

055

"Bersikap Realistis, tak usah Pesimis"

Hadi Marjanto Abidnego

Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan
Penyehatan Lingkungan Pemukiman (PPM&PLP)
Departemen Kesehatan.

Prisma (P): Dalam strategi nasional, prioritas masih diletakkan terutama untuk mengubah nilai-nilai dan perilaku; bukan misalnya pada pengendalian atau pengelolaan penyakit menular seksual? Bagaimana pendekatan yang dilakukan Departemen Kesehatan?

Hadi Marjanto Abidnego (HMA): Kita tidak bisa melepaskan persoalan ini dengan dua masalah penting di dalam cara penularan AIDS. Pertama, penularan oleh hubungan seksual. Kedua, penularan dari produk darah, atau dari darah atau penggunaan jarum suntik, atau alat-alat yang dicemari virus. Ketiga dari ibu kepada bayinya, ketika ibu itu sudah terkena HIV. Di dalam kecenderungan penularan itu di seluruh dunia ternyata penularan terbanyak melalui jalur seksual. Itu bukan berarti pola transmisi lain dikecilkan artinya.

Karena itu sejak awal, Depkes sudah mengantisipasinya. Termasuk penanggulangan HIV/AIDS di dalam sub-direktorat tersendiri di dalam Direktorat Penyakit Menular dan Kelamin. Kedua, dari segi kesehatan masyarakat, ada 6 kelompok kerja yang dibentuk di tahun 1988: pokja epidemiologi dan surveillance, pokja penyuluhan, pokja laboratorium, pokja manajemen dan hukum, pokja pengobatan/perawatan, kemudian pokja penelitian. Enam pokja ini melihat HIV/AIDS secara keseluruhan. Hasil kerja mereka, antara lain sudah ditulis sebuah buku pada tahun 1989, lalu penerangan AIDS untuk petugas kesehatan, rumah sakit, dan lain-lain. Pokja-pokja juga melakukan tindak lanjut, menghimpun kelompok pakar soal HIV/AIDS.

Tapi kita juga tidak lepas dari upaya untuk mengantisipasi dan menahan transmisi melalui jalur lain. Kita mengamankan darah PMI. Ini merupakan kerjasama kita dalam rangka *screening* terhadap darah melalui pe-

meriksaan dengan *reagents* yang sensitifitasnya tinggi. Kalau ada yang positif, kita singkirkan darahnya, tidak dijadikan donasi.

Yang kedua, kita melakukan tindakan *surveillance* yang makin meningkat. Kita tidak mungkin memeriksa seluruh orang Indonesia. Tapi kita melihat kecenderungan pada masyarakat yang bisa diperhitungkan.

Kalau kita lihat lingkarannya, masyarakat itu terdiri dari tiga kelompok: (i) kelompok orang baik-baik; (ii) kelompok yang sakit ada HIV positif ada AIDS; dan (iii) kelompok yang mungkin berperilaku beresiko tinggi. Yang terakhir ini termasuk penyuntik obat bius; yang ada hubungannya dengan transfusi darah, atau paling tidak mereka yang bekerja di sana, misalnya paramedis. Kalau tidak kita waspadai mereka bisa menjadi kelompok penular. Karena itu tidak bisa dikatakan bahwa tekanannya hanya pada penyuluhan yang berbobot moral.

Walaupun demikian, kelompok pertama, yaitu kelompok orang baik-baik jangan sampai masuk ke kelompok yang beresiko. Kelompok pertamalah yang terbanyak; mereka perlu diberi banyak penyuluhan supaya mereka tahu apa HIV itu.

Bagi kelompok yang beresiko, di samping diberikan penyuluhan, juga program supaya mereka: pertama, siap hidup dengan HIV; kedua, supaya tidak menjadi sumber penular; dan ketiga, jangan sampai mereka menjadi fatalis. Mereka bisa hidup biasa tanpa menularkan dan bisa tetap melakukan beberapa kegiatan.

Pendekatan pada kelompok yang beresiko ini bermacam-macam. Misalnya bagi orang yang suka berhubungan kelamin sembarangan atau kelompok masyarakat yang peka terhadap masalah hubungan kelamin, orang-orang muda misalnya, diupayakan un-

tuk tidak melakukan hubungan kelamin. Atau paling tidak, jangan menjadi orang yang sembarangan melakukan hubungan kelamin. Dibuatkan satu program di mana mereka mengetahui betul bahwa transmisi virus bisa menyebabkan HIV/AIDS, termasuk pengetahuan mengenai penyakit kelamin.

