

Bab III

HIV/AIDS di Indonesia, Flu burung dan Namru

1. Epidemiologi

Sejak tahun 1986 ketika kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia oleh Prof. Zubairi Djoerban di rumah sakit Islam Jakarta, epidemi HIV/AIDS di Indonesia dalam 4 tahun terakhir telah berubah dari *Low Level Epidemic* menjadi *Concentrated Level Epidemic*. Sampai Maret 2008 kasus HIV/AIDS sudah ada 32 propinsi dari 33 propinsi yang ada di Indonesia. HIV/AIDS juga telah tersebar di 194 Kabupaten dari keseluruhan 473 kabupaten di Indonesia. Oleh UNAIDS (lembaga PBB khusus menangani HIV/AIDS) status Indonesia disebutkan termasuk yang tercepat dikalangan negara-negara di Asia.³⁹ Jumlah tersebut diyakini masih jauh lebih banyak dari jumlah sebenarnya mengingat adanya fenomena “Gunung Es” dan masih akan terus meningkat di masa yang akan datang.

Penyebaran infeksi HIV/AIDS di Indonesia sangat mengkhawatirkan mengingat infeksi melalui hubungan seks masih tinggi dan ditambah lagi infeksi HIV/AIDS melalui penyalahgunaan narkotika suntikan meningkat tajam. Jumlah penyalahgunaan narkotika suntik (IDU) diperkirakan sebanyak 190.000 sampai 247.000 orang. Berdasarkan estimasi Depkes tahun 2006, prevalensi HIV pada IDU rata-rata nasional adalah 41,6%. Selain itu terdapat sekitar 220.000 penjaja seks yang melayani lebih 3 juta pelanggan pertahun, bahkan diantara pelanggan ini kurang dari 10% yang menggunakan kondom.⁴⁰

Tahun 2006 diperkirakan akan ada 193.000 orang yang terinfeksi HIV/AIDS. Tahun berikutnya 2007 diperkirakan akan ada 215.036 orang yang terinfeksi HIV/AIDS. Diperkirakan pula pada tahun 2015 secara kumulatif akan ada 38.500 anak dengan HIV positif lahir dari ibu yang telah tertular dari suaminya. Walaupun perkiraan jumlah orang yang terinfeksi terus bertambah, namun sampai Desember 2007, Odha yang bisa mengakses layanan kesehatan hanya 11,27%.⁴¹

Dalam tahun 2007 ini jumlah orang dewasa yang terinfeksi HIV diperkirakan mencapai 174.000 sampai 241.000 orang. Jumlah anak-anak yang terinfeksi HIV

³⁹ UNAIDS, AIDS Epidemin Update, 2007.

⁴⁰ Departemen Kesehatan, Perencanaan dan Penanggulangan HIV/AIDS Perlu Sinergisme, 12 Maret 2008

⁴¹ Irawan Kosasih, Epidemiology of HIV-AIDS Indonesia, CST Distance Learning HIV Education, Jakarta April 2008.

diperkirakan mencapai 4000 sampai 6000 orang anak. Jumlah penambahan kasus baru pada tahun 2007 ini mencapai 42.000 – 57.000 orang. Jumlah total orang terinfeksi pada tahun 2007 adalah 178.000 sampai 254.000 orang.

Adapun dari 32 propinsi tersebut lima diantaranya merupakan propinsi yang memiliki rata-rata kasus HIV/AIDS tertinggi. Rata-rata kasus adalah jumlah Odha dibandingkan dengan jumlah total penduduk di suatu wilayah. Kelima propinsi tersebut adalah Papua sebesar 72,71, DKI Jakarta sebesar 33,43, Bali sebesar 21,07, Kepulauan Riau sebesar 19,86 dan Kalimantan Barat 13,56.

Namun sejak obat AIDS generik dapat diakses di Indonesia terlebih lagi setelah di produksi sendiri, banyak sekali manfaat obat AIDS bagi Odha. Secara klinis jelas dapat mengurangi kematian dan kejadian masuk rumah sakit. Secara imunologis dapat memulihkan kekebalan tubuh Odha. Secara virologik dapat menjadikan virus tak terdeteksi di darah, artinya jumlah virusnya di dalam darah menjadi sangat sedikit. Oleh karena jumlah virus di dalam darah menjadi sedikit maka secara epidemiologik dapat mengurangi risiko penularan. Lebih penting lagi obat AIDS juga dapat meningkatkan kualitas hidup Odha.

Selain itu kehadiran obat AIDS generik juga merubah paradigma dan cara penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Ada beberapa program yang biasanya dilaksanakan secara terpisah, setelah adanya obat AIDS generik ini dapat dilaksanakan secara holistik. Misalnya sebelum ada obat AIDS generik program penanggulangan biasanya hanya dilakukan diawali dengan penyuluhan dan diakhiri sampai tahap VCT saja. Setelah hasil tes diberikan biasanya hanya diberikan konseling untuk dukungan saja dalam rangka merubah perilaku berisiko dan menghadapi kematian (tidak punya harapan).

Saat obat AIDS sudah bisa di akses semua itu berubah, misal sekarang ini ada layanan konseling untuk kepatuhan minum obat, ada layanan konseling untuk ibu hamil, ada layanan konseling untuk mereka yang *relaps* (pakai narkoba lagi). Contoh lainnya adalah sekarang ini bukan hanya dokter ilmu penyakit dalam saja yang terlibat, akan tetapi ada dokter ahli anak, dokter ahli saraf, dokter ahli kulit, dokter ahli paru, dokter kebidanan, dll. Program-program yang dibuat saat ini juga menjadi lebih holistik dan komprehensif, antara lain yaitu: program narkoba berbasis masyarakat, HIV/AIDS di Lembaga Masyarakat, dan pencegahan infeksi HIV dari ibu hamil dengan HIV positif ke bayi (PMTCT).

