

# AIDS, PROFESI KEDOKTERAN, DAN KESEHATAN PUBLIK

Mubasyir Hasanbasri\*

## Abstract

*The need for promoting individual responsibility in health is crucial particularly in the context of limited resources. In looking at a continuing increase in the number of HIV cases reported in Indonesia tend to show the limitation of individuals' control upon their health. The policy of taking very much the privacy right of the victim into account has implicated the role of medical profession reducing the HIV transmission. This paper argues for increasing public accountability of medical practitioners and hospitals as public health agencies in protecting hidden transmission of HIV in society.*

## Pengantar

Upaya untuk melindungi publik dari penularan HIV telah dilakukan dengan prioritas pada pemberian informasi tentang perilaku-perilaku seks yang aman. Dengan upaya ini diharapkan masyarakat dapat menjaga diri mereka dari kejangkitan HIV. Upaya yang menjadi bagian pokok dari strategi yang bersifat *universal precaution* ini mendasarkan diri pada pendapat bahwa tidak manusiawi bila kita mengarahkan kampanye kepada kelompok masyarakat khusus yang sudah menjadi penderita atau yang digolongkan sebagai kelompok risiko karena dengan demikian kita dapat membuat penderitaan dari mereka yang mengidap HIV makin berat oleh

reaksi masyarakat yang 'tidak adil', yang mengakibatkan pembawa virus ini dijauhi oleh masyarakat. Bukan hanya dianggap bertentangan dengan prinsip seseorang untuk mempertahankan hak mereka, pengucilan masyarakat terhadap penderita dan kelompok mereka itu juga menjauhkannya dari pelayanan yang hendak menjangkau mereka. Sebagai akibatnya, pengendalian penularan virus ini justru menjadi makin sulit. Reaksi sosial yang berlebihan terhadap AIDS dan kekhawatiran yang mendalam terhadap kemungkinan diskriminasi dalam hal pengayoman hak mereka untuk tetap memperoleh pekerjaan, perumahan, dan kehidupan

---

\* dr. Mubasyir Hasanbasri, M.A. adalah staf pengajar Jurusan Ilmu Kedokteran Masyarakat dan Pencegahan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada dan staf peneliti Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

pribadi yang lain telah memindahkan perhatian orang dari kegiatan-kegiatan yang operasional untuk mencegah penularan virus ini (Conrad, 1986; Mohr, 1991; Bayer, 1991).

Masalah yang dihadapi di Indonesia tidak spesifik menjadi milik kita. Pemekaran jumlah pengidap HIV secara global merupakan kelemahan dari masyarakat dunia. Basis voluntarisme tidak hanya dipengaruhi oleh kekuatan lobi-lobi pendukung hak asasi pengidap HIV, terutama pada kelompok masyarakat yang berorientasi seks sejenis, tetapi juga kesulitan-kesulitan politis dan finansial pemerintah yang berwenang mengalokasikan sumber-sumber publik untuk bidang kesehatan bersama dan pihak pelayanan kesehatan sendiri. Ketiadaan teknologi dan obat yang efektif membersihkan HIV dari tubuh penderita menempatkan pertolongan medik dalam peran yang minimal. Dari sudut *public health*, meskipun tidak sesporadis penyakit-penyakit infeksi yang menular melalui udara, virus ini dapat menular kepada berbagai lapisan masyarakat secara tersembunyi. Penularan ini didukung oleh kenyataan bahwa pengidap HIV mempunyai waktu yang cukup panjang tanpa gejala-gejala yang oleh penderitanya sendiri tidak terasa dan tidak tampak secara fisik. Dalam suatu perhitungan, diperkirakan hanya 1 dari 200 orang pengidap HIV menunjukkan gejala-gejala AIDS, sedangkan 199 orang yang lain mempunyai kondisi seperti kita pada umumnya. Atas dasar kenyataan ini, dapat dibayangkan bahwa ancaman virus perusak kekebalan tubuh ini justru terletak pada

