

71

BMF

Jakarta

24

LAPORAN AKHIR

**STUDI DASAR PROFIL DAN KEBUTUHAN PASIEN DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN
HIV-AIDS DAN KLINIK VCT DI KABUPATEN ENDE,
NUSA TENGGARA TIMUR**

**Program Insentif Riset Terapan
Fokus Bidang Prioritas: Kesehatan dan Obat**

Kode Produk Target:

Kode Kegiatan:

Peneliti Utama: Luxi R. Pasaribu, MSc.PH

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN BIOMEDIS DAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI**

**Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta 10560. Telp. 4261088-ext. 327, Fax.: 021-4245386,
Hp: 081316543272 / 085711699683,
luxi@litbang.depkes.go.id dan luxi.pasaribu@gmail.com**

8/12/2010

LAPORAN AKHIR

**STUDI DASAR PROFIL DAN KEBUTUHAN PASIEN DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN
HIV-AIDS DAN KLINIK VCT DI KABUPATEN ENDE,
NUSA TENGGARA TIMUR**

**Program Insentif Riset Terapan
Fokus Bidang Prioritas: Kesehatan dan Obat**

Kode Produk Target:

Kode Kegiatan:

Peneliti Utama: Luxi R. Pasaribu, MSc.PH

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PERPUSTAKAAN	
Tanggal	: 10 - 3 - 2013
No. Indek	: _____
No. Klass	: 71
	: Bmf

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN BIOMEDIS DAN FARMASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI**

**Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta 10560. Telp. 4261088-ext. 327, Fax.: 021-4245386,
Hp: 081316543272 / 085711699683,
luxi@litbang.depkes.go.id dan luxi.pasaribu@gmail.com**

8/12/2010

Jakarta, 8 Desember 2010

SURAT PENGANTAR

Kepada Yth.
Sekretariat Penyelenggara Penelitian
Prioritas Teknologi Kesehatan dan Obat
Program Insentif Riset untuk Peneliti dan Perekayasa
LPND dan LPD
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes
Jln. Percetakan Negara No.29
Jakarta 10560

Dengan ini saya memberikan laporan akhir. Saya kirimkan laporan sesuai dengan permintaan Sekretariat Penyelenggara Penelitian ini.

Terima kasih.

Nama lengkap : Luxi Riajuni Pasaribu, MSc.PH
NIP : 196906271996032.007
Institusi/Unit Kerja : Puslitbang Biomedis dan Farmasi

Tanda tangan :

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian: Studi dasar profil dan kebutuhan pasien dalam program penanggulangan HIV-AIDS dan klinik VCT di Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur

Jenis Insentif : (1) Riset Terapan

Lokasi Penelitian : Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur

Penelitian Tahun Ke : 1

Keterangan Lembaga Pelaksana / Pengelola Penelitian	
A. Lembaga Pelaksana Penelitian	
Nama Peneliti Utama	Luxi Riajuni Pasaribu, SSi, MSc.PH
Nama Lembaga/Institusi	Badan Litbang Kesehatan
Unit Organisasi	Puslitbang Biomedis dan Farmasi
Alamat	Jl. Percetakan Negara No.29, Jakarta 10560
Telepon/HP/Fax/e-mail	021-4261088 ext.327 / 081316543272 Fax. 021-4245386 Email: luxi@litbang.depkes.go.id , luxi.pasaribu@gmail.com
B. Lembaga lain yang terlibat	
Nama Koordinator	—
Nama Lembaga	—
Alamat	—
Telepon/Fax/e-mail	—

Jangka waktu kegiatan : 10 bulan

Biaya Tahun -1 : Rp. 200.000.000,00

Biaya Tahun -2 : Rp. 250.000.000,00

Total Biaya : Rp. 450.000.000,00

Kegiatan : Baru (Tahun -1)

Rekapitulasi Biaya Tahun yang Diusulkan

No	Uraian	Jumlah (Rp.)
1.	Gaji dan Upah	54.644.000,00
2.	Bahan Habis Pakai	
3.	Perjalanan	126.530.000,00
4.	Lain-lain	18.826.000,00
	Jumlah biaya tahun yang diusulkan (tahun -1)	200.000.000,00

Setuju Diajukan:

Ketua KPP Penyakit Tular Langsung



dr. Lutfah Rif'ati, Sp.M
NIP. 196906302005012.001

Peneliti Utama



Luxi Riajuni Pasaribu, SSi, MSc.PH
NIP. 196906271996032.002

 Ketua PPI



dr. Emiliana Tjitra, MSc., PhD
NIP. 195204271981072.001

Kepala Puslitbang BMF



Drs. Ondri Dwi Sampurno, MSi., Apt.
NIP. 196211191988031.001

RINGKASAN PENELITIAN

Latar Belakang

Penyebaran HIV dan AIDS telah meluas dan jumlah pasien yang bukan golongan masyarakat berisiko tinggi meningkat di Indonesia, demikian juga di Nusa Tenggara Timur serta salah satu kabupatennya, yaitu Ende. Beberapa kemungkinan peningkatannya adalah dengan meningkatnya mobilitas penduduk dari luar kabupaten dan dari dalam kabupaten melalui pariwisata, perdagangan, serta pengiriman tenaga kerja ke luar negeri; meluncurnya nilai moral, etika, dan religitas yang juga mempengaruhi penambahan masyarakat yang berisiko. Di Kabupaten Ende, deteksi dini HIV belum menghasilkan optimum karena pemanfaatan klinik Voluntary Counselling and Test (VCT) belum maksimal. Mayoritas pasien terdeteksi sudah pada tahap AIDS, sehingga proporsi angka kematiannya tinggi. Oleh karena itu, perlu penelitian untuk mengidentifikasi masalah yang menyebabkan deteksi dini dan penggunaan klinik VCT tidak optimum, yang akhirnya mempengaruhi hasil program pengendalian HIV-AIDS di kabupaten ini.

Tahap Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dalam dua tahun. Tahun pertama untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan pihak-pihak terkait dalam pemanfaatan klinik VCT dan deteksi dini. Tahun kedua untuk melakukan genotyping dan serotyping strain virus dan profil klinis pasien, serta mengembangkan model klinik VCT berdasarkan hasil *need assessment* tahun 2010.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil umum pasien HIV-AIDS dan apa yang menjadi keinginan, harapan, serta kebutuhan pasien dan pasangan terdekatnya agar dapat memanfaatkan klinik VCT serta berpartisipasi dalam program HIV-AIDS. Selanjutnya adalah untuk mengetahui kebutuhan petugas kesehatan di klinik VCT serta pemimpin formal dan informal dalam penemuan dini pasien.

Metode

Pada tahun pertama ini metodologi penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Data akan dikumpulkan melalui wawancara. Subyeknya adalah semua pasien yang masih hidup, pasangan terdekat pasien, beberapa orang dalam populasi berisiko, beberapa petugas kesehatan serta pemimpin masyarakat formal dan informal yang terlibat langsung maupun tidak langsung dengan klinik VCT dan program pengendalian HIV-AIDS di kabupaten ini. Hasil wawancara berupa data verbal akan dikelompokkan berdasarkan tema-tema tertentu yang ditemukan. Selanjutnya tema-tema tersebut akan dianalisis dan akan dibuat gambaran keseluruhannya sehingga akan dihasilkan data kebutuhan yang dirasakan dan yang normatif untuk deteksi dini dan penggunaan klinik VCT agar menjadi maksimum. Selain itu dilakukan analisa data yang berkaitan dengan program HIV-AIDS di Kabupaten Ende.

Hasil dan Pembahasan

Ketiga jenis responden yang diwawancarai menunjukkan kurangnya pengetahuan yang menyeluruh tentang HIV dan AIDS, terutama pada kelompok masyarakat dan pemimpin

masyarakat. Penyuluhan yang telah diberikan memerlukan metode yang lebih mengena dan bermitra dengan pihak-pihak yang lebih tepat untuk mendekati masyarakat. Pendekatan-pendekatan langsung oleh petugas kesehatan kepada masyarakat dan populasi berisiko tinggi yang dilayaninya juga perlu ditingkatkan untuk memperbaiki komunikasi yang perlu dijalin dengan baik antara keduanya. Karena kebudayaan yang dilakukan dalam pembuatan keputusan adalah sepenuhnya di tangan laki-laki yang mengepalai keluarga, maka perlu dilakukan pendekatan kepada laki-laki kepala keluarga agar sadar untuk melindungi diri dan keluarganya. Selain itu, pendampingan kepada kelompok berisiko tinggi secara rutin dan terarah harus dimulai secara terorganisir. Dalam penataan sistemnya, pengaturan administrasi yang melindungi pekerja dan kegiatan program HIV-AIDS di Kabupaten Ende perlu diperbaiki. Dengan dilakukannya hal-hal yang disarankan di atas, diharapkan stigma dapat menurun dan ketakutan akan hasil tes dapat menurun. Dukungan yang luas terhadap penemuan dini dan perawatan terhadap pasien perlu dipersiapkan dengan intensif agar masyarakat yang berisiko dapat dibujuk untuk melakukan tes dan tetap berusaha untuk hidup lebih baik dan berhati-hati sehingga dapat mencegah penularan yang lebih luas. Dana, reagensia, fasilitas, obat, dan pelatihan perlu ditambah jumlahnya serta perlu dimonitor agar ketersediaannya terjamin.

Kata kunci: HIV-AIDS, Kabupaten Ende, *Voluntary Counseling and Test (VCT)*, wawancara, *need assessment*.

DAFTAR ISI

	Hal.
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
I. PENDAHULUAN	
1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah	5
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengetahuan tentang HIV – AIDS	6
2.1.1 Human Immunodeficiency Virus	6
2.1.2 Perjalanan penyakit HIV –AIDS	7
2.2 Perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi ODHA	7
2.2.1 VCT	8
2.2.2 CST	9
2.2.3 Stigma dan diskriminasi	10
2.3 Situasi epidemi dan Penanggulangan HIV-AIDS	10
2.3.1 Di dunia	10
2.3.2 Di Indonesia	11
2.4 Strategi penanggulangan HIV dan AIDS	11
III. TUJUAN DAN MANFFAT	
1. Tujuan	13
1.1 Tujuan Umum	13
1.2 Tujuan Khusus	13
2. Manfaat	14
IV. METODOLOGI	
1. Kerangka Pikir	15
2. Tempat dan Waktu Penelitian	16
3. Desain	16
4. Jenis Penelitian	16
5. Populasi dan Sampel	16
6. Cara Pemilihan dan Estimasi Sampel	19
7. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Sampel	20
8. Variabel	20
9. Cara Pengumpulan Data	21
10. Bahan dan Cara Kerja	21
11. Analisis Data	21
V. HASIL DAN PEMBAHASAN	
1. Hasil dan pembahasan pada kelompok responden masyarakat	23
2. Hasil dan pembahasan pada kelompok responden petugas kesehatan ...	28

3. Hasil dan pembahasan pada kelompok responden pemimpin	34
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
1. Kesimpulan	42
2. Saran	42
VII. DAFTAR PUSTAKA	43
XI. LAMPIRAN	45

DAFTAR TABEL

Gambar 1	Kode jenis responden dan pewawancara	Hal 17
----------	--------------------------------------	-----------

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka pikir	Hal 15
Gambar 2	Ibukota Kabupaten Ende dilihat dari atas	34
Gambar 3	Kendaraan umum ke dan dari desa-desa	34
Gambar 4	Gunung dan jurang di sisi jalan ke dan dari desa-desa	34
Gambar 5	Bekas pondasi tempat pertemuan para lelaki	39
Gambar 6	Rumah Adat	39

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV adalah epidemi yang mengancam kesehatan dan kehidupan generasi penerus bangsa, yang secara langsung membahayakan perkembangan sosial ekonomi, serta keamanan negara. Maka, upaya penanggulangannya harus dianggap sebagai masalah yang penting dengan tingkat urgensi yang tinggi dan merupakan program jangka panjang yang membutuhkan koordinasi berbagai pihak, serta mobilisasi sumber daya yang intensif dari seluruh lapisan masyarakat untuk memperluas dan mempercepat cakupan program.¹ Target ke-7 Tujuan Pembangunan Millenium atau *Millenium Development Goals (MDGs)* Indonesia adalah mengendalikan penyebaran HIV-AIDS dan mulai menurunnya kasus baru pada tahun 2015. Dalam laporan *MDGs* tahun 2007, angka kasus HIV positif terus meningkat dalam 10 tahun terakhir, bahkan penyebarannya sudah mencapai 32 provinsi pada tahun 2007 sedangkan pada tahun 2006 kasus HIV positif baru di 16 provinsi. Jumlah pasien pada tahun 2004 adalah 2.682 kasus, sedangkan pada akhir September 2007 meningkat sekitar 4 kali menjadi 10,384 kasus.²

Komisi Penanggulangan AIDS menyebutkan bahwa dalam laporan Departemen Kesehatan RI sampai pada akhir tahun 2007 ada 11.141 kasus AIDS kumulatif dan 6.066 kasus HIV kumulatif. Jumlah ini jauh di bawah angka perkiraan, yaitu sekitar 200.000 orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Indonesia – suatu fenomena gunung es.³ Sampai dengan Juni 2009, angka kumulatif kasus HIV Indonesia adalah 28.260 orang dengan kematian 1229 orang. Dan sampai pada September 2009 ada 18442 kasus AIDS dengan kematian 20,1% orang.⁴ Menurut perkiraan UNAIDS yang dikutip oleh KPA, Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan epidemi yang berkembang paling cepat dan Kementerian Kesehatan memperkirakan bahwa Indonesia akan mempunyai hampir tiga kali jumlah ODHA dibandingkan pada tahun 2008 (dari 277.700 orang menjadi 813.720 orang) bila tidak ada upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang bermakna dalam kurun waktu tersebut.⁵ Memperhatikan hal ini, maka HIV dan AIDS dapat menjadi masalah yang serius bagi Indonesia.

