

054

# "Soal AIDS, Tanggungjawab Kita Bersama"

Nafsiab Mboi  
Anggota DPR-RI

**Prisma (P):** Apa pendapat Ibu tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS yang memiliki tiga pendekatan?

Nafsiab Mboi (N Mb): Memang ada tiga pendekatan utama dalam strategi penanggulangan HIV/AIDS. Prinsip dasar itu adalah, pertama pelestarian *good behavior*; kedua, *change highrisk behavior*; ketiga, STDs control dengan testing-konseling. Sebenarnya di dalam strategi itu tidak ada urutan mana yang paling penting dan mana yang kurang penting. Namun benar bahwa harus ada pertimbangan kekhususan daerah dalam penerapannya. Di dalam strategi itu juga dikatakan bahwa penelitian menjadi sangat penting dalam manajemen seluruh program. Sehingga pelaksanaannya jangan *bantam kromo*. Memang benar, bahwa di beberapa daerah STDs tinggi, namun hal itu tidak terjadi di seluruh Indonesia. Menurut beberapa penelitian di daerah yang spesifik diketahui bahwa soal HIV/AIDS di situ tinggi. Karena itu wilayah-wilayah tersebut kita sebut sebagai *high priority* untuk secara intensif dilakukan kegiatan.

Kita memang sadar adanya keterbatasan sumber dana dan sumber daya. Karena itu penting sekali pemilihan prioritas. *Pertama* pemilihan prioritas wilayah. *Kedua* pemilihan prioritas *action* atau program. Dalam pemilihan prioritas wilayah ada beberapa kriteria yang penting. Misalnya pertama, adanya seks industri yang kuat di daerah itu. Kedua, prevalensi penyakit hubungan seksual tinggi. Ketiga, terdapat banyak penduduk dewasa muda; jadi jumlah dewasa muda tinggi, dan diperkirakan adanya perilaku seksual yang cukup longgar atau terdapatnya *premarital sex* yang longgar. Keempat, jalur-jalur transportasi komersial, seperti jalur bus dan truk. Jadi disepakati beberapa kriteria bagi komisi daerah menetapkan prioritas daerah.

**P:** Apakah kebijakan nasional berbeda dengan komisi daerah?

N Mb: Kebijakan nasional masuk dalam strategi nasional umum yang berlaku untuk seluruh Indonesia. Karena itu harus bersifat umum dan fleksibel. Jangan lupa strategi nasional harus menjadi panduan untuk setiap orang apakah pemerintah atau LSM; apakah dia berada di tingkat kebijaksanaan, atau apakah dia berada di program. Kita harus berada dalam satu kesatuan yang kita jadikan panduan mengikat. Tapi dalam mengembangkan dan menyusun strategi itu kita mengembangkan *framework* yang sangat komprehensif.

Kita berorientasi pada manusia. Manusia sehat tetapi beresiko. Kita anggap seluruh rakyat *at risk*. Ada yang *high risk*, ada yang *low risk*, bahkan mungkin *zero risk*, namun tetap *at risk*. Di dalam pendekatan, titik tolaknya adalah manusia sehat tapi *at risk*.

Pada suatu waktu mungkin ada beberapa orang atau sekelompok orang ragu-ragu apakah dia sudah terkena HIV/AIDS atau belum, karena kadar risikonya lebih tinggi daripada orang lain. Katakanlah dia melakukan hubungan seks di luar nikah, atau dia mendapatkan transfusi darah yang tidak diketahui dari mana darahnya, atau dia sering mendapat suntikan dari petugas kesehatan yang dia ragukan sterilisasinya dan lain-lain. Jadi ada sekelompok orang yang risikonya lebih tinggi. Pokoknya dia ragu-ragu. Karena itu dalam bergerak kita selalu berdasarkan pada pengetahuan. Karena itu di sini ada kelompok manusia yang dipermasalahkan.