Itu kita sebut sebagai mengamankan generasi muda, karena kelompok ini, yang dalam data, juga merupakan kelompok yang menjadi pengidap HIV dan penyakit kelamin terbanyak. Program itu besar sekali dan punya banyak faktor. Bukan hanya menjelaskan hubungan kelamin secara moral. Kegiatannya termasuk memberitahukan kepada mereka bagaimana penularan HIV itu, termasuk donor darah; juga kegiatan-kegiatan bagaimana kalau ada yang sakit, mereka bisa menampung di masyarakat. Strategi nasional mengatakan bahwa *community with AIDS*; dan *living with AIDS*; kalau sudah ada orang yang sakit nanti.

Strategi kepada orang-orang yang sudah berkeluarga adalah misalnya "setialah kepada diri masing-masing, bertanggungjawab". Banyak sekali alasan untuk itu, baik alasan agama maupun dana. Bertanggung jawab itu, bagi yang sudah berkeluarga maksudnya adalah "ingat transmisi AIDS itu bisa terkena pada orang baik-baik", karena itu bertanggungjawablah, baik dari segi kesehatan sehari-hari, maupun dalam perilaku sex. Jadi *behaviour* bagi orang yang beresiko tinggi, adalah salah satunya kondomisasi. Tapi ini tidak dilakukan dengan *gembar-gembar*. "Di Indonesia menanggulangi AIDS dengan kondomisasi!" Bukan, begitu! Tapi program ini berjalan, bahkan dibantu Pemerintah Daerah. Pada daerah-daerah yang memiliki lokalisasi bahkan kita dibantu oleh Departemen Sosial.

Jadi kegiatan ini memiliki tujuan yang jelas. Melakukan hal semacam itu tidak gampang. Ada juga kegiatan preventifnya. Me-

nanggulangi HIV- AIDS di Indonesia tidak hanya dalam *background* moral saja tapi kita berjalan bersama-sama.

Secara teknis penanggulangan AIDS sudah berjalan sejak tahun 1989 dengan enam pokoknya tadi. Kita mengadakan kerjasama lintas sektor dengan menerbitkan buku panduan, misalnya dengan Departemen Agama, melakukan penyuluhan menurut agama, seluruh agama. Lalu dengan Departement Pendidikan dan Kebudayaan kita mengadakan latihan untuk para guru. Ada seminar tentang pencegahan AIDS, lewat kelompok rohaniawan, lewat Muhammadiyah, misalnya. Itu semua berjalan.

Kegiatan ini juga berlanjut dengan peran serta berbagai Lembaga Swadaya Masyarakat. Banyak LSM sudah bergerak. Misalnya di Surabaya, ada seorang wanita yang kebetulan sebelumnya adalah seorang pelacur, lalu diberi pekerjaan, diberikan konseling. Hal itu baik. Tidak mudah, tapi berjalan.

Jadi kita melihat bahwa semua program untuk menanggulangi HIV/AIDS dari segi penularan melalui tiga jalur transmisi itu sudah berjalan. Penanggulangan HIV

atau peta penyuluhan itu tergantung pada besarnya kemungkinan resiko. Kita melihat di sini, pada kelompok mayoritas "baik-baik" programnya lebih pada mempromosikan perilaku sehat dan baik. Sementara bagi orang-orang yang dalam kehidupan sehari-hari mungkin jauh dari keluarga, antara lain misalnya pelaut atau supir, programnya untuk memperkuat mereka supaya tahu HIV/AIDS agar berperilaku seksual yang sehat. Kemudian ada juga kegiatan bagi orang yang secara medis memungkinkan tranmisi, misalnya petugas kesehatan. Maka dibuatkan pedoman bagaimana petugas kesehatan di rumah sakit menangani kalau ada HIV/AIDS, apa yang harus dilakukan, bagaimana caranya, perawatan jenazah dan sebagainya. Penyuluhan penting, tapi kegiatan lain juga dilakukan.



P: Di masyarakat ada perilaku yang beresiko tapi tersembunyi. Dariacamata sosial, mereka dianggap orang "baik-baik", tetapi sebetulnya berperilaku resiko tinggi. Bagaimana mengidentifikasi mereka?

HMA: Justeru disitulah penyuluhan sangat penting. Karena itu penyuluhan diberikan tidak hanya bagi kelompok beresiko. Tapi secara umum penyuluhan juga dilakukan kepada mereka yang mungkin membaur dalam kelompok umum. Mereka kita berikan akses pada informasi, sehingga mereka mengetahui. Dokter-dokter umum juga diberikan program penyuluhan bekerjasama dengan IDI. Mereka meneruskan pada kelompok tertentu. Berarti dokter-dokter umum yang berpraktek itu mempunyai akses informasi pada orang-orang.