Strategi penanggulangan HIV dan AIDS ditujukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat agar individu dan masyarakat menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan. Untuk Indonesia tahun 2010-2014, *Universal Access* mengacu pada tujuan utama penanggulangan HIV dan AIDS, yaitu agar semua (minimal 80%) populasi kunci yang membutuhkan mempunyai akses ke pelayanan tersebut di atas. Akses pada pelayanan pencegahan dibutuhkan populasi kunci agar mereka mendapat informasi mengenai cara mencegah diri dari tertular HIV, mampu menilai risiko, mengetahui cara mengakses kondom dan alat suntik, program VCT, Infeksi Menular Seksual (IMS) serta perawatan, dukungan, dan pengobatan. Akses pada pelayanan *Anti Retroviral Therapy* (ART) bagi ODHA yang membutuhkan agar mereka mempunyai akses untuk mendapatkan Anti Retroviral (ARV), pengobatan infeksi oportunistik dan kebutuhan perawatan serta dukungan lainnya.⁵

Kasus HIV–AIDS Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) sudah ditemukan hampir di semua wilayahnya, bahkan di daerah yang sarana dan prasarana kesehatannya minim dan pada populasi berisiko rendah seperti ibu rumah tangga dan anak-anak. Sebanyak 80% pasien berusia 25-49 tahun dengan risiko penularan utama (95%) adalah heteroseksual.⁶ Peningkatan kasus terjadi menurut deret ukur. Provinsi ini memiliki kumulatif kasus HIV dan AIDS sebanyak 953 sejak 1997 sampai pada akhir Desember 2009.⁷ Kabupaten Ende yang terletak dalam provinsi ini mulai memiliki kasus HIV pada tahun 2005 sebanyak 2 orang dan angka ini berfluktuasi sampai pada tahun 2009. Pada tahun 2006, jumlah kasus baru HIV ditemukan 2 orang, tetapi ditemukan juga 15 orang dengan status sudah terkena AIDS. Demikian juga pada tahun 2008 dan 2009 dilaporkan sebanyak 6 dan 5 kasus baru yang ditemukan sudah terkena AIDS. Maka, jumlah kumulatif kasus HIV–AIDS di Kabupaten Ende dari tahun 2005 sampai dengan 2009 sebanyak 30 kasus.⁸ Fluktuasi jumlah kasus dilaporkan sangat dipengaruhi oleh kualitas deteksi dini yang masih rendah baik di tingkat pelayanan dasar maupun rujukan karena banyak pasien yang ditemukan sudah pada fase AIDS.⁶ Menurut laporan kajian MDG oleh Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat,⁹ meningkatnya kasus HIV–AIDS karena meningkatnya mobilitas penduduk dari luar kabupaten dan dari dalam kabupaten melalui pariwisata dan perdagangan, serta pengiriman tenaga kerja keluar negeri. Selain itu melunturnya nilai

moral, etika, dan religitas ikut mempengaruhi penambahan masyarakat yang berisiko. Dari KPAD Provinsi NTT disebutkan bahwa sumber peningkatan kasus HIV–AIDS adalah mobilitas penduduk antar daerah yang ditunjang transportasi darat, laut, dan udara yang tinggi; maraknya pelacuran yang murah dan mudah; pengiriman tenaga kerja tanpa dibekali informasi yang cukup tentang HIV–AIDS; peredaran narkotika dan obat-obatan terlarang yang meningkat serta praktek penggunaan alat suntik yang tidak aman; dan adanya tradisi masyarakat berisiko terinfeksi.⁷

Menurut KPA Kabupaten Ende,⁸ sampai dengan 2009, 25 dari 30 pasien HIV–AIDS di kabupaten ini yang dilaporkan telah meninggal dan sebagian besar pasien tertular oleh karena hubungan seks.¹⁰ Dapat dilihat tingkat kematian dari pasien yang ada di kabupaten Ende (83%) cukup tinggi bila dibandingkan dengan tingkat kematian pasien secara nasional. Hal ini menyebabkan prioritas penelitian tentang HIV–AIDS di kabupaten ini menjadi lebih besar, lebih lagi sangat rendahnya penemuan dini di Kabupaten ini sangat tidak menunjang program pencegahan HIV–AIDS.

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa wanita dan pria yang memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang AIDS sangat rendah, masing-masing 9% dan 13%, bahkan hanya 6% pada wanita usia 15-19 tahun dan pria 50-59 tahun. Mengenai perilaku berisiko, 3 diantara 1000 pria mempunyai perilaku berisiko berhubungan seks dengan pasangan di luar nikah atau pasangan tidak tetap. Angka inipun diperkirakan lebih besar pada kenyataannya. Selain itu, pada indikator umur pertama kali berhubungan seksual yang menjadi risiko terpapar lebih lama dengan virus ditemukan bahwa pada dewasa muda (15-24 tahun) sebanyak 8% wanita muda dan 2 diantara 1000 pria muda telah melakukannya di bawah 15 tahun. Kemudian 38% wanita muda dan 12% pria muda melakukannya di bawah 18 tahun. Pengetahuan tentang status HIV yang bisa diperoleh di Klinik VCT merupakan komponen penting program HIV–AIDS, tetapi hanya sedikit responden (6% wanita dan 7% pria) yang pernah mendengar dan sangat sedikit responden yang mengetahui tempat layanan VCT.¹¹

Penelitian kualitatif pada pasien TB dan petugas kesehatan di Yogyakarta pada tahun 2006 menyebutkan beberapa kondisi yang menghalangi pengenalan test HIV.

Pengetahuan tentang HIV pada pasien dan petugas kesehatan masih rendah. Pasien TB menyebutkan penghalang utama adalah beban untuk mengakses klinik VCT dan ketakutan untuk mengetahui hasil test HIV. Petugas kesehatan yang diwawancarai menyebutkan adanya stigma, walau itu bukan penghalang utama. Menurut mereka adanya masalah komunikasi, merasa terancam, stigma, dan tambahan beban merupakan penghalangnya.¹² Penelitian serupa pada Wanita Pekerja Seksual (WPS) di Kota Jinan, Cina Utara pada tahun 2008 mendapatkan bahwa responden memiliki beberapa masalah sehingga penggunaan klinik VCT masih rendah di daerah tersebut. Para WPS masih memiliki pengertian yang salah tentang HIV dan masih menganggap rendah risiko dan prevalens HIV. Selain itu, mereka juga tidak percaya akan bebas biaya pada klinik VCT dan terutama sangat takut akan implikasi dari hasil test HIV.¹³

Masalah HIV–AIDS sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang luas sehingga pendekatan yang diperlukan selain medis adalah dari psikososial dengan pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Program menganjurkan deteksi dini melalui konseling dan testing HIV secara sukarela agar dapat secara dini memanfaatkan layanan-layanan yang terkait dengan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan. Pendekatan untuk mengurangi perilaku beresiko adalah dengan konseling yang ada di klinik VCT. Dengan pendekatan individual, konselor dapat mendorong nurani dan logika pasien sehingga ada perubahan emosional dan pengetahuan yang memotivasi pasien untuk melindungi dirinya sendiri dan keluarganya. Klinik VCT adalah pintu masuk pasien untuk mendapat perawatan dan dukungan yang komprehensif dari berbagai pihak.¹⁴

Apa yang menjadi keinginan dan harapan serta kebutuhan pasien beserta pasangan terdekat pasien agar dapat memanfaatkan klinik VCT serta berpartisipasi dalam program HIV–AIDS harus diidentifikasi terlebih dahulu agar dapat dilakukan pendekatan yang sesuai dan target yang akan dicapai dapat diperoleh dengan kerjasama yang baik oleh berbagai pihak yang berpartisipasi. Demikian juga bagaimana profil umum pasien HIV–AIDS dan analisa data-data yang berkaitan dengan program HIV–AIDS di Kabupaten Ende perlu dipelajari untuk menjadi bahan dalam pertimbangan untuk pelaksanaan program HIV–AIDS di kabupaten tersebut. Selain itu bagaimana tanggapan unsur lain yang diperlukan dalam penemuan dan perawatan pasien juga perlu diketahui. Beberapa unsur

lainnya adalah: Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Spesialis, dukungan sesama ODHA, dukungan masyarakat melalui LSM, pemuda, keagamaan dan relawan, serta keluarga pasien.¹⁴ Semua data tersebut dapat dikumpulkan melalui wawancara secara mendalam pada individu. Hasil wawancara akan dianalisis untuk menjadi gambaran dasar dan untuk memberikan rekomendasi untuk penggunaan klinik VCT dan program HIV-AIDS di kabupaten ini.

Peneitian ini akan di lanjutkan dengan peneitian biomedis pada tahun berikutnya untuk mengisolasi dan mengidentifikasi serotipe HIV yang terdapat pada pasien di Kabupaten Ende serta mengembangkan model klinik VCT berdasarkan hasil penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Data tentang kondisi pasien HIV-AIDS dan kebutuhannya dalam klinik VCT serta bagaimana tanggapan pihak-pihak yang berkaitan dengan perawatan pasien adalah penting karena menentukan keberhasilan program pengendalian HIV-AIDS di kabupaten ini pada khususnya dan di provinsi NTT pada umumnya. Sampai dengan Desember 2009, terdapat 30 pasien tetapi sebagian besar ditemukan sudah pada tahap AIDS, sehingga 25 dari 30 pasien yang dilaporkan meninggal. Hal ini berarti ada kendala dalam penemuan dini kasus di klinik VCT. Juga, sebagian besar pasien tertular oleh karena hubungan seks. Perilaku yang berisiko ini harus dikurangi agar dapat membantu pasien untuk dapat bertahan hidup lebih lama. Salah satunya adalah dengan tes dan konseling yang terdapat di klinik VCT. Oleh karena itu perlu diidentifikasi kebutuhan-kebutuhan pasien dan pasangan terdekat pasien untuk menggunakan klinik VCT. Demikian juga perlu diidentifikasi hal-hal yang perlu ditingkatkan dalam keterlibatan pihak-pihak lain dalam penemuan pasien HIV-AIDS dan penggunaan klinik VCT.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan tentang HIV – AIDS

2.1.1 *Human Immunodeficiency Virus*

Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk golongan virus RNA, yaitu virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik. HIV memiliki sifat khas karena memiliki enzim reverse transcriptase, yaitu enzim yang memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk memperbanyak dirinya. HIV dapat ditemukan dan diisolasi dari sel limfosit T, limfosit B, sel makrofag (di otak dan paru) dan berbagai cairan tubuh seperti darah dan air mani serta Air Susu Ibu (ASI).¹⁴

Melalui analisis sekuens genetik dikenal 8 varian utama HIV, yaitu subtipe A, B, C, D, E, F, G, dan H. Kemudian ditemukan subtipe O mulai dari Kamerun (Afrika), lalu J pada tahun 1977, dan N pada tahun 1998. Identifikasi subtipe ini penting untuk mengetahui penyebarannya di dunia dan untuk mengamati sifat dan perilaku virus misalnya dalam kemungkinan menimbulkan resistensi obat dan kemampuan deteksi reagen tes antibody HIV. Sampai sekitar tahun 2003an, subtipe A sampai H dapat dideteksi dengan reagensia yang biasa digunakan. Namun, hanya kurang lebih 50% reagensia dapat mendeteksi subtipe O. Oleh karena itu di daerah dengan prevalensi subtipe O cukup tinggi seperti di Kamerun (prevalensi 10%) strategi untuk melakukan tes HIV perlu dikaji ulang.¹⁴

Pada tahun kedua penelitian ini akan dilakukan pemeriksaan laboratorium dari sampel darah penderita HIV-AIDS dan beberapa suspek dari kelompok masyarakat berisiko tinggi, baik dari keluarga terdekat penderita yang sudah meninggal maupun masih hidup, dan juga kelompok masyarakat berisiko tinggi yang ada di Kabupaten Ende. Identifikasi subtipe ini perlu dilakukan karena akan memberi informasi untuk gambaran kondisi penyebaran HIV di daerah ini.

2.1.2 Perjalanan Penyakit HIV-AIDS

Perjalanan alamiah infeksi HIV dapat dibagi dalam tahapan berikut:

Infeksi virus 2-3 minggu sindrom retroviral akut gejala 2-3 minggu gejala
menghilang + serokonversi infeksi kronis

HIV-asimtomatik rata-rata 8 tahun (lebih pendek di Negara berkembang) infeksi HIV-AIDS
simtomatik

Rata-rata 1,3 tahun Kematian

Kejadian awal setelah infeksi HIV disebut Sindrom retroviral akut yang akan diikuti oleh penurunan CD4 dan peningkatan RNA-HIV dalam plasma. Hitungan CD4 secara perlahan akan menurun dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD4 yang lebih cepat pada 1,5-2,5 tahun sebelum pasien mengalami kondisi AIDS. *Viral load* akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan kemudian turun sampai suatu titik tertentu. Dengan berlanjutnya infeksi, *viral load* meningkat secara perlahan. Pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel CD4 kurang dari 200/mm³, diikuti timbulnya infeksi oportunistik, munculnya kanker tertentu, berat badan menurun secara cepat dan munculnya komplikasi neurologis. Pada pasien tanpa pengobatan ARV, rata-rata kemampuan bertahan setelah CD4 turun kurang dari 200/mm³ adalah 3,7 tahun.¹⁴

Periode jendela adalah masa ketika pemeriksaan serologis untuk antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif, padahal sebenarnya virus sudah ada dalam jumlah banyak dalam darah penderita. Pada periode inipun Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) sudah dapat menularkan kepada orang lain, misalnya melalui darah yang didonorkan, bertukar jarum suntik pada IDU, dan atau melalui hubungan seksual.¹⁴

Oleh karena itu penting sekali dilakukan deteksi dini pasien HIV agar dapat dilakukan pencegahan dan pengobatan semaksimal mungkin untuk membantu pasien segera mendapat pertolongan untuk memperpanjang hidupnya dan untuk mencegah penularan.

2.2 Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan Bagi ODHA

Perawatan yang diberikan adalah perawatan komprehensif yang melibatkan suatu jejaring kerja di antara semua sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan holistic, komprehensif, dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya, baik di rumah sakit maupun di rumah selama perjalanan penyakit. Beberapa sumber daya yang dibutuhkan sebelum diberikan perawatan komprehensif adalah dukungan dana, bahan dan alat, sumber daya manusia, baik dari pihak pemerintah, masyarakat, swasta, serta jalinan kerjasama yang baik di antara mereka. Perawatan yang diberikan meliputi tatalaksana klinis, perawatan pasien secara langsung, pendidikan, pencegahan, konseling, perawatan paliatif, dan dukungan social.¹⁴

2.2.1 Voluntary, Counselling, and Test (VCT)

Konseling dan Testing Sukarela yang dikenal sebagai Voluntary Counselling and Testing (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV, dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.¹⁷

Prinsip dalam pelayanan VCT adalah:

1. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV. Keputusan untuk testing ada pada klien, kecuali pada donor darah di unit transfusi dan transplantasi jaringan, organ tubuh, dan sel.
2. Saling mempercayai dan terjaminnya konfidensialitas. Semua informasi dari klien harus dijaga kerahasiannya oleh konselor dan petugas kesehatan dan informasi tertulis harus disimpan di tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Penangan kasus selanjutnya harus seijin klien.
3. Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif. Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling paska

testing untuk mengurangi perilaku berisiko, termasuk membicarakan perasaannya menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil positif.

