BAB III

OBJEK PENELITIAN

3.1 Tinjauan Tentang Bala Keselamatan

3.1.1 Sejarah Singkat Bala Keselamatan

Bala Keselamatan (Inggris: *Salvation Army*) adalah salah satu denominasi di kalangan Gereja Protestan yang terkenal dengan pelayanan sosialnya. Mereka melaksanakan berbagai program seperti dapur umum untuk kaum miskin, rumah tumpangan, panti asuhan, rumah sakit, proyek-proyek pembangunan masyarakat, dll. Sehari-hari mereka mengenakan pakaian seragam dengan pangkat-pangkat kemiliteran, dari prajurit sampai jenderal.

Aliran Bala Keselamatan ini dimulai oleh William Booth, seorang pendeta Gereja Metodis. Booth dilahirkan di Nottingham, Inggris pada tahun 1829 dalam sebuah keluarga kontraktor bangunan kecil yang jatuh bangkrut. Karena itulah sejak kecil ia terpaksa harus ikut menopang keuangan keluarganya. Pada usia 13 tahun ia dikirim untuk magang di sebuah pegadaian.

Booth tidak menyukai pekerjaan ini, dan karena itu seringkali murung dan kesepian. Hiburan satu-satunya adalah agama. Namun dalam pekerjaan itu pula ia memperoleh pengalaman dan kesadaran tentang arti

kemiskinan yang dialami banyak orang. Booth yang muda juga sadar betapa orang-orang miskin ini seringkali mengalami penghinaan dan nista dari orang-orang lain. Pada usia remajanya itu pula Booth menjadi Kristen dan seringkali berusaha mengajak orang-orang lain untuk menjadi Kristen juga.

Setelah magangnya selesai, Booth pindah ke London dan di sana kembali ia bekerja di sebuah rumah gadai. Ia bergabung dengan sebuah Gereja Metodis dan belakangan memutuskan untuk menjadi pendeta.

William Booth menikah dengan Catherine Mumford yang dilahirkan di Ashbourne, Derby, pada tanggal 17 Januari 1829. Sejak masa kecilnya, Catherine adalah seorang anak perempuan yang bersungguh-sungguh dan sensitif. Catherine dibesarkan dalam keluarga Kristen, dan pada usia 12 tahun ia telah membaca seluruh Alkitab sebanyak 8 kali. Namun baru pada usia 16 tahun, setelah mengalami pergumulan iman, Catherine merasa benar-benar percaya.

Suatu kali William Booth datang dan berkhotbah di gereja Catherine. Segera mereka saling jatuh cinta dan bertunangan. Mereka menikah pada tanggal 16 Juni 1855 dalam sebuah upacara yang sangat sederhana. Setelah menikah William Booth menjadi seorang pengkhotbah keliling yang berkelana di seluruh Inggris, sambil berkhotbah kepada siapa saja yang mau mendengarkannya. Namun Booth merasa ia harus melakukan lebih

daripada itu. Karena itu Booth kembali ke London bersama keluarganya, dan melepaskan jabatannya sebagai seorang pendeta Metodis dan menjadi pengkhotbah keliling.

Pada suatu hari di tahun 1865, Booth berada di East End di London, berkhotbah kepada sekumpulan orang di jalan-jalan. Di luar sebuah pub yang bernama *Blind Beggar*, beberapa misionaris mendengarkan Booth berbicara dan tertarik oleh khotbahnya yang sangat mengesankan. Karena itu, mereka meminta Booth untuk memimpin serangkaian kebaktian kebangunan rohani yang sedang mereka selenggarakan di sebuah tenda besar. Booth segera sadar bahwa inilah yang selama ini dicari-carinya. Karena itu, ia pun segera mendirikan gerakannya sendiri yang dinamainya "Misi Kristen."

Pertemuan-pertemuan di malam hari diselenggarakan di sebuah gudang tua, dan mereka seringkali dilempari batu dan petasan lewat jendelanya oleh para pengacau. Pelan-pelan Booth berhasil mendirikan pos-pos pekabaran Injil namun hasil pekerjaannya tetap belum memuaskan. "Misi Kristen" hanyalah satu di antara 500 organisasi amal dan keagamaan yang berusaha menolong orang-orang miskin di East End. Baru pada tahun 1878, setelah nama *Misi Kristen* diganti menjadi *Bala Keselamatan*, organisasi ini mulai berkembang.

Catherine mulai membantu pelayanan gereja di Brighouse. Ia mulai dengan mengajar di sekolah Minggu karena pada waktu itu perempuan tidak biasa diizinkan berbicara di pertemuan-pertemuan orang dewasa. Catherine mempunyai minat khusus untuk berbicara kepada para pecandu alkohol. Di rumah, Catherine membesarkan 8 orang anaknya di dalam iman Kristen, hingga dua orang di antaranya mencapai kedudukan sebagai Jenderal di dalam Bala Keselamatan.

Ketika Booth mulai berkhotbah keliling kepada orang-orang miskin, Catherine berbicara kepada orang-orang kaya untuk mengimbau mereka mendukung secara finansial pelayanan yang mereka lakukan. Ketika Booth menjadi Jenderal, Catherine dikenal sebagai “Ibu Pasukan.” Ia menjadi tenaga pendorong utama yang menimbulkan banyak perubahan dalam gerakan ini, merancang bendera, topi untuk kaum perempuan dan berbagai pemikiran untuk Bala Keselamatan.

Gagasan tentang pasukan yang berjuang melawan dosa sangat menarik perhatian banyak orang dan Bala Keselamatan mulai berkembang dengan cepat. Khotbah-khotbah Booth yang berapi-api dan sederhana, dengan segera mengundang banyak orang untuk meninggalkan masa lalu mereka danmemulai hidup baru sebagai anggota pasukan dalam Bala Keselamatan.

Semangat ketentaraan inilah yang menjiwai gerakan Bala Keselamatan yang dengan cepat menyebar ke luar negeri. Pada saat Booth meninggal pada tahun 1912, organisasi ini telah bekerja di 58 negara, dan sekarang Bala Keselamatan bekerja di 103 negara di seluruh dunia.

Teologi Bala Keselamatan didasarkan pada dua pokok pemikiran: (1) bahwa pertobatan adalah sesuatu yang mutlak dalam kehidupan orang Kristen. Orang harus percaya bahwa ia dilahirkan dalam kuasa dosa warisan dan kelepasan hanya bisa diperoleh dengan menerima anugerah Kristus pada salib; (2) setelah pertobatan orang cenderung tetap berdosa, tetapi Allah menawarkan kesempurnaan di dalam anugerah-Nya. Melalui anugerah itu, kasih Allah bagi manusia dan kasih manusia terhadap Allah membersihkan sisa-sisa keakuan dan kesombongannya.

Teologi *revivalis* (kebangunan rohani) yang berkembang di Amerika Serikat juga sangat mempengaruhi William Booth dan Catherine. Itulah sebabnya, sejak awal mereka telah merencanakan untuk mengembangkan sayap organisasi mereka ke Amerika Serikat. Mereka yakin bahwa cara khotbah mereka akan lebih diterima di sana daripada di Inggris, di mana orang cenderung menolak bentuk-bentuk Kekristenan yang berbeda.

Bala Keselamatan berusaha menciptakan suasana Kristen yang tidak terlalu “menggereja” karena mereka merasa bahwa suasana seperti itu tidak akan membuat orang-orang yang tidak terbiasa ke gereja betah. Gereja

adalah untuk orang-orang kelas menengah yang formal dan sok, sementara misi Bala Keselamatan ditujukan kepada kaum buruh dengan masalah-masalah mereka yang riil sehari-hari. Semangat untuk tidak “menggereja” ini telah menyebabkan Bala Keselamatan tidak mempraktikkan sakramen, yakni baptisan dan perjamuan kudus.

Bagi mereka, baptisan cukup dilambangkan dengan janji yang sungguh-sungguh dihadapan Tuhan. Sementara perjamuan kudus tidak diselenggarakan karena kekuatiran bahwa hal itu akan menimbulkan keinginan untuk minum-minum di antara mereka yang telah meninggalkan alkohol.

Teologi Bala Keselamatan didasarkan pada teologi para Reformator dengan modifikasi di sana-sini. Booth, misalnya, menyatakan “Kami percaya akan keselamatan yang dipahami dalam gaya lama (*old-fashioned salvation*). Pemahaman kami tentang keselamatan sama dengan apa yang diajarkan di dalam Alkitab dan diberitakan oleh Luther, Wesley, dan Whitfield."

Salah seorang tokoh Bala Keselamatan, yang bernama Taiz, mengajarkan tentang teologi kesucian seperti yang dikembangkan oleh Wesley. Taiz menyatakan bahwa Booth percaya bahwa Allah dapat membebaskan semua orang dari berbagai pengaruh dosa dan bentuk yang negatif. Jadi, pada akhir abad ke-19, Bala Keselamatan menekankan

“pengalaman pengudusan pribadi yang mendalam, yang diisi oleh kuasa roh dan pengabdian kepada pelayanan Kristen ... Roh Kudus akan dicurahkan dan Injil disebarkan di seluruh dunia. Kristus akan kembali pada abad milenium ini dan akan mengakhiri sejarah.”

Teologi Whitfield yang diterima oleh Bala Keselamatan adalah ajaran predestinasi Calvin. Menurut ajaran ini, Allah itu Maha kuasa dan karenanya Ia pasti telah menetapkan sejak kekekalan, bahwa sebagian orang – yakni mereka yang terpilih – akan diselamatkan, sementara yang lainnya, yang tidak terpilih, akan dihukum.

Oleh karena itu, Kristus mati untuk orang-orang pilihan saja, dan bukan untuk semua orang, sehingga anugerah Allah tidak bisa ditolak, dan orang percaya, sekali ia bertobat, tidak akan pernah jatuh dari anugerah Allah. Pemikiran ini sangat bertentangan dengan ajaran John Wesley yang menekankan kehendak bebas, sehingga konon pada abad ke-18 John Wesley pernah berkata kepada Whitfield, “Allahmu adalah iblisku.”

Di luar prinsip-prinsip teologi yang abstrak, pribadi Catherine yang sabar, murah hati, peka dan oergaisator yang efisien dalam mengatur uang dan orang lain menjadi unsure yang penting dalam organisasi Bala Keselamatan.

