

**MASALAH PENYAKIT MENULAR
SEKSUAL/HIV-AIDS SATU TANTANGAN SERIUS
DALAM PENANGGULANGANNYA
PADA MASA MENDATANG**



Pidato

Diucapkan pada Penerimaan Jabatan Guru Besar
dalam Mata Pelajaran Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
pada hari Sabtu, tanggal 10 April 1999

Oleh:

Jusuf Barakbah

**KOLEKSI HUMAS
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

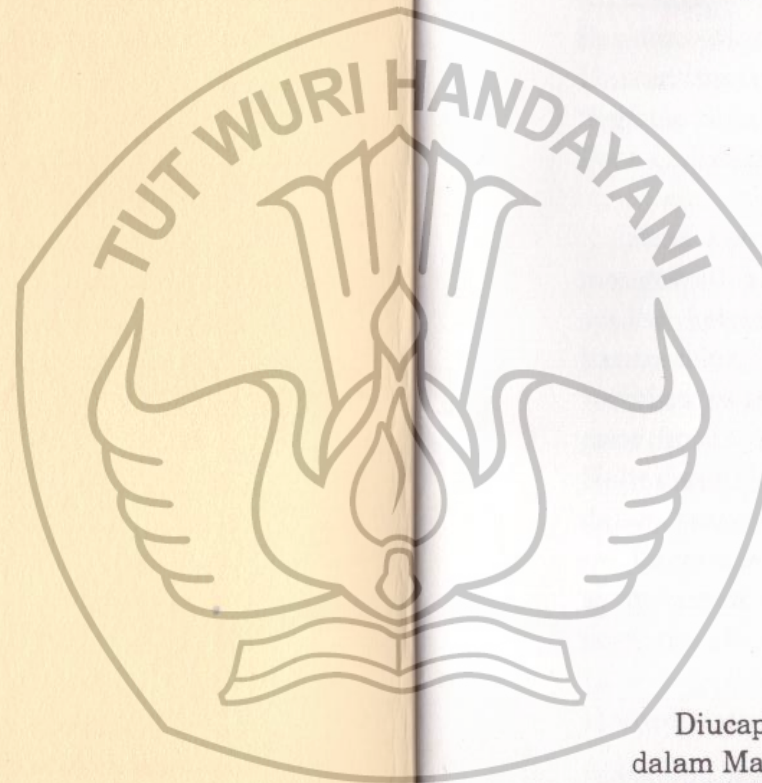


AIRLANGGA UNIVERSITY PRESS
026/0399/AUP-B8E



**MASALAH PENYAKIT MENULAR
SEKSUAL/HIV-AIDS SATU TANTANGAN SERIUS
DALAM PENANGGULANGANNYA
PADA MASA MENDATANG**

(Surat Al Qur'an 10: 44)



Ya Allah, Ya Tuhanku
lah aku dengan ilmu
dengan sifat sabar
dengan sifat taqwa
an sehat dan afiat
(Hadist)

"FACTA NON VERBA"

(Dr. Soetomo)

Pidato

Diucapkan pada Penerimaan Jabatan Guru Besar
dalam Mata Pelajaran Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
pada hari Sabtu, tanggal 10 April 1999

Oleh:

Jusuf Barakbah



**MASALAH PENYAKIT MENULAR
SEKSUAL/HIV-AIDS SATU TANTANGAN SERIUS
DALAM PENANGGULANGAN
PADA MASA MENDATANG**

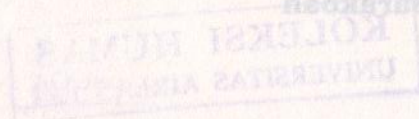


Pidato

Ditujukan pada Penerimaan Jabatan Guru Besar
dalam Mata Pelajaran Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
pada hari Sabtu, tanggal 10 April 1999

Oleh:

Juand Handayani



Assalamu'alaikum Warahmarullahi Wabarakatuh

Yang terhormat,

Saudara-saudara, Sesungguhnya Allah tidak berbuat aniaya kepada manusia sedikitpun, melainkan manusia itulah yang berbuat aniaya kepada diri mereka sendiri.

Saudara Rektor dan Pembantu Rektor, Saudara-saudara Guru Besar dan Anggota Senat Universitas Airlangga

(Surat Al Qur'an 10: 44)

Saudara-saudara Dekan dan Pembantu Dekan di lingkungan Universitas Airlangga

Saudara-saudara Civitas Akademika Universitas Airlangga, Saudara-saudara Dosen dan Hadirin yang saya hormati, Ya Allah, Ya Tuhanku kayakanlah aku dengan ilmu hiasilah aku dengan sifat sabar mulyakanlah aku dengan sifat taqwa dan cantikkanlah aku dengan sehat dan afiat

(Hadist)

Sebelum saya menerima jabatan Guru Besar saya, dalam bidang Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, untuk acara peresmian penerimaan jabatan Guru Besar saya, dalam bidang Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, dalam keadaan sehat sejahtera.

"FACTA NON VERBA"

Kepada Saudara Rektor dan Ketua Senat Universitas Airlangga, saya ucapkan terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada saya, untuk menyampaikan pidato penerimaan jabatan ini.

(Dr. Soetomo)

Hadirin yang terhormat,

Sejak dua dasawarsa yang lalu umat manusia telah dikejutkan oleh munculnya satu penyakit infeksi baru (*new emerging infectious disease*) yang dikenal dengan nama *Acquired Immunodeficiency Syndrom* (AIDS). Penyakit yang mematikan ini hingga sekarang belum ada obatnya, belum ditemukan vaksin untuk mencegahnya, menyebar dengan sangat cepat di seluruh dunia. Sembilan belas tahun yang lalu diperkirakan baru 1 juta orang terinfeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan pada tahun 2000 yang akan

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yang terhormat,

Saudara Ketua dan Anggota Dewan Penyantun Universitas Airlangga

Saudara Rektor dan Pembantu Rektor Universitas Airlangga

Saudara-saudara Guru Besar dan Anggota Senat Universitas Airlangga

Saudara-saudara Dekan dan Pembantu Dekan di lingkungan Universitas Airlangga

Segenap Sivitas Akademika Universitas Airlangga

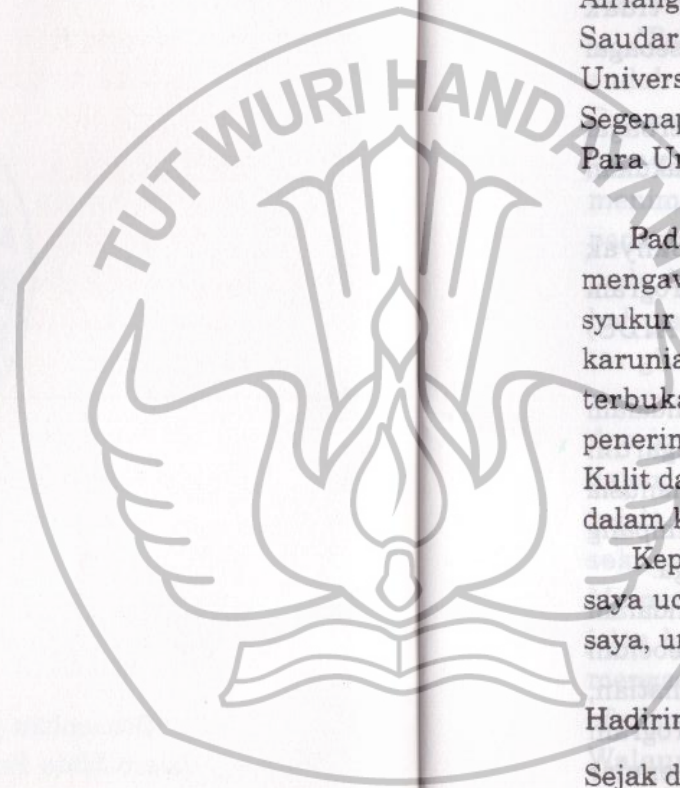
Para Undangan dan Hadirin yang saya muliyakan

Pada kesempatan yang berbahagia ini, perkenankanlah saya mengawali pidato pengukuhan saya dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karuniaNya, hingga pada hari ini kita dapat hadir dalam rapat terbuka senat Universitas Airlangga, untuk acara peresmian penerimaan jabatan Guru Besar saya, dalam bidang Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dalam keadaan sehat sejahtera.

Kepada saudara Rektor dan Ketua Senat Universitas Airlangga saya ucapkan terima kasih atas kesempatan yang diberikan pada saya, untuk menyampaikan pidato penerimaan jabatan ini.

Hadirin yang terhormat,

Sejak dua dasawarsa yang lalu umat manusia telah dikejutkan oleh munculnya satu penyakit infeksi baru (*new emerging infectious disease*), yang dikenal dengan nama *Acquired Immunodeficiency Syndrom* (AIDS). Penyakit yang mematikan ini hingga sekarang belum ada obatnya, belum ditemukan vaksin untuk mencegahnya, menyebar dengan sangat cepat di seluruh dunia. Sembilan belas tahun yang lalu diperkirakan baru 1 juta orang terinfeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan pada th 2000 yang akan



Sesungguhnya Allah tidak berbuat aniaya kepada manusia sedikitpun, melainkan manusia itulah yang berbuat aniaya kepada diri mereka sendiri.

(Surat Al Qur'an 10: 44)

Ya Allah, Ya Tuhanmu
kembangkanlah aku dengan ilmu
hinakkanlah aku dengan sifat sabar
mujahkanlah aku dengan sifat taqwa
dan cantumkanlah aku dengan sehat dan afiat

(Hadist)

"FACTA NON VERBA"

(Dr. Soetomo)

datang akan ada 40 juta orang, 5 juta diantaranya anak-anak, sedangkan lebih dari 10 juta anak lainnya akan menjadi yatim piatu dikarenakan orang tua mereka meninggal akibat AIDS. Lebih mengejutkan lagi bahwa penyebaran virus yang demikian cepatnya disebabkan oleh perilaku manusia itu sendiri. 85-90% penularannya melalui hubungan seksual (*sexual life-style disease*). Demikian besar dampak yang timbul akibat penyakit ini pada masyarakat luas, bukan hanya di bidang kesehatan saja, akan tetapi meliputi bidang sosial, ekonomi, budaya, bahkan politik, hingga tidak mengherankan bila WHO menyatakan keadaan tersebut sebagai Krisis Kesehatan Dunia (*Global Health Crisis*).

