

AIDS dan Kesejahteraan Sosial

Penyebaran HIV dan epidemi AIDS ternyata bukan hanya masalah kesehatan masyarakat. Dampaknya di bidang sosial ekonomi pada tingkat global, regional dan nasional sangat luas dan mengkhawatirkan. Bagaimana strategi untuk menanggulangi AIDS di Indonesia? Kita bisa belajar banyak dari pengalaman di negeri-negeri lain.

Suriadi Gunawan

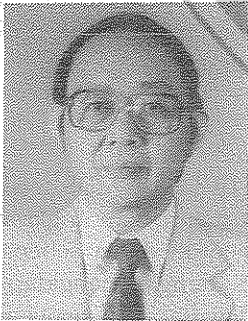
Kepala Pusat Penelitian Penyakit Menular Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

AIDS, kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah kumpulan gejala dan penyakit yang diakibatkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi dengan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Beberapa kasus pertama dilaporkan dari California dalam tahun 1981, namun penyebaran luas infeksi HIV sebenarnya sudah terjadi dalam tahun tujuh puluhan¹. WHO (*World Health Organization*) memperkirakan bahwa sekarang sudah terdapat 17 juta orang tertular HIV dan 4 juta penderita AIDS. Diperkirakan dalam tahun 2000 akan terdapat 20-40 juta pengidap HIV, sebagian besar di negeri berkembang.

Pertambahan kasus yang cepat dan penyebaran ke semakin banyak negeri serta belum ditemukannya obat dan vaksin yang efektif terhadap AIDS telah menimbulkan keresahan dan keprihatinan di seluruh dunia. Langkah-langkah klasik untuk menanggulangi penyakit menular seperti pelacakan penderita, isolasi/karantina serta pengobatan para penderita ternyata tidak dapat dilaksanakan untuk menanggulangi AIDS.

AIDS menjadi ancaman yang serius bagi umat manusia karena beberapa sebab. HIV, virus yang menyebabkan AIDS ditularkan terutama melalui hubungan seksual. Tidak banyak masyarakat yang dapat membicarakan soal seksualitas secara jujur dan terbuka, sehingga HIV/AIDS sulit didiskusikan dan dengan demikian sulit dikendalikan.

Di dalam tubuh manusia HIV bersarang dalam sel limfosit CD4 yang menjadi pengatur dari sistem kekebalan tubuh dan tidak dapat dibunuh oleh obat-obatan yang kita punyai sekarang. Selain itu HIV cepat sekali bermutasi sehingga sulit mengem-



Suriadi Gunawan,
lahir di Semarang
11 September 1936,
lulusan Fakultas

Kedokteran U.I. di Jakarta
1962 dan International
Course in Public Health
di Antwerpen 1969.

1. W.L. Heyward dan T.W. Curran, "The Epidemiology of AIDS in the U.S.", *Scientific American*, Oktober 1988, hal. 58-59.

bangkan vaksin terhadapnya.²

Masa inkubasi AIDS cukup lama, diperkirakan sekitar 10 tahun. Dalam masa inkubasi tersebut seorang yang tertular HIV tetap sehat, tapi dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa inkubasi yang lama ini sangat menyusahkannya.

Sebab-sebab kematian utama pada penduduk adalah penyakit anak-anak (misalnya diare, infeksi saluran pernapasan akut, gangguan gizi) atau penyakit orang tua (kanker, penyakit jantung, diabetes), tapi AIDS terutama membunuh orang dewasa muda (20-40 tahun) yang merupakan kelompok paling produktif dalam masyarakat. Masyarakat yang terkena epidemi AIDS akan kehilangan tenaga kerja yang produktif dengan dampak yang sangat nyata berupa penurunan produktivitas dan tingkat pendapatan masyarakat.

AIDS terutama membunuh orang dewasa muda (20-40 tahun) yang merupakan kelompok paling produktif dalam masyarakat.

Menurut Jonathan Manu, direktur pertama dari *Global Programme on AIDS WHO*, AIDS meliputi tiga macam epidemi. Yang pertama ialah penyebaran HIV. Penularan terjadi melalui hubungan seksual (hetero maupun homoseksual), dari ibu ke bayi dan melalui darah tercemar (transfusi, produk darah, pemakaian jarum suntik tidak steril, dsb). Epidemi ini terjadi secara "diam-diam" karena dapat ditularkan oleh orang yang masih sehat yang tidak mengetahui bahwa ia tertular HIV. Epidemi kedua, berjangkitnya AIDS yang timbul setelah masa inkubasi sekitar 10 tahun. Orang yang menderita AIDS bertambah dan kematian meningkat.