**P:** Pendekatan apa yang pas bagi masyarakat Indonesia?

N Mb: Kita setuju bahwa sebagian besar penduduk Indonesia masih berperilaku baik.

Namun masalahnya kita tidak tahu seberapa besar jumlah itu. Secara psikologis *pendekatan positif*, yaitu mengukuhkan perilaku masyarakat Indonesia masih baik selalu lebih baik daripada pendekatan negatif. Ini sudah terbukti di seluruh dunia. Waktu saya di Thailand, dalam rangka pengembangan strategi ini, kita berbicara dengan orang yang bergerak dalam bidang AIDS ini, dan juga berdialog dengan orang yang sama sekali tidak bergerak dalam bidang AIDS. Tokoh-tokoh wanita di sana bilang, "saya benci sekali terhadap sikap dan pendekatan seolah-olah semua orang Thailand bersifat buruk." Kita belajar betul dari kasus ini. Kita harapkan bahwa Indonesia membuat model pendekatan yang efektif agar bisa menjangkau semua orang. Dalam hal pendekatan, kita mempunyai pengalaman, misalnya dalam program Keluarga Berencana. Pendekatan positif akan jauh lebih baik dan lebih efektif daripada pendekatan negatif.

**P: Adakah sesuatu yang negatif dalam pendekatan penanggulangan HIV/AIDS?**

N Mb: Kita mengajak sebanyak mungkin orang yang belum terlanjur berperilaku risiko tinggi supaya melakukan sesuatu yang bernilai positif. Hasilnya akan jauh lebih baik daripada kita bilang "kamu buruk, atau kamu semua jelek, jadi kamu harus pakai kondom." Inilah perbedaan antara pendekatan positif dan pendekatan negatif. Kita telah berpengalaman dalam program KB selama 20 tahun sehingga pengalaman itu harus kita terapkan dalam program penanggulangan AIDS di Indonesia. Menerapkan pendekatan yang tepat tanpa kehilangan realita merupakan sesuatu yang penting.

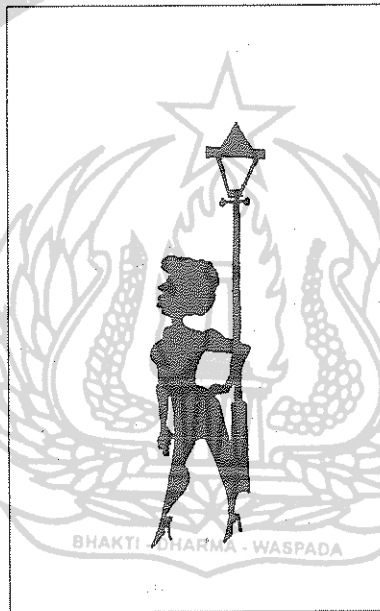
Realita bahwa ada sesuatu yang harus diubah terdapat dalam strategi. Sekarang kita harus mengerti siapa saja yang perilakunya masih baik sehingga perlu diperbaiki dan

siapa yang berperilaku baik karena itu perlu dipelihara. Misalnya sasaran kita adalah generasi muda. Ini pun masih terlalu luas. Siapa generasi muda berusia di bawah 40 tahun? di bawah 30 tahun? di bawah 20 tahun? di bawah 15 tahun? Kita punya data-data mereka, tetapi tidak boleh terlalu makro dan berskope nasional. Data lalu dirinci, bagaimana Kalimantan? bagaimana di Irian dan bagaimana di pulau lainnya? Komisi tingkat nasional hanya memberi petunjuk umum, tetapi dengan catatan, penerapan kriteria-kriteria ini untuk memilih prioritas wilayah. Setelah memilih prioritas wilayah, barulah prioritas kegiatan. Memang betul kalau kita menentukan angka-angka proyeksi. Untuk AIDS kita tidak bisa memakai satu pendekatan saja, melainkan kombinasi pendekatan.

