

**FLORES DALAM ANCAMAN HIV DAN AIDS**

Imelda F.E. Manurung  
(Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana)  
Husein Pancrantius  
(Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Nusa Tenggara Timur)  
Gusti Brewon  
(Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Nusa Tenggara Timur)

**ABSTRAK****PENDAHULUAN**

Epidemi HIV sejak tahun 1970an telah merambah dunia dengan jumlah pengidap 60 jutaan yang ditemukan melalui *Voluntary Counseling Testing* (VCT). Kasus HIV dan AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan di Bali tahun 1987. Sampai pada tahun 2015 kasus HIV dan AIDS telah mencapai 268.185 dan Provinsi NTT sebanyak 4.056. Jumlah yang telah meninggal dunia karena AIDS di Provinsi NTT mencapai 531 orang. Di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) temuan kasus telah ada sejak 1997 di Flores Timur yang merupakan mantan pekerja migran di Malaysia.

**METODE STUDI**

Metode yang diterapkan dalam penulisan ilmiah ini adalah literature review yang dibatasi pada topik HIV dan AIDS sebagai obyek review, dan Flores, Nusa Tenggara Timur, Indonesia sebagai batasan wilayah review.

**HASIL STUDI**

Temuan berdasarkan data kasus HIV dan AIDS 2015 menunjukkan bahwa seluruh kabupaten dan kota di Provinsi NTT sudah ditemukan kasus HIV dan AIDS. Hal ini mengindikasikan bahwa diseluruh kabupaten/kota sudah ada sumber infeksi. Bahkan berdasarkan investigasi lapangan dan catatan medik, sudah terdapat pengidap sampai dipelosok desa dan mengenai seluruh profesi dan kelompok usia. *Case holding* dan *treatment holding* masih belum optimal karena faktor stigma dan diskriminasi mendorong ODHA 'bersembunyi' menjadi kelompok masyarakat *underground*. Kondisi geografis dan topografis yang sulit. Aktifitas *Care Support Treatment* (CST) pada rumah sakit kabupaten yang masih jauh untuk dijangkau. Distribusi obat dari depo provinsi yang kurang lancar. Komitmen penanggulangan HIV dan AIDS oleh para pemangku kebijakan di tingkat kabupaten yang tidak merata. Sektor kesehatan sebagai *leading sector* belum menjadi yang terdepan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Skala prioritas pembangunan berkaitan penanganan epidemi HIV dan AIDS dianggap sebagai masalah kecil yang sesungguhnya adalah ancaman.

Pulau Flores terletak di Provinsi NTT dan secara geografis berada diantara rangkaian Kepulauan Indonesia mulai dari Sumatera, Jawa, Bali, Lombok, Sumbawa lalu Flores. Bagian Selatannya ada Pulau Sumba sebelum menuju pulau Timor termasuk ke Negara Timor Leste. Disebelah utara pulau Flores sangat terbuka dengan seluruh bagian selatan Pulau Sulawesi yang hanya dipisahkan oleh Laut Flores dan selanjutnya, ke timur laut terdapat pulau Lembata. Dengan demikian, pulau Flores menjadi jembatan strategis bagi banyak orang baik dari timur ke barat, dari utara ke selatan. Pulau Flores merupakan pulau terbesar di Provinsi NTT yang memiliki 8 kabupaten. Saat ini kemajuan transportasi laut antar pulau semakin lancar dan murah (ada Fery yang memberangkatkan bus antar provinsi dan pulau) menjadikan peningkatan kepadatan manusia di jalan lintas Flores dengan dampak pertumbuhan berbagai usaha sepanjang lintasan tersebut terutama di pelabuhan dan terminal antar kota. Sejak tahun 1990an akibat kemajuan transportasi,

arus manusia semakin padat dan lancar untuk sekedar lewat maka timbul pula berbagai usaha penginapan hotel/losmen. Sepuluh tahun terakhir datang lagi kemajuan lain terutama dibidang pariwisata. Flores telah menjadi destinasi tujuan parawisata kelas dunia dengan ditetapkannya Pulau Komodo sebagai *New Seven Wonder* dan keindahan Danau Kelimutu berwarna tiga. Parawisata telah menjadi industri yang menghasilkan uang, ibarat sumber madu yang didatangi oleh seluruh lebah dari berbagai penjuru Indonesia dan dunia.

