



**HIV/AIDS di Indonesia:  
Masa Kini dan Masa Depan**

Zubairi Djoerban

Pidato pada Upacara Pengukuhan  
Sebagai Guru Besar Tetap dalam Ilmu Penyakit Dalam  
Pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia  
Jakarta, 20 Desember 2003



Kepada Yth.,  
Saudara Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia  
Saudara Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia  
Saudara Rektor Universitas Indonesia beserta para Wakil Rektor  
Saudara Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia beserta para Wakil Dekan  
Para Dekan beserta para Wakil Dekan di lingkungan Universitas Indonesia  
Saudara Direktur Pasca Sarjana Universitas Indonesia  
Para Guru Besar dan seluruh Anggota Senat Universitas Indonesia  
Saudara Direktur RSUP.Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo dan seluruh jajarannya  
Para Ketua Departemen dan Ketua Program Studi di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia  
Para Sejawat, dan Staf Pengajar lainnya, Mahasiswa Kedokteran, Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, Magister dan Doktor  
Para Undangan dan hadirin sekalian yang saya hormati

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji dan syukur kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala atas segala rahmat dan karunia nikmat-Nya yang dilimpahkan kepada kita semua, baik kesehatan, rizki dan iman, dan hanya atas takdir-Nya kita semua dapat berkumpul bersama pada pagi ini dan saya dapat membacakan pidato pengukuhan sebagai Guru Besar Tetap dalam Ilmu Penyakit Dalam pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan setulus-tulusnya kepada hadirin semua yang bersedia meluangkan waktu untuk menghadiri upacara pengukuhan ini.

Hadirin yang amat saya hormati,

Merupakan suatu kehormatan bagi saya untuk menyampaikan pidato pengukuhan yang berjudul **“HIV/AIDS di Indonesia: Masa Kini dan Masa Depan”**

Beberapa tahun terakhir kita menyaksikan kemajuan dan harapan dalam pencegahan, pengobatan dan layanan kesehatan untuk odha (orang dengan HIV/AIDS). Kita melihat besarnya energi dan komitmen di masyarakat yang terkait dengan dan dipengaruhi oleh masalah HIV/AIDS di Indonesia, dan juga komitmen masyarakat umum, pemerintah dan badan donor secara keseluruhan.

Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. UNAIDS, Badan WHO yang mengurus masalah AIDS, memperkirakan jumlah odha di seluruh dunia pada tahun 2003 adalah 34-46 juta orang.<sup>1</sup> HIV/AIDS menyebabkan berbagai krisis secara bersamaan, menyebabkan krisis kesehatan, krisis pembangunan negara, krisis ekonomi, pendidikan dan juga krisis kemanusiaan. Dengan kata lain HIV/AIDS menyebabkan krisis multidimensi. Sebagai krisis kesehatan, AIDS memerlukan respons dari masyarakat dan memerlukan layanan pengobatan dan perawatan untuk individu yang terinfeksi HIV.

Telah disebutkan bahwa AIDS menyebabkan krisis pembangunan negara. Di beberapa negara kemajuan pembangunan ekonomi dan sumber daya manusia yang dibangun selama puluhan tahun, hilang begitu saja akibat negara kehilangan banyak tenaga terampil dan terdidik. AIDS juga memperberat krisis ekonomi karena banyaknya tenaga pekerja, buruh dan petani yang meninggal atau kinerjanya amat menurun akibat infeksi HIV/AIDS.

Krisis pendidikan yang terjadi akibat AIDS, disebabkan makin banyaknya anak yang menjadi yatim piatu, siswa sekolah dan mahasiswa yang terinfeksi HIV, serta kehilangan tenaga pengajar akibat HIV/AIDS. Di negara yang dilanda konflik, kerusakan akibat konflik diperbesar oleh masalah AIDS, sehingga membuat krisis kemanusiaan yang terjadi menjadi lebih dalam dan panjang. Stigma dan diskriminasi terhadap mereka yang terinfeksi HIV masih saja terjadi hingga kini.<sup>2,3</sup>

Respons terhadap epidemi AIDS harus tercermin pada perubahan perilaku, baik perilaku perseorangan maupun perubahan perilaku institusional. AIDS menyerang semua lapisan masyarakat: berpendidikan tinggi maupun rendah, orang tua, remaja dan anak-anak, buruh, petani, dokter, wartawan, pejabat, selebritis, kaya ataupun miskin. AIDS yang bersinergi dengan kemiskinan menyebabkan masalah menjadi makin berat.

Hadirin yang saya hormati,

Keterlibatan saya dalam penanganan HIV/AIDS di Indonesia dimulai dari pengalaman menimba ilmu di Paris, Perancis pada tahun 1982-1983. Ketika itu saya mendapat kesempatan untuk mengikuti program *post-graduate training* di Laboratorium Imunologi, Pusat Kanker dan Imunogenetika Rumah Sakit Paul Brousse. Tujuan utama pendidikan saya di sana adalah agar terampil mengidentifikasi berbagai jenis leukemia limfoblastik akut.

Salah satu keterampilan yang saya dapatkan adalah mengidentifikasi dan menghitung jumlah limfosit T-helper, atau yang sekarang ini lebih dikenal dengan nama CD-4. Tes ini merupakan kriteria terpenting untuk mendiagnosis AIDS pada waktu itu, yakni antara tahun 1981 sampai tahun 1985, sebelum ditemukan teknik untuk mengidentifikasi HIV. Di rumah sakit tempat saya belajar tersebut, saya mengenal pasien AIDS untuk pertama kalinya, yaitu pada seorang anak dengan hemofilia, di bulan Maret tahun 1983.

Sepulang dari Perancis, saya melakukan penelitian pada kalangan waria di Pasar Rumpit Jakarta, pada tahun 1983. Dari 15 orang yang diperiksa, tiga di antaranya memenuhi kriteria minimal untuk diagnosis AIDS, yaitu didapatkannya gejala klinis yang disertai penurunan jumlah limfosit T-helper, terbaliknya perbandingan T-helper dan suppressor serta limfopenia.<sup>4</sup> Sayang sekali waktu itu belum ada teknologi untuk menyimpan darah, sehingga pasien yang diteliti tidak bisa diperiksa tes HIV di kemudian hari.

Untuk diketahui, kasus pertama AIDS di dunia dilaporkan pada tahun 1981<sup>5</sup> dan virus penyebab AIDS diidentifikasi oleh Luc Montagnier pada tahun 1983 yang pada waktu itu diberi nama LAV (lymphadenopathy virus)<sup>6</sup> sedangkan Robert Gallo menemukan virus penyebab AIDS pada 1984 yang saat itu dinamakan HTLV-III.<sup>7</sup> Sedangkan tes untuk memeriksa antibodi terhadap HIV dengan cara Elisa baru tersedia pada tahun 1985.

Istilah penderita AIDS tidak dianjurkan dan istilah odha (orang dengan HIV/AIDS) lebih dipilih agar pasien AIDS diperlakukan lebih manusiawi, sebagai subjek dan tidak dianggap sebagai sekadar objek, sebagai penderita.

Kasus pertama AIDS di Indonesia dilaporkan secara resmi tahun 1987 yaitu pada seorang warga negara Belanda di Bali. Sebenarnya sebelum itu telah ditemukan kasus di RS Islam Jakarta pada bulan

Desember 1985 yang secara klinis sangat sesuai dengan diagnosis AIDS dan hasil tes Elisa tiga kali diulang, menyatakan positif. Hanya, hasil tes Western Blot, yang saat itu dilakukan di Amerika Serikat, hasilnya negatif sehingga tidak dilaporkan sebagai kasus AIDS. Perlu dicatat bahwa pengiriman darah untuk tes HIV memerlukan persiapan khusus dan harus pada suhu dingin. Kasus lain adalah pada bulan Maret 1986 di RS Cipto Mangunkusumo. Kasus kedua tersebut ditemukan pada pasien hemofilia dan termasuk jenis non-progressor, artinya kondisi kesehatan dan kekebalannya cukup baik selama 17 tahun tanpa pengobatan, dan sudah dikonfirmasi dengan Western Blot, serta masih berobat jalan di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002.<sup>3</sup>

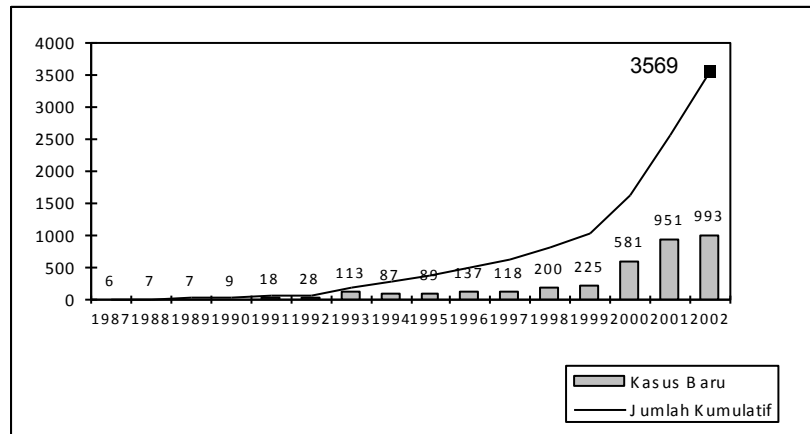
### **PERKEMBANGAN EPIDEMI AIDS DI INDONESIA**

Hadirin yang saya hormati,

Sejak 1985 sampai tahun 1996 kasus AIDS masih amat jarang ditemukan di Indonesia. Pada periode itu setiap bulan dijumpai satu atau dua odha, kadang-kadang tidak ditemukan sama sekali odha baru. Sebagian besar odha pada periode itu berasal dari kelompok homoseksual. Kemudian jumlah kasus baru HIV/AIDS semakin meningkat dan sejak pertengahan tahun 1999 mulai terlihat peningkatan tajam yang terutama disebabkan akibat penularan melalui narkotika suntik. Sampai dengan September 2003 tercatat 3.924 kasus HIV/AIDS yang dilaporkan.<sup>8</sup> Jumlah itu tentu masih sangat jauh dari jumlah sebenarnya. Departemen Kesehatan RI pada tahun 2002 memperkirakan jumlah penduduk Indonesia yang terinfeksi HIV adalah antara 90.000 sampai 130.000 orang.<sup>9</sup>

Data yang ada memberikan kesimpulan bahwa epidemi HIV/AIDS di Indonesia bukanlah dalam tahap awal lagi, namun sudah dalam tahap epidemi yang lebih lanjut. Penularan HIV/AIDS di Indonesia sudah melalui berbagai cara, baik melalui hubungan homoseksual,

heteroseksual, jarum suntik pada pengguna narkotika, transfusi komponen darah dan dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dilahirkannya. Infeksi HIV/AIDS juga telah mengenai semua golongan masyarakat, baik kelompok risiko tinggi maupun masyarakat umum. Jika pada awalnya, sebagian besar odha berasal dari kelompok homoseksual maka kini telah terjadi pergeseran dimana persentase penularan secara heteroseksual dan pengguna narkotika semakin meningkat. Beberapa bayi yang terbukti tertular HIV dari ibunya menunjukkan tahap yang lebih lanjut dari tahap penularan heteroseksual.<sup>8,10</sup>