Dengan menggabungkan latar belakang Metodis William Booth dengan ajaran Calvin, maka para tokoh Bala Keselamatan merumuskan 11 butir doktrin/asas sbb.:

1. Kami percaya bahwa Kitab Suci, yang terdiri atas Perjanjian Lama dan Perjanjian Baru diberikan oleh ilham Allah dan bahwa hanya kedua kitab itu sajalah yang menjadi dasar aturan Ilahi bagi iman dan praktek kristiani.
2. Kami percaya bahwa hanya ada satu Allah yang sempurna dan tidak terbatas di dalam kesempurnaannya, Sang Pencipta, Pemelihara, dan Pemerintah dari segala sesuatu, dan hanya Dialah satu-satunya yang layak disembah.
3. Kami percaya bahwa Allah dikenal dalam tiga pribadi – Bapa, Anak, dan Roh Kudus, yang hakikatnya tidak terpisah-pisahkan dan setara di dalam kuasa dan kemuliaan-Nya.
4. Kami percaya bahwa di dalam pribadi Yesus Kristus, hakikat ilahi dan manusiawi dipersatukan, sehingga Dia adalah Allah sejati dan manusia sejati.
5. Kami percaya bahwa leluhur kita yang pertama diciptakan dalam keadaan tanpa dosa, tetapi karena ketidaktaatannya mereka kehilangan kemurnian dan kebahagiaan mereka, dan sebagai akibat dari kejatuhan

mereka, semua orang telah menjadi berdosa, sama sekali kehilangan kemuliaannya, dan karenanya sama-sama terkena murka Allah.

6. Kami percaya bahwa Tuhan Yesus Kristus, melalui kematian-Nya telah melakukan penebusan bagi seluruh dunia sehingga barangsiapa yang percaya kepada-Nya akan diselamatkan.
7. Kami percaya bahwa pertobatan kepada Allah, iman kepada Tuhan kita Yesus Kristus, dan kelahiran kembali melalui Roh Kudus, adalah perlu bagi keselamatan.
8. Kami percaya bahwa kita dibenarkan oleh anugerah melalui iman kepada Tuhan kita Yesus Kristus dan bahwa ia yang percaya kepadanya mempunyai saksi di dalam Diri-Nya.
9. Kami percaya bahwa kelanjutan keadaan keselamatan tergantung kepada iman yang terus-menerus taat kepada Kristus.
10. Kami percaya bahwa adalah hak semua orang percaya untuk sepenuhnya dikuduskan dan bahwa seluruh roh, jiwa, dan tubuh mereka dapat dipertahankan tidak bercacat hingga kedatangan kembali Tuhan kita Yesus Kristus.
11. Kami percaya akan keabadian jiwa, kebangkitan tubuh, penghakiman umum pada akhir zaman, kebahagiaan kekal dari orang-orang yang benar, dan penghukuman kekal dari orang-orang yang jahat.

Pimpinan tertinggi Bala Keselamatan se-dunia berpangkat jenderal dan berkedudukan di London, Inggris. Kedudukan ini sekarang dijabat oleh Jenderal John Larsson, seorang berkebangsaan Swedia.

3.1.2 Bala Keselamatan di Indonesia

Kepulauan Indonesia yang dapat diibaratkan sebagai "Untaian ratna-mutu manikam yang mengelilingi khatulistiwa" merupakan salah satu kumpulan pulau-pulau yang terbesar di dunia serta strategis letaknya dengan kekayaan alam yang berlimpah-limpah. Tidaklah mengherankan, jika para pemimpin Bala Keselamatan telah melihat bahwa kepulauan ini mempunyai kemungkinan sangat besar untuk perluasan pekerjaan Bala Keselamatan.

Oleh karena itu, pada tanggal 24 November 1894, Jenderal William Booth - Pembangun Bala Keselamatan mengutus para opsir perintis dari negara Belanda untuk membuka pekerjaan Bala Keselamatan di Indonesia.

Asal mulanya perintah itu adalah sebagai berikut. Pada musim panas di tahun 1894, seorang opsir Bala Keselamatan yang berkebangsaan Belanda bernama Ensign Adolf van Emmerik mengunjungi London dan memberikan keterangan yang sangat berharga serta saran Bala Keselamatan memulai pekerjaannya di Indonesia. Sebelum menjadi opsir ia pernah beberapa tahun menetap di pulau Jawa. Sebagai kelanjutan dari kunjungan Adolf van Emmerik, Jenderal mengutus Kapten Jacob Gerrit Brouwer serta Ensign

Adolf van Emmerik ke Hindia Belanda (sebutan bagi Indonesia pada waktu itu). Mereka berangkat dari Amsterdam pada bulan Oktober dan tiba di Indonesia pada hari Jumat, 24 November 1894 di Tanjung Priok.

Sebelum kedua perintis tersebut meninggalkan negeri Belanda, maksud dan tujuan mereka telah didengar oleh pemerintah Hindia Belanda. Karena merasa takut akan gangguan yang akan timbul Pemerintah Hindia Belanda mengajukan keberatan serta mengirimkan surat kepada Pemerintah Pusat di Belanda agar melarang keberangkatan kedua opsir tersebut ke Jawa.

Dalam suatu wawancara dengan Menteri Urusan Tanah Jajahan Belanda, Komisioner Elvin Oliphant (Pemimpin Bala Keselamatan di negeri Belanda pada waktu itu) menjelaskan maksud dan tujuan Bala Keselamatan yang sama sekali tidak mencampuri urusan politik. Akhirnya Pemerintah Pusat di negeri Belanda mengirimkan surat sebagai jawaban kepada Gubernur Jenderal Hindia Belanda, agar jangan merasa takut dan khawatir dengan kedatangan kedua opsir Bala Keselamatan itu.

Dalam pertemuan dengan Gubernur Jenderal, mereka mendapat banyak saran serta petunjuk.Sesuai dengan petunjuk Gubernur Jenderal, mereka memilih Purwokerto di Jawa Tengah sebagai tempat permulaan. Kemudian kedua perintis itu merasa yakin bahwa tempat yang paling baik

untuk memulai pekerjaan mereka ialah Sapuran, sebuah desa kira-kira 50 km dari kota Purwokerto.

Untuk kelancaran pekerjaan, mereka mempelajari bahasa dan adat istiadat penduduk setempat. Segera kedua orang muda ini mendapat kepercayaan dari penduduk setempat. Dengan cara serta peralatan yang sederhana, mereka mulai mengabarkan Injil, merawat orang sakit, memberi makan kepada mereka yang lapar serta mengajar parapemuda-pemudi. Oleh karena permintaan dari beberapa keluarga yang beragama Kristen, maka untuk pertama kalinya sebuah gedung kebaktian didirikan dengan amat sederhana beberapa bulan kemudian.

Dari permulaan yang sederhana ini, kita dapat melihat perkembangan yang pesat dari Bala Keselamatan dewasa ini dimana pada tahun tersebut tercatat dipulau jawa ada 24 orang misionari dan pendeta Protestan, 151 orang pembantu misionari dari penduduk setempat dan 142.000 orang Kristen dari jumlah 24 juta penduduk. Dalam bulan September 1895, datanglah bantuan beberapa orang opsir dari Inggris dan pada akhir tahun itu juga – pekerjaan Bala Keselamatan dimulai di Semarang.

Pada tahun 1899 tercatat sebanyak 15 opsir. Pada tahun 1900 dimulailah penerbitan pertama majalah resmi Bala Keselamatan yang diberi nama “Kabar Selamat” dengan tiga halaman berbahasa Melayu dan satu halaman berbahasa Belanda. Pekerjaan yang makin meluas ini memerlukan

tenaga-tenaga dari penduduk pribumi. Oleh karena itu diadakan suatu kursus yang dimaksudkan untuk melatih serta mendidik pemuda-pemudi bangsa Indonesia untuk menjadi Opsir. Demikianlah Pusat Latihan Bala Keselamatan yang pertama didirikan pada tahun 1903 di Kedung Pani (dekat Semarang).

Selama 7 tahun pekerjaan Bala Keselamatan di Indonesia berada di bawah pengawasan Teritori Australia dan pada masa-masa permulaan banyak Opsir dari Australia dengan sukarela menyumbangkan pikiran mereka demi kelanjutan pekerjaan Bala Keselamatan. Baru pada tahun 1905 dengan diangkatnya Letnan Kolonel P. van Rossum sebagai Komandan Teritorial yang pertama, pulau Jawa (pada waktu itu pekerjaan Bala Keselamatan hanya ada di pulau Jawa) dijadikan Teritori tersendiri. Sampai sekarang tercatat 21 orang Komandan Teritorial yang memimpin Teritori Indonesia, diantaranya:

1. Letnan Kolonel P. van Rossum 1905 - 1909
2. Letnan Kolonel G.J. Govaars 1909 - 1912
3. Letnan Kolonel J.W. De Groot 1912 - 1916
4. Kolonel J. Gunnning Ham 1916 - 1922
5. Kolonel M. J. Vans De Warken 1922 - 1926
6. Komisioner W. Plastor 1926 - 1931
7. Komisoner J.W. De Groot 1931 – 1938

8. Komisioner A.C. Beek Juil 1938 - 1946
9. Komisioner G. Lebbink 1946 - 1952
10. Komisioner A.T Hlinghes 1952 - 1956
11. Komisioner J.W. Dent 1956 - 1958
12. Koloneel C.W. Widdow Son 1958 - 1960
13. Kolonel A.G. Long 1960 - 1962
14. Kolonel L.C. Rusher 1962 - 1965
15. Komisioner J.A. Corputty 1965 - 1973
16. Komisioner C.Marion 1973 - 1980
17. Kommisioner H. G. Pattipeylohy 1980 - 1987
18. Komissioner L. E Adiwinoto 1987 - 1993
19. Komisioner V. K Tond 1993 – 1999
20. Komisioner Johannes Watilete 1999 – 2006
21. Komisioner Ribut Basuki Kartodarsono 2006 – saat ini

Pada tahun 1910 tercatat 60 orang opsir; 22 pusat pekerjaan rohani; 5 sekolah; sebuah Pusat Latihan serta 8 pusat pelayanan sosial. Dan pada tahun 1977 tercatat 318 opsir; 241 pusat pekerjaan rohani; sebuah Pusat Latihan; 88 sekolah 15 pusat pelayanan kesehatan serta 14 pusat pelayanan sosial.

3.1.3 Pekerjaan Bala Keselamatan di Indonesia

Tanggal 15 September 1913, Ensign Charles Jensen dan Hendrik Loois merintis pekerjaan Bala Keselamatan di Sulawesi Tengah. Setiba di daerah itu, mereka memulai pekerjaan di dua tempat, Kulawi dan Rowiga. Dalam waktu yang tidak begitu lama, mereka mulai mendirikan sekolah-sekolah dan tempat-tempat penginjilan lainnya. Kini Sulawesi Tengah merupakan salah satu 'jaringan kerja' Bala Keselamatan yang paling luas. Pada pertengahan tahun 1911, sebuah perusahaan besar dan perusahaan perkebunan mencari jalan keluar untuk mengatasi persoalan buruh-buruh yang terserang penyakit kusta di Sumatera Timur.