Ada beberapa keadaan/kondisi yang perlu mendapat perhatian dalam perkembangan epidemi HIV di NTT khususnya Flores:

1. Desa nelayan disepanjang pantai merupakan desa yang jauh dari akses pelayanan kesehatan. Semua upaya mulai dari promosi kesehatan, preventif, curatif dan rehabilitatif susah dijangkau masyarakat dan juga sebaliknya, provider susah menjangkau mereka. Dari aspek fasilitas VCT, hanya ada 3 laboratorium VCT di ibukota kabupaten. Padahal sebagian besar masyarakat tinggal di pedesaan terpencil, dimana mereka juga sesring bersentuhan dengan gaya hidup perkotaan. Hal ini ditunjukkan dari temuan kasus HIV masuk desa dan kasus HIV pada ibu rumah tangga yang ada di pedesaan selanjutnya HIV pada bayi yang dilahirkan.
2. Sentra pertumbuhan ekonomi baru karena parawisata, mempunyai karakter yang berbeda. Pulau Flores memiliki banyak objek wisata selain Komodo dan Danau Kelimutu, ada juga objek wisata Liang buah, Mbaruniang, Samana Santa dan lainnya yang banyak dikunjungi oleh wisatawan domestik dan manca negara. Berbagai objek wisata tersebut menarik pekerja parawisata penduduk lokal. Mereka meninggalkan kampung untuk menjadi pekerja di objek-objek wisata di Pulau Flores. Bahkan banyak juga pekerja yang berasal dari luar pulau Flores. Mereka pada umumnya datang tanpa keluarga dan tinggal di daerah-daerah objek wisata. Pertumbuhan pariwisata tidak terlepas dari bumbu kehidupan malam yang berdampak sosial. Diluar kedatangan pencari kerja sebagai perkerja migran untuk berbagai jasa parawisata terselip pula pekerja seks yang siap melayani kebutuhan seks mereka yang memerlukan. Di daerah seperti ini, terjadi pertemuan antara mereka yang dikategorikan populasi kunci dan para pekerja parawisata yang meninggalkan keluarganya berbulan-bulan sehingga tidak mendapat kepuasan seksual. Suatu stigma yang menganggap bahwa pariwisata mendatangkan turis manca Negara dan mereka yang menularkan HIV. Sesungguhnya para turis sebelumnya sudah diberi peringatan di negerinya bahwa melancong ke Indonesia adalah suatu negeri dengan epidemi HIV terkonsentrasi yang tinggi bahkan juga mengalami general epidemi di beberapa daerah. Untuk itu para turis sebenarnya sudah lebih sadar untuk konsisten menggunakan kondom.
3. Hal lain yang harus diantisipasi adalah kehidupan pariwisata yang menjadi bagian dari sasaran pengedar narkoba sebagai pasar potensial. Di Flores tidak semua Desa dapat dilalui kendaraan umum dengan berbagai sebab dan alasan. Hal ini bisa diatasi dengan munculnya suatu alat transportasi yang disebut Ojek. Pekerja jasa Ojek sebagian besar adalah kelompok usia produktif yang sangat gesit untuk keluar masuk kampung.
4. Di semua ibu kota kabupaten di Flores terkonsentrasi berbagai lembaga pendidikan yang merupakan tempat dimana para pemuda usia sekolah dari seluruh pelosok datang dan tinggal di kota. Sebagian besar mereka tinggal ditempat kos atau semacam asrama yang tidak mengontrol dengan ketat perilaku remaja penghuninya. Dengan perkembangan dunia informasi yang terjadi mereka sangat terbuka kearah 'konsumerisme' dan dampak buruknya. Hidup dengan pola konsumerisme dalam suasana kemiskinan dan peluang sasaran narkoba mendorong remaja rentan kearah kehidupan seks bebas.
5. Proses pembangunan infrastruktur dan pertumbuhan industri membutuhkan para buruh yang sebagian besar meninggalkan keluarganya. Kondisi para buruh menjadi sangat rawan untuk kebutuhan seksual apalagi kalau disekitar mereka ada penjual

jasa seks. Pelayanan kesehatan sering tidak menjadi perhatian pemberi pekerjaan seks.