P: Pada penelitian Jaringan Epidemiologi Nasional tahun 1992 diungkap, misalnya, 66% dari responden petugas kesehatan yang disurvei dan diamati, dinilai jelek dari segi pencegahan dan mereka pernah terlihat sedang melakukan cara kerja yang tidak higienis dan beresiko. Bagaimana perkembangannya sekarang?

HMA: Karena itu diadakan rapat kerja khusus mengenai AIDS pada bulan Agustus 1994 yang mengintensifkan Panca Penanggulangan AIDS di tingkat provinsi. Mereka membuat program di masing-masing provinsinya, termasuk pada petugas-petugasnya. Kita termasuk negara yang cepat dibandingkan dengan negara lain, dengan tingkat korban sebesar itu, dalam rangka penyehatan global untuk program kebijakan pencegahan AIDS. Termasuk penyehatan, karena teknik penyehatan itu *bottom-up*. Kemudian melibatkan banyak Departemen.

P: Dalam strategi nasional, pemerintah sangat tanggap dan melibatkan partisipasi masyarakat. Kerjasama dengan pihak luar negeri?

HMA: Kita mengadakan test dengan lembaga-lembaga di luar negeri atas biaya ADB (Asian Development Bank). Kita menghitung berapa kerugian biaya serta dampak ekono-

mis terhadap AIDS. Kita juga mengadakan penelitian mengenai perilaku, angka pengetahuan ibu-ibu rumah tangga tentang AIDS. Jadi untuk kelompok-kelompok, tetap ada akses informasi.

P: Kalau untuk petugas paramedis dan dokter, bagaimana?

HMA: Kita memiliki program, bahkan buku pedomannya pun sudah diterbitkan. Jadi keadaan antara tahun 1992 dengan sekarang sudah berubah. Saya kira setiap ada pertemuan antara para dokter ada saling informasi. Dari segi kesehatan kalau kita melakukan 'universal precautions', peralatan yang dipakai salah, misalnya, semua kembali pada profesionalisme. Berarti *policy insurance*, sudah didapat.

P: Dari segi konsumennya sendiri bagaimana? Dalam arti, kesadaran konsumen kita kan masih sangat rendah untuk menjamin pelayanan kesehatan yang baik?

HMA: Suatu informasi harus memenuhi 7 C: *clear, complete, concrete, correct, continuous, consistent and comprehensive*. Kemudian tujuan informasi mengubah perilaku. *Awareness* dulu, baru *interest*, lalu *evaluasi*. Ini butuh waktu, dan kita jalan terus. Setelah ada kesadaran baru ada aktivitas. Kita terus ciptakan.

Kita harus cepat melihat bahwa dalam masalah HIV/AIDS yang rumit ini ada masalah-masalah lain yang secara internasional peka; kita tidak bisa mendiskriminasi orang. Ini ditekankan lagi pada Konvensi Paris (tentang larangan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS) yang juga ditandatangani oleh Indonesia. Kita harus bergerak dalam ruang lingkup itu. Penanggulangan tersebut harus sesuai dengan kondisi masyarakat setempat. Tugas kita menjalankannya. Di sinilah kita berpikir *comprehensive*.

P: Apa ada kesulitan dalam hubungan dengan Departemen lain? Karena terkesan Bapak begitu optimistik?

HMA: Kita harus optimis. Saya merasa mendapat kehormatan menjadi pegawai negeri dan berkecimpung dalam bidang ini.

Seperti kita tahu *the nature HIV-AIDS* ini kemudian tertuang dalam suatu strategi nasional. Itu menggembirakan. Strategi nasional ini merupakan kesepakatan bangsa, yang memperjelas dan memperkuat aspek legalnya untuk berjuang. Karena itu program lima tahun yang dibuat berdasarkan strategi nasional ini telah selesai dan akan dipakai, walaupun dalam prakteknya masih ada kelemahan. Umpamanya bobot strategisnya masih memerlukan perhatian institusi di daerah, misalnya antara Pariwisata dengan komisi penanggulangan HIV-AIDS ini. Jangan lupa, lembaga yang ada di daerah juga termasuk organisasi kepedaoman dan Karang Taruna. LSM-LSM juga sudah memperhatikan kelompok mana yang merupakan kelompok yang harus mendapat prioritas.

P: Masih terlihat ada beberapa departemen, di tingkat kabupaten yang belum siap. Bukan karena kurang pengetahuan mereka terhadap soal HIV/AIDS, tetapi justeru sikap birokrat yang berlebihan untuk memburu target atau memburu orang dalam melakukan *surveillance*. Bagaimana?