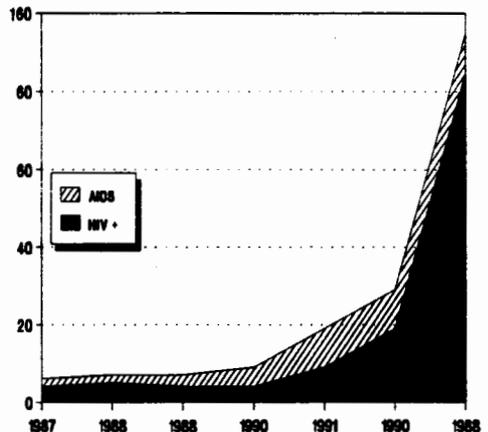
penularannya yang tersembunyi dan tidak disadari.

Dalam artikel ini dibahas hambatan-hambatan utama dalam upaya pencegahan pertambahan jumlah penderita dan sekaligus perlindungan masyarakat terhadap penularan HIV. Hambatan-hambatan itu akan dipertahankan sebagai konsekuensi dari penghargaan yang lebih tinggi terhadap hak asasi pengidap HIV dan pendekatan voluntarisme dalam kebijakan AIDS. Siapa yang harus diberi wewenang untuk melindungi orang banyak dari penularan HIV ini dan bagaimana itu dilakukan?

### Kompleksitas Masalah AIDS

Upaya penyebaran informasi tentang AIDS sudah barang tentu merupakan sesuatu yang harus kita lakukan dan ini merupakan *primary prevention* yang sudah menjadi bagian kebijakan publik dasar dalam bidang kesehatan. Meskipun demikian, peningkatan jumlah pembawa HIV dari tahun ke tahun (lihat Grafik)

Peningkatan Jumlah Pembawa HIV dan Penderita AIDS, Tahun 1987-1993 di Indonesia



tampaknya menunjukkan bahwa kampanye pemberian informasi pencegahan penularan HIV dan perubahan perilaku berisiko tidak dapat mengimbangi percepatan penularan HIV oleh orang-orang yang tidak diketahui memiliki virus ini, baik oleh mereka sendiri maupun oleh pasangan mereka.

Upaya-upaya pencegahan penularan, baik di tingkat primer, sekunder, maupun tersier sulit dilaksanakan bila aspek-aspek psikososial orang dengan HIV tidak diperhatikan. Pada semua tahap ini dibutuhkan kooperasi dan kemitraan antara pasien, petugas kesehatan, dan lingkungan sosial. Indikator utama dalam keberhasilan mengatasi problema sosial dan psikologis pengidap HIV ialah berkurangnya rasa masa bodoh, *non-compliant*, dan penolakan terhadap upaya-upaya pencegahan penularan. Upaya-upaya promosi ini berbasis pada bagaimana penderita tidak membiarkan diri mereka destruktif dan membiarkan penularan lebih lanjut kepada keluarga atau masyarakatnya.

Sekelompok pasien pengidap HIV dapat bersikap masa bodoh. Mereka merasa bahwa tidak ada gunanya untuk memperbaiki diri karena tidak ada pilihan lebih baik. Nasi sudah menjadi bubur. Semua sudah ditakdirkan oleh Tuhan. Perolehan penyakit ini tidak disadari dan bukan kesengajaan. Oleh karena itu, biarlah sesuatu terjadi seperti adanya. Kontak dengan pelayanan kesehatan justru menambah beban biaya dan oleh karena itu memperberat masalah. Upaya manusia tidak banyak artinya. Penyakit ini dianggap sebagai hal biasa. Orang bisa bersikap tidak patuh

(*non-compliant*) terhadap apa yang diminta kepadanya. Mereka menyadari problema penyakit ini, tetapi karena frustrasi dengan tindak lanjut yang berkepanjangan, kehabisan biaya, kehilangan dukungan sosial baik dari keluarga maupun relasi dan sikap petugas kesehatan yang bersifat memojokkan, mereka berhenti berusaha melakukan upaya-upaya perbaikan.

