

# *PANDUAN ETIKA MEDIS*

*Disertai studi kasus-kasus etika  
pelayanan medis sehari-hari*

*World Medical Association*  
**Medical Ethics Manual**

Dilampiri Undang-Undang No 29 tahun 2004  
tentang  
Praktik Kedokteran

Diterbitkan oleh:

Pusat Studi Kedokteran Islam Fakultas Kedokteran  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
INDONESIA

# *PANDUAN ETIKA MEDIS*

*Disertai studi kasus-kasus etika  
pelayanan medis sehari-hari*

## Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Williams, John R (john Reynold).

Pandua Etika Medis/John R. Williams; Penerjemah: Tim Penerjemah PSKI FK UMY.

Editor: dr. Sagiran, M.Kes.—Cet.1—Yogyakarta: PSKI FK UMY, 2006.....+... hlm:....

ISBN \_\_\_\_\_

Judul Asli:

## Medical Ethics Manual

Penulis: Prof. John R. Williams

Penerbit: *Ethics Unit of the World Medical Association*

Cetakan: Pertama 2005

Edisi Indonesia:

## *PANDUAN ETIKA MEDIS*

Penerjemah : Tim Penerjemah PSKI FK UMY.  
Editor : dr. Sagiran, M.Kes  
Pewajah Isi :  
Pewajah Sampul :  
Penerbit : Pusat Studi Kedokteran Islam Fakultas Kedokteran Universitas  
Muhammadiyah Yogyakarta.  
E-mail : [pski@fkumy.ac.id](mailto:pski@fkumy.ac.id)  
http : //www.fkumy.ac.id

Anggota IKAPI.....

Hak cipta dilindungi.....

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar Penerbit

Ucapan Terima Kasih

Kata Pengantar

Pendahuluan

- Apakah Etika Kedokteran itu?
- Mengapa Harus Mempelajari Etika Kedokteran?
- Etika Kedokteran, Profesionalisme Kedokteran, Hak Asasi Manusia, dan Hukum
- Kesimpulan

Bab I – Sifat-sifat Prinsip Etika Kedokteran

- Tujuan
- Apakah yang Menarik dari Kedokteran itu?
- Apakah yang Menarik dari Etika Kedokteran?
- Siapakah yang Menentukan Sesuatu itu Etis?
- Apakah Etika Kedokteran Berubah?
- Apakah Etika Kedokteran Berbeda di Setiap Negara?
- Peran Asosiasi Kedokteran Dunia (WMA)
- Bagaimanakah WMA Menentukan Sesuatu itu Etis?
- Bagaimanakah Seseorang Menentukan Sesuatu Itu Etis?
- Kesimpulan

Bab II – Dokter dan Pasien

- Tujuan
- Kasus
- Apakah yang Menarik dari Hubungan Dokter-Pasien?
- Menghargai dan Perawatan yang Sama
- Komunikasi dan Persetujuan
- Pembuatan Keputusan untuk Pasien yang Tidak Mampu Memutuskan
- Kerahasiaan
- Masalah di Awal Kehidupan
- Masalah di Akhir Kehidupan
- Kembali ke Kasus

### Bab III – Dokter dan Masyarakat

- Tujuan
- Kasus
- Apakah yang Menarik dari Hubungan Dokter-Masyarakat?
- Loyalitas Ganda
- Alokasi Sumber Daya
- Kesehatan Masyarakat
- Kesehatan Global
- Kembali ke Kasus

### Bab IV – Dokter dan Kolega

- Tujuan
- Kasus
- Tantangan-Tantangan terhadap Otoritas Medis
- Hubungan dengan Kolega, Guru, dan Siswa Dokter
- Pelaporan Praktek yang Tidak Aman atau Tidak Etis
- Hubungan dengan Profesi Kesehatan Lain
- Kerjasama
- Pemecahan Konflik
- Kembali ke Kasus

### Bab V – Penelitian Kedokteran

- Tujuan
- Kasus
- Pentingnya Penelitian Kedokteran
- Penelitian pada Praktek Kedokteran
- Persyaratan Etis
  - Persetujuan Komite Etik
  - Manfaat Ilmiah
  - Nilai Sosial
  - Resiko dan Keuntungan
  - Informed Consent (persetujuan mengikuti penelitian, menjadi subyek)
  - Kerahasiaan
  - Konflik Peran

- Jujur Melaporkan Hasil
- Peringatan bagi yang tidak etis: ”disempurit”
- Masalah-Masalah yang Tidak terselesaikan

## Bab VI – Kesimpulan

- Tanggung Jawab dan Kehormatan Dokter
- Tanggung Jawab terhadap Diri Sendiri
- Masa Depan Etika Kedokteran

## Apendiks A – Daftar Perbendaharaan Istilah

## Apendiks B – Sumber-Sumber Etika Kedokteran di Internet

## Apendiks C – *World Medical Association*:

Resolusi Memasukkan Etika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia dalam Kurikulum Pendidikan Dokter di Seluruh Dunia, dan

Federasi Pendidikan Dokter Dunia : Standar Global mengenai Peningkatan Kualitas Pendidikan Dokter Dasar

## Apendiks D – Penekanan Pendidikan Etika dalam Pendidikan Dokter

## Apendiks E – Tambahan Studi Kasus

## Lampiran. Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

## KATA PENGANTAR PENERBIT

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan karunia nikmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya penerbitan buku yang ada di hadapan para pembaca yang budiman. Kami juga berterima kasih secara khusus kepada Prof. John R. Williams, *Director of Ethics, World Medical Association*, sebagai Penulis Buku Asli, yang memberikan ijin secara resmi kepada kami untuk menterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan mempublikasikannya secara nasional.

Buku ini memuat Pendahuluan mengenai pengertian dan pentingnya belajar etika, serta memuat enam bab dengan lima appendiks (tambahannya). Secara berturut-turut buku ini membahas tentang prinsip-prinsip etika kedokteran; dokter dan pasien; dokter dan masyarakat; dokter dan teman sejawatnya; penelitian medis; dan kesimpulannya. Penting untuk dicatat bahwa menguasai ilmu dan praktek etika ini sama pentingnya dengan menguasai ilmu kedokteran itu sendiri, sebab praktek kedokteran secara simultan menuntut praktek etikanya juga.

Adapun edisi terjemahan bahasa Indonesia ini kami beri judul ” PANDUAN ETIKA MEDIS” dikandung maksud semua pihak yang berkaitan dengan pelayanan medis ikut memahami seluk beluk etika pelayanan medis, tidak hanya para dokter saja namun juga paramedis, non-medis, manajemen rumah sakit, psikolog, ahli hukum, mahasiswa kedokteran dan kesehatan, bahkan khalayak peminat masalah etika. Oleh sebab itu, dalam uraian berikutnya *medical ethics* diterjemahkan/ditulis sebagai etika kedokteran.

Akhirnya semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan Allah memberikan kebaikan yang banyak kepada penulis, penerjemah, semua pihak yang terkait dengan terbitnya buku ini serta kepada pembaca sekalian yang budiman.

Yogyakarta, Januari 2006

Penerbit

PSKI Fakultas Kedokteran UMY

## UCAPAN TERIMAKASIH

The WMA Ethics Unit is profoundly grateful to the following individuals for providing extensive and thoughtful comments on earlier drafts of this Manual:

*Prof. Solly Benatar*, University of Cape Town, South Africa

*Prof. Kenneth Boyd*, University of Edinburgh, Scotland

*Dr. Annette J. Braunack-Mayer*, University of Adelaide, Australia

*Dr. Robert Carlson*, University of Edinburgh, Scotland

*Mr. Sev Fluss*, WMA and CIOMS, Geneva, Switzerland

*Prof. Eugenijus Gefenas*, University of Vilnius, Lithuania

*Dr. Delon Human*, WMA, Ferney-Voltaire, France

*Dr. Girish Bobby Kapur*, George Washington University, Washington, DC, USA

*Prof. Nuala Kenny*, Dalhousie University, Halifax, Canada

*Prof. Cheryl Cox Macpherson*, St. George's University, Grenada

*Ms. Mareike Moeller*, Medizinische Hochschule Hannover, Germany

*Prof. Ferenc Oberfrank*, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary

*Mr. Atif Rahman*, Khyber Medical College, Peshawar, Pakistan

*Mr. Mohammed Swailem*, Banha Faculty of Medicine, Banha, Egypt, and his ten fellow students who identified vocabulary that was not familiar to individuals whose first language is other than English.

## KATA PENGANTAR

dr. Delon Human

Sekretaris Jendral

Ikatan Dokter Dunia, *World Medical Association* (WMA)

Memang luar biasa berfikir bahwa walaupun Hippocrates sebagai pelopor etika kedokteran, telah menerbitkan karya mereka lebih dari 2000 tahun yang lalu, namun Profesi Kedokteran sampai sekarang belum memiliki kurikulum dasar yang bisa digunakan secara universal dalam mengajarkan etika kedokteran. Buku Manual Etika dari WMA yang pertama ini bertujuan mengisi kekosongan tersebut. Merupakan suatu kehormatan mengenalkannya kepada Anda!

Manual ini bersumber dari *World Medical Assembly* ke-51 pada tahun 1999. Para dokter berkumpul di sana, mewakili Ikatan Dokter seluruh dunia, telah memutuskan untuk “Merekomendasikan kepada sekolah pendidikan dokter di seluruh dunia untuk memasukkan pendidikan Etika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia ke dalam kurikulum sebagai mata kuliah wajib”. Sejalan dengan keputusan tersebut, dimulailah proses untuk mengembangkan ‘*Basic Teaching Aid*’ etika kedokteran untuk semua mahasiswa kedokteran dan juga dokter-dokter yang berdasarkan kebijakan WMA, namun bukan merupakan kebijakan tersendiri. Oleh karena itu, manual ini merupakan hasil dari pengembangan global secara komprehensif dan merupakan proses konsultatif, diatur dan dikoordinasi oleh Unit Etika WMA.

Pelayanan kesehatan modern telah memunculkan dilema-dilema etika yang sangat kompleks dan banyak sisi pandang. Dari kesemuanya itu sering kali dokter tidak disiapkan untuk mengelola hal-hal tersebut secara baik (kompeten). Buku ini diatur secara spesifik untuk menimbulkan semangat dan menguatkan pola pikir etika dan praktek dokter, dan merupakan alat untuk menemukan solusi etik terhadap dilema-dilema tersebut. Ini bukan merupakan daftar ”benar dan salah” tetapi merupakan suatu cara untuk melatih kepekaan hati dokter yang merupakan dasar dari semua pendapat dan keputusan etik. Pada gilirannya anda akan menemukan beberapa kasus di dalam buku ini yang dimaksudkan untuk membantu perkembangan refleksi etika diri sendiri dan juga sebagai bahan diskusi kelompok.

Sebagai dokter, kita tahu bahwa suatu kehormatan bila kita bisa terlibat dalam hubungan pasien-dokter, suatu hubungan yang unik, yang memfasilitasi pertukaran ilmu pengetahuan dan perawatan di dalam bingkai etika dan kepercayaan. Buku manual ini disusun untuk

menyampaikan isu-isu berkenaan dengan hubungan yang berbeda dimana dokter terlibat, namun sebagai intinya tetap selalu merupakan hubungan pasien-dokter. Di masa sekarang ini, hubungan ini adanya seperti terpaksa karena keterbatasan sumber dan faktor-faktor yang lain, dan buku Manual ini menunjukkan perlunya penguatan ikatan tersebut melalui praktek etika.

Pada akhirnya, di setiap pembicaraan etika kedokteran maka yang menjadi intinya adalah pasien. Sebagian besar ikatan dokter menyadari bahwa di dalam kebijakan-kebijakan pokoknya, secara etis, kepentingan terbaik dari pasienlah yang menjadi pertimbangan pertama dari setiap keputusan yang diambil dalam perawatan. Buku Manual Etik WMA ini hanya akan mencapai tujuan tersebut dengan baik jika dapat membantu mempersiapkan mahasiswa kedokteran dan dokter menjadi lebih baik dalam menyelesaikan berbagai tantangan etis yang akan dihadapi dalam praktek keseharian dan menemukan jalan yang efektif untuk *”menempatkan pasien di urutan pertama”*.