Kita beruntung karena bisa belajar dari hasil penelitian luar negeri. Misalnya penekanan secara positif dalam perilaku seksualitas. Ternyata bila sentuhannya menyangkut "harga diri," hal itu menurunkan frekuensi hubungan free-sex atau un-free-sex, yang akhirnya juga menurunkan jumlah penderita HIV/AIDS.

Dalam soal AIDS ini kita sesedikit atau kalau bisa sama sekali tidak mengaitkannya dengan mental seseorang. Kalau kita tidak menyebutkan perilaku baik atau tidak baik. Namun kita katakan perilaku yang menyebabkan kemungkinan penularan yang lebih tinggi.

Saya tidak ingin mengatakan strategi ini sempurna. Dibutuhkan setahun lebih untuk menyusun strategi ini. Ditulis di sana "pencegahan AIDS diarahkan kepada upaya pendidikan dan penyuluhan untuk memantapkan perilaku yang tidak memberikan kesempatan penularan, dan mengubah perilaku yang berisiko tinggi." Jadi, ada dua pendekatan. "Tetapi memantapkan perilaku yang tidak memberikan risiko penularan." Begitulah antara lain strategi pendekatan kita.



**P: Tampaknya ada inkonsistensi cara pendekatan, misalnya menyangkut pengelompokan orang. Bagaimana pendapat Ibu?**

N Mb : Memang tidak mudah mengubah orang-orang, termasuk *policy maker*, dalam cara pandang. Seringkali orang-orang di pemerintahan memakai istilah-istilah operasional seperti *target groups*. Hal ini berlainan dengan orang-orang di luar pemerinthan seperti saya. Mereka terpaksa harus berpikir, kepada siapa program harus ditujukan? *Resources*nya terbatas. Dana sedikit sekali. Pada akhirnya banyak pekerjaan harus dilakukan secara sukarela.

Karena itu *resources* yang sedikit harus dimanfaatkan seefisien mungkin. Untuk mereka yang mempunyai beban tugas, terpaksa harus memakai istilah kelompok ini atau kelompok itu.

Memang program rencana lima tahunnya harus kuantitatif. Bagi kita yang tidak punya beban kuantitatif, kita bisa bicara kualitatif. LSM pada umumnya berbicara kualitatif. Mereka di pemerintahan mempunyai beban alokasi anggaran, karena itu harus menentukan kuantitatif. Itu betul sulit. Karena itu terpaksa pejabat pemerintah pakai kata "kelompok." Saya tidak suka kalau ada yang mengatakan kelompok WTS, kelompok risiko tinggi dan sebagainya. Tetapi saya bisa mengerti di satu pihak tentang beban itu. Kalau mereka tidak menyebut "kelompok," bagaimana mereka bisa menghitung kuantitatif?

**P: Bagaimana penentuan spesifikasi wilayah?**

N Mb : Dalam penetapan spesifik wilayah itu perlu dilihat berdasarkan kriteria-kriteria dan sasaran idealnya. Misalnya saya kepala daerah di Nusa Tenggara Timur. Berdasarkan kriteria-kriteria itu maka beberapa wilayah di NTT membutuhkan pendekatan intensif. Ini merupakan hal mendesak. Kita tentukan lagi misalnya Kupang, Maumere, Atambua, perlu penanganan *urgenti*. Kenapa? Alasannya karena industri seks-nya kuat, banyak pendatang. Tapi *resources*-nya tidak mencukupi untuk kota-kota lain. Apakah saya harus mengurangi alokasi anggaran itu, atau saya cari *resources* tambahan, barulah

kota lain menyusul. Saya harus mempertimbangkan: mana yang paling memberikan dampak yang luas dalam waktu dekat. Kita tahu dari pengalaman negara-negara lain, bahwa yang paling penting sebenarnya adalah pendekatan konprehensif. Jadi kita harus melihat kombinasi program mana "dengan *resources* sedikit mungkin mendapatkan hasil yang optimal."