Gambar 1. Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia, 1987-2001 (sumber: Ditjen PPM & PLP Depkes RI. Statistik Kasus HIV AIDS di Indonesia: September 2003)

Sebuah survey yang dilakukan di Tanjung Balai Karimun menunjukkan peningkatan jumlah pekerja seks komersil (PSK) yang terinfeksi HIV yaitu dari 1% pada tahun 1995/1996 menjadi lebih dari 8,38% pada tahun 2000. Sementara itu survey yang dilakukan pada tahun 2000 menunjukkan angka infeksi HIV yang cukup tinggi di lingkungan PSK di Merauke yaitu 26,5%, 3,36% di Jakarta Utara, dan 5,5% di Jawa



Barat.<sup>11</sup> Survey sentinel yang dilakukan di RS Ketergantungan Obat di Jakarta menunjukkan peningkatan kasus infeksi HIV pada pengguna narkotika yang sedang menjalani rehabilitasi yaitu 15% pada tahun 1999, meningkat cepat menjadi 40,8% pada tahun 2000, dan 47,9% pada tahun 2001.<sup>12</sup> Pengguna narkotika yang mengikuti tes HIV gratis yang diadakan Pokdisus AIDS FKUI/RSUPNCM ternyata 33% terinfeksi HIV.<sup>13</sup> Bahkan suatu survei di sebuah kelurahan di Jakarta Pusat yang dilakukan oleh Yayasan Pelita Ilmu menunjukkan 93% pengguna narkotika terinfeksi HIV.<sup>14</sup>

Surveilans pada donor darah dan ibu hamil biasanya digunakan sebagai indikator untuk menggambarkan infeksi HIV/AIDS pada masyarakat umum. Jika pada tahun 1990 belum ditemukan darah donor di Palang Merah Indonesia (PMI) yang tercemar HIV, maka pada periode selanjutnya ditemukan infeksi HIV yang jumlahnya makin lama makin meningkat. Persentase kantung darah yang dinyatakan tercemar HIV adalah 0,002% pada periode 1992/1993, 0,003% pada periode 1994/1995, 0,004% pada periode 1998/1999 dan 0,016% pada tahun 2000.<sup>11</sup>

Prevalensi ini tentu perlu ditafsirkan dengan hati-hati, karena sebagian donor darah berasal tahanan di lembaga pemasyarakatan, dan dari pasien yang tersangka AIDS di rumah sakit yang belum mempunyai fasilitas laboratorium untuk tes HIV. Sejak beberapa bulan yang lalu, tidak ada lagi darah donor yang berasal dari penjara.

Survey yang dilakukan pada tahun 1999-2000 pada beberapa klinik KB, puskesmas dan rumah sakit di Jakarta yang dipilih secara acak menemukan bahwa 6 (1,12%) ibu hamil dari 537 orang yang bersedia menjalani tes HIV ternyata positif terinfeksi HIV.<sup>15</sup>

## **NARKOTIKA DAN HIV/AIDS**

Hadirin yang terhormat,

Dari data diatas dapat disimpulkan, bahwa masalah HIV/AIDS di Indonesia sudah amat serius, bahkan saat ini rasanya bisa dikatakan kita sedang menyaksikan ledakan jumlah orang yang terinfeksi HIV. Fakta yang paling mengkhawatirkan adalah bahwa peningkatan infeksi HIV yang semakin nyata pada pengguna narkotika. Padahal sebagian besar odha yang merupakan pengguna narkotika adalah remaja dan usia dewasa muda yang merupakan kelompok usia produktif.<sup>8</sup> Anggapan bahwa pengguna narkotika hanya berasal dari keluarga *broken home* dan kaya juga tampaknya semakin luntur. Pengaruh teman sebaya (*peer group*) tampaknya lebih menonjol.

Pengguna narkotika suntik mempunyai risiko tinggi untuk tertular oleh virus HIV atau bibit-bibit penyakit lain yang dapat menular melalui darah. Penyebabnya adalah penggunaan jarum suntik secara bersama dan berulang yang lazim dilakukan oleh sebagian besar pengguna narkotika. Satu jarum suntik dipakai bersama antara 2 sampai lebih dari 15 orang pengguna narkotika.<sup>16</sup>

Walaupun harga jarum suntik relatif murah, tetapi banyak pengguna narkotika yang enggan menggunakan uangnya untuk membeli jarum suntik baru, lebih baik uangnya digunakan untuk membeli obat. Tragisnya, musibah yang kita hadapi sekarang ini merupakan pengulangan sejarah. Cerita yang persis sama tentang infeksi HIV di kalangan pengguna narkotika dialami di New York, 55-60% pengguna narkotika terinfeksi HIV pada tahun 1984, padahal 6 tahun sebelumnya hanya 9%. Di Vietnam pengguna narkotika yang terinfeksi HIV pada tahun 1990 amat sedikit (kurang dari 1%), menjadi 12% di Lang Son dan 32.5% di Hai Phong pada tahun 1998.

Selain HIV, hampir semua – lebih dari 80% – pengguna narkotika juga terinfeksi virus hepatitis C. Infeksi pada katup jantung juga adalah penyakit yang dijumpai pada odha pengguna narkotika dan biasanya tidak ditemukan pada odha yang tertular dengan cara lain. Lamanya penggunaan jarum suntik berbanding lurus dengan dengan infeksi

pneumonia dan tuberkulosis. Makin lama seseorang menggunakan narkotika suntikan, makin mudah ia terkena pneumonia dan tuberkulosis.<sup>17</sup> Infeksi secara bersamaan ini akan menimbulkan efek yang buruk. Infeksi oleh kuman penyakit lain akan menyebabkan virus HIV membelah dengan lebih cepat sehingga jumlahnya akan meningkat pesat.<sup>18,19</sup> Selain itu juga dapat menyebabkan reaktivasi virus di dalam limfosit T.<sup>20</sup> Akibatnya perjalanan penyakitnya biasanya lebih progresif.

Perjalanan penyakit HIV yang lebih progresif pada pengguna narkotika ini juga tercermin dari hasil penelitian di RSUPNCM pada 57 pasien HIV asimtomatik yang berasal dari pengguna narkotika, dengan kadar CD4 lebih dari 200 sel/mm<sup>3</sup>. Ternyata 56,14% mempunyai jumlah virus dalam darah (*viral load*) yang melebihi 55.000 kopi/ml, artinya penyakit infeksi HIV nya progresif, walaupun kadar CD4 relatif masih cukup baik.<sup>21</sup>

Pasien HIV yang mempunyai kadar viral load yang tinggi ini memerlukan pengobatan segera –walaupun CD4 lebih dari 200 sel/mm<sup>3</sup> – karena penyakitnya lebih progresif. Fenomena ini terjadi mungkin sekali karena pasien yang viral loadnya tinggi tersebut menunjukkan infeksi HIV belum lama terjadi, sehingga kadar CD4 nya masih tinggi. Kemungkinan penyebab lain adalah seringnya ditemukan berbagai penyakit infeksi lain yang menyertai pengguna narkotika dengan HIV tahap awal, misalnya hepatitis C dan tuberkulosis.

Odha juga harus menghadapi masalah-masalah lain seperti gejala putus obat, overdosis, masalah sosial seperti pencurian, kekerasan beserta dampak baliknya. Melihat fakta-fakta tersebut maka upaya penanggulangan yang terpadu dan komprehensif menjadi mutlak dilakukan.

## **AIDS DAN ILMU PENGETAHUAN**

Hadirin yang saya hormati,

Baik secara langsung atau tidak, epidemi HIV/AIDS telah memberi sumbangan besar bagi perkembangan ilmu pengetahuan, terutama ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat. Pengetahuan kita mengenai virus, vaksin, dan pengobatan beragam jenis infeksi jelas telah diperkaya oleh HIV/AIDS.

Infeksi oportunistik yang ditemukan pada pasien AIDS di Jakarta menurut urutannya adalah kandidiasis mulut dan esofagus, tuberkulosis, infeksi virus sitomegalo, pneumonia rekurens, ensefalitis toksoplasma, pneumonia Pneumocystis Karinii, infeksi virus herpes simpleks, kriptosporidiosis, histoplasmosis, dan mikobakterium avium kompleks.<sup>22</sup>

Anemia adalah manifestasi klinis dalam bidang hematologi yang paling banyak didapatkan pada pasien HIV/AIDS. Biasanya anemia ini terjadi akibat efek samping pemberian obat antiretrovirus zidovudin. Dengan pemberian eritropoietin biasanya anemia dapat diatasi. Leukopeni/granulositopeni sering pula ditemukan pada pasien HIV/AIDS, terutama akibat toksisitas obat ARV.<sup>23</sup> Data dari Laboratorium Hematologi-Onkologi Medik FKUI/RSUPNCM menunjukkan bahwa 42% pasien mengalami anemia, 27% leukopenia, dan 8% mengalami trombositopenia.<sup>24</sup>

Beberapa jenis kanker seperti sarkoma kaposi, kanker serviks, limfoma, kanker anus, dll. diketahui berhubungan dengan infeksi HIV. Ditemukan beberapa kasus kanker Sarkoma Kaposi, limfoma otak dan kanker cervix pada pasien AIDS yang sedang dirawat inap.<sup>22</sup> Pemberian obat anti retroviral terbukti dapat menurunkan insidens kanker yang berhubungan dengan HIV.<sup>25</sup>

Pada saat yang sama, AIDS juga membuka wawasan baru dalam berbagai disiplin ilmu sosial, seperti sosiologi, antropologi, agama dan

hukum. Wacana kesehatan reproduksi, hak-hak anak, perempuan dan kesetaraan gender, serta hak asasi manusia (HAM) pun telah menyinggung implikasi sosial dari epidemi HIV/AIDS. Berbagai implikasi tersebut pada gilirannya telah “mendekatkan” berbagai bidang keilmuan yang semula dianggap memiliki paradigma berbeda dan tidak mungkin bersentuhan satu sama lain. Berkembangnya ilmu kedokteran sosial dan paradigma *good medicine practices* menunjukkan bahwa ilmu eksakta memang tidak mungkin lepas dari pendekatan humanistik yang menempatkan pasien sebagai manusia yang utuh, yang terdiri dari tubuh dan jiwa.

Seperti telah sama-sama kita ketahui, odha tidak hanya menderita karena berbagai masalah medis. Pada saat yang sama mereka juga menderita karena stigma yang diterima dari masyarakat atau bahkan keluarga sendiri. Meskipun pada masa awal terjadinya infeksi pasien mungkin tidak menunjukkan gejala apa-apa, namun seiring dengan perjalanan penyakitnya berbagai bentuk intimidasi, prasangka, dan diskriminasi sangat mungkin akan mereka hadapi. Hal yang sama pun bisa dialami oleh odha yang dengan suka rela dan kesadaran penuh membuka status kesehatannya kepada publik.<sup>26</sup>

Meskipun saat ini HIV/AIDS bisa digolongkan sebagai penyakit kronis, namun cara penularan AIDS – terutama melalui jalur seksual ataupun narkoba – membuat moral terus menjadi isu penting yang dipakai untuk menghakimi odha. Inilah tantangan terbesar bagi kelompok agamawan dan aktivis serta kedokteran berkaitan dengan eksistensi odha di tengah masyarakat.