## PENDAHULUAN

### APAKAH ETIKA KEDOKTERAN ITU?

Perhatikan kasus-kasus berikut ini, yang sangat mungkin terjadi hampir di semua negara:

1. dr. P seorang ahli bedah yang berpengalaman, baru saja akan menyelesaikan tugas jaga malamnya di sebuah rumah sakit sedang. Seorang wanita muda dibawa ke RS oleh ibunya, yang langsung pergi setelah berbicara dengan suster jaga bahwa dia harus menjaga anak-anaknya yang lain. Si pasien mengalami perdarahan vaginal dan sangat kesakitan. dr. P melakukan pemeriksaan dan menduga bahwa kemungkinan pasien mengalami keguguran atau mencoba melakukan aborsi. dr. P segera melakukan dilatasi dan *cuirettage* dan mengatakan kepada suster untuk menanyakan kepada pasien apakah dia bersedia dirawat di rumah sakit sampai keadaannya benar-benar baik. dr. Q datang menggantikan dr. P, yang pulang tanpa berbicara langsung kepada pasien.
2. dr. S sangat jengkel dengan pasien-pasien yang datang kepadanya yang sebelum atau sesudahnya berkonsultasi dengan dokter lain untuk masalah yang sama. dr. S menganggap ini merupakan pemborosan dan juga merugikan bagi kesehatan pasiennya. dr. S memutuskan untuk berbicara kepada pasien-pasien tersebut bahwa dia tidak akan merawat mereka jika mereka tetap menemui dokter lain untuk penyakit yang sama. dr. S bermaksud mendekati ikatan dokter di negaranya agar dapat melobi pemerintah untuk mencegah terjadinya kesalahan alokasi sumber-sumber pelayanan medis seperti ini.
3. dr. C, ahli anastesi yang baru ditunjuk di RS di suatu kota, merasa terganggu dengan tingkah laku dokter bedah senior di ruang operasi. Dokter bedah tersebut menggunakan teknik yang kuno yang dapat memperlama waktu operasi, menimbulkan rasa sakit post-operasi yang lebih, dan waktu penyembuhan yang lebih lama. Terlebih lagi dia membuat guyonan kasar mengenai pasien yang jelas mengganggu para perawat yang bertugas. Sebagai salah satu staff baru, dr. C merasa enggan untuk mengkritik dokter bedah tersebut secara pribadi atau melaporkannya kepada pejabat yang lebih tinggi. Namun dr. C merasa bahwa dia harus melakukan sesuatu untuk memperbaiki situasi ini.

4. dr. R, dokter praktek umum di sebuah kota kecil, didekati oleh organisasi penelitian agar ikut serta dalam uji klinik suatu obat AINS untuk osteoarthritis. Dia ditawarkan sejumlah uang untuk setiap pasien yang dia ikut sertakan dalam uji tersebut. Wakil organisasi tersebut meyakinkan bahwa penelitian ini telah mendapatkan semua ijin yang diperlukan termasuk dari Komite Etik Kedokteran. dr. R belum pernah ikut serta dalam uji klinik sebelumnya dan merasa senang dengan kesempatan ini, terutama dengan uang yang ditawarkan. Dia menerima tawaran tersebut tanpa lebih jauh lagi menanyakan aspek etis dan ilmiah dari penelitian tersebut.

Dari setiap kasus tersebut mengandung refleksi etis. Kasus-kasus tersebut menimbulkan pertanyaan mengenai **pembuatan keputusan** dan **tindakan** dokter bukan dari segi ilmiah ataupun teknis seperti bagaimana menangani diabetes ataupun bagaimana melakukan operasi *double bypass*, namun pertanyaan yang muncul adalah mengenai nilai, hak-hak, dan tanggung jawab. Dokter akan menghadapi pertanyaan-pertanyaan ini sesering dia menghadapi pertanyaan ilmiah maupun teknis.

Di dalam praktek kedokteran, tidak peduli apakah spesialisasinya maupun tempat kerjanya, beberapa pertanyaan lebih mudah dijawab dibandingkan pertanyaan lain. Melakukan reposisi fraktur simpel dan melakukan penjahitan luka robek simpel hanya memberi sedikit tantangan kepada dokter yang sudah terbiasa melakukan prosedur tersebut. Namun di pihak lain dapat saja ada ketidakpastian dan ketidaksetujuan yang besar mengenai penanganan suatu penyakit, walaupun untuk penyakit yang sangat umum seperti TBC dan hipertensi. Walaupun demikian, pertanyaan-pertanyaan etis di dalam pengobatan tidaklah selalu menantang. Beberapa relatif mudah dijawab, terutama karena sudah ada konsensus bagaimana menghadapi situasi tersebut dengan benar (sebagai contoh, dokter harus selalu menanyakan ijin pasien sebagai subjek penelitian). Pertanyaan lain lebih sulit, terutama jika belum ada konsensus yang disepakati atau jika semua alternatif memiliki kekurangan (sebagai contoh, menentukan rasio sumber daya pelayanan medis yang jarang/langka).

Jadi apakah sebenarnya etika itu dan bagaimanakah etika dapat menolong dokter berhadapan dengan pertanyaan-pertanyaan seperti itu? Secara sederhana etika merupakan kajian mengenai moralitas - refleksi terhadap moral secara sistematis dan hati-hati dan analisis terhadap keputusan moral dan perilaku baik pada masa lampau, sekarang atau masa mendatang. Moralitas merupakan dimensi nilai dari keputusan dan tindakan yang dilakukan manusia. Bahasa moralitas termasuk kata-kata seperti 'hak', 'tanggung jawab', dan 'kebaikan'

dan sifat seperti 'baik' dan 'buruk' (atau 'jahat'), 'benar' dan 'salah', 'sesuai' dan 'tidak sesuai'. Menurut dimensi ini, etika terutama adalah bagaimana mengetahuinya (*knowing*), sedangkan moralitas adalah bagaimana melakukannya (*doing*). Hubungan keduanya adalah bahwa etika mencoba memberikan kriteria rasional bagi orang untuk menentukan keputusan atau bertindak dengan suatu cara diantara pilihan cara yang lain.

".....etika merupakan kajian mengenai moralitas - refleksi terhadap moral secara sistematis dan hati-hati dan analisis terhadap keputusan moral dan perilaku....."

Karena etika berhubungan dengan semua aspek dari tindakan dan keputusan yang diambil oleh manusia maka etika merupakan bidang kajian yang sangat luas dan kompleks dengan berbagai cabang dan subdevisi. Fokus dari Buku Panduan ini adalah etika kedokteran, salah satu cabang dari etika yang berhubungan dengan masalah-masalah moral yang timbul dalam praktek pengobatan. Etika kedokteran sangat terkait namun tidak sama dengan *bioetika* (*etika biomedis*). Etika kedokteran berfokus terutama dengan masalah yang muncul dalam praktik pengobatan sedangkan bioetika merupakan subjek yang sangat luas yang berhubungan dengan masalah-masalah moral yang muncul karena perkembangan dalam ilmu pengetahuan biologis yang lebih umum. Bioetika juga berbeda dengan etika kedokteran karena tidak memerlukan penerimaan dari nilai tradisional tertentu dimana hal tersebut merupakan hal yang mendasar dalam etika kedokteran sebagaimana yang akan terlihat di Bab II.

Sebagai suatu disiplin ilmu, etika kedokteran telah mengembangkan ragam kata tersendiri termasuk beberapa istilah yang dipinjam dari filsafat. Buku Panduan ini tidak dimaksudkan agar pembaca terbiasa dengan filsafat, sehingga definisi istilah kunci diberikan baik ketika kata tersebut muncul dalam teks maupun di dalam *glossary* di akhir buku manual ini.

### **MENGAPA HARUS BELAJAR ETIKA KEDOKTERAN?**

"Asalkan dokter memiliki pengetahuan dan terampil, maka etika tidak akan jadi masalah"

"Etika itu dipelajari di dalam keluarga, tidak di sekolah kedokteran"

"Etika kedokteran dipelajari dengan mengamati bagaimana dokter senior bertindak, bukan dari buku atau kuliah"

”Etika itu penting, tapi kurikulum kita sudah terlalu penuh dan tidak ada ruang untuk mengajarkan etika”

Ini merupakan beberapa alasan umum yang dikemukakan untuk tidak memberikan pelajaran etika mempunyai peran yang besar dalam kurikulum sekolah pendidikan dokter. **Sebagian, hanya sebagian saja, yang valid.** Secara bertahap sekolah-sekolah pendidikan dokter di dunia mulai menyadari bahwa mereka perlu membekali mahasiswanya dengan sumber dan waktu yang cukup untuk belajar etika. Mereka memperoleh dukungan dari organisasi seperti *World Medical Association* dan *World Federation for Medical Education* (lihat Apendiks C).

Pentingnya etika di dalam pendidikan dokter akan nampak di dalam Buku Manual ini. Sebagai kesimpulan, etika merupakan dan akan selalu menjadi komponen yang penting dalam praktek pengobatan. Prinsip-prinsip etika seperti menghargai orang, tujuan yang jelas dan kerahasiaan merupakan dasar dalam hubungan dokter-pasien. Walaupun begitu, penerapan prinsip-prinsip tersebut dalam situasi khusus sering problematis, karena dokter, pasien, keluarga mereka, dan profesi kesehatan lain mungkin tidak setuju dengan tindakan yang sebenarnya benar dilakukan dalam situasi tersebut. Belajar etika akan menyiapkan mahasiswa kedokteran untuk mengenali situasi-situasi yang sulit dan melaluinya dengan cara yang benar sesuai prinsip dan rasional. Etika juga penting dalam hubungan dokter dengan masyarakat dan kolega mereka dan dalam melakukan penelitian kedokteran.

”Belajar etika akan menyiapkan mahasiswa kedokteran untuk mengenali situasi-situasi yang sulit dan melaluinya dengan cara yang benar sesuai prinsip dan rasional”

## **ETIKA KEDOKTERAN, PROFESIONALISME KEDOKTERAN, HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM**

Seperti yang akan terlihat dalam Bab I, etika telah menjadi bagian yang integral dalam pengobatan setidaknya sejak masa Hippocrates, seorang ahli pengobatan Yunani yang dianggap sebagai pelopor etika kedokteran pada abad ke-5 SM,. Dari Hippocrates muncul konsep pengobatan sebagai **profesi**, dimana ahli pengobatan membuat janji di depan masyarakat bahwa mereka akan menempatkan kepentingan pasien mereka di atas kepentingan

mereka sendiri (lihat Bab III untuk penjelasan lebih lanjut). Kedekatan hubungan antara etika dan profesionalisme akan jelas di dalam Buku Manual ini.

Saat ini etika kedokteran telah banyak dipengaruhi oleh perkembangan dalam **hak asasi manusia**. Di dalam dunia yang multikultural dan *pluralis*, dengan berbagai tradisi moral yang berbeda, persetujuan hak asasi manusia internasional utama dapat memberikan dasar bagi etika kedokteran yang dapat diterima melampaui batas negara dan kultural. Lebih dari pada itu, dokter sering harus berhubungan dengan masalah-masalah medis karena pelanggaran hak asasi manusia, seperti migrasi paksa, penyiksaan, dan sangat dipengaruhi oleh perdebatan apakah pelayanan kesehatan merupakan hak asasi manusia karena jawaban dari pertanyaan ini di beberapa negara tertentu akan menentukan siapakah yang memiliki hak untuk mendapatkan perawatan medis. Buku Manual ini akan memberikan pertimbangan yang sesuai terhadap masalah hak asasi manusia sebagaimana hal itu akan mempengaruhi praktek pengobatan.

Etika kedokteran juga sangat berhubungan dengan hukum. Hampir di semua negara ada hukum yang secara khusus mengatur bagaimana dokter harus bertindak berhubungan dengan masalah etika dalam perawatan pasien dan penelitian. Badan yang mengatur dan memberikan ijin praktek medis di setiap negara bisa dan memang menghukum dokter yang melanggar etika. Namun etika dan hukum tidaklah sama. Sangat sering, bahkan etika membuat standar perilaku yang lebih tinggi dibanding hukum, dan kadang etika memungkinkan dokter perlu untuk melanggar hukum yang menyuruh melakukan tindakan yang tidak etis. Hukum juga berbeda untuk tiap-tiap negara sedangkan etika dapat diterapkan tanpa melihat batas negara. Karena alasan inilah fokus dari Buku Manual ini lebih pada etika dibandingkan hukum.