Epidemi ketiga bersifat sosial, yakni terjadinya stigmatisasi, prasangka dan diskriminasi terhadap pengidap HIV dan penderita AIDS.³ Ketidaktahuan masyarakat dan para pejabat mengenai cara penularan HIV menimbulkan berbagai masalah yang mempersulit ditanggulangnya penyakit ini secara rasional. Penyakit pada umumnya menghasilkan kekompakan dan solidaritas dalam keluarga, namun pada AIDS sering terjadi sebaliknya: orang yang sakit sering dikucilkan dan keluarga jadi pecah. Kelompok-kelompok yang banyak terkena penyakit ini seperti kaum "gang", pemakai obat bius dan pelacur yang seharusnya diajak bekerja sama, malahan dicurigai, dimusuhi dan dikucilkan.⁴

Situasi HIV/AIDS Global

Sampai 1 Juli 1994 sejumlah 985.119 kasus AIDS telah dilaporkan kepada WHO. Jumlah tersebut merupakan angka minimal. WHO memperkirakan bahwa di seluruh dunia sebenarnya telah ada sekitar 4 juta penderita AIDS, dengan pengidap HIV diperkirakan lebih dari 16 juta orang dewasa dan sejuta anak-

2. Robert C. Gallo dan Luc Montagnier, "AIDS in 1988", *Scientific American*, Oktober 1988, hal. 40-51.

3. Panos Dossier, *The Third Epidemic: Repercussions of the fear of AIDS*, The Panos Institute, London/Paris, 1990.

4. Rene Sabatier et al., *Blaming Others: Prejudice, race and worldwide AIDS*, Panos Institute, London/Paris, 1988. (lihat juga Tabel 1).

anak. Penyebaran pengidap HIV tersebut seperti tampak dalam Tabel 1.

Meskipun orang sering menggunakan istilah "pandemi AIDS global", yang sebenarnya terjadi ialah sejumlah epidemi lokal atau regional.⁵ Dalam tahun 1980-an secara garis besar dibedakan adanya 3 pola epidemi AIDS, yakni:

Pola I: Amerika, Eropa dan Australasia. Penularan terutama terjadi pada pria homoseksual/biseksual dan pemakai obat bius secara intravena, sebagian besar penderita ialah pria. Penularan heteroseksual dan penularan dari ibu ke anak sangat sedikit.

Pola II: Afrika Sub-Sahara, Karibia dan beberapa daerah Amerika Latin & Asia. Sama banyak pria dan wanita terkena HIV. Penularan terutama terjadi pada hubungan heteroseksual, pemakaian jarum tidak steril dan penularan dari ibu ke bayi penting. Penularan juga dimudahkan oleh tingginya penyakit menular seksual di wilayah tersebut.

Pola III: Eropa Timur, Timur Tengah, Oseania, beberapa daerah Amerika Latin dan Asia. Penularan masih baru dan terjadi akibat kontak dengan orang terinfeksi dari daerah pola I dan II, sehingga belum jelas ada pola penularan dominan. Namun bila penularan sudah terjadi secara "indigenous" maka pola 3 cenderung menjadi seperti pola 2.

Penyebaran HIV/AIDS di Asia

Pola penularan di Asia Selatan dan Tenggara cenderung berbeda dengan bagian dunia lainnya dan mungkin dapat dianggap sebagai pola IV. Sebagai contoh dapat dikemukakan penyebaran HIV/AIDS di Thailand.⁶ Kasus AIDS pertama ditemukan dalam tahun 1984 pada seorang mahasiswa Thailand yang pulang dari luar negeri. Kasus-kasus selanjutnya ditemukan pada orang Thai yang banyak bepergian ke luar negeri atau berkontak dengan orang asing, sebagian besar yang homoseksual atau biseksual. Pemeriksaan daerah pada kelompok pekerja seksual di Bangkok antara tahun 1985-1988 tidak menemukan banyak infeksi HIV. Peningkatan jelas dalam infeksi HIV mulai ditemukan pada pemakai obat bius dengan suntikan dalam tahun 1988.

Sejak tahun itu infeksi HIV juga mulai meningkat pada pekerja seksual sehingga mencapai sekitar 30% pada akhir tahun 1993. Gelombang berikutnya mengenai langganan pekerja seksual yang kemudian menularkannya kepada patner dan istri mereka; sehingga dalam tahun 1993 lebih dari 1% dari wanita ha-

TABEL 1. Jumlah Pengidap HIV di Dunia (dalam ribuan orang)

Amerika Utara	1.000
Amerika Latin & Karibia	2.000
Eropa Barat	500
Eropa Timur & Asia Tengah	50
Afrika Utara & Timur Tengah	100
Afrika Sub-Sahara	10.000
Asia Timur & Pasifik	50
Asia Selatan & Tenggara	2.500
Australasia	25

Sumber: WHO-GPA/TCO/SEF/94.4., *The HIV/AIDS Pandemic: 1994 Overview*, WHO Geneva, 1994.

5. Jonathan Mann et al. (penyunting), *AIDS in the World: A Global Report*, Harvard University Press, Cambridge, 1992. Khususnya bab 2: "The HIV Pandemic" dan bab 3: "The AIDS Pandemic".

6. B.G. Weniger et al., "The Epidemiology of HIV Infections and AIDS in Thailand", *AIDS*, Vol. 5 (Supplement 2), hal. 71-85, 1991.