4. Testing merupakan salah satu komponen VCT. WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti konseling paska testing.¹⁷

Pelayanan VCT dapat dikembangkan di berbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik IMS, klinik TB, ART, dan sebagainya. Lokasi layana VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat sehingga pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi.¹⁷

Model layanan VCT dapat berupa *mobile* VCT (Penjangkauan dan keliling) atau statis VCT (klinik VCT tetap). *Mobile* VCT dapat dilakukan oleh LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV dan AIDS di wilayah tertentu. Biasanya didahului penelitian atau survei pada kelompok tertentu dan survei layanan dukungan lainnya. Sedangkan yang statis terintegrasi dalam sarana kesehatan yang ada seperti rumah sakit, Pusat Kesehatan Masyarakat, Keluarga Berencana, Klinik KIA untuk Pencegahan Penularan Ibu-Anak (PMTCT), IMS, Terapi Tuberkulosa, dan LSM. Layanan ini dapat dikelola oleh Pemerintah dan masyarakat.¹⁷

2.2.2 Care, Support, and Treatment (CST)

Sebagai respon terhadap kurangnya akses pada Anti Retroviral Treatment (ART) yang dideklarasikan sebagai kegawatan kesehatan global, WHO dan UNAIDS mencanangkan strategi "3 by 5" (ART kepada 3 juta ODHA di negara berkembang pada akhir 2005). Salah satu upaya yang dilakukan adalah mengadakan program CST yang meliputi antara lain: kegiatan konseling pra dan paska diagnosis, pemeriksaan laboratorium, perawatan dan pengobatan (ART, profilaksis TB, dan obat-obatan untuk IO), terapi ketergantungan obat (untuk penyalahguna obat/narkoba), PMTCT, kecukupan gizi, kunjungan rumah, pendampingan oleh LSM, juga penanganan dan pemulasaran jenazah ODHA. Dari penelitian pemetaan di 29 provinsi dengan prevalensi HIV/AIDS tertinggi pada tahun

2005-2006 di Indonesia ditemukan bahwa pada umumnya daerah telah memiliki kapasitas yang memadai untuk pelaksanaan CST ditandai dengan sudah terbentuknya KPAD, peran Dinas Kesehatan yang menonjol, petugas rumah sakit yang sudah dilatih, dan LSM yang bergerak di bidang HIV dan AIDS. Permasalahan yang ada adalah masih bervariasinya kapasitas daerah, mutu layanan CST, jenis dukungan yang tersedia, rendahnya cakupan ARV bagi ODHA, dan belum ada intervensi sosial bagi ODHA dan keluarganya.¹⁸

2.2.3 Stigma dan Diskriminasi

Stigma atau cap buruk adalah tindakan memvonis seseorang bermoral atau berperilaku buruk sehingga mendapatkan penyakit seperti itu. Orang-orang yang distigma biasanya dianggap memalukan untuk alasan tertentu dan sebagai akibatnya mereka dipermalukan, dihindari, didiskreditkan, ditolak, bahkan ditahan. Diskriminasi atau perlakuan tidak adil didefinisikan UNAIDS sebagai tindakan yang disebabkan perbedaan, menghakimi terhadap orang berdasarkan status HIV mereka, baik yang pasti maupun yang diperkirakan atau keadaan kesehatan mereka. Diskriminasi dapat terjadi di bidang kesehatan kerahasiaan, kebebasan dan keamanan pribadi, perlakuan kejam, penghinaan atau perlakuan kasar, pekerjaan, pendidikan, keluarga dan hak kepemilikan maupun hak untuk berkumpul. ODHA menghadapi diskriminasi di berbagai Negara dan hal ini berdampak pada kualitas hidup mereka. Membiarkan stigma dan diskriminasi akan merugikan upaya penanggulangan infeksi HIV dan AIDS.¹⁷

2.3 Situasi Epidemi dan Penanggulangan HIV dan AIDS

2.3.1 Di Dunia

Kasus AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1981 dan berkembang sehingga epidemi HIV di dunia masih menjadi masalah kesehatan utama dengan 60 juta ODHA dan 25 juta orang meninggal karena AIDS di seluruh dunia. ODHA yang masih hidup saat ini berkisar pada 35 juta orang dan setiap hari terdapat 7400 orang baru atau 5 orang per menit terinfeksi HIV. Pada tahun 2007 saja ditemukan 2,7 juta kasus baru dan 2 juta kematian

akibat AIDS. Pada tahun yang sama di Asia, ada 4,9 juta ODHA dan diantaranya ada 440 ribu infeksi baru dengan kematian 300 ribu ODHA. Cara penularan yang paling banyak adalah seks komersial tanpa perlindungan, berbagi alat suntik diantara pengguna napza, dan seks antar lelaki tanpa perlindungan.⁵

2.3.2 Di Indonesia

Kasus AIDS pertama kali di Indonesia ditemukan pada tahun 1987 di Bali. Pada tahun 2000, jumlah kasus meningkat perlahan menjadi 225. Tetapi sejak itu terjadi peningkatan yang cepat dipicu oleh penggunaan napza suntik. Pada tahun 2006 saja sudah terdapat 8.194 kasus AIDS dan pada akhir Juni 2009 dilaporkan 17.699 pasien AIDS dengan 15.608 atau 88% adalah termasuk golongan usia produktif (25-49 tahun).

Prevalensi pada populasi berisiko tinggi atau populasi kunci meningkat di atas 5% sejak tahun 2000. Oleh karena itu dikatakan Indonesia memasuki tahapan epidemi terkonsentrasi. Bahkan dari hasil Survei Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) pada 2007, prevalensi itu menjadi 10,4% pada WPS langsung; 4,6% pada WPS tidak langsung; 24,4% pada waria; dan 0,8% pada pelanggan WPS. Sementara itu di Papua dan Papua Barat telah terjadi *generalized epidemic* dengan prevalensi 2,4% pada penduduk usia 15-49 tahun yang dipicu oleh seks tidak aman.⁵

2.4 Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS

Awalnya pada tahun 1987 panitia AIDS Nasional dibentuk oleh Menteri Kesehatan dan diketuai oleh Dirjen P2MPL. Selanjutnya dibentuk Komisi Penanggulangan AIDS tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota sejak tahun 1994 dengan Keppres Nomer 36 yang diketuai oleh Menko Kesra. Maka dimulailah strategi nasional dan rencana kerja lima tahun pertama yaitu untuk tahun 1994-1998 dan banyak mitra internasional mendukung pelaksanaannya. Selanjutnya beberapa kementerian mengeluarkan peraturan terkait, termasuk antara Menko Kesra dengan KAPOLRI selaku ketua BNN untuk menanggulangi masalah penularan HIV melalui penggunaan napza suntik.⁵ Tetapi, pada prakteknya masih ada permasalahan karena masih banyak pengguna yang tertangkap dan tidak sempat direhabilitasi. Mereka dimasukkan ke dalam penjara dan tidak menjadi lebih baik karena selain tidak mendapat program *Harm Reduction* (Pengurangan Dampak Buruk), mereka juga menjadi lebih tertekan yang memicu penggunaan napza.

Kemudian intensifikasi penanggulangan AIDS dilakukan dengan memperluas keanggotaan KPA Nasional yaitu dengan mengikutsertakan wakil organisasi profesi dan masyarakat termasuk jaringan ODHA.⁵ Dari hasil pemetaan program Care, Support, and Treatment oleh Badan Litbangkes Kemenkes, ketidakberadaan KPA atau ketidakaktifan KPA di daerah juga dilihat untuk melihat kualitas CST di daerah tersebut. Juga keberadaan LSM yang mendampingi pasien. Peran pihak-pihak ini penting dalam pelaksanaan program ini.

Rencana strategi nasional 2003-2007 diikuti oleh periode 2007-2010 dan pada 2007 dikeluarkan beberapa peraturan untuk pengurangan dampak buruk di kalangan penasun, pembentukan KPA dan pemberdayaan masyarakat daerah, serta kebijakan penanggulangan HIV-AIDS di lembaga pemasyarakatan. Pada tahun 2008 pedoman penyusunan anggaran kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS dikeluarkan. Dan pada tahun 2009 dikeluarkan pedoman program komprehensif pencegahan HIV melalui transmisi seksual. Diharapkan hal ini dapat mendorong berkembangnya berbagai layanan untuk pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan.

BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT

3.1 Tujuan

3.1.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana profil umum pasien HIV–AIDS dan apa yang menjadi keinginan, harapan serta kebutuhan pasien serta pasangan terdekat pasien agar dapat memanfaatkan klinik VCT serta berpartisipasi dalam program HIV–AIDS. Selanjutnya adalah untuk mengetahui hal-hal yang diperlukan unsur lain dalam penemuan dini pasien.

3.1.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- A. Gambaran pasien HIV–AIDS dan pasangan terdekatnya serta aspek-aspek yang berkaitan dengan klinik VCT dan program HIV–AIDS yang meliputi:
 - a. Data demografi pasien dan pasangan terdekatnya
 - b. Data sosial ekonomi pasien dan pasangan terdekatnya
 - c. Data perilaku berisiko pasien dan pasangan terdekatnya
 - d. Pengetahuan dan sikap pasien dan pasangan terdekatnya tentang penyakit HIV–AIDS
 - e. Kultur/kebudayaan pasien dan pasangan terdekatnya yang berkaitan dengan penyakit HIV–AIDS
 - f. Kepercayaan pasien dan pasangan terdekatnya yang berkaitan dengan penyakit HIV–AIDS
 - g. Kebutuhan pasien dan pasangan terdekatnya tentang penemuan dini dan klinik VCT
 - h. Kebutuhan pasien dan pasangan terdekatnya dalam program penanggulangan HIV–AIDS
- B. Gambaran pihak-pihak yang terkait tentang aspek-aspek yang berkaitan dengan klinik VCT dan program HIV–AIDS yang meliputi:

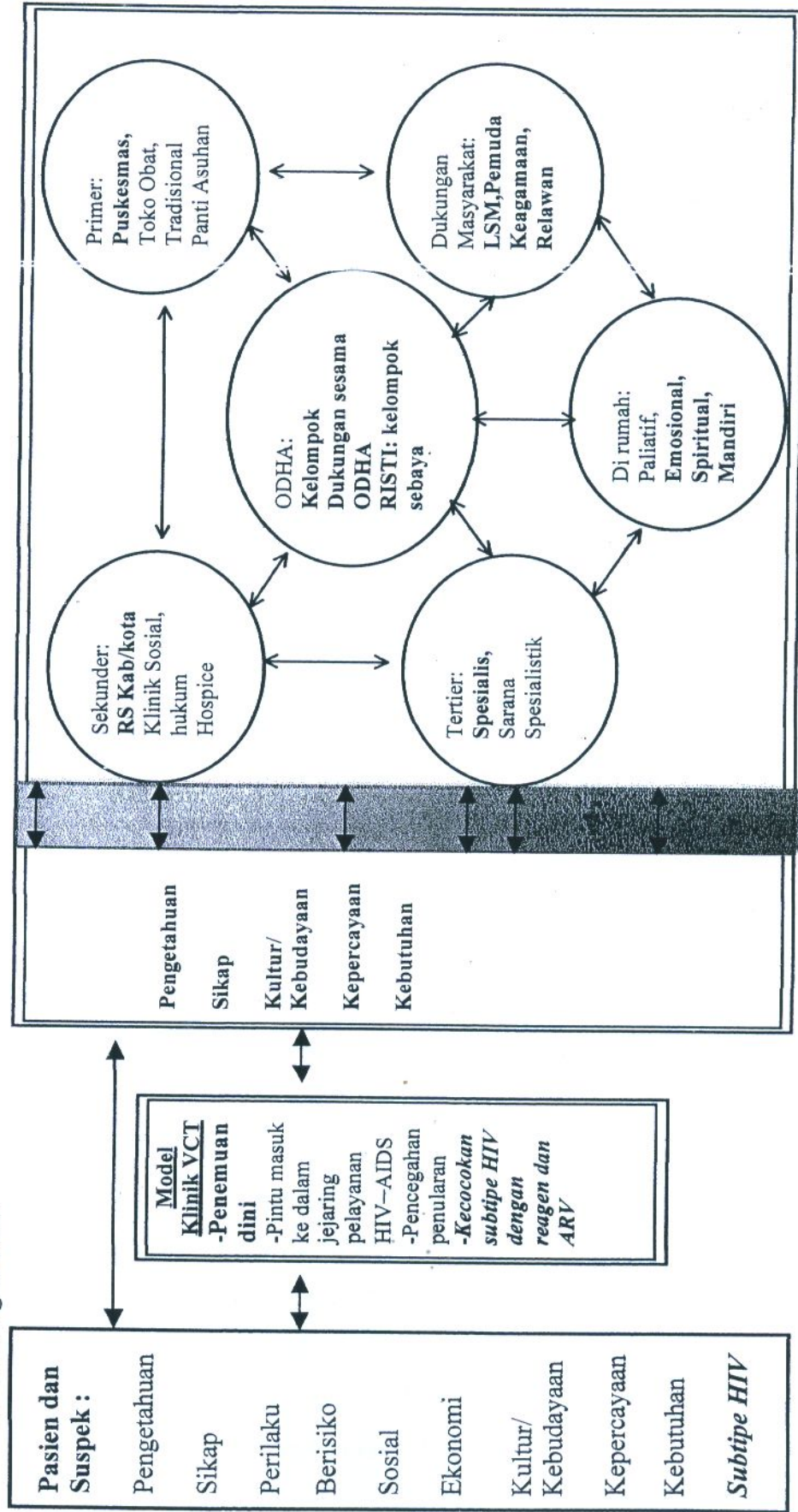
- a) Pengetahuan dan sikap Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Spesialis, dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM, pemuda, keagamaan dan relawan), serta keluarga pasien tentang penyakit HIV–AIDS
- b) Kultur/kebudayaan dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM, pemuda, keagamaan dan relawan), serta keluarga pasien yang berkaitan dengan penyakit HIV–AIDS
- c) Kepercayaan dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM, pemuda, keagamaan dan relawan), serta keluarga pasien yang berkaitan dengan penyakit HIV–AIDS
- d) Fasilitas dan pelayanan klinik VCT
- e) Pengetahuan dan sikap Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Spesialis, dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM, pemuda, keagamaan dan relawan), serta keluarga pasien tentang penemuan dini penyakit HIV–AIDS dan penggunaan klinik VCT
- f) Kebutuhan Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Spesialis, kelompok dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM atau pemuda atau keagamaan dan relawan), serta keluarga agar terlibat dalam penemuan dini pasien
- g) Kebutuhan Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Spesialis, kelompok dukungan sesama ODHA, masyarakat (LSM atau pemuda atau keagamaan dan relawan), serta keluarga dalam program penanggulangan HIV–AIDS

3.2 Manfaat

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk memahami profil umum dan kebutuhan pasien dalam penemuan dini atau penggunaan klinik VCT dan program penanggulangan HIV–AIDS serta keterlibatan pihak-pihak yang penting dalam penemuan dini dan perawatan pasien HIV–AIDS untuk menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan klinik VCT secara maksimal dan program penanggulangan HIV–AIDS di Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur.

IV. METODE

1. Kerangka Pikir



Keterangan: Kata dan garis yang tegas dan tebal adalah variabel dan responden yang akan diteliti dalam penelitian ini.
 Sumber: Diadaptasi dari buku pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA.¹⁴

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Mei-Desember 2010

4.3 Desain

Studi kasus (*case study*)

4.4 Jenis Penelitian

Penelitian kualitatif

4.5 Populasi dan Sampel

Populasi adalah penduduk di Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur

Sampel adalah:

- a. Pasien HIV–AIDS yang masih hidup telah diwawancarai 2 orang.
- b. Pasangan terdekat dari pasien positif HIV–AIDS, telah diwawancarai 1 orang.
- c. Anggota keluarga pasien, telah diwawancarai 3 orang.
- d. Kelompok risiko tinggi, telah diwawancarai 7 orang.
- e. Kepala dan beberapa petugas kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat, telah diwawancarai 3 orang.
- f. Kepala dan beberapa petugas kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah, telah diwawancarai 3 orang.
- g. Dokter spesialis, 1 orang. Telah diwawancarai 1 orang.
- h. Petugas di klinik VCT, telah diwawancarai 5 orang.
- i. Petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten, telah diwawancarai 2 orang.
- j. Pemimpin formal, telah diwawancarai 6 orang.
- k. Pemimpin informal di masyarakat, telah diwawancarai 4 orang.
- l. Pimpinan Gereja dan Pemuda, telah diwawancarai 10 orang.
- m. LSM/Relawan, telah diwawancarai 2 orang.
- n. Dinas Tenaga Kerja, telah diwawancarai 1 orang.
- o. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, telah diwawancarai 1 orang.
- p. KPAD Provinsi NTT, telah diwawancarai 1 orang.

q. Bidan desa, telah diwawancarai 2 orang.