2. Narkotika dan HIV

Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia memiliki dua faktor pendotong, yaitu hubungan seks yang tidak aman dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril di kalangan penyalahguna narkotika suntikan. Penelitian bersama yang dilakukan oleh BNN dan Puslitkes UI mendapatkan bahwa jumlah penyalahguna sebesar 1,5% dari keseluruhan populasi (3,2 juta orang), dengan kisaran 2,9 sampai 3,6 juta orang, terdiri dari 69% kelompok teratur pakai dan 31% (992.000 orang) kelompok pecandu. Dari kelompok teratur pakai terdiri dari: Penyalahguna ganja (71%), Shabu (50%), Ekstasi (42%), Penenang (22%). Sedangkan dari kelompok pecandu terdiri dari: Penyalahguna ganja (75%), Heroin/putaw (62%), Shabu (57%), Ekstasi (34%), Penenang (25%).

Dari total penyalahguna narkotika yang berasal dari kelompok pecandu (992.000 orang), terdapat penyalahguna IDU sebesar 56% (572.000 orang) dengan kisaran 515 sampai 630 ribu orang. Secara keseluruhan biaya ekonomi & sosial yang harus dikeluarkan akibat penyalahgunaan narkotika yg terjadi diperkirakan sebesar Rp. 23,6 triliun. Biaya ekonomi terbesar adalah untuk pembelian/konsumsi narkotika yaitu sebesar Rp. 11,3 triliun. Angka kematian pecandu 1,5% per thn (15 ribu orang mati/thn).⁴²

Tingginya biaya yang harus dikeluarkan oleh seorang pecandu baik untuk pembelian barang (konsumsi narkotika) maupun biaya untuk penyembuhan dari kecanduan narkotika (biaya perawatan di sebuah panti rehabilitasi rata-rata Rp. 3 juta/bln) membuat para pecandu dalam posisi yang serba sulit. Pada tahun 2000 Yayasan Pelita Ilmu (YPI) memutuskan untuk melakukan suatu program baru yang dibuat berdasarkan kebutuhan lapangan, yaitu penggulungan narkotika berbasis masyarakat. Oleh karena program ini penanggulangan narkotika berbasis masyarakat maka dipilihlah suatu wilayah di Kelurahan Kampung Bali Jakarta Pusat sebagai lokasi pelaksanaan program.

Awalnya program ini sama sekali tidak membahas masalah narkotika, akan tetapi hanya berkecimpung pada masalah kesehatan masyarakat, kepemudaan, serta sosial kemasyarakatan lainnya. Mereka terlibat dalam berbagai kegiatan seperti: agustusan, bazar sembako murah, bantuan untuk keluarga miskin, janda miskin, dan jompo. Berbagai kegiatan mereka di masyarakat mendapatkan sambutan dan

⁴² Budi Utomo dkk, Studi Tentang Biaya Ekonomi & Sosial Akibat Penyalahgunaan Narkotika Pada 10 Kota Besar Di Indonesia, BNN & Puslitkes-UI, 2004

penerimaan yang baik dari masyarakat. Disamping mengerjakan pekerjaan rutin mereka juga terus melakukan pemetaan keadaan lapangan, permasalahan apa saja yang ada dan dibutuhkan oleh masyarakat.

Setahun setelah itu Juni 2001 salah seorang remaja YPI mendapat kesempatan ke India bersama seorang teman dari Pokdisus AIDS FKUI/RSCM. Bila teman dari Pokdisus mengupayakan akses obat AIDS generik, maka wakil dari YPI berkesempatan untuk belajar dan melihat langsung bagaimanakah sebenarnya penanggulangan narkoba berbasis masyarakat itu dilaksanakan. Bersyukur keduanya berhasil mendapatkan apa yang ditargetkan.

Setelah kembali dari India dimulailah pelaksanaan program secara lebih serius lagi, mereka mulai masuk pada masalah kesehatan. Pertama-tama yang mereka lakukan adalah bersilahturahmi dengan puskesmas di kelurahan Kampung Bali. Ketika ditanyakan apakah ada yang menggunakan narkoba di kelurahan ini, dokter menjawab ada jumlahnya tapi hanya sedikit paling-paling tidak lebih dari 10 orang. Setelah itu disampaikan dan dijelaskanlah rencana kegiatan yang akan dilaksanakan kepada dokter dan para staff puskesmas. Saat itu terjadi diskusi dan muncul beberapa pertanyaan: mengapa harus membantu penyalahguna narkoba toh itu mereka sendiri yang pilih? Apa untungnya menolong penyalahguna narkoba? Pelan-pelan dijelaskan mengapa perlunya menolong mereka penyalahguna narkoba.

Program yang akan dilaksanakan ini bukan hanya akan melakukan penyuluhan saja, atau pendataan saja, akan tetapi juga memberikan beberapa layanan kesehatan gratis baik itu berupa pemeriksaan maupun pengobatan. Dikarenakan kelengkapan laboratorium yang tidak cukup lengkap, untuk melakukan pemeriksaan HIV gratis Yayasan Pelita Ilmu Kampung Bali berkerjasama dengan Pokdisus AIDS FKUI/RSCM. Sehingga bila terjadi kesulitan dalam masalah klinis pasien bisa dirujuk ke Pokdisus untuk mendapatkan tidak lanjut. Kadang dokter dari Pokdisus AIDS datang memberikan layanan dan supervisi. Manfaat yang didapat bukan hanya bagi penyalahguna narkoba saja tapi juga bagi seluruh lingkungan, kampung menjadi lebih dan bersih sehat.