Sangat sering, bahkan etika membuat standar perilaku yang lebih tinggi dibanding hukum, dan kadang etika memungkinkan dokter perlu untuk melanggar hukum yang menyuruh melakukan tindakan yang tidak etis.

## KESIMPULAN

Pengobatan merupakan ilmu dan seni. Ilmu berhubungan dengan apa yang bisa diamati dan diukur, dan dokter yang kompeten mengenali tanda-tanda dari kesakitan dan penyakit dan mengetahui bagaimana mengembalikan kesehatan yang baik. Namun pengobatan ilmiah memiliki keterbatasan terutama jika berhubungan dengan manusia secara individual, budaya,

agama, kebebasan, hak asasi, dan tanggung jawab. Seni pengobatan melibatkan aplikasi ilmu dan teknologi pengobatan terhadap pasien secara individual, keluarga, dan masyarakat sehingga keduanya tidaklah sama. Lebih jauh lagi bagian terbesar dari perbedaan individu, keluarga, dan masyarakat bukanlah non-fisiologis namun dalam mengenali dan berhadapan dengan perbedaan-perbedaan ini di mana seni, kemanusiaan, dan ilmu-ilmu sosial bersama dengan etika, memiliki peranan yang penting. Bahkan etika sendiri diperkaya oleh disiplin ilmu yang lain, sebagai contoh, **presentasi dilema klinis secara teatrical** dapat menjadi stimulus yang lebih baik dalam refleksi dan analisis etis dibanding deskripsi kasus sederhana.

Buku Manual ini hanya dapat memberikan pengetahuan dasar dari etika kedokteran dan beberapa masalah pokoknya. Buku ini dimaksudkan untuk memberikan anda suatu apresiasi terhadap perlunya refleksi yang terus menerus terhadap dimensi etis dari pengobatan, dan terutama bagaimana bertindak terhadap masalah-masalah etis yang akan ditemui dalam praktek pengobatan. Daftar sumber-sumber yang dapat diakses diberikan dalam Apendiks B yang dapat membantu memperdalam pengetahuan anda tentang bidang ini.



# BAB I

## SIFAT-SIFAT PRINSIP ETIKA KEDOKTERAN

### TUJUAN

Setelah selesai dari bab ini anda diharapkan mampu untuk:

- Menerangkan mengapa etika penting dalam pengobatan
- Mengidentifikasi sumber-sumber utama etika kedokteran
- Mengenali pendekatan-pendekatan berbeda dalam membuat keputusan etis, termasuk dari anda sendiri

### APAKAH YANG MENARIK DARI PENGOBATAN

Hampir sepanjang sejarah yang tercatat dan hampir di setiap bagian dunia ini, menjadi dokter merupakan sesuatu yang spesial. Orang datang kepada dokter untuk mencari pertolongan terhadap kebutuhan mereka yang mendesak: bebas dari rasa sakit, penderitaan, dan kembalinya kesehatan dan keadaan tubuh yang baik. Mereka mengizinkan dokter untuk melihat, menyentuh, dan memanipulasi setiap bagian dari tubuh, bahkan bagian yang paling intim. Mereka melakukan ini karena mereka percaya terhadap dokter agar bertindak menurut kepentingan terbaik mereka.

Banyak dokter yang merasa mereka tidak lagi dihormati sebagaimana mereka dulu dihormati.

Status dokter berbeda di setiap negara bahkan dalam satu negara. **Secara umum situasi saat ini sepertinya lebih buruk.** Banyak dokter yang merasa mereka tidak lagi dihormati sebagaimana mereka dulu dihormati. Di beberapa negara kontrol pelayanan medis telah bergeser dengan mantap menjauhi dokter kepada manager profesional dan birokrat yang sebagian melihat dokter sebagai penyulit dari pada partner dalam memperbaiki pelayanan medis. Pasien yang dulunya menerima perintah dokter tanpa ragu kadang meminta penjelasan mengenai rekomendasi yang diberikan dokter karena berbeda dengan saran yang didapatkan dari praktisi kesehatan lain atau dari internet. Beberapa prosedur yang dulunya hanya bisa dilakukan oleh dokter saja sekarang dapat dilakukan oleh teknisi, perawat, atau paramedis.

Selain perubahan-perubahan ini mempengaruhi status dokter, pengobatan tetap merupakan suatu profesi yang dihargai tinggi oleh orang yang sakit yang membutuhkan layanan. Pengobatan juga tetap menarik banyak sekali mahasiswa yang berbakat, pekerja keras, dan berdedikasi. Untuk memenuhi harapan pasien dan mahasiswa, penting bagi dokter untuk

mengetahui dan memberikan contoh nilai inti dari pengobatan terutama belas kasih, kompeten, dan otonomi. Nilai-nilai ini, bersama dengan penghargaan terhadap hak asasi

Untuk memenuhi harapan pasien dan mahasiswa, penting bagi dokter untuk mengetahui dan memberikan contoh nilai inti dari pengobatan

manusia yang utama merupakan dasar dari etika kedokteran.

### **APAKAH YANG MENARIK DARI ETIKA KEDOKTERAN?**

Belas kasih, kompeten, dan otonomi tidaklah eksklusif hanya pada pengobatan. Namun demikian, dokter diharapkan mengaktualisasikannya dengan derajat yang lebih tinggi dibanding orang lain, termasuk berbagai profesi yang lain.

**Belas kasih**, memahami dan perhatian terhadap masalah orang lain, merupakan hal yang pokok dalam praktek pengobatan. Agar dapat mengatasi masalah pasien, dokter harus mengidentifikasi gejala yang dialami pasien dan penyebab yang mendasarinya dan harus **bersedia membantu pasien mendapatkan pertolongan**. Pasien akan merespon dengan lebih baik jika dia merasa bahwa dokternya menghargai masalah mereka dan tidak hanya sebatas melakukan pengobatan terhadap penyakit mereka.

**Kompetensi** yang tinggi diharapkan dan harus dimiliki oleh dokter. Kurang kompeten dapat menyebabkan kematian atau morbiditas pasien yang serius. Dokter menjalani pelatihan yang lama agar tercapai kompetensinya, namun mengingat cepatnya perkembangan pengetahuan medis, merupakan suatu tantangan sendiri untuk dokter agar selalu menjaga kompetensinya. Terlebih lagi tidak hanya pengetahuan ilmiah dan ketrampilan teknis yang harus dijaga namun juga pengetahuan etis, ketrampilan, dan juga tingkah laku, karena masalah etis baru muncul sejalan dengan perubahan dalam praktek kedokteran dan juga lingkungan sosial dan politik.

**Otonomi**, atau penentuan sendiri, merupakan nilai inti dari pengobatan yang berubah dalam tahun-tahun terakhir ini. Dokter secara pribadi telah lama menikmati otonomi klinik yang tinggi dalam menentukan bagaimana menangani pasien mereka. Dokter secara kolektif (profesi kesehatan) bebas dalam menentukan standar pendidikan dokter dan praktek pengobatan. Sebagaimana akan tampak dalam Manual ini, kedua jalan melatih otonomi dokter ini telah dimodernkan di berbagai negara oleh pemerintah dan penguasa melakukan kontrol terhadap dokter. Selain tantangan-tantangan ini, dokter masih menghargai otonomi profesional dan klinik mereka, dan mencoba untuk tetap menjaganya sebanyak mungkin. Pada saat yang

sama, juga terjadi penerimaan oleh dokter di penjuru dunia untuk menerima otonomi dari pasien, yang berarti pasien seharusnya menjadi pembuat keputusan tertinggi dalam masalah yang menyangkut diri mereka sendiri. Manual ini akan memberikan contoh adanya konflik yang potensial terjadi antara otonomi dokter dan penghargaan terhadap otonomi pasien.

Selain terikat dengan ketiga nilai inti tersebut, etika kedokteran berbeda dengan etika secara umum yang dapat diterapkan terhadap setiap orang karena adanya pernyataan di depan publik di bawah **sumpah** seperti *World Medical Association Declaration of Geneva* dan/atau **kode**. Sumpah dan kode beragam di setiap negara bahkan dalam satu negara, namun ada persamaan, termasuk janji bahwa dokter akan mempertimbangkan kepentingan pasien di atas kepentingannya sendiri, tidak akan melakukan deskriminasi terhadap pasien karena ras, agama, atau hak asasi manusia yang lain, akan menjaga kerahasiaan informasi pasien, dan akan memberikan pertolongan darurat terhadap siapapun yang membutuhkan.

### **SIAPAKAH YANG MENENTUKAN SESUATU ITU ETIS?**

Etika bersifat pluralistik. Setiap orang memiliki perbedaan terhadap penilaian benar atau salah bahkan jika ada persamaan bisa saja hal tersebut berbeda dalam alasannya. Di beberapa masyarakat, perbedaan tersebut dianggap sebagai sesuatu yang normal dan ada kebebasan besar bagi seseorang untuk melakukan apa yang dia mau, sejauh tidak melanggar hak orang lain. Namun di dalam masyarakat yang lebih tradisional, ada persamaan dan persetujuan pada etika dan ada tekanan sosial yang lebih besar, kadang bahkan didukung oleh hukum, dalam bertindak berdasarkan ketentuan tertentu. Dalam masyarakat tersebut budaya dan agama sering memainkan peran yang dominan dalam menentukan perilaku yang etis.

Jawaban terhadap pertanyaan, "siapakah yang menentukan sesuatu itu etis untuk seseorang secara umum?" karena itu bervariasi dari satu masyarakat dibanding masyarakat yang lain dan bahkan dalam satu masyarakat sendiri. Dalam masyarakat liberal, setiap individu memiliki kebebasan yang besar dalam menentukan bagi dirinya sendiri apakah yang etis, walaupun sepertinya mereka akan sangat dipengaruhi oleh keluarga, teman, agama, media, dan sumber-sumber eksternal lain yang mereka dapat. Dalam masyarakat yang lebih tradisional, keluarga dan garis keturunan, pemimpin agama, dan tokoh politik biasanya memiliki peran lebih besar dalam menentukan apa yang etis dan tidak etis bagi seseorang.

Terlepas dari perbedaan ini, sepertinya sebagian besar manusia setuju dengan beberapa prinsip fundamental dari etika, sebut saja, hak asasi manusia yang dinyatakan dalam *United*

*Nations Universal Declaration of Human Rights* serta dokumen lain yang telah diterima dan tertulis secara resmi. Hak-hak asasi manusia yang terutama penting dalam etika kedokteran adalah hak untuk hidup, bebas dari deskriminasi, bebas dari siksaan dan kekejaman, bebas dari perlakuan yang tidak manusiawi dan tidak pantas, bebas beropini dan berekspresi, persamaan dalam mendapatkan pelayanan umum di suatu negara, dan pelayanan medis.

Bagi dokter, pertanyaan "siapakah yang menentukan sesuatu etis atau tidak?" sampai saat ini memiliki jawaban yang berbeda-beda dari apa yang etis untuk orang secara umum. Selama berabad-abad profesi kesehatan telah mengembangkan standar perilakunya sendiri untuk anggotanya, yang tercermin dalam kode etik dan dokumen kebijakan yang terkait. Dalam tingkatan yang global, WMA telah menetapkan pernyataan etis yang sangat luas yang mengatur perilaku yang diharuskan dimiliki oleh dokter tanpa memandang dimana dia berada dan melakukan praktek. Banyak ikatan dokter di suatu negara (jika tidak sebagian besar) bertanggung jawab terhadap pengembangan dan pelaksanaan standar etis yang aplikatif. Standar tersebut mungkin memiliki status legal, tergantung pendekatan negara tersebut terhadap hukum praktek medis. Meskipun demikian, kehormatan profesi kedokteran, karena dapat menentukan standar etika untuk dirinya sendiri, tidaklah absolut. Sebagai contoh:

- Dokter akan selalu dihadapkan pada hukum yang berlaku dimana dia berada dan kadang dihukum karena melanggar hukum.
- Beberapa organisasi kesehatan sangat kuat dipengaruhi oleh ajaran agama, yang mengakibatkan adanya kewajiban tambahan terhadap anggotanya selain kewajiban dokter secara umum.
- Di banyak negara organisasi yang menetapkan standar bagi perilaku dokter dan memonitor kepatuhan, mereka memiliki anggota yang berpengaruh yang bukan dokter.