Penyangkalan dan sikap menghakimi terhadap odha tidak akan menguntungkan siapapun, dan bahkan hanya menunda kesiapan kita menghadapi masalah yang sangat serius ini.

#### **PERKEMBANGAN PENGOBATAN HIV/AIDS**

Hadirin yang saya hormati,

AIDS sampai saat ini memang belum dapat disembuhkan secara total. Namun, data selama 6 tahun terakhir menunjukkan bukti yang amat meyakinkan bahwa pengobatan dengan kombinasi beberapa obat anti HIV (obat anti retroviral, disingkat obat ARV) bermanfaat menurunkan morbiditas dan mortalitas dini akibat infeksi HIV.<sup>27,28,29</sup> Orang dengan HIV/AIDS menjadi lebih sehat, dapat bekerja normal dan produktif. Manfaat ARV dicapai melalui pulihnya sistem kekebalan akibat HIV dan pulihnya kerentanan odha terhadap infeksi oportunistik.<sup>30</sup>

Seseorang yang terinfeksi HIV, selama beberapa tahun yang bersangkutan akan tetap merasa sehat dan dari luar juga tampak sehat. Hampir semua orang yang terinfeksi HIV kemudian akan masuk tahap AIDS dan meninggal karena AIDS, kecuali yang mendapat pengobatan anti retroviral. Jadi AIDS adalah tahap akhir infeksi HIV.

Tanpa pengobatan ARV, walaupun selama beberapa tahun tidak menunjukkan gejala, secara bertahap sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi HIV akan memburuk, dan akhirnya pasien menunjukkan gejala klinik yang makin berat, pasien masuk tahap AIDS. Jadi yang disebut laten secara klinik (tanpa gejala), sebetulnya bukan laten bila ditinjau dari sudut penyakit HIV. Manifestasi dari awal dari kerusakan sistem kekebalan tubuh adalah kerusakan mikro arsitektur folikel kelenjar getah bening dan infeksi HIV yang luas di jaringan limfoid, yang dapat dilihat dengan pemeriksaan hibridisasi in situ. Sebagian besar replikasi HIV terjadi di kelenjar getah bening, bukan di peredaran darah tepi.

Pada waktu orang dengan infeksi HIV masih merasa sehat, klinis tidak menunjukkan gejala, pada waktu itu terjadi replikasi HIV yang tinggi,  $10^{10}$  partikel setiap hari. Replikasi yang cepat ini disertai dengan

mutasi HIV dan seleksi, muncul HIV yang resisten. Bersamaan dengan replikasi HIV, terjadi kehancuran limfosit CD4 yang tinggi, untungnya tubuh masih bisa mengkompensasi dengan memproduksi limfosit CD4 sekitar  $10^9$  sel setiap hari.<sup>31</sup>

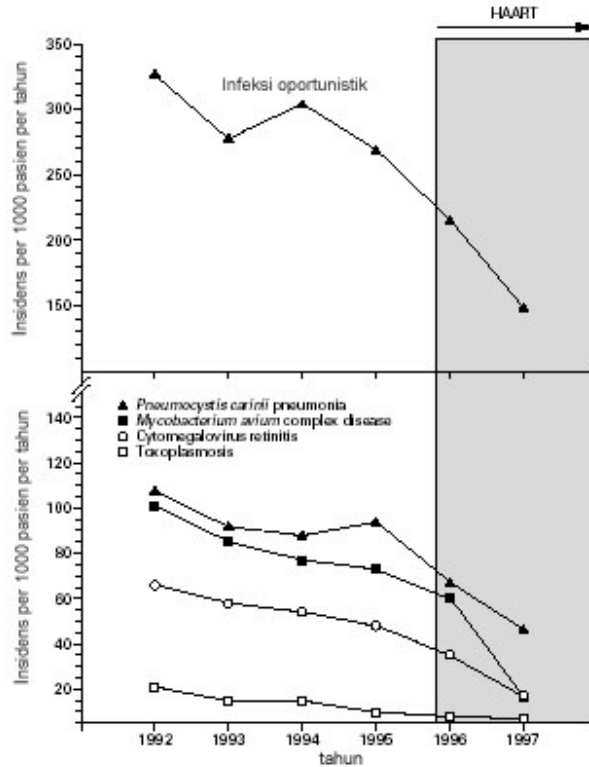
Kombinasi obat anti retroviral tidak hanya secara konsisten menekan replikasi HIV,<sup>32</sup> namun juga secara bermakna memperlambat kecepatan menjadi tahap AIDS.<sup>27</sup> Manfaat terhadap ketahanan hidup dan perbaikan harapan hidup, terlihat lebih mencolok pada pasien yang belum pernah mendapat pengobatan ARV. Replikasi virus HIV yang berkelanjutan menyebabkan penyakit infeksi HIV menjadi progresif, menyebabkan kerusakan sistem kekebalan; karena itu, target pengobatan ARV adalah menekan replikasi virus secara berkelanjutan.

Pendekatan pengobatan ARV dan regimen pengobatannya dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain: (a) replikasi virus HIV ternyata berlangsung dengan kadar yang tinggi sejak awal infeksi, jadi tidak hanya pada tahap AIDS, (b) tubuh odha mampu menunjukkan respons imun yang baik terhadap HIV pada awal infeksi, namun secara bertahap respons imun mulai menurun sejak bulan-bulan pertama infeksi HIV.

Obat antiretroviral diberikan kepada pasien yang telah memperlihatkan gejala AIDS, pasien tanpa gejala dengan CD4 kurang dari 200 sel/mm<sup>3</sup> dan/atau viral load lebih dari 55.000 kopi/ml,<sup>33</sup> sebagai pencegahan penularan dari ibu ke bayi,<sup>34</sup> dan sebagai pengobatan profilaksis pada orang yang terpapar dengan cairan tubuh yang mengandung virus HIV.<sup>35</sup>

Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi kesehatan odha menjadi jauh lebih baik. Infeksi kriptosporidiasis yang sebelumnya sukar diobati, menjadi lebih mudah ditangani. Infeksi penyakit oportunistik lain yang berat, seperti infeksi virus sitomegalo dan infeksi

mikobakterium atipikal, dapat disembuhkan.<sup>36</sup> Pneumonia *Pneumocystis carinii* pada odha yang hilang timbul, biasanya mengharuskan odha minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun sekarang dengan minum obat ARV teratur, banyak odha yang tidak memerlukan minum obat profilaksis terhadap pneumonia.<sup>37,38</sup>



Gambar 2. Penurunan insidens infeksi oportunistik pada odha (sumber: Adult/Adolescent Spectrum of HIV Disease Cohort Study<sup>36</sup>)

Terdapat penurunan kasus kanker yang terkait dengan HIV seperti Sarkoma Kaposi dan limfoma dikarenakan pemberian obat-obat antiretroviral tersebut.<sup>25,39</sup> Sarkoma Kaposi dapat spontan membaik



tanpa pengobatan khusus. Penekanan terhadap replikasi virus menyebabkan penurunan produksi sitokin dan protein virus yang dapat menstimulasi pertumbuhan Sarkoma Kaposi. Selain itu pulihnya kekebalan tubuh menyebabkan tubuh dapat membentuk respons imun yang efektif terhadap human herpesvirus 8 (HHV-8) yang dihubungkan dengan kejadian sarkoma kaposi.<sup>40</sup>

Hadirin yang saya hormati,

Pemantauan jumlah sel CD4 di dalam darah merupakan indikator yang dapat dipercaya untuk memantau beratnya kerusakan kekebalan tubuh akibat HIV, dan memudahkan kita untuk mengambil keputusan memberikan pengobatan ARV.<sup>41</sup> Jika tidak terdapat sarana pemeriksaan CD4, maka jumlah CD4 dapat diperkirakan dari jumlah limfosit total yang sudah dapat dikerjakan di banyak laboratorium pada umumnya.<sup>42,43</sup>

Sebelum tahun 1996, para klinisi mengobati, menentukan prognosis dan menduga staging pasien, berdasarkan gambaran klinik pasien dan jumlah limfosit CD4. Sekarang ini sudah ada tambahan parameter baru yaitu hitung virus HIV dalam darah (*viral load*) sehingga upaya tersebut menjadi lebih tepat.

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa dengan pemeriksaan *viral load*, kita dapat memperkirakan risiko kecepatan perjalanan penyakit dan kematian akibat HIV.<sup>41,44</sup> Pemeriksaan *viral load* memudahkan kita untuk memantau efektifitas obat ARV. Pemeriksaan menggunakan teknik *Polymerase Chain Reaction* (PCR) ini telah dapat dilaksanakan oleh Subbagian Hematologi-Onkologi Medik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

Dengan demikian, diharapkan di masa datang infeksi HIV dapat dianggap serupa dengan penyakit menahun yang dapat dikelola selama bertahun-tahun.

Hadirin yang saya hormati,

Walaupun kemajuan pengobatan HIV bisa dikatakan amat pesat dan impresif, namun masih ada beberapa kendala yang dijumpai dan masih banyak yang harus dikerjakandan diteliti. Kendala pengobatan HIV antara lain (a) kesukaran odha untuk minum obat teratur, (b) efek samping jangka panjang dan (c) resistensi silang antar obat anti retroviral. Dengan obat ARV yang paling modern pun, masih ada odha yang gagal mencapai respons virologik yang lengkap dan jangka panjang. Kendala tersebut lebih sering dijumpai pada odha yang mempunyai *viral load* tinggi, odha yang pernah mendapat pengobatan sebelumnya dan pada odha yang sudah masuk tahap AIDS yang lanjut.<sup>33</sup>

Penggunaan obat anti HIV dapat dikatakan harus dilakukan seumur hidup dan teratur. Oleh karena itu, suplai dan ketersediaan obat harus terjaga serta obat harus dapat terjangkau oleh odha. Peran pemerintah dalam hal ini sangat besar untuk memfasilitasi tersedianya obat-obat anti HIV generik yang harganya terjangkau. Penyuluhan dan pendampingan juga sangat berguna agar odha minum obat teratur.

Dimotori oleh Kelompok Studi Khusus AIDS, FKUI-RSCM (Prof Samsuridjal Djauzi dkk) pada tanggal 17 Oktober 2002 telah dibentuk Gerakan Nasional Meningkatkan Akses Terapi HIV/AIDS yang mempunyai berbagai kegiatan, antara lain penyediaan obat ARV dan obat infeksi oportunistik, layanan informasi terapi, layanan konseling dan tes HIV (*Voluntary Counseling and Testing*), layanan penatalaksanaan masalah penggunaan napza (narkotika, psikotropika, dan zat aditif lainnya) dan pencegahan infeksi HIV melalui penggunaan jarum suntik steril, peningkatan peran odha dalam layanan akses terapi dan upaya menekan harga obat agar terjangkau oleh masyarakat luas.<sup>45</sup>

Kabar gembira yang terbaru adalah bahwa mulai tanggal 8 Desember 2003, Kimia Farma mulai memproduksi obat antiretroviral generik yang harganya lebih murah dibandingkan obat yang selama ini diimpor dari India. Obat ini telah dapat dinikmati oleh odha di Indonesia.