Pola penyebaran AIDS demikian dapat terjadi di negeri-negeri Asia lainnya yang kaum prianya mempunyai kebiasaan berkunjung ke pelacur dan mempunyai angka penyakit menular seksual yang tinggi.

mil telah terinfeksi HIV. Gelombang kelima mulai kelihatan dengan makin banyaknya bayi yang terinfeksi HIV dari ibunya. Jumlah pengidap HIV di Thailand kini sudah lebih dari 500.000 orang atau sekitar 1% dari penduduk. Pola penyebaran AIDS demikian dapat terjadi di negeri-negeri Asia lainnya yang kaum prianya mempunyai kebiasaan berkunjung ke pelacur dan mempunyai angka penyakit menular seksual yang tinggi.

Epidemi HIV/AIDS di Thailand dapat dianggap sebagai prototip untuk Asia dan mempunyai beberapa ciri sebagai berikut:⁷

1. penyebaran yang lebih cepat dari bagian dunia lainnya.
2. penyebaran yang cepat ke penduduk di luar kelompok khusus.
3. puncak dari gunung es (jumlah kasus AIDS) yang sangat kecil dibandingkan dengan gunung es (infeksi HIV) yang sangat besar, sehingga sulit meyakinkan masyarakat dan pejabat pembuat kebijakan untuk menyadari pentingnya masalah AIDS dan segera mengambil tindakan.

Menurut tingkat kecepatan penyebaran dan adanya berbagai perilaku berisiko, negeri-negeri di Asia dapat dibagi dalam beberapa kelompok:⁸

Kelompok 1 : Penyebaran cepat misalnya Thailand, India, Myanmar dan Kamboja.

Kelompok 2 : Berpotensi untuk penyebaran cepat misalnya Laos, Indonesia, Malaysia, Nepal, Filipina, Vietnam, Cina Selatan.

Kelompok 3 : Penyebaran lambat misalnya Jepang, Hongkong, Cina (kecuali Cina Selatan), Korea, Taiwan, Singapura.

Penyebaran HIV/AIDS di Indonesia

Kasus AIDS pertama di Indonesia ditemukan pada tanggal 5 April 1987 di Bali pada seorang wisatawan Belanda. Hingga 30 September 1994 telah dilaporkan ke Departemen Kesehatan sejumlah 249 kasus infeksi HIV, 62 di antaranya telah menjadi kasus AIDS.⁹

Laporan tersebut berasal dari 15 propinsi yang perinciannya bisa dilihat dalam Grafik 1. Sementara menurut cara penularannya seperti tampak dalam Grafik 2.

Golongan umur penderita AIDS terbanyak ialah 30-39 tahun, sedangkan untuk HIV positif 20-29 tahun (Grafik 3). Rasio kelamin (pria-wanita) untuk penderita AIDS ialah 57 berbanding 4, sedangkan pada HIV positif rasio adalah 124 berbanding 52 (lihat Grafik 4). Meningkatnya kasus AIDS/HIV positif dari tahun 1987 hingga 1994 dapat dilihat dalam Grafik 5.

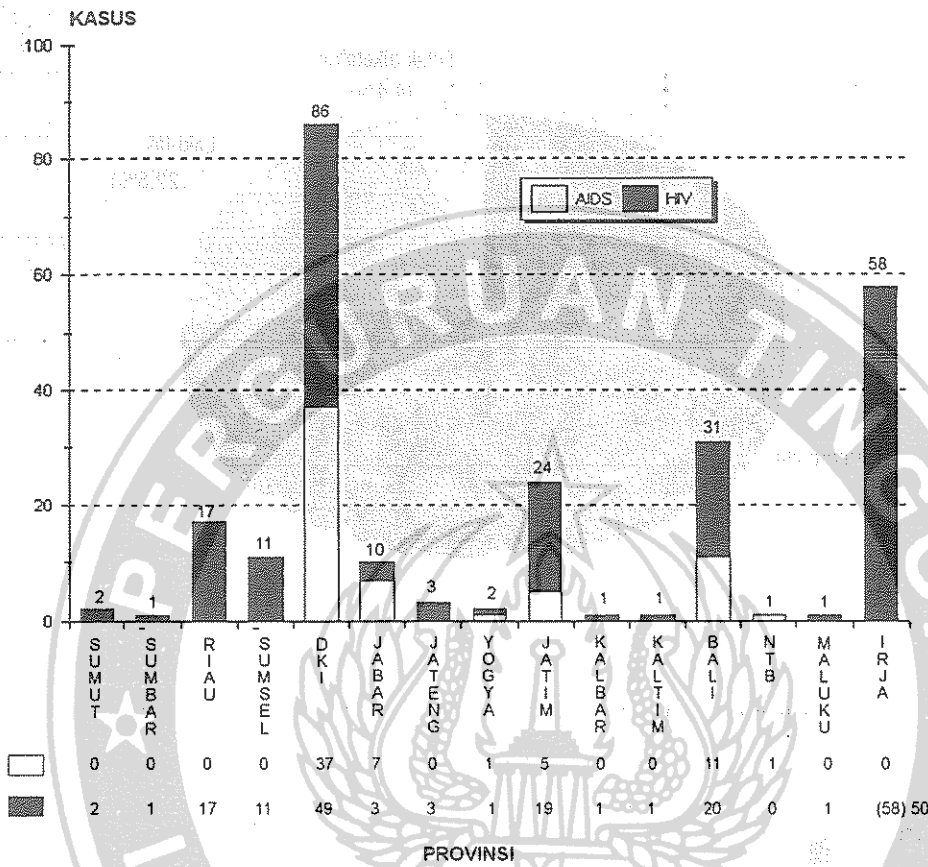
Angka-angka tersebut adalah angka minimal atau "*underestimate*". Para ahli WHO memperkirakan bahwa di Indonesia kini

