisif terhadap perilaku berisiko. Minuman beralkohol telah menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari perayaan-perayaan adat bahkan menjadi bagian dari keseharian masyarakat di Tanah Papua. Mabuk akibat minuman keras menjadi katalisator dari terjadinya hubungan seks berisiko. Konsumsi pinang, rokok dan ganja serta kebiasaan menghirup lem juga menambah kerentanan dari PSJ terhadap permasalahan kesehatan.

Upaya penanggulangan HIV pada PSJ mensyaratkan upaya lintas sektor yang komprehensif. Penyusunan serta penerapan kebijakan yang tegas dan konsisten untuk membatasi produksi dan konsumsi minuman beralkohol di seluruh Kabupaten/Kota perlu dilakukan. Upaya untuk meningkatkan komitmen dan tanggungjawab orangtua terhadap tumbuh kembang serta masa depan anak juga perlu dilakukan oleh pemangku kepentingan terkait. Selain itu, upaya untuk meningkatkan *life skills* remaja yang saat ini masih terbatas di sekolah-sekolah tertentu perlu diperluas ke sekolah-sekolah yang ada di Tanah Papua dan sedapat mungkin juga menjangkau remaja-remaja yang tidak bersekolah.

Penutupan lokasi di beberapa wilayah di Tanah Papua diklaim oleh pemerintah sebagai solusi untuk menurunkan laju epidemi HIV. Namun, hasil penelitian ini justru menunjukkan bahwa penutupan lokasi

dan pemulangan PSJ pendatang justru berdampak negatif terhadap upaya penanggulangan HIV. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat PSP langsung yang sebelumnya bekerja di lokasi, saat ini bekerja sebagai PSJ. Para PSP tersebut berpindah ke daerah lain, hilang kontak dengan layanan kesehatan serta tidak lagi menjalani pemeriksaan HIV dan IMS rutin seperti yang mereka jalani saat masih bekerja di lokasi.

Hal lain yang juga terungkap melalui penelitian ini adalah bahwa PSP di lokasi memiliki peran yang positif bagi PSJ. PSP di lokasi pada umumnya memiliki hubungan yang baik dengan PSJ. PSP di warung remang-remang di Wamena menjadi agen untuk mengedukasi PSJ mengenai HIV dan menjadi outlet kondom bagi PSJ. Pembubaran lokasi berpengaruh terhadap distribusi kondom pada PSJ karena Warung Remang-Remang yang sebelumnya berfungsi sebagai outlet kondom saat ini tidak ada lagi sehingga PSJ tidak bisa lagi mengakses kondom. Distribusi kondom untuk PSJ melalui fasilitas layanan kesehatan kurang efektif dibandingkan dengan melalui outlet kondom di lokasi karena masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap profesi pekerja seks dan terhadap HIV.

Komunitas LSL di empat Kabupaten/Kota Nabire, Jayapura dan Wamena pada umumnya masih tertutup atau tersembunyi keberadaannya akibat dari masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap LSL. Sebaliknya, komunitas LSL yang ada di Kota Sorong relatif lebih terbuka dan telah memiliki jejaring yang solid dalam wadah Pemuda Papua Kreatif. Keberadaan tokoh kunci yang memiliki kualitas kepemimpinan yang baik, terpercaya serta mampu menggerakkan komunitas merupakan faktor penting dari komunitas LSL yang lebih terbuka dan berdaya.

Komunitas PSJ dan LSL di empat Kabupaten/Kota nampaknya telah sangat sering terpapar oleh informasi terkait HIV. Hanya saja, pengetahuan tentang HIV yang cukup baik pada PSJ dan LSL belum disertai dengan perilaku yang lebih aman. Oleh karena itu, strategi penanggulangan HIV yang diterapkan saat ini perlu dikaji kembali dan perlu dikembangkan strategi yang lebih efektif untuk menghasilkan perubahan perilaku pada komunitas.

Ketersediaan layanan HIV dan IMS di Kabupaten/Kota di Papua dan Papua Barat cukup bervariasi dari sisi kuantitas dan kualitasnya. Variasi antar Kabupaten/Kota menyebabkan masyarakat di

Kabupaten/Kota dengan ketersediaan layanan yang terbatas mengakses layanan HIV di Kabupaten/Kota kondisi ketersediaan layanannya lebih baik. Hal tersebut tentu saja menyebabkan beban layanan yang tinggi bagi Kabupaten/Kota yang dituju. Pendampingan pada ODHA dengan ARV juga sulit dilakukan karena lokasi tempat tinggal pasien yang jauh dari layanan sehingga berdampak pada tingginya drop-out ART. Oleh karena itu, upaya optimalisasi kuantitas dan kualitas layanan di seluruh Kabupaten/Kota perlu dilakukan sehingga dapat terwujud keadilan serta pemerataan akses terhadap layanan.

Akses PSJ dan LSL di empat Kabupaten/Kota yang menjadi lokasi penelitian masih relatif terbatas. Penjangkauan terhadap komunitas PSJ dan LSL masih terbatas dan terdapat ketergantungan yang tinggi dari komunitas terhadap petugas lapangan sehingga kemandirian komunitas masih menjadi isu penting. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek konfidensialitas menjadi pertimbangan utama bagi PSJ dan LSL untuk membuat keputusan dalam mengakses layanan. Selain itu, komunitas PSJ mengharapkan sikap petugas layanan yang tidak menghakimi (*non-judgemental*) dan tidak diskriminatif (*non-discriminative*). Layanan yang menjunjung tinggi privasi klien juga menjadi harapan dari komunitas PSJ dan LSL. Penjangkauan komunitas LSL melalui media sosial memiliki potensi untuk dikembangkan. Hanya saja, upaya penyebaran informasi HIV melalui media sosial juga berpotensi menimbulkan resistensi dari LSL yang berakibat pada kegagalan untuk menjangkau LSL. Oleh karena itu, strategi yang lebih efektif untuk penjangkauan melalui media sosial perlu dikembangkan.