Responden yang diwawancarai dirinci pada tabel berikut ini:

Tabel 1. Kode jenis responden dan pewawancara

No.	Pewawancara	Kode		Pengantar	Responden
PULDATA I					
1	Luxi R. P	Lp			
2	Eko Rahardjo	E			
3	Roselinda	R			
4	Rachmalina P.	In			
5	Siti Isfandari	Is			
6	Lely Indarawati	Li			
7	Dr Dewi	D			
8	Maria Dorkas	Md			
PULADATA II					
9	Lutfah Rif'ati	Lr			
10	Hotma Linda E	Hot			
11	Hastini	Has			
12	Hastini & Lulu	H&L			
Pengumpulan data I (Agustus 2010)					
No	Responden	Jenis Kuesioner Responden	Kode	No. Urut Kode	Keterangan
1	Pasien Yang Hidup	Masyarakat	A.1	A.1.1	Pasien 1
2				A.1.2	Pasien 2
	Pasangan Pasien Yang Hidup	Masyarakat	A.2	A.2.1	Pasangan pasien A11 sudah meninggal
				A.2.2	Pasien A12 belum punya pasangan
3				A.2.3	Pasangan pasien yang sudah meninggal
4	Keluarga Pasien Yang Hidup	Masyarakat	A.3	A.3.1	Ibu pasien A11
5				A.3.2	Kakak pasien A12
6				A.3.3	Bapak dari A23
7	Wanita Risiko Tinggi (Wanita Pekerja Seks tidak langsung)	Masyarakat	A.4	A.4.1	
8				A.4.2	
9				A.4.3	
10				A.4.4	
11				A.4.5	
12	Kepala Puskesmas	Petugas Kesehatan PKM	B.1	B.1.1	
13	Dokter Poli Penyakit Dalam			B.1.2	
14	Dokter Poli			B.1.3	

	IMS/Kespro				
15	Direktur RSUD	Petugas Kesehatan RSUD	B.2	B.2.1	
16	Dokter Poli Penyakit Dalam			B.2.2	
17	Dokter Poli IMS/Kespro			B.2.3	
18	Dokter Spesialis	Klinik Swasta/Praktek	B.3	B.3.1	
19	Tenaga kesehatan	Klinik VCT	B.4	B.4.1	Manajer Kasus
20				B.4.2	Dokter yang telah mendapat pelatihan CST
21				B.4.3	Petugas <i>Harm reduction</i>
22				B.4.4	
23	Tenaga Kesehatan	Dinas Kesehatan	B.5	B.5.1	Program HIV-AIDS
24	Petugas di Kantor Bupati	Pemimpin formal	C.1	C.1.1	
25				C.1.2	
26				C.1.3	
27	Pastor	Pemimpin Agama/Organisasi Pemuda	C2	C.2.1	
28	Penatua/Diaken			C.2.2	
29	Pemimpin Pemuda Gereja			C.2.3	
30	Penatua/Diaken			C.2.4	
31	Organisasi Pemuda			C.2.5	Kipaz
32	Anggota Organisasi Pemuda			C.2.6	Remaja Masjid
33	Tetua Adat	Pemimpin informal	C.3	C.3.1	
34	Tetua Adat			C.3.2	
35	Pemimpin LSM berkaitan HIV-AIDS	LSM/Relawan	C.4	C.4.1	
36	Anggota LSM berkaitan HIV-AIDS			C.4.2	
Pengumpulan data II (10 – 16 Nopember 2010)					
		Petugas Kesehatan			
37	Tenaga Kesehatan	Dinas Kesehatan	B.5	B.5.2	Pemimpin
38	Tenaga kesehatan	Klinik VCT	B.4	B.4.5	Konselor
39	Tenaga			B.4.6	KPA Prov NTT

	Kesehatan				
40	Bidan Desa	Bidan desa	B.6	B.6.1	Bidan Desa Ekoleta
41	Bidan Desa Siaga			B.6.2	Bidan Desa Raporendu
42	Admin Puskesmas		B.7	B.7.1	Admin Puskesmas Ds. Mbuliwaralau (Grup discussion dengan informan dari Desa ini)
		Pemimpin			
43	Kantor Bupati	Pemimpin formal	C.1	C.1.4	
44	Kantor Tenaga Kerja			C.1.5	Kabid Penyediaan & Pendayagunaan Naker, Dinas Tenaga Kerja
45	Anggota DPRD			C.1.7	
46	Kepala Desa			C.1.8	Kepala Desa Mbuliwaralau: (Grup discussion)
47	Petugas Desa Siaga			C.1.9	Petugas Desa Siaga Raporendu
48	Kepala Desa				Kepala Desa Datusoko Barat (banyak TKI ilegal)
	Kepala kantor PPTKIS	Pemimpin formal swasta	C.5	C.5.1	Diamati data dan prosedur pada beberapa PPTKIS
49	Pastor	Pemimpin Agama/Organisasi Pemuda	C2	C.2.7	Pastor
50	Pemuka Islam			C.2.8	Pemuka Islam Desa Mbuliwaralau (Group discussion)
51	KUB desa siaga			C.2.9	KUB desa siaga Ndororea
52	Tetua Adat	Pemimpin informal	C.3	C.3.3	Tetua Adat (Mosalaki)
53	Waria Risiko Tinggi	Masyarakat	A.4	A.4.6	
54	Wanita Risiko Tinggi	Masyarakat	A.4	A.4.7	

Catatan: Wawancara di desa Mbuliwaralau dilakukan dalam *group discussion*, menjadi 1 transkrip.

4.6 Cara Pemilihan dan Estimasi Sampel

Sampel dipilih secara *purposif*

Nama-nama sample diperoleh dari institusi-institusi yang memiliki daftar nama sesuai sample yang diperlukan dan dipilih oleh tim peneliti.

Institusi yang dihubungi:

- a. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende

- b. Puskesmas
- c. Rumah Sakit Umum Daerah
- d. Klinik VCT
- e. Kantor Bupati
- f. Gereja
- g. LSM/Relawan

4.7 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Sampel

Kriteria inklusi:

- a. Pasien: telah melakukan HIV *rapid test* tiga kali dan dinyatakan positif HIV Atau yang sudah memasuki tahap AIDS berdasarkan diagnosa dokter
- b. Pasangan terdekat pasien: orang yang menjadi pasangan seksual pasien saat penelitian dilaksanakan
- c. Orang yang terlibat dengan program pengendalian HIV–AIDS
- d. Orang yang terlibat dengan klinik VCT
- e. Bersedia berpartisipasi dengan menandatangani lembar persetujuan (setelah membaca atau dibacakan *informed consent*)

Kriteria eksklusi:

Tidak ada kriteria eksklusi karena penelitian tahun pertama ini terfokus pada informasi yang dipikirkan atau dirasakan oleh responden sehingga semua data yang bisa diperoleh dari responden akan bermanfaat.

4.8 Variabel

Variabel independen adalah:

- a. Pengetahuan
- b. Sikap
- c. Perilaku berisiko
- d. Sosial
- e. Ekonomi
- f. Kultur/kebudayaan
- g. Kepercayaan
- h. Fasilitas

i. Kebutuhan

Variabel dependen adalah:

- a. Partisipasi dalam penemuan dini
- b. Partisipasi dalam penggunaan klinik VCT
- c. Partisipasi dalam program pengendalian HIV–AIDS

4.9 Cara Pengumpulan Data

Data primer diperoleh dengan wawancara mendalam, semi-terstruktur, dan individual. Selain itu dilakukan observasi untuk mengamati kondisi yang ditanyakan.

4.10 Bahan dan Cara Kerja

Pertanyaan disusun dalam kuesioner yang sesuai dengan data yang ingin diperoleh dan diperuntukan pada masing-masing responden. Kuesioner dibuat dengan mengadaptasi *check list* yang dibuat WHO untuk melakukan assessment dalam penyakit HIV–AIDS,¹⁵ kuesioner yang telah digunakan oleh Peneliti Utama dalam melakukan penelitian kualitatif,¹⁶ dan kuesioner yang digunakan dalam Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2009.

Peneliti Utama tetap melakukan sosialisasi dan diskusi dari jarak jauh karena keterbatasan transportasi dan memintakan daftar nama dari institusi-institusi tersebut di atas, bekerja sama dengan peneliti dari Kabupaten Ende.

Daftar nama didiskusikan dengan tim peneliti untuk menentukan responden yang akan diwawancarai.

Sampel diberitahu akan diwawancarai untuk penelitian ini. Informed consent dibacakan sebelum wawancara dan permohonan persetujuan diajukan untuk ditandatangani oleh responden.

4.11 Analisa Data

- a. Transcribe. Analisa data dimulai dengan melakukan transcribing atau menuliskan semua hasil wawancara ke dalam bentuk dokumen yang dapat dibaca.

- b. Mencari kunci jawaban dari setiap pertanyaan sesuai tema dan menandainya.
Dari 54 transcript, telah dilakukan analisa kunci jawaban dan menandainya pada 30-an transcript, walaupun ada 5 yang belum ditandai.
- c. Akan dilakukan pertemuan tim peneliti dengan nara sumber untuk membahas data yang telah terkumpul untuk membuat kesimpulan sementara dan untuk menentukan responden selanjutnya. Diharapkan data yang akan diperoleh lebih mendalam dan dapat dianalisa untuk membuat rekomendasi yang terarah dan komprehensif kepada persoalan yang teridentifikasi.

BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil dan Pembahasan pada Kelompok Responden Masyarakat

Responden yang dikategorikan sebagai kelompok responden masyarakat adalah pasien, pasangan terdekat pasien, keluarga pasien, dan kelompok risiko tinggi.

Hasil yang diperoleh secara umum dari ke 11 responden adalah sebagai berikut:

- a. Pengetahuan tentang HiV dan AiDS. Kebanyakan menyebutkan sumber penularan sebagai sumber penyakit walau ada juga yang menyebutkan keberadaan virus dalam tubuh pasien.

Salah satu pasien mengatakan ini:

"...Yang menyebabkan HIV AIDS, emm.....dengan hubungan seks. Dengan hubungan seksual suami istri, ibu menyusui anak..." (A.1.1)

"...Kalo menurut A.4.4 (dari populasi risiko tinggi), penyakit AIDS sangat berbahaya. Lagipula penyakit AIDS sampai sekarang ini belum ada untuk bisa disembuhkan, cara-cara yang terutama untuk mencegah itu dalam hal khusus kita memakai kondom. Toh seandainya berhubungan intim dengan siapapun. Nah kalo masalah gejala HIV/AIDS itu, jangka pertama, tingkat lanjut pertama itu tiga tahun, timbul yang pertama duluan itu sariawan yang berkelanjutan, baru bintik-bintik di badan sampai akhirnya turun ke vagina. Dari vagina itu mulai, dari keputihan itu berkelanjutan, sampai dia menyebar ke raja singa, itulah sampai berkelanjutan ke itu, HIV/AIDS nya..."

Pengetahuan tentang cara penularan juga masih belum lengkap dan ada yang masih salah, baik dari responden maupun dari masyarakat yang dikenal responden.

Tentang pencegahan, sebagian besar tahu penggunaan kondom. Misalnya seperti yang dikatakan oleh salah seorang wanita berikut:

"...Ya aku dengar-dengar pengalaman aku, aku pernah ikut dengar pengarahan-pengarahan dari kesehatan itu yang menyebabkan HIV tu berhubungan tanpa, tidak pake kondom..." (A.4.3.13)

Pengobatan menurut mereka ada, tetapi klinik VCT untuk pemeriksaan belum diketahui banyak responden.

"...VCT? Kalo disini belum sih..." (A.4.4.20)

Keluarga pasien sudah mengetahui kalau berobat dengan ARV maka pasien tidak akan menularkan penyakit ini. Beliau mengatakan:

"...Tau lagi. Maksudnya, kalau orang sudah minum ramuan ini (daun sirih dan lain-lain untuk luka-luka pada kulit) dan minum obat dokter tidak akan kena. Tapi seandainya tidak makan obat, pasti kena, tertular. Dari dokter ada juga minum ini. O.. K-Link (klorofil) ..." (A.3.1)

Suplemen kesehatan juga sudah dikonsumsi oleh pasien dan dipercaya dapat membantu ARV. Hal ini baik jika dipercaya oleh masyarakat Ende. Selain itu, responden membuat ramuan dari daun-daunan di sekitar rumahnya dan dioleskan kepada luka-luka pada pasien AIDS dengan menggunakan daun tomat. Pada saat wawancara terlihat kondisi kulit pasien yang sudah membaik. Bahkan pasien sudah dapat bekerja.

