

Policy Brief # 14

Mengoptimalkan Upaya Pencegahan HIV bagi Pekerja Seks

Pesan Pokok

Penutupan lokalisasi di berbagai daerah di Indonesia tidaklah menghentikan dan mengurangi jumlah pekerja seks yang terus menjual seks paska lokalisasi ditutup. masalah yang muncul sebagai dampak penutupan terhadap penanggulangan HIV pada pekerja seks adalah (1) hilangnya struktur lokal pemangku kepentingan untuk penanggulangan AIDS, (2) keberadaan pekerja seks menyebar ke berbagai tempat baru yang sulit dijangkau oleh LSM, (3) tidak lagi mempunyai akses kondom untuk mencegah transmisi HIV, dan (4) layanan *mobile clinic* atau dokter keliling ('dokling') tidak lagi dapat dilakukan. Perlu ada berbagai perubahan regulasi dalam program pencegahan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) untuk menyikapi perubahan situasi pada pekerja seks dan pelanggannya, termasuk penyediaan dalam SPM Bidang Kesehatan dan Perpres 124/2016

Pengantar

Penutupan lokalisasi di berbagai daerah di Indonesia tidaklah menghentikan dan mengurangi jumlah pekerja seks yang terus menjual seks paska lokalisasi ditutup. Melainkan tempat, cara bertemu dan menjual seks pada klien menjadi lebih bervariasi (PPH, 2016). Kondisi ini menciptakan tantangan yang substansial untuk program penanggulangan HIV di Indonesia yang selama ini berfokus pada lokalisasi/lokasi (*brothel based*). Tutupnya lokalisasi disertai dengan sikap pemangku kepentingan yang menganggap penutupan lokalisasi sama dengan tidak adanya pekerja seks, membuat pendekatan penanggulangan HIV pada pekerja seks perempuan yang selama ini berbasis lokasi menjadi tidak dapat dijalankan lagi.

Beberapa masalah yang muncul sebagai dampak penutupan terhadap penanggulangan HIV pada pekerja seks¹ adalah:

1. Berhenti beroperasinya lokalisasi berarti hilangnya struktur lokal pemangku kepentingan (sering disebut dengan istilah kelompok kerja atau 'pokja') yang selama ini ada di lokalisasi. Pihak-pihak yang mengorganisasikan pekerja seks perempuan menjadi sangat bervariasi dan sulit teridentifikasi, dan pekerja seks menjadi semakin rentan dengan kekerasan, sebuah situasi yang juga meningkatkan risiko pekerja seks untuk terinfeksi HIV (PPH, 2016; OPSI, 2016; UNFPA, UNDP, OPSI & PPH, 2014).
2. Intervensi perubahan perilaku ini sebelumnya dilakukan oleh lembaga swadaya masyarakat yang memberikan informasi dasar HIV dan IMS, penjangkauan dan pendampingan terhadap pekerja seks untuk menggunakan kondom setiap transaksi seksual, tes HIV dan IMS, serta konsumsi ARV bagi pekerja seks yang telah terinfeksi. Dengan ditutupnya lokalisasi, keberadaan pekerja seks menyebar ke berbagai tempat baru yang sulit dijangkau oleh LSM yang secara umum mempunyai keterbatasan jangkauan karena keterbatasan dana, jejaring kerja dan data, serta sumber daya manusia (PPH, 2016; OPSI, 2015).
3. Sebelum lokalisasi berhenti beroperasi, manajemen pasokan perbekalan kesehatan pencegahan seperti kondom dan pelicin dikelola oleh pemangku kepentingan yang ada di lokalisasi (atau pokja). Ini berarti, pekerja seks perempuan tidak lagi mempunyai akses pada alat pencegahan untuk mencegah transmisi HIV, terutama pekerja seks perempuan yang miskin, yang bekerja sendiri, dan berada pada relasi kuasa yang tidak setara dengan mami, mucikari, atau klien pembeli seksnya. Ketiadaan alat pencegahan ini ditambah faktor sosial dan gender menyebabkan kerentanan pekerja seks perempuan terhadap risiko infeksi HIV menjadi semakin tinggi (OPSI, 2016; UNAIDS, 2008).
4. Seperti yang telah diungkapkan di atas, skrining atau pemeriksaan infeksi menular seksual dan tes HIV pada pekerja seks perempuan yang sebelumnya dilakukan secara teratur di lokalisasi oleh puskesmas yang ada di sekitar lokalisasi melalui layanan *mobile clinic* atau dokter keliling ('dokling') tidak lagi dapat dilakukan. Artinya, pekerja seks dengan IMS tidak terdiagnosis dan tidak dapat dikelola, sehingga ada risiko yang lebih tinggi bagi pekerja seks untuk tertular HIV dan atau menularkan HIV. Pada saat yang sama, upaya penemuan kasus HIV untuk menghubungkan pekerja seks yang terinfeksi HIV dengan layanan pengobatan dan dukungan untuk kualitas hidup yang lebih baik tidak dapat dilakukan, dan upaya pencegahan sekunder melalui pengobatan ARV tidak dapat dijalankan (OPSI, 2015).