Dari sisi penyedia layanan, upaya untuk menyediakan layanan HIV yang berkualitas masih terbentur oleh permasalahan klasik berupa ketersediaan sumber daya, seperti sumber daya manusia (SDM), dana serta logistik. Upaya meningkatkan kesadaran dan kemauan komunitas untuk melakukan tes HIV dan mengakses ARV perlu disertai dengan upaya untuk meningkatkan kapasitas layanan. Upaya untuk mengoptimalkan ketersediaan SDM yang terampil dan memiliki sikap yang positif, ketersediaan logistik yang dalam jumlah yang adekuat dan berkesinambungan serta ketersediaan dana untuk insentif dan pengadaan sarana prasarana penunjang layanan perlu dilakukan oleh pemerintah setempat.

Upaya peningkatan kapasitas layanan kesehatan dan menumbuhkan kemandirian komunitas tentunya memerlukan waktu yang lama sedangkan permasalahan HIV pada PSJ dan LSL membutuhkan penanganan segera. Oleh karena itu, sementara upaya edukasi komunitas serta upaya peningkatan

kualitas layanan dilakukan, perlu diselenggarakan upaya untuk menjembatani komunitas dan layanan sehingga komunitas mau mengakses layanan yang tersedia.

Inisiatif dari Mitra Pembangunan Internasional perlu disinkronkan dengan kebutuhan daerah dan diintegrasikan dengan sistem kesehatan daerah sehingga tidak berdampak negatif bagi sistem kesehatan. Keterlibatan komunitas PSJ dan LSL dalam perencanaan, implementasi dan evaluasi program perlu ditingkatkan.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Pengetahuan PSJ dan LSL di Kabupaten/Kota Sorong, Nabire, Jayapura dan Jayawijaya tentang HIV sudah cukup baik namun pengetahuan tentang IMS masih rendah. Mereka menyadari kerentanan mereka terhadap HIV akan tetapi ketakutan terinfeksi HIV belum berdampak pada perubahan perilaku. Perilaku berisiko pada PSJ antara lain hubungan seks tanpa kondom, konsumsi minuman beralkohol, rokok, ganja dan menghirup lem. Sedangkan perilaku berisiko yang teridentifikasi pada LSL yaitu hubungan seks tanpa kondom, pasangan seks lebih dari 1 dan penyalahgunaan Narkoba.
2. Ketersediaan layanan HIV terutama layanan Pengobatan, Dukungan dan Perawatan di empat Kabupaten/Kota tersebut sudah cukup baik namun akses komunitas PSJ dan LSL terhadap layanan HIV masih rendah. Penjangkauan dan pendampingan terhadap komunitas PSJ dan LSL di empat Kabupaten/Kota belum berjalan dengan optimal padahal terdapat ketergantungan yang tinggi dari komunitas terhadap petugas lapangan.
3. Faktor penghambat akses layanan pada PSJ dan LSL antara lain: (1) Stigma dan diskriminasi terhadap PSJ, LSL dan HIV di kalangan masyarakat maupun penyedia layanan kesehatan; (2) Rendahnya kepercayaan komunitas terhadap aspek konfidensialitas di fasilitas layanan kesehatan publik; (3) Sikap tenaga kesehatan yang cenderung menghakimi dan kurang bisa menjaga kerahasiaan pasien; (4) Waktu layanan yang tidak sesuai serta waktu tunggu layanan yang lama. Sedangkan faktor pendukung akses layanan antara lain: (1) Pengetahuan komunitas yang cukup baik tentang HIV; (2) Tenaga kesehatan, terutama dokter, serta petugas lapangan LSM yang terpercaya; (3) Integrasi layanan HIV ke layanan kesehatan lainnya di Puskesmas
4. Faktor penghambat penyediaan layanan kesehatan seksual dan reproduksi: (1) Beban layanan yang tinggi; (2) Keterbatasan kuantitas SDM kesehatan dan perpindahan tenaga kesehatan terlatih; (3) Keterbatasan ketersediaan dan kualitas sarana prasarana penunjang layanan seperti anoskopi, alat pemeriksaan CD4; (4) Ketersediaan logistik, seperti reagen dan kondom yang kurang adekuat dan kurang berkesinambungan; (5) Belum adanya dukungan pendanaan untuk penjangkauan komunitas PSJ dan LSL; (6) Keanekaragaman bahasa daerah serta terbatasnya ketidakmampuan komunitas PSJ yang berasal dari pedalaman untuk berkomunikasi dengan Bahasa Indonesia; (7) Terbatasnya jumlah petugas lapangan di Fasyankes maupun di LSM yang berasal dari komunitas.
5. Sedangkan faktor pendukung penyediaan layanan antara lain: (1) Tingginya komitmen pemerintah daerah di beberapa Kabupaten/Kota yang tercermin dalam pembiayaan, kebijakan dan program



untuk penanggulangan HIV; (2) Dukungan dana dan sumber daya lainnya dari Mitra Pembangunan Internasional; (3) Kerjasama yang baik antara KPA K, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, LSM dan layanan.