### **VAKSIN HIV**

Hadirin yang saya hormati,

Selama 20 tahun berbagai penelitian telah dilakukan untuk memberikan pengetahuan yang lebih jelas mengenai imunologi dasar dari HIV dan pengembangan vaksin-vaksin yang diharapkan dapat menimbulkan efek proteksi terhadap infeksi HIV.

Uji binatang percobaan dengan memakai vaksin yang dibuat dari virus yang menyerupai HIV telah dikerjakan dan berhasil; yaitu dengan memakai virus SIV (*Simian Immunodeficiency Virus*) dan diujikan pada monyet. Uji klinik tahap I telah dimulai sejak 1987, dan sejak itu beberapa vaksin kemudian menjalani uji klinik tahap selanjutnya. Uji klinik tahap III untuk vaksin AIDSVAX yang diproduksi oleh VaxGen, yang diuji coba pada 5000 sukarelawan yang berisiko tinggi sayangnya melaporkan bahwa vaksin tersebut tidak dapat memberikan efek proteksi terhadap infeksi seperti yang diharapkan.<sup>46</sup> Namun hal ini tentu tidak perlu membuat kita patah semangat, karena masih banyak vaksin yang akan menyusul untuk diuji coba. Diharapkan pada tahun 2005 telah ditemukan vaksin AIDS yang efektif, aman dan terjangkau.

### **UPAYA PENANGGULANGAN AIDS**

Hadirin yang terhormat,

Saat ini upaya bersama untuk menanggulangi AIDS dan berbagai implikasi yang ditimbulkannya telah digalang oleh PBB, khususnya melalui deklarasi yang ditandatangani para kepala negara dalam Sidang Majelis Umum PBB – Sesi Khusus (UNGASS) ke-26 pada 27 Juni 2001 lalu, yang merupakan wujud komitmen bersama untuk menghadapi tantangan ini. Disepakati bahwa AIDS adalah epidemi global yang membutuhkan respon dan kerjasama dari seluruh masyarakat di manapun, karena pada prinsipnya tidak ada satu negara pun yang dianggap bebas dari epidemi ini.

Lebih jauh, komitmen tersebut juga diwujudkan melalui pengerahan teknologi, termasuk pengobatan dan prasarana yang dipakai untuk menyelamatkan jutaan umat manusia. Deklarasi UNGASS juga telah menggariskan tidak boleh ada kata gagal dalam upaya pencegahan penularan. Karena itu jurang yang terbentang antara negara-negara Utara dan Selatan dalam hal mendapatkan akses pengobatan bagi odha harus terus dipersempit.<sup>47</sup>

Vaksin AIDS memang masih menjadi impian yang terus diupayakan perwujudannya oleh para ahli. Namun jangan dilupakan bahwa kita juga membutuhkan obat yang efektif untuk melawan kuman TBC yang resisten terhadap banyak jenis antibiotika. Menyadari kebutuhan yang amat besar terhadap berbagai jenis pengobatan infeksi oportunistik yang diperlukan bagi perbaikan kualitas hidup jutaan odha, kerjasama dengan dan partisipasi dari pihak farmasi sudah tentu perlu ditingkatkan terus. Menurut Deklarasi UNGASS tersebut, dibutuhkan suatu kontrak baru dengan pihak industri farmasi yang akan turut menjamin ketersediaan dan akses obat terutama bagi semua odha tanpa kecuali, karena kontrak yang sekarang ada ternyata hanya menguntungkan mereka yang berada di negara-negara maju yang telah memiliki sistem asuransi yang baik dan mengecualikan odha di negara-negara berkembang.

Menginjak tahun ketiga pasca penandatanganan Deklarasi UNGASS, menurut laporan UNAIDS dan Sekjen PBB 22 September 2003 lalu, meski di sana-sini sudah mulai tampak kemajuan yang menggembirakan, ternyata masih banyak negara-negara anggota yang diperkirakan akan gagal memenuhi target cakupan dan jangkauan layanan pencegahan dan perawatan AIDS yang ditetapkan, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan secara drastis sekarang juga.<sup>48</sup>

Hampir semua negara melaporkan kemajuan dalam hal penyediaan sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS semenjak tahun 2001. Total pengeluaran untuk penanggulangan HIV/AIDS di negara-negara miskin dan berkembang mencapai 4,7 miliar dolar AS di tahun 2003 – meningkat 20% dibandingkan tahun 2002. Diharapkan sekitar 57% dari total pembiayaan diperoleh dari sumber-sumber non-domestik. Namun demikian, terlepas dari kemajuan tersebut, tingkat pengeluaran masih kurang jauh dari 10 miliar dolar AS yang dibutuhkan untuk membuat respon yang efektif hingga tahun 2005.

Untuk pencegahan, laporan UNAIDS tersebut mengindikasikan bahwa walau banyak negara telah mengembangkan kerangka kerja strategis untuk pencegahan HIV, masih sedikit masyarakat rentan yang mendapat akses layanan dasar untuk pencegahan.

Yang juga memprihatinkan, hampir tidak terdapat layanan untuk mencegah transmisi HIV dari ibu-ke-anak (PMTCT) di banyak negara dengan tingkat infeksi dan dampak HIV tinggi. Kurang dari 1% perempuan di negara-negara tersebut yang menerima informasi dan perawatan yang dapat menolong mereka mencegah transmisi HIV ke anak-anaknya.

Dari 17 negara di Sub Sahara Afrika yang melaporkan program PMTCT, setidaknya 12 negara dengan prevalensi HIV pada bayi-bayi mencapai 25%, belum memiliki program profilaksis antiretroviral.

Lebih jauh, hanya seperempat dari negara-negara di Sub Sahara Afrika yang melaporkan, setidaknya 50% dari pasien dengan infeksi menular seksual (IMS) memperoleh diagnosa, konseling dan pengobatan yang memadai. Pengobatan dan diagnosa IMS yang memadai dianggap penting sebagai awal untuk mengidentifikasi orang-orang dengan risiko tinggi atau yang sudah terinfeksi HIV. Kurang dari 5% pengguna narkotika suntik telah dijangkau untuk mendapatkan layanan pencegahan HIV.<sup>48</sup>

Hadirin yang terhormat,

Agar dapat menyusun program penanggulangan penyakit HIV/AIDS yang lebih baik di masa depan, selain upaya yang disebutkan di UNGASS, Indonesia dapat mengkaji pengalaman di negara lain, baik kendala maupun keberhasilan yang sudah dicapai.

Beberapa kendala, khususnya yang berkaitan dengan program penanggulangan HIV/AIDS di kalangan remaja, ditengarai oleh Werast Sittitrai dari UNAIDS dan disampaikan dalam Konferensi Internasional AIDS ke-12 di Geneve: (1) HAM ditandatangani tetapi perlindungan HAM untuk odha tidak dikerjakan; (2) kita mengetahui program apa yang terbukti bermanfaat, tetapi kita belum menyadari dan belum mengerjakannya secara meluas, merata, dan berkesinambungan; (3) banyak remaja kita yang terpapar narkotika, alkohol dan aktivitas seks bebas, tetapi kita, orang dewasa, tidak bisa menerimanya sebagai kenyataan; (4) kita hanya mengenal risiko untuk tertular HIV, tetapi tidak membahas masalah kerentanan, (5) kita selalu berpikir tentang remaja sebagai masalah, bukan remaja sebagai salah satu faktor pemecahan masalah.

Mengenai pengalaman keberhasilan, kita melihat bukti bahwa di beberapa negara – tidak hanya di Amerika, Eropa, ataupun Australia saja – infeksi HIV ternyata bisa dihambat, tidak meningkat tetapi menjadi stabil, atau bahkan menurun.

Di Uganda misalnya, prevalensi HIV pada wanita hamil menurun 40%. Data lain yang menarik dari negara di Afrika tersebut adalah penurunan jumlah pasangan seksual dan makin tertundanya usia pertama kali melakukan hubungan seksual. Di Thailand banyak bukti menunjukkan keberhasilan program. Antara tahun 1991 dan 1995 misalnya, jumlah pria yang berkunjung ke WTS turun sekitar 50%. Di Senegal, program pencegahan berhasil mengurangi jumlah pasien penyakit menular seksual dan infeksi HIV di kelompok usia dewasa seksual aktif hingga stabil pada angka yang cukup rendah, yaitu kurang dari 2%. Di Tanzania Utara juga terlihat penurunan prevalensi HIV pada perempuan muda sebesar 60% selama 6 tahun terakhir.

### **YANG HARUS DAN MAMPU KITA LAKUKAN**

Hadirin yang terhormat,

Ada beberapa jenis program yang terbukti sukses diterapkan di beberapa negara dan amat dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia untuk dilaksanakan secara sekaligus, yaitu (a) pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan dewasa muda; (b) program penyuluhan sebaya (*peer group education*) untuk berbagai kelompok sasaran; (c) program kerjasama dengan media cetak dan elektronik; (d) paket pencegahan komprehensif untuk pengguna narkoba, termasuk program pengadaan jarum suntik steril; (e) program pendidikan agama; (f) program layanan pengobatan infeksi menular seksual (IMS); (g) program promosi kondom di lokasi pelacuran dan panti pijat; (h) pelatihan ketrampilan hidup; (i) program pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling; (j) dukungan untuk anak jalanan dan pengentasan prostitusi anak; (k) integrasi program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan dan dukungan untuk odha; dan (l) program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV.

Sebagian besar program tersebut sudah dijalankan di Indonesia. Dengan kata lain, kita sebenarnya sudah mampu melakukannya. Hanya sayangnya program-program tersebut belum dilaksanakan secara berkesinambungan dan belum merata di seluruh Indonesia.

Beberapa masukan dapat saya utarakan di sini. Untuk program pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan dewasa muda, perlu dipikirkan strategi penerapannya di sekolah, akademi dan universitas dan untuk remaja yang ada di luar sekolah. Walaupun sudah ada SK Mendiknas mengenai masalah ini, namun secara nasional belum diterapkan.

Selain itu, sampai saat ini kurikulum nasional pendidikan HIV/AIDS untuk mahasiswa kedokteran, kedokteran gigi, kesehatan masyarakat, dan tenaga keperawatan masih dalam proses awal penyusunan. Penyelesaian kurikulum ini penting untuk disegerakan mengingat kebutuhan akan tenaga kesehatan yang mengerti seluk-beluk HIV/AIDS sudah amat mendesak.

Untuk program penyuluhan sebaya, cukup banyak LSM-LSM yang mempunyai pengalaman dengan sasaran yang berbeda-beda. Program magang, saya yakin, akan berguna untuk daerah-daerah yang belum mengerjakan atau ingin memperluas cakupan kelompok sasarannya. Sistem magang antar LSM yang sekarang ini sudah berjalan terasa sekali manfaatnya dan perlu ditingkatkan.