Sikap penolakan dapat berkaitan dengan nilai yang lebih dalam. Orang yang sakit berada pada kelas atau lapisan sosial yang berbeda dari yang lain, sedemikian rupa sehingga terjadi konflik nilai. Pasien mempunyai jarak dengan orang lain. Dalam bidang AIDS, pendekatan moralistik yang menganggap penderita sebagai berperilaku tidak normal atau bahkan asusila dapat membuat reaksi penolakan pasien. Orang tidak mau secara sukarela melakukan testing darah untuk HIV, meskipun ia mengetahui mempunyai risiko untuk itu.

Atas dasar ini, masyarakat tidak bisa begitu saja memberi penilaian secara sepihak atas perilaku atau kondisi seorang pembawa HIV. Sebaliknya, masyarakat harus mempunyai pemahaman yang terbuka terhadap kultur atau subkultur pasien. Penolong perlu berusaha mendorong agar pasien bisa diterima di lingkungan keluarga, jaringan kekerabatan, atau masyarakatnya. Kerap kali pasien yang 'taubat' mungkin lebih dapat diterima oleh masyarakatnya dan tidak menimbulkan masalah. Sebaliknya, pasien yang tidak menyadari kemungkinan kesalahan yang telah diperbuatnya dapat makin dipersalah-

kan oleh masyarakat. Semacam penyalahan korban juga di sini, tetapi dapat pula pihak keluarga melakukan beberapa periode mengalah untuk 'pengembalian' pasien ke dalam keluarga. Dalam hal ini, mengubah masyarakat untuk menerima, lebih bersifat positif daripada meminta penderita untuk mengubah nilai-nilai mereka.

Tidak memberikan opini tentang benar-tidaknya atau sah-tidaknya perilaku penderita perlu diambil agar pemojokan yang dirasakan oleh penderita tidak bertambah parah, tetapi nilai-nilai hukum yang menyangkut perilaku pasien dapat ditekankan. Stereotip kelompok tertentu sebagai berperilaku menyimpang harus dihindari, sebaliknya persoalan pasien harus dilihat secara lebih operasional. Bukan karena dalam kelompok tertentu ia mempunyai masalah, melainkan karena ia berperilaku tertentu maka ia mempunyai masalah. Pemecahan masalah harus dilakukan secara perorangan. Sebagai contoh, penyakit menular seksual tidak selalu berkaitan dengan pelacuran. Homoseksual tidak selalu berarti promiskuitas.

Kuatnya aliran demi melindungi hak asasi ini dapat kita lihat dari reaksi

juga teringat pelemahan kemampuan dari pihak yang berwenang untuk melindungi publik dari keterpaparan mereka pada pembawa virus.

Dalam lokakarya AIDS di LIPI tahun 1992 telah terjadi diskusi yang hangat berkisar pada cara memperlakukan pembawa HIV sebagai 'kriminal'. Anggapannya adalah bahwa HIV itu berbahaya, tetapi kita tidak mempedulikan orang yang membawanya memaparkan virus tersebut kepada orang lain. Apakah keadaan itu tidak sama dengan ketika kita berhadapan dengan seorang yang membawa bom di sebuah lapangan udara, yang secara sengaja atau tidak sengaja bom itu bisa meledak dan membunuh orang banyak. Kemudian kita sepakat untuk membatasi seseorang yang membawa bom di mana-mana karena benda itu dapat

\* Hudoyo Hupudio, UU Anti-AIDS: Represif atau Akomodatif, *Republika* 14 April 1994. Artikel ini mencoba merespon ajakan G Sebastianus tentang keperluan untuk melakukan intervensi publik berupa perundang-undangan yang tegas terhadap penularan AIDS pada surat kabar yang sama tanggal 23 Maret. Contoh perdebatan yang sama lihat pula: Bayer R. & Fairchild-Carrino A. 1993, AIDS and the Limits of Control: Public Health Orders, Quarantine, and Recalcitrant Behavior. *American Journal of Public Health* 83(10): 1471-1476. Cunningham, I., 1989, The Public Controversies of AIDS in Puerto Rico. *Social Science and Medicine*, 29(4): 545-553. Analisis masalah ini di masyarakat Amerika terdapat dalam buku Ronald Bayer 1989 *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health*. The Free Press, New York.