6. Secara umum, layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang tersedia saat ini belum mampu mengakomodir kebutuhan spesifik dari komunitas PSJ dan LSL. Komunitas PSJ dan LSL di empat Kabupaten/Kota yang diteliti pada umumnya mengharapkan: (1) Layanan yang menjunjung tinggi konfidensialitas dan privasi dari komunitas yang mengakses layanan; (2) Sikap petugas kesehatan yang tidak menghakimi (*non-judgemental*) dan tidak diskriminatif (*non-discriminative*); (3) Layanan yang sensitif gender, seperti tersedianya tenaga kesehatan laki-laki pada layanan untuk LSL; (4) Layanan yang melibatkan petugas yang berasal dari komunitas mereka (terutama untuk LSL) atau setidaknya yang memiliki sikap positif terhadap komunitas, mampu berkomunikasi dengan bahasa komunitas serta dapat dipercaya; (5) Layanan HIV *mobile* yang mendatangi lokasi dimana komunitas biasa berkumpul; (6) Waktu layanan yang fleksibel dan disesuaikan dengan waktu dari komunitas

## Rekomendasi

1. Perlu adanya penyediaan dukungan sumber daya, terutama pendanaan, untuk pengembangan upaya penjangkauan, penguatan layanan dan pendampingan komunitas PSJ & LSL di keempat kabupaten/kota di Tanah Papua
2. Upaya pengendalian produksi dan konsumsi minuman beralkohol merupakan upaya yang penting dilakukan untuk menekan laju epidemi HIV di Tanah Papua. Penyusunan serta penerapan kebijakan yang tegas dan konsisten untuk membatasi produksi dan konsumsi minuman beralkohol perlu dilakukan di seluruh Kabupaten dan Kota.
3. Meningkatkan ketersediaan layanan yang non-judgemental dan non-diskriminatif perlu dilakukan untuk meningkatkan kenyamanan PSJ dan LSL dalam mengakses layanan. Peningkatan aspek sikap petugas ini dapat dicapai melalui pelaksanaan pelatihan bagi petugas layanan.
4. Perlu untuk mengidentifikasi dan merekrut 'orang kunci' dari komunitas PSJ & LSL. Orang kunci tersebut kemudian dilatih untuk selanjutnya menjadi 'peer workers' yang membantu anggota komunitas untuk mengakses layanan. Orang kunci tersebut juga perlu untuk mendapat insentif atau dana transport untuk menjalankan tugasnya. Selain itu, untuk meningkatkan upaya penjangkauan oleh LSM, perlu direkrut PL LSM dan puskesmas yang juga berasal dari komunitas.

5. Untuk meningkatkan upaya penjangkauan PSJ di Nabire dan Wamena, dapat memberdayakan kader (anggota KDS) dari suku Mee untuk menjangkau remaja perempuan berisiko.
6. Perlu adanya kesepakatan terkait definisi dari pekerja seks jalanan di beberapa daerah seperti Nabire dan Wamena untuk kepentingan penetapan program intervensi selanjutnya. Mengingat perempuan berisiko memiliki karakteristik yang berbeda dengan perempuan pada umumnya, maka perlu dipertimbangkan apakah perempuan berisiko di kedua daerah tersebut dapat dikelompokkan menjadi pekerja seks jalanan.
7. Upaya kesehatan yang menyangkut PSJ terutama yang tergolong dalam kelompok perempuan berisiko perlu dilakukan secara komprehensif dengan mengintegrasikan upaya pencegahan HIV & IMS dengan rehabilitasi terhadap ketergantungan alkohol, rokok, kesehatan gigi & mulut serta upaya peningkatan life skill
8. Upaya peningkatan pengetahuan PSJ dan LSL tentang IMS perlu ditingkatkan mengingat masih rendahnya pengetahuan PSJ dan LSL terkait IMS. Selain itu, upaya peningkatan pengetahuan terkait pengobatan juga perlu dilakukan mengingat masih rendahnya akses PSJ dan LSL terhadap layanan pengobatan IMS dan HIV di keempat Kabupaten/Kota. Upaya tersebut harus disesuaikan dengan kearifan dan kepercayaan lokal mengingat masih tingginya akses pengobatan tradisional pada PSJ.
9. Ketersediaan sumber daya untuk mendukung layanan seperti ketersediaan dana, anaskopi, reagen, gynecology bed dan lain-lain perlu ditingkatkan untuk menunjang kelancaran berjalannya layanan.
10. Penjangkauan LSL melalui media sosial perlu dilakukan dengan menggunakan strategi yang lebih efektif
11. Penutupan lokasi yang merupakan salah satu bentuk kriminalisasi PS hendaknya tidak dipertimbangkan sebagai suatu upaya penanggulangan HIV yang efektif.

### **Daftar Pustaka**

Akarro RR. (2011) Some factors associated with high risk behaviours among bar maids in Tanzania. *Curr Res J Social Sci*; 3(3): 207–212.

Bryant KJ. (2006) Expanding research on the role of alcohol consumption and related risks in the prevention and treatment of HIV/AIDS. *Subst Use Misuse*; 41: 1465–1507.

Chersich, M. F., Luchters, S. M. F., Malonza, I. M., Mwarogo, P., King'ola, N., & Temmerman, M. (2007). Heavy episodic drinking among Kenyan female sex workers is associated with unsafe sex, sexual violence and sexually transmitted infections. *International Journal of STD & AIDS*, 18, 764-769

Chiao C, Morisky DE, Rosenberg R, et al. (2006) The relationship between HIV/sexually transmitted infection risk and alcohol use during commercial sex episodes: results from the study of female commercial sex workers in the Philippines. *Subst Use Misuse*; 41(10–12): 1509–1533.

Cook R and Clark DB. (2005) Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? systematic review. *Sex Transm Dis*; 32(3):156–164.

Creswell, JW. (2009) *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Method Approaches* – 3<sup>rd</sup> ed. Los Angeles: Sage Publications.