Program tersebut di Indonesia adalah merupakan inovasi baru, meski awalnya bukan suatu hal yang mudah dalam melaksanakan program ini. Namun akhirnya dapat diterima oleh masyarakat, karena pada akhirnya masyarakat mendapatkan banyak manfaat. Sehingga akhirnya program ini sampai kini masih bisa berjalan, oleh karena program ini telah menjadi bagian dari masyarakat Kampung Bali.

Ada banyak hasil-hasil yang didapat dari pelaksanaan program ini sampai akhir 2006. Program tersebut antara lain mendapatkan data lapangan yang sangat mengejutkan, data-data yang di dapat antara lain adalah total IDU yang berhasil di jangkau 2827 dan ada 3801 IDU/Odha telah mengakses layanan kesehatan puskesmas. Hampir separuh (48%) dari mereka berusia antara 21-25 tahun dan sebagian besar (89%) mereka adalah laki-laki. Mereka sebagian besar tidak bekerja atau pengangguran (68%) dan awalnya mereka hanya pakai coba-coba saja (96%). Kebanyakan mereka berpendidikan SMA (75%) beberapa diantaranya bahkan masih bersekolah dan mereka telah mengalami adiksi selama 1 minggu sampai 1 bulan.

Hampir semua dari mereka menggunakan jenis narkoba putaw (90%) dan kebanyakan mereka menggunakan putaw dengan cara menyuntik (92%). Separuh dari mereka (50%) telah menggunakan narkoba selama 4 sampai 6 tahun. Mereka memiliki kebiasaan kuat dalam menggunakan narkoba, yaitu secara berjamaah atau berkelompok (96%). Oleh karena menggunakan narkoba secara berkelompok sudah menjadi tradisi maka menggunakan jarum suntik secara bersama umumnya juga mereka lakukan (92%). Umumnya cara menggunakan jarum suntiknyapun tanpa di sterilisasi terlebih dahulu (90%). Adapun frekuensi mereka menggunakan narkoba dalam satu hari bisa 4 sampai 8 x/hr (90%). Kebanyakan mereka dalam sekali menggunakan narkoba memakai dosis 0,1 mg.

Melihat keadaan lapangan yang demikian maka ditawarkanlah kepada para pecandu untuk mengikuti layanan konseling dan tes HIV (VCT) gratis. Dalam melaksanakan program konseling dan tes HIV/AIDS gratis ini YPI Kampung Bali bekerjasama dengan Pokdisus AIDS/FKUI. Bentuk kerjasamanya adalah YPI Kampung Bali menyediakan tim konselor yang akan memberikan layanan konseling sedangkan Pokdisus menyediakan reagen untuk tes HIV dan mengembangkan sistem rujukan. Respon yang didapat terhadap program tersebut cukup baik, terbukti 522 orang IDU setuju untuk ikut. Berdasarkan hasil dari pemeriksaan tersebut sebagian besar mereka yakni 474 orang (90%) dinyatakan positif HIV. Selain itu dilaksanakan juga program detoks pada mereka namun kebanyakan dari mereka (90%) masih relaps (pakai narkoba lagi) setelah detoks. Meskipun kebanyakan dari mereka sudah positif HIV namun kondisi kesehatannya secara umum masih baik. Hanya sedikit saja yang sudah mengalami '*Full Blown AIDS*' (30%). Seperti yang sudah di janjikan

bahwa program ini juga mencakup pengobatan maka 38 Odha sudah pernah mendapatkan ARV, sampai saat ini yang masih menggunakan ARV ada 14 Odha.⁴³

3. Lembaga Pemasyarakatan

Program perawatan, dukungan dan terapi di lembaga pemasyarakatan di mulai Januari 2006. Kegiatan yang dilakukan dalam pelaksanaan program ini meliputi: advokasi, penyuluhan, VCT, terapi dan pemberdayaan. Wilayah kerja dari pelaksanaan program ini meliputi: Lapas Podok bambu, Lapas Cipinang Narkoba, Lapas Cipinang kelas I, Lapas Bekasi, Rutan Salemba, Lapas Wanita Tangerang, Lapas Pemuda Tangerang, dan Lapas Gintung (Cirebon). Ketika program ini di mulai setiap Lapas memiliki tingkat kegiatan berbeda: Gintung (Cirebon) advokasi sedangkan di Bekasi sudah lengkap. Dalam melaksanakan program ini YPI juga bekerja sama dengan LSM lain, hanya saja perhatian utama YPI pada pelaksanaan program CST.

Kondisi dan keadaan pemeliharaan kesehatan di lapas dan rutan pada umumnya poli sudah meliki layanan kesehatan primer. Sedangkan layanan untuk keadaan emergensi masih kurang memadai. Ruang perawatan sementara belum punya semua, air bersih belum memadai, lingkungan masih belum mendukung kesehatan, dukungan logistik obat didapat dari dinas kesehatan dan Puskesmas setempat, sedangkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit rujukan masih mahal dan sulit (terhambat sistem). Sedangkan rumah sakit untuk perawatan sangat terbatas (alasan keamanan), mengenai Gakin/JPS belum bisa berlaku kecuali di Lapas Krobokan (Denpasar).