Instruksi etis resmi dari suatu ikatan dokter secara umum sama, mereka tidak selalu dapat diterapkan di setiap situasi yang mungkin dihadapi dokter dalam praktek medis mereka. Di dalam kebanyakan situasi, dokter harus memutuskan untuk dirinya sendiri apakah yang benar untuk dilakukan, namun dalam mengambil keputusan tersebut, akan sangat membantu jika mereka mengetahui apa yang dilakukan dokter lain dalam situasi yang sama. Kode etik dokter dan kebijakan yang berlaku merupakan konsensus umum bagaimana seorang dokter harus bertindak dan harus diikuti kecuali ada alasan yang lebih baik mengapa harus melanggarnya.

”....dalam mengambil keputusan tersebut, akan sangat membantu jika mereka mengetahui apa yang dilakukan dokter lain dalam situasi yang sama.”

### **APAKAH ETIKA KEDOKTERAN BERUBAH?**

Hanya ada sedikit keraguan bahwa beberapa aspek etika kedokteran telah berubah. Sampai saat ini dokter memiliki hak dan tugas untuk memutuskan bagaimana pasien harus diobati dan tidak ada keharusan mendapatkan ijin tertulis pasien. Berbeda dengan versi WMA **Declaration on the Right of the Patient** tahun 1995 dimulai dengan kalimat: “Hubungan antara dokter, pasien mereka, dan masyarakat yang lebih luas telah mengalami perubahan yang nyata saat ini. Walaupun seorang dokter harus selalu bertindak benar menurut pemikirannya, dan selalu berdasarkan kepentingan terbaik dari pasien, usaha yang sama juga harus tetap dilakukan dalam menjamin otonomi dan keadilan pasien”. Saat ini orang-orang mulai berfikir bahwa diri mereka sendiri merupakan penyedia kesehatan utama bagi mereka sendiri dan bahwa peran dokter adalah bertindak sebagai konsultan dan instruktur. Walaupun penekanan terhadap perawatan sendiri ini jauh dari keumuman, namun sepertinya terus menyebar dan menggejala dalam perkembangan hubungan pasien-dokter yang memunculkan kewajiban etik yang berbeda bagi dokter dibanding sebelumnya.

”..Berbagai tanggung jawab yang berbeda ini dapat saling bertentangan satu sama lain...”

Hingga akhir-akhir ini dokter umumnya menganggap diri mereka sendiri bertanggung jawab terhadap diri sendiri, kepada kolega profesi kesehatan mereka, dan terhadap agama yang dianut, kepada Tuhan. Saat ini, mereka memiliki tanggung jawab tambahan – terhadap pasien mereka, kepada pihak ketiga seperti rumah sakit, organisasi yang mengambil keputusan medis terhadap pasien, kepada pemegang kebijakan dan perijinan praktek, dan bahkan sering kepada pengadilan. Berbagai tanggung jawab yang berbeda ini dapat saling bertentangan satu sama lain, yang akan terlihat dalam bahasan loyalitas ganda dalam Bab III.

Etika kedokteran juga telah berubah dengan cara yang lain. Keterlibatan dalam aborsi dilarang dalam kode etik dokter sampai beberapa saat yang lalu, namun sekarang dapat ditoleransi dalam kondisi tertentu oleh profesi kesehatan di beberapa negara. Sedangkan dalam etika

kedokteran tradisional dokter hanya bertanggung jawab terhadap pasien mereka secara pribadi, saat ini umumnya orang setuju bahwa dokter juga harus mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, contohnya dalam mengalokasikan sumber-sumber pelayanan medis yang terbatas (lihat Bab III).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi medis memunculkan masalah etis baru yang tidak dapat dijawab oleh etika kedokteran tradisional. Reproduksi buatan, genetika, informatika kesehatan serta teknologi perbaikan kehidupan dan teknologi untuk memperpanjang kehidupan, kesemuanya memerlukan keterlibatan dokter, sangat berpotensi menguntungkan pasien namun juga sangat berpotensi merugikan pasien tergantung bagaimana menerapkannya. Untuk membantu bagaimana memutuskan dan dalam kondisi apa dokter dapat melakukan hal tersebut, ikatan dokter harus menggunakan metode analisis yang berbeda tidak hanya berdasarkan kode etik yang telah ada.

Selain perubahan dalam etika kedokteran yang jelas memang terjadi, sudah ada persetujuan diantara dokter bahwa nilai fundamental dan prinsip-prinsip etis tidaklah, dan memang seharusnya tidak berubah. Karena tidak bisa dihindari bahwa manusia akan selalu memiliki masalah kesehatan, mereka akan terus memerlukan dokter-dokter yang otonom, kompeten, dan berbelas kasih untuk merawat mereka.

### **APAKAH ETIKA KEDOKTERAN BERBEDA DI SETIAP NEGARA?**

Sebagaimana etika kedokteran dapat dan memang berubah sejalan dengan waktu, dalam merespon perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi medis dan juga nilai-nilai sosial, maka etika kedokteran memang bervariasi dari satu negara dengan negara yang lain tergantung faktor-faktor tersebut. Suatu contoh pada kasus euthanasia, terdapat perbedaan yang nyata terhadap opini dari ikatan dokter di setiap negara. Beberapa organisasi mengutuknya, sedangkan Ikatan Dokter Kerajaan Belanda memperbolehkannya dalam kondisi tertentu. Demikian juga yang berhubungan dengan kesempatan memperoleh pelayanan medis, beberapa ikatan dokter disuatu negara mendukung persamaan hak untuk semua warga negara, sedangkan di negara lain mentoleransi ketidaksamaan hak memperoleh pelayanan kesehatan bagi warganya. Di beberapa negara ada ketertarikan yang besar terhadap masalah-masalah etik yang muncul karena adanya kemajuan teknologi pengobatan sedangkan di negara yang tidak memiliki akses terhadap teknologi tersebut, masalah-masalah etik tentu tidak muncul. Dokter-dokter di beberapa negara cukup yakin bahwa mereka tidak akan ditekan oleh pemerintah untuk melakukan sesuatu yang tidak etis namun di negara lain

mungkin akan sulit bagi mereka memenuhi kewajiban etis, seperti menjaga kerahasiaan pasien jika berhadapan dengan polisi atau permintaan angkatan bersenjata untuk melaporkan adanya jejas/luka yang mencurigakan pada seorang pasien.

Walaupun perbedaan ini terlihat sangat nyata, persamaan yang ada jauh lebih besar lagi. Dokter-dokter di seluruh dunia memiliki banyak persamaan, dan ketika mereka berhimpun bersama dalam suatu organisasi seperti WMA mereka biasanya akan mencapai suatu kesepakatan mengenai masalah-masalah etik yang kontroversial, walaupun kadang harus melewati debat yang panjang. Nilai pokok dari etika kedokteran, seperti belas kasih, kompetensi, dan otonomi, bersamaan dengan pengalaman dan ketrampilan di semua bidang pengobatan dan pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh dokter memberikan dasar dalam menganalisa masalah masalah etik dalam pengobatan dan memunculkan suatu solusi yang berdasarkan kepentingan terbaik bagi pasien secara pribadi dan warga negara serta kesehatan masyarakat secara umum.

### PERAN WMA

Sebagai satu-satunya organisasi internasional yang mencoba mewakili semua dokter tanpa memandang kebangsaan atau keahliannya, WMA telah menjalankan peran dalam membangun standar umum etika kedokteran yang dapat diterapkan di seluruh dunia. Dimulai pada tahun 1947 organisasi ini telah bekerja untuk mencegah terjadinya tindakan medis yang tidak etik yang terus terjadi yang dilakukan oleh dokter-dokter Nazi Jerman dan di tempat lain. Tugas pertama WMA adalah memperbaharui Sumpah Hippocrates yang bisa diterapkan di abad ke-

”WMA telah menjalankan peran dalam membangun standar umum etika kedokteran yang dapat diterapkan di seluruh dunia.”

20 sehingga dihasilkan **Declaration of Geneva**, yang diadopsi pada WMA’s 2<sup>nd</sup> General Assembly pada tahun 1948. Deklarasi ini telah direvisi beberapa kali

terutama dan terakhir pada tahun 1994. Tugas kedua adalah mengembangkan **Kode Etik Kedokteran Internasional**, yang dilakuakn pada General Assembly yang ke-3 pada tahun 1949 dan direvisi pada tahun 1969 dan 1983. Kode etik ini juga telah mengalami revisi lebih lanjut. Tugas berikutnya adalah mengembangkan acuan etik untuk penelitian dengan subjek uji manusia yang memerlukan waktu lebih lama dibanding dua tugas yang pertama sampai pada tahun 1964 acuan tersebut diadopsi sebagai **Dekalarasi Helsinki**. Dokumen ini juga telah mengalami revisi secara periodik dan terakhir direvisi pada tahun 2000.

Selain pernyataan-pernyataan mengenai etika yang fundamental tersebut, WMA juga telah mengadopsi pernyataan mengenai masalah-masalah tertentu lebih dari 200 masalah terutama sebagian besar mengenai etika secara umum, sedangkan lainnya berhubungan dengan bahasan sosio-medis, termasuk pendidikan dokter dan sistem kesehatan. Setiap tahun WMA General Assembly merevisi beberapa kebijakan yang telah ada dan/atau mengadopsi kebijakan-kebijakan baru.

### **BAGAIMANA WMA MEMUTUSKAN SESUATU ITU ETIS?**

Mendapatkan kesepakatan internasional terhadap masalah-masalah etika yang kontroversial bukanlah tugas yang mudah, walaupun dalam kelompok yang sangat dekat seperti dokter. WMA menjamin bahwa pernyataan kebijakan mengenai etika merefleksikan suatu konsensus

”Mendapatkan kesepakatan internasional terhadap masalah-masalah etika yang kontroversial bukanlah tugas yang mudah,...”

yang mendapatkan persetujuan dari 75% suara baik itu kebijakan baru maupun revisi terhadap kebijakan lama dalam pertemuan tahunan. Prekondisi untuk mencapai persetujuan dengan tingkat tersebut adalah dengan

konsultasi terhadap draft pernyataan secara luas, pertimbangan yang hati-hati dari pendapat-pendapat yang diterima oleh komite Etika Kedokteran WMA dan kadang dengan cara membentuk suatu komisi tersendiri untuk suatu masalah yang ada, melakukan perbaikan draft pernyataan yang ada dan bahkan melakukan konsultasi lebih jauh lagi. Proses tersebut dapat memakan waktu yang lama, tergantung dari kompleksitas dan/atau kebaruan (hal yang baru) dari masalah yang ada. Sebagai contoh, revisi **Deklarasi Helsinki** yang paling baru dimulai pada awal tahun 1997 dan selesai pada bulan Oktober tahun 2000. Bahkan sejak saat itu, tetap ada masalah-masalah di luar jangkauan dan terus dipelajari oleh Komite Etika Kedokteran dan juga komisi yang bersangkutan.

Proses yang baik sangatlah penting walaupun tidak menjamin tercapainya hasil yang baik. dalam menentukan apakah suatu hal etis, WMA mengacu kepada tradisi etika kedokteran lama yang tecantum dalam pernyataan etis yang telah ada dan juga tetap memperhatikan posisi-posisi yang lain baik dari organisasi nasional maupun internasional dan juga perseorangan yang memiliki keahlian di bidang etika terhadap suatu masalah yang ada dengan berbagai pertimbangan yang sesuai. Pada beberapa masalah seperti ijin tertulis, WMA menemukan adanya kesepakatan dari sebagian besar pandangan yang ada. Pada masalah yang lain, seperti kerahasiaan informasi medis pasien, posisi dokter kemungkinan harus ditempatkan berlawanan dengan kehendak pemerintah, administrator sistem kesehatan dan/atau perusahaan komersial. Pendekatan yang dilakukan WMA terhadap suatu masalah

etika secara jelas merupakan prioritas yang didasarkan kepada pasien secara pribadi atau

”Pada masalah yang lain, ....., posisi dokter kemungkinan harus ditempatkan berlawanan dengan kehendak pemerintah, administrator sistem kesehatan dan/atau perusahaan komersial.”

subjek penelitian. Mengutip dari **Deklarasi Geneva**, dokter berjanji, ”Kesehatan pasien saya akan selalu menjadi pertimbangan pertama saya”. Dan dari **Deklarasi Helsinki** menyebutkan, ”Dalam penelitian kedokteran

dengan subjek manusia, pertimbangan mengenai kesehatan manusia sebagai subjek uji haruslah menjadi pertimbangan awal di atas kepentingan ilmu pengetahuan dan masyarakat”.