keamanan publik. Kita tidak sepenuhnya yakin pada orang yang terinfeksi HIV dalam hal: 1) mungkin virus tidak ada niat secara eksplisit untuk menularkan virus itu kepada orang banyak dan 2) bahaya virus itu tidak dirasakan mendesak seperti ketika orang berhadapan dengan musibah bom, yang biasanya terjadi dalam waktu singkat dengan jumlah korban yang besar dan suasana yang menyayat hati. Dengan kata lain, guncangan penderitaan karena HIV tidak sekuat guncangan bom. Penderitaan HIV itu pelan dan tersembunyi. Dalam kondisi demikian, bukankah tidak beralasan orang menjadi khawatir bila banyak dari kita diam-diam telah membawa HIV, sementara kita menyadari hal itu masih bisa diupayakan untuk tidak saling tertular di antara kita. Apakah kita lebih condong untuk menerima anggapan bahwa perusakan kekebalan tubuh adalah sesuatu yang wajar sebagaimana proses degeneratif yang berlangsung pada usia lanjut karena faktor biologis alamiah?

### Kontrol dari Luar

Kalau melihat kuatnya hak individu untuk menentukan apakah ia mau berpartisipasi dalam pencegahan penularan HIV dan kemungkinan untuk tidak bekerjasama lantaran sikap masyarakat terhadap pengidap HIV, kita bisa menyimpulkan bahwa terdapat keterbatasan-keterbatasan yang dapat merugikan pencegahan penularan HIV. Tanggung jawab masyarakat tidak bisa dilupakan dalam penularan HIV. Tanggung jawab yang

mendasar adalah orang harus akses pada informasi AIDS agar mempunyai pemahaman akan risiko bila ia terpapar pada suatu kondisi tertentu. Pendekatan yang rasionalistik berpegang pada prinsip bahwa orang yang mempunyai informasi benar akan membuat pilihan yang rasional untuk keamanan dirinya. Meskipun demikian, pandangan ini tidak selalu dapat diterapkan. Contoh yang paling populer adalah rokok. Perokok-perokok memahami bahwa rokok membawa gangguan paru-paru ringan sampai berat berupa kanker. Sejawat saya yang juga seorang dokter adalah perokok bahkan tidak berubah perilaku merokoknya, meskipun sejawat yang lain, juga seorang dokter, meninggal karena kanker paru-paru yang diduga berkaitan erat dengan sifat perokok beratnya. Ancaman yang dekat pun dalam situasi tertentu tidak membuat orang mengubah perilakunya.

Argumentasi yang berusaha melindungi hak pribadi penderita ketika ia diketahui telah menderita penyakit kiranya perlu juga dilihat dari sisi ketika ia belum memperoleh penyakit itu. Dilema utamanya berada di sini. Bila kita menekankan penghormatan hak penderita sedemikian rupa sampai-sampai dokter pun berpikir dua-tiga kali untuk memberitahu pasangan atau keluarga penderita tentang status HIV seseorang. Juga, karena alasan-alasan kekhawatiran terhadap diskriminasi di tempat kerja, hal ini tidak boleh diberitahukan kepada instansi tempat yang bersangkutan bekerja. Bahkan jika orang yang bersangkutan hendak ditangani oleh seorang dokter lain, haknya untuk tidak memberitahukan

keadaannya kepada dokter yang baru itu, meskipun mungkin dokter yang baru itu bisa ditulari oleh yang bersangkutan karena situasi medik.