Kita tahu bahwa sebenarnya dasar utama adalah pengetahuan tentang keadaan di lapangan. Itu sangat penting. Karena, begitu terbatasnya kita punya *resources* sehingga, betul sekali di dalam memilih prioritas itu harus "efisien."

Yang penting kita berjalan dulu dengan strategi itu. Siapa yang sudah memiliki *resources*, silakan jalan, sedapat mungkin berpegang betul pada strategi. Dalam strategi itu betul ditekankan bahwa kita harus bekerjasama. Seperti antara LSM dan pemerintah, sebetulnya tidak boleh berbeda pendapat dalam satu obyek. Mana porsi pemerintah, mana porsi LSM, mana porsi Universitas, bahkan kadang-kadang walaupun timpangtindih kita harus bekerjasama. Memang betul ditekankan kerjasama kemitraan itu terus menerus.

Memang saya merasa strategi itu belum dimasyarakatkan secara luas. Saya yakin, bahkan di kalangan pemerintah pun yang secara langsung terlibat dalam penanggulangan AIDS, belum membaca strategi ini. Atau kalau sudah membaca, mungkin belum mengerti jiwanya. Tetapi sebenarnya pendekatannya kalau bisa bersama-sama dengan para peneliti, donor, dengan para pemerhati lain. Kita harus bersama-sama mengembangkan sesuatu yang lokal. Itu saya usulkan juga di kelompok kerja, supaya kita secepat mungkin membuat petunjuk umum untuk daerah tetapi kita juga membantu di daerah bagaimana menyusun rencana yang cocok untuk wilayah itu. Itu penting sekali.

---

### *Peranan Keluarga*

---

**P: Keluarga dapat berperan penting dalam program ini. Bagaimana wujudnya?**

N Mb : Keluarga itu tidak ada yang generik. Dalam pendekatan AIDS ini, makin ba-

nyak pendekatan yang kita pakai, katakanlah multi pendekatan, mungkin kita bisa berhasil. Memang benar kalau saya diminta ceramah, sebut saja undangan organisasi wanita, biasanya saya minta supaya pesertanya jangan hanya wanita saja, tetapi suami-isteri dan kalau bisa berikut anaknya yang remaja.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berkomunikasi, bahkan di dalam keluarga yang sangat erat pun, bicara tentang sex dan *seksual behavior* itu sulit sekali. Itu tidak saja di Indonesia tapi di seluruh dunia. Karena itu saya mengharapkan, kalau misalnya saya sebagai orang luar berbicara begitu, semuanya mendengar uraian itu dari satu sumber. Mudah-mudahan sampai di rumah mereka berkomunikasi satu sama lain. Jadi, komunikasi berlanjut. Kita tahu, hanya dengan ceramah saja, satu kali, tidak ada artinya. Itu hanya untuk pendorong pertama. Tetapi yang paling penting adalah bahwa dikembangkan budaya berkomunikasi di dalam keluarga termasuk bicara tentang masalah sensitif, seperti masalah sex dan perilaku seksual.

Tentu ini adalah hal yang tidak terlalu mudah, terutama di kota sebab masing-masing orang dalam keluarga punya acara yang berbeda. Karena itu saya menganggap bahwa mencapai keluarga tidak hanya melalui ceramah; tetapi sebagaimana juga dinyatakan dalam strategi kita, peran multi media apakah media tertulis atau media elektronik dan sebagainya amat penting. Memang kita pun mengembangkan pendekatan pada keluarga.