7. *Ibid.*

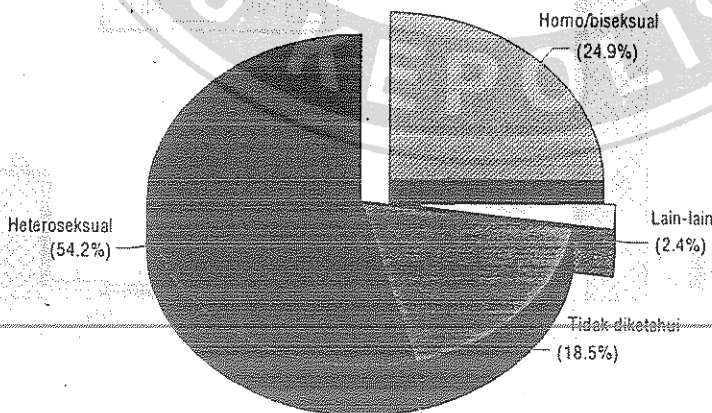
8. Tim Brown and Peter Xenos, "AIDS in Asia: The Gathering Storm", *Analysis from the East-West Center*, No. 6 (Agustus 1994).

9. Ditjen PPM-PLP Depkes, *Data Laporan Penderita HIV/AIDS. 30 September 1994*, (tidak dipublikasi).

GRAFIK 1. HIV +/AIDS di Indonesia menurut Provinsi yang melaporkan 1987 - 30 September 1994)

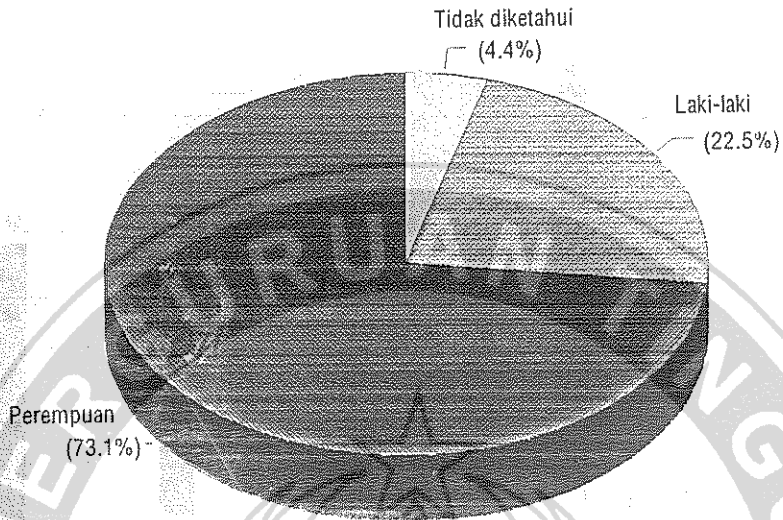


GRAFIK 2. Cara Penularan AIDS di Indonesia (1987 - 30/09/94)

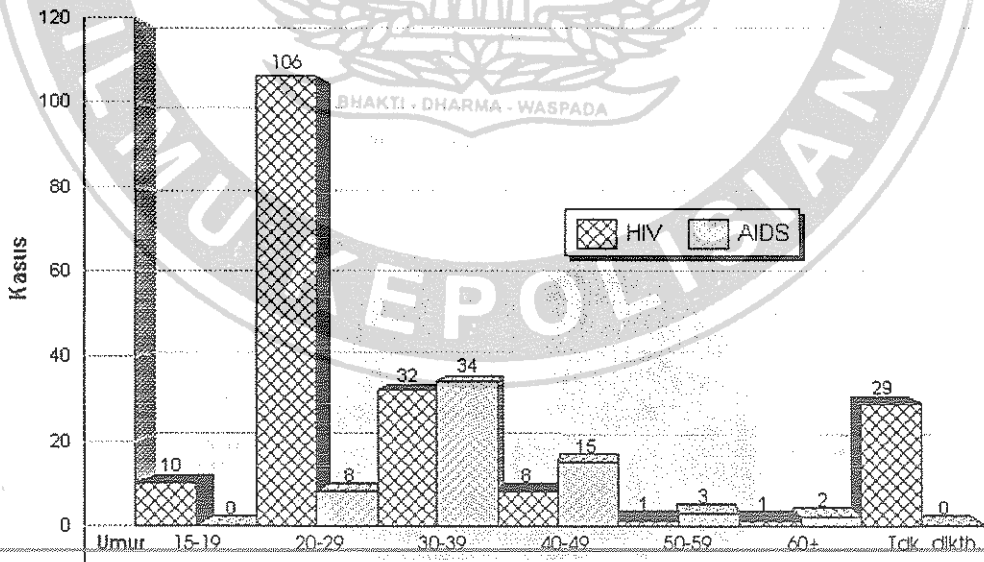


Sumber: Ditjen PPM&PLP, Depkes RI

GRAFIK 3. HIV positif dan AIDS di Indonesia (N=249) menurut usia : 30/09/94



GRAFIK 4. Kasus AIDS/HIV positif yang dilaporkan 1987 - 1993 di Indonesia (s/d 30/09/94)