Sebagaimana kita pahami bahwa kendali individu sangat dipengaruhi oleh kepentingan-kepentingan pribadi. Tidak bisa diingkari dalam kondisi normal orang lebih mementingkan kepentingan pribadi. Mereka tentu tidak ingin dirugikan. Akibat dari hal ini adalah ia sangat mungkin untuk menggunakan hak-hak konfidensialitas itu untuk kepentingan pribadinya. Kepentingan-kepentingan tidak selalu rasional. Orang yang terkena penyakit ini tidak memperhitungkan keadaan kepaparan penularan virus ketika ia bertukar jarum suntik untuk obat bius. Bahkan penggunaan obat bius itu sendiri dapat dikatakan sebagai suatu pilihan yang tidak rasional. Di sini kita bisa memahami bahwa banyak kondisi yang tidak memungkinkan orang mengontrol perilaku mereka secara rasional. Pekerja seks bisa tidak mempunyai kekuasaan untuk meminta kliennya menggunakan kondom. Perokok yang sudah menjadi addiksi dengan nikotin tidak bisa lagi rasional untuk memilih tidak-merokok. Yang rasional bagi mereka adalah terus merokok.

Karena besarnya kemungkinan berbuat sesuatu yang tidak disengaja atau di luar kemampuan diri seseorang, sehingga mau tidak mau harus dibuat mekanisme kontrol dari luar. Dalam sejarah *public health*, kontrol dari luar individu telah dilakukan dalam rangka pengendalian wabah. Pemerintah diberi wewenang untuk tidak memperluas daerah terjadi wabah, jumlah orang yang terkena, dan tidak

memperpanjang waktu wabah berlangsung dengan tindakan-tindakan demi kepentingan umum (Gostin, 1993; Foreman, 1994). Bila secara nyata pemerintah tidak melakukan hal-hal yang dianggap memadai untuk melakukan pencegahan, kejadian penyakit yang meluas dapat menjadi kesalahan pemerintah. Seperti halnya perluasan tanggung jawab pemerintah untuk mencegah perluasan dan keparahan tindakan *preman*.

Dalam hal ini rumah sakit atau dokter bisa saja dipandang sebagai 'polisi'. Adalah aneh bila polisi bersikap diam ketika ia melihat suatu kejahatan di dalam masyarakat. Demikian pula adalah aneh bila dokter mengetahui ada penyakit tetapi tidak memberi tahu kepada orang yang bakal memperoleh penyakit itu karena hubungannya dengan pembawa virus ini (Flores, 1994; Zuger, 1991; Brennan, 1993). Sejauh ini, dokter dan pihak rumah sakit diatur untuk melaporkan kasus HIV bila mereka mengetahuinya. Akan tetapi, apakah laporan itu akan sampai kepada calon pengidap baru tidak ada jaminan. Pendekatan *public health* berupa *surveillance* akan berguna bila tersedia tindakan yang segera (*prompt treatment*) dan menyangkut orang-orang yang potensial dapat tertular HIV. Jadi pelaporan baru akan berarti bila ada tindakan yang segera untuk pencegahan penularan lebih lanjut.

#### Lembaga Kedokteran sebagai Agen Kesehatan Publik

Dalam *public health*, *screening* dilakukan untuk menemukan kasus

secara dini dengan harapan dapat dilakukan tindakan lebih cepat untuk keadaan penyakit yang belum manifes. Untuk HIV, *screening* dimaksudkan untuk memberikan kewaspadaan kepada penderita akan tindakan-tindakan ke arah pengurangan risiko komplikasi akibat imunitas yang menurun. Di samping itu, yang lebih penting adalah agar penderita dapat secara sukarela membuat tindakan-tindakan yang aman agar tidak menularkan virus itu kepada sejawat atau pasangan mereka. Tidak seperti penyakit lain, meskipun *screening* bagi penderita dapat berguna untuk mengantisipasi keadaan kekebalan tubuh yang lebih rendah, hasil negatif bagi pengidap mungkin lebih diharapkan mengingat tes yang positif itu dapat membawa keputusan. Hal ini bisa terjadi karena ketidaksiapan pasien berhadapan dengan kondisi yang makin buruk, tuntutan untuk mengubah perilaku terhadap pasangan atau sejawat bila ia tidak ingin menularkan virus kepada mereka, dan mungkin perubahan perilaku sosial terhadap dirinya. Karena risiko-risiko sosial itu, boleh jadi ketika orang diberi konseling untuk melakukan tes, mereka lebih suka untuk tidak melakukannya. Bila betul seseorang tidak mau melakukan *testing* dan ternyata ia positif HIV, tidak ragu-ragu lagi bahwa orang ini akan berlaku sebagai sumber pemaparan virus bagi pasangan, sejawat, petugas kesehatan, dan masyarakat secara luas.