Menghadapi krisis yang berat ini, para pakar dari berbagai bidang ilmu yang berkaitan dengan masalah AIDS telah melakukan penelitian-penelitian ulang secara luas.

Ada dua kajian penting yang diperoleh dari sekian banyak penelitian tersebut, yang bermanfaat bagi penyusunan program penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS/AIDS) selanjutnya.

Yang pertama ialah dilakukannya kajian-kajian yang mendalam di bidang perilaku seksual, faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku tersebut, serta akibat perilaku seksual manusia sekarang yang menempatkan aktivitas seksual jauh menyimpang dari fungsinya sebagai alat reproduksi dalam ikatan keluarga.

Yang kedua ialah dilakukannya kajian-kajian yang mendalam pada kelompok penyakit menular seksual (PMS) yang lain. Sebelum era AIDS, penyakit menular seksual kurang mendapat perhatian, kurang difahami serta tidak mendapat prioritas untuk program penanggulangannya. Dengan demikian kelompok penyakit menular seksual ini menyebar dengan sangat leluasa, sejalan dengan meluasnya revolusi seks dari negara-negara industri maju ke seluruh dunia.

Beberapa data yang akan saya kemukakan nantinya, untuk direnungkan kembali betapa hebat penyebaran infeksi PMS telah melanda masyarakat luas di seluruh dunia. Tidak ada satu negara atau satu kelompok masyarakat, maupun satu keluarga yang dapat mengatakan aman dari PMS/AIDS.

Penyakit Menular Seksual (PMS)-HIV/AIDS merupakan kelompok penyakit infeksi yang utamanya ditularkan melalui hubungan seksual, baik hetero maupun homoseksual. Sebagian kecil dapat ditularkan melalui kontak non-seksual seperti tranfusi darah, jarum suntik, dan hubungan vertikal dari ibu ke anak seperti pada sifilis dan AIDS.

Sebelum saya melanjutkan uraian tentang masalah PMS-HIV/AIDS yang kita hadapi sekarang dan mendatang, marilah kita lihat sejenak sejarah dan perkembangan penyakit tersebut.

"Penyakit kelamin" istilah yang digunakan pada masa lampau sudah dikenal sejak dahulu kala, seusia peradaban manusia. Penemuan arkeologi penting pada zaman Mesir kuno (1550 SM) menemukan beberapa catatan medis adanya penyakit yang menimbulkan sumbatan pada saluran kencing (*striktura uretra*), pada pria dan wanita, serta cara pengobatan vaginitis dan inflamasi pada daerah vulva dengan ramuan obat tradisional. Demikian pula halnya dengan sifilis, dari pengamatan kelainan tulang-tulang tengkorak yang ditemukan dari kurun waktu yang sama menunjukkan adanya tanda-tanda sifilis tersier.

Aveciena dari Baghdad (980-1037) yang mempunyai pengaruh besar dalam dunia pengobatan, telah menulis tentang penyakit dengan gejala berupa cairan kental yang keluar dari saluran kencing, yang sekarang dikenal sebagai penyakit uretritis gonore. Moses Maimonides pada tahun yang hampir sama mendiskripsikan lebih jelas lagi tentang penyakit kencing nanah (gonore) ini dengan mengatakan; "*fluid escaping without erection and without feeling of pleasure*".

Walaupun pada waktu itu manusia belum mengenal kuman penyebab serta cara penularan penyakit, dari beberapa tulisan puisi zaman Romawi, sudah menggambarkan adanya hubungan penyakit kelamin tersebut dengan perilaku seksual termasuk homoseksual.

Dalam perkembangan selanjutnya, hingga permulaan abad ke-20 kita masih terpukau hanya pada beberapa penyakit kelamin yang klasik saja yaitu: gonore, sifilis, ulkus mole, limfogranuloma inguinale dan granuloma venereum.

Setelah perang dunia ke-2, dengan adanya kemajuan-kemajuan di bidang sanitasi, higiene, peningkatan sarana kesehatan, serta penemuan bermacam antibiotika dan vaksin yang kemudian ditandai dengan keberhasilan menanggulangi berbagai penyakit infeksi seperti cacar (*smallpox*), frambusia, tuberkulosis, polio, maka timbul anggapan seolah-olah penyakit infeksi telah dapat diatasi dan tidak menjadi masalah kesehatan yang krusial lagi. Anggapan yang salah ini terbukti kemudian dengan ditemukannya penyakit infeksi baru (*new infectious diseases*), dan penyakit infeksi yang cenderung meningkat atau menimbulkan masalah kembali (*emerging dan reemerging infectious diseases*).

Rasa puas tersebut menimbulkan akibat yang fatal terutama dalam perkembangan penyakit menular seksual. PMS berkembang dengan pesat, baik jumlah penyakit dan sindromanya, maupun insidensi dan prevalensinya di seluruh dunia terutama di negara berkembang tanpa mendapat perhatian yang memadai.

I. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL MASA KINI

Dengan berkembang pesatnya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran (Iptekdok) pada akhir abad ke-XX ini, serta adanya kajian yang mendalam tentang PMS, maka terbukalah gambaran yang lebih jelas serta luasnya penyakit infeksi tersebut melanda kehidupan masyarakat. Pada waktu sekarang telah dibuktikan sekurang-kurangnya ada 23 mikroorganisme patogen yang menimbulkan berbagai sindroma penyakit, dapat ditularkan melalui hubungan seksual. Mikroorganisme tersebut terdiri dari bermacam bakteri, virus, jamur dan parasit.

COMMON STD SYNDROMES AND ETIOLOGIC AGENTS

Syndrome	Primary sexually transmitted (ST) agents
Urethritis: (males)	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>T. vaginalis</i> , HSV
Epididymitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>
Mucopurulent cervicitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>
Vulvovaginitis	<i>C. albicans</i> , <i>T. vaginalis</i>
Bacterial vaginosis (BV)	BV-associated bacteria
Acute pelvic inflammatory disease	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , BV-associated bacteria
Ulcerative lesions of the genitalia	HSV-2, HSV-1, <i>T. pallidum</i> , <i>H. ducreyi</i> , <i>C. trachomatis</i> (LGV strains), <i>C. granulomatis</i>
Genital and anal warts	Human papillomavirus (genital types)
AIDS	HIV-1, HIV-2; also many opportunistic pathogens
Viral hepatitis	HBV
Neoplasias	
Squamous cell cancer of the cervix, anus, vulva, vagina or penis	Human papillomavirus (especially types 16, 18, 31, 45)
Kaposi's sarcoma	Human herpes virus 8 (?)
Lymphoid neoplasia	HIV, EBV, KTLV-1
Hepatocellular carcinoma	HBV
Tropical spastic paraparesis	HTLV-1
Scabies	<i>S. scabiei</i>
Pubic lice	<i>P. pubis</i>

Abbreviations HSV = herpes simplex virus; EBV = Epstein-Bar virus;
HBV = hepatitis B virus

(King. K. Holmes, 1995).

Tidak jarang satu kuman patogen menimbulkan lebih dari satu sindroma, seperti; *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* dapat menimbulkan sindroma kencing nanah, keputihan serta komplikasi lainnya, dan sebaliknya satu sindroma dapat disebabkan oleh beberapa kuman penyebab.

Berdasarkan hasil pengobatan, penyakit menular seksual dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

1. Kelompok yang dapat disembuhkan (*PMS kurabel*), umumnya yang disebabkan oleh bakteri, parasit, atau jamur, misal; gonore,

infeksi C. trachomatis, sifilis, ulkus mole, kandidiasis, donovanosis, trikhomoniasis, serta sindroma yang terkait.

2. Kelompok yang hingga sekarang tidak/belum dapat disembuhkan (*PMS non-kurabel*), yang umumnya disebabkan oleh bermacam-macam virus termasuk AIDS.

Penekanan program pemberantasan dan pencegahan pada kedua kelompok tersebut agak berbeda.

Pada kelompok pertama, manajemen kasus (*case management*) termasuk pengobatan penderita dan pasangan seksualnya, merupakan prioritas utama, sedangkan pada kelompok kedua program penanggulangan jauh lebih sukar oleh karena tidak dapat disembuhkan, sehingga penderita-penderita tersebut akan menjadi sumber penularan yang potensial seumur hidup. Dengan demikian program penanggulangan diprioritaskan pada usaha mencegah penularan pada orang lain.

Dari data-data yang diperoleh secara global, PMS merupakan salah satu dari 5 penyebab terpenting hilangnya kesehatan pada masa produktif setiap tahunnya.

II. HUBUNGAN PMS LAIN DENGAN AIDS

Hadirin yang terhormat,

Infeksi HIV/AIDS mempunyai hubungan yang sangat erat dengan PMS lainnya, sehingga setiap usaha intervensi pada keduanya, akan selalu berkaitan. Hubungan yang erat tersebut dapat dikemukakan dalam beberapa hal sebagai berikut:

1. Cara penularan utama sama yaitu melalui hubungan seksual (85-90%).
2. Intervensi untuk mencegah penularan melalui hubungan seksual tersebut mempunyai target yang sama.
3. Pelayanan kesehatan di klinik PMS untuk mendapat pengobatan dan konsultasi sangat sesuai pula untuk AIDS, karena kelompok resiko tinggi keduanya adalah orang-orang yang sama.

4. Sangat dimungkinkan terjadinya infeksi ganda antara HIV dan PMS lain melalui hubungan seks yang sama.
5. Insidensi dan prevalensi dari beberapa PMS seperti gonore dan sifilis dapat digunakan sebagai indikator untuk memprediksi tingginya penularan HIV, serta adanya perubahan perilaku seksual dalam satu kelompok masyarakat.
6. Hubungan penting untuk program penanggulangan AIDS ialah bahwa PMS yang lain baik ulseratif maupun non-ulseratif dapat mempercepat transmisi HIV.