Csete, J., & Cohen, J. (2010). Health Benefits of Legal Services for Criminalized Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities. *Journal of law, medicine & ethics*: Winter

Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat (2013) Prevalensi Infeksi Menular Seksual, Perilaku Berisiko, Dan Cakupan Program di Kalangan Laki-laki yang Suka Berhubungan Seks dengan Laki-laki di Tanah Papua. Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten di Papua & Papua Barat 2013.

Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten Papua & Papua Barat (2013) Prevalensi Infeksi Menular Seksual, Perilaku Berisiko, Dan Cakupan Program di Kalangan Wanita Pekerja Seks di Tanah Papua. Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten di Papua & Papua Barat 2013.

Erausquin, J. T., Duan, N., Grusky, O., Swanson, A.-N., Kerrone, D., & Rudy, E. T. (2009). Increasing the Reach of HIV Testing to Young Latino MSM: Results of a Pilot Study Integrating Outreach and Services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20, 756-765.

Fisher JC, Bang H and Kapiga SH. (2007) The association between HIV infection and alcohol use: a systematic review and meta-analysis of African Studies. *Sex Transm Dis*; 34: 856–863.

Fisher JC, Cook PA and Kapiga SH. (2010) Alcohol use before sex and HIV risk: situational characteristics of protected and unprotected encounters among high-risk African women. *Sex Transm Dis*; 37(9): 571–578.

Fisher JC, Cook PA, Sam NE, et al. (2008) Patterns of alcohol use, problem drinking and HIV infection among highrisk African women. *Sex Transm Dis*; 35(6): 537–544.

Holland, C. E., Papworth, E., Billong, S. C., Kassegne, S., Petitbon, F., Mondoleba, V., Moukam, L. V., Macauley, I., Ntsama, S. P. E., Tamoufe, U., Yomb, Y. R., Baral, S. D., Eloundou, J. and Mananga, F. (2015) 'Access to HIV Services at Non-Governmental and Community-Based Organizations among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Cameroon: An Integrated Biological and Behavioral Surveillance Analysis', *Plos One*, 10(4).

King, E. J., Bowling, J. M., Dudina, V., Maman, S. and Moracco, K. E. (2013) 'The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia', *AIDS Behav*, 17, 2597-2603.

KPA Provinsi Papua & Papua Barat (2011) Papua Female Sex Worker and Client Behaviour and Service Satisfaction Survey: Conducted in October. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Papua & Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Papua Barat, 2011.

Ministry of Health of Indonesia (2014) Cases of HIV/AIDS in Indonesia: Reported Thru' September. Jakarta: Directorate General of Communicable Disease & Environmental Health, Ministry of Health, Indonesia, 2014.

Nutbeam, D., & Bauman, A. (2010). *Evaluation in a Nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. New South Wales: McGraw-Hill Australia Pty Ltd.

Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, et al. (2007) Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Med*;4(10):1584-8.

Shannon, K., Bright, V., Duddy, J., and Tyndall, M.W. (2005) 'Access and Utilization of HIV Treatment and Services Among Women Sex Workers in Vancouver's Downtown Eastside', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82 (3)

Stein M, Herman DS, Trisvan E, et al. (2005) Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res*; 29: 837-843.

Sugihantono, A., Slidell, M., Syaifudin, A., & Pratjojo, H. (2003). Syphilis and HIV prevalence among commercial sex workers in Central Java, Indonesia: Risk-taking behavior and attitudes that may potentiate a wider epidemic. *AIDS Patient Care & STDs*, 17(11), 595.

Verma RK, Saggurti N, Singh AK, et al. (2010) Alcohol and sexual risk behaviour among migrant female sex workers and male workers in districts with high in-migration from four high HIV prevalence states of India. *AIDS Behav*; 14: S31–S39.

Wanyenze, R. K., Musinguzi, G., Matovu, J. K. B., Kiguli, J., Nuwaha, F., Mujisha, G., Musinguzi, J., Arinaitwe, J. and Wagner, G. J. (2016) 'If You Tell People That You Had Sex with a Fellow Man, It Is Hard to Be Helped and Treated': Barriers and Opportunities for Increasing Access to HIV Services among Men Who Have Sex with Men in Uganda', *Plos One*, 11(1), 1-19.

Weiser SD, Leiter K, Heisler M, et al. (2006) A population based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PLoS Med*; 3(10): e392.

## Lampiran 1- Instrumen

### Pedoman FGD

#### Informan: Penyedia layanan kesehatan

- Identitas:
  - o Nama
  - o Jabatan
  - o Tempat bekerja
  - o Lama bekerja
- Gambaran mengenai layanan kesehatan yang disediakan
  - o Jenis layanan kesehatan yang disediakan? IMS, VCT, CST? Layanan dalam gedung dan luar gedung?
  - o Sejak kapan mulai menyediakan layanan tersebut?
  - o Waktu layanan
- Gambaran mengenai sumber daya yang dimiliki
  - o Dana: Sumber pendanaan? Kecukupan dana yang dikelola?
  - o Sumber daya manusia: Kuantitas SDM? Kualitas (kualifikasi yang sesuai?), ada tidaknya konselor terlatih? Petugas lapangan?
  - o Sarana prasarana: gedung, ruang periksa, alat-alat medis, obat-obatan (termasuk ARV), reagen, media KIE, kondom?
- Permasalahan dalam pengelolaan layanan
  - o Hambatan dari sisi dana: jumlah tidak memadai? Keberlangsungan?
  - o Hambatan dari sisi SDM: kuantitas kurang? Kurang pelatihan? Pelatihan apa saja yang diperlukan? Mutasi SDM terlatih?
  - o Hambatan dari sisi ketersediaan sarana prasarana: ruang periksa, alat-alat medis, obatan dan bahan habis pakai
  - o Hambatan dari segi lingkungan: minat masyarakat untuk memanfaatkan puskesmas rendah, desentralisasi, kebijakan yang tidak mendukung, mundurnya donor
- Besaran permasalahan IMS dan HIV di wilayah kerja
  - o Angka kejadian IMS, HIV
  - o Estimasi jumlah populasi kunci, terutama PSP jalanan
  - o Perilaku berisiko
- Akses PSP jalanan terhadap layanan seksual reproduksi yang disediakan
  - o Cakupan layanan IMS, VCT, CST di dalam gedung dan di luar gedung (mobile VCT)?
  - o Jumlah kondom yang berhasil didistribusikan kepada PSP jalanan?
  - o Jumlah penyuluhan yang dilakukan pada PSP jalanan?
  - o Apakah target layanan terpenuhi?
- Persepsi mengenai kualitas layanan
  - o Apakah pernah dilakukan survey kepuasan?