Program kerjasama dengan media cetak dan elektronik sudah terbina dengan baik, sehingga tinggal melanjutkan agar ada kesinambungan. Namun akhir-akhir ini, terkait dengan situasi di Tanah Air, masalah kesehatan tampaknya kurang mendapat prioritas karena berbagai masalah politik, ekonomi, dan sosial dipandang lebih mempunyai nilai berita. Sepanjang bulan Desember, dalam rangka memperingati hari AIDS Sedunia, banyak kegiatan-kegiatan upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Momentum ini perlu dimanfaatkan untuk



mendorong partisipasi media untuk mendukung kegiatan-kegiatan tersebut.

Program komprehensif untuk pengguna narkotika menurut hemat saya perlu mendapat perhatian segera karena besarnya masalah yang makin nyata. Diperkirakan saat ini di Indonesia terdapat sekitar 167.000 pengguna narkotika suntikan yang amat rawan penularan HIV.<sup>49</sup> Sekadar pembandingan, 76% dari kasus infeksi HIV di Malaysia berasal dari kelompok pengguna narkotika.<sup>50</sup>

Lima tahun yang lalu, sebetulnya saya sudah membuat perkiraan bahwa Indonesia akan menghadapi masalah HIV yang amat serius pada pengguna narkotika. Saat itu, saya memperkirakan jika program komprehensif untuk para pengguna narkotika tidak segera digalakkan, diperkirakan dalam waktu 5-10 tahun ke depan tingkat infeksi HIV di kalangan pengguna narkotika bisa mencapai 30%.<sup>3</sup> Dan sekarang kita menghadapi kenyataan tersebut, bahwa rata-rata lebih dari 30% pengguna narkotika sudah terlanjur tertular HIV.<sup>12</sup>

Kehidupan beragama yang berjalan baik selama ini tentu tidak lepas dari pendidikan agama di sekolah dan di rumah. Namun demikian ada beberapa hal yang mungkin dapat diperbaiki. Di antaranya, diperlukan strategi belajar-mengajar yang berpijak pada kehidupan sehari-hari, termasuk dalam penggunaan bahasa dan idiom-idiom yang disesuaikan dengan peserta didik. Sebagai misal, istilah khamr atau alkohol tidak dikenal dalam bahasa sehari-hari remaja. Demikian pula istilah heroin, metiletiledioksi metamfetamin, kokain, dan LSD tidak begitu dikenal oleh remaja kita. Mereka lebih mengenalnya dengan nama putauw, XTC, dan cimeng.

Pelatihan keterampilan hidup amat diperlukan oleh remaja agar mengenal potensi diri, tahu memanfaatkan sistem informasi, serta mengenal kesempatan dan cara-cara mengembangkan diri. Bila

kehidupan ekonomi dan pendidikan membaik, niscaya penularan HIV/AIDS dapat ditekan.

Pengadaan tempat-tempat untuk tes HIV dan konseling yang mudah dicapai dan suasana akrab dengan klien akan menyebabkan orang-orang yang merasa mempunyai risiko tinggi *beringan kaki* mendatangi tempat-tempat tes dan konseling HIV tersebut. Dengan konseling, diharapkan orang yang terinfeksi HIV akan menerapkan seks aman dan tidak menularkan HIV ke orang lain. Sayangnya tempat-tempat tersebut masih langka sekali. Di Jakarta hanya ada beberapa buah, sementara di luar Jakarta sukar ditemukan. Kita membutuhkan sebanyak mungkin tempat untuk tes HIV dan konseling.

Dukungan untuk anak jalanan dan pengentasan prostitusi anak memang bukan merupakan kegiatan yang mudah dikerjakan. Untuk melaksanakan kegiatan ini diperlukan kepedulian dan partisipasi aktif berbagai lapisan masyarakat seperti LSM, ahli hukum, ahli ilmu sosial, media massa, kepolisian, Depsos, Depkes dan lain-lain.

Mengintegrasikan program pencegahan dengan program pengobatan, perawatan, dan dukungan untuk odha merupakan syarat mutlak untuk keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS. Bila kita melaksanakan program pencegahan saja, hasilnya tidak akan sebaik bila dilakukan bersama program pengobatan, layanan dan dukungan untuk odha. Masyarakat yang mendapat penyuluhan saja, kemudian merasa mempunyai perilaku risiko tinggi tidak akan mau melakukan tes HIV bila ia melihat tidak ada yang mau merawat odha, atau bila ia mengetahui ada odha yang dipecat dari pekerjaannya, dan dikucilkan dari keluarga dan masyarakat.

Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dengan pemberian obat ARV penting untuk mendapat perhatian lebih besar mengingat sudah ada beberapa bayi di Indonesia yang tertular HIV

dari ibunya. Untuk diketahui, efektivitas penularan HIV dari ibu ke bayi adalah sebesar 10-30%.<sup>34</sup> Artinya dari 100 ibu hamil yang terinfeksi HIV, ada 10 sampai 30 bayi yang akan tertular. Sebagian besar penularan terjadi sewaktu proses melahirkan, dan sebagian kecil melalui plasenta selama kehamilan dan sebagian lagi melalui air susu ibu. Penularan HIV dari ibu ke bayi yang dikandungnya dapat ditekan dengan pemberian obat ARV. Sebuah penelitian di Perancis yang dikemukakan pada konferensi AIDS ke-12 di Jenewa, menunjukkan bahwa dari 902 wanita yang diberi zidovudin (AZT), hanya 6.6% bayinya yang tertular HIV.

Kendala yang dikhawatirkan adalah biaya untuk membeli obat ARV. Obat ARV yang dianjurkan untuk PTMCT adalah zidovudin (AZT) atau nevirapin.<sup>9,51</sup> Pemberian nevirapin dosis tunggal untuk ibu dan anak dinilai sangat mudah untuk diterapkan dan ekonomis. Untuk Indonesia pemberian AZT untuk hamil dengan HIV tidak akan terlalu mahal, karena jumlah perempuan dengan HIV yang hamil tidak banyak. Di negara dengan prevalensi HIV tinggipun, seperti Thailand dan beberapa negara di Afrika, upaya pemberian AZT pada ibu hamil dinilai *cost-effective*. Sebetulnya pilihan yang terbaik adalah pemberian ARV yang dikombinasikan dengan operasi caesar, karena dapat menekan penularan sampai 1%. Namun sayangnya di negara berkembang seperti Indonesia tidak mudah untuk melakukan operasi caesar yang murah dan aman.

Untuk tingkat nasional, ada beberapa hal mendasar yang merupakan prasyarat berhasilnya program penanggulangan dan pencegahan HIV/AIDS. Pertama, kemauan politik pemerintah dan kepemimpinan untuk melaksanakan program. Koordinasi sangat dibutuhkan agar kemampuan kita yang masih terbatas dalam masalah HIV/AIDS ini bisa dimanfaatkan seoptimal mungkin.

Kedua, kemitraan dan partisipasi aktif dari seluruh lapisan masyarakat – bukan hanya pemerintah tapi juga para pemuka agama,

kalangan dokter dan pengelola rumah sakit, keluarga, aktivis, pelajar dan mahasiswa, serta kalangan swasta dan masyarakat luas pada umumnya – dalam setiap tahap perencanaan dan pelaksanaan program.

Ketiga, tersedianya sumber dana untuk melaksanakan kegiatan. Keempat, usaha untuk selalu mengaitkan program pencegahan dan dukungan/pengobatan-perawatan. Kelima, program yang dicanangkan secara sosial harus mampu laksana. Keenam, penerimaan masyarakat terhadap odha dan, ketujuh, program-program tersebut harus dikerjakan secara multisektoral.

Agar prasyarat di atas dapat dipenuhi, salah satu yang amat diperlukan adalah dukungan administrasi dan sekretariat yang tangguh. Pemerintah, misalnya, sebenarnya sudah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) di bawah koordinasi Menko Kesra.<sup>52</sup> Kelemahan utama dari KPAD – yang lahir lebih belakangan dibanding beberapa LSM peduli AIDS di Indonesia – ini adalah anggaran yang tidak tetap sumbernya. Karena berada di bawah kementerian koordinator, praktis dana untuk membiayai kegiatan KPAD hanya bersifat insidental. Untuk mengoptimalkan kinerja KPAD sudah saatnya pemerintah mengalokasikan sejumlah dana tetap. Selain itu sekretariat dengan personalia yang tangguh dan bekerja penuh waktu kelihatannya sudah merupakan kebutuhan KPAD yang tidak bisa ditawar lagi.

Jika KPAD di berbagai daerah dapat diberdayakan, maka keluhan bahwa program-program pencegahan masih terbatas di daerah-daerah tertentu juga bisa dikurangi atau bahkan dihilangkan sama sekali. Diakui atau tidak, beberapa program pencegahan, baik yang dilakukan oleh LSM maupun oleh pemerintah, memang masih terbatas di beberapa kota saja, misalnya Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Jakarta, Manado, Batam, Merauke, NTT dan Ujung Pandang. Itupun hanya sebagian program yang berjalan lancar.

Padahal mestinya kalau kasus HIV/AIDS masih sedikit – seperti yang dilaporkan di Indonesia saat ini – program pencegahan harus dilaksanakan secara merata agar grafik pertumbuhan penderita tidak cepat naik.

Kelemahan selama ini adalah menitikberatkan program pencegahan justru pada daerah-daerah yang jumlah penderitanya sudah banyak. Seperti sudah saya kemukakan, kesempatan menekan laju penyebaran HIV/AIDS justru sewaktu pasiennya masih sedikit. Kegiatan penanggulangan HIV/AIDS seharusnya dilaksanakan merata di seluruh propinsi, di seluruh daerah di Indonesia.

Data surveilans mengenai HIV/AIDS yang akurat sangat dibutuhkan untuk mendapatkan peta yang lebih utuh dan tepat mengenai penyebaran penyakit. Mengingat luasnya wilayah dan beragamnya kondisi sosial-ekonomi masyarakat Indonesia, data tersebut sangat dibutuhkan untuk menetapkan strategi penanggulangan yang paling pas untuk masing-masing daerah. Membandingkan dengan data dengan tetangga terdekat dengan keadaan sosial, budaya dan agama yang tidak jauh berbeda, yaitu Malaysia – jumlah infeksi HIV lebih sekitar 45.000 pada 2001 – sedangkan Indonesia sampai dengan September 2003 masih kurang dari 4000, tampaknya program surveilans perlu ditingkatkan.<sup>8,53</sup>

Alhasil, sudah cukup banyak program kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang terbukti efektif dan mampu laksana, yang sudah kita terapkan untuk menekan kecepatan peningkatan prevalensi HIV/AIDS di Indonesia.<sup>3</sup> Namun demikian perbaikan masih harus dilakukan di sana-sini. Bukan hanya yang menyangkut kualitas program, namun juga perluasan cakupan penerima program.