Salah satu prinsip dasar di dalam strategi itu adalah bahwa pendekatan yang dipakai, "setiap kegiatan diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga serta sistem dukungan sosial yang mengakar dalam masyarakat." Artinya, apapun yang kita lakukan sebanyak mungkin jangan malah memberantakkan

keluarga. Perhatikan pengalaman Australia. Dalam evaluasi mereka, tentang penekanan pemunculan homoseksualitas, karena keliru penerapannya menyebabkan perpecahan dalam keluarga. Kemudian mereka ubah pendekatan itu. Bagaimana pun *family support* itu tetap dibutuhkan. Karena itu kita kembali pada falsafah bangsa, bahwa keluarga itulah unit paling kecil yang primer membentuk dan mempengaruhi perilaku baik dan perilaku buruk. Kalau nanti ada anggota keluarga yang terkena infeksi, tetap keluarga yang akan menanggungnya. Di situ dibutuhkan kekuatan dan ketahanan keluarga. Itulah sebabnya kita katakan, "sistem dukungan sosial yang mengakar dalam masyarakat."

Selain itu kita juga harus mempersiapkan masyarakat hidup dengan AIDS.

Sekali lagi kita tidak ingin menutup mata terhadap kenyataan bahwa terutama karena urbanisasi, ikatan keluarga tidak lagi seerat dulu. Hasil penelitian di Amerika, misalnya, menyatakan pada waktu mereka sadar bahwa ikatan-ikatan keluarga itu sudah lemah, ternyata upaya untuk mengembalikan ikatan itu dengan cara "makan sekali bersama dalam sehari, atau berdo'a bersama."

Itu ternyata mengembalikan keutuhan keluarga. Itu kerinduan mereka. Saya percaya bahwa pada saat ini di Indonesia juga sedang berlangsung proses itu.

Kita tahu bahwa sebagian besar perilaku seksual keluarga Indonesia masih erat dan kukuh. Namun demikian, berkomunikasi, berdiskusi tentang sex dan perilaku seksual itu sulit sekali dalam budaya Indonesia. Saya berharap dengan adanya ceramah, pemberian leaflet, melihat acara TV bersama, hal itu bisa mengembangkan komunikasi dan diskusi di dalam keluarga termasuk soal AIDS. Kita sadar betul bahwa hal ini tidaklah mudah, tetapi bukanlah suatu yang mustahil.

Sekali lagi kita harus bekerjasama. Saya



sudah mengadakan pendekatan, berceramah pada umat katolik, berdialog dengan para uskup. Saya tahu ada teman lain yang menemui majelis ulama. Tetapi di sinilah letak pentingnya kita memakai pendekatan yang multi media dan cocok untuk sasaran tersebut.

**P: Bagaimana penjabarannya lebih lanjut?**

N Mb: Saya percaya bahwa pengertian apakah keluarga mempunyai definisi yang luas. Keluarga itu bukan lagi suami-isteri-anak, tetapi setiap *closed net group*. Misalnya keluarga anda dapat di kalangan sekerja anda. Keluarga anda mungkin adalah teman sekampus; mungkin teman-teman study club; sekelompok profesi. Jadi keluarga yang dalam arti harfiah adalah suami-isteri-anak, tetapi dengan mobilitas rakyat Indonesia yang begitu luas, keluarga itu mungkin bukan saja suami-isteri-anak. Misalnya orang-orang yang merantau di kota dan bekerja di suatu proyek. Mungkin saja pada hari Sabtu mereka terima gaji, tidak pulang ke rumah, lalu "senang-senang sedikit." Ada yang terlanjur mengadakan hubungan sex dengan wanita bukan isterinya. Kalau dia terkena HIV/AIDS, bukan kelompok sekerjanya yang salah. Tetapi seseorang bisa saja terbawa arus kehidupan teman-temannya. Karena itu, sasaran kita adalah keluarga pekerja proyek perlu diberi penyuluhan supaya mereka mengerti, bahwa kalau mereka melakukan hubungan sex, haruslah *safe sex*. Dalam arti, boleh saja berpacaran tetapi jangan sampai melakukan *sex intercourse*. Kalau terpaksa *sex intercourse*, pakailah kondom. Itulah yang paling baik dilakukan.