- Jika pernah, kapan dilaksanakan? Bagaimana hasil survey kepuasan?
      - Jika hasil survey kepuasan rendah, pada aspek apa masih kurang?
      - Apakah sudah dilakukan upaya perbaikan?
    - Jika belum pernah dilakukan survey kepuasan, bagaimana kualitas layanan yang anda sediakan bagi populasi kunci?
      - Pernahkah ada keluhan dari pasien, terutama PS?
      - Jika pernah, apa yang menjadi keluhan pasien?
      - Apakah sudah dilakukan upaya perbaikan?
  - Jejaring atau kemitraan dengan organisasi lain
    - Apakah telah ada kerjasama antar layanan dalam penyediaan layanan kesehatan bagi PSP jalanan?
    - Bagaimana bentuk kerjasamanya?
    - Apakah kerjasama berlangsung dengan baik?
    - Bagaimana pelaksanaan proses rujukan?
    - Adakah kendala dalam pelaksanaan rujukan? Apa saja kendala yang dihadapi?
  - Dukungan dari Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS
    - Apa saja bentuk dukungan dari Dinas Kesehatan dan KPAD terhadap penyediaan layanan kesehatan di fasyankes anda?
    - Apakah dilakukan bimbingan teknis dari Dinkes dan KPA terhadap layanan?
    - Setiap berapa saat Bimtek dilakukan?
  - Upaya-upaya yang telah, sedang dan akan dilakukan untuk meningkatkan akses layanan IMS & HIV pada PSP jalanan
    - Apakah telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan akses layanan kesehatan pada PSP jalanan?
    - Jika sudah, apa saja upaya-upaya tersebut?
    - Jika belum, mengapa? Apa hambatannya?
  - Fisibilitas penyesuaian layanan dengan kebutuhan PSP jalanan
    - Perubahan waktu layanan?
    - Pengurangan stigma pada penyedia layanan kesehatan?
    - Perubahan lain sesuai dengan hasil wawancara dengan PSP?



## Panduan Wawancara

### Paroki Gereja

- Bagaimana pendapat anda tentang isu HIV pada masyarakat di wilayah anda?
  - o Besaran masalah HIV?
  - o Kelompok masyarakat mana saja yang terkena HIV?
  - o Menurut anda, apa yang menyebabkan tingginya permasalahan HIV di wilayah anda?
- Menurut Anda, bagaimana pengetahuan yang anda miliki tentang HIV?
  - o Apakah baik atau kurang? Jika masih kurang, aspek apa yang masih belum anda pahami?
  - o Darimana anda memperoleh informasi tentang HIV?
    - Media massa (TV, radio, koran, dll)
    - Spanduk, brosur, stiker, atau media KIE lainnya
    - Pelatihan (siapa yang mengadakan? Frekuensi pelatihan? Kualitas pelatihan?)
    - Pertemuan atau rapat (dengan siapa? Pemerintah/LSM/lainnya?)
    - Sumber lain?
- Bagaimana persepsi anda terhadap keberadaan komunitas berisiko di wilayah anda?
  - Bagaimana pendapat anda tentang keberadaan PSP?
    - Apakah bisa diterima? Mengapa?
    - Pernahkan anda berinteraksi dengan WPS?
  - Bagaimana dengan LSL?
  - Apakah bisa diterima? Mengapa?
    - Pernahkah anda berinteraksi dengan LSL?
- Menurut Anda, bagaimana potensi peran pemuka agama untuk turut mengatasi permasalahan HIV di masyarakat?
  - o Apa peran yang bisa dijalankan oleh pemuka agama?
- Selama ini, bagaimana keterlibatan Anda dalam upaya penanggulangan HIV di wilayah anda?
  - o Pernahkah anda terlibat?
    - Jika iya, dalam kegiatan anda terlibat? Apa wujud keterlibatan Anda? Pihak mana yang melibatkan anda (Dinkes/KPA/LSM?)

- Jika tidak, mengapa?
  - Tidak mau?
  - Tidak tahu apa yang harus dilakukan?
  - Tidak ada pihak yang melibatkan?
- Selama ini, apakah pemuka agama telah menjadi bagian dari jejaring dalam penanggulangan HIV di wilayah ini?
  - Apakah pemuka agama dilibatkan dalam perencanaan/implementasi/evaluasi program?
    - Jika iya, apa contoh nyatanya?
  - Bagaimana komunikasi & koordinasi antara pemuka agama dengan Dinas Kesehatan, KPA, LSM & layanan kesehatan?
- Selama ini, masih terdapat hambatan bagi PSP jalanan dan LSL untuk mengakses layanan kesehatan. Apakah menurut Anda, pemuka agama dapat berperan dalam mendorong kelompok masyarakat tsb. untuk mengakses layanan kesehatan?
  - Jika iya, apa yang bisa dilakukan oleh pemuka agama?
  - Jika tidak, mengapa?