Hal ini dibuktikan secara eksperimental bahwa HIV dapat diisolasi dalam jumlah cukup banyak dari luka (*ulcer*) di genitalia eksterna. Disamping itu sebagai respons peradangan, jumlah eksudat dan limfosit T_4 yang merupakan sel target utama HIV akan meningkat, sehingga jumlah pelepasan virus juga akan meningkat.

Seperti diketahui bahwa efektifitas penularan HIV dari satu orang ke orang lain melalui hubungan seksual, bila keduanya bebas dari PMS yang lain hanya berkisar antara 0,1-1%. Ini berarti penularan HIV secara statistik baru terjadi setelah 100 kali atau lebih hubungan seks. Akan tetapi bila salah satu atau keduanya terjangkit PMS lain, terutama yang ulseratif maka efektifitas penularan akan meningkat sampai 5-15 kali. Oleh karenanya dengan beberapa kali hubungan seks saja sudah terjadi penularan.

Dalam penelitian secara random pada suatu distrik di Tanzania dengan melakukan pengobatan pada semua kasus PMS yang simptomatis secara pendekatan sindrom dapat mengurangi insidensi HIV pada studi populasi sebesar 42%.

7. Pada hubungan sebaliknya, oleh karena AIDS menurunkan kekebalan tubuh maka manifestasi penyakit menular seksual lain yang diderita oleh penderita AIDS akan menjadi lebih berat. Seringkali gejala klinis yang dijumpai berbeda dengan gejala klinis yang klasik, perjalanan penyakit menjadi lebih lama, komplikasi lebih sering timbul, serta memerlukan pengobatan yang lebih canggih. Dengan demikian penanganan penderita

menjadi lebih khusus, membutuhkan tenaga yang ahli, serta biaya yang jauh lebih besar.

Dari penjelasan hubungan yang erat antara PMS lain dengan HIV/AIDS tersebut di atas maka akan dimengerti bahwa setiap usaha penanggulangan infeksi HIV/AIDS berdasarkan ketentuan dari WHO harus disertai dan bersamaan dengan penanggulangan infeksi oleh PMS yang lain.

III. MENGAPA USAHA PENANGGULANGAN PMS SECARA AGRESIF DAN SERIUS DIPERLUKAN?

Hadirin yang terhormat,

WHO memperkirakan sedikitnya ada 333 juta orang setiap tahun terinfeksi oleh salah satu PMS yang kurabel, sedangkan jumlah prevalensi global dari infeksi aktif, laten, maupun kronis yang disebabkan kelompok PMS virus seperti, herpes simpleks genitalis, kondiloma akuminata (infeksi oleh HPV), hepatitis B virus, HIV/AIDS, dapat mencapai jumlah miliar kasus. Bahkan dalam beberapa kelompok populasi tertentu, mayoritas penduduk dewasanya terinfeksi oleh salah satu atau lebih kuman patogen PMS tersebut di atas.

Kebanyakan dari penduduk yang terinfeksi tersebut dari golongan usia muda, usia produktif, generasi yang sangat diperlukan oleh setiap masyarakat, bangsa dan negara.

Pada waktu sekarang telah diketahui bahwa PMS selain HIV/AIDS dapat memberikan komplikasi yang serius terutama pada kaum wanita dan bayi yang dilahirkan. Komplikasi pada wanita tersebut ialah kanker serviks, radang panggul (*pelvic inflammatory disease*), yang berakibat timbulnya infertilitas, nyeri yang kronis, hamil di luar kandungan dan kematian.

Di negara berkembang komplikasi maternal yang berhubungan dengan PMS yang tidak terdiagnosa dan terobati dengan sempurna, menjadi sebab utama dari morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang dilahirkan.

Komplikasi pada bayi antara lain sifilis kongenital, infeksi mata (*gonoblenore*) dan infeksi perinatal hepatitis B. Infeksi mata yang sering menimbulkan kebutaan terjadi pada waktu persalinan bila si ibu menderita gonore. Ibu-ibu tersebut tidak mengetahui bahwa dirinya terjangkit gonore, oleh karena sebagian besar infeksi gonore pada wanita tidak menunjukkan gejala (*asimptomatis*).

Kenyataan bertambah banyaknya jumlah tumor-tumor ganas yang diprakarsai oleh mikroorganisme patogen yang ditularkan melalui hubungan seksual yaitu: kanker serviks, kanker hati (*hepatocellular carcinoma*), "*squamous epithelial cell carcinoma*" dari vagina, vulva, penis dan anus, sarkoma Kaposi's, dan "*T. lymphocyte malignancies*".

Disamping itu kelainan neurologis yang serius dapat terjadi oleh kuman patogen PMS, seperti pada sifilis saraf, dan sifilis kongenital, herpes ensefalitis pada neonatus, "*tropical spastic paraparesis/HTLV-1 associated myelopathy*", serta kelainan-kelainan saraf lainnya yang berhubungan dengan infeksi HIV.

Gangguan kejiwaan, sering dijumpai pada penderita penyakit menular seksual, khususnya bagi yang menderita PMS yang tidak dapat diobati, yang menyebabkan mandul, dan yang memberikan vonis kematian. Banyak diantaranya mengalami stres yang berat, mengasingkan diri dari masyarakat, bahkan bunuh diri. Mereka menjadi beban keluarga, masyarakat sekitarnya dan negara.

Konsekuensi sosial dan ekonomi untuk biaya kesehatan bagi kelainan seperti tersebut di atas adalah sangat besar, yang tidak teratasi oleh negara-negara berkembang.

IV. FAKTOR PENENTU (DETERMINANTS) PENYEBARAN PMS

Hadirin yang terhormat,

Beberapa faktor perilaku dan lingkungan sosial mempunyai peranan penting dalam penyebaran PMS/HIV-AIDS.

1. FAKTOR PERILAKU

1.1 Perilaku seksual

Perilaku seksual yang cenderung bercampur aduk (*promiscuous*), tidak lagi menghiraukan nilai agama/budaya, dengan berganti-ganti pasangan, tidak acuh atau tidak mengerti akan bahaya PMS, tidak melakukan proteksi, akan meningkatkan bahaya penularan bagi dirinya sendiri atau pasangan seksualnya. Oleh karena itu perilaku seksual ini menjadi sasaran utama intervensi pencegahan penularan PMS/AIDS.

a. Usia hubungan seksual pertama kali

Lebih awal usia seseorang memulai hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, akan lebih banyak kemungkinan terpapar PMS. Data-data menunjukkan bahwa anak-anak muda dari keluarga yang pecah dan memulai pengalaman seksualnya pada usia sangat muda, menunjukkan prevalensi PMS yang tinggi.

b. Jumlah pasangan seksual .

Lebih banyak jumlah pasangan seksual, akan lebih besar kemungkinan mendapat PMS.

c. Kelompok pasangan seksual.

Pasangan seksual dari kelompok resiko tinggi sudah tentu akan memberikan kemungkinan penularan lebih besar.

d. Praktek seksual.

Bermacam-macam praktek hubungan seksual seperti genito-anal, genito-genital dan oro-genital mempunyai resiko penularan yang berbeda.

1.2 Perilaku minuman keras/narkotik

Pelaku narkotika terutama yang menggunakan obat suntik merupakan kelompok resiko tinggi. Disamping jarum suntik yang tidak steril dan sering digunakan bersama, obat narkotika dan minuman keras itu sendiri mempunyai pengaruh yang besar dalam merubah perilaku seksual seseorang. Hubungan seks berganti partner, praktek seksual yang aneh, menjual diri untuk mendapat obat, sampai perkosaan menjadi kebiasaan kelompok ini.

1.3 Perilaku di bidang kesehatan

a. Obat/alat kontrasepsi.

Mudahnya mendapatkan obat/alat kontrasepsi dengan harga murah, akan mendorong keberanian melakukan kontak seksual di luar nikah, karena merasa aman dari kehamilan.

b. "Treatment seeking behavior"

Kurangnya kesadaran tentang manfaat pelayanan kesehatan, akan berakibat penyakit menjadi kasep dan waktu penularan lebih lama.

c. Kepatuhan berobat (*Compliance*)

Seringkali kepatuhan berobat penderita PMS sangat rendah. Umumnya mereka tidak kembali bila keluhan sudah berkurang. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman tentang PMS, sedangkan penderita tidak mendapat konseling yang cukup.

d. Pengobatan sendiri (*self-treatment*)

Pengobatan sendiri banyak dilakukan oleh anak-anak muda yang sangat takut penyakitnya diketahui oleh keluarga atau orang lain, disamping menghemat biaya pengobatan. Tindakan ini sangat berbahaya oleh karena dapat menimbulkan salah diagnosa, salah obat, salah dosis, yang berakibat penyakit tidak sembuh, terjadi komplikasi, menularkan pada orang lain, dan kadang-kadang fatal.

e. Pengobatan pasangan seksual (*partner-treatment*)

Membiasakan untuk berterus terang dan jujur pada pasangan seksualnya agar keduanya mendapat pengobatan yang cepat dan tepat.

2. FAKTOR LINGKUNGAN SOSIAL

a. Norma seksual pada masyarakat.

Perubahan yang menyolok dari sifat "*permissive*" masyarakat terhadap hubungan seksual yang bukan dalam suatu perkawinan/ikatan keluarga yang sah, berakibat orang lebih berani dan tidak malu untuk melakukan hubungan seksual di luar pernikahan. Tujuan hubungan seksual tidak lagi untuk

membina keluarga sejahtera, akan tetapi sudah menjurus ke arah kesenangan semata, dan bahkan dapat diperdagangkan.

b. Faktor sosial-ekonomi.

Kemiskinan yang banyak melanda negara Afrika dan Asia, akan membatasi sumber daya serta prasarana untuk program penanggulangan dan pencegahan PMS/AIDS.

Kemiskinan akan mendorong orang-orang muda baik pria maupun wanita untuk pindah dari desanya ke kota-kota besar (*urbanisasi*), maupun migrasi ke tempat lain, sehingga jauh dari keluarga, jauh dari pengawasan orang tua mereka.