### **BAGAIMANA SESEORANG MEMUTUSKAN SESUATU ITU ETIS?**

Setiap orang bertanggung jawab terhadap diri sendiri dalam mengambil keputusan etis dan dalam mengimplementasikannya. Bagi dokter secara pribadi dan mahasiswa kedokteran, etika

Setiap orang bertanggung jawab terhadap diri sendiri dalam mengambil keputusan etis dan dalam mengimplementasikannya.

kedokteran tidak hanya terbatas pada rekomendasi-rekomendasi yang dikeluarkan oleh WMA atau organisasi kesehatan yang lain karena rekomendasi tersebut sifatnya sangat

umum dan setiap orang harus memutuskan apakah hal itu dapat diterapkan pada situasi yang sedang dihadapi atau tidak dan terlebih lagi banyak masalah etika yang muncul dalam praktek medis yang belum ada petunjuk bagi ikatan dokter. Setiap orang bertanggung jawab terhadap diri sendiri dalam mengambil keputusan etis dan dalam mengimplementasikannya.

Ada berbagai cara berbeda dalam pendekatan masalah-masalah etika seperti dalam contoh kasus pada bagian awal Manual ini yang secara kasar dapat dibagi menjadi dua kategori: rasional dan non-rasional. Penting untuk mengingat bahwa non-rasional bukan berarti irrasional namun hanya dibedakan dari sistematika, dan alasan yang dapat digunakan dalam mengambil keputusan.

#### **Pendekatan-pendekatan non-rasional:**

- **Kepatuhan** merupakan cara yang umum dalam membuat keputusan etis, terutama oleh anak-anak dan mereka yang bekerja dalam struktur kepangkatan (militer, kepolisian, beberapa organisasi keagamaan, berbagai corak bisnis). Moralitas hanya mengikuti aturan atau perintah dari penguasa tidak memandang apakah anda setuju atau tidak.
- **Imitasi** serupa dengan kepatuhan karena mengesampingkan penilaian seseorang terhadap benar dan salah dan mengambil penilaian orang lain sebagai acuan karena dia adalah

panutan. Moralitas hanya mengikuti contoh yang diberikan oleh orang yang menjadi panutan. Ini mungkin cara yang paling umum mempelajari etika kedokteran, dengan panutannya adalah konsultan senior dan cara belajar dengan cara mengobservasi dan melakukan asimilasi dari nilai-nilai yang digambarkan.

- **Perasaan** atau **kehendak** merupakan pendekatan subjektif terhadap keputusan dan perilaku moral yang diambil. Yang dianggap benar adalah apa yang dirasakan benar atau dapat memuaskan kehendak seseorang sedangkan apa yang salah adalah yang dirasakan salah atau tidak sesuai dengan kehendak seseorang. Ukuran moralitas harus ditemukan di dalam setiap individu dan tentu saja akan sangat beragam dari satu orang ke orang lain, bahkan dalam individu itu sendiri dari waktu ke waktu.
- **Intuisi** merupakan persepsi yang terbentuk dengan segera mengenai bagaimana bertindak di dalam sebuah situasi tertentu. Intuisi serupa dengan kehendak dimana sifatnya sangat subjektif, namun berbeda karena intuisi terletak pada pemikiran dibanding keinginan. Karena itu intuisi lebih dekat kepada bentuk rasional dari keputusan etis yang diambil dari pada kepatuhan, imitasi, perasaan, dan kehendak. Meskipun begitu, intuisi sistematis ataupun penuh pemikiran namun hanya sebatas mengarahkan keputusan berdasarkan apa yang terbersit dalam pikiran saat itu. Seperti halnya perasaan dan kehendak, intuisi dapat bervariasi dari setiap individu, dan bahkan dari individu itu sendiri.
- **Kebiasaan** merupakan metode yang sangat efisien dalam mengambil keputusan moral karena tidak diperlukan adanya pengulangan proses pembuatan keputusan secara sistematis setiap masalah moral muncul dan sama dengan masalah yang pernah dihadapi. Meskipun begitu ada kebiasaan yang buruk (seperti berbohong) dan juga kebiasaan baik (seperti mengatakan dengan jujur) terlebih lagi ada berbagai keadaan yang sepertinya serupa namun tetap membutuhkan keputusan yang sangat berbeda. Walaupun kebiasaan ini sangat berguna, namun kita tidak boleh terlalu mengandalkannya.

#### **Pendekatan rasional:**

Seperti juga kajian moralitas etika mengakui keumuman pendekatan-pendekatan non-rasional tersebut dalam pengambilan keputusan dan perilaku. Meskipun demikian etika lebih terfokus kepada pendekatan-pendekatan rasional. Keempat pendekatan tersebut adalah deontologi, konsekuensialisme, prinsiplisme, dan etika budi pekerti:

- **Deontologi** melibatkan pencarian aturan-aturan yang terbentuk dengan baik yang dapat dijadikan sebagai dasar dalam pembuatan keputusan moral seperti ”perlakukan manusia secara sama”. Dasarnya dapat saja agama (seperti kepercayaan bahwa manusia sebagai ciptaan Tuhan adalah sama) atau juga non-religius (seperti manusia memiliki gen-gen yang hampir sama). Sekali aturan ini terbangun maka hal tersebut harus diterapkan dalam situasi ilmiah, dan akan sangat mungkin terjadi perbedaan aturan mana yang diperlukan (seperti apakah aturan bahwa tidak boleh membunuh orang lain atau hukuman yang menjadi dasar larangan aborsi).
- **Konsekuensialisme** mendasari keputusan etis yang diambil karena merupakan cara analisis bagaimana konsekuensi atau hasil yang akan didapatkan dari berbagai pilihan dan tindakan. Tindakan yang benar adalah tindakan yang memberikan hasil yang terbaik. Tentunya ada berbagai perbedaan mengenai batasan hasil yang terbaik. Salah satu bentuk konsekuensialisme yang sangat dikenal adalah **utilitarianisme**, menggunakan ’utility’ untuk mengukur dan menentukan mana yang memberikan hasil yang paling baik diantara semua pilihan yang ada. Ukuran-ukuran *outcome* yang digunakan dalam pembuatan keputusan medis antara lain *cost-effectiveness* dan kualitas hidup diukur sebagai QALYs (*quality-adjusted life-years*) atau DALYs (*disablility-adjusted life-years*). Pendukung teori ini umumnya tidak banyak menggunakan prinsip-prinsip karena sangat sulit mengidentifikasi, menentukan prioritas dan menerapkannya dan dalam suatu kasus mereka tidak mempertimbangkan apakah yang sebenarnya penting dalam pengambilan keputusan moral seperti hasil yang ingin dicapai. Karena mengesampingkan prinsip-prinsip maka konsekuensialisme sangat memungkinkan timbulnya pernyataan bahwa ”hasil yang didapat akan membenarkan cara yang ditempuh” seperti hak manusia dapat dikorbankan untuk mencapai tujuan sosial.
- **Prinsipisme**, seperti yang tersirat dari namanya, mempergunakan prinsip-prinsip etik sebagai dasar dalam membuat keputusan moral. Prinsip-prinsip tersebut digunakan dalam kasus-kasus atau keadaan tertentu untuk menentukan hal yang benar yang harus dilakukan, dengan tetap mempertimbangkan aturan dan konsekuensi yang mungkin timbul. Prinsipisme sangat berpengaruh dalam debat-debat etika baru-baru ini terutama di Amerika. Keempat prinsip dasar, penghargaan otonomi, berbuat baik berdasarkan kepentingan terbaik dari pasien, tidak melakukan tindakan yang dapat menyakiti pasien serta keadilan merupakan prinsip dasar yang digunakan dalam pengambilan keputusan etik di dalam praktek medis. Prinsip-prinsip tersebut jelas memiliki peran yang penting

dalam pengambilan keputusan rasional walaupun pilihan terhadap keempat prinsip tersebut dan terutama prioritas untuk menghargai otonomi di atas yang lain merupakan refleksi budaya liberal dari Barat dan tidak selalu universal. Terlebih lagi keempat prinsip tersebut sering kali saling bergesekan di dalam situasi tertentu sehingga diperlukan beberapa kriteria dan proses untuk memecahkan konflik tersebut.

- **Etika budi pekerti** kurang berfokus kepada pembuatan keputusan tetapi lebih kepada karakter dari si pengambil keputusan yang tercermin dari perilakunya. Nilai merupakan bentuk moral unggul. Seperti disebutkan di atas, satu nilai yang sangat penting untuk dokter adalah belas kasih. Yang lain termasuk kejujuran, bijak, dan dedikasi. Dokter dengan nilai-nilai tersebut akan lebih dapat membuat keputusan yang baik dan mengimplementasikannya dengan cara yang baik juga. Namun demikian, ada juga bahkan orang yang berbudi tersebut sering merasa tidak yakin bagaimana bertindak dalam keadaan tertentu dan tidak terbebas dari kemungkinan mengambil keputusan yang salah.

Tidak satupun dari empat pendekatan ini, ataupun pendekatan yang lain dapat mencapai persetujuan yang universal. Setiap orang berbeda dalam memilih pendekatan rasional yang akan dipilih dalam mengambil keputusan etik seperti juga orang yang lebih memilih pendekatan yang non-rasional. Hal ini dikarenakan setiap pendekatan mempunyai kelebihan dan kekurangannya sendiri. Mungkin dengan mengkombinasikan keempat pendekatan tersebut maka akan didapatkan keputusan etis yang rasional. Namun harus diperhatikan arturan dan prinsip-prinsip dengan cara mengidentifikasi pendekatan mana yang paling sesuai untuk situasi yang baru dihadapi dan juga dalam mengimplementasikan sebaik mungkin. Harus juga dipikirkan mengenai konsekuensi dari keputusan alternatif dan konsekuensi mana yang akan diambil. Yang terakhir adalah mencoba memastikan bahwa perilaku si pembuat keputusan tersebut dalam membuat dan mengimplementasikan keputusan yang sudah diambil juga baik. Proses yang dapat ditempuh adalah:

1. Tentukan apakah masalah yang sedang dihadapi adalah masalah etis.
2. Konsultasi kepada sumber-sumber kewenangan seperti kode etik dan kebijakan ikatan dokter serta kolega lain untuk mengetahui bagaimana dokter biasanya berhadapan dengan masalah tersebut.
3. Pertimbangkan solusi alternatif berdasarkan prinsip dan nilai yang dipegang serta konsekuensinya.
4. Diskusikan usulan solusi anda dengan siapa solusi itu akan berpengaruh.

5. Buatlah keputusan dan lakukan segera, dengan tetap memperhatikan orang lain yang terpengaruh.
6. Evaluasi keputusan yang telah diambil dan bersiap untuk bertindak berbeda pada kesempatan yang lain.

## **KESIMPULAN**

Bab ini menjadi dasar untuk bab-bab selanjutnya. Jika berhadapan dengan masalah dalam etika kedokteran, harus selalu diingat bahwa dokter telah menghadapi masalah yang sama selama perjalanan sejarahnya dan bahwa pengalaman serta kebijaksanaan akan sangat berarti pada saat ini. WMA dan ikatan dokter lain memikul tradisi ini dan memberikan berbagai acuan bagi dokter. Terlepas dari banyaknya ukuran konsensus dari dokter tentang masalah etik, namun setiap orang dapat saja berbeda bagaimana berhadapan dengan masalah tertentu. Terlebih pandangan dokter dapat berbeda dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan lain. Langkah pertama dalam memecahkan masalah etik, penting bagi dokter untuk memahami berbagai pendekatan berbeda dalam mengambil keputusan etik diantara mereka dan dengan orang lain yang mana dokter terlibat dengannya. Hal ini akan membantu mereka menentukan jalan terbaik dalam bertindak dan menerangkan keputusan mereka kepada orang lain.