Selain itu angka kematian di lapas cukup tinggi. Angka kematian ini belum dapat diturunkan secara nyata, setiap keterlambatan dapat merupakan kematian baru. Sementara itu komitmen dari pemerintah dan juga dari lembaga donor terhadap program perawatan, dukungan, dan terapi (CST) di lapas masih sangat kurang. Kebutuhan peningkatan program kesehatan di Lapas terus meningkat, termasuk CST. Tanpa mengurangi pentingnya program pencegahan, CST di lapas suatu emergensi.

Ada satu kesamaan persoalan yang dialami oleh semua Lapas yaitu penghuni melebihi kapasitas. Di Lapas Cipinang narkoba ada 1400 penghuni, di Lapas Bekasi ada 1470 penghuni, Lapas Tangerang (perempuan) ada 420 penghuni, Rutan Pondok

⁴³ Pungky Djoko, Program Penanggulangan Narkoba Berbasis Masyarakat di Kelurahan Kampung Bali, Yayasan Pelita Ilmu, Februari 2001- Juni 2006.

Bambu (perempuan dan anak) ada 1369 penghuni dan di Pondok Bambu ada 504 penghuni.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS di lapas ini meliputi beberapa kegiatan, yaitu: penyuluhan, pencegahan penyakit, layanan VCT, pengobatan dasar, pengobatan AIDS, rawat emergensi, dan rujukan ke rumah sakit. Kepada warga binaan selain diberikan penyuluhan, juga ditawarkan program konseling dan tes HIV sukarela (VCT), karena merupakan bagian dari pelaksanaan program perawatan, dukungan, dan terapi. Adapun hasil-hasil yang diperoleh sampai Juni 2006 adalah:

- Lapas Cipinang tes 155 positif 75 (48%)
- Lapas Pondok bambu tes 112 positif 34 (30%)
- Lapas Bekasi tes 83 positif 30 (36%)
- Lapas Tangerang perempuan 138 positif 23 (16,7%)

Pelayanan kesehatan lainnya yang ditawarkan melalui program ini adalah pengobatan AIDS, yaitu dengan pemberian obat AIDS gratis dari pemerintah. Sementara kebutuhan penggunaan obat AIDS sudah jelas ada, namun kemampuan petugas kesehatan dikebanyakan lapas masih kurang memadai. Mereka masih belum mengerti tata cara penatalaksanaan kasus HIV/AIDS. Mengingat hal itu maka dilakukan beberapa pelatihan singkat dan program magang bagi petugas kesehatan di Pokdisus AIDS FKUI/RSCM.

Akhirnya dalam waktu yang tidak terlalu lama mereka sudah bisa melakukan perawatan dan pengobatan AIDS di lapas. Sampai akhir 2006 sudah ada 67 orang yang mendapatkan layanan pengobatan AIDS gratis, dengan rincian sebagai berikut: Lapas Wanita Tangerang ada 5 orang, Lapas Cipinang Narkoba ada 27 orang, Lapas Bekasi ada 33 orang, Lapas Cipinang Kelas 1 ada 6 orang, Rutan Salemba ada 3 orang, Lapas Pemuda Tangerang ada 1 orang.

Selain itu juga dilakukan upaya-upaya pemulihan dengan memberikan pendidikan kejar paket, pelatihan kerajinan tangan dan pendidikan spiritual.⁴⁴

4. Ibu hamil dan HIV (PMTCT-Prevention of Mother to Child Transmission)

Pelaksanaan program PMTCT yang pertama kalinya dijalankan oleh oleh YPI (1999-2001). Program yang dibiayai oleh perusahaan farmasi Becton Dickinson sebagai bagian dari tanggung jawab sosial perusahaan kepada masyarakat. Program

⁴⁴ Fadjri Nurhadi dkk, Situasi Narkoba dan HIV di Masyarakat dan Lembaga Pemasyarakatan, Yayasan Pelita Ilmu, 17/07/2006

ini telah berhasil menjangkau 574 perempuan hamil di lima wilayah kumuh yang berbeda di Jakarta. Program ini juga memberikan layanan yang holistik termasuk: konseling sukarela dan tes HIV (VCT), memberikan bantuan ARV ibu hamil dengan HIV positif, dan memberikan susu formula kepada bayi yang baru lahir. Target awal dari program ini adalah menjangkau 1.000 orang perempuan hamil. Strategi yang dijalankan oleh YPI juga melibatkan petugas kesehatan (kader posyandu) agar dapat mendorong perempuan hamil untuk menggunakan pelayanan VCT gratis, memberikan vitamin dan juga memberikan informasi kesehatan kepada ibu-ibu selama perawatan kehamilan.

Program ini merupakan program percontohan karena waktu itu belum pernah ada program seperti ini. Oleh karena itu belum ada data mengenai berapa perempuan hamil dan bayi yang positif HIV di Indonesia. Dari sekitar 546 ibu hamil di daerah kumuh Jakarta yang mengikuti konseling secara sukarela dan tes HIV (1999-2000), diketahui bahwa enam dari mereka positif HIV (1,1%). Selain itu, terdapat juga 10 perempuan hamil dengan HIV positif yang dirujuk ke YPI dari rumah sakit rujukan yang berbeda.⁴⁵

Dari 16 ibu yang status HIV-nya positif, 11 ibu diantaranya mendapatkan dukungan dari YPI untuk menjalankan operasi sesar, dan sembilan ibu lainnya menerima pengobatan AZT. Susu formula sebagai pengganti ASI diberikan kepada enam bayi yang orang tuanya tidak mampu. Pemberian susu formula merupakan tantangan tersendiri, terutama sekali berhubungan dengan akses untuk mendapatkan air bersih yang merupakan masalah di daerah kumuh. Selain itu dikarenakan adanya informasi yang mengatakan bahwa dengan memberikan ASI eksklusif selama tiga bulan dapat mencegah penularan HIV dari ibu ke anaknya.