Pendekatan non-konvensional atau pendekatan holistik, tradisional, alternatif, atau komplementer perlu disikapi dengan baik karena pengobatan ini berpotensi untuk memiliki tujuan yang sama dengan pengobatan konvensional. Pengobatan tradisional ini dapat dilakukan secara tersendiri maupun bersama-sama dengan pengobatan konvensional, atau difungsikan dengan sesuai kondisi, misalnya sebagai pengobatan komplementer.¹⁹

Tetapi sebagian populasi berisiko tinggi belum mengetahui program pengobatan HIV. Ada yang menyebutkan pemeriksaan IMS sebagai pengobatan HIV seperti yang dikatakan berikut:

"...Pengobatannya, terus diambil darahnya terus kelamin juga pernah di periksa diambil pake kapas cuma taunya itu tok. Diambil darahnya terus penghasilan dari kelamin juga sudah pernah diambil. udah..." (A.4.3.37)

b. Ekonomi. Bagi sebagian besar responden kesehatan adalah hal yang lebih penting dari ekonomi karena diperlukan untuk dapat bekerja. Tetapi, mereka menyatakan tidak sanggup bila harus membayar sendiri biaya tes dan pengobatan HIV dan AIDS. Sebagian juga menyatakan akan mengikuti anjuran bila harus

beristirahat total dalam jangka waktu tertentu karena penyakit ini, tapi ada juga yang keberatan karena harus bekerja untuk membiayai keluarga.

c. Kebudayaan. Sebagian besar responden menyatakan tidak ada kepercayaan masyarakat tentang penyakit HIV dan AIDS, tetapi stigma yang menempel pada pasien masih tinggi. Tetangga, dan bahkan ada anggota keluarga dari pasien yang pada awalnya menolak dan menjauhi pasien. Tetapi akhirnya, keberadaan pasien dapat diterima oleh keluarga dan masyarakat sekitar, dan ada yang juga mendukung pasien untuk berobat dan untuk hidup normal. Tetapi stigma yang ada dan ketakutan akan hasil test disebutkan sebagai penyebab rendahnya deteksi dini, selain karena kesadaran yang belum cukup akan risiko penyakit ini. Dalam kesehariannya masyarakat Ende dinilai tidak mau mengakses layanan kesehatan karena wataknya yang keras. Tetapi dukungan dari keluarga dan penyuluhan akan sesuai dengan kondisi dan kebiasaan masyarakat Ende. Hal ini diungkapkan oleh masyarakat yang bukan berasal dari Ende:

"...Yah, cocok dan sangat mungkin, karena kalo orang-orang disini yang A.4.4 kenal, itu mereka terlalu watak keras untuk memeriksakan diri, terlalu sedikit saja, ada teman diluar, sakit sedikit saja mereka ragu mau kedokter..." (A.4.4.66)

Selain itu masalah ketakutan akan rasa sakit juga dikemukakan:

"...Gak tahu, katanya karena takut jarum suntik..." (A.4.4.67)

d. Hubungan antara petugas kesehatan dan warga. Walau ada yang sering berobat, namun banyak yang tidak mengenali petugas kesehatan yang berkaitan dengan HIV-AIDS di Kabupaten Ende, karena kebanyakan tes dan berobat di Maumere (Kabupaten Sikka). Hal ini disebabkan tidak lengkapnya reagensia dan fasilitas untuk program HIV-AIDS di Kabupaten Ende. Pendidikan yang rendah juga menjadi hambatan komunikasi antara masyarakat dengan petugas kesehatan. Selain itu, ada keluhan berlebihannya cara petugas kesehatan memproteksi diri saat melayani pasien HIV dan AIDS. Tetapi, ada masalah kepercayaan yang pernah menjadi trauma bagi beberapa masyarakat berisiko tinggi dan keluarga pasien. Hal ini sangat mempengaruhi sulitnya petugas kesehatan mendekati terutama kelompok berisiko

tinggi. Hanya ada satu konselor yang mereka percayai dan yang dapat ditemui atau menemui mereka. Salah satu waria mengatakan:

*"...Orangnya terbuka (keterangan: satu-satunya konselor), orang yang bisa menyimpan rahasia orang toh dari kemarin saya meminta teman temanku untuk ini mereka bilang ah kau bohong kami maunya B45 datang sendiri.....begitu artinya mereka alasan sibuk
Karena mereka trauma toh trauma kadang kala itu orangnya beda orang lain beda masalah orang pengalamannya dari kemarin itu ada dari kabupaten ende..." (A.4.6.33)*

Kejadian yang menyebabkan ketidakpercayaan atau kontraversi dalam program HIV-AIDS sudah beberapa kali terjadi. Salah satunya diterangkan berikut ini:

"...Duch emosi... Kan waktu itu sudah sepakat dengan dokter Rizal, waktu itu khan masih ada dokter Rizal, ponakan saya itu pulang ke (keterangan: maksudnya dari) Malaysia memang sudah dalam keadaan kurus, jadi saya minta untuk dibawa ke rumah sakit. Sampai di rumah sakit saya langsung terhubung....hubungi ini dokter Rizal. Sudah ditangani oleh dokter Rizal, masuklah di ruangan isolasi. Sudah test dokter Rizal udah omong ke saya bilangnyanya nanti bagaimana ini begini begini. Sesudah kami dan kakak sepupu sudah sepakat toh tunggu dia balik dulu, baru kasih tahu bagaimana keadaan dia yang sebenarnya, malamnya itu jam segini kami ada pertemuan dengan dokter Rizal. Besok paginya hari jumat itu sudah keluar di Koran..." (A.4.6.35)

Pembocoran rahasia dilakukan oleh petugas di Rumah Sakit dan kejadian ini menyebabkan pasien tersebut tidak mau makan obat lagi.

"...Saya baca dulu waktu itu, habis saya pergi kerumah sakit saya kira dia belum tahu, ternyata dia tahu duluan sudah dia marah dokter Rizal dikira dokter Rizalnya yang bocor ternyata pihak dari rumah sakit ruangan isolasi yang bocorin keluar..." (A.4.6.42)

Sempat di hebohkan seperti itu sempat, tapi dia juga tidak lama hanya keluar dalam satu bulan langsung meninggal. Saya ambil obat dia juga tak mau telan dia bilang saya tak ada guna lagi untuk hidup..." (A.4.6.45)

e. Sistem dan pelaksanaan penemuan dini. Sebagian besar tidak mengetahui dengan jelas sistem dan pelaksanaan penemuan dini di Kabupaten Ende. Kebanyakan mereka meminta penyuluhan lebih sering lagi dan menggunakan metode serta jalur yang lebih tepat untuk pendekatan dan penyampaian materi pendidikan.

"...Kalo buat A.4.4, langkah pertama sebagai petugas kesehatan itu mengadakan penyuluhan, ke berbagai tempat, di sekolah ditempat yang kayak begini lah, ditempat masyarakat luas. Jadi dengan adanya penyuluhan, wawasan mereka jadi lebih besar mengetahui bahwa penyakit HIV itu sangat berbahaya.." (A.4.4.82)

Selain itu diperlukan perluasan cakupan penemuan dini dengan memperbanyak fasilitas pemeriksaan (klinik VCT), termasuk untuk IMS. Hal ini diungkapkan oleh salah satu wanita dari populasi risiko tinggi yang mendapat penyuluhan tentang HIV-AIDS dan programnya di kota asalnya.

"...Kalo menurut A.4.4, memperbesarluaskan fasilitas untuk, ini pemeriksaan..." (A.4.4.75)

Dan disambung berikut ini ketika ditanya pemeriksaan apa

"...Pemeriksaan tes darah dan tes bagian alat kelamin..." (A.4.4.76)

Disebutkan perlunya petugas untuk turun langsung memotivasi agar populasi risiko tinggi menyadari pentingnya memeriksakan diri:

"...Sebaiknya begini macam turun gitu turun langsung memberi motivasi kepada mereka begini-begini supaya mereka juga memahami langsung mereka akan sadar..." (A.4.6.141)

"...Bahwa penyakit ini mematikan banyak orang.." (A.4.6.142)

"...Macam begini toh mereka ada yang datang ke saya nanti bisa kita berkumpul di suatu tempat toh...hey sekarang lagi dimana...hey sekarang lagi di salon sini nanti kalo sudah berkumpul banyak tinga: hey kamu dateng kita sudah berkumpul, jadi merkapun ngomong langsung, bersosial langsung kepada mereka, jadi lebih gampang. Kalo kita rencanakan malah alasan seperti tadi..." (A.4.6.144)

f. Alasan pasien memeriksakan diri ke klinik VCT. Kebanyakan pasien sudah datang dalam kondisi AIDS, sehingga mau tidak mau mereka diperiksa atau melakukan tes HIV, tetapi didahului dengan konseling. Sedang dari populasi risiko tinggi, sebagian akan melakukan tes HIV bila merasa bergejala, tetapi hal ini merupakan kesalahan karena HIV pada umumnya tidak bergejala. Diperlukan kesadaran untuk melakukan tes karena berperilaku berisiko seperti yang dilakukan oleh salah satu dari mereka yang sudah melakukan tes dan berkata:

"...Sebabnya begini karena pengalaman dari keponakan saya, karna penyakit ini toh mematikan banyak orang. Dari 1 orang cuma 10 orang, contohnya seperti itu, dari satu hitung sepuluh. Lebih baik, kebetulan anda buka gratis lagi, lebih cepat lebih bagus, sampai kalo saya di vonisnya seperti itu harus terima kenyataan..." (A.4.6.148)

Padahal kebanyakan dari populasi risiko tinggi yang diwawancarai masih belum menggunakan kondom secara konsisten baik dengan klien maupun dengan pasangan tetap atau pacar. Mereka masih menganggap klien yang kelihatan bersih tidak memerlukan kondom karena aman bagi mereka.

"...Tapi kalo misalkan berhubungan sama orang liat dulu orangnya bersih atau tidak ya tu..." (A.4.5.77)

Dengan pasangan tetap atau pacar salah satu dari mereka merasa ingin membahagiakan pasangannya dengan tidak memakai kondom.

"...Tidak pakai (kondom)..." (A.4.6.127)

"...Biarlah demi kebahagiaan dia..." (A.4.6.132)

Hal ini sama dengan hasil penelitian oleh Basuki²⁰ dan teman-teman bahwa beberapa alasan tidak dipakainya kondom secara konsisten oleh populasi risiko tinggi dan kliennya adalah karena kelihatan bersih dan arena ketidaknyamanan. Oleh sebab itu program promosi kondom harus ditingkatkan dan pengetahuan tentang pentingnya kondom dan bahwa HIV tidak bergejala perlu ditekankan, baik kepada populasi risiko tinggi maupun pada kliennya. Hal ini juga ditemukan dalam analisis faktor yang mempengaruhi penggunaan kondom pada Wanita Pekerja Seks.²¹

5.2 Hasil dan Pembahasan pada Kelompok Responden Petugas Kesehatan

Responden yang dikategorikan sebagai kelompok responden petugas kesehatan meliputi petugas kesehatan di Puskesmas, di RSUD, dokter spesialis, petugas kesehatan di klinik VCT, dan petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten.

a. Pengetahuan tentang HIV dan AIDS. Kebanyakan dapat menyebutkan pengetahuan tentang HIV dan AIDS dengan cukup baik, tetapi ada juga yang masih terlihat ragu ketika menyampaikannya. Pengobatan menurut mereka ada, tetapi klinik VCT untuk pemeriksaan belum cukup menurut banyak responden, termasuk dana, pelatihan, dan fasilitas yang diperlukan.

"HIV itu khan virus untuk mematikan imun melalui suntikan, hubungan seksual..." (B.4.6)

"...Masih kurang: Ruang khusus belum ada (jika ada pasien pinjam ruang kepala UPTD Puskesmas), Lokasi untuk pembangunan tidak ada (lahan Puskesmas sempit), bahan laboratorium untuk HIV-AIDS kosong, tenaga yang menangani VCT ada 2 orang saja..." (B.1.1.22)

b. Ekonomi. Sama seperti kelompok masyarakat, bagi sebagian besar responden kesehatan adalah hal yang lebih penting dari ekonomi karena diperlukan untuk dapat bekerja. Semua petugas kesehatan menyatakan harus bisa menyesuaikan biaya hidup dengan gaji yang diperoleh walaupun menurut mereka masih kurang.

"...Wah...kalau honor atau insentif sepertinya masih sangat kurang ya. Begini D (peneliti)...kalau saya lihat di sini insentif yang diberikan belum mempertimbangkan resiko pekerjaan. Insentif untuk semua petugas masih sama atau hanya berbeda sedikit. Dari petugas laboratorium, dengan yang di perawatan atau di bagian administrasi tidak terlalu berbeda, padahal resiko pekerjaan di laboratorium lebih besar. Jadi saya kira, kalau tentang insentif atau honor harusnya berbeda disesuaikan dengan resiko pekerjaan. Termasuk dalam program HIV ini..." (B.2.1.12)

Tetapi kondisi ini tidak mempengaruhi komitmen mereka untuk melayani masyarakat, terutama yang berkaitan dengan program HIV-AIDS.

"...Ee....Saya kira...tidak ada ya (pengaruh honor minim dengan penemuan dini). Saya kira mereka tetap bekerja sesuai dengan tugasnya meskipun honor atau insentifnya nya kecil..." (B.2.1.13)

c. Kebudayaan. Sebagian besar responden menyatakan tidak ada kepercayaan masyarakat tentang penyakit HIV dan AIDS, tetapi mengetahui stigma yang menempel pada pasien masih tinggi. Masyarakat biasanya menolak dan menjauhi pasien sehingga petugas kesehatan ada yang menyebutkan istilah lain untuk kondisi pasien. Juga, stigma yang ada dan ketakutan akan hasil test disebutkan sebagai

penyebab rendahnya deteksi dini, selain karena kesadaran yang belum cukup akan risiko penyakit ini.

Petugas kesehatan ada juga yang mengenali masalah gender di Ende.

“...Adat disini kayaknya tidak mungkin deh kenapa karena begitu si wanita menikah dengan si laki laki Itupun dibayar maha dibayar beis tu secara adat tadi yg bayar mahar yg disini kan kaya beli gitu kaya jual anak kalo kayak jual aman tu ya gak mau tau apalagi yg bayarnya yg bayar putus begitu masuk ke keluarga laki laki diperlakukan kayak budak gitu beda kalo misalnya seperti sayalah yg besar dikota istrinya pun orang luar gitu ya sisitem orang Indonesia beneran gitu suami istri orang sini kemudian system pernikahaannya kemudian pakai system adat karena kawin disini adalah kawin keluarga bukan kawin antara suami istri bukan, kawin keluarga gitu ya keputusan, keputusan keluarga kasihan sekali benar sehingga kalau misalnya ada disinikan lsm yg mengurus tentang gender ada gak maju maju gitu gitu aja orangnya yg berjuang sisitu ya itu itu aja gitu karena masalah ini gak ada yg ngurus gender aja kalo saudara laki lakinya ngomong dia aja takut pernah dia berantem berani menantang saudaranya karena apa karena disini mayoritas katolik kan karena pada saat seseorang besok misalnya pada saat meninggal siapun meninggal dia pertama ketuk palu peti pertama itukan nyampai jam kepala tuan rumahnya pertama misalnya seperti saya saudara saya meninggal yg ketuk palu pertama ya saya gitu saudara laki lakinya yg besar kalo dia gak ketuk palu diakan gak bisa dikubur...” (B.5.2.68)

Hal ini dapat menjadi indikasi bagaimana pendekatan kepada keluarga pasien harus melalui kepala keluarga. Bapak harus diberi pengertian untuk melindungi keluarganya dan membawa anggota keluarganya untuk berobat. Dan pemimpin kesehatan atau yang senior biasanya lebih didengar oleh masyarakat.

d. Hubungan antara petugas kesehatan dan warga. Menurut petugas kesehatan yang pernah mendapat pelatihan singkat tetapi tidak lagi aktif dalam program HIV-AIDS, hubungan petugas kesehatan di program ini dengan masyarakat yang dilayaninya baik tetapi tidak akrab.

“...Baik tapi tidak terlalu akrab, masyarakat masih belum tahu banyak tentang VCT...” (B.2.3.17)

Beberapa petugas kesehatan mengenali masyarakat yang dilayaninya, termasuk petugas kesehatan yang berkaitan dengan pasien HIV-AIDS di Kabupaten Ende, karena tetap berusaha mendukung pengobatan pasien dan menemukan pasien-

pasien baru. Bahasa yang berbeda juga menjadi hambatan komunikasi antara masyarakat dengan petugas kesehatan karena sebagian besar petugas kesehatan yang ada berasal dari luar Kabupaten Ende.

e. Sistem dan pelaksanaan penemuan dini. Sebagian besar mengetahui dengan jelas sistem dan pelaksanaan penemuan dini di Kabupaten Ende. Tetapi, penemuan dini belum berhasil. Seperti yang dikatakan oleh dokter berikut ini:

"...Misalnya pasien datang. Yang mengungkapkan saya habis ini mungkin saya terkena ini...itu hampir tidak pernah. Dan...eee.. Setelah kami curiga, teman-teman curiga, trus kita lakukan konseling, dia mau melakukan test, biasanya kadang-kadang mereka menyerahkan kepada kami untuk memberitahukan kepada keluarganya. Atau juga ada juga yang berani mengungkapkan sendiri. Tapi banyak juga yang tidak berani.kadang minta tolong kepada petugas kesehatan untuk menyampaikan kepada keluarga..." (B.3.1.35)

Walapun belum ada layanan yang lengkap di Ende, pasien diupayakan dirujuk ke Rumah Sakit di Maumere, Kabupaten Sikka yang memerlukan biaya transportasi Rp. 150.000,00 untuk pergi dan kembali ke Ende.