Mereka meminta bantuan Bala Keselamatan menyanggupi permintaan tersebut dan mengirimkan Staf Kapten Robert Berney dan pada tahun 1914 disamping melayani bidang perawatan, juga melayani pelayanan rohani. Pada tahun 1928, pekerjaan rohani di Ujung Pandang dimulai. Daerah Sulawesi Utara mulai dibuka pada tahun 1933 dan opsir pertama yang dikirim oleh Kantor Pusat ialah Ajudan dan Nyonya Edvard Rosenlund.

Tetapi, sebelum pekerjaan Bala Keselamatan secara resmi dibuka di tempat itu, beberapa anggota Bala Keselamatan penduduk pribumi telah merintis serta bertindak sebagai pembuka jalan,diantaranya ialah Envoy H. M Josep O. F.Pekerjaan Bala Keselamatan di Ambon dimulai pada tahun 1935, kemudian pada tahun 1948 di Timor Kupang dan pada tahun 1963 Bala Keselamatan

membuka pekerjaannya di Palembang. Pusat pekerjaan rohani yang terakhir diresmikan ialah di Denpasar, Bali pada bulan Januari 1974.

3.1.3 Perluasan Pelayanan di Indonesia

3.1.3.1 Pelayanan di Antara Anak-anak.

Sejak berdirinya Bala Keselamatan di Indonesia pekerjaan diantara anak-anak telah menjadi salah satu bagian terpenting dari Bala Keselamatan di bidang kerohanian. Yang menjadi tujuan pokok Bala Keselamatan bekerja diantara anak-anak ialah untuk menolong mereka mengenai Tuhan pada waktu mereka masih muda, melatih serta memajukan kehidupan kerohanian mereka.

Anak-anak yang berusia 3-7 tahun mendapat pelajaran agama yang sederhana, kemudian bila mereka ingin melanjutkan pelajaran, mereka dapat melanjutkan ke bagian Prajurit Muda kemudian dilanjutkan lagi dengan Kadet Korps yang anggota-anggotanya terdiri dari mereka yang berusia 13 tahun ke atas. Bukan saja pelajaran agama yang diberikan, tetapi juga paduan suara, musik serta kerajinan tangan.

3.1.3.2 Kaum Wanita

Sebelum Bala Keselamatan didirikan, Pembangun merasa bahwa wanita juga mempunyai kemampuan untuk pengabaran Injil seperti juga kaum pria. Oleh sebab itu, setelah Bala Keselamatan didirikan, maka kaum wanita pun diikutsertakan serta diberikan hak yang sama dengan kaum pria untuk mengabarkan Injil serta tugas lainnya. Untuk tujuan ini Bala Keselamatan berusaha keras melatih dan memajukan kaum wanita dengan beberapa cara.

Di Indonesia dan negara lain ada suatu Persekutuan Kaum Wanita yang terdiri dari kaum wanita, baik yang sudah maupun yang belum berumah tangga, untuk berkumpul agar memperoleh beberapa macam pelajaran seperti: pelajaran Alkitab, pelajaran mengurus rumah tangga, merawat anak-anak, merawat orang-orang sakit serta mendidik anak-anak.Semua ini akan menolong mereka untuk ikut serta dengan giat menyebarkan Injil di rumah mereka sendiri, di tetangga atau dimana pun mereka berada.

3.1.3.3 Penginjilan lainnya

Bagi Bala Keselamatan, Penginjilan bukan hanya terbatas di dalam ruangan kebaktian saja. Ada penginjilan di dalam dan penginjilan di luar. Penginjilan ke luar merupakan suatu bagian yang terpenting. Kebaktian luar, majalah-majalah, kunjungan rumah, mengunjungi orang sakit baik di rumah maupun di rumah sakit merupakan tugas yang tidak pernah berhenti dalam kegiatan Bala Keselamatan.

3.1.3.4 Sosial

Pekerjaan sosial Bala Keselamatan dimulai pada tahun 1902 di Semarang. Pada tahun itu di Jawa Tengah terjadi bencana banjir dan kelaparan yang menyebabkan beribu-ribu orang mengungsi ke Semarang. Dengan dibukanya tempat penampungan orang-orang miskin di Bugangan, Semarang, Bala Keselamatan memulai pekerjaan sosialnya dan sampai sekarang pekerjaan tersebut masih dilanjutkan di tempat tersebut. Perumahan bagi orang-orang tidak mampu ini diikuti dengan pembukaan panti asuhan, perumahan ibu dan bayi, rumah sakit; perkumpulan orang-orang yang menderita kusta; dan lain sebagainya termasuk forum diskusi tentang HIV/AIDS.

3.1.3.5 Bidang Literatur/Kepustakaan

"Berita Keselamatan," majalah resmi Bala Keselamatan di Indonesia dan diterbitkan satu bulan satu kali. Tujuan penerbitan majalah ini sejalan dengan titik sasaran penerbitan Bala Keselamatan pada umumnya, yaitu mengabarkan Injil, memberikan bacaan rohani kepada orang-orang Kristen dan memperkenalkan Bala Keselamatan kepada masyarakat. Majalah ini diterbitkan untuk pertama kalinya pada tanggal 1 Januari 1900 dan mengalami 3 kali penggantian nama. Mula pertama terbit dengan nama "Kabar Selamat," kemudian diubah menjadi "Pemberita Peperangan" dan mulai tahun 1950 menggunakan nama "Berita Keselamatan" sampai dengan tahun 1957, majalah ini terbit dalam dua edisi: berisi bahasa Indonesia dan bahasa Belanda. Penyajian tulisan dalam majalah "Berita Keselamatan" kami sesuaikan dengan titik sasaran yang kami sebutkan diatas, yaitu:

Karangan utama sengaja kami tulis dalam bahasa yang mudah dimengerti sehingga orang awam yang kurang mengerti 'bahasa tradisional' gereja dapat memahaminya; karangan bersambung tentang pembahasan Alkitab atau hal-hal yang menyangkut agama Kristen; ruang pembinaan keluarga; ruang

anak-anak; ruang tanya jawab untuk muda-mudi; tulisan tentang Bala Keselamatan; ceritera bersambung yang memberikan kepada kita suatu kesaksian kuasa Allah dalam kehidupan manusia dan gambar-gambar yang memperlihatkan corak pelayanan Bala Keselamatan baik di negara Indonesia atau pun di negara-negara lain.

Pimpinan Bala Keselamatan di Indonesia di sebut *Komandan Teritorial* yang saat ini dipegang oleh Komisioner Ribut Basuki Kartodarsono dan berkedudukan di Bandung.

3.2 Logo Bala Keselamatan

Logo Bala Keselamatan dapat dilihat dari gambar 3.5 di bawah ini. Logo ini merupakan logo Bala keselamatan (Salvation Army) di seluruh dunia.

Gambar 3.1
Logo Bala Keselamatan



Sumber: Bala Keselamatan, 2009

1. Arti gambar sebuah perisai/ tameng

   Sebagai pelindung bagi mereka yang lemah atau membutuhkan

2. Arti warna merah

   Sebagai symbol darah yang memiliki arti pengorbanan

3. Arti tulisan berwarna putih

   Memiliki arti niat tulus untuk menolong sesama

4. Arti tulisan “THE SALVATION ARMY”

5. Memiliki arti sebagai pasukan (bala) dalam menolong manusia dengan kasih.

3.3 Visi dan Misi Bala Keselamatan

3.3.1 Visi Bala Keselamatan:

Untuk membagi kasih yang diberikan Yesus Kristus kepada setiap orang dan menunjukan kasih Kristen di setiap tindakan kepada setiap orang tanpda membeda-bedakan dan mendoakan agar semua orang dapat diselamatkan.

3.3.2 Misi Bala Keselamatan :

1) untuk memberitakan Injil Yesus Kristus
2) untuk memenuhi kebutuhan manusia dalam nama-Nya tanpa diskriminasi

3.4 Struktur Organisasi Balakeselamatan

Gambar 3.2
Struktur Organisasi Bala Keselamatan



Sumber: Arsip Bala Keselamatan Bandung, 2010

3.5 Jenis Kegiatan/Pelayanan Bala Keselamatan

Hingga Saat ini Bala Keselamatan di Teritori Indonesia melayani dalam empat bidang pelayanan, keempat bidang tersebut adalah :

1. Pelayanan Pendidikan (OP.Mayor Selly B. Poa); Membawahi 7 taman kanak, 64 Sekolah Dasar, 16 Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, 5 Sekolah Lanjutan Tingkat Atas, 1 unit Sekolah Fungsi Theologia, 1 unit Pusat Pendidikan dan Pelatihan Opsir dan 2 Sekolah Akademi Keperawatan.

Gambar 3.3
Sekolah Keperawatan



Sumber: Bala Keselamatan Bandung, 2009

2. Pelayanan Rohani (OP. Mayor I Made Simon Petrus); Mambawahi 270 Korps (Gereja) dan 211 Pos Pelayanan yang tersebar di seluruh Indonesia

Gambar 3.4
Ibadah Kerohanian



Sumber: Bala Keselamatan Bandung, 2009

3. Pelayanan Medis (OP. Mayor Sih Sadjiastuti Laua); Membawahi 6 Rumah Sakit, 17 klinik, dan 9 Pos Pelayanan Kesehatan yang tersebar di seluruh Indonesia.

Gambar 3.5
Pelayanan Medis



Sumber: Arsip Bala Keselamatan Bandung, 2009

4. Pelayanan Sosial dan Pengembangan Masyarakat (OP. Mayor Widiawati Tampai); Membawahi 1 unit Perumahan Ibu dan Anak bertempat di Surabaya, 3 unit Panti Werdha Usia, 15 Panti Asuhan Anak Putra dan Putri dan 1 unit Panti Karya di Semarang.

Gambar 3.6
Pelayanan Sosial dan Pengembangan Masyarakat



Sumber: Arsip Bala Keselamatan Bandung, 2009

3.6 Tinjauan HIV/AIDS

3.6.1 Sekilas Mengenai HIV/AIDS

Dewasa ini HIV/AIDS merupakan wacana yang terbuka untuk dapat di akses dan bahas secara bebas, walaupun pada kenyataannya stigma HIV/AIDS masih sangat kental di Indonesia. Ini ada karena hubungannya dengan budaya, pola piker, agama dan kehidupan social kita yang cenderung berpendapat bahwa HIV/AIDS merupakan momok. Sebelum lebih jauh membahas mengenai HIV/AIDS, ada baiknya peneliti memberikan sekilas tentang pengertian HIV/AIDS.