Faktor kebiasaan dan budaya di Indonesia juga berperan dalam memberikan rasa nyaman kepada ibu jika mereka dapat memberikan ASI dari pada susu formula kepada bayi mereka. Pemerintah Indonesia juga memiliki anggaran yang terbatas dalam penyediaan susu formula untuk bayi yang baru lahir. Adalah suatu hal yang riskan untuk menyarankan ibu dengan HIV positif untuk menyusui bayinya karena dengan menyusui bayinya maka kemungkinan bayi untuk terinfeksi menjadi lebih besar lagi. Hal ini dikarenakan kebiasaan ibu hamil di Indonesia untuk minum obat ARV belum baik dan hanya datang pada saat 3 bulan terakhir di saat mau melahirkan.

⁴⁵ Kustin Kharbiati dkk, Laporan Pelaksanaan Program PMTCT Yayasan Pelita Ilmu, Jakarta, 2001

Langkah selanjutnya dari pelaksanaan program ini adalah memberikan dukungan psikologis dan sosial dari teman-teman relawan kepada ibu dan bayi dengan HIV positif. Hal ini dikarenakan sang ibu kemungkinan besar akan menghadapi masalah stigma dan diskriminasi.⁴⁶ Untuk bayinya akan di berikan susu formula selama 1 tahun dan juga dilakukan tes viral load (hitung virus) untuk bayi. Beberapa kasus yang dirujuk ke YPI memang untuk mendapatkan layanan yang holistik ini, baik itu dukungan finansial untuk ibu yang melakukan operasi sesar, dan juga dukungan psiko-sosial dari teman-teman relawan.

Pengalaman YPI dalam melaksanakan program ini dinilai dapat juga dijalankan di daerah-daerah lain. Hal ini dikarenakan tingginya prevalensi di kalangan laki-laki penyalahguna narkoba jarum suntik yang status HIV-nya positif, sehingga dapat menularkannya kepada pasangan mereka dan nantinya kepada bayi mereka. Pertama orang tua yang akan positif dan selanjutnya adalah bayi.

Sejak Oktober 2003, YPI melanjutkan program PMTCT dengan format serupa lebih mudah dan ditujukan untuk menjangkau 2000 ibu hamil di Jakarta. Saat ini program tersebut dibiayai oleh GFATM. Sejak periode 2003 sampai Desember 2005, dari 1.411 (0.5%) perempuan hamil yang mengikuti program *mobile VCT* terdapat tujuh perempuan yang dinyatakan HIV positif. Selain itu ada 38 perempuan hamil HIV positif lainnya yang dirujuk dari beberapa rumah sakit. Mereka yang terkena HIV positif diberikan profilaksis ARV untuk mengurangi resiko penularan kepada bayi dan 28 perempuan menerima dukungan untuk melakukan operasi sesar untuk melahirkan bayinya.⁴⁷

⁴⁶ Sri Hermiayati et. Al, Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi, Departemen Kesehatan, Ditjen Binkesmas, 2006

⁴⁷ Debora, Imelda et.al, Kajian Cepat, Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi di Indonesia, Jakarta, 2006.

5. Belajar dari kasus flu burung

Awal Mei 2006 adalah hari paling kelabu dalam keluarga Jones. Saat itu kematian merenggut nyawa anggota keluarganya satu per satu. Kakak tertuanya, Fuji beru Ginting, meninggal. Kematian Fuji masih belum diketahui penyebabnya, apakah karena flu burung lantaran belum sempat diambil sampel darahnya. Sementara itu sebagian masyarakat Karo belum dapat mempercayai adanya penyakit baru yang berkembang di masyarakat. Awalnya, saat keluarga Jones satu per satu tewas karena flu burung, orang Kabupaten Karo mengatakan, kematian keluarga Jones karena kutukan. Bahkan, sebagian yang lain mengaitkan dengan hal-hal magis.

Setelah kematian Fuji, hanya berselang hari, dua anaknya, Roy Karo-Karo dan Boni Karo-Karo, meninggal dunia. Hampir bersamaan, kakak Jones, Anta beru Ginting, meninggal dunia yang kemudian disusul anaknya, Anta Brenaita Tarigan. Masih dalam duka, nyawa saudara kandung Jones yang lain, Dowes Ginting, juga tak tertolong. Sama halnya dengan saudaranya yang lain, anak Dowes, Rafael Ginting, juga meninggal. Hasil analisa dokter, kecuali Fuji, enam keluarga Ginting yang meninggal itu positif terinfeksi virus flu burung (H5N1).⁴⁸

Saat awal terserang virus flu burung, Jones dan keluarganya belum memercayai kematian keluarganya karena flu burung. Dia pun tidak percaya oleh analisa dokter yang menyatakan bahwa dirinya positif terinfeksi flu burung. Pada 9 Mei 2006, Jones sempat melarikan diri dari ruang perawatan khusus flu burung di RSUP Adam Malik, namun kembali lagi empat hari kemudian. Ketika pertama kali terserang flu burung Jones mengalami sesak napas, batuk, dan badannya lemas. Suhu tubuhnya mencapai 38 derajat Celcius. Pada awalnya, dia masih bisa bergerak-gerak. Namun, kemudian dia hanya terbaring lemas di atas tempat tidur di ruang khusus RSUP Adam Malik.