Kemiskinan akan menyuburkan prostitusi; wanita-wanita muda yang pada akhirnya tidak mendapat pekerjaan akan mudah terjerumus dalam profesi tersebut. Lebih celaka lagi karena kemiskinannya mereka tidak mendapat pendidikan yang cukup, mempunyai status sosial yang rendah, hingga mereka tidak mempunyai daya untuk menolak melakukan hubungan seks beresiko tinggi, serta tidak mampu melakukan "*bargaining*" untuk menggunakan kondom sebagai proteksi. Wanita memang mempunyai resiko jauh lebih besar tertular PMS/AIDS melalui peranan mereka yang terpaksa melakukan hubungan seks demi kelangsungan hidupnya, atau tertular oleh suaminya.

c. Adanya transisi demografi, dimana terjadi penambahan dengan cepat jumlah kelompok anak muda yang seksual aktif, memerlukan satu bimbingan dan penyaluran aktivitas mereka dalam kegiatan yang sehat. Untuk ini perlu dana yang tidak sedikit.

d. Disamping itu kekerasan, peperangan, perubahan kultur sosial yang terpaksa, akan membuat orang menjadi frustrasi dan biasanya akan mudah terjerat pada minuman keras, narkotika dan prostitusi yang akan berakibat menyuburkan PMS/AIDS.

V. STRATEGI DASAR PENANGGULANGAN DAN PENCEGAHAN PMS/HIV-AIDS

Hadirin yang terhormat,

Untuk dapat melaksanakan penanggulangan dan pencegahan PMS/HIV-AIDS dengan baik, maka haruslah kita fahami dahulu bahwa PMS tersebut terdiri dari 2 komponen utama. Komponen pertama ialah komponen yang menyangkut bidang biomedis, dimana semua aspek penyakitnya akan ditangani oleh bidang kesehatan. Adapun komponen kedua adalah komponen yang bersifat perilaku (*behavior*), yang mempunyai peranan sangat penting dalam penyebaran penyakit.

1. KOMPONEN BIOMEDIS

1. Manajemen kasus

Pengobatan segera dan efektif terhadap kasus PMS merupakan komponen esensial dari penanggulangan PMS/AIDS. Tujuannya ialah untuk menyembuhkan penyakit secepat mungkin, mencegah komplikasi dan cacat, serta mencegah transmisi penyakitnya pada orang lain.

Untuk memudahkan pengobatan, WHO telah mengusulkan agar menggunakan program pengobatan berdasarkan Pendekatan Sindrom (*Syndromic Approach*) terutama bagi negara-negara berkembang.

Keuntungan dan kerugian dari pola Pendekatan Sindrom tersebut akan dibicarakan tersendiri.

2. Sedapat mungkin melaksanakan pengobatan juga pada pasangan seksualnya. Hal ini diperlukan terutama bagi yang memiliki pasangan tetap/suami-istri. Bila pengobatan hanya dilakukan pada satu orang saja, re-infeksi akan berulang kembali (fenomena bola pingpong).

3. Penyediaan obat yang cukup dan terjangkau.

Obat-obat antibiotika dan anti-viral untuk PMS termasuk obat canggih dan mahal. Seringkali obat tersebut tidak terjangkau oleh masyarakat luas terutama di negara-negara berkembang.

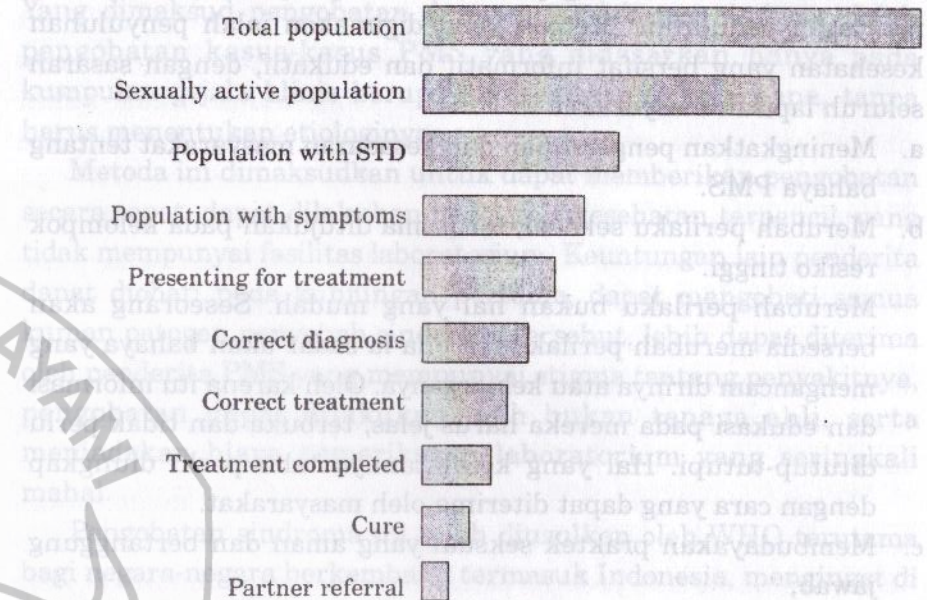
Menjadi kewajiban Pemerintah untuk menyediakan obat yang diperlukan itu dengan harga murah dan tersedia di semua sarana kesehatan.

4. Penyediaan sarana laboratorium yang memadai. Laboratorium mempunyai peranan penting dalam melaksanakan survei secara epidemiologi, mikrobiologi, studi kepekaan antimikroba serta validasi pengobatan.
5. Mengadakan skrining pada kasus-kasus asimtomatis, terutama pada wanita. Komplikasi PMS yang serius sering terjadi pada wanita. Oleh karenanya skrining pada wanita terutama ibu hamil, sangat diperlukan.
6. Melakukan surveilans, monitoring dan evaluasi hasil program agar manajemen kasus tetap relevan dan efektif.
7. Melakukan penelitian kepekaan obat. Resistensi seringkali timbul setelah sekian lama menggunakan obat tertentu. Agar hasil terapi memuaskan, diperlukan penelitian kepekaan obat tersebut secara berkala.

Hadirin yang saya hormati,

Walaupun manajemen kasus PMS merupakan kunci keberhasilan dari usaha penanggulangan PMS/AIDS, akan tetapi sangat tergantung dari kesadaran masyarakat untuk berobat serta tersedianya sarana kesehatan yang lengkap. Hal tersebut dapat dijelaskan dengan melihat model manajemen kasus pada sarana-sarana kesehatan yang dapat diproyeksikan sebagai berikut. (*lihat skema*)

OPERATIONAL MODEL OF THE ROLE OF HEALTH SERVICES IN STD CASE MANAGEMENT



(Gina Dallabetta, 1995)

Dari skema di atas dapat dinyatakan bahwa jumlah kasus yang mempunyai simptom PMS jauh lebih sedikit dari jumlah populasi yang terinfeksi PMS sebenarnya, serta dari jumlah populasi seksual aktif yang mempunyai resiko tertular PMS. Demikian pula jumlah penderita yang berobat, terutama jumlah penderita yang sembuh dari pengobatan sangat jauh dari jumlah populasi yang menderita PMS.

Oleh karena itu untuk meningkatkan jumlah penderita yang mau berobat, maka usaha meningkatkan kesadaran tentang manfaat pelayanan kesehatan (*health-seeking behavior*) pada masyarakat luas perlu ditingkatkan terus. Disamping itu usaha-usaha penemuan kasus dini, skrining penderita asimtomatis, pengobatan pasangan seksual, serta peningkatan kualitas diagnosa dan pengobatan di semua sarana kesehatan, merupakan program intervensi yang perlu mendapat prioritas utama.

2. KOMPONEN PERILAKU

Intervensi dalam bidang perilaku mempunyai tujuan utama mencegah penularan. Metoda yang digunakan ialah penyuluhan kesehatan yang bersifat informatif dan edukatif, dengan sasaran seluruh lapisan masyarakat.

- a. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya PMS.
- b. Merubah perilaku seksual, terutama ditujukan pada kelompok resiko tinggi.
Merubah perilaku bukan hal yang mudah. Seseorang akan bersedia merubah perilakunya bila ia sadar akan bahaya yang mengancam dirinya atau keluarganya. Oleh karena itu informasi dan edukasi pada mereka harus jelas, terbuka dan tidak perlu ditutup-tutupi. Hal yang kelihatannya tabu perlu diungkap dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat.
- c. Membudayakan praktek seksual yang aman dan bertanggung jawab;
 - * menganjurkan abstinensia atau tidak melakukan hubungan seksual
 - * tidak terlibat dalam hubungan seksual yang penetratif.
 - * terikat hanya pada hubungan seksual yang jujur dan legal dalam ikatan perkawinan yang sah.
 - * meniadakan pasangan seksual tidak tetap (*extra marital*)
 - * penggunaan kondom bagi pasangan yang salah satunya menderita PMS.
- d. Meningkatkan potensi masyarakat dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam upaya pencegahan dan pemberantasan PMS.
- e. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang manfaat pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*).

VI. PENDEKATAN SINDROM (SYNDROMIC APPROACH)

Hadirin yang terhormat,

Yang dimaksud pengobatan dengan pendekatan sindrom, ialah pengobatan kasus-kasus PMS yang didasarkan hanya pada kumpulan gejala klinis berupa sindroma yang sederhana, tanpa harus menentukan etiologinya.

Metoda ini dimaksudkan untuk dapat memberikan pengobatan secara cepat, dapat dilakukan pada unit kesehatan terpencil, yang tidak mempunyai fasilitas laboratorium. Keuntungan lain penderita dapat diobati pada kunjungan pertama, dapat mengobati semua kuman patogen penyebab sindroma tersebut, lebih dapat diterima oleh penderita PMS yang mempunyai stigma tentang penyakitnya, pengobatan dapat dilakukan oleh bukan tenaga ahli, serta meniadakan biaya pemeriksaan laboratorium yang seringkali mahal.

Pengobatan sindroma ini telah diusulkan oleh WHO terutama bagi negara-negara berkembang termasuk Indonesia, mengingat di negara-negara tersebut fasilitas laboratorium sangat terbatas, tenaga ahli juga terbatas, serta biaya pemeriksaan laboratorium yang tidak terjangkau. Alasan lain ialah bahwa dalam era infeksi HIV yang melanda seluruh dunia tersebut, maka pengobatan PMS lainnya yang berperan sebagai akselerator infeksi HIV, perlu dilaksanakan dengan cara yang praktis dan cepat.