Menurut Marx, J. L. dalam bukunya "*New disease baffles medical community*" yang dikutip pada alamat situs Wikipedia.org, mengatakan bahwa:

> "*Acquired Immunodeficiency Syndrome* atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (disingkat AIDS) adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau: sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV atau infeksi virus-virus lain yang mirip yang menyerang spesies lainnya (SIV, FIV, dan lain-lain)"[6]

Virusnya sendiri bernama *Human Immunodeficiency Virus* (atau disingkat HIV) yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang

[6] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

HIV dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Sebagaimana yang diterangkan oleh Divisions of HIV/AIDS Prevention. Pada tahun 2003 dalam bukunya yang berjudul "HIV and Its Transmission. Centers for Disease Control & Prevention". Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

Para ilmuwan umumnya berpendapat bahwa AIDS berasal dari Afrika Sub-Sahara. Seperti halnya yang diungkapakan oleh para ilmuwan seperti Gao, F., Bailes, E., Robertson, D. L., Chen, Y., Rodenburg, C. M., Michael, S. F., Cummins, L. B., Arthur, L. O., Peeters, M., Shaw, G. M., Sharp, P. M. and Hahn, B. H. pada tahun 1999 dalam buku yang berjudul "*Origin of HIV-1 in the Chimpanzee Pan troglodytes troglodyte*".

Kini AIDS telah menjadi wabah penyakit. AIDS diperkiraan telah menginfeksi 38,6 juta orang di seluruh dunia, berdasarkan laporan UNAIDS yang diberi judul "Overview of the global AIDS epidemic" pada

tahun 2006. Pada Januari 2006, UNAIDS bekerja sama dengan WHO memperkirakan bahwa AIDS telah menyebabkan kematian lebih dari 25 juta orang sejak pertama kali diakui pada tanggal 5 Juni 1981. Dengan demikian, penyakit ini merupakan salah satu wabah paling mematikan dalam sejarah.

Berdasarkan laporan UNAIDS tersebut, AIDS diklaim telah menyebabkan kematian sebanyak 2,4 hingga 3,3 juta jiwa pada tahun 2005 saja, dan lebih dari 570.000 jiwa di antaranya adalah anak-anak. Sepertiga dari jumlah kematian ini terjadi di Afrika Sub-Sahara, sehingga memperlambat pertumbuhan ekonomi dan menghancurkan kekuatan sumber daya manusia di sana.

Menurut para pemerhati HIV/AIDS seperti Palella, F. J. Jr, Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman and D. J., Holmberg, S. D. pada tahun 1998 menerangkan dalam buku "*Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators*", bahwa "Perawatan antiretrovirus sesungguhnya dapat mengurangi tingkat kematian dan parahnya infeksi HIV, namun akses terhadap pengobatan tersebut tidak tersedia di semua negara." [7]

[7] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

Hukuman sosial bagi penderita HIV/AIDS, umumnya lebih berat bila dibandingkan dengan penderita penyakit mematikan lainnya. Terkadang hukuman sosial tersebut juga turut tertimpakan kepada petugas kesehatan atau sukarelawan, yang terlibat dalam merawat *orang yang hidup dengan HIV/AIDS* (ODHA).

3.6.2 Sejarah Singkat HIV/AIDS

AIDS pertama kali dilaporkan pada tanggal 5 Juni 1981, ketika Centers for Disease Control and Prevention Amerika Serikat mencatat adanya pneumonia pneumosistis (sekarang masih diklasifikasikan sebagai PCP tetapi diketahui disebabkan oleh Pneumocystis jirovecii) pada lima laki-laki homoseksual di Los Angeles.

Menurut Reeves, J. D. and Doms, R. W (2002: 83) dalam buku "*Human Immunodeficiency Virus Type 2*" menjelaskan bahwa, "Dua spesies HIV yang diketahui menginfeksi manusia adalah HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 lebih mematikan dan lebih mudah masuk kedalam tubuh. HIV-1 adalah sumber dari mayoritas infeksi HIV di dunia, sementara HIV-2 sulit dimasukan dan kebanyakan berada di Afrika Barat." [8]

Baik HIV-1 dan HIV-2 berasal dari primata. Asal HIV-1 berasal dari simpanse *Pan troglodytes troglodytes* yang ditemukan di Kamerun

[8] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

selatan.[101] HIV-2 berasal dari Sooty Mangabey (*Cercocebus atys*), monyet dari Guinea Bissau, Gabon, dan Kamerun.

Banyak ahli berpendapat bahwa HIV masuk ke dalam tubuh manusia akibat kontak dengan primata lainnya, contohnya selama berburu atau pemotongan daging. Teori yang lebih kontroversial diungkapkan oleh Curtis, T. (1992). "The origin of AIDS" dan Hooper, E. (1999) dalam buku "*The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS*" yang dikenal dengan nama hipotesis OPV AIDS, menyatakan bahwa "Epidemik AIDS dimulai pada akhir tahun 1950-an di Kongo Belgia sebagai akibat dari penelitian Hilary Koprowski terhadap vaksin polio." [9]

Namun demikian, komunitas ilmiah umumnya berpendapat bahwa skenario tersebut tidak didukung oleh bukti-bukti yang ada. Hal ini dikemukakan oleh Worobey M, Santiago ML, Keele BF, Ndjango JB, Joy JB, Labama BL, Dhed'A BD, Rambaut A, Sharp PM, Shaw GM, Hahn BH pada tahun 2004 "*Origin of AIDS: contaminated polio vaccine theory refuted*". Kemudian Berry N, Jenkins A, Martin J, Davis C, Wood D, Schild G, Bottiger M, Holmes H, Minor P, Almond N pada tahun 2005 dalam laporannya yang berjudul "*Mitochondrial DNA and retroviral RNA analyses of archival oral polio vaccine (OPV CHAT) materials: evidence of macaque nuclear sequences confirms substrate identity*". Penjelasan ini pun didukung

[9] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

dengan adanya modul mengenai diskusi HIV/AIDS dari Centers for Disease Control and Prevention dalam jurnal yang berjudul “Oral Polio Vaccine and HIV / AIDS: Questions and Answers.” [10]

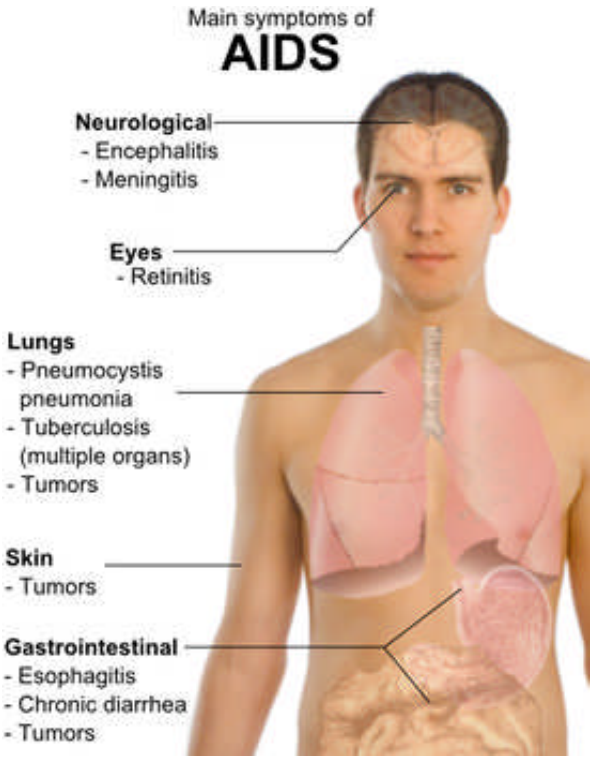
3.6.3 Gejala dan Komplikasi

Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. Kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang biasanya dikendalikan oleh unsur-unsur sistem kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS. HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti sarkoma Kaposi, kanker leher rahim, dan kanker sistem kekebalan yang disebut limfoma.

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik; seperti demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.

[10] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

Gambar 3.7
Gejala-gejala utama HIV/AIDS



Sumber: http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

- **Penyakit Paru-Paru Utama**

Pneumonia pada paru-paru, disebabkan oleh Pneumocystis jirovecii. Pneumonia pneumocystis (dahulu pernah dinamakan *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP), dan sekarang singkatannya masih digunakan tetapi merupakan kependekan dari *Pneumocystis*

pneumonia) jarang dijumpai pada orang sehat yang memiliki kekebalan tubuh yang baik, tetapi umumnya dijumpai pada orang terinfeksi HIV.

Penyebab penyakit ini adalah fungi *Pneumocystis jirovecii*. Sebelum adanya diagnosis, perawatan, dan tindakan pencegahan rutin yang efektif di negara-negara Barat, penyakit ini umumnya segera menyebabkan kematian. Di negara-negara berkembang, penyakit ini masih merupakan indikasi pertama AIDS pada orang-orang yang belum dites, walaupun umumnya indikasi tersebut tidak muncul kecuali jika jumlah CD4 kurang dari 200 per µL.

Tuberkulosis (TBC) merupakan infeksi unik di antara infeksi-infeksi lainnya yang terkait HIV, karena dapat ditularkan kepada orang yang sehat (imunokompeten) melalui rute pernapasan (respirasi). Ia dapat dengan mudah ditangani bila telah diidentifikasi, dapat muncul pada stadium awal HIV, serta dapat dicegah melalui terapi pengobatan. Namun demikian, resistensi TBC terhadap berbagai obat merupakan masalah potensial pada penyakit ini.

Meskipun munculnya penyakit ini di negara-negara Barat telah berkurang karena digunakannya terapi dengan pengamatan langsung dan metode terbaru lainnya, namun tidaklah demikian yang terjadi di negara-negara berkembang tempat HIV paling banyak ditemukan. Pada stadium awal infeksi HIV (jumlah CD4 >300 sel per µL), TBC muncul sebagai

penyakit paru-paru. Pada stadium lanjut infeksi HIV, ia sering muncul sebagai penyakit sistemik yang menyerang bagian tubuh lainnya (tuberkulosis ekstrapulmoner).

Gejala-gejalanya biasanya bersifat tidak spesifik (konstitusional) dan tidak terbatasi pada satu tempat.TBC yang menyertai infeksi HIV sering menyerang sumsum tulang, tulang, saluran kemih dan saluran pencernaan, hati, kelenjar getah bening (nodus limfa regional), dan sistem syaraf pusat.[12] Dengan demikian, gejala yang muncul mungkin lebih berkaitan dengan tempat munculnya penyakit ekstrapulmoner.

- **Penyakit saluran pencernaan utama**

Menurut Zaidi, S. A. & Cervia, J. S. (2002). Dalam buku "*Diagnosis and management of infectious esophagitis associated with human immunodeficiency virus infection*" menerangkan bahwa:

> "Esofagitis adalah peradangan pada kerongkongan (esofagus), yaitu jalur makanan dari mulut ke lambung. Pada individu yang terinfeksi HIV, penyakit ini terjadi karena infeksi jamur (jamur kandidiasis) atau virus (herpes simpleks-1 atau virus sitomegalo). Ia pun dapat disebabkan oleh mikobakteria, meskipun kasusnya langka." [11]

Diare kronis yang tidak dapat dijelaskan pada infeksi HIV dapat terjadi karena berbagai penyebab; antara lain infeksi bakteri dan parasit yang umum (seperti Salmonella, Shigella, Listeria, Kampilobakter, dan

[11] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

Escherichia coli), serta infeksi oportunistik yang tidak umum dan virus (seperti kriptosporidiosis, mikrosporidiosis, Mycobacterium avium complex, dan virus sitomegalo (CMV) yang merupakan penyebab kolitis).