## Pedoman *Focus Group Discussion*

Informan: LSL

- Identitas:
  - o Nama, umur, suku, status perkawinan
  - o Pekerjaan
  - o Daerah asal
  - o Kepemilikan jaminan kesehatan
    - Jika sudah, apa jenis jaminan kesehatan yang dimiliki? Misalnya: BPJS, Kartu Papua Sehat
    - Jika belum memiliki, apa hambatan untuk memperoleh jaminan kesehatan?
- Pengetahuan tentang IMS dan HIV
  - o Apakah pernah mendengar tentang IMS? Jika pernah, darimana sumber informasi?
  - o Apa yang anda ketahui tentang gejala-gejala IMS?
  - o Apa yang anda ketahui tentang cara penularan IMS?
  - o Apa yang anda ketahui tentang pencegahan IMS?
  - o Apakah pernah mendengar tentang HIV? Jika pernah, darimana sumber informasi?
  - o Apa yang anda ketahui tentang gejala-gejala HIV & AIDS?
  - o Apa yang anda ketahui tentang cara penularan HIV?
  - o Apa yang anda ketahui tentang pencegahan HIV?
- Perilaku berisiko
  - o Bagaimana penggunaan kondom saat berhubungan seksual?
  - o Jika menggunakan kondom, mengapa menggunakan kondom?
    - Darimana memperoleh informasi tentang kondom?
    - Darimana memperoleh kondom?
  - o Jika tidak menggunakan kondom, mengapa tidak menggunakan kondom?
    - Adakah hambatan dari dalam diri? (*Misalnya: tidak nyaman*)
    - Adakah hambatan dari luar? (*Misalnya: pasangan yang tidak mau menggunakan kondom, susah memperoleh kondom dan pelumas*)
- Persepsi tentang risiko diri terkena IMS dan HIV
  - o Menurut anda, siapa saja yang bisa terkena IMS dan HIV?
- Masalah kesehatan yang dihadapi selama 6 bulan terakhir?
  - o Masalah kesehatan seksual-reproduksi?
    - Gejala apa saja yang dialami? Seberapa sering mengalami keluhan tersebut?
  - o Masalah kesehatan selain seksual reproduksi?
    - Gejala apa saja yang dialami? Seberapa sering mengalami keluhan tersebut?
- Bagaimana cara mengatasi permasalahan-permasalahan kesehatan tersebut?
  - o Tidak berobat
  - o Mengobati sendiri
    - Dengan jamu atau ramuan tradisional
    - Membeli obat di apotik
      - Jenis obat-obatan yang dibeli?

- Darimana sumber informasi mengenai obat yang harus dibeli?
  - Berobat ke pengobat tradisional?
    - Jenis pengobatan tradisional?
    - Mengapa memilih pengobatan tradisional?
  - Berobat ke layanan kesehatan?
    - Puskesmas/RS/Klinik swasta/Dokter Praktek perorangan/ yang lain (sebutkan)
- Pengalaman mengakses layanan kesehatan
  - Jika pernah berobat ke layanan kesehatan, untuk permasalahan kesehatan apa (masalah kesehatan umum dan seksual reproduksi? ke layanan kesehatan yang mana (puskesmas, rumah sakit, klinik swasta)?
    - Mengapa memilih layanan kesehatan tersebut?
    - Darimana pertama kali mendapat informasi tentang keberadaan layanan tersebut?
    - Bagaimana kualitas layanan yang anda terima?
      - Fasilitas fisik (ruang tunggu, letak ruangan, kelengkapan sarana prasarana, ketersediaan media informasi kesehatan, laboratorium)?
      - Waktu tunggu untuk mendapat layanan
      - Prosedur dan persyaratan administrasi
      - Tampilan dan sikap petugas (stigma dan diskriminasi, empati)?
      - Keterampilan petugas dalam memberikan layanan? Apakah ada cukup waktu untuk mendengarkan keluhan pasien? Apakah komunikasi, informasi dan edukasi yang diberikan cukup dan sesuai kebutuhan?
      - Privasi saat mengakses layanan (ruang periksa tersendiri)?
      - Kerahasiaan informasi pasien
      - Pengobatan yang diterima? Apakah disertai dengan penjelasan mengenai cara, waktu, dosis serta efek samping obat?
      - Untuk layanan IMS tanyakan juga: ketersediaan reagen, waktu tunggu hasil, rujukan ke fasilitas lain untuk pemeriksaan laboratorium?
      - Untuk layanan VCT, tanyakan juga: konseling pre dan post tes, ketersediaan reagen, waktu tunggu hasil, kerahasiaan hasil tes
      - Untuk layanan CST, tanyakan juga: ketersediaan ARV, pemberian informasi yang memadai mengenai ARV, pengobatan efek samping, pendampingan (oleh siapa? Dengan cara apa? bagaimana keberlangsungannya?), kerahasiaan informasi
    - Jika pernah mengakses layanan pemerintah dan swasta, apakah ada perbedaan kualitas layanan yang diterima?
      - Jika ada, aspek apa saja yang berbeda?
    - Pemanfaatan ulang layanan kesehatan?
  - Jika tidak berobat ke layanan kesehatan, mengapa tidak berobat?