Walaupun pendekatan sindrom ini mempunyai beberapa keuntungan, dalam beberapa hal akan menimbulkan masalah, antara lain:

Tidak mudah diterima oleh para dokter/petugas kesehatan yang telah dididik di fakultas-fakultas kedokteran dengan menggunakan pendekatan klinis dan etiologi. Perlakuan yang sudah terbiasa ini tidak mudah untuk diubah. Mereka perlu mendapatkan pelatihan dan adaptasi untuk mengenal dan memahami perubahan tersebut.

Dengan sistim pendekatan sindroma, kasus-kasus PMS yang asimtomatis tidak terdiagnosa dan diobati. 80% gonore pada wanita asimtomatis, 30-40% infeksi *C. trachomatis* pada pria dan

mendekati 100% pada wanita juga asimtomatis. Padahal mereka ini potensial dapat menularkan pada orang lain melalui hubungan seksual, serta dapat menimbulkan komplikasi yang serius.

Banyak PMS pada masa kini tidak menunjukkan gejala klinis yang klasik terutama pada penderita dengan penurunan imunitas (*immunocompromised*). Diagnosa yang benar akan sukar ditegakkan tanpa pengetahuan klinis yang cukup dan bantuan laboratorium.

Bila timbul penyulit akan sukar diatasi hanya dengan pengetahuan sindroma saja, sehingga harus dirujuk pada pusat rujukan yang mungkin saja jauh dari tempat tinggalnya.

Banyaknya resistensi kuman yang timbul. Monitoring kepekaan kuman terhadap antibiotika tertentu untuk menentukan pilihan obat, sangat membutuhkan sarana penunjang laboratorium yang memadai.

Tanpa pemeriksaan laboratorium akan sukar menentukan kesembuhan yang sebenarnya. Dengan hilangnya sindrom belum tentu kuman-kuman patogen seluruhnya terbasmi. Sindroma yang berulang kembali tidak dapat ditentukan apakah suatu reinfeksi atau residif.

Yang menjadi masalah sekarang ialah, apakah dasar pemikiran menggunakan pendekatan sindrom tersebut hanya bertujuan untuk mengurangi infeksi HIV saja?. Infeksi HIV perlu dicegah dengan segala usaha, akan tetapi saya kurang sependapat dengan pemikiran yang memprioritaskan pengobatan PMS hanya untuk menekan efektifitas penularan HIV saja, dan mengabaikan pengobatan yang tuntas. Betapa besar bahaya infeksi penyakit menular seksual yang lain seperti telah di kemukakan diatas, demikian luas komplikasi yang dapat ditimbulkannya terutama pada ibu dan anak, serta infeksi yang berakibat fatal seperti hepatitis B dan C yang kesemuanya ini memerlukan penanganan dan tatalaksana yang tuntas.

VII. SITUASI PMS DI INDONESIA

Hadirin yang terhormat,

Seperti telah dikemukakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), bahwa setiap tahunnya diperkirakan ada sebanyak 333 juta kasus baru PMS/AIDS, yang berarti bahwa setiap hari ada satu juta orang yang terinfeksi PMS/AIDS. Sungguh sangat memprihatinkan bahwa dari jumlah tersebut, 80% terdapat dinegara-negara Afrika dan Asia terutama Asia Tenggara yang tentunya termasuk Indonesia. Pada kelompok wanita, prevalensi sifilis rata-rata berkisar 10-100 kali lebih tinggi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju, prevalensi untuk gonore 10-15 kali lebih tinggi, sedangkan infeksi oleh *C. trachomatis* menunjukkan prevalensi rata-rata 2-3 kali lebih tinggi.

Angka-angka prevalensi dan insidensi PMS di Indonesia belum ada. Sebagian besar penderita datang berobat pada dokter pribadinya, dan oleh karena masih merupakan hal yang tabu serta mempunyai stigma sosial, maka penyakit PMS tersebut sangatlah dirahasiakan. Sistem pelaporan belum ada, yang ada hanya pelaporan sporadis di beberapa tempat dan terbatas hanya untuk sifilis dan gonore saja. Khusus untuk infeksi HIV ada kewajiban bagi petugas kesehatan untuk melaporkan kasus yang ditemukan. Walaupun demikian hingga sekarang angka-angka insidensi masih sekitar 800 penderita saja, yang jauh dari sebenarnya. Prediksi para ahli sudah di atas 200.000 kasus.

Dari data kami di Divisi PMS Unit Rawat Jalan Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo selama 10 tahun terakhir menunjukkan bahwa infeksi PMS pada pria yang terbanyak adalah uretritis non-gonore dan uretritis gonore. Sifilis kebanyakan berupa sifilis laten, sedangkan sifilis primer dan sifilis sekunder dengan manifestasi pada kulit sudah sangat jarang ditemukan. Hal ini dimungkinkan oleh banyaknya penggunaan antibiotika serta pengobatan yang tidak adekuat, hingga menutupi gejala primer.

Sedangkan PMS yang disebabkan virus seperti herpes genitalis, kondiloma akuminata cenderung meningkat terus.

Umur terbanyak berkisar antara 15-34 tahun (89,08%), banyak yang sudah berkeluarga (61,78%), serta 70,81% mengaku mendapatkan infeksi dari pekerja seks (WTS).

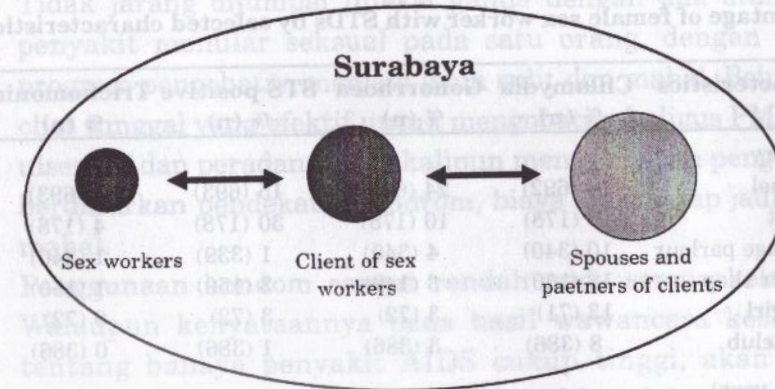
Gambaran tentang PMS pada masyarakat yang ditinjau dari angka kejadian pada beberapa kelompok masyarakat tertentu, perilaku seksual serta pengetahuan tentang penyakit dan cara-cara pencegahannya merupakan data-data dasar yang sangat diperlukan untuk melihat seberapa luas masalah yang dihadapi, serta untuk membantu perencanaan program intervensi yang sesuai.

Oleh karena itu pada tahun 1991-1993, Lab/SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin FK Unair/RSUD Dr. Soetomo, beserta Jajaran Kesehatan dan LSM di Jawa Timur memprakarsai satu penelitian epidemiologi tentang PMS pada 3 kelompok masyarakat yang berbeda, yaitu; kelompok resiko tinggi (pekerja seks lokalisasi, wanita jalanan, panti pijat, klub malam, "barber shop", wanita panggilan, dan waria), kelompok pelanggan (*clients*) yang diambil dari pengunjung pria pada Divisi PMS Unit Rawat Jalan Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD. Dr. Soetomo, pengemudi truk, pelaut (*sailor*), dan pekerja-pekerja pada industri seks, serta kelompok ketiga yaitu kelompok keluarga yang diwakili oleh ibu hamil yang datang pada klinik antenatal Unit Rawat Jalan Penyakit Kandungan dan Kebidanan. Penelitian tersebut dibiayai oleh USAID, serta bantuan tenaga ahli dari CDC/Atlanta dan NAMRU/Jakarta.

Perlakuan pada studi ini meliputi pemeriksaan klinis untuk PMS, wawancara yang mendetail mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang berhubungan dengan PMS, serta aktivitas seksual.

Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan gonore, infeksi *C. trachomatis*, jamur kandida, infeksi *T. vaginalis*, pemeriksaan darah untuk sifilis, HIV, herpes simpleks, serta ulkus mole. Disamping itu dilakukan pula tes resistensi kuman terhadap beberapa antibiotika.

Untuk menggambarkan secara relatif besar serta hubungan antara masing-masing kelompok, dibuatkan pola gambar seperti berikut.



Kelompok inti (*core group*)/resiko tinggi, bertindak sebagai sumber penularan, sedangkan kelompok klien (*clients*) akan menjadi 'jembatan' penularan bagi kelompok populasi umum.

Sebanyak 4105 peserta telah diperiksa terdiri dari 1925 kelompok resiko tinggi, 1279 kelompok klien dan 701 kelompok keluarga (populasi umum).

Dari hasil-hasil wawancara dan pemeriksaan tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Infeksi PMS rata-rata tinggi pada ketiga kelompok. Sebagai misal pada kelompok resiko tinggi 10% menderita sifilis, 11% infeksi *C. trachomatis*, 12% gonore, 6% infeksi *T. vaginalis*, serta pada tiap subgroup 80-90% sudah pernah terpapar oleh virus herpes genitalis. Untuk semua penyakit menular seksual dapat diperhitungkan bahwa 42,6% pekerja seks di Surabaya pada saat itu terjangkit salah satu PMS.