Pada beberapa kasus, diare terjadi sebagai efek samping dari obat-obatan yang digunakan untuk menangani HIV, atau efek samping dari infeksi utama (primer) dari HIV itu sendiri. Selain itu, diare dapat juga merupakan efek samping dari antibiotik yang digunakan untuk menangani bakteri diare (misalnya pada Clostridium difficile). Pada stadium akhir infeksi HIV, diare diperkirakan merupakan petunjuk terjadinya perubahan cara saluran pencernaan menyerap nutrisi, serta mungkin merupakan komponen penting dalam sistem pembuangan yang berhubungan dengan HIV.

- **Penyakit Syaraf dan Kejiwaan Utama**

Infeksi HIV dapat menimbulkan beragam kelainan tingkah laku karena gangguan pada syaraf (*neuropsychiatric sequelae*), yang disebabkan oleh infeksi organisma atas sistem syaraf yang telah menjadi rentan, atau sebagai akibat langsung dari penyakit itu sendiri.

Toksoplasmosis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit bersel-satu, yang disebut *Toxoplasma gondii*. Parasit ini biasanya

menginfeksi otak dan menyebabkan radang otak akut (toksoplasma ensefalitis), namun ia juga dapat menginfeksi dan menyebabkan penyakit pada mata dan paru-paru.

Meningitis kriptokokal adalah infeksi meninges (membran yang menutupi otak dan sumsum tulang belakang) oleh jamur Cryptococcus *neoformans*. Hal ini dapat menyebabkan demam, sakit kepala, lelah, mual, dan muntah. Pasien juga mungkin mengalami sawan dan kebingungan, yang jika tidak ditangani dapat mematikan.

Leukoensefalopati multifokal progresif adalah penyakit demielinasi, yaitu penyakit yang menghancurkan selubung syaraf (mielin) yang menutupi serabut sel syaraf (akson), sehingga merusak penghantaran impuls syaraf. Ia disebabkan oleh virus JC, yang 70% populasinya terdapat di tubuh manusia dalam kondisi laten, dan menyebabkan penyakit hanya ketika sistem kekebalan sangat lemah, sebagaimana yang terjadi pada pasien AIDS. Penyakit ini berkembang cepat (progresif) dan menyebar (multilokal), sehingga biasanya menyebabkan kematian dalam waktu sebulan setelah diagnosis.

Kompleks demensia AIDS adalah penyakit penurunan kemampuan mental (demensia) yang terjadi karena menurunnya metabolisme sel otak (ensefalopati metabolik) yang disebabkan oleh infeksi HIV; dan didorong pula oleh terjadinya pengaktifan imun oleh makrofag dan

mikroglia pada otak yang mengalami infeksi HIV, sehingga mengeluarkan neurotoksin.

Kerusakan syaraf yang spesifik, tampak dalam bentuk ketidaknormalan kognitif, perilaku, dan motorik, yang muncul bertahun-tahun setelah infeksi HIV terjadi. Hal ini berhubungan dengan keadaan rendahnya jumlah sel T $CD4^+$ dan tingginya muatan virus pada plasma darah. Angka kemunculannya (prevalensi) di negara-negara Barat adalah sekitar 10-20%,[18] namun di India hanya terjadi pada 1-2% pengidap infeksi HIV.[19][20] Perbedaan ini mungkin terjadi karena adanya perbedaan subtipe HIV di India.

- **Kanker dan tumor ganas (malignan)**

  Pasien dengan infeksi HIV pada dasarnya memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap terjadinya beberapa kanker. Hal ini karena infeksi oleh virus DNA penyebab mutasi genetik; yaitu terutama virus Epstein-Barr (EBV), virus herpes Sarkoma Kaposi (KSHV), dan virus papiloma manusia (HPV).

  Sarkoma Kaposi adalah tumor yang paling umum menyerang pasien yang terinfeksi HIV. Kemunculan tumor ini pada sejumlah pemuda homoseksual tahun 1981 adalah salah satu pertanda pertama wabah AIDS. Penyakit ini disebabkan oleh virus dari subfamili

gammaherpesvirinae, yaitu virus herpes manusia-8 yang juga disebut virus herpes Sarkoma Kaposi (KSHV). Penyakit ini sering muncul di kulit dalam bentuk bintik keungu-unguan, tetapi dapat menyerang organ lain, terutama mulut, saluran pencernaan, dan paru-paru.

Kanker getah bening tingkat tinggi (limfoma sel B) adalah kanker yang menyerang sel darah putih dan terkumpul dalam kelenjar getah bening, misalnya seperti limfoma Burkitt (*Burkitt's lymphoma*) atau sejenisnya (*Burkitt's-like lymphoma*), *diffuse large B-cell lymphoma* (DLBCL), dan limfoma sistem syaraf pusat primer, lebih sering muncul pada pasien yang terinfeksi HIV. Kanker ini seringkali merupakan perkiraan kondisi (prognosis) yang buruk. Pada beberapa kasus, limfoma adalah tanda utama AIDS. Limfoma ini sebagian besar disebabkan oleh virus Epstein-Barr atau virus herpes Sarkoma Kaposi.

Kanker leher rahim pada wanita yang terkena HIV dianggap tanda utama AIDS. Kanker ini disebabkan oleh virus papiloma manusia. Pasien yang terinfeksi HIV juga dapat terkena tumor lainnya, seperti limfoma Hodgkin, kanker usus besar bawah (*rectum*), dan kanker anus. Namun demikian, banyak tumor-tumor yang umum seperti kanker payudara dan kanker usus besar (*colon*), yang tidak meningkat kejadiannya pada pasien terinfeksi HIV.

Di tempat-tempat dilakukannya terapi antiretrovirus yang sangat aktif (HAART) dalam menangani AIDS, kemunculan berbagai kanker yang berhubungan dengan AIDS menurun, namun pada saat yang sama kanker kemudian menjadi penyebab kematian yang paling umum pada pasien yang terinfeksi HIV.

- **Infeksi oportunistik lainnya**

  Pasien AIDS biasanya menderita infeksi oportunistik dengan gejala tidak spesifik, terutama demam ringan dan kehilangan berat badan. Infeksi oportunistik ini termasuk infeksi Mycobacterium avium-*intracellulare* dan virus sitomegalo. Virus sitomegalo dapat menyebabkan gangguan radang pada usus besar (kolitis) seperti yang dijelaskan di atas, dan gangguan radang pada retina mata (retinitis sitomegalovirus), yang dapat menyebabkan kebutaan. Infeksi yang disebabkan oleh jamur Penicillium marneffei, atau disebut Penisiliosis, kini adalah infeksi oportunistik ketiga yang paling umum (setelah tuberkulosis dan kriptokokosis) pada orang yang positif HIV di daerah endemik Asia Tenggara.

3.6.4 Penyebab HIV/AIDS

AIDS merupakan bentuk terparah atas akibat infeksi HIV. HIV adalah retrovirus yang biasanya menyerang organ-organ vital sistem kekebalan manusia, seperti sel T CD4+ (sejenis sel T), makrofag, dan sel dendritik. HIV merusak sel T $CD4^+$ secara langsung dan tidak langsung, padahal sel T $CD4^+$ dibutuhkan agar sistem kekebalan tubuh dapat berfungsi baik. Bila HIV telah membunuh sel T $CD4^+$ hingga jumlahnya menyusut hingga kurang dari 200 per mikroliter (µL) darah, maka kekebalan di tingkat sel akan hilang, dan akibatnya ialah kondisi yang disebut AIDS. Infeksi akut HIV akan berlanjut menjadi infeksi laten klinis, kemudian timbul gejala infeksi HIV awal, dan akhirnya AIDS; yang diidentifikasi dengan memeriksa jumlah sel T $CD4^+$ di dalam darah serta adanya infeksi tertentu.

Tanpa terapi antiretrovirus, rata-rata lamanya perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS ialah sembilan sampai sepuluh tahun, dan rata-rata waktu hidup setelah mengalami AIDS hanya sekitar 9,2 bulan. Namun demikian, laju perkembangan penyakit ini pada setiap orang sangat bervariasi, yaitu dari dua minggu sampai 20 tahun. Banyak faktor yang mempengaruhinya, diantaranya ialah kekuatan tubuh untuk bertahan melawan HIV (seperti fungsi kekebalan tubuh) dari orang yang terinfeksi.

Orang tua umumnya memiliki kekebalan yang lebih lemah daripada orang yang lebih muda, sehingga lebih berisiko mengalami perkembangan

penyakit yang pesat. Akses yang kurang terhadap perawatan kesehatan dan adanya infeksi lainnya seperti tuberkulosis, juga dapat mempercepat perkembangan penyakit ini. Warisan genetik orang yang terinfeksi juga memainkan peran penting. Sejumlah orang kebal secara alami terhadap beberapa varian HIV. HIV memiliki beberapa variasi genetik dan berbagai bentuk yang berbeda, yang akan menyebabkan laju perkembangan penyakit klinis yang berbeda-beda pula. Terapi antiretrovirus yang sangat aktif akan dapat memperpanjang rata-rata waktu berkembangannya AIDS, serta rata-rata waktu kemampuan penderita bertahan hidup.

- **Penularan Seksual**

  Penularan (transmisi) HIV secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin, atau membran mukosa mulut pasangannya. Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung, dan risiko hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seks biasa dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena HIV dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Kekerasan seksual secara umum meningkatkan risiko penularan HIV karena pelindung umumnya tidak digunakan dan

sering terjadi trauma fisik terhadap rongga vagina yang memudahkan transmisi HIV.

Penyakit menular seksual meningkatkan risiko penularan HIV karena dapat menyebabkan gangguan pertahanan jaringan epitel normal akibat adanya borok alat kelamin, dan juga karena adanya penumpukan sel yang terinfeksi HIV (limfosit dan makrofag) pada semen dan sekresi vaginal. Penelitian epidemiologis dari Afrika Sub-Sahara, Eropa, dan Amerika Utara menunjukkan bahwa terdapat sekitar empat kali lebih besar risiko terinfeksi AIDS akibat adanya borok alat kelamin seperti yang disebabkan oleh sifilis dan/atau chancroid. Resiko tersebut juga meningkat secara nyata, walaupun lebih kecil, oleh adanya penyakit menular seksual seperti kencing nanah, infeksi chlamydia, dan trikomoniasis yang menyebabkan pengumpulan lokal limfosit dan makrofag.