Pada saat ini yang paling membahayakan dari perkembangan epidemi HIV dan AIDS di NTT termasuk Flores adalah tertinggi dikalangan ibu rumah tangga. Ironisnya karena mereka berdiam dipelosok desa dalam suasana adat dan suasana yang serba tradisional. Mereka terikat dalam perkawinan yang sacral dan adat yang kuat dengan demikian kehidupan seksual mereka adalah seks yang suci yang hanya dengan satu pasangan sampai mati. Para wanita tersebut keluar rumah hanya karena tujuan untuk berkebun, rumah ibadat atau pasar kalau ada uang yang diberikan suami. Sebagian besar mereka hanya memasak dan mencuci pakaian keluarga. Disisi lain mereka jauh dari jangkauan layanan kesehatan termasuk ANC yang memadai termasuk VCT kalau mereka hamil.

Kasus kematian akibat infeksi oportunistik AIDS sering terjadi diakibatkan: terlambatnya diagnosis HIV karena tidak ada gejala klinis yang nyata selain kalau sudah AIDS. Case holding yang kurang baik karena kurangnya pengamatan terhadap timbulnya gejala infeksi oportunistik oleh pengidap sendiri maupun oleh tenaga kesehatan. Fasilitas pemeriksaan sel CD4 belum tersedia di tingkat kabupaten. Putus obat ARV karena sikap pengidap yang bosan serta penyediaan yang sering terlambat dari tingkat provinsi.

Kegagalan penanggulangan HIV dan AIDS selama kurun waktu 28 tahun adalah karena pemahaman bahwa fenomena gunung es adalah fakta dari terungkapnya epidemic HIV. Seberapa besar kedalaman dari gunung es yang tenggelam, masih menggunakan angka estimasi berdasarkan estimasi perilaku, perkiraan populasi kunci dan parameter lain.

Perhitungan terhadap keberhasilan adalah hasil informasi penurunan kematian pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang muncul dipermukaan yang menggunakan Anti Retroviral Therapy (ART). Pengidap yang tidak ditemukan melalui VCT maupun yang tidak tersentuh pengobatan tetapi menularkan, meninggal dengan sindrom AIDS tanpa dilaporkan. Semua yang di bawah permukaan gunung es masih misterius. Kalau tidak diungkap akan menjadi ancaman dimasa depan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Semua pengidap yang tersingkap melalui VCT maupun tidak tersingkap adalah anggota masyarakat yang hidup ditengah masyarakat. Sehingga demikian masyarakat harus berperan mulai dari tingkat keluarga, kelompok masyarakat, posyandu, RT/RW dibawah koordinasi Kepala Desa/Lurah bekerja bersama mengungkap HIV dan AIDS dengan peduli terhadap semua hal yang terkait HIV dan AIDS.

### Saran

Berdasarkan berbagai kondisi di atas, beberapa saran yang dapat digunakan untuk berbagai tindakan penanggulangan HIV dan AIDS antara lain:

1. Penyuluhan dilakukan pada kelompok yang tidak berisiko dengan luaran yaitu Aku Berani Aku Tahu (ABAT). Perlu dilakukan pemetaan kasus mulai dari populasi kunci, penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) dan penderita HIV untuk menentukan skala prioritas area terhadap upaya warga peduli AIDS yang disertai dengan peta *hotspot*.
2. Temuan adanya kelompok yang sudah memahami ABAT tetapi tidak bisa mengakses VCT. Untuk mengatasinya perlu diprogramkan mobile VCT oleh klinik VCT terdekat atau unit mobile VCT Rumah Sakit/Dinas Kesehatan.
3. Temuan masyarakat yang sudah datang ke laboratorium VCT tetapi VCT tidak disediakan Sumber Daya Manusia (SDM) atau bahan reagensia. Untuk itu, Perencanaan lokasi klinik VCT secara tepat lokasi dan sasaran.

4. Ditemukannya ODHA baru tetapi tidak ada pendampingan kasus untuk semua aspek tindak lanjut. Kondisi mental yang berat serta tekanan psikosial yang dirasakan ODHA. Untuk itu diperlukan pendampingan dan penguatan melalui kegiatan-kegiatan yang memperkuat psikis dan pemberdayaan ekonomi.