¹ Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2013 Pasal 13 mengatur tentang penanggulangan HIV melalui transmisi seksual seperti halnya pada pekerja seks mencakup empat kegiatan yang terintegrasi sebagai pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual: (a) peningkatan peran pemangku kepentingan; (b) intervensi perubahan perilaku; (c) manajemen pasokan perbekalan kesehatan pencegahan; (d) penatalaksanaan IMS

Situasi ini semakin menantang dengan terbitnya Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan diterbitkan pada bulan Agustus tahun 2016². Di dalam SPM ini, orang-orang yang dianggap masuk pada kategori ‘orang berisiko terinfeksi HIV’ adalah ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria atau transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan. Dengan demikian, SPM ini tidak mengenali kelompok pekerja seks, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya (LSL), dan pria dengan perilaku berisiko terinfeksi HIV yang tinggi (pembeli layanan seks dari pekerja seks)³. Tereksklusinya komunitas pekerja seks dari SPM Kesehatan merupakan ancaman terhadap prinsip-prinsip hak dasar setiap warga negara dan secara khusus terhadap penganggulangan HIV di Indonesia. Ketika pekerja seks (bersama dengan LSL dan pria risiko tinggi terinfeksi HIV) luput diidentifikasi di dalam SPM, maka menjadi sulit untuk memastikan bahwa respon terhadap HIV yang disesuaikan dengan situasi paska penutupan lokalisasi di tingkat daerah dapat dikembangkan dan dilaksanakan.

Pilihan Kebijakan

Merefleksi dengan perubahan-perubahan di atas, terdapat urgensi untuk melakukan penyesuaian mengenai aturan-aturan yang masih berbasis lokasi di atas untuk mengakomodasi situasi terkini terkait penutupan lokalisasi, perubahan struktur organisasi dan tata kerja koordinasi penanggulangan HIV, serta sifat program penjangkauan pekerja seks perempuan saat ini:

1. Revisi definisi ‘orang berisiko terinfeksi HIV’ pada SPM Kesehatan dengan menambahkan komunitas pekerja seks, LSL dan pria dengan risiko infeksi HIV tinggi⁴. Hal ini konsisten dengan aturan Menteri Kesehatan nomor 21 tentang penanggulangan HIV, pekerja seks, maupun LSL serta pria berisiko tinggi terinfeksi HIV merupakan kelompok populasi yang rentan terhadap penularan HIV melalui transmisi seksual. Selain itu, penambahan komunitas pekerja seks, LSL dan pria dengan risiko infeksi HIV tinggi akan memungkinkan respon terhadap HIV baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah (kabupaten/kota) yang inklusif untuk kelompok-kelompok ini.
2. Terkait Peraturan Presiden Nomor 124 tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 Tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, prinsip inklusif penanggulangan HIV melalui partisipasi seluruh komunitas populasi kunci terhadap penanggulangan HIV juga perlu dipastikan tetap dilaksanakan. Penting untuk tetap mendemonstrasikan keterwakilan komunitas-komunitas populasi kunci termasuk perwakilan komunitas pekerja seks dalam struktur Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

² Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 tahun 2016

³ Konteks policy brief ini adalah penutupan lokalisasi tetapi kelompok LSL dan pria berisiko tinggi tetap disebutkan untuk memastikan ada perhatian yang sama untuk komunitas selain pekerja seks yang menghadapi isu serupa (eksklusi dari SPM).