- Hambatan dari dalam diri sendiri? (Misalnya: ketakutan akan stigma, tidak memiliki uang, tidak memiliki jaminan kesehatan, persepsi tentang kualitas layanan yang akan diterima, pengalaman buruk mengakses layanan)
  - Hambatan dari luar? (Misalnya: waktu layanan, lokasi sulit dijangkau, harga yang mahal, stigma dan diskriminasi)
- Akses terhadap layanan promotif & preventif IMS dan HIV
  - Pernahkah menerima informasi mengenai IMS dan HIV
  - Jika pernah:
    - Darimana informasi tersebut diperoleh?
    - Apakah informasi yang diperoleh sudah cukup?
    - Jika belum cukup, informasi apa yang masih perlu ditambahkan?
  - Jika belum pernah:
    - Apakah anda membutuhkan informasi tentang IMS dan HIV?
    - Informasi apa yang anda butuhkan?
    - Dari siapa anda ingin mendapatkan informasi tersebut? Misalnya: petugas kesehatan, petugas lapangan, sesama PS
- Model layanan kesehatan seksual reproduksi yang diharapkan
  - Bagaimana kondisi layanan kesehatan seksual reproduksi yang anda harapkan ?
    - Fasilitas?
    - Lokasi tempat layanan yang tersendiri?
    - Prosedur administrasi?
    - Waktu layanan?
    - SDM yang melayani?
    - Biaya?
    - Layanan mobile?
    - Lainnya?

## Pedoman Wawancara Mendalam

### Informan: Pekerja Seks Perempuan Jalanan

- Identitas:
  - Nama, umur, suku, status perkawinan, jumlah anak, daerah asal, alamat tinggal
  - Lama bekerja sebagai pekerja seks
  - Penghasilan rata-rata per bulan
  - Kepemilikan jaminan kesehatan
    - Jika sudah, apa jenis jaminan kesehatan yang dimiliki? Misalnya: BPJS, Kartu Papua Sehat
    - Jika belum memiliki, apa hambatan untuk memperoleh jaminan kesehatan?
- Pengetahuan tentang IMS dan HIV
  - Apakah pernah mendengar tentang IMS? Jika pernah, darimana sumber informasi?
  - Apa yang anda ketahui tentang gejala-gejala IMS?
  - Apa yang anda ketahui tentang cara penularan IMS?
  - Apa yang anda ketahui tentang pencegahan IMS?
  - Apakah pernah mendengar tentang HIV? Jika pernah, darimana sumber informasi?
  - Apa yang anda ketahui tentang gejala-gejala HIV & AIDS?
  - Apa yang anda ketahui tentang cara penularan HIV?
  - Apa yang anda ketahui tentang pencegahan HIV?
- Perilaku berisiko
  - Bagaimana penggunaan kondom saat transaksi seksual?
  - Jika menggunakan kondom, mengapa menggunakan kondom?
    - Darimana memperoleh informasi tentang kondom?
    - Darimana memperoleh kondom?
  - Jika tidak menggunakan kondom, mengapa tidak menggunakan kondom?
    - Adakah hambatan dari dalam diri? (*Misalnya: tidak nyaman*)
    - Adakah hambatan dari luar? (*Misalnya: klien yang tidak mau menggunakan kondom, susah memperoleh kondom*)
- Persepsi tentang risiko diri terkena IMS dan HIV
  - Menurut anda, siapa saja yang bisa terkena IMS dan HIV?
- Masalah kesehatan yang dihadapi selama 6 bulan terakhir?
  - Masalah kesehatan seksual-reproduksi?
    - Gejala apa saja yang dialami? Seberapa sering mengalami keluhan tersebut?
  - Masalah kesehatan selain seksual reproduksi?
    - Gejala apa saja yang dialami? Seberapa sering mengalami keluhan tersebut?
- Bagaimana cara mengatasi permasalahan-permasalahan kesehatan tersebut?
  - Tidak berobat
  - Mengobati sendiri
    - Dengan jamu atau ramuan tradisional
    - Membeli obat di apotik
      - Jenis obat-obatan yang dibeli?

- Darimana sumber informasi mengenai obat yang harus dibeli?
  - Berobat ke pengobat tradisional?
    - Jenis pengobatan tradisional?
    - Mengapa memilih pengobatan tradisional?
  - Berobat ke layanan kesehatan?
    - Puskesmas/RS/Klinik swasta/Dokter Praktek perorangan/ yang lain (sebutkan)
- Pengalaman mengakses layanan kesehatan
  - Jika pernah berobat ke layanan kesehatan, untuk permasalahan kesehatan apa (masalah kesehatan umum dan seksual reproduksi? ke layanan kesehatan yang mana (puskesmas, rumah sakit, klinik swasta)?
    - Mengapa memilih layanan kesehatan tersebut?
    - Darimana pertama kali mendapat informasi tentang keberadaan layanan tersebut?
    - Bagaimana kualitas layanan yang anda terima?
      - Fasilitas fisik (ruang tunggu, letak ruangan, kelengkapan sarana prasarana, ketersediaan media informasi kesehatan, laboratorium)?
      - Waktu tunggu untuk mendapat layanan
      - Prosedur dan persyaratan administrasi
      - Tampilan dan sikap petugas (stigma dan diskriminasi, empati)?
      - Keterampilan petugas dalam memberikan layanan? Apakah ada cukup waktu untuk mendengarkan keluhan pasien? Apakah komunikasi, informasi dan edukasi yang diberikan cukup dan sesuai kebutuhan?
      - Privasi saat mengakses layanan (ruang periksa tersendiri)?
      - Kerahasiaan informasi pasien
      - Pengobatan yang diterima? Apakah disertai dengan penjelasan mengenai cara, waktu, dosis serta efek samping obat?
      - Untuk layanan IMS tanyakan juga: ketersediaan reagen, waktu tunggu hasil, rujukan ke fasilitas lain untuk pemeriksaan laboratorium?
      - Untuk layanan VCT, tanyakan juga: konseling pre dan post tes, ketersediaan reagen, waktu tunggu hasil, kerahasiaan hasil tes
      - Untuk layanan CST, tanyakan juga: ketersediaan ARV, pemberian informasi yang memadai mengenai ARV, pengobatan efek samping, pendampingan (oleh siapa? Dengan cara apa? bagaimana keberlangsungannya?), kerahasiaan informasi
    - Jika pernah mengakses layanan pemerintah dan swasta, apakah ada perbedaan kualitas layanan yang diterima?
      - Jika ada, aspek apa saja yang berbeda?
    - Pemanfaatan ulang layanan kesehatan?
  - Jika tidak berobat ke layanan kesehatan, mengapa tidak berobat?