Berita tentang adanya 7 orang yang meninggal karena flu burung dalam satu keluarga membuat gempar dunia. Melihat keadan seperti dinyatakan dalam berita kebanyakan ahli terlalu cepat dalam mengambil kesimpulan. Mereka mengatakan bahwa untuk pertama kalinya di dunia (virus Flu burung yang tadinya menular dari binatang kepada manusia) telah terjadi penularan virus flu burung secara cepat dari manusia ke manusia (kluster). Menteri Kesehatan "marah" karena kematian tujuh orang warga Tanah Karo, Sumatera Utara, langsung diumumkan oleh WHO melalui

⁴⁸ Andy Riza Hidayat Virus Itu Ada, tetapi Tak Perlu Panik, Kompas, Sabtu, 12 Agustus 2006

CNN. Padahal, tidak didahului dengan penelitian DNA korban. Menurut Menteri Kesehatan, kasusnya pola penularan belum berubah masih dari binatang ke binatang.

Korban terus berjatuhan pada saat bersamaan, ada beberapa perusahaan farmasi menawarkan rapid tes untuk flu burung. Sewaktu ditanyakan kembali kemampuan alat tersebut pada hari ke berapa bisa mendeteksi virus mereka mengatakan pada hari ke-5. Padahal pada hari ke-5 biasanya mereka yang terinfeksi sudah dalam keadaan yang sangat payah, dan sulit sekali disembuhkan. Bila bisa diketahui dalam dua hari pertama mereka yang terinfeksi masih ada kemungkinan untuk di tolong. Oleh karena itu Menkes menolak untuk membeli alat ini karena percuma saja. Alat ini sendiri dikembangkan berdasarkan jenis virus flu burung dari Vietnam.

Menkes terbayang pada para korban flu burung di Vietnam. Sampel virus orang Vietnam itu diambil dan dikirim ke WHO CC untuk dilakukan "*risk assessment*" (pengukuran risiko), diagnosis dan dibuat "*seed virus*" (bibit virus yang telah dilemahkan). Dari *seed virus* ini dapat dibuat vaksin dan alat diagnosis flu burung. Ironisnya, pembuat vaksin adalah perusahaan-perusahaan besar dari negara kaya yang tak terkena flu burung. Mereka mengambil dari negara korban dan menjualnya ke seluruh dunia tanpa izin, tanpa kompensasi.

Merebak kembalinya flu burung yang menimbulkan bertambahnya korban juga membuat panik Menkes. Tamiflu, satu-satunya obat yang dipercaya bisa mengobati flu burung, harus tersedia. Akhirnya diputuskan untuk mengupayakan pengadaan obat tamiflu. Obat ini juga dikembangkan melalui jenis virus yang berasal dari Vietnam. Akan tetapi ketika hendak membeli ternyata obat tersebut kosong, tidak ada dipasaran. Beruntung sekali saat itu Indonesia bisa mendapatkan bantuan dari India, Thailand dan Australia.

Sementara itu dengan alasan penentuan diagnosis dan keamanan kesehatan global (Global Health Security), Badan Kesehatan Dunia (WHO) melalui WHO Collaborating Center (WHO-CC) yang berada di Hong Kong memerintahkan agar Indonesia mengirimkan sampel spesimen H5N1. Permintaan itu diikuti Menkes akan tetapi mengingat apa yang telah di alami oleh Vietnam, ia juga meminta Laboratorium Litbangkes melakukan penelitian. Hasil pemeriksaan laboratoriumnya ternyata sama.

Ketika Indonesia hendak membeli obat Tamiflu yang di produksi oleh perusahaan farmasi Roche, ternyata dipasaran tidak ada (kosong). Obat ini justru diborong negara-negara kaya yang tak terkena flu burung sebagai "*stock piling*"

(penimbunan stok). Bahkan mereka sudah membeli semua obat tersebut sebelum di produksi. Menkes merasa Ini tidak adil, negara-negara lemah yang terkena tidak memperoleh apa-apa. Menkes merasa bahwa kedaulatan, hak dan martabat negara-negara berkembang dipermainkan oleh mekanisme WHO dan lembaga yang bernama Global Influenza Surveillance Network (GISN). Badan yang sangat berkuasa ini telah menjalani praktik selama 50 tahun. Badan ini telah memerintahkan lebih dari 110 negara untuk mengirim spesimen virus flu-nya tanpa bisa menolak.

Menkes mulai terlihat mekanisme kerja mereka (WHO CC, GISN, dan perusahaan farmasi paten), yaitu: sampel virus dikirim ke WHO lalu dikirim lagi ke GISN setelah itu dikirmlah ke perusahaan farmasi multinasional. Berdasarkan *seed virus* tersebut maka dibuatlah vaksin oleh perusahaan farmasi. Virus menjadi milik mereka dan mereka berhak memprosesnya menjadi vaksin, mereka mematenkan semuanya ya virusnya ya vaksinnnya. Produk iitu lalu dijual kembali kepada negara-negara yang memerlukan dijual dengan harga ymag sangat mahal. Sejak saat itu perlawanan Menkes dalam membela hak rakyat Indonesia yang terkena flu burung di mulai.