## **BAB II**

### **DOKTER DAN PASIEN**

#### **TUJUAN:**

- menjelaskan mengapa setiap pasien berhak dihargai dan diperlakukan sama;
- mengidentifikasi elemen pokok dalam ijin berdasarkan pemahaman;
- menjelaskan bagaimana keputusan medis harus dibuat bagi pasien yang tidak dapat membuat keputusan sendiri;
- menjelaskan pembenaran kerahasiaan pasien dan mengenali pengecualian yang benar terhadap perkecualian kerahasiaan;
- merangkum argumen yang mendukung dan menentang euthanasia/bantuan bunuh diri dan perbedaan tindakan tersebut serta terapi palliatif dan perawatan.

## KASUS NO. 1

dr. P seorang ahli bedah yang berpengalaman, baru saja akan menyelesaikan tugas jaga malamnya di sebuah rumah sakit tipe menengah. Seorang wanita muda dibawa ke RS oleh ibunya, yang langsung pergi setelah berbicara dengan suster jaga bahwa dia harus menjaga anak-anaknya yang lain. Si pasien mengalami perdarahan vaginal dan sangat kesakitan. dr. P melakukan pemeriksaan dan menduga bahwa kemungkinan pasien mengalami keguguran atau mencoba melakukan aborsi. dr. P segera melakukan dilatasi dan **curettage** dan mengatakan kepada suster untuk menanyakan kepada pasien apakah dia bersedia operasi di RS sampai keadaannya benar-benar baik. dr. Q datang menggantikan dr. P, yang pulang tanpa berbicara langsung kepada pasien.

### APA YANG MENARIK DARI HUBUNGAN DOKTER-PASIEN?

Hubungan dokter-pasien merupakan pondasi dalam praktek kedokteran dan juga etika kedokteran. Seperti disebutkan dalam **Deklarasi Jenewa** dokter menyatakan: "Kesehatan pasien akan selalu menjadi pertimbangan pertama saya" dan **Kode Etik Kedokteran Internasional** menyebutkan: "Dokter harus memberikan kepada pasiennya loyalitas penuh dan seluruh pengetahuan yang dimilikinya". Seperti disebutkan dalam Bab I, interpretasi hubungan dokter-pasien secara tradisional adalah seperti hubungan paternal dimana dokter membuat keputusan dan pasien hanya bisa menerima saja. Namun saat ini hal itu tidak lagi dapat diterima baik secara etik maupun hukum. Karena banyak pasien tidak bisa atau tidak bersedia membuat keputusan perawatan kesehatan untuk mereka sendiri maka otonomi pasien kadang sangat problematik. Aspek lain dalam hubungan tersebut juga sama problematik

"Kesehatan pasien akan selalu menjadi pertimbangan pertama saya"

seperti kewajiban dokter untuk menjaga kerahasiaan pasien di era rekam medis dan manajemen perawatan sudah terkomputerisasi dan tugas dokter serta tugas dokter untuk mempertahankan hidup juga mendapat permintaan untuk mempercepat kematian.

Bagian ini akan membahas enam topik yang biasa dihadapi dokter terutama masalah yang menjengkelkan dokter dalam praktek keseharian: penghargaan dan perawatan yang sama; komunikasi dan persetujuan; pengambilan keputusan untuk pasien yang tidak kompeten; kerahasiaan; masalah di awal kehidupan; dan masalah di akhir kehidupan.

## PENGHARGAAN DAN PERLAKUAN YANG SAMA

Kepercayaan bahwa semua manusia layak mendapatkan perhormatan dan perlakuan yang sama sebetulnya sesuatu yang masih baru. Sebagian masyarakat masih menganggap bahwa tidak menghargai, perlakuan yang tidak sama terhadap seseorang atau sekelompok orang masih dapat diterima. Perbudakan merupakan salah satu praktek yang belum terberantas di Amerika dan Eropa sampai abad ke-19 dan masih ada di beberapa bagian di dunia ini. Akhir dari deskriminasi dalam kelembagaan terhadap orang yang tidak berkulit putih di negara seperti Afrika Selatan baru saja terjadi. Wanita masih saja mengalami kurang dihormati dan mendapat perlakuan yang tidak sama di banyak negara. Deskriminasi karena cacat, atau karena orientasi seksual masih banyak terjadi. Sehingga jelas masih ada banyak pertentangan terhadap klaim bahwa orang haruslah diperlakukan sama.

Perubahan terhadap kemanusiaan bahwa semua manusia adalah sama terjadi secara gradual dan masih dilakukan sejak abad ke-17 dan 18 di Eropa dan Amerika Utara yang dipimpin oleh dua ideologi yang berbeda: interpretasi baru terhadap kepercayaan Kristen dan rasionalisme anti-Kristen. Yang pertama menginspirasi Revolusi Amerika dan *Bills of Right* sedangkan yang kedua menjiwai Revolusi Perancis dan perkembangan politik setelahnya. Di bawah kedua pengaruh tersebut demokrasi secara gradual mulai terjadi dan menyebar ke seluruh dunia yang berdasar pada kepercayaan persamaan politik untuk semua laki-laki (dan kemudian untuk semua wanita) dan hak mengatakan siapa yang harus memimpin.

Pada abad ke-20 terjadi elaborasi konsep bahwa semua manusia adalah sama dalam hak asasi manusia. Salah satu keputusan yang dibuat oleh PBB adalah *Universal Declaration of Human Rights* (1948) dimana pasal 1 menyebutkan: "Semua manusia dilahirkan dalam keadaan bebas dan sama dalam martabat dan hak-haknya". Banyak organisasi nasional dan internasional telah menghasilkan pernyataan-pernyataan hak-hak asasi manusia baik untuk semua orang, semua warga negara tersebut, atau untuk kelompok individu tertentu (hak anak, hak pasien, hak konsumen, dll). Banyak organisasi telah dibentuk untuk menjalankan hak-hak tersebut. Namun sayang hak-hak asasi manusia masih belum dihormati di banyak negara.

Profesi kesehatan mempunyai perbedaan sudut pandang mengenai persamaan dan hak-hak pasien. Satu sisi dokter paham bahwa tidak boleh "membiarkan pertimbangan usia, penyakit atau kecacatan, keimanan, etnik, jenis kelamin, nasionalitas, keanggotaan politik, ras, orientasi seksual, atau posisi sosial mengintervensi tugas saya dan pasien saya" (**Deklarasi**

**Jenewa**). Pada saat yang sama dokter juga mengklaim bahwa mereka berhak menolak atau menerima pasien kecuali dalam keadaan gawat. Walaupun pembenaran penolakan ini berhubungan dengan keseluruhan praktek atau kurangnya spesialisasi dan kualifikasi pendidikan, namun jika dokter tidak memberikan alasan penolakan tersebut maka dengan mudah dikatakan dokter telah melakukan deskriminasi. Dalam hal ini hati nurani pasien mungkin satu-satunya cara mencegah pelecehan terhadap hak-hak orang lain, bukan hukum ataupun penegak disiplin.

Bahkan walaupun dalam memilih pasien dokter tetap menghargai dan memandang sama, dokter dapat saja tidak melakukan hal sama dalam hal perilaku dan perawatan yang diberikan kepada pasien. Kasus yang diberikan pada awal bab ini menggambarkan hal tersebut. Seperti dijelaskan dalam Bab I, belas kasih merupakan salah satu nilai inti dari pengobatan juga merupakan elemen pokok dalam hubungan terapi yang baik. Belas kasih berdasarkan pada penghargaan terhadap kehormatan pasien dan nilai yang ada, dan lebih jauh lagi menghargai dan merespon terhadap kerentanan pasien dalam hal penyakit dan/atau kecacatan. Jika pasien merasakan belas kasih dan penghargaan dokter, mereka akan lebih percaya terhadap dokter untuk bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan kepercayaan ini dapat menjadi andil terhadap proses penyembuhan.

Kepercayaan yang sangat penting dalam hubungan dokter-pasien secara umum diartikan bahwa dokter tidak boleh mengabaikan pasien yang perawatannya telah mereka lakukan. **Kode Etik Kedokteran Internasional** dari WMA menyatakan bahwa satu-satunya alasan yang dapat mengakhiri hubungan dokter-pasien adalah jika pasien memerlukan perawatan dokter lain untuk keahlian yang berbeda: "Seorang dokter harus memberikan kepada pasiennya loyalitas penuh dan semua pengetahuan yang dimilikinya". Jika pemeriksaan atau tindakan di luar kapasitas seorang dokter dia harus menyerahkan kepada dokter lain yang mempunyai kemampuan yang diperlukan. Walaupun demikian ada banyak alasan lain mengapa seorang dokter ingin mengakhiri hubungan dengan pasien, seperti dokter tersebut pindah atau berhenti praktek, penolakan pasien atau ketidakmampuan membayar perawatan, ketidaksukaan dokter atau pasien, penolakan pasien melakukan perintah dokter, dll. Alasan tersebut mungkin dapat saja diterima, namun dapat juga tidak etis. Saat melakukan tindakan dokter harus memperhatikan kode etik atau petunjuk lain yang sesuai dan secara hati-hati meneliti motif mereka. Dokter-dokter harus disiapkan untuk dapat membenarkan tindakan mereka, terhadap diri mereka sendiri, kepada pasien, dan kepada pihak ketiga yang sesuai. Jika motif tersebut benar, dokter harus membantu pasien mencari dokter lain yang sesuai atau

”...dalam mengakhiri hubungan dokter-pasien.....Dokter-dokter harus disiapkan untuk dapat mengoreksi tindakan mereka, terhadap diri mereka sendiri, kepada pasien, dan kepada pihak ketiga yang sesuai.

jika hal tersebut tidak mungkin, dokter harus memberitahukan hal tersebut sebelumnya, mengenai penghentian perawatan sehingga pasien dapat mencari

alternatif perawatan medis. Jika motif yang ada tidak benar seperti prasangka yang tidak berdasar, dokter harus mengambil langkah untuk menghadapi defek yang mungkin terjadi.

Banyak dokter, terutama yang bekerja di sektor publik, sering tidak mempunyai kemampuan untuk memilih pasien yang akan mereka rawat. Beberapa pasien dapat saja berbahaya dan dapat mengancam keselamatan dokter, yang lainnya tidak menyenangkan karena sifat anti sosialnya serta perilakunya. Apakah pasien-pasien seperti ini masih berhak mendapatkan hak untuk dihargai dan diperlakukan sama, atukah dokter diharuskan melakukan tindakan lebih atau bahkan heroik untuk menciptakan dan menjaga hubungan terapi mereka? Jika berhubungan dengan pasien seperti ini, dokter harus menyeimbangkan tanggung jawab terhadap keselamatan dan kebaikan diri mereka dan juga staf-stafnya dengan tugasnya untuk menyembuhkan. Dokter harus berusaha mencari jalan agar kedua kewajiban tersebut dapat terpenuhi, dan jika tidak mungkin, harus dicari alternatif perawatan pasien.

Tantangan lain terhadap prinsip penghargaan dan perlakuan yang sama bagi pasien muncul dalam perawatan pasien infeksi. Fokusnya sering kali pada pasien HIV/AIDS, tidak hanya karena penyakitnya yang mengancam jiwa namun juga karena hal itu sering dikaitkan dengan prasangka sosial. Namun ada banyak penyakit infeksi lain yang lebih mudah ditularkan kepada pekerja kesehatan dibanding HIV/AIDS. Beberapa dokter ragu dalam melakukan prosedur invasif terhadap pasien dengan kondisi tersebut karena kemungkinan dokter dapat tertular. Namun demikian, kode etik kedokteran tidak membuat perkecualian terhadap pasien infeksi karena memang kewajiban dokter untuk memperlakukan semua pasien secara sama. Berikut adalah **Statement on the Professional Responsibility of Physicians in Treating AIDS Patient** yang dikeluarkan oleh WMA:

- Pasien AIDS harus mendapatkan perawatan yang tepat dengan belas kasih dan penghargaan martabat manusia.
- Seorang dokter tidak boleh menolak secara etis untuk melakukan tindakan terhadap pasien yang kondisinya dalam kompetensi dokter, hanya karena pasien tersebut **seropositif**.
- Etika kedokteran tidak membenarkan deskriminasi berdasarkan kategori tertentu terhadap pasien hanya karena seropositif tersebut.