sebenarnya terdapat sekitar 50.000 infeksi HIV. Suatu Tim dari Departemen Kesehatan telah membuat proyeksi HIV/AIDS berdasarkan *IWG AIDS model* dan hasilnya dapat dilihat dalam Tabel 2.¹⁰

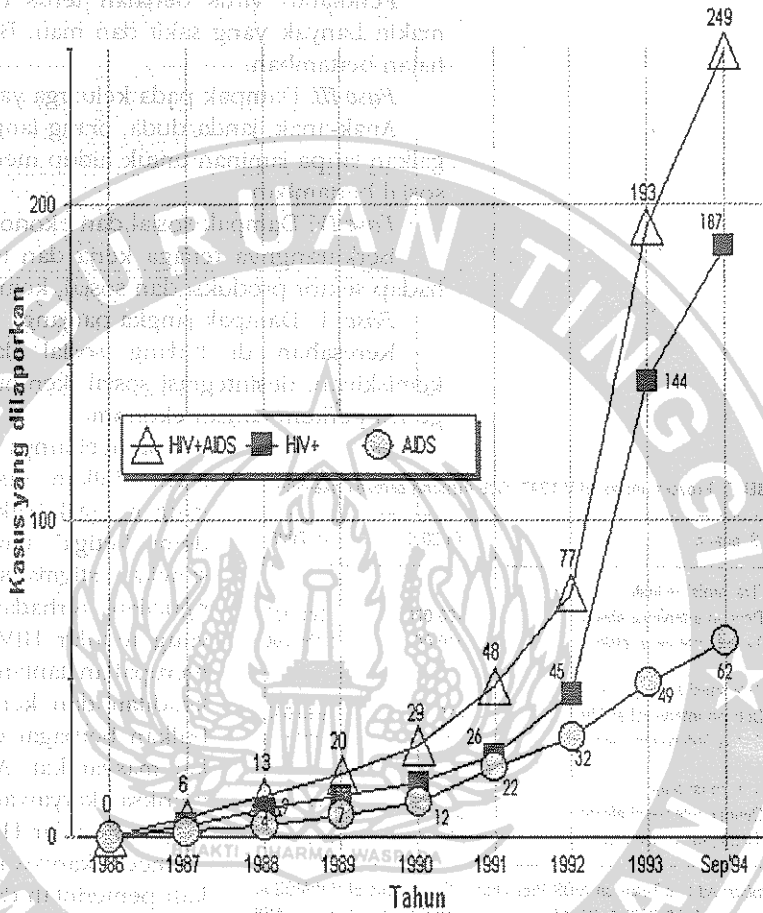
Dengan intervensi yang efektif, yakni kombinasi dari KIE, promosi kondom, pengobatan penyakit menular seksual dan program konseling jumlah infeksi HIV bisa dikurangi hampir 50%.

Seperti di Thailand dan beberapa negara Asia lainnya, keadaan di Indonesia memungkinkan terjadinya penyebaran infeksi HIV dengan cepat, antara lain karena adanya: (1) Industri seks yang berkembang cepat di daerah perkotaan dan sepanjang jalan-jalan raya. (2) Prevalensi penyakit kelamin yang tinggi. (3) Pemakaian kondom yang rendah. (4) Urbanisasi dan migrasi penduduk yang tinggi. (5) Perubahan perilaku seksual ke arah yang lebih bebas. (6) Praktek-praktek injeksi dan sterilisasi alat kedokteran yang tidak memenuhi syarat kesehatan. (7) Meningkatnya industri pariwisata dan lalu lintas ke luar negeri yang bebas.

Dampak sosial-ekonomi AIDS

Secara umum epidemi HIV/AIDS dan dampak atau konsekuensinya dapat digambarkan dalam skema berikut.¹¹

GRAFIK 5. AIDS dan HIV + di Indonesia (N=249).
 Jumlah Kasus yang dilaporkan kumulatif s/d 30 September 1994



Sumber : Departemen Kesehatan R.I.

10. Ad hoc Team on AIDS Projections, "Projections of HIV/AIDS in Indonesia (1990-2005)", Working Group on AIDS Control National AIDS Commission, 1994 (tidak dipublikasi).

11. UNDP, *AIDS in Asia: a Development Crisis*, UNDP Regional Project on HIV/AIDS, New Delhi, 1992.

Fase I: Penyebaran virus.

Dalam fase ini makin banyak orang terinfeksi namun karena masa inkubasinya lama, belum banyak yang sakit.