Jadi ya...kita ya daripada tidak ada ya tetap kami pakai PMI. PMI itu kan punya 2 reagen atau satu reagen saja saya kurang tahu, tapi yang jelas itu kan kalau skrining kan sensitivitasnya besar. Jadi walaupun begitu tetap kita pakai, tetapi kalau misalnya confirm walaupun kita tidak bisa mengatakan dia HIV positif ya karena kita standarnya kan tidak terlewati, tetap nanti akan kita rujuk ke maumere untuk confirm dan kalau bisa ya mendapatkan terapi. Jadi kita tetap selalu berusaha kita terapi infeksi oportunistiknya baik, lalu rujuk ke Maumere..." (B.3.1.18)

Keberadaan klinik VCT di Puskesmas Rawarangga tidak menjadi rujukan untuk dokter di Rumah Sakit Umum Daerah.

"..Ya itu...masalahnya, kayak kita tidak punya koneksi ya (dengan klinik VCT di Puskesmas Rawarangga). Tidak ada konektivitasnya. Jadi selama ini kalau kesulitan mungkin kalau pendekatan psikologisnya lebih sulit misalnya, perawat-perawat itu memanggil pak B45. Misalnya dia dipanggil, mungkin pendekatannya sudah lebih baik ya. Jadi biasanya dr B.4.2 atau ibu Fin Jenong biasanya panggil dia. Jadi kalau pasien sudah kooperatif ya bisa kita minimal tapi biasanya mereka mau untuk test. Yang tidak mau itu ya jarang..." (B.3.1.20)

Kebanyakan mereka meminta pelatihan lebih sering lagi dan manajemen yang lebih tepat untuk penatalaksanaan pelayanan, serta dukungan dari berbagai pihak di Kabupaten Ende maupun dari Pusat dan Provinsi. Terjadi ketidakpastian bagaimana melayani pasien dan akhirnya pasien dirujuk ke Maumere.

"...Ya karena memang kita tidak bisa bilang... karena standar diagnostiknya kan tidak terpenuhi. Jadi yang kemarin dr B.4.2 latihan dia juga bilang dok yang dari sini yang ini positif positif yang ini ternyata negatif. Jadi kan masih mungkin kita salah. Kami anggap bahwa yang disini dengan yang di sama masih jauh. Jauh lebih baik yang disana. Jadi disini kami tidak pernah..walaupun kami mengelolanya sudah secara itu . tapi untuk mengatakan itu kami belum. Ya...karena..karena tidak ada ini, kecuali kemarin yang dokter B.4.2 pelatihan, dia bilang kan kalau dulu saya sekolah itu kan diajari harus ada CD 4. CD 4 itu harus dibawah 200 supaya bisa diterapi. Tetapi kemarin dia bilang, dok ini panduannya depkes begini. Pokoknya kalau hitung limphositnya kurang dari 1500 ya kita obati saja apalagi kalau ada infeksi oportunistiknya. Ternyata setelah kita mau coba ternyata kita tidak punya obatnya. Akhirnya pasiennya juga ragu-ragu. Ya akhirnya daripada kita berlarut-larut, ya sudah kamu ke maumere saja..." (B.3.1.23)

Pelacakan kasus dapat dimulai dengan kasus Infeksi Menular Seksual (IMS).

"...Dibutuhkan: Pelacakan kasus terutama IMS, obat-obatan, Reagensia, pelatihan petugas terutama petugas konseling..." (B.1.3.23)

Ada juga yang menyarankan dibuatnya Peraturan Daerah, tetapi untuk menangani populasi berisiko tinggi.

"...Saran: Aktifkan KPAD dengan melibatkan petugas kesehatan terutama petugas di klinik VCT; Ada aturan Hukum/Perda tentang para wanita yang berada di tempat-tempat karaoke, hotel, termasuk pemiliknya. Jika melanggar diproses sesuai hukum yang berlaku sehingga ada efek jera. "Jangan Ada Lokalisasi..." (B.1.1.24)

Menurut pengamatan dan analisa data terakhir di lapangan, diperlukan penertiban administrasi atau Surat Keputusan yang mengatur program HIV-AIDS di Kabupaten Ende terlebih dahulu. Hal ini dirasa penting karena merupakan syarat untuk pelaksanaan program dan berguna untuk melindungi semua yang terlibat dalam program ini dan untuk melindungi kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan dalam

mencegah dan mengontrol penularan. Selain itu, ditemukan kebutuhan yang mendesak untuk adanya koordinasi dan Peraturan Daerah yang mengatur tentang pelaksanaan tes HIV pada Tenaga Kerja Indonesia yang akan dikirim ke luar negeri dan mencegah pengiriman Tenaga Kerja Indonesia yang berangkat secara ilegal.

"...Dibutuhkan: Pelatihan tentang HIV-AIDS dan IMS lainnya, perlengkapan klinik VCT baik tenaga, sarana, dana, sosialisasi lewat media massa, kampanye "Say No To Drugs" Penyaringan/skrining tenaga kerja yang baru tiba dari luar daerah terutama TKI kerja sama dengan Nakertrans, LSM, KPAD dan lainnya..." (B.2.3.25)

Selain itu kebutuhan yang dirasakan oleh petugas kesehatan untuk pasien adalah tempat menginap saat mereka perlu melakukan test di klinik VCT yang di Kabupaten.

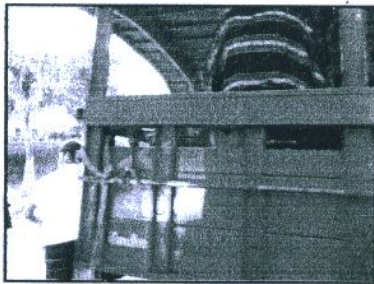
"...Terus terang ibu saya jg mengapa...saya jg kan...tidak...maksud saya kan kalau setiap kasus banyak 2-3 kasus...itupun di Rewarangga ... saya juag baru tahu sudah 2-3 orang...saya tahu ... oo konselornya...apanya itu...apa...di Rewarangga...Cuma untuk tindak lanjut itu msh kurang ya...ibu ya..soalnya menurut saya ... tenaga kerja diperbanyak...banyak memberikan brosur...seperti rabies itu...terus...e...lebih banyak seminar-seminar kepada tenaga kesehatan...selain itu harus dibangun ini .. itu ... klinik ... e...bukan klinik...tempat penginapan di Ende...jadi khususnya untuk orang yang memeriksa ibu...sekarang kan gini...orang kan orang dari desa...itu orang datang pasti mengantarnya tidak mungkin 1 org ibu...setidak-tidaknya 5-6 orang ya...sekarang permasalahannya sampai di Ende mau dimanakah menginapnya...itu masalahnya ... pemeriksaannya itu tidak 1 hari masalahnya...kalau menginap di keluarga...kalau keluarga mau terima ibu ... kalau keluarga miskin?...tidak mau terima gimana coba? ... pemeriksaannya tidak berjalan juga...jadi harus dipikirkan tempat menginap selama pemeriksaan..." (B.1.2.77)

Penyediaan rumah singgah inilah yang sudah dilakukan oleh Bishop Desmond Tutu untuk membantu program HIV-AIDS di Afrika Selatan. Kebutuhan akan tempat ini perlu dipertimbangkan mengingat geografis Kabupaten Ende yang jarak antar desa dan ke ibukota Kabupaten cukup jauh dan daerah yang bergunung-gunung sehingga tidak mudah dicapai, terutama bagi masyarakat yang sedang sakit.



Gambar 2. Ibukota Kabupaten Ende dilihat dari atas.

Kabupaten ini ditutupi oleh banyak dataran tinggi. Untuk menuju desa-desa harus melalui jalan diantara gunung, bukit, dan jurang. Kendaraan umum sudah ada, tetapi kebanyakan masih dalam bentuk terbuka. Tentu saja hal ini kurang nyaman untuk pasien yang perlu berobat ke ibukota Kabupaten. Bisa dilihat kondisi yang ada melalui gambar-gambar berikut ini.



Gambar 3. Kendaraan umum dari dan ke desa-desa



Gambar 4. Gunung dan jurang di sisi jalan ke dan dari desa-desa

5.3 Hasil dan Pembahasan pada Kelompok Responden Pemimpin Masyarakat

Responden yang dikategorikan sebagai kelompok responden pemimpin masyarakat adalah pemimpin masyarakat formal di kantor pemerintahan, pemimpin masyarakat informal yang dikenal sebagai tetua adat di daerah yang cukup padat penduduk dan banyak yang menjadi Tenaga Kerja Indonesia, pemimpin di keagamaan (baik dari Katholik, Protestan, dan Islam), serta dari LSM.

a. Pengetahuan tentang HIV dan AIDS. Kebanyakan masih belum memahami secara menyeluruh tentang HIV dan AIDS, serta masih banyak yang menyebutkan sumber penularan sebagai sumber penyakit. Salah satu pemimpin telah mengetahui bahwa orang yang terinfeksi HIV tidak bergejala.

"...Keliatan tak ada gejala. Setelah kena AIDS ada kejalan penurunan kekebalan tubuh..." (C.1.23)

Salah satu pemimpin agama mengetahui perlunya terapi yang komprehensif.

"...Yang saya tahu tempatnya itu....saya tidak tau persis kata latinnya itu...bahwa ada 1 virus yang membuat daya tahan tubuh itu tidak bertahan ya...& e...& kalau daya tahan tubuh tidak bertahan maka penyakit yang masukpun akan gampang menular & sulit sekali sembuh....karena daya tahan tubuh sudah tidak...e...apakah pilek...apakah paru...apakah ini penyakit yang biasa di Amerika?...atau apa namanya itu tidak bisa bertahan....e...meskipun dengan obat-obatan macam-macam...tapi sulit sekali sembuh karena daya tahan tubuh tidak...e...e...karena dalam tubuh kita sebenarnya ada...e...oto penyembuhan...auto penyembuhan ... dimana ada ... ada kemampuan menyembuhkan diri sendiri...tapi karena daya itu tidak ada lagi maka ... e e. ... sulit sembuh...itu kira-kira...pengetahuansaya tentang itu...dan sampai sekarang obatnya belum ada...ada orang sudah katakan bahwa ini...mengkudu lah...apa pace lah...buah yg di Irian itu...buah merah...segala macam itu...e...boleh dikonsumsi untuk itu...tapi apakah dari segi medis dapat dipertanggungjawabkan?...saya tidak ketahui...tapi barangkali orang percaya...lalu bisa sembuh juga karena percaya...karena menurut psikiater...menurut ilmu psikiater...itu ada 3 macam terapi....1 terapi medikasi...itu orang-orang sembuh karena obat-obatan toh...lalu ke-2 terapi orasi...orang sembuh karena iman...karena doa...lalu ke-3...terapi relasi...orang sembuh karena cinta dan perhatian....e...menyangkut HIV AIDS bisa ke 3 terapi ini diterapkan...tapi kalau medikasi tidak berhasil karena itu...ini apa namanya...e daya tahan tubuh sudah tidak ada lagi...maka satu-satunya terapi yaitu kita tunggu mujijat dari Tuhan...dengan terapi orasi..." (C.2.1.1)

Responden dari LSM dan organisasi pemuda cukup baik dalam tingkat pengetahuan.

b. Ekonomi. Bagi sebagian besar responden kesehatan adalah hal yang lebih penting dari ekonomi karena diperlukan untuk dapat bekerja. Tetapi, sebagian responden menyatakan tidak sanggup bila harus membayar sendiri biaya tes dan pengobatan HIV dan AIDS, sedangkan sebagian menyatakan akan mengusahakan

karena penting. Sebagian juga menyatakan akan mengikuti anjuran bila harus beristirahat total dalam jangka waktu tertentu karena penyakit ini, tapi ada juga yang berusaha tetap melayani keluarga di rumah semampunya karena merasa mampu.

Anggaran Pemerintah Daerah untuk program HIV-AIDS juga masih sangat kecil. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya pengetahuan tentang besaran masalah dan kurangnya advokasi dari pihak yang terkait dengan program ini.

"...Tahun kemarin dan tahun ini. Dananya kecil, hanya dapat buat 3 baliho. Di dinas kebudayaan tidak terkait dengan HIV-AIDS karena di sarana yang urus bangunan fisik. Baru terpapar waktu di Dinsos program HIV-AIDS dengan narkoba. Orang narkoba lewat jarum suntik bisa kena AIDS..." (C.1.2.7)

Untuk mengatasi masalah yang sudah ada, ada upaya untuk dilakukan pada tahun 2011.

"...Hanya sebatas itu saja. Kemarin kami mengajukan untuk alat untuk di VCT, menurut dokter kepala bapeda dipertimbangkan untuk 2011. Tahun ini Kami coba lewat program VCT. Materi AIDS didapat dalam rapat koordinasi, baca-baca buku sepintas. Pengetahuan kurang mendalam, tapi tetap berupaya, apa lagi sekarang kerjasama dengan orang KPA. Baru 1 kali ikut rapat koordinasi tingkat provinsi. Belum pernah ada rapat koordinasi tingkat kabupaten Ende. Tahun ini kalo bisa akan ada rapat koordinasi dengan KPA dengan instansi terkait di Ende..." (C.1.2.9)

c. Kebudayaan. Sebagian besar responden menyatakan tidak ada kepercayaan masyarakat tentang penyakit HIV dan AIDS, tetapi juga mengetahui stigma yang menempel pada pasien masih tinggi. Ada juga pemimpin yang mengatakan adanya sebutan untuk orang yang bergejala AIDS dan adanya kepercayaan tentang HIV-AIDS.

"...NOKO NGO NGERE" (kurus kering tanpa tanda yang jelas)..." (C.1.3.12)

Hukuman karena melanggar aturan adat dan norma yang ada tentang mentaati pesan adat "Wa'u Sa'o Walo Sa'o/Nai Sa'o (artinya keluar sehat pulang rumahpun sehat). Sangat percaya dan alami sendiri (mengikuti pesan adat)..." (C.1.3.13)

Watak dari masyarakat di Ende membuat tidak mudahnya pendekatan kepada masyarakat seperti yang diungkapkan juga oleh salah satu wanita beriko tinggi. Demikian yang dikatakan oleh seorang pemimpin agama:

"...Ya, secara pribadi bahwa kita lihat kultur kita, masyarakat kebiasaan kita seperti itu kan selalu bahwa, teguran orang itu kan selalu dianggap orang negatif, pribadi orang, masing-masing orang.