HMA: Hal itu terkait dengan perubahan sikap bertingkat informasi. Komisi Penanggulangan di tingkat provinsi, seperti kita baca di koran, sering bertindak demikian. Tapi kita juga harus lihat orangnya. Saya sudah berbicara dan melihat ke berbagai negara. Dalam konferensi AIDS sedunia, di Berlin (1993), di Yokohama (1994), dan juga pertemuan AIDS sedunia di Amsterdam tahun 1992; kota penyelenggara berubah tempatnya, semula akan diselenggarakan di Amerika. Tapi karena masyarakat AS belum bisa menerima penderita AIDS, pertemuan AIDS sedunia tahun 1992 dilakukan di Belanda. Sekarang tidak lagi demikian. Jadi masyarakat pun bisa berubah.

P: Secara spesifik penanganan manajemennya STD (*sexual transmission disease*) ini bagaimana?

HMA: Secara teknis, kita tahu STD adalah penyakit lama yang dikaitkan dengan hubungan seksual. Kita tahu penyakit ini ada di Indonesia, dan kecenderungannya ternyata tidak kecil. Kemudian kita juga tahu bahwa dalam STD ada HIV. Karena itu memahami HIV tidak bisa lepas dari menangani penyakit kelamin. Manajemennya ditangani melalui kegiatan dalam penanggulangan penyakit menular seksual. Dananya dari dulu juga berasal dari Departemen Kesehatan.

Ada tiga sasaran program. Pertama, peningkatan *surveillance* dari penyakit ini. Penyuluhan itu secara umum dan secara khusus berjalan, bukan hanya oleh bagian kita tetapi oleh Depkes keseluruhan. Kedua, manajemen dari masalah penanganan penyakit kelamin, termasuk tentu diagnosis, standar pengobatan, dan lain-lain. Ketiga, pengikutsertaan masyarakat. Ini baik sekali. Contohnya ada LSM di Bali, misalnya, dengan bantuan dari pendanaan yang ada, mereka membuat buku panduan mengenai penyakit kelamin. Itu sesuai dengan partisipasi masyarakat; mereka ikut bertanggungjawab. Untuk penyakit kelamin di Indone-

sia program itu memudahkan tata laksananya. Sebab kadang-kadang ada juga orang-orang yang mengobati diri sendiri. Mungkin dia segan, malu atau apa? Waktu melakukan, mereka tidak malu; sudah sakit lantas malu.

Kita tidak boleh lengah, dan harus memikirkannya sebagai masalah serius. Harus dipikirkan oleh setiap orang di Indonesia, termasuk keluarga. Karena itu kaitannya erat dengan bagaimana kita membentengi diri. Pertama, kita tentu harus punya pola hidup cara Indonesia yang tidak sembarangan, baik dari segi perilaku maupun dari segi medis.

*Kita tidak boleh
lengah, dan harus
memikirkannya
sebagai masalah
serius.*

*... kita harus
punya pola hidup
cara Indonesia
yang tidak
sembarangan,
baik dari
segi perilaku
maupun dari
segi medis.*

Misalnya ada orang selalu suka iseng berpen-
dapat kalau pakai kondom, tidak apa-apa. Ja-
ngan begitu! Yang benar, jangan suka iseng.
Itu mengenai moralnya. Contoh kedua dari
segi medis. Sedikit-sedikit suntik, misalnya.
Bahwa suntik itu perlu, tetapi tidak usahlah.
Resikonya ada. Yang sudah tahu memberi ta-
hu pada yang lain. Karena kita sudah sepakat
bahwa, target penanganannya melalui upaya
sesuai dengan metoda penularan penyakit
ini, karena itu semua harus sadar.

**P: Program kontrol/manajemen STD
ini dilakukan terhadap pekerja seksual-
nya. Bagaimana terhadap para pelang-
gannya?**

HMA: Dalam programnya juga dipakai
secara terpadu. Ada program kerjasama de-
ngan Depsos. Kita barangkali tidak bisa
mengharapkan mukjizat, menghapuskan
pelacuran. Tapi semuanya harus dengan sa-
saran yang bisa dicapai dan dengan sasaran
yang terukur.

Jadi kita tidak bisa terlampau optimis
dengan masalah ini. Tapi kita juga tidak bo-
leh pesimis. Kita harus realistis.

Satu lagi harapan saya, peran pers itu, ju-
ga kepada media, bantulah semua usaha
yang mengarah kepada makin mengingatkan
masyarakat mengenai HIV-AIDS ini. Layanan
iklan masyarakat misalnya. Kalau kesadaran-
nya tinggi, kita akan realistis. ●