Fase II: Penyakit dan kematian.

Penularan virus berjalan terus dan orang yang terinfeksi makin banyak yang sakit dan mati. Beban dari pelayanan kesehatan bertambah.

Fase III: Dampak pada keluarga yang ditinggalkan.

Anak-anak, janda/duda, orang lanjut usia dan lain-lain ditinggalkan tanpa jaminan untuk hidup mereka. Beban dari pelayanan sosial bertambah.

Fase IV: Dampak sosial dan ekonomi.

Berkurangnya tenaga kerja dan tentara, dampak buruk terhadap sektor produksi dan sosial, keluarga dan masyarakat.

Fase V: Dampak jangka panjang.

Keresahan di bidang sosial dan politik, bertambahnya kemiskinan, desintegrasi sosial, keruntuhan aspirasi dan terganggunya perkembangan ekonomi.

Menyebarnya infeksi HIV/AIDS telah menimbulkan rasa takut yang berlebihan yang mengakibatkan apa yang disebut "epidemi ketiga" terdiri dari penolakan, prasangka, stigmatisasi, diskriminasi dan pengucilan terhadap orang atau kelompok yang tertular HIV. Epidemik ketiga ini merupakan tantangan untuk rasa solidaritas, keadilan dan kemanusiaan kita. Ia menimbulkan berbagai dilema pada berbagai tingkat masyarakat. Apakah majikan boleh memeriksa karyawan untuk mengetahui apakah mereka tertular HIV? Apakah majikan boleh memecat karyawan yang tertular HIV? Apakah pemerintah daerah harus menutup lokasi pelacuran karena ada yang positif HIV? Apakah pimpinan sekolah harus menolak murid yang tertular HIV bila murid tersebut

menimbulkan panik pada murid lainnya dan orang tua mereka? Apakah seorang dokter harus memberitahu partner seksual dari seorang pasiennya yang tertular HIV? Apakah negara sebaiknya menolak masuknya seorang yang HIV positif?

Memang tidak mudah untuk mendapat jawaban yang memuaskan bagi permasalahan seperti tersebut di atas. Apa yang dianggap benar oleh seorang individu atau pejabat, mungkin salah dari perspektif orang lain. AIDS dapat menimbulkan sifat-sifat yang terbaik dan terburuk pada masyarakat kita. Tidak ada penyakit yang mempunyai dampak demikian kuat terhadap individu dan masyarakat yang terkena epidemi ini.

AIDS dapat mempunyai dampak demografi yang penting. Di Afrika Sub-Sahara dan Karibia sudah ditunjukkan adanya pengurangan harapan hidup dan peningkatan angka kematian bayi dan anak. Mortalitas meningkat pada kelompok penduduk usia

TABEL 2. Proyeksi infeksi HIV 1990-2005 menurut berbagai skenario

Skenario	Th 2000	Th 2005
I Transmisi rendah		
a. Dengan intervensi efektif	400.000	600.000
b. Tanpa intervensi efektif	510.000	1.150.000
II Transmisi sedang		
a. Dengan intervensi efektif	485.000	690.000
b. Tanpa intervensi efektif	600.000	1.400.000
III Transmisi tinggi		
a. Dengan intervensi efektif	505.000	770.000
b. Tanpa intervensi efektif	750.000	1.990.000

Sumber: Ad hoc Team on AIDS Projections, "Projections of HIV/AIDS in Indonesia (1990-2005)", Working Group on AIDS Control National AIDS Commission, 1994 (tidak dipublikasi).

produktif juga dapat memperbesar "dependency ratio".¹²

Tingkat kesehatan penduduk merupakan unsur yang penting untuk perkembangan ekonomi dan peningkatan kualitas hidup.¹³ Karena AIDS secara selektif menyerang kelompok penduduk dewasa muda, penyakit ini akan mempunyai pengaruh pada berbagai aspek kehidupan sosial dan ekonomi. Berbagai sektor yang dapat dipengaruhi secara negatif oleh HIV/AIDS ialah kesehatan, sosial, pendidikan, pertanian, industri, perdagangan dan pariwisata.¹⁴

Dampak pada sektor kesehatan

Bila lebih banyak pengidap HIV menjadi penderita AIDS, kebutuhan untuk pelayanan kesehatan akan meningkat dengan cepat. Pengeluaran untuk pelayanan penderita AIDS akan bertambah, baik secara absolut maupun relatif terhadap biaya kesehatan secara keseluruhan. Biaya untuk mengobati/merawat seorang penderita AIDS di Amerika Serikat sekitar US\$ 100.000. Sebagai perbandingan bisa dikemukakan biaya pengobatan kanker payudara sebesar US\$ 52.000 dan penyakit ginjal menahun (*dialisa*) sebesar US \$ 175.000.¹⁵

