

## EDITORIAL

### KAMPANYE KONDOM, KEMENTERIAN KESEHATAN, DAN DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN

Pande Putu Januraga

PSIKM Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Belakangan ini media sempat dihebohkan dengan pro dan kontra kampanye kondom. Menarik untuk membahas isu ini dari sudut pandang kesehatan masyarakat dan mengkaitkannya dengan topik yang sedang hangat: determinan sosial kesehatan.

Laporan UNAIDS menunjukkan dalam sepuluh tahun terakhir epidemi HIV di Indonesia berkembang pesat dari kategori *low level* di tahun 90an hingga menginjak epidemi terkonsentrasi pada kelompok beresiko tinggi seperti penasun, pekerja seks perempuan (PSP) dan lelaki seks dengan lelaki (LSL) (UNAIDS 2009). Penularan HIV yang pada awalnya didominasi melalui jarum suntik telah bergeser menjadi utamanya oleh hubungan heteroseksual, hal ini tidak lepas dari rendahnya pemakaian kondom pada perilaku seksual beresiko utamanya di kalangan PSP dan pelanggannya (NAC of Indonesia 2007; Riono & Jazant 2004; UNAIDS 2009).

Fakta bahwa PSP dan pelanggannya tersebar di seluruh pelosok negeri adalah sebuah realita yang sulit dipungkiri, sehingga upaya melindungi kelompok ini dari penularan HIV menjadi sangat penting. Mencegah penularan pada PSP berarti mencegah penularan ke kelompok masyarakat lebih umum, mesti diingat sebagian besar pelanggan pekerja seks dan bahkan pasangan waria atau LSL adalah pria beristri (Riono & Jazant 2004). Pendapat dari luar sektor kesehatan utamanya berputar pada pentingnya upaya menyadarkan kembali si pelaku seksual beresiko utamanya pekerja seks untuk kembali ke tengah-tengah masyarakat, 100% ini adalah opsi terbaik, tetapi apakah semudah itu? Jika ya maka sejak lama keberadaan pekerja seks hilang dari muka bumi Indonesia, disinilah kita perlu memahami konteks sosial yang mempengaruhi keberadaan mereka serta perilaku seksualnya, ini dikenal sebagai determinan sosial (Baum 2008; Blankenship et al. 2006; D. & Knowlton

2005; De Zalduondo 1991).

Sederhananya faktor sosial yang mempengaruhi keberadaan pekerja seks dapat dilihat dari dua kerangka pikir (Gupta et al. 2008). Yang pertama dari "*continuum of distance*" sebuah faktor terhadap situasi yang dihasilkan dalam hal ini keberadaan pekerja seks, misalnya tidak memiliki uang untuk bertahan hidup adalah faktor sosial terdekat (*proximal*) sedangkan ketergantungan ekonomi kepada lelaki merupakan faktor yang lebih jauh, sementara ketidakadilan gender misalnya adalah faktor sosial yang paling jauh (*distal*) mempengaruhi keberadaan pekerja seks. Kerangka pikir kedua adalah pada level struktur mana sebuah faktor sosial berpengaruh; misalnya tidak memiliki uang untuk bertahan hidup adalah faktor yang berada pada level individu, ketergantungan pada pasangan berada pada level lingkungan, sistem waris ada pada level struktur dan ketidakadilan gender ada pada level superstruktur. Tentu saja ada banyak faktor sosial lain yang saling terkait dengan contoh diatas, sebut saja agama, suku, budaya, dan politik yang membentuk jejaring faktor yang luar biasa rumit mempengaruhi keberadaan pekerja seks.

Lebih jauh lagi terdapat 3 faktor kontekstual yang mempengaruhi kemampuan seseorang atau kelompok mengakses layanan pencegahan atau kesehatan (Baum 2008; Blankenship, Bray & Merson 2000; Blankenship et al. 2006). Ketiga faktor kontekstual tersebut adalah *availability* atau ketersediaan alat, sarana, prasarana, perilaku, atau kondisi yang memungkinkan seseorang atau kelompok masyarakat menggunakan layanan pencegahan, dalam konteks diskusi kita ketersediaan kondom di lokasi dimana perilaku seks beresiko terjadi adalah salah satu contohnya. Yang kedua adalah *acceptability* atau penerimaan terhadap sarana pencegahan, jika secara norma sosial kondom sudah dianggap sebagai barang