Pendekatan kita adalah tanggungjawab. Bahwa setiap orang harus merasa bertanggungjawab untuk melindungi dirinya, menjaga kesehatan dirinya, menjaga kesehatan orang lain termasuk menjaga kesehatan keluarganya; isteri atau pun suaminya, bahkan anaknya. Khusus bagi pekerja proyek tadi perlu diberi kesadaran, sebab kalau dia membawa penyakit pulang ke isterinya setelah berhubungan seks dengan wanita lain; dan isterinya hamil, maka anaknya bisa tertular. Jadi kita tekankan pada setiap orang baik pria maupun wanita dalam keluarga secara luas.

**P: Apakah makna yang bisa dipetik dari pengalaman kampanye KB?**

N Mb: Kalau kita lihat kembali program KB kira-kira 15-20 tahun yang lalu, saya masih ingat betul tatkala program ini baru dimulai, banyak pengalaman menarik. Dulu, kalau wanita pasang spiral, lalu beberapa hari kemudian, kembali ke saya, muka mereka babak belur akibat pukulan suaminya. Suaminya minta agar spiralnya dikeluarkan dan sebagainya. Sekarang, hal itu hampir tidak pernah terjadi. Kenapa? Yang paling utama menurut referensi kami adalah pendidikan kepada kedua belah pihak, baik laki-laki maupun perempuan terutama telah membawa perubahan norma dan *value*. Bahkan dalam penelitian terakhir, sudah ada perubahan *value*, bahwa laki-laki sebagai suami dan sebagai bapak merasa diri hebat kalau anaknya, meskipun cuma dua, masuk sekolah, punya pendidikan yang lebih tinggi. Jadi sebenarnya perubahan *value* akibat pendidikan menyebabkan keluarga berencana bisa diterima baik oleh pria maupun wanita. Tetapi pengalaman di Indonesia berbeda dengan pengalaman Jepang. Di sana, metode untuk KB yang dipakai memang terserah perempuan. Lelaki tidak mau. Ingin punya anak dua, mau penjarangan kelahiran, mau keluarga berencana, itu terserah kaum perempuan, bukan urusan laki-laki.

Di dalam soal AIDS, adalah benar bahwa inisiatif dan yang harus aktif muncul dari pria. Misalnya cara untuk pencegahan penularan AIDS pada saat ini, selain pengangkatan harga diri, satu-satunya adalah pakai kondom, dan yang bisa pakai kondom hanyalah pria. Karena itu penekanan pada rasa tanggungjawab pria untuk memakai kondom setiap saat dia melakukan hubungan sex di luar isterinya perlu ditekankan. Ini dilakukan demi untuk kesehatannya sendiri, untuk kesehatan keluarganya, atau orang-orang lain yang dicintainya. Saya percaya bahwa kalau pendekatan kita pada rasa tanggung jawab dan harga diri pria, bahwa sekarang dialah yang mempunyai "kekuasaan tertinggi" untuk menentukan jadi sakit atau tidak sakit, itu lebih bermanfaat. Saya bicara atas dasar penelitian dan pengalaman di luar negeri. Misalnya saya bilang, "saudara tidak boleh pergi ke lokasi WTS," atau lebih

tepat saya katakan, "sekarang saudara bertanggung jawab, sekarang saudara punya hak menentukan, mau ke lokasi WTS atau ke mana saja, itu urusannya. Tapi saudara yang menentukan, kamu mau sakit atau tidak, atau isteri dan anakmu akan sakit tertular HIV/AIDS atau tidak. Itu terletak di tangan anda." Jadi tekanannya terletak pada rasa tanggung jawab dan harga diri seorang laki-laki ataupun perempuan untuk mengambil keputusan terbaik. Dulunya, orang masih menggampangkan. Ah itu soal mudah, disuntik penicilin saja sudah sembuh. Kalau kencing nanah, disuntik saja dengan penicilin sudah selesai!" Sekarang tidak lagi begitu. Sekali saudara mendapat AIDS, seumur hidup saudara menularkan. Seumur hidup saudara sakit! Pesan ini bisa disampaikan kepada setiap laki-laki bahkan juga setiap perempuan.