Percentage of female sex worker with STDs by selected characteristics

Characteristics	Chlamydia % (n)	Gonorrhoea % (n)	STS positive % (n)	Trichomoniasis % (n)
Category				
Brothel	14 (692)	24 (693)	15 (693)	8 (693)
Street	9 (178)	10 (178)	30 (178)	4 (178)
Massage parlour	10 (340)	4 (340)	1 (339)	1 (340)
Barber shop	18 (150)	3 (149)	3 (150)	1 (150)
Call-girl	13 (71)	3 (72)	3 (72)	0 (72)
Nightclub	8 (386)	3 (386)	1 (386)	0 (386)
Age (in year)				
15 - 20	16 (298)	16 (298)	9 (297)	5 (298)
21 - 25	13 (639)	14 (640)	8 (640)	4 (640)
26 - 30	11 (550)	10 (550)	12 (551)	3 (551)
> 30	6 (331)	9 (331)	11 (331)	3 (331)
Number of sex partners/week				
0 - 1	8 (342)	8 (343)	8 (343)	2 (343)
2 - 7	11 (640)	15 (640)	13 (640)	6 (640)
> 7	18 (384)	20 (384)	14 (385)	5 (385)

- Infeksi rata-rata yang tinggi pada kelompok klien, menunjukkan bahwa pelanggan pria benar-benar merupakan jembatan yang penting bagi penularan PMS diantara kelompok inti dengan populasi umum/keluarga. Ada dua kesimpulan penting yaitu; pertama adanya beban yang signifikan terhadap penyakit infeksi dari organ reproduksi pada populasi umum yang mewakili masyarakat luas dengan segala konsekuensinya di bidang ekonomi dan sosial, dan kedua jembatan tersebut merupakan pintu masuk utama penyebaran virus AIDS pada populasi umum.
- Berdasarkan angka kejadian yang ditemukan, prevalensi PMS pada populasi umum yang seksual aktif (15-50 tahun), berkisar diantara 2-5% untuk setiap PMS. Angka ini mewakili kelompok dengan jumlah sangat besar, yang tentunya mempunyai resiko untuk mendapatkan infeksi HIV serta mempercepat masuknya virus ke dalam tubuh.

- Tidak jarang dijumpai infeksi ganda dengan dua atau lebih penyakit menular seksual pada satu orang, dengan akibat program pengobatan menjadi lebih sulit dan mahal. Belum ada obat tunggal yang efektif untuk mengobati sekaligus PMS yang ulseratif dan peradangan. Sekalipun menggunakan pengobatan berdasarkan pendekatan sindrom, biaya akan tetap jauh lebih mahal.
- Penggunaan kondom sangat rendah pada semua kelompok. Walaupun kenyataannya pada hasil wawancara kesadaran tentang bahaya penyakit AIDS cukup tinggi, akan tetapi persepsi tersebut belum dapat diterjemahkan dalam perubahan perilaku. Kebanyakan dari mereka mendapat informasi yang salah mengenai PMS/AIDS. Mereka mengerti tentang bahaya AIDS yang dapat mematikan, tetapi tidak tahu bagaimana cara menghindarinya, dan bahkan sebagian beranggapan bahwa AIDS dapat dihindari atau disembuhkan dengan satu suntikan saja.

Pada tahun 1996-1997 dilakukan lagi penelitian pada kelompok resiko tinggi, yang lebih ditekankan pada aspek sosial dan perilaku. Studi ini mendapat bantuan dari Masyarakat Ekonomi Eropah (EEC) dengan bantuan tehnik dari University of Antwerp, dan Vrije Universiteit Amsterdam.

Dua kelompok pekerja seks yang berbeda, yaitu kelompok "exposed" (sudah pernah mendapat pendidikan sebaya/"peer education" oleh LSM) dan kelompok "unexposed", dengan perlakuan yang sama dan diamati selama satu tahun (*cohort*). Sebagai parameter ialah infeksi penyakit menular seksual yang didapat selama menjalankan profesinya tersebut. Pemeriksaan klinis dan laboratoris dilakukan tiap 3 bulan sekali.

Dari hasil-hasil yang ditemukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

- Angka prevalensi PMS pada kedua kelompok cukup besar. Sebagai misal pada pemeriksaan mikrobiologi dari kunjungan pertama (non cohort) ditemukan angka-angka sebagai berikut; Gonore (14,8%), *C. trachomatis* (18%), sifilis (8,2%), Hbs Ag (13,6%), HbC (74,3%).

2. Mobilitas pekerja seks sangat tinggi.
Dari 628 orang pekerja seks pada kunjungan pertama, hanya sekitar 138 orang yang dapat mengikuti penelitian hingga selesai. Kebanyakan mereka pindah ke tempat lain. Keadaan demikian akan mempercepat penyebaran PMS/AIDS pada daerah lain dan juga sebaliknya.
3. Kepatuhan untuk datang kontrol ke klinik sangat rendah, walaupun sudah disediakan klinik yang dekat dengan lokasi mereka, serta pemeriksaan dan pengobatan tanpa biaya. Dari 628 pekerja seks tersebut, hanya 85 orang saja yang datang teratur pada jadwal yang ditentukan.
4. Terdapat perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok dalam hal, pengetahuan PMS, mengenal penyakit, cara mencegah penularan, serta kepatuhan berobat, dimana kelompok "exposed" sebagai kelompok yang lebih baik.
5. Yang memprihatinkan ialah tidak adanya perbedaan bermakna diantara kedua kelompok tersebut dalam frekuensi terjadinya penularan PMS. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun kelompok "exposed" lebih mengetahui cara-cara pencegahan penyakit, seperti pemakaian kondom, ternyata pengetahuan tersebut belum dapat diterjemahkan menjadi perubahan perilaku seksual.
Setelah dilakukan wawancara yang lebih mendalam, dapat dimengerti bahwa kemampuan mereka melakukan "bargaining" untuk menggunakan proteksi kondom pada pihak pelanggan sangat lemah. Bilamana tamu mereka tidak menghendakinya, mereka akan mudah menyerah begitu saja dan tidak dapat menolaknya, walaupun mengerti bahaya yang akan mengancam dirinya.
6. Angka β -lactamase producing *N. gonorrhoea* sangat tinggi, menjadi pertimbangan penting dalam pengobatan dengan penisilin.
7. Bagi pekerja seks yang datang kontrol secara teratur, maka terlihat adanya penurunan insidens PMS. Ini berarti adanya klinik PMS di Puskesmas terdekat yang dikelola dengan intensif,

mempunyai harapan untuk mengurangi jumlah penularan pada pelanggannya.

Disamping hasil-hasil penelitian tersebut, terdapat situasi dan kondisi lain yang memudahkan penyebaran PMS/AIDS di Indonesia, antara lain:

1. Negara-negara tetangga yang berbatasan dengan Indonesia ternyata telah mempunyai prevalensi HIV yang tinggi, misalnya Thailand dan Myanmar.
2. Arus lalu lintas penduduk dari negara-negara tersebut dan sebaliknya sangat banyak, oleh karena tidak memerlukan visa.
3. Pelabuhan laut dan bandara internasional yang banyak di Indonesia, merupakan tempat masuk para turis, pelaut dan nelayan asing.
4. Jumlah pekerja seks komersial wanita maupun pria semakin meningkat terus. Lebih lagi dalam situasi krisis ekonomi seperti sekarang ini. Jumlah WTS yang terdaftar sekitar 150.000 orang, dengan jumlah yang tidak terdaftar akan mendekati 1 juta orang.
5. Pemakaian jarum suntik yang tidak steril dan berulang.
6. Biaya pengobatan dan harga obat yang mahal, mengakibatkan penderita menunda berobat atau mengobati sendiri.

VIII. UPAYA PENANGGULANGAN DAN PENCEGAHAN PMS/AIDS DI INDONESIA

Melihat situasi, kondisi serta tingginya prevalensi penyakit menular seksual pada ketiga kelompok tersebut di atas, seyogyanya kita semua sadar akan masalah dan bahaya yang sedang dan akan kita hadapi dimasa depan dalam kaitannya dengan penyebaran infeksi HIV/AIDS di Indonesia. Kita tidak dapat lagi santai dan setengah-setengah dalam upaya penanggulangannya serta membutuhkan partisipasi semua lapisan masyarakat.

Hadirin yang terhormat,

Sebelum era AIDS hingga tahun 1980-an, usaha penanggulangan PMS di Indonesia hanya terbatas pada pengobatan penyakit yang dilakukan di klinik-klinik dan praktek dokter, tanpa usaha pencegahan yang terkoordinasi dengan baik serta tidak ada surveilans yang bermakna. Memang telah ada usaha pemberantasan penyakit kelamin sejak tahun 1951 dengan didirikannya Lembaga Pusat Penyelidikan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin (LP4K) di Surabaya. Pemberantasan dan pencegahan pada saat itu hanya melalui penyuntikan teratur (*RMT = Regular Mass Treatment*) serta skrining darah untuk sifilis. Setelah LP4K tersebut dipindahkan ke Jakarta serta digabungkan dengan Dinas Pemberantasan Penyakit Frambusia, maka tidak ada program penanggulangan PMS lainnya yang berarti.

Baru setelah datangnya era AIDS, dimana virus tersebut menyebar dengan cepat secara global serta dampaknya yang mengerikan, maka sejak saat itu usaha pemberantasan PMS di Indonesia mulai mendapat perhatian kembali dan prioritasnya ditingkatkan.

Kebijaksanaan yang ditempuh pemerintah sekarang, antara lain:

1. Meningkatkan kerjasama lintas program dan sektoral terkait bersama masyarakat/LSM untuk berperan serta dalam setiap usaha pencegahan dan pemberantasan PMS/AIDS.
2. Meningkatkan pola desentralisasi dalam pelaksanaan program yang dipadukan dengan pola pendekatan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*).
3. Memperkuat upaya melawan diskriminasi terhadap penderita yang terinfeksi HIV agar mereka tidak bersembunyi dan menyebarkan penyakit.
4. Memperkuat program pencegahan dan pemberantasan dengan prioritas utama penyuluhan untuk mencegah penularan secara seksual serta melakukan pengobatan dini terhadap PMS.
5. Mengintegrasikan kegiatan penanggulangan AIDS dan PMS lainnya dengan kegiatan lapangan yang terpadu.

Khusus untuk penyakit infeksi HIV/AIDS, Pemerintah telah membentuk Tim Penanggulangan AIDS Nasional pada tahun 1991 yang diketuai oleh Menteri Kesehatan. Pada tahun 1994 Tim tersebut ditingkatkan menjadi Komisi Penanggulangan AIDS yang diketuai oleh Menko Kesra dengan SK Presiden. Pada tahun 1995 di Jawa Timur telah dibentuk juga Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) Jawa Timur bersifat multisektoral dan terdiri dari 5 kelompok kerja teknis (Pokjanis). Komisi tersebut berfungsi sebagai koordinator dari semua kegiatan penanggulangan AIDS di Jawa Timur.