maksiat yang tidak boleh ada karena memicu perilaku "seks bebas" (stigmatisasi kondom) atau pemikiran kondom "tidak nikmat" maka jelas akan menimbulkan hambatan sosial dan psikologis yang secara langsung atau tidak langsung memicu rendahnya pemakaian kondom. Yang ketiga adalah *accessibility* atau kemampuan mengakses layanan pencegahan atau intervensi sosial, ini berbeda dengan *availability* karena jika *availability* hanya terfokus pada apakah layanan pencegahan tersebut tersedia di "pasar" maka *accessibility* juga mempertimbangkan apakah "konsumen" memiliki sumber daya yang memadai untuk "membeli" layanan pencegahan tersebut. Contoh *accessibility* adalah tindakan represif aparat "menangkap" pekerja seks sehingga terpecah-pecah dan berpindah-pindah yang kemudian mengurangi kemampuan mereka mengakses kondom dan layanan pencegahan lainnya, atau posisi daya tawar pelanggan yang lebih kuat yang mengakibatkan pekerja seks sulit menolak jika pelanggan tidak menggunakan kondom. Tentu saja ketiga faktor tersebut dan posisinya dalam *continuum of distance* saling berinteraksi secara kompleks dan saling memperkuat faktor sosial yang mempengaruhi kerentanan kelompok beresiko di Indonesia.

Melihat kompleksitas determinan sosial yang ada, Kementerian Kesehatan RI sangat sulit diharapkan mampu bekerja maksimal pada isu seputar budaya, ekonomi, politik, masalah hak-hak perempuan atau masalah bias gender untuk mempengaruhi keberadaan kelompok perilaku beresiko tinggi di masyarakat, tetapi justru memiliki segala prasyarat untuk berbuat maksimal memodifikasi faktor *availability*, *acceptability* dan *accessibility* terhadap layanan pencegahan seperti kondom dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya. Kemkes dapat mengeluarkan kebijakan, bekerjasama dengan sektor lain dan mengkoordinasikan banyak pemangku kepentingan untuk menjamin ketersediaan kondom di lokasi dimana perilaku seksual beresiko terjadi (*availability*). Dengan pemasaran sosial yang tepat maka kondom dapat diterima sebagai alat kontrasepsi yang berfungsi ganda melindungi dari kehamilan tidak diinginkan dan juga melindungi dari penularan penyakit menular seksual (*acceptability*).

Ditambah dengan jejaring sampai ke tingkat Puskesmas, melalui mobilisasi, kerjasama dan pemberdayaan kelompok beresiko diharapkan mampu memodifikasi faktor *accessibility* yang mempengaruhi kemampuan mereka mengakses layanan pencegahan. Jelas ada banyak contoh upaya berbasis bukti yang bisa dilakukan Kemkes RI untuk menjamin tersedianya layanan pencegahan yang bisa diakses kelompok beresiko dan tentu saja kelompok masyarakat lain yang membutuhkannya. Dibutuhkan kehati-hatian dan strategi komprehensif untuk memulai upaya ini, sebuah tantangan yang bukan baru tetapi mungkin kini baru disadari.

Salam hangat,

#### DAFTAR PUSTAKA

- Baum, F 2008, *The new public health*, Oxford University Press.
- Blankenship, KM, Bray, SJ & Merson, MH 2000, 'Structural interventions in public health', *Aids*, vol. 14, p. S11.
- Blankenship, KM, Friedman, SR, Dworkin, S & Mantell, JE 2006, 'Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research', *Journal of Urban Health*, vol. 83, no. 1, pp. 59-72.
- D., CLP & Knowlton, A 2005, 'Micro-social structural approaches to HIV prevention: a social ecological perspective', *AIDS care*, vol. 17, no. S1, pp. 102-13.
- De Zalduondo, BO 1991, 'Prostitution viewed cross-culturally: Toward recontextualizing sex work in AIDS intervention research', *Journal of Sex Research*, vol. 28, no. 2, pp. 223-48.
- Gupta, GR, Parkhurst, JO, Ogden, JA, Aggleton, P & Mahal, A 2008, 'Structural approaches to HIV prevention', *The Lancet*, vol. 372, no. 9640, pp. 764-75.
- NAC of Indonesia 2007, *Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment On HIV/AIDS*, NAC of Indonesia, Jakarta.
- Riono, P & Jazant, S 2004, 'The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia', *AIDS education and prevention*, vol. 16, no. Supplement A, pp. 78-90.
- UNAIDS 2009, *AIDS Epidemic Update*, UNAIDS, Geneva.