Transmisi HIV bergantung pada tingkat kemudahan penularan dari pengidap dan kerentanan pasangan seksual yang belum terinfeksi. Kemudahan penularan bervariasi pada berbagai tahap penyakit ini dan tidak konstan antarorang. Beban virus plasma yang tidak dapat dideteksi tidak selalu berarti bahwa beban virus kecil pada air mani atau sekresi alat kelamin. Setiap 10 kali penambahan jumlah RNA HIV plasma darah sebanding dengan 81% peningkatan laju transmisi HIV. Wanita lebih

rentan terhadap infeksi HIV-1 karena perubahan hormon, ekologi serta fisiologi mikroba vaginal, dan kerentanan yang lebih besar terhadap penyakit seksual. Orang yang terinfeksi dengan HIV masih dapat terinfeksi jenis virus lain yang lebih mematikan.

- **Kontaminasi Patogen Melalui Darah**

Jalur penularan ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali jarum suntik (*syringe*) yang mengandung darah yang terkontaminasi oleh organisme biologis penyebab penyakit (patogen), tidak hanya merupakan risiko utama atas infeksi HIV, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Berbagi penggunaan jarum suntik merupakan penyebab sepertiga dari semua infeksi baru HIV dan 50% infeksi hepatitis C di Amerika Utara, Republik Rakyat Cina, dan Eropa Timur. Resiko terinfeksi dengan HIV dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV diduga sekitar 1 banding 150.

Post-exposure prophylaxis dengan obat anti-HIV dapat lebih jauh mengurangi risiko itu. Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi

dan menerima rajah dan tindik tubuh. Kewaspadaan universal sering kali tidak dipatuhi baik di Afrika Sub Sahara maupun Asia karena sedikitnya sumber daya dan pelatihan yang tidak mencukupi.

WHO memperkirakan 2,5% dari semua infeksi HIV di Afrika Sub Sahara ditransmisikan melalui suntikan pada fasilitas kesehatan yang tidak aman. Oleh sebab itu, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, didukung oleh opini medis umum dalam masalah ini, mendorong negara-negara di dunia menerapkan kewaspadaan universal untuk mencegah penularan HIV melalui fasilitas kesehatan.

Resiko penularan HIV pada penerima transfusi darah sangat kecil di negara maju. Di negara maju, pemilihan donor bertambah baik dan pengamatan HIV dilakukan. Namun demikian, menurut WHO pada tahun 2001 dalam jurnalnya yang berjudul "Blood Safety....For Too Few", menjelaskan bahwa "Mayoritas populasi dunia tidak memiliki akses terhadap darah yang aman dan antara 5% dan 10% infeksi HIV dunia terjadi melalui transfusi darah yang terinfeksi." [12]

- **Penularan masa perinatal**

Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi melalui rahim (in utero) selama masa *perinatal*, yaitu minggu-minggu terakhir kehamilan

[12] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

dan saat persalinan. Bila tidak ditangani, tingkat penularan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan adalah sebesar 25%. Namun demikian, jika sang ibu memiliki akses terhadap terapi antiretrovirus dan melahirkan dengan cara bedah caesar, tingkat penularannya hanya sebesar 1%. Sejumlah faktor dapat memengaruhi risiko infeksi, terutama beban virus pada ibu saat persalinan (semakin tinggi beban virus, semakin tinggi risikonya). Menyusui meningkatkan risiko penularan sebesar 4%.

3.6.5 Diagnosis HIV/AIDS

Sejak tanggal 5 Juni 1981, banyak definisi yang muncul untuk pengawasan epidemiologi AIDS, seperti definisi Bangui dan definisi World Health Organization tentang AIDS tahun 1994. Namun demikian, kedua sistem tersebut sebenarnya ditujukan untuk pemantauan epidemi dan bukan untuk penentuan tahapan klinis pasien, karena definisi yang digunakan tidak sensitif ataupun spesifik. Di negara-negara berkembang, sistem World Health Organization untuk infeksi HIV digunakan dengan memakai data klinis dan laboratorium; sementara di negara-negara maju digunakan sistem klasifikasi Centers for Disease Control (CDC) Amerika Serikat.

- **Sistem tahapan infeksi WHO**

Pada tahun 1990, World Health Organization (WHO) mengelompokkan berbagai infeksi dan kondisi AIDS dengan memperkenalkan sistem tahapan untuk pasien yang terinfeksi dengan HIV-1. Sistem ini diperbarui pada bulan September tahun 2005. Kebanyakan kondisi ini adalah infeksi oportunistik yang dengan mudah ditangani pada orang sehat.

Sebagaimana yang diungkapakan oleh WHO pada tahun 1990 mengenai tingkatanstadium HIV/AIDS dalam jurnal mingguannya "*WHO Wkly Epidem"* yang berjudul "*Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease*", yaitu:

a) *Stadium I:* infeksi HIV asimtomatik dan tidak dikategorikan sebagai AIDS
b) *Stadium II:* termasuk manifestasi membran mukosa kecil dan radang saluran pernafasan atas yang berulang
c) *Stadium III:* termasuk diare kronik yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari sebulan, infeksi bakteri parah, dan tuberkulosis.
d) *Stadium IV:* termasuk toksoplasmosis otak, kandidiasis esofagus, trakea, bronkus atau paru-paru, dan sarkoma kaposi. Semua penyakit ini adalah indikator AIDS.

- **Sistem Klasifikasi CDC**

Terdapat dua definisi tentang AIDS, yang keduanya dikeluarkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Awalnya CDC tidak memiliki nama resmi untuk penyakit ini; sehingga AIDS dirujuk

dengan nama penyakit yang berhubungan dengannya, contohnya ialah limfadenopati. Para penemu HIV bahkan pada mulanya menamai AIDS dengan nama virus tersebut.

CDC mulai menggunakan kata AIDS pada bulan September tahun 1982, dan mendefinisikan penyakit ini. Tahun 1993, CDC memperluas definisi AIDS mereka dengan memasukkan semua orang yang jumlah sel T $CD4^+$ di bawah 200 per µL darah atau 14% dari seluruh limfositnya sebagai pengidap positif HIV. Mayoritas kasus AIDS di negara maju menggunakan kedua definisi tersebut, baik definisi CDC terakhir maupun pra-1993. Diagnosis terhadap AIDS tetap dipertahankan, walaupun jumlah sel T $CD4^+$ meningkat di atas 200 per µL darah setelah perawatan ataupun penyakit-penyakit tanda AIDS yang ada telah sembuh.

- **Tes HIV**

Banyak orang tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi virus HIV. Kurang dari 1% penduduk perkotaan di Afrika yang aktif secara seksual telah menjalani tes HIV, dan persentasenya bahkan lebih sedikit lagi di pedesaan. Selain itu, hanya 0,5% wanita mengandung di perkotaan yang mendatangi fasilitas kesehatan umum memperoleh bimbingan tentang AIDS, menjalani pemeriksaan, atau menerima hasil tes mereka. Angka

ini bahkan lebih kecil lagi di fasilitas kesehatan umum pedesaan. Dengan demikian, darah dari para pendonor dan produk darah yang digunakan untuk pengobatan dan penelitian medis, harus selalu diperiksa kontaminasi HIV-nya.

Tes HIV umum, termasuk imunoasai enzim HIV dan pengujian Western blot, dilakukan untuk mendeteksi antibodi HIV pada serum, plasma, cairan mulut, darah kering, atau urin pasien. Namun demikian, periode antara infeksi dan berkembangnya antibodi pelawan infeksi yang dapat dideteksi (*window period*) bagi setiap orang dapat bervariasi.

Inilah sebabnya mengapa dibutuhkan waktu 3-6 bulan untuk mengetahui serokonversi dan hasil positif tes. Terdapat pula tes-tes komersial untuk mendeteksi antigen HIV lainnya, HIV-RNA, dan HIV-DNA, yang dapat digunakan untuk mendeteksi infeksi HIV meskipun perkembangan antibodinya belum dapat terdeteksi. Meskipun metode-metode tersebut tidak disetujui secara khusus untuk diagnosis infeksi HIV, tetapi telah digunakan secara rutin di negara-negara maju.

3.6.6 Pencegahan HIV/AIDS

Tiga jalur utama (rute) masuknya virus HIV ke dalam tubuh ialah melalui hubungan seksual, persentuhan (paparan) dengan cairan atau jaringan tubuh yang terinfeksi, serta dari ibu ke janin atau bayi selama

periode sekitar kelahiran (periode perinatal). Walaupun HIV dapat ditemukan pada air liur, air mata dan urin orang yang terinfeksi, namun tidak terdapat catatan kasus infeksi dikarenakan cairan-cairan tersebut, dengan demikian risiko infeksinya secara umum dapat diabaikan.

- **Hubungan seksual**

  Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antarindividu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan heteroseksual adalah modus utama infeksi HIV di dunia. Selama hubungan seksual, hanya kondom pria atau kondom wanita yang dapat mengurangi kemungkinan terinfeksi HIV dan penyakit seksual lainnya serta kemungkinan hamil.

  Bukti terbaik saat ini menunjukan bahwa penggunaan kondom yang lazim mengurangi risiko penularan HIV sampai kira-kira 80% dalam jangka panjang, walaupun manfaat ini lebih besar jika kondom digunakan dengan benar dalam setiap kesempatan.

  Kondom laki-laki berbahan lateks, jika digunakan dengan benar tanpa pelumas berbahan dasar minyak, adalah satu-satunya teknologi yang paling efektif saat ini untuk mengurangi transmisi HIV secara seksual dan penyakit menular seksual lainnya. Pihak produsen kondom menganjurkan bahwa pelumas berbahan minyak seperti vaselin,

mentega, dan lemak babi tidak digunakan dengan kondom lateks karena bahan-bahan tersebut dapat melarutkan lateks dan membuat kondom berlubang. Jika diperlukan, pihak produsen menyarankan menggunakan pelumas berbahan dasar air. Pelumas berbahan dasar minyak digunakan dengan kondom poliuretan.

Kondom wanita adalah alternatif selain kondom laki-laki dan terbuat dari poliuretan, yang memungkinkannya untuk digunakan dengan pelumas berbahan dasar minyak. Kondom wanita lebih besar daripada kondom laki-laki dan memiliki sebuah ujung terbuka keras berbentuk cincin, dan didesain untuk dimasukkan ke dalam vagina. Kondom wanita memiliki cincin bagian dalam yang membuat kondom tetap di dalam vagina — untuk memasukkan kondom wanita, cincin ini harus ditekan.

Kendalanya ialah bahwa kini kondom wanita masih jarang tersedia dan harganya tidak terjangkau untuk sejumlah besar wanita. Penelitian awal menunjukkan bahwa dengan tersedianya kondom wanita, hubungan seksual dengan pelindung secara keseluruhan meningkat relatif terhadap hubungan seksual tanpa pelindung sehingga kondom wanita merupakan strategi pencegahan HIV yang penting.