Saya berpendapat bahwa di dalam soal AIDS ini kita tidak hanya melihat satu pihak, tetapi beberapa pihak, pria dan wanita, bahkan kepada anak. Pendekatan saya adalah komunikasi di dalam keluarga. Kita juga menggariskan, jangan sampai terjadi perpecahan di dalam keluarga setelah mereka mendengarkan ceramah soal AIDS, justeru sebaiknya muncul komunikasi lebih dalam lagi.

**P: Ibu sangat menekankan masalah tanggungjawab.**

N Mb: Ya, kita tidak *memberikan* tanggungjawab itu sebab sebenarnya tanggungjawab itu sudah ada pada dia. Kita hanya menunjukkan, khusus di dalam AIDS ini, dia mempunyai tanggung jawab yang lebih besar, karena hanya laki-lakilah yang bisa pakai kondom; hanya dia yang bisa menentukan apakah bermain "di luar" atau tidak.

**P: Tampaknya pemakaian kondom belum membudaya?**

N Mb: Salah satu masalahnya mungkin

disebabkan karena program KB sejak awal tidak pernah menekankan pada kondom. Indonesia berbeda dengan di Jepang dalam soal kondom. Indonesia juga belum mampu mengembangkan dan memproduksi kondom yang berkualitas tinggi. Itu memang salah satu kelemahan dari program KB kita. Perempuan Indonesia begitu mudah menjadi sasaran program KB dan yang suaminya bilang "sudahlah kamu yang ikut, saya tidak." Selama 20 tahun kita tidak pernah promosi yang serius tentang kondom. Semua alat kontrasepsi KB memiliki sasaran wanita.

Dulu saya pernah mengadakan diskusi cukup lama dengan para Uskup. Katolik konservatif sangat antikondom sebagai alat KB. Apalagi dari Gereja Katolik, sangat anti pemakaian kondom. Masalahnya di sini adalah karena nilai-nilai agama sangat berpengaruh.

Tetapi sekarang keadaannya telah berubah. Soal AIDS ini bukan lagi masalah nasional tetapi masalah internasional, masalah pencegahan penyakit. Saya beritahu kepada para uskup, alim ulama dan sebagainya bahwa agama mulai ditantang. AIDS justeru tantangan bagi pemuka

agama. Kita bicara tentang penyakit, yang penularannya melalui hubungan sex dan melalui darah. Apakah mereka bisa menjamin pencegahan penularannya? Pasti mereka menjawab "Tidak!" Untuk kelompok yang tidak bisa kita jamin, satu-satunya cara yang pada saat ini diketahui adalah memakai kondom. Apakah sebagai manusia kita berhak untuk mengatakan bahwa dia tidak boleh pakai kondom, sedangkan kita tahu bahwa tanpa kondom, akan menularkan penyakit? Pencegahan itu bukan hanya untuk dirinya tetapi untuk masyarakat luas. Sampai saat ini belum pernah satu ulama pun yang mengatakan "tidak boleh."

Saya terkesan sekali tatkala memberikan ceramah, bersama-sama dengan alim ulama



Islam. Saya tanya pada Kiai itu, "bagaimana pendapat kiai tentang pemakaian kondom ini?" Jawabnya kepada saya: "Ibu dokter, kalau ibu tanya sama saya, saya harus bilang tidak boleh. Tetapi Tuhan memberikan kita tanggung jawab yang berbeda. Kalau dokter tahu bahwa itu satu-satunya cara untuk menolong jiwa seseorang, dokter berkewajiban memberikan informasi. Tapi jangan tanyakan soal itu sama saya." Ini pandangan seorang ulama yang mempunyai kepedulian terhadap manusia. Bukan terhadap peraturan yang tidak masuk akal.