Seandainya orang yang bersangkutan melakukan tes dan ternyata positif, kepentingan *public health* adalah bagaimana ia tidak menularkan kepada orang lain. Tindakan *public health* yang

pertama, mencari tahu siapa yang telah menularkan kepada penderita ini, dan kedua, memberitahu pasangan yang bersangkutan bahwa kemungkinan HIV telah tertular atau mempunyai potensi ditularkan oleh penderita. Kekecewaan yang besar dapat terjadi bila penderita menyadari bahwa orang yang pernah menjadi pasangannya ternyata tidak memberitalukan bahwa ia memiliki HIV. Penderita bisa memperkarakan orang yang menjadi sumber penularan secara hukum atas 'penularan' ini. Di sisi yang lain, upaya *notification* kepada pasangan penderita dapat dihambat oleh konfidensialitas penderita yang tidak ingin hubungan dengan pasangannya menjadi rusak atau berakhir. Bila dokter atau konselor tidak melakukan pemberitahuan bahwa seseorang yang menjadi pasangannya memiliki HIV, ia bisa diperkarakan karena mengetahui ada suatu bahaya, tetapi tidak mengungkapkannya kepada orang yang berpotensi ditulari. Dokter dan konselor dihadapkan pada dua situasi yang dilematis. Bila ia memegang konfidensialitas penderita, maka itu berarti membuka keterpaparan HIV kepada orang lain. Bila ia ingin melakukan tugas memberitahu ada bahaya (*duty to warn*), hal itu harus sepenuhnya ditentukan oleh penderita.

Dalam skenario ini kepentingan *public health* tidak bisa dilaksanakan karena dokter, pihak rumah sakit atau petugas yang melakukan *screening* tidak mendapat legitimasi untuk menjaga kepentingan publik. Ini dapat dibuktikan dari ketidaksiapan infrastruktur praktik kedokteran dan rumah sakit dan sistem dukungan sosial di luar sistem pelayanan

kesehatan ketika mereka harus menindaklanjuti seseorang dengan hasil tes yang positif. Dalam kondisi seperti ini, pelayanan kesehatan bisa menjadi pemicu masalah. Selain itu, lemahnya otoritas dokter bagi kepentingan publik dapat terjadi karena hakikat praktik kedokteran cenderung lebih memegang prinsip menjual jasa kepada konsumen (McKinlay & Stoeckle, 1988). Dilihat dari perkembangan ilmu pewabahan (epidemiologi) dan gerakan kelompok dokter *public health* yang tidak lagi memandang kesembuhan di tingkat individu sebagai tujuan mereka, maka ilmu kedokteran sesungguhnya mempunyai tanggung jawab sosial yang lebih besar daripada sekedar menyembuhkan seorang pasien. Bahkan makin dirasakan bahwa kedokteran menuntut proses-proses sosial dan ekonomi yang menjauhkan orang dari sakit (Legg, 1989). Kasus AIDS tidak mudah diselesaikan pada *setting* praktik individu dan bahkan praktik rumah sakit. Mau tidaknya dokter swasta dan pihak rumah sakit dalam mengambil posisi untuk mengatas-namakan kepentingan kesejahteraan orang lebih luas atau demi kepentingan orang dengan HIV saja adalah keputusan politis.