Meski terpaksa mengirim sample virus ke WHO, pada saat yang sama Menkes juga mengirim ke Gene Bank, agar hasilnya bisa diakses oleh ilmuwan di seluruh dunia. Tidak seperti sebelumnya hanya GISN dan WHO yang bisa mengetahui. Lembaga yang hanya dihuni 15 ilmuwan eksklusif, empat orang dari WHO dan selebihnya tak dikenal. Ilmuwan dunia menyambut baik keberanian Indonesia dan ini dianggap sebagai revolusi besar.

Saat Menkes ragu pada WHO, The Straits Times Singapura (27 Mei 2006) melaporkan, para ilmuwan tidak dapat mengakses data sequencing DNA H5N1 di WHO-CC. Belakangan diketahui, data ini justru disimpan di Los Alamos National Laboratoty di New Mexico, AS di bawah kontrol Kementerian Energi AS. Meski pemerintah AS membantahnya, tapi situs resmi Los Alamos terang-terangan mengakui menyimpan uraian DNA H5N1 asal Indonesia.

Ada apa virus H5N1 di kirim ke laboratorium Los Alamos di New Mexico? Di Laboratorium inilah dulu dirancang bom atom Hiroshima. Lantas, virus ini untuk vaksin atau senjata kimia? Menkes akhirnya mengirim surat resmi meminta agar WHO membuka data itu. Ia berusaha keras agar mekanisme virus sharing diubah menjadi transparan. Hasilnya, pada 8 Agustus 2006, WHO mengirim data itu. Tak

berhenti di situ, menkes terus mengejar WHO-CC agar mengembalikan 58 virus lainnya asal Indonesia.

Sayangnya WHO mengabarkan bahwa tidak bisa mengirim data ke 58 virus tersebut. Sebab 58 virus asal Indonesia konon sudah ditempatkan di Bio Health Security, Lembaga Penelitian Senjata Biologi Amerika Pentagon. Meski harus berhadapan dengan adidaya, Menkes terus melawan. Ia memutuskan untuk tidak lagi bersedia mengirim spesimen virus yang diminta WHO, selama mekanismenya masih tidak transparan, imperialistik, kapitalistik dan mengancam umat manusia.

Media dunia bahkan media Barat sangat mendukung tindakan Menteri Kesehatan RI ini. Majalah bergengsi the Economist (UK), 10 Agustus 2006 menulisnya dalam headline news: *“For the sake of basic human interest, the Indonesia government declares that genomic data on bird-flu viruses can be accessed by anyone. With those words, spoken on August 3rd, Siti Fadilah Supari started a revolution that could yet save the world from the ravages of a pandemic disease. That is because Indonesia’s health minister has chosen weapon that may prove more useful than todays best vaccines in tackling such emerging threats as avian flu: transparency”*.⁴⁹

Kini WHO telah memiliki aturan mainnya lebih **adil, transparan dan setara**. **Adil** artinya negara miskin yang mendapat penyakit flu burung mendapatkan hak atas virus yang dimilikinya. Jika virus itu dibuat vaksin, maka negara korban akan mendapat haknya atas vaksin sesuai aturan. **Transparan** artinya negara yang menderita maupun negara lain mengetahui pasti kemana virus itu perginya, diapakan oleh siapa, dan yakin bahwa virus itu tidak digunakan untuk senjata biologis. **Setara** artinya antara pengirim virus dan pembuat vaksin setara, selevel.⁵⁰

Perjuangan Menkes dalam memperjuangkan hak Indonesia dan negara berkembang lainnya dalam permasalahan virus flu burung telah berhasil. Ia mampu memaksa WHO berubah. Ia berhasil menghancurkan lingkaran setan prevaksinasi dunia. Selain itu berhasil mengubah suatu sistem yang sudah 50 tahun tidak berubah dan tidak transparan bukanlah merupakan hal mudah. Sekarang bukan rakyat Indonesia saja yang menikmati akan tetapi seluruh masyarakat dunia juga ikut menikmati.

⁴⁹ Siti Fadilah Supari, Saatnya Dunia Berubah Tangan Tuhan di Balik Virus Flu Burung, Jakarta 2007

⁵⁰ Nukman Luthfie, Siti Fadilah Supari Menghancurkan Lingkaran Setan, May 4, 2008

6. Laboratorium Namru-2

Namru adalah sebuah lembaga riset yang berada dibawah angkatan laut Amerika Serikat. Secara sederhana NAMRU merupakan kependekan dari Naval Medical Research Unit. Program NAMRU-1 sudah lama selesai dan NAMRU-2 baru saja diminta untuk menghentikan kegiatannya karena kontrak kerjasama sudah berakhir 31 Desember 2005. Proyek kerja sama kedua negara (Indonesia dan Amerika Serikat) itu dihentikan mulai tanggal 1 Januari 2006. Keputusan penghentian kegiatan Namru-2 merupakan hasil kesepakatan antara Departemen Luar Negeri, Departemen Pertahanan, Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia, Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri dan lembaga lain yang terkait. Sementara ini, NAMRU-2 masih melakukan kegiatan untuk menyelesaikan penelitian yang tersisa.

Selain diminta menghentikan kegiatannya Namru-2 juga dipertanyakan manfaat keberadaannya bagi Indonesia. "Selama ini rumah sakit-rumah sakit di Indonesia itu mengirimkan sampel virusnya ke NAMRU-2. Sekarang mereka tidak bisa sembarangan ambil sampel-sampel di rumah sakit. MOU yang baru sudah dikirimkan oleh pemerintah Indonesia ke Amerika Serikat tapi belum ditandatangani mereka. Berarti ada poin-poin yang memberatkan mereka," kata Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari dalam diskusi yang diselenggarakan oleh Forum Umat Islam Indonesia di Jakarta.