Kayak ibu misanya menegur saya, merasa diri saya bahwa saya tidak salah walaupun perbuatan saya itu benar atau salah. Merasa sangat-sangat di.. di.. kayak macam apa direndahkan seperti itu, bahwa maksudnya apa sebenarnya, walaupun ada tujuan baik dari ibu misalnya. Yak macam seperti itulah kehidupan masyarakat seperti itu. Sehingga kita untuk menyadarkan orang itu juga kita harus berhati-hati, kita masuk darimana seperti itu. Jadi sangat berhati, tapi kalau memang yang bersangkutan juga memahami bahwa itu salah, orang yang menyadarkan dia, pasti menerima dengan baik juga..." (C.2.2.36)

Oleh karena itu beliau menyarankan cara ini untuk mendekati pasien atau suspek:

"...Yak, mungkin lewat pendekatan orangtua dulu misalnya, misalnya anak itu, korban itu anaknya misalnya, kita lewat orangtua, dan orangtua juga kita masuk jangan masyarakat langsung, paling kurang tokoh, tokoh agama setempat, tokoh masyarakat setempat, kita bersama-sama misalnya 2-3 orang, kita masuk pendekatan orangtua. Nah, kita mungkin secara pelan menyadarkan orangtua, 'papa atau mama kelihatannya bahwa itu anak ada tanda-tanda seperti ini bahwa kita memang sudah menyadarkan bersama mengajak dia ke jalan yang benar, bisa tidak, kalau orang tua mau, otomatis anak pasti juga mau..." (C.2.2.37)

Hal-hal di atas mungkin dipicu oleh karena pada umumnya tetangga, dan bahkan anggota keluarga dari pasien yang pada awalnya menolak dan menjauhi pasien walau ada juga yang pada akhirnya dapat diterima keberadaan pasien, dan ada yang juga mendukung pasien untuk berobat dan untuk hidup normal. Tetapi stigma yang ada dan ketakutan akan hasil tes disebutkan sebagai penyebab rendahnya deteksi dini, selain karena kesadaran yang belum cukup akan risiko penyakit ini. Ada juga yang menyebutkan, lamanya periode inkubasi virus ini menyebabkan pasien lupa akan penyakit yang mungkin menjadi risikonya.

Hal yang jelas terlihat secara langsung maupun tidak langsung berkaitan dengan HIV-AIDS adalah kebudayaan kawin di Ende. Pada beberapa suku, pernikahan harus

didahului oleh upacara adat dengan melengkapi beberapa hal yang harus dipenuhi pihak pria seperti hewan-hewan untuk setiap anggota keluarga wanita yang tinggal di rumah si wanita. Mereka juga diperbolehkan berhubungan suami istri setelah melakukan upacara adat. Dan boleh menikah di gereja kemudian. Pihak gereja juga menanyakan apakah pasangan sudah memenuhi persyaratan upacara adat sebelum menikah di gereja. Menurut beberapa pemimpin hal ini tidak akan menimbulkan risiko karena tidak ada pria yang akan melanggar hak dan kewajiban pernikahan.

"...Kawin adat juga cukup mengikat. Karena sudah diumumkan kepada seluruh masyarakat adatnya bahwa si A nikah dengan si B. Jika melanggar hukumnya juga besar. Orang disini mengakui hukum sosial/adat lebih berat karena selain harus membayar kewajiban juga terkucilkan..." (C.1.4.14)

Tetapi, pada kenyataannya terdapat banyak pelanggan Wanita Pekerja Seks. Oleh karena itu diperlukan kajian dan pendekatan apakah metode pernikahan yang ada berisiko atau tidak terhadap HIV-AIDS.

"...Kan asli sini kan ada kadang kontraktor-kontraktor di Ende kan banyak ya. Namanya laki-laki hidung belang kalau sudah ini, namanya perempuan kalau sudah liat laki-laki kayak gitu ya mau-mau saja, namanya duit. Kadang N saya tanya: `Apa sih kok bisa kau ada lelaki satu yang sudah mau bener-bener sama kamu, kamu liat sana yang banyak duitnya kamu lari lagi ke sana. Satu ya satu, jangan dua-tiga. Saya pusing liat kamu . Jawabnya enak-enak saja : `Kalau dapat duit cuma sesaat mendingan mencari yang lebih banyak duitnya lebih bagus..." (A.4.7.89)

Selain itu setelah menikah, wanita tidak memiliki suara atas keputusan dalam keluarga. Kebanyakan wanita berperan sangat banyak dalam kegiatan rumah tangga sehari-hari, dan para lelaki saja yang melakukan pertemuan untuk memutuskan segala hal bagi kepentingan keluarga dan masyarakat. Pada jaman dahulu bahkan ada bangunan khusus untuk melakukan pertemuan. Bekas bangunan itu ada terlihat dalam gambar berikut ini.



Gambar 5. Bekas pondasi tempat pertemuan para lelaki



Gambar 6. Rumah adat

Hal ini juga mempengaruhi bagaimana wanita dan anak-anak dapat mengakses layanan kesehatan, termasuk program HIV-AIDS. Ditemukan wanita dan anak yang bergejala AIDS dan belum berobat ke tempat pelayanan kesehatan karena tidak diijinkan oleh keluarganya walau sudah dilakukan pendekatan oleh tenaga kesehatan.

d. Hubungan antara petugas kesehatan dan warga. Walau ada yang berkecimpung dalam pelayanan HIV dan AIDS, namun ada yang tidak mengenali petugas kesehatan yang berkaitan dengan HIV-AIDS di Kabupaten Ende, karena pergantian petugas kesehatan yang cukup sering sehingga tidak mengetahui yang terkini. Kesibukan

dengan pekerjaan masing-masing dan kurangnya koordinasi lintas sektor menjadi hambatan komunikasi antara pemimpin masyarakat dengan petugas kesehatan.

Kurangnya komunikasi antara petugas kesehatan dengan pemimpin di masyarakat diungkapkan sebagai berikut:

"...Mungkin selama ini, bahwa di lingkungan komunitas kami, bahwa tentang penyuluhan, penyuluhan tentang penyakit yang sangat berbahaya ini agak minim ibu, amat minim. Hanya dalam pemikiran kami bahwa sudah ada penyampaian dari pihak gereja penyakit ini sangat berbahaya, sehingga kami punya keinginan.

Hanya kami sayangkan bahwa pemerintah tidak terjun langsung ke masyarakat, terutama lewat kelurahan ataukah mungkin lewat ada penyuluhan langsung dari pemerintah ke gereja,

sehingga kami sebagai ujung tombak umat komunitas bahasis bisa tahu, sehingga dalam pertemuan-pertemuan doa kami bisa sampaikan seperti itu sebenarnya. Kami menginginkan seperti itu, kami juga punya kemauan seperti itu untuk bisa menghindari masyarakat atau umat kami sekitar dari penyakit berbahaya seperti itu.

Kami juga mengharapkan juga proaktif dari pemerintah sebenarnya. Karena sangat minim kami umat, atau masyarakat setempat minim punya pengetahuan tentang penyakit itu..." (C.2.2.7)

e. Sistem dan pelaksanaan penemuan dini. Sebagian besar tidak mengetahui dengan jelas sistem dan pelaksanaan penemuan dini di Kabupaten Ende. Kebanyakan mereka meminta penyuluhan lebih sering lagi dan menggunakan metode serta jalur yang lebih tepat untuk pendekatan dan penyampaian materi pendidikan. Ada yang meminta ketegasan pemerintah daerah untuk lebih lagi memperhatikan masalah HIV dan AIDS ini. Beberapa saran yang cukup tajam telah diungkapkan seperti: perlunya peraturan daerah yang meminta dilakukannya tes HIV bagi TKI sesudah kembali bekerja dan penyuluhan khusus untuk mengajarkan pencegahan. Selain itu perluasan klinik VCT kesemua wilayah di Kabupaten Ende karena letak desa-desa yang berjauhan dan ini menyulitkan warga desa untuk memeriksakan diri. Bermitra dengan gereja dan tokoh masyarakat, serta bidan desa juga dikemukakan untuk membantu pendekatan kepada masyarakat, terutama Tenaga Kerja Indonesia baik legal dan illegal dan keluarganya, serta khususnya

kepada pasien HIV dan AIDS. Gereja dapat dijadikan mitra, misalnya untuk data berikut ini:

"...Tidak, begitu ibu. Saya sangka kami di gereja ada DPP dewan, seksi imigran seksi transmigran ada kami di DPP dewan, itu tu ada. Tapi kalau saya anjurkan bahwa sosialisasi lewat umat, itu akan sangat-sangat mengena, apalagi kebanyakan seksi tersebut buat pendataan yang keluar masuk dia jadi TKI, luar negeri dan kembali, itu pasti kami tahu secara spesifik orang itu akan diundang, apalagi setelah saya tahu ini lebih banyak, macam ibu sampaikan tadi sumber lebih tadi lebih banyak dari orang TKI tadi, TKW tadi, Tenaga Kerja Indonesia ke luar negeri itu tadi yang membawa penyakit. Nah itu mungkin, sehingga itu mungkin, gereja memiliki peranan yang lebih besar lagi lewat seksi-seksi itu, seksi perantauan dengan tadi sehingga buat pendataan orang-orang itu diundang secara khusus, bisa dikasih penjelasan, dikasih himbauan, mungkin itu..." (C.2.2.68)

Selain itu, gereja mau berperan seperti yang dilakukan Bishop Desmond Tutu dalam membantu program HIV-AIDS selama itu tidak dipolitisir.

"...Iya mau, kalau tujuannya mulia pasti sangat mendukung, yang penting jangan dipolitisir saja nah itu yang saya tidak setuju sama sekali, itu yang paling saya tidak suka, kalau memang itu pekerjaan untuk Tuhan kenapa tidak kita lakukan sepenuh hati, jangan dibalik itu ada apa-apa, itu yang paling kami tidak suka..." (C.2.2.101)

Kebutuhan akan koordinasi yang lebih luas dan intensif ternyata sangat jelas dan sudah diharapkan oleh banyak pihak, terutama setelah diberitahukan besaran masalah yang mungkin dihadapi oleh Kabupaten Ende tentang HIV dan AIDS.

BAB V I. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. KESIMPULAN

Ketiga jenis responden yang diwawancarai menunjukkan kurangnya pengetahuan yang menyeluruh tentang HIV dan AIDS, terutama pada kelompok masyarakat dan pemimpin masyarakat. Penyuluhan yang telah diberikan memerlukan metode yang lebih mengena dan bermitra dengan pihak-pihak yang lebih tepat untuk mendekati masyarakat. Pendekatan-pendekatan langsung oleh petugas kesehatan, terutama yang senior dan putra daerah atau didampingi oleh petugas kesehatan yang mengerti bahasa daerah kepada masyarakat yang dilayaninya juga perlu ditingkatkan untuk memperbaiki komunikasi yang perlu dijalin dengan baik antara keduanya. Dengan dilakukannya hal-hal yang disarankan di atas, diharapkan stigma dapat menurun dan ketakutan akan hasil tes dapat menurun. Dukungan yang luas terhadap penemuan dini dan perawatan terhadap pasien perlu dipersiapkan dengan intensif agar masyarakat yang berisiko dapat dibujuk untuk melakukan tes dan tetap berusaha untuk hidup lebih baik dan berhati-hati sehingga dapat mencegah penularan yang lebih luas. Dana, reagensia, fasilitas, obat, dan pelatihan perlu ditambah jumlahnya serta perlu dimonitor agar ketersediaannya terjamin.

6.2 SARAN

Perlu dilakukan koordinasi dan penatalaksanaan program HIV dan AIDS yang baik dan benar untuk mewujudkan keinginan, harapan, dan kebutuhan responden-responden yang telah diwawancarai dan kelompok masyarakat yang berisiko di Kabupaten Ende. Selain itu, perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengidentifikasi genotipe dan serotipe dari HIV yang menginfeksi pasien di Ende. Kematian yang sangat tinggi dan beragamnya sumber penularan memerlukan penanganan yang serius dan rinci agar kefatalan dapat berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2007-2010. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007.
2. Kementrian Negara Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Tim Penyusun Laporan Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs) Indonesia 2007: Laporan perkembangan pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007. 2007. Dikutip dari http://www.targetmdgs.org/download/id_mdgr2007_bahasa_110408.pdf
3. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Penanggulangan AIDS 2007-2010: Situasi epidemi HIV di Indonesia sampai saat ini. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007
4. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Laporan Triwulan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan 30 September 2009. Departemen Kesehatan RI. Dikutip 12 Pebruari 2010 dari <http://www.penyakitmenular.info/userfiles/Laporan%20Triwulan%20III%202009.pdf>
5. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2010-2014. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2010
6. Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur. Presentasi Ketua KPAD Provinsi NTT pada perayaan hari AIDS, Desember 2009. 2009.
7. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Wagub NTT: Penularan HIV/AIDS pada titik kritis. Dikutip dari <http://www.aidsindonesia.or.id/?p=217> pada 12 Pebruary 2010.
8. Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Kabupaten Ende. Presentasi Ketua KPAD Kabupaten Ende pada perayaan hari AIDS, Desember 2009. 2009
9. Pemerintah Daerah Nusa Tenggara Barat. Laporan kajian: meneropong kebutuhan pencapaian MDGs di Nusa Tenggara Barat (NTB). 2008. Pemda NTB, Bappenas, dan UNDP.
10. Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. Pengidap HIV-AIDS di Ende akibat perilaku seksual. Dikutip dari <http://www.menkokesra.go.id/content/view/3961/>
11. Biro Pusat Statistik. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2007

12. Mahendradhata, Y., R.A. Ahmad, P. Lefèvre, M. Boelaert, and Patrick Van der Stuyft. Barriers for introducing HIV testing among tuberculosis patients in Jogjakarta, Indonesia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008, 8:385
13. Ying Wang, Bing Li, Jianhong Zheng, S. Sengupta, C.B. Emrick, M.S. Cohen, and G.E. Henderson. Factors Related to Female Sex Workers' Willingness to Utilize VCT Service: A Qualitative Study in Jinan City, Northern China. *Journal AIDS and Behavior (AIDS Behav)* Vol 13 No.5 October 2009
14. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA, buku pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya. 2003. Dirjen Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
15. WHO. Category 1: Assessment. Dikutip dari http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/assessment/en/index.html, http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/assessment/en/index1.html, dan http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/assessment/en/index2.html.
16. Pasaribu, L. Identification and exploration of factors that contribute to the low rate of Tuberculosis case detection in Kelurahan Cipinang, East Jakarta. Master of Science in Public Health dissertation. 2004. Griffith University.
17. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela (Voluntary Counselling and Testing). 2008. Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
18. Puslitbang Biomedis dan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Peta pelayanan perawatan, dukungan, dan pengobatan untuk ODHA di Indonesia, 2005-2006. 2006. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
19. Sukanta, P.O. (editor). Potensi diri dan alam untuk pengobatan HIV/AIDS. 2005. Penebar Swadaya. Depok.
20. Basuki, E., Ivan Wolffers, Walter Deville, Noni Erlaini, Dorang Luhpuri, Rachmat Hargono, Nuning Maskuri, Nyoman Suesen, dan Nel van Beelen. Reasons for not using condoms among Female Sex Workers in Indonesia. *HIV/AIDS Research Inventory 1995-2009*. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2009.
21. Pasaribu, L., Endang R. Sedyaningsih, Eko Rahardjo. Reproductive tract infection prevalence and condom use among female sex workers in seven cities in Indonesia, 2006/2007. 9th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific.