Penelitian terhadap pasangan yang salah satunya terinfeksi menunjukkan bahwa dengan penggunaan kondom yang konsisten, laju

infeksi HIV terhadap pasangan yang belum terinfeksi adalah di bawah 1% per tahun. Strategi pencegahan telah dikenal dengan baik di negara-negara maju. Namun, penelitian atas perilaku dan epidemiologis di Eropa dan Amerika Utara menunjukkan keberadaan kelompok minoritas anak muda yang tetap melakukan kegiatan berisiko tinggi meskipun telah mengetahui tentang HIV/AIDS, sehingga mengabaikan risiko yang mereka hadapi atas infeksi HIV. Namun demikian, transmisi HIV antarpengguna narkoba telah menurun, dan transmisi HIV oleh transfusi darah menjadi cukup langka di negara-negara maju.

Pada bulan Desember tahun 2006, penelitian yang menggunakan uji acak terkendali mengkonfirmasi bahwa sunat laki-laki menurunkan risiko infeksi HIV pada pria heteroseksual Afrika sampai sekitar 50%. Diharapkan pendekatan ini akan digalakkan di banyak negara yang terinfeksi HIV paling parah, walaupun penerapannya akan berhadapan dengan sejumlah isu sehubungan masalah kepraktisan, budaya, dan perilaku masyarakat. Beberapa ahli mengkhawatirkan bahwa persepsi kurangnya kerentanan HIV pada laki-laki bersunat, dapat meningkatkan perilaku seksual berisiko sehingga mengurangi dampak dari usaha pencegahan ini.

Pemerintah Amerika Serikat dan berbagai organisasi kesehatan menganjurkan *Pendekatan ABC* untuk menurunkan risiko terkena HIV melalui hubungan seksual.

- **Kontaminasi Cairan Tubuh Terinfeksi**

Pekerja kedokteran yang mengikuti kewaspadaan universal, seperti mengenakan sarung tangan lateks ketika menyuntik dan selalu mencuci tangan, dapat membantu mencegah infeksi HIV. Semua organisasi pencegahan AIDS menyarankan pengguna narkoba untuk tidak berbagi jarum dan bahan lainnya yang diperlukan untuk mempersiapkan dan mengambil narkoba (termasuk alat suntik, kapas bola, sendok, air pengencer obat, sedotan, dan lain-lain).

Orang perlu menggunakan jarum yang baru dan disterilisasi untuk tiap suntikan. Informasi tentang membersihkan jarum menggunakan pemutih disediakan oleh fasilitas kesehatan dan program penukaran jarum. Di sejumlah negara maju, jarum bersih terdapat gratis di sejumlah kota, di penukaran jarum atau tempat penyuntikan yang aman. Banyak negara telah melegalkan kepemilikan jarum dan mengijinkan pembelian perlengkapan penyuntikan dari apotek tanpa perlu resep dokter.

- **Penularan dari ibu ke anak**

  Penelitian menunjukkan bahwa obat antiretrovirus, bedah caesar, dan pemberian makanan formula mengurangi peluang penularan HIV dari ibu ke anak (*mother-to-child transmission*, MTCT). Jika pemberian makanan pengganti dapat diterima, dapat dikerjakan dengan mudah, terjangkau, berkelanjutan, dan aman, ibu yang terinfeksi HIV disarankan tidak menyusui anak mereka.

  Namun demikian, jika hal-hal tersebut tidak dapat terpenuhi, pemberian ASI eksklusif disarankan dilakukan selama bulan-bulan pertama dan selanjutnya dihentikan sesegera mungkin. Pada tahun 2005, sekitar 700.000 anak di bawah umur 15 tahun terkena HIV, terutama melalui penularan ibu ke anak; 630.000 infeksi di antaranya terjadi di Afrika. Dari semua anak yang diduga kini hidup dengan HIV, 2 juta anak (hampir 90%) tinggal di Afrika Sub Sahara.

3.6.7 Penanganan

Sampai saat ini tidak ada vaksin atau obat untuk HIV atau AIDS. Metode satu-satunya yang diketahui untuk pencegahan didasarkan pada penghindaran kontak dengan virus atau, jika gagal, perawatan antiretrovirus secara langsung setelah kontak dengan virus secara signifikan, disebut post-exposure prophylaxis (PEP). PEP memiliki jadwal empat minggu takaran

yang menuntut banyak waktu. PEP juga memiliki efek samping yang tidak menyenangkan seperti diare, tidak enak badan, mual, dan lelah.

- **Terapi Antivirus**

  Penanganan infeksi HIV terkini adalah terapi antiretrovirus yang sangat aktif (*highly active antiretroviral therapy*, disingkat HAART).[72] Terapi ini telah sangat bermanfaat bagi orang-orang yang terinfeksi HIV sejak tahun 1996, yaitu setelah ditemukannya HAART yang menggunakan protease inhibitor. Pilihan terbaik HAART saat ini, berupa kombinasi dari setidaknya tiga obat (disebut "koktail") yang terdiri dari paling sedikit dua macam (atau "kelas") bahan antiretrovirus. Kombinasi yang umum digunakan adalah nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor (atau NRTI) dengan protease inhibitor, atau dengan non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI).

  Karena penyakit HIV lebih cepat perkembangannya pada anak-anak daripada pada orang dewasa, maka rekomendasi perawatannya pun lebih agresif untuk anak-anak daripada untuk orang dewasa. Di negara-negara berkembang yang menyediakan perawatan HAART, seorang dokter akan mempertimbangkan kuantitas beban virus, kecepatan berkurangnya CD4, serta kesiapan mental pasien, saat memilih waktu memulai perawatan awal.

Perawatan HAART memungkinkan stabilnya gejala dan viremia (banyaknya jumlah virus dalam darah) pada pasien, tetapi ia tidak menyembuhkannya dari HIV ataupun menghilangkan gejalanya. HIV-1 dalam tingkat yang tinggi sering resisten terhadap HAART dan gejalanya kembali setelah perawatan dihentikan. Lagi pula, dibutuhkan waktu lebih dari seumur hidup seseorang untuk membersihkan infeksi HIV dengan menggunakan HAART.

Meskipun demikian, banyak pengidap HIV mengalami perbaikan yang hebat pada kesehatan umum dan kualitas hidup mereka, sehingga terjadi adanya penurunan drastis atas tingkat kesakitan (morbiditas) dan tingkat kematian (mortalitas) karena HIV. Tanpa perawatan HAART, berubahnya infeksi HIV menjadi AIDS terjadi dengan kecepatan rata-rata (median) antara sembilan sampai sepuluh tahun, dan selanjutnya waktu bertahan setelah terjangkit AIDS hanyalah 9.2 bulan. Penerapan HAART dianggap meningkatkan waktu bertahan pasien selama 4 sampai 12 tahun.

Bagi beberapa pasien lainnya, yang jumlahnya mungkin lebih dari lima puluh persen, perawatan HAART memberikan hasil jauh dari optimal. Hal ini karena adanya efek samping/dampak pengobatan tidak bisa ditolerir, terapi antiretrovirus sebelumnya yang tidak efektif, dan infeksi HIV tertentu yang resisten obat. Ketidaktaatan dan

ketidakteraturan dalam menerapkan terapi antiretrovirus adalah alasan utama mengapa kebanyakan individu gagal memperoleh manfaat dari penerapan HAART.

Terdapat bermacam-macam alasan atas sikap tidak taat dan tidak teratur untuk penerapan HAART tersebut. Isu-isu psikososial yang utama ialah kurangnya akses atas fasilitas kesehatan, kurangnya dukungan sosial, penyakit kejiwaan, serta penyalahgunaan obat. Perawatan HAART juga kompleks, karena adanya beragam kombinasi jumlah pil, frekuensi dosis, pembatasan makan, dan lain-lain yang harus dijalankan secara rutin.

Berbagai efek samping yang juga menimbulkan keengganan untuk teratur dalam penerapan HAART, antara lain lipodistrofi, dislipidaemia, penolakan insulin, peningkatan risiko sistem kardiovaskular, dan kelainan bawaan pada bayi yang dilahirkan. Obat anti-retrovirus berharga mahal, dan mayoritas individu terinfeksi di dunia tidaklah memiliki akses terhadap pengobatan dan perawatan untuk HIV dan AIDS tersebut.

- **Penanganan eksperimental dan saran**

  Telah terdapat pendapat bahwa hanya vaksin lah yang sesuai untuk menahan epidemik global (pandemik) karena biaya vaksin lebih murah dari biaya pengobatan lainnya, sehingga negara-negara berkembang

mampu mengadakannya dan pasien tidak membutuhkan perawatan harian. Namun setelah lebih dari 20 tahun penelitian, HIV-1 tetap merupakan target yang sulit bagi vaksin.

Beragam penelitian untuk meningkatkan perawatan termasuk usaha mengurangi efek samping obat, penyederhanaan kombinasi obat-obatan untuk memudahkan pemakaian, dan penentuan urutan kombinasi pengobatan terbaik untuk menghadapi adanya resistensi obat. Beberapa penelitian menunjukan bahwa langkah-langkah pencegahan infeksi oportunistik dapat menjadi bermanfaat ketika menangani pasien dengan infeksi HIV atau AIDS.

Vaksinasi atas hepatitis A dan B disarankan untuk pasien yang belum terinfeksi virus ini dan dalam berisiko terinfeksi.[90] Pasien yang mengalami penekanan daya tahan tubuh yang besar juga disarankan mendapatkan terapi pencegahan (*propilaktik*) untuk pneumonia pneumosistis, demikian juga pasien toksoplasmosis dan kriptokokus meningitis yang akan banyak pula mendapatkan manfaat dari terapi propilaktik tersebut.

- **Pengobatan alternatif**

Berbagai bentuk pengobatan alternatif digunakan untuk menangani gejala atau mengubah arah perkembangan penyakit. Akupuntur telah digunakan untuk mengatasi beberapa gejala, misalnya kelainan syaraf

tepi (*peripheral neuropathy*) seperti kaki kram, kesemutan atau nyeri; namun tidak menyembuhkan infeksi HIV. Tes-tes uji acak klinis terhadap efek obat-obatan jamu menunjukkan bahwa tidak terdapat bukti bahwa tanaman-tanaman obat tersebut memiliki dampak pada perkembangan penyakit ini, tetapi malah kemungkinan memberi beragam efek samping negatif yang serius.

Beberapa data memperlihatkan bahwa suplemen multivitamin dan mineral kemungkinan mengurangi perkembangan penyakit HIV pada orang dewasa, meskipun tidak ada bukti yang menyakinkan bahwa tingkat kematian (mortalitas) akan berkurang pada orang-orang yang memiliki status nutrisi yang baik. Suplemen vitamin A pada anak-anak kemungkinan juga memiliki beberapa manfaat. Pemakaian selenium dengan dosis rutin harian dapat menurunkan beban tekanan virus HIV melalui terjadinya peningkatan pada jumlah CD4.