- Hambatan dari dalam diri sendiri? (Misalnya: ketakutan akan stigma, tidak memiliki uang, tidak memiliki jaminan kesehatan, persepsi tentang kualitas layanan yang akan diterima, pengalaman buruk mengakses layanan)
  - Hambatan dari luar? (Misalnya: waktu layanan, lokasi sulit dijangkau, harga yang mahal, stigma dan diskriminasi)
- Akses terhadap layanan promotif & preventif IMS dan HIV
  - Pernahkah menerima informasi mengenai IMS dan HIV
  - Jika pernah:
    - Darimana informasi tersebut diperoleh?
    - Apakah informasi yang diperoleh sudah cukup?
    - Jika belum cukup, informasi apa yang masih perlu ditambahkan?
  - Jika belum pernah:
    - Apakah anda membutuhkan informasi tentang IMS dan HIV?
    - Informasi apa yang anda butuhkan?
    - Dari siapa anda ingin mendapatkan informasi tersebut? Misalnya: petugas kesehatan, petugas lapangan, sesama PS
- Model layanan kesehatan seksual reproduksi yang diharapkan
  - Bagaimana kondisi layanan kesehatan seksual reproduksi yang anda harapkan ?
    - Fasilitas?
    - Lokasi tempat layanan yang tersendiri?
    - Prosedur administrasi?
    - Waktu layanan?
    - SDM yang melayani?
    - Biaya?
    - Layanan mobile?
    - Lainnya?



**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Selamat pagi/siang/sore/malam, kami selaku staf di Yayasan Kerti Praja di Denpasar, Bali, sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk menggali kebutuhan akan layanan HIV dan IMS pada populasi kunci. Secara lebih rinci kami ingin mengetahui persepsi populasi kunci terhadap risiko untuk terinfeksi HIV dan IMS, usaha mencari pengobatan, faktor penghambat dan pendukung untuk mengakses atau menyediakan layanan HIV dan IMS, serta mengidentifikasi model layanan yang diharapkan oleh populasi kunci. Hasil penelitian ini memiliki manfaat yaitu dapat digunakan sebagai dasar bagi pemegang kebijakan dan penyedia layanan untuk mengembangkan model dan strategi penyediaan layanan yang dapat diakses oleh populasi kunci di Tanah Papua.

Partisipasi Anda dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela dan tidak terdapat risiko yang diketahui dapat terjadi jika Anda berpartisipasi dalam penelitian ini. Anda mungkin dapat merasa tidak nyaman dalam menjawab beberapa pertanyaan. Jika Anda merasa tidak nyaman, Anda dapat menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa adanya dampak negatif apapun. Anda juga dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang manapun seandainya Anda tidak bersedia untuk menjawab pertanyaan tersebut. Selanjutnya, Anda juga dapat menghentikan partisipasi dalam penelitian ini kapan saja tanpa dampak negatif apapun, dengan cara memberitahukan keputusan Anda tersebut kepada kami melalui nomer HP atau alamat email yang tercantum di bagian bawah lembar informasi ini. Semua informasi yang Anda berikan akan dirahasiakan dan semua data akan disimpan di tempat yang aman serta akan dihancurkan dalam waktu lima tahun.

Jika Anda bersedia untuk berpartisipasi, kami akan mengadakan wawancara/*focus group discussion* (FGD) untuk mendiskusikan pengalaman dan pendapat Anda terkait kebutuhan akan layanan HIV dan IMS. Wawancara/diskusi akan berlangsung selama 2 jam dan jika Anda bersedia, wawancara/diskusi akan direkam menggunakan perekam suara untuk memastikan tidak ada informasi yang terlewatkan. Semua rekaman bersifat rahasia dan nama Anda tidak akan dicantumkan di dalam semua laporan atau publikasi yang terkait dengan hasil penelitian ini. Jika Anda bersedia untuk berpartisipasi dalam

penelitian ini, kami akan memberikan sejumlah uang (Rp 150.000) sebagai pengganti waktu dan transport.

Kami memastikan pada Anda bahwa penelitian ini telah melewati proses review dan telah mendapatkan persetujuan etik melalui Komisi Etik Universitas Hasanuddin.

Jika Anda memiliki pertanyaan terkait penelitian ini, atau ingin mendapat informasi tambahan terkait partisipasi Anda, Anda dapat menghubungi dr. Komang Ayu Kartika Sari, MPH (No HP: +6282147092348, email: [ayoex\\_11@yahoo.co.id](mailto:ayoex_11@yahoo.co.id)) di Yayasan Kerti Praja.

Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Hormat kami,

dr. Komang Ayu Kartika Sari, MPH (Peneliti Utama)

#### **FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

.....

setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat, dan apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, menyatakan setuju untuk ikut dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data saya yang dihasilkan pada penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Dengan membubuhkan tandatangan saya di bawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam studi penelitian ini.

	Nama	Tanda tangan	Tgl/Bln/Thn
Responden	.....	.....	.....
Saksi 1	.....	.....	.....
Saksi 2	.....	.....	.....

Penanggung Jawab Penelitian

Peneliti

dr. Komang Ayu Kartika Sari, MPH

Hp. 082147092348

Alamat: Yayasan Kerti Praja, Jl. Raya Sesetan No. 270, Denpasar, Bali