IX. KESIMPULAN DAN SARAN BAGI PENANGGULANGAN PMS/AIDS DI INDONESIA

Pada dasarnya program penanggulangan dan pencegahan PMS/AIDS sama disemua negara meliputi usaha-usaha penyuluhan kesehatan dan konseling, "*health-seeking behavior*", pelayanan kesehatan, surveilans, didukung dengan monitoring, evaluasi dan penelitian. Akan tetapi dikarenakan PMS/AIDS ini sangat erat kaitannya dengan perilaku manusia, maka semua usaha tersebut haruslah disesuaikan dengan agama/budaya, situasi dan kondisi serta kemampuan masing-masing negara atau kelompok masyarakat setempat.

1. KONSEKUENSI BIDANG EKONOMI

Program penanggulangan dan pencegahan PMS/AIDS memerlukan biaya yang sangat besar. Jumlah tersebut tidak sesuai dengan anggaran kesehatan yang tersedia. Belum ada data yang mengemukakan berapa besar biaya yang diperlukan dibanding dengan dana yang tersedia. Beberapa perhitungan menunjukkan bahwa biaya satu pemeriksaan laboratorium yang canggih, atau satu pengobatan terhadap seorang wanita untuk penyakit sifilis/infeksi *C. trachomatis*, sudah melampaui anggaran pelayanan kesehatan nasional per-kapita. Hal ini belum termasuk biaya tidak langsung, seperti kehilangan produktivitas kerja, kehilangan

pekerjaan atau hilangnya penghasilan karena mati. Oleh karena itu pada setiap usaha intervensi dalam program penanggulangan PMS/AIDS perlu ditempuh pemilihan target berdasar skala prioritas.

Beberapa kelompok masyarakat yang perlu mendapat perhatian khusus ialah:

2. KELOMPOK GENERASI MUDA

Usia dewasa muda merupakan masa transisi yang sangat mudah dipengaruhi oleh lingkungannya. Laporan kasus dari semua negara menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi PMS/AIDS terbanyak pada usia dewasa muda (15-39 tahun). Oleh karena itu kelompok muda ini perlu mendapatkan perhatian dan perlakuan khusus, baik dari pemerintah maupun masyarakat yang mempunyai kepedulian terhadap bahaya PMS. Suasana kedekatan dengan keluarga dan pengawasan orang tua sangat menentukan. Pada kelompok yang belum mempunyai pengalaman seksual, ketahanan mental dapat ditingkatkan melalui pendidikan agama, meningkatkan aktivitas dan kreativitas lain yang sehat, mendorong orang tua untuk meningkatkan hubungan yang harmonis, agar tercipta keluarga sejahtera dan bahagia. Rangsangan seksual dari arus informasi Global yang tidak dapat dibatasi lagi, mempunyai peranan besar bagi anak muda untuk mencari pengalaman seksual pertama kalinya. Moto "*menunda perkawinan dan menunda kehamilan*", bagi yang sudah dewasa dan mampu sebaiknya diubah menjadi "*memperecepat perkawinan dan menunda kehamilan*".

Bagi anak-anak muda yang sudah terjatir dalam kehidupan seksual yang bebas, usaha merubah perilakunya amat sukar. Penyuluhan berupa pidato-pidato dan ceramah saja, tidak akan memberikan hasil bermakna.

Dari beberapa laporan negara-negara berkembang lain seperti Thailand, Philipina, Tanzania dan Mali, maka usaha-usaha yang tampaknya memberikan hasil ialah membentuk jaringan kelompok kecil dari antara mereka sendiri, yang peduli terhadap PMS/AIDS

dengan tujuan memberikan informasi tentang bahaya PMS/AIDS, mengenal tanda-tanda PMS, informasi tentang klinik pengobatan, serta cara proteksi yang benar.

3. KELOMPOK RESIKO TINGGI ("*Core Group*")

Dalam penyebaran PMS/AIDS, kelompok inti yang terdiri dari pekerja seks komersil baik wanita maupun pria (PSK), bertindak sebagai sumber penularan. Upaya pemerintah untuk menutup lokalisasi-lokalisasi pelacuran dapat dimengerti, oleh karena profesi tersebut tidak sesuai dengan agama, martabat/budaya bangsa dan dilarang menurut hukum yang berlaku di Indonesia. Yang menjadi persoalan, bila penutupan lokalisasi tersebut tidak diikuti dengan tindakan-tindakan lain yang menunjang seperti pengadaan lapangan pekerjaan, meningkatkan kesejahteraan sosial mereka, maka tindakan tersebut tidak akan menyelesaikan masalah, malahan akan menyulitkan masalah terutama di bidang kesehatan. Mereka akan pindah tempat, praktek secara sembunyi-sembunyi atau di jalanan yang sukar dikontrol kesehatannya.

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada kelompok ini ialah:

- * Meningkatkan informasi dan edukasi yang bertujuan merubah perilaku seksual yang bertanggung jawab serta meningkatkan kemampuan "*bargaining*" mereka terhadap para klien, agar menggunakan kondom.
- * Meningkatkan kesadaran tentang manfaat pelayanan kesehatan
- * Penyediaan sarana kesehatan dengan tenaga medis yang terlatih, dekat dengan lokasi mereka, penyediaan obat yang cukup dengan biaya yang terjangkau.

4. KELOMPOK PELANGGAN ("*Clients*")

Intervensi yang paling sukar dilaksanakan serta sukar didekati adalah kelompok pelanggan ini. Mereka umumnya sangat tertutup, sangat merahasiakan perilakunya, karena tidak ingin diketahui orang lain.

Bilamana mereka tertular infeksi, mereka akan berkonsultasi pada dokter pribadinya. Pesan penyuluhan dan informasi sukar sampai pada mereka, oleh karena itu banyak diantaranya yang tidak mengerti bahaya-bahaya penyakit menular seksual. Lebih celaka lagi kelompok pelanggan tersebut merupakan jembatan penularan bagi keluarganya. Menurut hemat kami salah satu jalan pendekatan yang dapat ditempuh ialah dengan mengikut sertakan semua komponen petugas kesehatan, terutama dokter yang berpraktek swasta, untuk meluangkan sedikit waktu memberikan konseling bagi penderita PMS. Konseling yang memadai membutuhkan waktu sekitar 25 menit, hal yang sukar dilaksanakan oleh para dokter praktek swasta. Untuk menghemat waktu, saya selalu menganjurkan memberikan konseling bertahap dan prioritas pertama yang disampaikan agar tidak menularkan penyakitnya pada keluarga atau orang lain.

Hadirin yang terhormat,

Faktor lain yang sangat menentukan keberhasilan penanggulangan PMS/AIDS, ialah manajemen kasus termasuk deteksi dini. Seperti telah diuraikan di atas untuk memudahkan manajemen kasus PMS di Indonesia akan digunakan Pola Pendekatan Sindrom. Untuk mendukung sistem tersebut perlu dilaksanakan beberapa hal sebagai berikut:

1. Adanya sistem rujukan secara vertikal maupun horisontal yang baik.
 - * perlu disediakan sentra pengobatan PMS di kabupaten-kabupaten dengan fasilitas laboratorium yang memadai, untuk menangani rujukan dari puskesmas dan dokter praktek swasta sekitarnya. Untuk itu perlu memanfaatkan dokter spesialis kulit & kelamin yang sudah banyak tersedia di kabupaten sebagai tenaga ahli pada pusat rujukan tersebut.
 - * pusat rujukan di tingkat I (Rumah Sakit Pendidikan), dengan fasilitas laboratorium dan tenaga ahli yang lengkap. Pusat rujukan ini perlu untuk menangani kasus-kasus yang sukar, melakukan monitoring, evaluasi, penelitian-penelitian

mengenai resistensi kuman; perubahan standar pengobatan dan penyusunan program-program pelatihan serta tatalaksana selanjutnya.

2. Adanya sistem pelaporan yang teratur. Laporan-laporan tersebut digunakan menilai situasi PMS pada masing-masing daerah, menilai hasil pengobatan serta memprediksi keadaan yang akan datang.
3. Penggunaan obat-obat yang canggih dalam tatalaksana pendekatan sindrom, haruslah diawasi dengan ketat, sebab penggunaan yang berlebihan dan tidak tepat guna akan muda menimbulkan resistensi kuman dan bilamana sudah resisten terhadap antibiotika yang canggih akan sukar disembuhkan oleh antibiotika lainnya.
4. Dampak pada sistem pendidikan dokter ialah menambah atau sekurang-kurangnya memperkenalkan pola pendekatan sindrom tersebut disamping pendekatan klinis dan etiologis yang sudah lazim. Waktu perkuliahan yang sangat-sangat terbatas untuk PMS/AIDS sudah tidak sesuai lagi dengan pesatnya perkembangan penyakit tersebut. Maka untuk itu perlu diselenggarakannya pendidikan berkelanjutan untuk PMS/AIDS secara berkesinambungan.

5. SURVEILANS

Salah satu upaya penting dalam program penanggulangan PMS/AIDS ialah melaksanakan surveilans epidemiologi yang baik termasuk sistem pencatatan dan pelaporan. Kegiatan ini adalah untuk memantau kecenderungan (*trend*) dari penyakit menular seksual termasuk infeksi HIV-AIDS berdasarkan tempat, orang dan waktu. Kegiatan surveilans ini tidak terbatas pada pemantauan prevalensi penyakit saja, akan tetapi meliputi surveilans resistensi kuman, surveilans perilaku, surveilans untuk transfusi darah dan penggunaan suntikan, serta surveilans tatalaksana kasus PMS yang rasional. Hasil surveilans yang baik akan sangat bermanfaat untuk mendukung program perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

X. UCAPAN TERIMA KASIH

Hadirin yang terhormat,

Pada akhir pidato pengukuhan ini, perkenankanlah saya sekali lagi memanjatkan puji syukur kepada Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karuniaNya kepada saya dan keluarga.

Kepada Pemerintah Republik Indonesia saya ucapkan terima kasih atas kepercayaan yang diberikan pada saya untuk memangku jabatan sebagai Guru Besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Terima kasih kepada Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. H. Soedarto DTM&H, PHD, mantan Rektor Prof. Dr. H. Bambang Rahino Setokoesoemo, serta Anggota Senat Universitas Airlangga atas persetujuan dan kesediaan Saudara menerima saya sebagai Guru Besar dalam lingkungan Saudara.