Akhirnya, AIDS bukanlah tanggungjawab dokter dan perawat semata, AIDS bukan hanya masalah kesehatan. Ia adalah tanggungjawab kita semua: apapun profesi kita, dari kelas sosial manapun kita berasal,

dan tak peduli agama serta orientasi politik apapun yang kita miliki. AIDS adalah masalah kita semua yang tak bisa ditunda pemecahannya. Kita harus memulai langkah penanggulangan begitu pertama kali kita menyadari ancaman apa yang ditimbulkan olehnya. Kalau tidak, segalanya akan menjadi sangat terlambat.

#### **UNTUK MAHASISWA (S1, S2, IPD)**

Hadirin yang amat saya hormati, izinkanlah saya menyampaikan “ular-ular” atau pesan kepada adik-adik mahasiswa dan peserta pendidikan dokter spesialis.

Sebagai manusia, semua pasien tanpa kecuali berhak untuk memperoleh pelayanan dan perawatan paripurna dari Saudara. Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna tersebut dibutuhkan kompetensi tertentu. Secara garis besar dapat dikatakan ada dua jenis kompetensi yang harus Saudara kuasai, yakni kompetensi integratif dan kompetensi klinik.<sup>54</sup> Kompetensi integratif adalah disiplin ilmu yang perlu dikuasai oleh setiap dokter agar dapat menerapkan pengetahuannya sebaik mungkin untuk memecahkan masalah pasien secara efektif.

Kompetensi integratif ada 3 jenis. *Pertama*, kompetensi integratif yang berisi nilai luhur, nilai-nilai fundamental yang diperlukan oleh setiap dokter, yaitu kemampuan untuk memadukan pendekatan humanistik terhadap pasien yang disertai dengan profesionalisme tinggi dan pertimbangan etika. Manusia bukan hanya merupakan kumpulan organ, dan karena itu pasien bukan hanya organ yang sakit atau kumpulan organ yang sakit. Di luar faktor fisiknya pasien, seperti halnya juga dokter, adalah makhluk yang dikaruniai kecerdasan, akal budi, dan spiritualitas. Pengalaman dan persepsi pasien mengenai situasi yang melingkupinya perlu mendapatkan apresiasi yang wajar dari dokter yang merawatnya. Hanya dengan kepekaan tinggi seorang dokter dapat membangun empati terhadap pasien. Ada

tidaknya empati, akan sangat berpengaruh dalam persepsi pasien mengenai kualitas pengobatan yang diterimanya.

Kompetensi integratif *kedua* adalah kompetensi yang harus dimiliki oleh dokter sebagai seorang profesional, yaitu antara lain kemampuan untuk selalu belajar terus-menerus, memahami epidemiologi klinik, cara berpikir kritis dan kemampuan manajerial yang berkualitas.

Kompetensi integratif *ketiga* diperlukan Saudara dalam praktek sehari-hari. Hal ini termasuk asuhan pengobatan di rumah, serta manajemen informasi. *Evidence-based Medicine* (EBM) yang menjadi kecenderungan baru dalam bidang pengobatan sangat didukung oleh teknologi komputer dan informatika. Karena itu hampir tidak ada alasan bagi dokter-dokter baru untuk ketinggalan di bidang ini.

Kompetensi kedua, kompetensi klinik, adalah kompetensi mengenai pengetahuan dan keterampilan dalam berbagai topik klinik. Untuk PPDS penyakit dalam misalnya topik klinik yang dimaksud antara lain kardiologi, pulmonologi, hematologi-onkologi medik, metabolik endokrin, hepatologi, gastroenterologi, geriatri, ginjal hipertensi dan lain lain.

Ilmu pengetahuan kedokteran, harus disadari, berkembang dengan sangat dinamis. Apa yang hari ini dianggap sebagai kebenaran boleh jadi akan terbukti sebaliknya hanya dalam waktu beberapa tahun. Karena itu seorang dokter yang baik adalah juga dokter yang terus-menerus memperkaya diri dengan pengetahuan baru dan cukup rendah hati untuk mengakui keterbatasan pengetahuan yang dikuasainya.

Kompetensi seorang dokter yang baik, dengan demikian, tidak hanya melibatkan kemampuan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan prosedur pengobatan yang tepat guna dan berhasil

guna. Kompetensi seorang dokter juga mensyaratkan kemampuan untuk bekerja sama dengan dokter lain. Segenap kemampuan tersebut diarahkan tidak hanya menyembuhkan pasien, tapi juga menghilangkan penderitaan dan tekanan yang dialami pasien karena kondisinya.

Dalam kaitan dengan HIV/AIDS, saat ini dibutuhkan banyak sekali dokter, umum maupun spesialis yang memahami, terampil dan kompeten mengobati odha.<sup>55</sup> Namun yang lebih penting lagi, dokter yang bersedia dengan sepenuh hati memeriksa dan mengobati odha. Karena cukup banyak odha berusia remaja dan pengguna narkoba, dibutuhkan sekaligus dokter yang bisa berkomunikasi kepada remaja dengan baik dan juga kompeten mengatasi masalah remaja yang memakai narkoba.

Hadirin yang saya hormati,

Sebagai penutup pidato ini izinkanlah saya, sekali lagi memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan kenikmatan tiada terhingga kepada saya dan keluarga. Terima kasih, ya Allah, atas nikmat iman, kesehatan, rizki dan kesempatan untuk dipercaya menjadi guru besar ini.

Terimakasih saya sampaikan kepada Menteri Pendidikan Nasional RI atas kepercayaan yang diberikan kepada saya untuk memangku jabatan Guru Besar Universitas Indonesia. Terimakasih saya ucapkan kepada Rektor Universitas Indonesia, Prof. dr. Usman Chatib Warsa, dan mantan Rektor Universitas Indonesia, Prof. DR. Dr. Asman Boedisantoso Ranakusuma, atas kesediaannya mengajukan pengangkatan saya sebagai Guru Besar.

Ucapan terimakasih saya ucapkan kepada Senat Guru Besar Universitas Indonesia atas kesediaan untuk menerima saya di lingkungan akademik yang terhormat ini.



Kepada Prof. dr. Ali Sulaiman, PhD, Dekan Fakultas Kedokteran Indonesia, dan segenap wakil dekan, saya ucapkan terimakasih atas segala perhatian dan bantuannya dalam pengusulan saya sebagai guru besar.

Kepada dr.H.M.S.Markum, mantan Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam, dan Prof. dr. Azis Rani SpPD KGEH, Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam sekarang, saya mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas dorongan dukungan selama proses pengusulan sampai dengan pelaksanaan acara pengukuhan saat ini.

Prof. DR. dr. A. Harryanto Reksodiputro, yang mencarikan beasiswa ke Kedutaan Perancis pada tahun 1981 dan mengizinkan saya membeli reagensia untuk memeriksa CD4 sebelum pulang ke Indonesia, amat pantas mendapatkan rasa terima kasih dan penghargaan dari saya. Keteladanan beliau sampai hari ini dalam etos kerja membuat saya senantiasa terpacu untuk mencapai hasil terbaik dalam setiap tugas.

Dorongan untuk mendalami masalah HIV/AIDS di Indonesia tak lepas dari peranan beberapa senior, yakni DR. Soeparman dan Prof. Utojo Sukaton. Dua orang inilah yang mendorong saya melakukan penelitian awal CD4 pada waria di Kali Malang pada tahun 1983. Kepada keduanya saya menyampaikan banyak terima kasih. Demikian juga kepada Prof. Supartondo yang memberikan teladan dalam hubungan dokter-pasien, peran sosial dokter di masyarakat, dan memberikan semangat untuk melanjutkan keterlibatan saya di bidang HIV/AIDS. Bimbingan dan persahabatan ketiganya adalah sesuatu yang tak bisa dinilai dengan apapun.

Satu orang yang layak disebut secara khusus dalam kesempatan ini adalah sahabat seperjuanganku, DR. dr. Samsuridjal Djauzi. Sahabat yang satu ini tak hanya membukakan mata kami mengenai apa yang bisa dilakukan untuk membantu masyarakat mengatasi persoalan-

persoalan yang diakibatkan oleh belitan kemiskinan. Ide-idenya yang selalu segar dan seolah tak pernah habis, serta kemampuannya yang istimewa untuk melaksanakan ide-ide tersebut, adalah sumber energi yang luar biasa bagi saya. Ungkapan terima kasih juga pantas dibuat untuk contoh-contoh yang ditunjukkannya dalam mengelola organisasi. Prestasi yang dicapai Yayasan Pelita Ilmu tentu tak lepas dari keteladanan yang diberikan sahabatku ini.

Meski jauh, Prof. George Mathe, guru kami di Institut Kanker dan Imunogenetik RS Paul Brousse, Villejuif, Perancis pantas disebut di sini. Beliau yang membukakan cakrawala baru dengan menempatkan saya di Laboratorium Imunologi yang dikelola oleh "Mbak" Chantal Canon, pada tahun 1983. Keterampilan memeriksa CD4 dan menelusuri bahan bacaan di perpustakaan yang lengkap merupakan modal awal saya menerjuni bidang baru, HIV/AIDS.

Kepada teman-teman odha dan pasien-pasien kanker serta lupus, ucapan beribu terima kasih rasanya tidak akan cukup. Saya banyak belajar dan mendapat contoh dari perjuangan teman-teman menghadapi berbagai kesulitan dalam hidup – baik kesulitan fisik, ekonomi dan juga kejiwaan – dan bagaimana teman-teman saling mendukung. Masalah-masalah yang saya hadapi amat kecil bila dibandingkan masalah yang teman-teman hadapi. Malu rasanya untuk mengeluh. Khusus kepada almarhum Ayung (Rahim Alimin), yang selama 7 tahun berobat, dan memberikan penyuluhan mengenai HIV/AIDS dari Medan sampai Papua, yang dengan tegar menyatakan diri sebagai odha, saya mendoakan semoga Allah SWT menerima amal ibadahnya dan keluarga yang ditinggalkan diberi kekuatan dan iman.

Kepada staf Hematologi Onkologi Medik Departemen Penyakit Dalam FKUI-RSCM, Prof. DR. dr. Arry Harryanto Reksodiputro, Prof. DR. dr. Karmel L. Tambunan, dr. Abdulmuthalib, dr. Aru W Sudoyo, dr. Abidin Widjanarko, dr. Djumhana Atmakusuma, dr. Syafrizal Syafei,

dr. Nugroho Prayogo, dr. Ronald A Hukom, dr. Dody Ranuhardi, dr. Zakifman, dr. Asrul Harsal, dr. Noorwati Sutandio, dr. Bambang Karsono, dr. Shufrie Effendi, dr. Cosphiadi Irawan, dr. Hilman Tadjoedin, dan dr. Lugyanti Sukrisman, juga Ratna, Madya, Didin, Endah, Sigit, Artia, dan seluruh staf administrasi, paramedis, dan teknisi laboratorium lainnya, saya mengucapkan terimakasih atas segala bantuan dan kerjasamanya.

Kepada teman sejawat dan staf Koordinator Pendidikan S2 Ilmu Penyakit Dalam, dr. Suhardjono, dr. Dasnan, dr. Hamzah, dr. Aida Lydia, Susi, Yanti, Aminah, saya mengucapkan terimakasih atas dukungan dan kerjasamanya selama ini.