Selenium dapat digunakan sebagai terapi pendamping terhadap berbagai penanganan antivirus yang standar, tetapi tidak dapat digunakan sendiri untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas. Penyelidikan terakhir menunjukkan bahwa terapi pengobatan alteratif memiliki hanya sedikit efek terhadap mortalitas dan morbiditas penyakit ini, namun dapat meningkatkan kualitas hidup individu yang mengidap AIDS. Manfaat-manfaat psikologis dari beragam terapi alternatif

tersebut sesungguhnya adalah manfaat paling penting dari pemakaiannya.

3.6.8 Epidemiologi

UNAIDS dan WHO memperkirakan bahwa AIDS telah membunuh lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali diakui tahun 1981, membuat AIDS sebagai salah satu epidemik paling menghancurkan pada sejarah. Meskipun baru saja, akses perawatan antiretrovirus bertambah baik di banyak region di dunia, epidemik AIDS diklaim bahwa diperkirakan 2,8 juta (antara 2,4 dan 3,3 juta) hidup di tahun 2005 dan lebih dari setengah juta (570.000) merupakan anak-anak. Data tersebut diambil dari laporan UNAIDS pada tahun 2006, "Overview of the global AIDS epidemic".

Dalam laporan tersebut UNAIDS menjelaskan bahwa, "Secara global, antara 33,4 dan 46 juta orang kini hidup dengan HIV. Pada tahun 2005, antara 3,4 dan 6,2 juta orang terinfeksi dan antara 2,4 dan 3,3 juta orang dengan AIDS meninggal dunia, peningkatan dari 2003 dan jumlah terbesar sejak tahun 1981." [13]

Afrika Sub-Sahara tetap merupakan wilayah terburuk yang terinfeksi, dengan perkiraan 21,6 sampai 27,4 juta jiwa kini hidup dengan HIV. Dua juta [1,5&-3,0 juta] dari mereka adalah anak-anak yang usianya lebih

[13] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

rendah dari 15 tahun. Lebih dari 64% dari semua orang yang hidup dengan HIV ada di Afrika Sub Sahara, lebih dari tiga per empat (76%) dari semua wanita hidup dengan HIV. Pada tahun 2005, terdapat 12.0 juta [10.6-13.6 juta] anak yatim/piatu AIDS hidup di Afrika Sub Sahara.

Asia Selatan dan Asia Tenggara adalah terburuk kedua yang terinfeksi dengan besar 15%. 500.000 anak-anak mati di region ini karena AIDS. Dua-tiga infeksi HIV/AIDS di Asia muncul di India, dengawn perkiraan 5.7 juta infeksi (perkiraan 3.4 - 9.4 juta) (0.9% dari populasi), melewati perkiraan di Afrika Selatan yang sebesar 5.5 juta (4.9-6.1 juta) (11.9% dari populasi) infeksi, membuat negara ini dengan jumlah terbesar infeksi HIV di dunia. Di 35 negara di Afrika dengan perataan terbesar, harapan hidup normal sebesar 48.3 tahun - 6.5 tahun sedikit daripada akan menjadi tanpa penyakit.

3.6.9 Hubungan HIV/AIDS dengan Sosial dan budaya

- **Stigma**

  Hukuman sosial atau stigma oleh masyarakat di berbagai belahan dunia terhadap pengidap AIDS terdapat dalam berbagai cara, antara lain tindakan-tindakan pengasingan, penolakan, diskriminasi, dan penghindaran atas orang yang diduga terinfeksi HIV; diwajibkannya uji coba HIV tanpa mendapat persetujuan terlebih dahulu atau perlindungan

kerahasiaannya; dan penerapan karantina terhadap orang-orang yang terinfeksi HIV.

Kekerasan atau ketakutan atas kekerasan, telah mencegah banyak orang untuk melakukan tes HIV, memeriksa bagaimana hasil tes mereka, atau berusaha untuk memperoleh perawatan; sehingga mungkin mengubah suatu sakit kronis yang dapat dikendalikan menjadi "hukuman mati" dan menjadikan meluasnya penyebaran HIV.

Stigma AIDS lebih jauh dapat dibagi menjadi tiga kategori menurut Snyder M, Omoto AM, Crain AL. pada tahun 1999 dalam buku "*Punished for their good deeds: stigmatization for AIDS volunteers*", yakni:

a) *Stigma instrumental AIDS* - yaitu refleksi ketakutan dan keprihatinan atas hal-hal yang berhubungan dengan penyakit mematikan dan menular.[110]
b) *Stigma simbolis AIDS* - yaitu penggunaan HIV/AIDS untuk mengekspresikan sikap terhadap kelompok sosial atau gaya hidup tertentu yang dianggap berhubungan dengan penyakit tersebut.[110]
c) *Stigma kesopanan AIDS* - yaitu hukuman sosial atas orang yang berhubungan dengan isu HIV/AIDS atau orang yang positif HIV. [14]

Stigma AIDS sering diekspresikan dalam satu atau lebih stigma, terutama yang berhubungan dengan homoseksualitas, biseksualitas, pelacuran, dan penggunaan narkoba melalui suntikan. Di banyak negara maju, terdapat penghubungan antara AIDS dengan homoseksualitas atau

[14] http://id.wikipedia.org/ wiki/HIV/AIDS

biseksualitas, yang berkorelasi dengan tingkat prasangka seksual yang lebih tinggi, misalnya sikap-sikap anti homoseksual. Demikian pula terdapat anggapan adanya hubungan antara AIDS dengan hubungan seksual antar laki-laki, termasuk bila hubungan terjadi antara pasangan yang belum terinfeksi.

- **Dampak Ekonomi**

  HIV dan AIDS memperlambat pertumbuhan ekonomi dengan menghancurkan jumlah manusia dengan kemampuan produksi (*human capital*). Tanpa nutrisi yang baik, fasilitas kesehatan dan obat yang ada di negara-negara berkembang, orang di negara-negara tersebut menjadi korban AIDS. Mereka tidak hanya tidak dapat bekerja, tetapi juga akan membutuhkan fasilitas kesehatan yang memadai. Ramalan bahwa hal ini akan menyebabkan runtuhnya ekonomi dan hubungan di daerah. Di daerah yang terinfeksi berat, epidemik telah meninggalkan banyak anak yatim piatu yang dirawat oleh kakek dan neneknya yang telah tua.

  Semakin tingginya tingkat kematian (mortalitas) di suatu daerah akan menyebabkan mengecilnya populasi pekerja dan mereka yang berketerampilan. Para pekerja yang lebih sedikit ini akan didominasi anak muda, dengan pengetahuan dan pengalaman kerja yang lebih sedikit sehingga produktivitas akan berkurang. Meningkatnya cuti

pekerja untuk melihat anggota keluarga yang sakit atau cuti karena sakit juga akan mengurangi produktivitas.

Mortalitas yang meningkat juga akan melemahkan mekanisme produksi dan investasi sumberdaya manusia (*human capital*) pada masyarakat, yaitu akibat hilangnya pendapatan dan meninggalnya para orang tua. Karena AIDS menyebabkan meninggalnya banyak orang dewasa muda, ia melemahkan populasi pembayar pajak, mengurangi dana publik seperti pendidikan dan fasilitas kesehatan lain yang tidak berhubungan dengan AIDS.

Ini memberikan tekanan pada keuangan negara dan memperlambat pertumbuhan ekonomi. Efek melambatnya pertumbuhan jumlah wajib pajak akan semakin terasakan bila terjadi peningkatan pengeluaran untuk penanganan orang sakit, pelatihan (untuk menggantikan pekerja yang sakit), penggantian biaya sakit, serta perawatan yatim piatu korban AIDS. Hal ini terutama mungkin sekali terjadi jika peningkatan tajam mortalitas orang dewasa menyebabkan berpindahnya tanggung-jawab dan penyalahan, dari keluarga kepada pemerintah, untuk menangani para anak yatim piatu tersebut.

Pada tingkat rumah tangga, AIDS menyebabkan hilangnya pendapatan dan meningkatkan pengeluaran kesehatan oleh suatu rumah tangga. Berkurangnya pendapatan menyebabkan berkurangnya

pengeluaran, dan terdapat juga efek pengalihan dari pengeluaran pendidikan menuju pengeluaran kesehatan dan penguburan. Penelitian di Pantai Gading menunjukkan bahwa rumah tanggal dengan pasien HIV/AIDS mengeluarkan biaya dua kali lebih banyak untuk perawatan medis daripada untuk pengeluaran rumah tangga lainnya.

- **Penyangkalan atas AIDS**

  Sekelompok kecil aktivis, diantaranya termasuk beberapa ilmuwan yang tidak meneliti AIDS, mempertanyakan tentang adanya hubungan antara HIV dan AIDS, keberadaan HIV itu sendiri, serta kebenaran atas percobaan dan metode perawatan yang digunakan untuk menanganinya. Klaim mereka telah diperiksa dan secara luas ditolak oleh komunitas ilmiah,[117] walaupun terus saja disebarkan melalui internet dan sempat memiliki pengaruh politik di Afrika Selatan melalui mantan presiden Thabo Mbeki, yang menyebabkan pemerintahnya disalahkan atas respon yang tidak efektif terhadap epidemik AIDS di negara tersebut.

3.6.10 HIV/AIDS di Indonesia

AIDS di Indonesia ditangani oleh Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan memiliki Strategi Penanggulangan AIDS Nasional untuk wilayah Indonesia. Ada 79 daerah prioritas di mana epidemi AIDS sedang

meluas. Daerah tersebut menjangkau delapan provinsi: Papua, Papua Barat, Sumatra Utara, Jawa Timur, Jakarta, Kepulauan Riau, Jawa Barat, dan Jawa Tengah. Program-program penanggulangan AIDS menekankan pada pencegahan melalui perubahan perilaku dan melengkapi upaya pencegahan tersebut dengan layanan pengobatan dan perawatan. Program PEPFAR di Indonesia bekerja sama secara erat dengan saat ini.

Sekitar 170.000 sampai 210.000 dari 220 juta penduduk Indonesia mengidap HIV/AIDS. Perkiraan prevalensi keseluruhan adalah 0,1% di seluruh negeri, dengan pengecualian Provinsi Papua, di mana angka epidemik diperkirakan mencapai 2,4%, dan cara penularan utamanya adalah melalui hubungan seksual tanpa menggunakan pelindung.

Jumlah kasus kematian akibat AIDS di Indonesia diperkirakan mencapai 5.500 jiwa. Epidemi tersebut terutama terkonsentrasi di kalangan pengguna obat terlarang melalui jarum suntik dan pasangan intimnya, orang yang berkecimpung dalam kegiatan prostitusi dan pelanggan mereka, dan pria yang melakukan hubungan seksual dengan sesama pria. Sejak 30 Juni 2007, 42% dari kasus AIDS yang dilaporkan ditularkan melalui hubungan heteroseksual dan 53% melalui penggunaan obat terlarang.