Biaya untuk pengobatan/perawatan penderita AIDS di negeri berkembang jauh lebih rendah. Di Zaire biaya tersebut adalah US\$ 132-1.585 dan di Tanzania US\$ 104-631, sedangkan di Brazil jumlahnya sekitar US\$ 1.800-8.382.¹⁶ Suatu studi UNDP mendapatkan untuk Thailand biaya langsung pengobatan penderita AIDS berkisar US\$ 987-1.524 sedangkan untuk Indonesia sekitar US\$ 1.500.¹⁷ Aris Ananta mencoba menghitung biaya yang dibutuhkan untuk mengobati penderita AIDS di Indonesia dan mendapatkan angka 17 juta rupiah atau sekitar US\$ 8.000 per penderita.¹⁸ Betapa beratnya beban untuk pelayanan kesehatan dapat diperkirakan dari proporsi tempat tidur rumah sakit yang ditempati penderita AIDS, yang sampai mencapai 50% di R.S.U. Chiang Mai (Thailand Utara), 50% di RS Mama Yemo (Kinshasa-Zaire) dan 60% di RS Kigali (Rwanda).

Tuberkulosis adalah infeksi oportunistik yang paling sering

Pengeluaran untuk pelayanan penderita AIDS akan bertambah, baik secara absolut maupun relatif terhadap biaya kesehatan secara keseluruhan.

12. Mann et al, *op cit.*, khususnya bab 6: "The Demographic, Economic and Social Impact of AIDS".

13. World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, New York, 1993.

14. Panos Dossier, *The Hidden Cost of AIDS: The Challenge of HIV to Development*, The Panos Institute, London/Paris, 1992.

15. Susan Foster and Sue Lucas, "Socio-economic Aspects of HIV and AIDS in Developing Countries: A review and annotated bibliography", *PHD Departmental Publication No. 3*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1991.

16. *Ibid*

17. David Bloom dan Joyce V. Lyons (penyunting), *The Economic Implications of AIDS in Asia*, UNDP Regional Project on HIV/AIDS, New Delhi, 1993.

18. Aris Ananta, *Biaya HIV/AIDS di Indonesia*, Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi UI, Jakarta, 1994.

Di Afrika dan Asia penularan HIV terjadi terutama secara heteroseksual sehingga makin lama makin banyak wanita dan anak-anak yang menjadi korban.

ditemukan di negeri berkembang. Penderita AIDS yang menderita tuberkulosis membutuhkan perawatan rumah sakit lebih lama daripada penderita AIDS tanpa tuberkulosis. WHO memperkirakan bahwa ada sekitar 4,5 juta penderita AIDS yang mempunyai koinfeksi dengan tuberkulosis. Para peneliti memperkirakan bahwa kasus tuberkulosis pada usia 15-49 tahun akan meningkat sampai dua kali pada tahun 2000.¹⁹

Meningkatnya penderita AIDS tidak akan dapat ditampung lagi di rumah sakit dan memaksa sektor kesehatan untuk mengembangkan perawatan di luar rumah sakit, misalnya pada "hospice", rumah perawatan dan lain bentuk perawatan dalam masyarakat (*community based care*).

Dampak AIDS terhadap kesejahteraan keluarga

Di Afrika dan Asia penularan HIV terjadi terutama secara heteroseksual sehingga makin lama makin banyak wanita dan anak-anak yang menjadi korban. Ini akan mempunyai dampak yang sangat serius karena wanita di negeri berkembang menjadi perawat bagi anggota keluarga yang sakit dan bertanggung jawab untuk menyediakan makanan, bekerja di ladang dan membesarkan anak-anak.

Study Global AIDS Policy Coalition memperkirakan bahwa dalam tahun 1995 akan ada 3,7 juta anak yatim-piatu di Afrika akibat wabah AIDS. Dalam tahun 2000 jumlah yatim-piatu akan mencapai 10 juta. Tanggung jawab untuk memberi makan dan memelihara anak yatim ini sering jatuh ke kakek-nenek yang sudah lanjut usia dan kurang mampu, sehingga anak-anak tersebut jadi terlantar. Juga memprihatinkan ialah nasib janda dari penderita AIDS. Mereka sering tidak dapat mewarisi tanah/kekayaan suaminya dan terpaksa jadi pelacur atau minta-minta untuk mempertahankan hidupnya. Pada tingkat keluarga, adanya seorang dewasa yang menderita AIDS mengakibatkan penurunan pendapatan yang drastis yang antara lain dapat mengurangi status gizi, kemampuan membayar uang sekolah dan kemampuan untuk investasi seperti pembelian bibit, pestisida, peralatan, dan sebagainya.

Strategi Penanggulangan AIDS

AIDS sangat erat kaitannya dengan pembangunan. Karena AIDS dapat menyebar dengan cepat, menyerang kelompok penduduk berusia produktif, dan mengakibatkan kematian pada 100% dari penderitanya, AIDS akan mempunyai dampak yang nyata bagi pembangunan di masa yang datang. Epidemik AIDS akan menambah penduduk yang hidup dalam kemiskinan dan menghambat usaha untuk mengembangkan sektor-sektor ekonomi tertentu seperti kesehatan, perhubungan, pariwisata, pertam-

19. M. Schuber et al., "An Estimate of the Future Size of the Tuberculosis Problem in Sub-Saharan Africa Resulting from HIV Infection", *Tubercle and Lung Disease*, No. 73 hal. 52-58. 1992.

bangun dan pertanian. Pertumbuhan ekonomi bisa diperlambat dan proses tinggal landas jadi mengalami hambatan.²⁰

Bertambahnya kasus infeksi HIV dan AIDS di Asia, termasuk di Indonesia sudah tidak dapat dihindarkan lagi. Namun, kecepatan bertambahnya dapat dikurangi bila ada kemauan politik pemerintah. Sesuai dengan perumusan dasar strategi nasional, penanggulangan AIDS harus dilakukan bersama oleh masyarakat dan pemerintah.