Kepada dr. Nenden Rosdiana, beribu terima kasih atas dukungan dan bantuannya selama ini dalam menyiapkan dokumen-dokumen untuk proses pengangkatan guru besar.

Kepada para pengurus, staf, dan relawan dari Bagian Ilmu Penyakit Dalam dan Pokdisus AIDS FKUI-RSCM, dari Yayasan Pelita Ilmu, Perhimpunan Masyarakat Peduli AIDS Indonesia, Perhimpunan Onkologi Indonesia, penghargaan dan terima kasih saya haturkan atas kerjasama dan bantuannya selama ini dalam mengelola organisasi organisasi tersebut.

Untuk teman-teman wartawan, baik media cetak maupun elektronik, terima-kasih yang tak terhingga saya sampaikan. Mungkin teman-teman tidak atau kurang menyadari betapa liputan teman-teman banyak sekali manfaatnya untuk mengingatkan masyarakat dari Sabang sampai Merauke. Peran advokasi teman-teman dalam penanggulangan HIV/AIDS amatlah besar.

Untuk sahabat-sahabat dari LSM-LSM Peduli AIDS di seluruh Nusantara, terima-kasih untuk kerjasama dan bantuan selama ini. Mudah-mudahan kerjasama ini dapat kita tingkatkan untuk

keberhasilan program-program penanggulangan HIV-AIDS di masa depan.

Kepada Mbak Nurul Agustina dan Mas Eri Rustamaji yang mendorong saya menyusun buku *Membedik AIDS: Ikhtiar Memahami HIV dan Odha*, mewawancara, mengedit dan memotivasi saya dengan topik-topik baru, saya ucapkan banyak terima kasih.

Untuk Rosalia Sciortino PhD, terimakasih atas kerjasama dan dukungannya baik moril maupun materil untuk berlangsungnya program-program penanggulangan HIV/AIDS. Untuk Meiwita Budiharsana PhD atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengorganisir dialog Selatan-Selatan mengenai “Fundamentalisme agama (Islam dan Kristen) dan dampaknya terhadap isu-isu penting kesehatan reproduksi dan seksualitas antara Indonesia dengan Chile, Peru, Argentina, dan Kolombia.

Untuk teman alumni FKUI angkatan 71 , terimakasih atas masa-masa indah semasa kuliah 1965-1971, dan kerjasama serta kekompakannya selama ini.

Dr. Evert Poetiray, DR. dr. Suhartati, Prof. DR. dr. Daldijono, dr. Aida S, dan seluruh rekan-rekan di POI, terimakasih atas kerjasama yang baik selama ini.

Dr. Adi Sasongko, DR. Irwanto dan Dr.Suriadi Gunawan Sdri. Tika, Husain Habsyi, Almarhumah Retno Windrati dan Mas Anto, atas kerjasamanya selama ini di Masyarakat Peduli AIDS Indonesia.

Untuk Sdr. Todung Mulya Lubis yang telah memberikan “pencerahan” mengenai masalah hukum HIV/AIDS dan advokasi terhadap odha.

Hadirin yang saya hormati,

Pada kesempatan ini, ijinkan saya untuk mengungkapkan isi hati kepada keluarga saya.

Dua orang yang sangat layak mendapatkan terima kasih tak terhingga saya adalah ayahanda almarhum H.Djoerban Wachid SH dan ibunda Hj. Buchaeroh Djoerban. Prestasi kami tidak akan pernah muncul sekiranya tidak ada contoh langsung dari ayahanda. Ketekunan almarhum mengajar di berbagai SMU di Yogyakarta, kemudian diteruskan di berbagai perguruan tinggi serta menyusun, menulis, dan menerjemahkan berbagai buku ekonomi dan manajemen adalah inspirasi yang tak ternilai bagi saya. Sementara limpahan kasih sayang ibunda yang saya rasakan hingga sekarang, dan doa tulus ikhlas yang selalu beliau panjatkan baik di masa senang maupun di masa sulit, tidak akan mungkin pernah berbalas. Kepada adik-adik saya, dr. Hj. Badrijah Latief, H. Yusuf Budiman, Maria Helena Suwahyuadjie dan Ir. Aminah Zulkarnaen, beserta keluarga, terima kasih banyak atas dukungan dan doa yang tulus selama ini.

Kepada yang kucintai, isteriku Sri Wahyuningsih, yang memberikan ruang yang longgar untuk saya berkembang, yang prihatin dan mendukung di masa sulit, saya amat bangga dan berterima kasih. Juga untuk anak-anakku, – Dini Nur Astari S Psi yang sedang mengambil S-2 di Leeds Inggris, Dono Nur Indarto SE, dan Diana – maafkan papa yang selalu sibuk, hingga tak banyak tersisa waktu untuk menemani kalian. Namun papa selalu mendoakan agar kalian menjadi anak yang saleh, pandai, bahagia, dan dapat mencapai cita-cita. Papa amat beruntung dan bangga pada kalian dan juga papa belajar dari kalian. Dukungan Mama dan kalianlah yang berperan penting sehingga papa bisa menjadi guru besar.

Kepada ibunda mertua Hajjah Isnijah Roejasa, almarhum bapak Roejasa beserta keluarga besarnya, yang selalu menyayangi saya, perkenankan saya menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas dukungan dan dorongannya.

Zubairi Djoerban

Saya ucapkan terimakasih pula kepada rekan-rekan yang mungkin tidak disebutkan, yang saya yakin banyak sekali.

*Last but not least* ucapan terima kasih pantas diterimakan kepada semua hadirin.

Wassalamu'alaikum wr wb.



## DAFTAR PUSTAKA

1. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update 2003. Geneva: WHO/UNAIDS;2003.
2. Reuters. AIDS discrimination in U.S. is widespread. [akses 20-11-2003],url:<http://www.reutershealth.com/archive/2003/11/14/eline/links/20031114elin006.html>
3. Djoerban Z. Membidik AIDS: Ikhtiar memahami HIV dan odha. Ed 1. Yogyakarta:Penerbit Galang;1999.
4. Djoerban Z. Acquired Immune Deficiency Syndrome. Buku KOPAPDI VI; 24-28 Juli 1984; Jakarta.
5. Gotlieb MS. AIDS — Past and Future. N Engl J Med 2001; 344(23):1788-90.
6. Montagnier L, Chermann JC, Barre-Sinoussi F, Klatzmann D, Wain-Hobson S, Alizon M, et al.Lymphadenopathy associated virus and its etiological role in AIDS. Princess Takamatsu Symp. 1984;15:319-31.
7. Sarngadharan MG, DeVico AL, Bruch L, Schupbach J, Gallo RC. HTLV-III: the etiologic agent of AIDS. Princess Takamatsu Symp. 1984;15:301-8.
8. Ditjen PPM & PLP Depkes RI. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Dilapor s.d September 2003. Jakarta:Depkes RI,2003.
9. Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific. Washington DC: Monitoring the AIDS Pandemic;2001.
10. Ditjen PPM & PL Depkes RI. Pedoman Nasional - Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi odha.Jakarta:Departemen Kesehatan RI,2003.
11. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Ancaman HIV/AIDS di Indonesia Semakin Nyata, Perlu Penanggulangan Lebih Nyata. Jakarta: Depkes RI; 2002.
12. Ditjen PPM & PL Depkes RI. Rencana strategis penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia 2003-2007.Jakarta:Departemen Kesehatan RI,2003



13. Kelompok Studi Khusus AIDS FKUI/RSUPNKM. Data Voluntary Counseling and Testing, Desember 1999-April 2000. Unpublished data.
14. Djauzi S, Djoerban Z, Eka B, Djoko P, Sulaiman A, Rifayani A,dkk. Profile of drug abusers in Jakarta's urban poor community. 2003. (Diajukan ke Med J Ind, 2003)
15. Kustin, Djauzi,dkk. Hasil survey pada wanita hamil di Jakarta 1999-2000. Yayasan Pelita Ilmu, 2000.
16. Djoerban Z, Wydiatna, Solehudin U, Sri Wahyuningsih. KAP STUDY on Narcotics and HIV/AIDS among Teenagers in South Jakarta. Proceeding of the XIII International AIDS Conference . 9-14 Juli 2000; Durban, South Africa. Bologna:Monduzzi Ed;2000.
17. Wigati. Hubungan antara pola penggunaan jarum suntik dengan risiko terjadinya infeksi maupun penurunan sistem imun selular pada pengguna heroin suntik. Tesis Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Ilmu Penyakit Dalam, FKUI. 2003.
18. Mercader M, Nickoloff BJ, Foreman KE. Induction of Human Immunodeficiency Virus 1 Replication by Human Herpesvirus 8. Arch Pathol Lab 2001;125:785-9.
19. Wahl SM, Greenwell-Wild T, Peng G, Hale-Donze H, Doherty TM, Mizel D, Orenstein JM. Mycobacterium Avium Complex augments macrophage HIV-1 production and increases CCR5 expression. Proc Natl Acad Sci 1998;95:12574-9.
20. Moriuchi H, Moriuchi M, Mizell SB, Ehler LA, Fauci AS. In vitro reactivation of Human Immunodeficiency Virus 1 from latently infected, resting CD4+ cells after bacterial stimulation. J Infect Dis 2000;181:2041-4
21. Djoerban Z. Viral Load Profiles in Drug Users with Asymptomatic HIV Infection with Normal CD4 Cell Counts. Med J Ind 2002;11(3).
22. Djoerban Z. Gambaran Klinis Penyakit AIDS di Jakarta. Maj Kedok Ind 1997; (47)1:19-24.
23. Northfelt DW. Hematologic Manifestations of HIV. HIV InSite Knowledge Base Chapter. Februari 1998.

24. Laboratorium Imunologi Divisi Hematologi-Onkologi Medik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSUPNKM. Data Pasien HIV, 2001-2002. Unpublished data.
25. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS, et al. Incidence and trends in Kaposi's sarcoma in the era of effective antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:270-4.
26. *Busza J. Challenging HIV-Related Stigma and Discrimination in Southeast Asia: Past Successes and Future Priorities.* New York: Population Council; 1999.
27. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med* 1998;38(13):853-60
28. Gortmaker SL, Hughes M, Cervia J, Brady M, Johnson GM, Seage GR. Effect of Combination Therapy including Protease Inhibitors on Mortality among Children and Adolescents Infected with HIV-1. *N Engl J Med* 2001; 345:1522-1528
29. Collier AC, Coombs RW, Schoenfeld DA, Bassett RL, Timpone J, Baruch A. Treatment of Human Immunodeficiency Virus Infection with Saquinavir, Zidovudine, and Zalcitabine. *N Engl J Med* 1996; 334:1011-8.
30. Lederman MM, Valdez H. Immune restoration with antiretroviral therapies. *JAMA* 2000;284(2):223-8.
31. Djauzi S. Penatalaksanaan indeks HIV. Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Uji Diri. Jakarta: Yayasan Penerbit IDI, 1997.
32. Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Meibohm A, Condra JH et al. 3-year suppression of HIV viremia with indinavir, zidovudine and lamivudine. *Ann Intern Med* 2000;133:35-9.
33. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. February 4 2002. [akses 10 Feb 2003], url: <http://aidsinfo.nih.gov/>
34. WHO. The use of antiretroviral therapy: A simplified approach for resource-constrained countries. New Delhi. World Health Organization, 2002.