Pemerintah Amerika Serikat (AS) sendiri berkomitmen tetap mempertahankan keberadaan lembaga riset medis Angkatan Laut-nya di Jakarta (Naval Medical Research Unit No.2/Namru-2) dan melanjutkan perundingan mengenai rancangan Nota Kesepahaman (MoU) baru dengan pemerintah Indonesia. Pernyataan itu dikemukakan oleh Duta Besar AS untuk Indonesia Cameron R. Hume, Direktur (Commanding Officer) NAMRU-2, Kapten Trevor R. Jones, dan Wakil Duta Besar AS untuk Indonesia yang juga anggota tim perunding, John A Heffern, di Kedutaan Besar AS Jakarta, Kamis. "Kami tetap berkomitmen untuk melanjutkan kerjasama dengan pemerintah RI dan saya yakin kedua belah pihak dapat mencapai kesepakatan dalam MoU," kata Jones.⁵¹

Menkes Siti Fadilah pun menuntut adanya Material Transfer Agreement (MTA) dalam bekerjasama dengan Amerika Serikat. Supaya bangsa Indonesia

⁵¹ Kompas, AS Ingin Pertahankan Namru-2 di Jakarta, Kamis, 24 April 2008

sebagai pemilik virus juga mendapatkan manfaat. "Seperti flu burung itu, virusnya saya kirimkan ke laboratorium WHO di Hongkong, lalu dijadikan biang vaksin oleh Amerika Serikat dan biang vaksin itu jadi milik Amerika. Ini ketidakadilan yang bisa menuju pada kehancuran," kata Menkes.⁵² Diantara poin yang masih memberatkan bagi Indonesia adalah permintaan pemberian kekebalan diplomatik bagi seluruh staf Amerika Serikat dan kemudahan dalam mengakses hasil penelitian, serta manfaat Namru-2 bagi Indonesia.⁵³

Selain minim sumbangan dalam memberantas penyakit, aktivitas NAMRU-2 juga menimbulkan tanda tanya. Bahkan ada yang curiga, laboratorium itu menjadi pusat kegiatan intelejen dan pengembangan senjata biologis. Maklum, sejumlah pejabat menilai, aktivitas NAMRU-2 nyaris steril dari pantauan langsung pemerintah Indonesia. Menteri Pertahanan Indonesia Juwono Sudarsono pernah mengajukan penempatan peneliti TNI-AL sebagai pengawas di Laboratorium NAMRU-2, delapan tahun yang lalu. Namun sampai saat ini usulan tersebut masih belum mendapatkan tanggapan yang serius.⁵⁴

Bukan hanya Menteri Pertahanan saja yang pernah mengirimkan surat Menteri Luar Negeri Hasan Wirajuda pada tanggal 25 Agustus 2004. Dalam suratnya, beliau juga menyebutkan soal ketidakjelasan nasib sembilan proyek yang masih dilakukan NAMRU di Indonesia sejak perjanjian berakhir, 28 Januari 2000. Padahal, dalam kurun waktu tersebut, Indonesia dihadapkan pada sejumlah kasus penyakit epidemik yang menyerang sejumlah wilayah di Indonesia. Misainya SAR, flu burung, dan demam berdarah. Bahkan kasus demam berdarah, dalam kurun waktu dua bulan saja, telah menimpa 29.643 orang. Sebanyak 408 orang di antaranya meninggal. Anehnya, menurut beliau, Pemerintah Indonesia sama sekali tak melihat adanya aktivitas NAMRU membantu mengatasi wabah penyakit yang bisa dikategorikan sebagai bencana nasional itu. Padahal, di saat genting itu, terjadi peningkatan aktivitas di laboratorium NAMRU. Impor barang keperluan riset dan jurnah impor barang pindahan tercatat masing-masing 134 dan 21 kali.⁵⁵

Persoalan mendasar tentang NAMRU menurut Menteri Kesehatan sebenarnya adalah ketidaknyaman karena didalamnya ada suatu organ militer asing. Lalu mengapa yang dipakai kerjasama itu adalah Departemen Kesehatan bukan

⁵² Kompas, Namru-2 Diminta Hentikan Kegiatan, Jumat, 25 April 2008

⁵³ Republika, Namru-2 Tak Bermanfaat, Jumat, 29 April 2008

⁵⁴ Gatra, Remang-remang Aktivitas NAMRU-2, 17 Mei 2008

⁵⁵ Gatra, Intel Amerika di Jantung Indonesia, 7 Mei, 2008

departemen lain. Andaikan bermanfaat, mereka bisa membuatkan vaksin dan lain-lain. Apakah kita rela negara kita yang berdaulat didalamnya ada tentara asing. Keberatan saya bukan soal penelitiannya, melainkan keberadaan mereka yang pakai senjata. Pakai topi angkatan Laut. Menurut saya, sungguh menghina. Itu menurut saya. Kalau ada yang tidak terhina, ya, kebangetan. Ini masalah nasionalisme. Sudah saatnya untuk membangkitkan kembali nasionalisme. Selama ini, masih banyak di antara kita yang mementingkan kelompok masing-masing sehingga melupakan kepentingan nasional. Lupa bahwa sesungguhnya kita adalah negara yang, berkedaulatan.⁵⁶



⁵⁶ Gatra, Siti Fadilah Supari: Kalau Tidak terhina, Kebangetan, 7 Mei 2008