Peran minimalis rumah sakit dalam *tertiary care* sudah jelas karena tidak ada teknologi yang efektif untuk mengobati kondisi dengan HIV, kecuali perawatan terhadap kondisi-kondisi komplikasi sekunder akibat penurunan kekebalan tubuh. Di samping itu, dalam *setting* pelayanan kesehatan, biaya akan mempengaruhi perlakuan tindakan medik tertentu. Biaya ini dapat menjadi kendala dalam melakukan pemeriksaan-pemeriksaan

laboratorium. Dalam sistem yang berlaku sekarang testing HIV harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis. Biaya sudah mulai terlibat sejak tes ini dilakukan. Bila HIV terdiagnosis, rumah sakit akan mempunyai pekerjaan yang berat, yaitu melakukan proteksi terhadap pekerja kesehatan di sana, melakukan konseling sedemikian rupa sehingga kondisi psikososial pasien tidak memberat, dan penjagaan konfidensialitas. Rumah sakit sering mengalami kesulitan apakah pasien dengan HIV harus dirawat di tempat perawatan biasa atau apakah ia harus diisolasi. Apakah semua dokter dan perawat boleh diberitahu tentang pasien mereka yang mengidap HIV. Kalau diberitahu, petugas kesehatan dapat membuat reaksi yang berlebihan sehingga menimbulkan ketakutan. Bila pasien HIV dirawat bersamaan dengan yang lain, bagaimana pasien yang lain bisa diberitahu atau tidak diberitahu. Semua hal ini tidak hanya soal etik, tetapi juga akan membawa implikasi pada tingkat utilisasi dan pada akhirnya pemasukan rumah sakit. Apakah pengeluaran untuk kepentingan perawatan yang meminta perhatian khusus itu dibebankan kepada penderita? Bagaimanakah kalau penderita ini tidak mampu? Bagaimana kalau penderita meminta diri tidak jadi dilakukan perawatan? Pertimbangan-pertimbangan ini telah memerangkap unit pelayanan kesehatan ke dalam kemandulan saat berhadapan dengan kepentingan publik.

Kenyataan di atas telah menjadikan fungsi kontrol sosial institusi kedokteran (Zola, 1972) makin dipertanyakan. Bila hal itu didukung, berarti kita menerima penyakit dan

segala konsekuensinya sebagai masalah pribadi. Ketegasan pemerintah dalam menjadikan lembaga kedokteran sebagai pengaman kesehatan publik memaksa kita melihat kembali nilai-nilai kehidupan bermasyarakat di Indonesia.

### **Penutup**

Masalah psikososial utama penyakit AIDS adalah reaksi tidak wajar dalam perlakuan masyarakat dan institusi-institusi sosial kepada pengidap HIV, sedemikian rupa sehingga pembawa virus ini dapat memperoleh kerugian-kerugian, terutama dalam pergaulan sosial, pekerjaan, dan hak-hak pribadinya. Seorang pembawa virus secara sosial seharusnya memperoleh pengobatan karena ia sakit. Oleh karena itu, ia berhak untuk dibersihkan dari virus yang dapat menular kepada orang lain. Akan tetapi, sebaliknya karena perlakuan masyarakat dan pihak pelayanan kesehatan yang belum memadai, justru pembawa HIV dapat berargumentasi demi kepentingan hak pribadi mereka dapat menolak upaya-upaya kontrol yang bersifat represif dari pihak luar (Katoff & Ince, 1991; Taner, 1988).