- Seorang yang menderita AIDS memerlukan perawatan yang tepat dan dengan belas kasih. Dokter yang tidak sanggup memberikan perawatan dan pelayanan yang diperlukan oleh pasien AIDS harus membuat rujukan yang sesuai terhadap dokter atau fasilitas yang dapat memberikan pelayanan yang diperlukan. Sampai rujukan didapatkan, dokter harus terus merawat pasien berdasarkan kemampuan terbaik yang dimilikinya.

Seorang yang menderita AIDS memerlukan perawatan yang tepat dan dengan belas kasih.

Hubungan dokter-pasien yang memang intim dapat memunculkan ketertarikan seksual. Aturan dasar dalam etika kedokteran tradisional adalah ketertarikan seperti itu harus dicegah. Sumpah Hippocrates: "Tak peduli rumah yang aku kunjungi, saya akan datang demi keuntungan si sakit, tetap bebas dari semua niat yang tidak benar, perilaku yang tidak menyenangkan, dan khususnya hubungan seksual baik dengan pria atau wanita ....". pada tahun-tahun terakhir ini, banyak ikatan dokter mengubah larangan hubungan seksual antara dokter dan pasien mereka. Alasannya tentu saja sevalid seperti yang digunakan oleh Hippocrates 2500 tahun yang lalu. Pasien adalah orang yang sangat rapuh dan percaya terhadap dokter untuk merawat mereka dengan baik. Mereka mungkin tidak akan dapat mencegah adanya ketertarikan seksual terhadap dokter sehingga perawatan yang dilakukan akan kacau. Dan terlebih lagi keputusan klinik seorang dokter dapat saja dipengaruhi oleh adanya keterlibatan emosional dengan pasien.

Alasan yang terakhir tersebut sangat mungkin terjadi ketika dokter merawat anggota keluarganya, yang sangat dicegah dalam berbagai kode etik kedokteran yang ada. Namun seperti dalam beberapa pernyataan kode etik kedokteran yang lain, aplikasinya bisa sangat beragam tergantung keadaannya. Sebagai contoh dokter praktek seorang diri yang bekerja di daerah terpencil mungkin harus memberikan perawatan medis kepada anggota keluarganya terutama dalam keadaan darurat.

## KOMUNIKASI DAN PERSETUJUAN

Persetujuan yang berdasarkan pengetahuan merupakan salah satu konsep inti etika kedokteran saat ini. Hak pasien untuk mengambil keputusan mengenai perawatan kesehatan mereka telah diabadikan dalam aturan hukum dan etika di seluruh dunia. **Deklarasi Hak-hak Pasien** dari WMA menyatakan:

Pasien mempunyai hak untuk menentukan sendiri, bebas dalam membuat keputusan yang menyangkut diri mereka sendiri. Dokter harus memberi tahu pasien konsekuensi dari keputusan yang diambil. Pasien dewasa yang sehat mentalnya memiliki hak

untuk memberi ijin atau tidak memberi ijin terhadap prosedur diagnosa maupun terapi. Pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk mengambil keputusannya. Pasien harus paham dengan jelas apa tujuan dari suatu tes atau pengobatan, hasil apa yang akan diperoleh, dan apa dampaknya jika menunda keputusan.

Kondisi yang diperlukan agar tercapai persetujuan yang benar adalah komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien. Jika paternalisme medis adalah suatu yang normal, maka komunikasi adalah suatu yang mudah karena hanya merupakan perintah dokter dan pasien hanya menerima saja terhadap suatu tindakan medis. Saat ini komunikasi memerlukan sesuatu yang lebih dari dokter karena dokter harus memberikan semua informasi yang diperlukan pasien dalam pengambilan keputusan. Ini termasuk menerangkan diagnosa medis, prognosis, dan regimen terapi yang kompleks dengan bahasa sederhana agar pasien paham mengenai pilihan-pilihan terapi yang ada, termasuk keuntungan dan kerugian dari masing-masing terapi, menjawab semua pertanyaan yang mungkin diajukan, serta memahami apapun keputusan pasien serta alasannya. Ketrampilan komunikasi yang baik tidak dimiliki begitu saja namun harus dibangun dan dijaga dengan usaha yang disadari penuh dan direview secara periodik.

Dua hambatan besar dalam komunikasi dokter-pasien yang baik adalah perbedaan budaya dan bahasa. Jika dokter dan pasien tidak berbicara dalam bahasa yang sama maka diperlukan seorang penterjemah. Sayangnya dalam banyak situasi tidak ada penterjemah yang memadai dan dokter harus mencari orang yang tepat untuk pekerjaan ini. Budaya dapat memunculkan masalah dalam komunikasi karena perbedaan pemahaman budaya tentang penyebab, dan sifat dari penyakit dapat menyebabkan pasien tidak paham terhadap diagnosis dan perawatan yang diberikan. Dalam situasi seperti ini dokter harus membuat segala usaha yang mungkin untuk dapat memahamkan pasien terhadap kesehatan dan penyembuhan serta mengkomunikasikan saran-sarannya kepada pasien sebaik mungkin.

Jika dokter berhasil mengkomunikasikan semua informasi yang diperlukan oleh pasien dan jika pasien tersebut ingin mengetahui diagnosa, prognosis, dan pilihan terapi yang dijalani, maka kemudian pasien akan berada dalam posisi dapat membuat keputusan berdasarkan pemahamannya tentang bagaimana menindaklanjutinya. Walaupun istilah ijin mengandung pengertian menerima perlakuan yang diberikan, namun konsep ijin berdasarkan pengetahuan dan pemahaman juga bermakna sama dengan penolakan terhadap terapi atau memilih

diantara beberapa alternatif terapi. Pasien yang kompeten mempunyai hak untuk menolak perawatan, walaupun penolakan tersebut dapat menyebabkan kecacatan atau kematian.

Bukti adanya ijin dapat eksplisit atau implisit. Ijin eksplisit diberikan secara lisan atau tertulis. Ijin implisit jika pasien mengindikasikan kemauannya untuk menjalani prosedur atau tindakan tertentu melalui perilakunya. Contohnya ijin untuk **venipuncture** (suntikan pada pembuluh vena) secara implisit diberikan melalui tindakan memberikan lengannya. Untuk

Pasien yang kompeten mempunyai hak untuk menolak perawatan, walaupun penolakan tersebut dapat menyebabkan kecacatan atau kematian.

tindakan yang dapat menimbulkan resiko atau melibatkan ketidak nyamanan yang tidak ringan, lebih baik mendapat ijin eksplisit bukan ijin implisit.

Ada dua perkecualian syarat untuk mendapatkan ijin berdasarkan pemahaman oleh pasien yang kompeten:

- Keadaan dimana pasien memberikan secara sukarela hak pengambilan keputusan kepada dokter atau pihak ketiga. Karena kompleksitas masalah atau karena pasien percaya sepenuhnya kepada penilaian dokter, maka pasien dapat saja mengatakan "Lakukan apa yang menurut anda yang terbaik". Dokter tidak boleh terlalu berani bertindak karena mendapat permintaan seperti itu, namun harus tetap memberi pasien informasi dasar mengenai pilihan tindakan yang ada dan tetap menyemangati pasien untuk mengambil keputusan sendiri. Namun setelah diberitahu dan didorong pasien tetap menyerahkan keputusan kepada dokter, dokter harus bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien.
- Keadaan dimana penyampaian informasi kepada pasien dapat menyakiti pasien. Konsep **therapeutic privilege** (hak istimewa terapi) dapat digunakan dalam kasus tersebut dimana dokter diijinkan menyimpan informasi medis jika ternyata menyampaikannya dapat membahayakan atau menyakiti pasien secara emosional, psikologi, fisik dirinya atau orang lain; seperti jika pasien dapat melakukan tindakan bunuh diri jika diagnosa ternyata mengindikasikan adanya penyakit stadium terminal. Hak istimewa ini sangat mungkin disalahgunakan, sehingga dokter hanya boleh menggunakannya dalam keadaan yang ekstrim. Dokter harus mengawasi dengan anggapan bahwa semua orang pasien dapat menghadapi semua fakta dan tetap mencoba terbuka terhadap kasus-kasus dimana dokter menganggap bahwa akan lebih membahayakan jika mengatakan kebenaran dibanding tidak mengatakannya.

Dalam beberapa budaya masih dianut bahwa dokter tidak harus memberitahukan informasi kepada pasien dengan diagnosis penyakit stadium terminal. Hal tersebut dikarenakan dirasa akan menyebabkan pasien putus asa dan menyebabkan sisa hidupnya lebih menderita dibanding jika masih ada harapan untuk sembuh. Hampir di seluruh dunia sangat umum kita jumpai bahwa anggota keluarga pasien meminta dokter untuk tidak mengatakan kepada pasien bahwa mereka sekarat. Dokter haruslah sensitif terhadap budaya dan juga faktor-faktor personal saat memberitahukan kabar buruk, terlebih lagi yang menyangkut kematian. Walaupun demikian hak pasien terhadap persetujuan tindakan berdasarkan pemahaman telah diterima lebih luas dan dokter memiliki tugas utama membantu pasien menggunakan hak tersebut.

Sejalan dengan perkembangan tren anggapan bahwa pelayanan kesehatan merupakan produk konsumen dan pasien adalah konsumen, pasien dan keluarganya secara teratur meminta akses terhadap pelayanan medis yang menurut pendapat dokter tidak tepat. Contohnya adalah permintaan antibiotik untuk infeksi virus sampai perawatan intensif pasien dengan otak yang sudah mati atau prosedur pembedahan atau pemberian obat-obatan yang menjajikan namun belum terbukti. Beberapa pasien mengklaim hak mendapatkan layanan medis apapun yang dirasa dapat menguntungkan mereka, dan sering dokter hanya menyetujuinya bahkan dokter yakin bahwa pilihan tersebut tidak memberikan keuntungan medis terhadap kondisi pasien. Masalah ini dapat menjadi serius jika sumber terbatas dan memberikan tindakan yang sia-sia atau tidak menguntungkan terhadap seorang pasien berarti membiarkan pasien lain tidak terawat atau tidak menerima tindakan.

Kesia-siaan dan hal yang tidak menguntungkan dapat dipahami bahwa dalam keadaan tertentu seseorang dapat menentukan bahwa suatu tindakan adalah sia-sia dan tidak menguntungkan secara medis karena tidak menawarkan harapan yang masuk akal terhadap kesembuhan atau

Dokter tidak berkewajiban menawarkan kepada pasiennya tindakan sia-sia atau hal yang tidak menguntungkan.

perbaikan kondisi atau karena pasiennya secara permanen tidak dapat merasakan keuntungan manfaat dan keuntungan suatu tindakan hanya dapat dianalisis dengan penilaian subjektif pasien mengenai kebaikan badannya. Dokter sebaiknya mengatakan, pasien sebaiknya dilibatkan dalam menentukan ketidakmanfaatan/kesia-siaan dalam kasusnya, kecuali dalam keadaan tertentu seperti diskusi-diskusi, mungkin tak sesuai untuk kebaikan pasien. Dokter tidak berkewajiban menawarkan kepada pasiennya tindakan sia-sia atau hal yang tidak menguntungkan.

Prinsipnya persetujuan tindakan berdasarkan pengetahuan (*informed consent*) berhubungan dengan hak pasien untuk memilih dari beberapa pilihan yang ditawarkan dokter. Sampai sejauh mana pasien dan keluarganya mempunyai hak terhadap suatu layanan kesehatan yang tidak direkomendasikan oleh dokter menjadi topik kontroversi yang besar dalam etika kedokteran, hukum, dan kebijakan publik. Sampai masalah ini diputuskan oleh pemerintah, penyedia asuransi kesehatan, dan/atau organisasi profesional, dokter secara pribadi harus menentukan apakah mereka harus setuju terhadap permintaan suatu tindakan yang tidak sesuai. Dokter harus menolak permintaan seperti itu jika yakin bahwa tindakan tersebut akan lebih membahayakan. Dokter harus juga tahu bahwa mereka mempunyai hak untuk menolak jika tindakan yang akan dilakukan sepertinya tidak akan memberikan kebaikan, atau bahkan membahayakan walaupun kemungkinan efek plasebo tidak dapat diabaikan. Jika sumber-

Apakah pasien mempunyai hak atas pelayanan yang tidak direkomendasikan dokter?

alah, dokter harus mengkonsultasikannya kepada lokasi sumber daya tersebut.