LAMPIRAN

Informant identifying Ref.	line	Extract from transcription of interview	Researcher's Organising Notes and Coding (Main Idea)	Abbreviation/ Note
Lp		<p>Jadi begini pak, masalahnya dengan program HIV. Dari gambaran yang sudah ada, kenyataannya memang ada dari pihak penyelenggara/instansi ada beberapa kekurangan yang selama ini mungkin tidak terurus atau mungkin sulit diurus, saya tidak tahu, seperti semacam SK saja belum ada. SK itu harus ada untuk dimana klinik VCT itu berada, lalu orang-orang atau dokter dsb / perawat atau konselor harus ada ditunjuk, siapa namanya bertugas sebagai apa. Fasilitas harus dilengkapi dan SOP pelaksanaan harus dibuat. Ternyata belum ada. Padahal itu adalah legalitas dari program sehingga dari pusat pun tidak bisa dikirimkan reagensinya, ARC dan sebagainya, sedangkan untuk ikut pelatihan hal-hal tersebut harus dibuat dulu. Hal ini baru saya ketahui setelah saya selidiki, wawancara dokumen dsb. Ternyata ada permasalahan antara personal. Karena secara profesional kita harus melayani pasien, apapun kondisinya. tetapi kenyataannya sejak 2007, 2008, 2009 kelihatannya stop kegiatan ini karena ada permasalahan ketersinggungan personal dan itu menyebabkan kegiatan yang tadinya sudah berjalan/baru akan established jadi berhenti. akibatnya pada pasien banyak yg harus berobat jauh keluar dengan ongkos sekali jalan 150 ribu rupiah. Bayangkan rasa kesulitan yang mereka rasakan. Selain itu stigma yang ada dimasyarakat sangat tinggi. Padahal mungkin dari petugas/pusat punya cara yang salah/menakut-nakuti mereka, itu bukan promosi yang baik. Yang perlu juga bapak ketahui bahwa estimasi kelompok resiko tinggi atau semacam waria, perempuan pekerja sex, dll sudah dibuat estimasi oleh pusat. ternyata ada yang under estimate, ada yg cukup benar/akurat. Pasien ODHA data dari pusat 22 ternyata ada 42 orang. Data dari pusat waria ada 9 tnyt 50 orang</p>		

		(berdasarkan wawancara pada ketua perkumpulan waria).PSK yang tidak langsung jauh lebih banyak daripada yg langsung. Bagaimana menurut bapak mengenai hal ini?		
C14.1		Mengenai kelembagaan memang informasi ke saya juga kurang, karena selama ini ditangani oleh Wakil Bupati. Saya berpikir bahwa kelembagaan secara definitif/ sah sudah ada. Karena beberapa waktu lalu ada staf datang ke saya lapor meminta tempat yg kosong (di jalan Prof. Haris bekas gudang buku) sebagai sekretariat. Setelah itu tidak pernah dilaporkan kepada saya, oleh karena itu saya berpikir struktur untuk pelayanan sudah ada. Terjadi miskomunikasi. Kemudian yang terkait dengan estimasi, memang kita juga mendata tapi belum berfungsi dengan baik institusi untuk menangani sehingga kita tidak bisa melakukan kegiatan akibatnya data yang diperoleh tidak akurat. Dari segi biaya sangat minim, karena dana terbatas, tapi jika lembaga sudah dibuat dengan baik, bisa dialokasikan dana kedepan untuk melayani teman-teman.		
Lp		Setelah saya wawancarai mereka sendiri meminta wadah/pendamping/konselor yang bisa secara rutin menemani dan bisa dipercaya(krn mereka sangat sulit mempercayai orang). Apakah secara strategis bapak punya rencana kira-kira kemana arah penanganannya?		
C14.2		Ada teman-teman dari LSM, atau dari staf yang punya kemampuan yang selama ini mereka sudah percaya		
Lp		Saya rasa itu tidak sulit untuk dilakukan bukan.		
C14.3		Selama ini memang sudah jalan		
Lp		Bagaimana tentang penerimaan /rencana agar masyarakat bisa saling menerima, tdk menyalahkan bahkan mendukung pengobatan?		
C14.4		Mungkin dengan sosialisasi, agar masyarakat bisa paham bahwa penyakit ini bisa diatasi/dicegah. Dengan upaya bersama mereka bisa sembuh. Ini butuh waktu setelah terbentuk lembaga secara definitif di kalangan PNS kemudian di tingkat bawah dan tokoh agama. Teman-teman itu dengan sendirinya tidak akan		

		tersingkirkan dan bisa masuk ke lingkungannya semula		
Lp		Saat wawancara teman-teman dari gereja mereka bersedia sekali. Seperti di afrika bantuan mereka sangat luar biasa dengan mencari pelatih dan pekerjaan buat mereka. Apakah itu memungkinkan untuk di ende spt itu?		
C14.5		Kita punya tempat pelatihan dinas sosial. Setahun hanya 2x dipakai. Ada asrama, mungkin bisa digunakan sebagai rumah singgah teman-teman yang jauh. Hal ini akan dibicarakan setelah terbentuk dengan baik		
Lp		Kemudian masalah TKI. Dari data yang kita coba analisa dari data pasien : 50% di desa, 50% di kota yg positif dan kebanyakan sudah meninggal.kita bisa menduga (krn laporan belum lengkap) sebagian karena pernah bekerja di luar negeri,sebagian krn perilaku sex berganti-ganti pasangan. Saat dicek ke PJTKI resmi mereka punya prosedur yang valid di perusahaan PJTKI.Mereka lakukan tes jk tdk lulus dikembalikan.Di luar negeri juga ada tes kesehatan tapi kesalahannya tidak di-cc reportnya. Kemungkinan jika ke PJTKI resmi angkanya kecil. Mereka tahu PJTKI ilegal jumlahnya jauh lebih banyak, mereka jual nama perusahaan resmi. Para tenaga kerja sangat butuh uang akhirnya dipanas-panasi oleh pihak ilegal, dengan pernyataan diperusahaan resmi butuh 3 bulan tapi di tempat kita hanya seminggu bisa berangkat dengan cara apapun.PJTKI ilegal angkanya besar karena adanya penipuan (jual nama PJTKI resmi). Bagaimana mengatasinya?		
C14.6		Kita tidak bisa menyalahkan siapa-siapa karena dari pemerintah sudah gencar sosialisasi. Karena orang ingin serba instant/cepat (termasuk paling banyak). Tenaga kerja produktif di desa banyak yang keluar, mereka menggunakan jalan tikus/tdk resmi. Walau sudah dibantu pemerintah tetap mereka menggunakan jalan tidak resmi. Pemerintah/PJTKI resmi tidak tinggal diam, bahkan melibatkan mimbar agama.Hal ini kembali pada individu. Sebagian besar TKI liar di luar negeri gagal.resmi berhasil		
Lp		Maksudnya mengalami kerugian?		

C14.7		lya, mereka hanya membawa pakaian di badan karena dikejar-kejar/ditangkap dikembalikan karena tidak punya identitas lengkap saat masuk. Tiap tahun dikembalikan ke Ende cukup banyak		
Lp		Usulan dari teman-teman PJTKI agar POLRI dan Pemerintah bisa lebih ketat lagi.		
C14.8		Mereka sering beralasan kunjungan keluarga (naik kapal laut) kemudian melanjutkan perjalanan ke Kalimantan. Dengan berbagai tipu daya. Polisi tidak bisa berbuat apa-apa karena ijin kunjungan keluarga sehingga tidak bisa dilarang. Saat saya jadi camat/dinsos saya katakan agar kalau mau keluar lenih baik ke Kalimantan daripada ke negeri orang. Karena belanja di Malaysia mahal. Masih butuh waktu dan tidak mudah meyakinkan masyarakat dengan kondisi ekonomi yang rentan.		
Lp		Apakah ada rencana strategis? Dari wawancara TKI yang ilegal itu sangat tersembunyi di hutan dan disediakan wanita untuk berhubungan. Jadi ini adalah resiko tinggi.		
C14.9		Kami himbau jangan ke luar negeri. Ke Irian atau Kalimantan kita fasilitasi. Dapat tanah dan bekerja untuk diri sendiri. Banyak yang sukses kerja di Kalimantan. Ke Malaysia jika masih kuat namun jika tidak lebih baik kembali		
Lp		Kenapa dengan pekerjaan disini?		
C14.10		Kondisi geografi dan tanah sempit, Sekarang dengan intensifikasi sudah mulai terbuka, mereka bisa berpikir dikampung bisa maju juga.		
Lp		Dari pemerintah apakah ada penerangan tentang hal itu?		
C14.11		Kami terus melakukan sosialisasi bahkan dari Bank NTT siap membantu asalkan melalui jalur resmi.		
Lp		Jika ketemu teman-teman di desa untuk sampai kesitu pengertiannya perlu waktu		
C14.12		Mereka hanya membayangkan enak dan mudah mendapat uang yang besar, menggiurkan tanpa membayangkan dikejar-kejar Polisi dsb. Antara Pemerintah dan warganegara Ende harus berperang (menyatakan org yg pandai omong itu yang benar). Km orang luar banyak		

		memberikan macam-macam (jam tangan, foto dan benda-benda berharga lainnya)		
		<i>Proses medikal cek-up hanya di Surabaya/Denpasar. Kupang ada 3 tempat yg sudah ada SKnya. 400-500 org resmi ikut dari PJTKI. Hasil medikal cek-up gagal kemudian menyusup jadi PJTKI ilegal atau ditangkap lagi oleh yang liar.</i>	Komentar dari???	
C14.12		Inilah kendala kita. Mindsetnya dibuat akan berhasil. Ketika sudah berpikiran serba bagus saat jalan resmi gagal maka jadi keluar ke ilegal		
		<i>Sempat diusulkan oleh mereka jika ada pemerksaan resmi maka bisa dicegah</i>	Komentar dari???	
C14.12		Kita tidak bisa membendung saat keinginan mereka sudah membara sudah diyakinkan pihak-pihak tertentu akan penuh kesejahteraan. Menurut saya lebih baik kerja keras saja di Indonesia. Banyak yg transmigrasi bisa berhasil. Ratusan /300an yang kami kirim yang kembali cuma 10 kepala keluarga. Saya pernah diberi hadiah uang dari transmigran ke Irian 1 juta (th 2007/2008). Dia punya kebun luas di Kalimantan. Jadi mengapa orang lari keluar padahal contoh sudah ada. Di Kalimantan Tengah tanah luas orang tidak ada. Jika mau kerja keras di negeri sendiri bisa. Dua kelompok petani pernah minta ijin jalan untuk angkut kakao tahun ini yang mereka bilang hanya sedikit padahal 1 milyar 1 juta rupiah. Jika jadi kuli untuk diri sendiri di negeri sendiri bisa kaya.		
Lp		Masalah adat kebiasaan. Waktu saya berbicara dengan Ketua adat Musolaki desa Uluhara mereka sampai daerah Kalimutu (asli orang sini). Ada pernikahan yang menurut kita disana tidak resmi tapi secara adat itu resmi tapi tidak dicatat di Catatan Sipil. Hal ini msh jd kebiasaan disana. Bagaimana mengatasi hal ini?		
C14.13		Memang peraturan disini kawin adat dulu kemudian kawin gereja. Kalau dulu sebelum tahun 50-an itu bisa 1 orang Musolaki memiliki 3-4 istri. Didahului kawin kampung. Nikah gereja bisa 5-6 tahun kemudian baru diberkati gereja. Orang kampung jarang ke catatan sipil. Sekarang gereja diberi kewenangan membuat akte nikah digereja (sudah ada SK-nya untuk Pastor Paroki).		

Lp		Kenyataannya msh ada kondisi menikah yang mirip dg papua. Hal tersebut kurang melindungi hak reproduksi suami istri dalam rumah tangga. Bagaimana jika tidak dilindungi lembaga remi seperti ini?		
C14.14		Kawin adat juga ckp mengikat. Karena sudah diumumkan kepada seluruh masyarakat adatnya bahwa si A nikah dengan si B. Jika melanggar hukumannya juga besar. Orang disini mengakui hukum sosial/adat lebih berat kerana selain harus membayar kewajiban juga terkucilkan.		
Lp		Tapi bukannya lebih berat dipenjara? Kalau terkucil masih bisa menghirup udara bebas?		
C14.15		Tapi terkucilkan dicibir dan jadi tersiksa. Dalam upacara, pertemuan, pesta apapun jarang/selalu tidak di undang. Jadi hukumannya lebih berat.		
Lp		Sekarang kita belajar taat pada peraturan, jadi mungkin perlu penguatan lembaga pernikahan untuk kedepannya		
C14.16		Sekarang urusan adat langsung dengan gereja. Pertama kewajiban adat dulu baru dengan gereja. Kewajiban adat harus diselesaikan dulu. Misalnya kerbau, emas, uang, dll baru bisa tulis nama ke gereja. Jadi tidak bisa dibalik		
Lp		Kalau dijadikan satu boleh?		
C14.17		Tetap sama, tidak boleh. Kewajiban pihak laki-laki untuk memberikan sesuatu/menghargai ibu mertua (istilahnya air susu ibu diangkat dulu) yaitu berupa emas/hewan dll, pada pamannya (saudara ibu) juga.		
Lp		Masalahnya kalau sudah nikah adat mereka boleh hubungan sebagai suami istri?		
C14.18		Belum boleh juga, kecuali ada sebagian di pedalaman. Meski belum nikah gereja mereka langsung pindah. Tergantung orangtua mau cepat atau lambat.		
Lp		Jadi hampir sama dengan di Papua, karena terlalu lama akhirnya tidak ada perlindungan?		
C14.19		Disini sudah sulit melepas ikatan secara adat meskipun belum ada ikatan dari gereja sebab dikucilkan secara adat itu berat sekali, banyak hak yang hilang termasuk kehilangan hak atas tanah untuk hidup		

Lp		Perlindungan pada wanita itu juga penting. Mengenai masalah kedudukan wanita dalam rumah tangga. Karena saya lihat semua keputusan oleh laki-laki, bagaimana dengan hal ini?		
C14.20		Kita menganut paternalistik. Kalau di daerah Ngada maternalistik. Di Liau, Imi Sika juga paternalistik. Sampai sekolahpun anak perempuan dinomer duakan. Oleh karena itu lewat gereja kita mendorong bicara bahwa perempuan penting. Ada 2 ijasah sekolah dan gereja. Ijasah gereja setelah komuni pertama (kelas 4-6 SD). Didesa rata-rata kelas 4-6 SD perempuan sudah berhenti sekolah. Mereka sudah cukup puas dengan ijasah gereja bisa komune. Dan orang tua setuju jika anak perempuan berhenti sekolah. Sekarang tamatan SD sudah berkurang. Minimal ada SMP. Statistik menunjukkan tingkat prestasi /kelulusan lebih baik pada perempuan		
Lp		Mengenai gender tidak hanya menunjukkan laki-laki dan perempuan. Yang ada penyimpangan juga perlu perlindungan dan perhatian. Termasuk dalam hal memutuskan berhubungan sex. Misal suami sakit (kelamin) maka suami tetap berhak berhubungan tanpa kondom. Itu nanti yang akhirnya menjadikan tingkat HIV cukup tinggi?		
C14.21		Itu karena pengetahuan mereka juga masih ada yang alergi kontrasepsi/KB. Sekarang dengan KB sudah cukup berhasil menggunakan alat tersebut.		
		Sekian		