35. British HIV Association. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. *HIV Medicine* 2001;2:314-34.
36. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS, et al. Surveillance for AIDS defining opportunistic illnesses, 1992–1997. *MMWR CDC Surveill Summ* 1999;48(SS-2):1-22.
37. Goldie SJ, Kaplan JE, Losina E, Weinstein MC, Paltiel AD, Seage GR 3rd, et al. Prophylaxis for human immunodeficiency virus-related *Pneumocystis carinii* pneumonia: using simulation modeling to inform clinical guidelines. *Arch Intern Med* 2002;162(8):921-8.
38. Kovacs JA, Masur H. Prophylaxis against opportunistic infection in patients with human immunodeficiency patients. *N Eng J Med* 2000;342(19):1416-29.
39. Vaccher E, Spina M, Talamini R, Zanetti M, di Gennaro G, Nasti G, et al. Improvement of systemic human immunodeficiency virus-related non-Hodgkin lymphoma outcome in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2003;37(11):1556-64.
40. Krown SE. AIDS-Related Kaposi's Sarcoma: Biology and novel therapeutic strategies. Dalam: Perry MC, Chung M, Spahlinger M, editor. *Proceeding of 38th Annual Meeting of ASCO; 18- 21 May 2002; Orlando,FL.Alexandria:ASCO;2002.* h. 249-59.
41. Lathey JL, Hughes MD, Fiscus Sa, Pi T, Jacson B, Rasheed S et al. Variability and Prognostic Values of Virologic and CD4 Cell Measures in Human Immunodeficiency Virus Type1 – Infected Patients with 200-500 CD4 cells/mm<sup>3</sup> (ACTG 175). *J Infect Dis* 1998;177:617-24.
42. Lydia A. Hitung Limfosit Total sebagai Prediktor Hitung Limfosit CD4 pada Penderita AIDS. Tesis Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Ilmu Penyakit Dalam, FKUI. 1996
43. Suryamin M. Hitung limfosit total sebagai indikasi memulai terapi antiretroviral pada pasien HIV/AIDS. Tesis Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Ilmu Penyakit Dalam, FKUI.2002.
44. O'Brien WA, Hartigan PA, Martin D, Esinhart J, Hill A, Benoit S et al. Changes in Plasma HIV-1 RNA and CD4+ Lymphocyte Counts

- and the Risk of Progression to AIDS, *N Engl J Med* 1996;334:426-43.
45. Djauzi S, Rachmadi K. From small steps towards a giant leap. Jakarta: Balai Penerbit; 2003.
  46. McMichael AJ, Hanke T. HIV vaccines 1983-2003. *Nature Medicine* 2003;9:874-80
  47. United Nations General Assembly, Twenty-sixth Special Session. UNGASS: Final Declaration of Commitment on HIV/AIDS June 2001.
  48. UNAIDS. Progress report on the global response to the HIV/AIDS epidemic, 2003. Geneva: UNAIDS; 2003.
  49. Ministry of Health Indonesia. Directorate General of Communicable Disease Control and Environmental Health. National Estimates of Adult HIV Infection, Indonesia 2002. Jakarta: Ministry of Health; 2003
  50. WHO Search. HIV/AIDS in Asia and the Pacific region. [akses 30 Nov 2003]. url: [http://w3.who.org/hivaids/asia2\\_7](http://w3.who.org/hivaids/asia2_7).
  51. Farley T, Buyse D, Gaillard P, Perriens J. Efficacy of Antiretroviral Regimens for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV and Some Programmatic Issue. Background documents for WHO Technical Consultation October 2000. [Akses 20 Feb 2003], pada: [http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/mtct\\_consultation\\_october\\_2000/consultation\\_documents/efficacy\\_of\\_arv\\_regimens/efficacy\\_of\\_antiretroviral\\_regimens.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/mtct_consultation_october_2000/consultation_documents/efficacy_of_arv_regimens/efficacy_of_antiretroviral_regimens.en.html)
  52. Kantor Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. Keputusan Presiden Republik Indonesia No.36 Tahun 1994 Tentang Komisi Penanggulangan AIDS. Jakarta: Kantor Menko Kesra; 1994.
  53. UNAIDS. National Responses to HIV/AIDS: Malaysia. [akses 30-11-2003], url: <http://www.unaids.org/nationalresponse/result.asp>
  54. Ende J, Kelley MA, Ramsey PG, Sox HC Graduate Education in Internal Medicine: *A Resource Guide to Curriculum Development*.
  55. Kitahata MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dodge WT, Wagner EH. Physicians' Experience with the Acquired

## RIWAYAT HIDUP

### A. Data Pribadi

Nama : Zubairi Djoerban  
NIP : 130 524 202  
Pangkat/Gol : Pembina Utama/Gol. IV d  
Jabatan : Guru Besar Madya  
Tempat Lahir : Yogyakarta  
Tanggal Lahir : 11 Februari 1947  
Agama : Islam  
Istri : Sri Wahyuningsih, SKM  
Anak : Dini Nur Astari, S Psi  
Dono Nur Indarto, SE  
Diana Nur Hapsari, AM  
Alamat : Jl. Tebet Timur Dalam IV No.4 Jakarta 12820

### B. Riwayat Pendidikan Formal

1953-1959 : Sekolah Rakyat Muhammadiyah di Yogyakarta  
1959-1962 : Sekolah Menengah Pertama Negeri II di Yogyakarta  
1962-1965 : Sekolah Menengah Atas Negeri III di Yogyakarta  
1965-1971 : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia di Jakarta  
1972-1978 : Spesialisasi Ilmu Penyakit Dalam di FKUI, Jakarta  
1986 : Konsultan Hematologi-Onkologi Medik di FKUI/RSCM, Jakarta

### C. Riwayat Pendidikan/Pelatihan/Kursus Tambahan

1982-1983 : Pelatihan di Cancer and Immunogenetic

- Institute, Villejuif, Perancis
- 1986 : Pelatihan "Bone Marrow Transplantation", Paris, Perancis
- 1987 : WHO fellow, "AIDS tour" to Research and Case Management Centre in San Francisco, Atlanta and Washington
- 1988 : Fellow Seminar on American Studies: Confronting AIDS, Salzburg, Austria
- 1993 : Cancer Exchange Programme di MD Anderson Cancer Center, Houston, AS

#### **D. Riwayat Kepegawaian**

- 01-03-1975 s.d 31-11-1979 : Calon Pegawai Negeri Sipil
- 01-12-1979 s.d. sekarang : PNS pada Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI
- 1975 s.d 1980 : Penata Muda Gol. III/a
- 1980 s.d.1983 : Penata Muda Tk.I Gol III/b
- 1983 s.d 1986 : Penata Gol.III/c
- 1986 s.d. 1991 : Penata Tk.I Gol III/d
- 1991 s.d. 1994 : Pembina Gol. IV/a
- 1994 s.d. 1997 : Pembina Tk.I Gol IV/b
- 1997 s.d. 2003 : Pembina Utama Muda Gol. IV/c
- 2003 : Guru Besar Madya di Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Gol. IV/d

#### **E. Riwayat Jabatan Struktural**

- 2002 – sekarang : Kepala Divisi Hematologi-Onkologi Medik, Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSUPNCRM
- 1995- 2002 : Ketua Program Studi Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSUPNCRM

## **F. Organisasi**

### **Sebagai Pengurus**

- 1998 s.d. sekarang : Ketua Perhimpunan Hematologi dan Transfusi Darah Indonesia (PHTDI)
- 2002 s.d. sekarang : Ketua Perhimpunan Onkologi Indonesia (POI)
- 1999 s.d. sekarang : Ketua Masyarakat Peduli AIDS Indonesia (MPAI)
- 1998 – sekarang : Ketua Harian Pokdisus AIDS, FKUI/RSCM
- 1989 : Mendirikan Yayasan Pelita Ilmu , sebagai salah satu pendiri
- 1996 s.d.1999 : Ketua Yayasan Pelita Ilmu
- 2001 s.d. 2003 : Ketua Forum Perhimpunan Dokter Seminat (PDSm) Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
- 2000 - sekarang : Anggota *executive committee* AIDS Society of the Asia Pacific (ASAP)
- 1989-1998 : Sekretaris Jendral PHTDI
- 2000-2002 : Wakil Ketua POI Jaya
- 1998-2002 : Ketua Bidang II POI
- 1996-1999 : Ketua Bidang Pendidikan PB PAPDI
- 2000 s.d.2003 : Ketua Komisi Profesi Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI) Jaya
- 2000 s.d.2003 : Bendahara Kolegium PAPDI
- 2002 s/d.sekarang : Anggota Kelompok Kerja Kedokteran Bidang PPDS, CHS

### **Sebagai Anggota**

- 1984 s.d sekarang : Anggota International Society of Hematology (ISH)
- 1986 s.d.sekarang : Anggota International AIDS Society (IAS)
- 1975 s.d. sekarang : Anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
- 1978 s.d. sekarang : Anggota Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI)

- 1986 s.d. sekarang : Anggota Perhimpunan Hematologi dan Transfusi Darah Indonesia (PHTDI)
- 1982 s.d. sekarang : Anggota Perhimpunan Onkologi Indonesia (POI)
- 1997 s.d. sekarang : Anggota Perhimpunan Dokter Peduli AIDS Indonesia (PDPAI )



## **G. Karya Ilmiah**

1. Hasil Penelitian: 10 sebagai penulis utama dan 5 sebagai penulis pembantu dalam majalah/buku ilmiah nasional dan internasional
2. Bukan hasil penelitian: 11 sebagai penulis utama dan 7 sebagai penulis pembantu dalam majalah/buku ilmiah nasional dan internasional
3. Kongres: 44 sebagai penulis utama dan 20 sebagai penulis pembantu(s.d.2001)
4. Buku : menulis / memberikan kontribusi dalam 9 buku, antara lain:
  - Seluk beluk AIDS yang perlu anda ketahui. Jakarta:Balai Penerbit,1992. (salah satu penulis dan editor)
  - Membedik AIDS: Ikhtiar memahami HIV dan Odha. Yogyakarta: Penerbit Galang; 1999 (cet.1), 2000 (cet. 2) (Penulis tunggal)
  - Enhancing the role of Medical Schools in STI/HIV and TB Control". World Health Organization 2000. (Kontributor)
  - Teaching HIV/AIDS in the Medical schools." New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia;1999. (Kontributor)

## **H. Kongres Ilmiah**

Sebagai pembicara pada 54 kongres ilmiah nasional/internasiona (s.d. Juli 2001), dan berpartisipasi pada 47 kongres ilmiah nasional/internasional

## **I. Pengabdian Masyarakat**

- Salah satu pendiri Yayasan Pelita Ilmu, aktif sebagai pengurus hingga kini.
- Mengasuh rubrik konsultasi kesehatan di Harian Republika Minggu sejak 1999.

## **J. Penghargaan**

Satyalancana Karya Satya XX Tahun. 23 Juni 1999.