Yang kita maksudkan bahwa setiap orang berhak mendapat informasi bagaimana dia bisa melindungi diri dan orang lain. Jadi kita harus memberikan informasi selengkapnyanya. Sebagai petugas kesehatan, saya selalu katakan, saudara sebagai petugas kesehatan berkewajiban memberikan informasi selengkapnyanya sesuai dengan apa yang harus diinformasikan.

Jangan mempertentangkan dan sama sekali tidak ada yang perlu dipertentangkan. Saya sudah berbicara banyak sekali dengan para alim ulama termasuk yang paling "keras" sekalipun. Jangan mengharap bahwa Uskup mengeluarkan pernyataan bahwa kamu harus pakai kondom. Tidak mungkin! Tetapi bahwa saya sebagai dokter memberikan informasi tentang pemakaian kondom, itulah kewajiban saya.

**P: Apakah penyempurnaan strategi dimungkinkan, misalnya setelah diadakan evaluasi?**

N Mb: Saya sebenarnya menginginkan suatu saat kita mengadakan dialog antara aktivis. Memang di dalam perumusan strategi kita mengadakan konsultasi dengan banyak orang, bukan hanya pemerintah, tetapi dalam bermacam-macam sudut pandang.

Saya katakan, antara tahun lalu waktu mulai menyusun strategi ini sampai sekarang, perubahannya sudah luar biasa. Kalau kita menganggap hal ini penting, maka kita harus berbagi pengetahuan dan pengalaman kita. Karena ini terlalu mahalpenting, pengertian

dan pendekatan ini perlu didialogkan dan disebarluaskan di dalam kelompok kita masing-masing.

Strategi nasional ini merupakan kerangka acuan dan panduan untuk setiap upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, baik oleh pemerintah, masyarakat, LSM, keluarga, perseorangan, perguruan tinggi, lembaga penelitian, donor dan badan-badan internasional agar dapat bekerjasama dalam kemitraan yang efektif dan saling melengkapi. Jadi kita tahu betul bahwa setiap orang tidak bisa bekerja sendiri. Setiap orang memiliki baik kelebihan maupun keterbatasan. Karena itu rumusannya waktu itu adalah agar semua pihak dapat bekerjasama dalam kemitraan yang efektif dan saling melengkapi dalam lingkup keahlian dan kepedulian masing-masing. Karena masalahnya begitu kompleks sehingga kita hanya bisa berhasil kalau kita bersama-sama dalam kemitraan yang efektif. Operasionalisasinya itulah yang harus diupayakan. Strategi ini tidaklah sempurna, tetapi banyak orang sudah berusaha betul untuk menyusun sebaik mungkin, dan dapat diterima semua orang.

Tetapi yang penting adalah bahwa setiap orang berhak mendapat informasi yang benar untuk melindungi diri atau orang lain terhadap infeksi HIV. Ini perlu saya ingatkan di dalam upaya pencegahan AIDS.

Kita perbaiki permasalahan, seperti meningkatkan kemampuan dan keterampilan wanita untuk mendiskusikan serta bernegosiasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan hubungan seksual. Perlindungan anak-anak terhadap eksploitasi seksual. Penyediaan dan pemanfaatan kondom dan lain-lain merupakan unsur-unsur penting dalam pelaksanaannya. Sebut saja kondom, itu pun suatu yang penting. Tapi tidak ada orang yang bisa mengatakan bahwa kondom itu tidak boleh disebut. Itu termasuk dalam strategi nasional.

Strategi ini sudah final. Kemudian tinggalah pemasarakatannya saja. Kita harus monitoring di lapangan apakah ada hal-hal yang perlu diubah dalam strategi ini. Untuk sementara saya rasa strategi ini masih mencukupi. ●