Campur tangan kekuasaan negara dalam pengendalian wabah\* dan untuk kepentingan kesehatan publik telah dicatat dalam sejarah hampir di seluruh dunia. WHO telah menggalang kerja sama semua negara untuk menghilangkan penyakit-penyakit wabah. Beberapa contoh dapat diungkapkan di sini. Hingga sekarang pelabuhan udara

melarang membawa masuk ke dalam negara mereka makanan basah. Pembawaan binatang memerlukan izin dan pengawasan ketat, di samping karena alasan perlindungan khusus, juga karena alasan pengawasan kemungkinan membawa penyakit. Pemeriksaan kesehatan juga menjadi syarat yang penting bagi seseorang untuk memperoleh visa, terutama untuk waktu yang panjang seperti tugas belajar atau bekerja. Contoh-contoh lain seperti pengaturan kecepatan berkendara dan pemeriksaan kadar alkohol pada pengemudi, peraturan imunisasi anak sekolah, dan pengawasan minum dan obat telah menjadi alat negara untuk menjaga kepentingan publik yang sangat penting. Artinya, kepentingan individu untuk berimunisasi tidak hanya untuk kepentingan anak yang bersangkutan saja, tetapi yang lebih penting adalah untuk melindungi anak-anak lain yang sehat dari keterpaparan pembawa penyakit (kemungkinan besar oleh anak yang tidak diimunisasi). Pengemudi yang mabuk dapat didenda karena ia dapat menyebabkan kecelakaan yang merugikan orang lain. Dari pengalaman-pengalaman penegakan peraturan oleh negara terhadap masyarakat, dapatkah hal yang serupa dibuat ketika kita berhadapan dengan eksklusivitas dari orang-orang dengan HIV yang bertindak sebagai penular yang bebas? Apakah alasan-alasan psikososial terkena HIV dapat membebaskan seseorang dari intervensi publik?

---

\* Penyakit yang terjadi dalam suatu tempat tertentu, pada kurun waktu tertentu, dan menyangkut kelompok masyarakat tertentu di luar kebiasaan, yang kemudian disebut juga kejadian luar biasa (KLB).

Daftar Pustaka

- Bayer, R. 1991. "AIDS, public health and civil liberties: consensus and conflict in policy", dalam F.G. Reamer, *AIDS and ethics*. New York: Columbia University Press. Hal. 26-49.
- Brennan, T.A. 1993. "Patients and health care workers", dalam Dalton Burris S., M.L., Miller, L.J., *AIDS law project, AIDS Law Today*. New Haven: Yale University Press.
- Conrad, P. 1986. 'The social meaning of AIDS', *Social Policy Summer* 52-56.
- Flores, A. 1994. "AIDS: moral dilemmas for physicians", dalam E.D. Cohen & M. Davis, *AIDS: crisis in professional ethics*. Philadelphia: Temple University Press. Hal. 27-50.
- Foreman, C.H. 1994. *Plagues, products & politics: emergent public health Hazards and National Policymaking*. Washington: The Brooking Institution.
- Gostin, L. 1993. "Traditional public health strategies", dalam Burris, S., Dalton, M.L., Miller, L.J., & the Yale AIDS Law Project, *AIDS Law Today*, New Haven: Yale University Press.
- Katoff, L & Ince, S. 1991. "Supporting people with AIDS: the GMHC model", dalam Nancy F. McKenzie, *The AIDS reader: social political ethical issues*. New York: Meridian Book. Hal. 543-576.
- Legg, D. 1989. Towards a politics of health" dalam Heather Gardner, ed. *The politics of health*. Melbourne: Churchill Livingstone. Hlm. 454-484.
- McKinlay, J.B. dan Stoeckle, J.D. 1988. "Corporatization and the social transformation of Doctoring", *International Journal of Health Series*, 18(2): 191-205.
- Mohr, R. 1991. "Invisible minorities, civic right, democracy: three arguments for gay rights", dalam Nancy F. McKenzie, *The AIDS reader: social political ethical issues*. New York: Meridian Book. Hal. 435-462.
- Tauer, C.A. 1988. "AIDS and Human Rights: an Intercontinental Perspective", dalam Pierce, C. & D. VanDeveer, *AIDS: ethics and public policy*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Zola, I.K. 1972. "Medicine as an institution of social control", *Sociological Review*, 20: 487-504.
- Zuger, A. 1991. "AIDS and obligations of health care professionals", dalam F. G. Reamer, *AIDS and ethics*. New York: Columbia University Press. Hal. 215-239.