Demikian pula terima kasih saya sampaikan pada Dekan Fakultas Kedokteran Prof. DR. Dr. H.M.S. Wiyadi, mantan dekan Prof. DR. Dr. H. Askandar Tjokroprawiro, Prof. Dr. Soemarto, atas kesediaanya mengusulkan saya sebagai Guru Besar. Saya ucapkan terima kasih pula kepada Prof. Dr. Eddy Soewandojo, Prof. Dr. Purnomo Suryohudoyo, dan Prof. Dr. Sajid Hood Alsagaff atas dorongan dan bantuannya pada pengusulan tersebut.

Terima kasih kepada Direktur RSUD Dr. Soetomo Prof. Dr. H. Dikman Angsar, dan mantan Direktur Prof. Dr. Karjadi Wirjoatmodjo atas kepercayaan, dan bimbingan pada saya untuk mengembangkan SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin serta tugas-tugas lain di lingkungan RSUD Dr. Soetomo. Saya tidak melupakan pengalaman-pengalaman berharga yang saya peroleh dari Prof. Dr. Karjadi serta dukungannya dalam merintis penelitian tentang PMS dengan pihak terkait, hingga pekerjaan besar tersebut dapat terlaksana.

Terima kasih kepada Almarhum Prof. Dr. Moh. Zaman yang menerima saya sebagai mahasiswa FK. Unair dan menjadi Dekan saya seterusnya hingga saya lulus sebagai dokter.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus saya sampaikan pada Prof. Dr. Moch. Ibeni Ilias yang telah menerima saya sebagai asisten

di Bagian Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin, serta memberikan kesempatan pada saya untuk mengikuti pendidikan tambahan dalam bidang PMS di negeri Belanda. Pada kesempatan ini pula saya sampaikan rasa terima kasih kepada Prof. Dr. AH. Klokke, Prof. Dr. E. Stolz, Prof. Dr. Peter Piot, Dr. A. M. Dumas atas kesempatan dan bimbingan yang sangat berharga selama saya belajar di University Hospital Rotterdam-Dijkzigt, Tropical Institute "Prins Leopold" Antwerp, Municipal Health Service Rotterdam dan National Institute Bilthoven.

Demikian juga untuk mantan Ka Lab/UPF Penyakit Kulit & Kelamin dr. Hari Soekanto, saya ucapkan terima kasih atas perhatiannya pada saya selama ini.

Kenangan dan terima kasih yang tidak terlupakan pada semua Guru saya sejak dibangku SR dan SMP di Probolinggo, SMA di Malang dan Perguruan Tinggi di FK Unair Surabaya. Berkat mereka saya dapat mencapai kedudukan seperti sekarang ini.

Saya merasa bersyukur dan terima kasih dapat bekerja sama dan memperoleh bimbingan dari Dr. Michael Linnan, Prof. DR. A. Meheus, Dr. W. Deville, dan Prof. Dr. Ivan Wolffers PhD., dalam beberapa proyek penelitian PMS di Surabaya. Dalam beberapa tahun bekerja sama dengan mereka saya banyak mendapat tambahan ilmu dan pengalaman.

Kepada teman-teman dari Kanwil Kesehatan Jawa Timur, Dinkes Tingkat I Jawa Timur, Komisi Penanggulangan AIDS Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kotamadya Surabaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Lab. Mikrobiologi, Tim Medik AIDS RSUD Dr. Soetomo/FK Unair, serta LSM di Surabaya saya sampaikan terima kasih dan penghargaan atas kerja sama yang erat dalam berbagai penelitian dan pelaksanaan program penanggulangan PMS/AIDS di Jawa Timur. Kerja sama tersebut perlu diteruskan dan ditingkatkan agar Jawa Timur tetap unggul dalam Penanggulangan PMS/AIDS.

Pada kesempatan ini pula saya ingin menyampaikan penghargaan dan terima kasih pada semua Staf, PPDS dan Karyawan Lab/SMF Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin atas kerjasamanya yang baik.

Kepada semua Anggota Panitia Pelaksana Pengukuhan Jabatan Guru Besar saya ini, terutama Dr. Ekowati S. Harun, Sp.KK; Dr. Hari Soekanto, Sp.KK; DR. Dr. Indropo Agusni, Sp.KK; DR. Dr. Hans Lumintang, Sp.KK; Dr. Iskandar Zulkarnain, Sp.KK; Bambang Agustono dan Sutilah, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala jerih payahnya, hingga acara ini dapat berlangsung dengan baik.

Pada hari berbahagia ini terkenanglah saya akan jasa dan kasih sayang kedua Orang Tua saya H. Oesman Barakbah dan Alwiyah Haniman, yang telah tiada. Keduanya telah mengasuh dan membesarkan saya dengan penuh kecintaan. Tidak ada balasan yang dapat saya berikan kecuali rasa hormat dan doa yang teriring selalu agar arwah Almarhum dan Almarhumah mendapat tempat yang mulia disisiNya.

Pada kesempatan ini pula saya ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan serta rasa kasih sayang pada istri saya Lilik Chatidjah yang selalu mendampingi saya dengan penuh perhatian dalam waktu suka dan duka.

Kepada kedua anak saya yang sangat saya cintai Ima dan Nia yang penuh kesabaran dan pengertian, doa saya selalu untuk kalian agar tetap dalam lindungan dan kasih sayangNya, menjadi anak yang salihah, berbahagia dunia dan akhirat.

Akhirnya kepada hadirin sekalian yang saya muliakan, terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan saya yang setinggi-tingginya atas kesedian menghadiri dan mendengarkan pidato pengukuhan saya dengan sabar.

SEMOGA TUHAN YANG MAHA ESA MEMBERKATI KITA SEMUA.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

DAFTAR PUSTAKA

Aral SO, Holmes KK.

Epidemiology of sexual behavior and sexually transmitted diseases. *In: Sexually Transmitted Diseases 2nd ed.* Holmes KK, Maardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ (eds). McGraw Hill, New York, 1990: 19-36.

Archibald CP, Chan RK, Wong ML, Goh A, Goh CL.

Evaluation of safe sex intervention programme among sex workers in Singapore. *Int J STD-AIDS* 5: 268-272, 1994.

Berer M.

Sexual transmission of HIV. *In: Women in HIV/AIDS an international resource book.* Berer M and Ray S. Pandora (eds), 1993: 116-127.

Blowfield M.

The Comercial Sex Industry in Surabaya, Indonesia: An Ethnographic Study. *AIDSCOM*, 1992.

Chilongozi DA, *et al.*

Sexually Transmitted diseases: a survey of case management in Malawi. *International Journal of STD&AIDS* 7: 269-275, 1997.

Creese A, Parker D.

Cost analysis in primary health care. WHO, Geneva, 1994.

Dallabeta G, Field ML, Laga M, Islam Qm.

STDs Global Burden and Chalanges for Control. *In: Control of Sexually Transmitted Diseases A Handbook For Design and Management of Programs.* Dallabeta G, Laga M and Lampthey P, (eds) AIDSCAP/Family Health International, 1996: 1-21.

D'Costa LJ *et al.*

Prostitution are a major reservoir of sexually transmitted diseases in Nairobi, Kenya. *Sex Trans Dis* 12: 64-67, 1985.

Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral PPM & PLP

Penatalaksanaan Penderita Penyakit Menular Seksual (PMS) Dengan Pendekatan Sidrom, Buku 1-8: 1997

Departemen Kesehatan.

Pelatihan Penatalaksanaan PMS berdasarkan pendekatan Sindrom. Program Pencegahan dan Pemberantasan PMS dan HIV/AIDS tahun 1996/1997. Subdit P2 Frambusia dan Kelamin HIV/AIDS. 1-5 Juni 1997. Bogor.

Holmes KK, Delay PR, Cohen MS.

STD Control: A Public Health Priority. *In: Control of Sexually Transmitted Diseases a Handbook for Design and Management Programs*. Dallabeta G, Laga M and Lampthey P, (eds) AIDSCAP/Family Health International, 1996: V-VIII.

Joesoef MR *et al.*

Pattern of sexually transmitted diseases in female sex workers in Surabaya, Indonesia. *Int J of STD & AIDS*, 8: 576-580, 1997.

Kreiss JK, Coombs R, Plummer F, *et al.*

Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. *J Infect Dis*:160: 380-384, 1989.

Linan M.

Summary report of the STD studies in Surabaya, East Java. Unpublished, 1995.

Over M, Piot P.

HIV infection and sexually transmitted diseases. *In: Diseases control priorities in developing countries*. Jamisson DT, Mosley WH, Measham AR, Babadilla JL. (eds) Oxford University Press New York, 1993: 445-529.

Piot PP, Islam MQ.

Sexually transmitted diseases in the 1990s: global epidemiology and challenges for control. *Sex Transm Dis*; 2 (suppl 2); S7-S13 1994.

Plummer FA, Ngugi EN.

Prostitutes and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *In: Sexually Transmitted Diseases*. 2nd ed Holmes KK, Maardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ. (eds), McGrawhill New York, 1990: 71-76.

Ramachandran S, Ngeow YF.

The prevalence of sexually transmitted diseases among prostitutes in Malaysia. *Genitourin Med* 65: 334-336, 1990.

Van Dam CJ, Brathwate A, Crabbe F.

Guidelines for the Management of STD Control Programs. *In: Control of Sexually Transmitted Diseases A Handbook For Design and Management of Programs*. Dallabeta G, Laga M, Lampthey P, (eds) AIDSCAP/Family Health International, 1996: 149-168.

Wasserheit JN.

Epidemiologic synergy: interrelationship between HIV and other STDs. *Sex Trans Dis*;19: 61-77; 1992.

WHO.

Guidelines for health care practice in relations to cost-effectiveness. Report on a WHO Workshop. *Euro Reports and Studies* 53, 1981.

WHO.

WHO Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses. WHO Technical Report series 810, Geneva, 1986.

WHO.

Sexually transmitted diseases three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995. WHO press release, WHO/64, Geneva, 1995.