Masyarakat adalah pelaku utama dan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan, membimbing serta menciptakan suasana yang menunjang.²¹

Usaha penanggulangan juga harus diarahkan untuk memantapkan perilaku yang bertanggung jawab serta mempertahankan ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang mencerminkan nilai-nilai agama dan budaya yang ada di Indonesia. Setiap kebijakan, program, pelayanan dan kegiatan harus menghormati harkat dan martabat dari para pengidap HIV/penderita AIDS dan keluarganya dan segala bentuk diskriminasi harus dihindari. Peraturan perundangan diusahakan agar mendukung dan selaras dengan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS.

Lingkup program utama penanggulangan HIV/AIDS meliputi:

1. Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)
 - a. memberi penyuluhan yang tepat mengenai HIV/AIDS untuk masyarakat luas, petugas kesehatan, wanita, remaja dan kelompok-kelompok berperilaku risiko tinggi.
 - b. mengembangkan semangat saling membantu (solidaritas) dan non-diskriminatif terhadap pengidap HIV/penderita AIDS dan keluarganya.
 - c. memberi informasi tentang kebijaksanaan dan strategi nasional penanggulangan AIDS.
2. Upaya pencegahan
 - a. Sebagai tindak lanjut KIE upaya ini bertujuan untuk menjamin tersedianya peralatan, pelayanan dan dukungan untuk setiap orang yang ingin melindungi dirinya sendiri terhadap penularan HIV. Meningkatkan kemampuan wanita untuk bernegosiasi tentang hubungan seksual, perlindungan anak terhadap eksploitasi seksual, penyediaan dan pemanfaatan kondom merupakan unsur penting dalam upaya ini.
 - b. Identifikasi dan pengobatan penyakit menular seksual.
 - c. Pemeriksaan darah yang ditransfusikan agar bebas dari HIV.
 - d. Peningkatan praktek sterilisasi/penggunaan jarum suntik sekali pakai pada pelayanan kesehatan.
3. Pengujian darah (testing) dan konseling.

Pada prinsipnya testing selalu harus dilaksanakan secara su-

Usaha penanggulangan juga harus diarahkan untuk memantapkan perilaku yang bertanggung jawab serta mempertahankan ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang mencerminkan nilai-nilai agama dan budaya yang ada di Indonesia.

20. Michael Linnan, *AIDS dan Tinggal Landas Ekonomi Indonesia*, CDC/USAID Jakarta, 1994 (tidak dipublikasi).

21. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat No. 9 tahun 1994 tentang "Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia".

karela dengan persetujuan yang bersangkutan (*informed consent*), hasilnya dirahasiakan dan disertai konseling sebelum dan sesudah testing.

4. Pengobatan, pelayanan dan perawatan bagi penderita AIDS.
5. Penelitian dan kajian untuk pengembangan kebijaksanaan program, mempelajari faktor-faktor penyebaran HIV di seluruh Indonesia, menemukan intervensi yang efektif dan mengatasi masalah teknis operasional.
6. Monitoring dan evaluasi: memantau perkembangan penyebaran HIV dan pelaksanaan upaya penanggulangannya, termasuk mengadakan "sentinal surveillance" untuk mengetahui kecenderungan ("trend") dari epidemi.

Kerjasama Internasional perlu dikembangkan dan sebagai anggota WHO, kebijaksanaan nasional juga perlu dikembangkan sesuai dan selaras dengan WHO Global AIDS Strategy.²² Dikeluarkannya Keppres No. 36/1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS dan Keputusan Menko Kesra No. 9/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia menunjukkan adanya komitmen Pemerintah untuk menghadapi ancaman AIDS secara serius.

Kedua keputusan tersebut perlu segera dijabarkan dalam program kerja yang nyata di tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kotamadya dan bahkan kecamatan serta diberi pendanaan yang memadai. Tawaran bantuan luar negeri, antara lain dari AIDAB (Australia), USAID (Amerika Serikat), KFW (Jerman), JICA (Jepang), World Bank, dan lain-lain perlu segera dimanfaatkan untuk menambah anggaran yang disediakan APBN. Indonesia hendaknya tidak mengulangi kesalahan banyak negeri lain yang menunda penanggulangan AIDS sampai sudah timbulnya banyak kasus AIDS. Terlambatnya menanggulangi AIDS akan mempunyai dampak yang buruk terhadap tingkat kesejahteraan sosial. ●

22. WHO, "The Global AIDS Strategy AIDS", *WHO Series*, No. 11, WHO Geneva, 1992.