⁴ Sesuai dengan definisi populasi kunci pada Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS: Pengguna NAPZA suntik; Wanita Pekerja Seks baik langsung maupun tidak langsung; Pelanggan/Pasangan Seks Wanita Pekerja Seks; Gay, Waria dan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya; dan warga binaan lapas/rutan.

3. Penyesuaian model PMTS (dan di level yang lebih tinggi, Strategi Nasional Penanggulangan HIV) oleh KPAN dengan situasi terkini pasca penutupan lokalisasi. Sesuai dengan dengan Perpres 124 tahun 2016, Kementerian Kesehatan adalah pihak yang bertanggung jawab untuk mengembangkan peraturan-peraturan terkait PMTS.
4. Memperkuat program penanggulangan HIV dan Infeksi Menular Seksual yang sudah ada dengan memaksimalkan program strateginya hingga ke tingkat Rukun Tetangga di masyarakat, karena sangat penting untuk memberikan pemahaman tentang risiko HIV dan layanan terkait HIV termasuk obat ARV bagi pelanggan pekerja seks yang ada di dalam masyarakat.
5. Semakin mendorong masyarakat untuk mengenal HIV bukan saja sebagai isu kesehatan semata tetapi juga sebagai bagaian dari isu sosial seperti pendidikan, kecakapan hidup dan pembentukan karakter, kesetaraan gender, dan lain-lain yang dapat meningkatkan faktor ketahanan/*resilience* terhadap berbagai permasalahan sosial dan kesehatan. Pelibatan tokoh masyarakat dalam integrasi berbagai isu ini menjadi strategis karena bisa meningkatkan kredibilitas program pencegahan dan perawatan HIV.
6. Pemerintah perlu memberikan fasilitasi dan perlindungan agar penjangkauan pekerja seks pasca pembubaran lokalisasi tetap dapat dilakukan. Upaya ini bisa dilakukan dengan memberikan fasilitasi bagi komunitas pekerja seks untuk memperkuat kapasitas pimpinan/tokoh sebaya atau *peer leaders, coaching* dan mentoring untuk petugas penjangkau, serta pengembangan sistem informasi dan pendataan '*real time*'⁵.

Referensi:

- Kementerian Kesehatan. (2013). Estimasi & proyeksi HIV AIDS di Indonesia tahun 2011-2016
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2010). Pedoman Program Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, OPSI, Pusat Penelitian HIV Atma Jaya, UNAIDS, UNFPA, UNDP.(2014). *Sebuah Studi mengenai Kesehatan dan Keselamatan Kerja bagi Pekerja Seks*. Pekerja Seks, Kekerasan dan HIV di Jakarta, Indonesia.
- Organisasi Perubahan Sosial Indonesia. (2016). Laporan Mini Studi Penutupan Lokalisasi di kota Jambi dan kota Malang.
- __. (2016) Laporan OPSI Tahunan.
- __. (2015) Laporan OPSI Kegiatan Monitoring PMTS.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2013). Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.
- Pusat Penelitian HIV Atma Jaya. (2016). Studi Kualitatif Dampak Penutupan Lokalisasi/Lokasi Transaksi Seks di Empat Kota.

⁵ Model ini sudah dilakukan di beberapa negara Asia seperti Bangkok, Myanmar, Mongolia dan data-data anecdotal yang tersedia menunjukkan model ini meningkatkan jumlah pekerja seks yang dijangkau, dites, dan mulai terapi ARV

Penulis:

Asti Widiastuti & Mietta Mahanani

Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya
Gedung St. Fransiskus Asisi (K2), lantai 1, ruang K21.08
Jl. Jendral Sudirman Kav. 51 Jakarta 12930 Indonesia
Phone/fax: +62-21-578-54227
<http://www.arc-atmajaya.org>