### **PENGAMBILAN KEPUTUSAN UNTUK PASIEN YANG TIDAK KOMPETEN**

Banyak pasien tidak kompeten dalam membuat keputusan untuk mereka sendiri. Contohnya adalah anak-anak, orang dengan kondisi neurologi atau psikiatri tertentu, atau pasien yang tidak sadar sementara atau kondisi koma. Pasien-pasien tersebut membutuhkan pengambil keputusan pengganti, bisa dokter atau orang lain. Masalah etis muncul dalam menentukan siapa yang berhak mewakili pasien dalam mengambil keputusan dan dalam memilih kriteria keputusan berdasarkan kepentingan pasien yang tidak kompeten tersebut.

Jika paternalisme medis berlaku, dokter dianggap sebagai pengambil keputusan yang tepat bagi pasien yang tidak kompeten. Dokter sebaiknya berkonsultasi dengan anggota keluarga mengenai pilihan tindakan yang ada, walaupun keputusan final ada di tangan dokter. Dokter secara gradual mulai kehilangan kewenangan ini di banyak negara, karena pasien diberi hak untuk memilih sendiri siapa yang dapat mewakilinya dalam mengambil keputusan jika memang tidak kompeten lagi. Dan di beberapa negara bagian, secara khusus menentukan siapa yang berhak menjadi wakil pasien dalam mengambil keputusan dalam urutan ke bawah yaitu: suami atau istri, anak dewasa, kakak atau adik dan seterusnya. Dalam hal ini dokter membuat keputusan untuk pasien jika pengganti yang sudah ditentukan tidak dapat ditemukan, yang sering terjadi dalam keadaan darurat. **Declaration on the Rights of the Patients** yang dikeluarkan WMA menyatakan bahwa tugas dokter dalam hal ini adalah:

Jika pasien tidak sadarkan diri atau tidak dapat menyatakan keinginannya, sedapat mungkin harus tetap mendapatkan ijin dari wakil yang secara hukum sah dan relevan. Jika wakil yang sah secara hukum tidak ada, namun tindakan medis harus segera dilakukan, ijin dari pasien mungkin dapat dianggap sudah ada, kecuali jika jelas dan tidak ada keraguan berdasarkan ekspresi atau keyakinan yang jelas dari pasien sebelumnya bahwa dia akan menolak tindakan yang akan dilakukan dalam keadaan tersebut.

Masalah timbul jika mereka yang menyatakan bahwa merekalah yang sesuai sebagai wakil pasien seperti anggota keluarga tidak setuju diantara mereka sendiri, atau jika mereka setuju, keputusan yang diambil bukanlah keputusan terbaik sesuai kepentingan pasien di mata dokter. Dalam situasi yang pertama dokter dapat bertindak sbagai mediator, namun jika tetap tidak terjadi kesepakatan, dapat dipecahkan dengan jalan lain seperti voting atau menyerahkan kepada anggota keluarga yang paling tua. Dalam hal terjadi perdebatan antara wakil pasien dengan dokter. **Declaration on the Rights of the Patients** menawarkan saran sebagai berikut: “Jika wakil pasien yang sah secara hukum atau orang yang telah ditunjuk pasien melarang suatu tindakan untuk dilakukan sedangkan berdasarkan pendapat dokter adalah untuk kepentingan terbaik pasien sendiri, dokter harus menolak keputusan tersebut di dalam institusi hukum yang relevan atau melalui institusi lain”.

Prinsip-prinsip dan prosedur ijin berdasarkan pengetahuan dan pemahaman (*informed consent*) yang telah dibahas hanya dapat diterapkan kepada wakil sebagaimana kepada pasien yang membuat keputusan sendiri. Dokter mempunyai tugas yang sama untuk memberikan semua informasi yang diperlukan untuk mengambil keputusan. Hal ini juga termasuk menerangkan diagnosis, prognosis, dan regimen terapi yang kompleks dengan bahasa sederhana, sehingga yakin bahwa wakil yang ditunjuk paham dengan berbagai pilihan tindakan yang ada, termasuk baik buruknya tindakan tersebut, menjawab pertanyaan yang diajukan, dan memahami apapun keputusan yang diambil dan jika mungkin juga alasannya.

Kriteria prinsip yang digunakan dalam mengambil keputusan tindakan apa yang terbaik bagi pasien yang tidak kompeten adalah apa yang mungkin pasien inginkan jika memang diketahui. Keinginan pasien dapat diketahui dari permintaan atau dapat juga telah dikomunikasikan kepada wakil yang ditunjuk, dokter, atau anggota lain dalam tim perawatan kesehatan. Jika keinginan tersebut tidak dapat diketahui tindakan yang diambil haruslah sepenuhnya hanya untuk kepentingan terbaik pasien dengan mempertimbangkan: (a) diagnosis dan prognosis pasien; (b) nilai-nilai yang diketahui; (c) informasi dari orang-orang

penting dalam kehidupan pasien dan siapa yang dapat membantu mengetahui keinginan terbaik pasien; dan (d) aspek budaya dan agama pasien yang mungkin mempengaruhi keputusan yang akan diambil. Pendekatan ini mungkin kurang pasti dibanding jika pasien telah meninggalkan permintaan khusus mengenai tindakan, namun hal tersebut dapat membuat wakil yang ditunjuk tidak bisa membuat kesimpulan dalam hal pilihan-pilihan selain yang dibuat pasien, dan pendekatannya terhadap kehidupan secara umum, apa yang mungkin akan diputuskan oleh pasien dalam keadaan yang sebenarnya.

Kompetensi membuat keputusan medis dapat saja sulit dinilai terutama untuk anak muda dan orang dengan kapasitas pemahaman yang telah rusak oleh penyakit akut maupun kronik. Seseorang dapat saja kompeten dalam mengambil keputusan untuk satu aspek dalam kehidupan namun tidak pada aspek yang lain. Dan kompetensi dapat juga bersifat intermiten. Walaupun pasien seperti ini tidaklah kompeten secara hukum, keinginannya harus menjadi bahan pertimbangan saat keputusan dibuat untuk pasien tersebut. **Declaration on the Rights of the Patients** menyatakan: Jika pasien memiliki kompetensi minor atau tidak legal, ijin dari wakil yang sah, jika memang relevan secara hukum tetap diperlukan, meskipun demikian pasien harus tetap dilibatkan dalam pengambilan keputusan sejauh kapasitas pasien yang masih memungkinkan”

“...pasien harus tetap dilibatkan dalam pengambilan keputusan sejauh kapasitas pasien yang masih memungkinkan”

putusan dengan pemikiran penuh dan beralasan. Alasan penolakan dapat bermacam-macam, misalnya karena ketidaknyamanan dan kerusakan deritanya. Walaupun mereka masih dapat melakukan suatu intervensi tertentu, contohnya infus

makanan secara i.v., dalam hal ini ekspresi penolakan haruslah diperhatikan secara serius walaupun harus juga dipertimbangkan tujuan menyeluruh dari semua rencana perawatan yang akan diberikan kepada pasien tersebut.

Pasien yang menderita kelainan neurologi atau psikiatri yang jelas dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain memunculkan masalah etis yang sulit. Penting untuk menghormati hak-hak mereka, terutama hak untuk mendapatkan kebebasan sejauh mungkin. Meskipun demikian mereka mungkin harus diyakinkan dan/atau diperlakukan bertentangan dengan keinginan mereka agar tidak menyakiti diri sendiri atau orang lain. Ada perbedaan antara *involuntary confinement* dan *involuntary treatment*. Beberapa pengacara pasien mempertahankan hak pasien tersebut untuk menolak perawatan meski telah diyakinkan hasilnya. Alasan yang dapat diterima kenapa menolak perawatan dapat saja karena

pengalaman yang menyakitkan terhadap perawatan sebelumnya seperti efek samping berat karena pengobatan psikotropik. Jika bertindak sebagai wakil pasien, dokter harus yakin bahwa pasien benar-benar menghadapi bahaya, bukan hanya karena mengganggu orang lain maupun diri sendiri. Dokter harus mencoba meyakinkan keinginan pasien terhadap terapi dan alasannya, meski pada akhirnya tidak terpenuhi.

## KERAHASIAAN

Tugas dokter untuk menjaga kerahasiaan informasi pasien merupakan dasar pokok dalam etika kedokteran sejak jaman Hippocrates. Sumpah Hippocrates menyebutkan: “Apa yang mungkin aku lihat atau dengar dalam perawatan atau bahkan di luar perawatan yang saya lakukan yang berhubungan dengan kehidupan manusia, yang tidak boleh disampaikan ke luar, saya akan menyimpannya sebagai sesuatu yang memalukan untuk dibicarakan”. Sumpah ini, dan versi yang lebih baru, tidak menempatkan perkecualian dalam tugas menjaga kerahasiaan. Kode Etik Kedokteran Internasional dari WMA menyatakan “Seorang dokter harus menjaga kerahasiaan secara absolut mengenai yang dia ketahui tentang pasien-pasien mereka bahkan setelah pasien tersebut mati”. Namun kode etik yang lain menolak adanya absolutisme kerahasiaan. Kemungkinan mengapa rahasia dapat tembus/dibuka, kadang karena panggilan hukum terhadap klarifikasi kerahasiaan itu sendiri.

“Seorang dokter harus menjaga kerahasiaan secara absolut mengenai yang dia ketahui tentang pasien-pasien mereka bahkan setelah pasien tersebut mati”.

Kerahasiaan mempunyai tiga sumber: otonomi, privasi, dan kerahasiaan. Otonomi berhubungan dengan kerahasiaan karena informasi pribadi tentang seseorang adalah miliknya sendiri dan tidak boleh diketahui orang lain tanpa ijinnya. Jika seseorang membuka informasi pribadi kepada orang lain seperti dokter atau suster, atau jika informasi muncul pada saat pemeriksaan medis, haruslah tetap dijaga kerahasiaannya kecuali diijinkan untuk dibuka dengan sepengetahuan pribadi.

Kerahasiaan juga penting karena manusia berhak dihargai. Salah satu cara penting dalam menunjukkan penghormatan adalah dengan menjaga privasi mereka. Dalam setting medis, privasi kadang betul-betul dikompromikan, namun lebih karena untuk menjaga kehidupan pribadi pasien supaya tidak terlalu terganggu, yang hal ini memang tidak diperlukan. Karena setiap orang berbeda dalam keinginannya untuk terhadap privasi, kita tidak dapat mengasumsikan bahwa setiap orang ingin diperlakukan seperti kita ingin diperlakukan. Perhatian harus diberikan untuk menentukan informasi pribadi mana yang ingin tetap dijaga kerahasiaannya oleh pasien dan mana yang boleh dibagikan kepada orang lain.

Kepercayaan merupakan bagian penting dalam hubungan dokter-pasien. Untuk dapat menerima perawatan medis, pasien harus membuka rahasia pribadi kepada dokter atau orang yang mungkin benar-benar asing bagi mereka mengenai informasi yang mungkin tidak ingin diketahui orang lain. Mereka pasti memiliki alasan yang kuat untuk mempercayai orang yang memberikan perawatan bahwa mereka tidak akan membocorkan informasi tersebut. Kepercayaan merupakan standar legal dan etis dari kerahasiaan dimana profesi kesehatan harus menjaganya. Tanpa pemahaman bahwa pembeberan tersebut akan selalu dijaga kerahasiaannya, pasien mungkin akan menahan informasi pribadi yang dapat mempersulit dokter dalam usahanya memberikan intervensi efektif atau dalam mencapai tujuan kesehatan publik tertentu.

**Declaration on the Rights of the Patients** yang dikeluarkan oleh WMA memuat hak pasien terhadap kerahasiaan sbb:

- Semua informasi yang teridentifikasi mengenai status kesehatan pasien, kondisi medis, diagnosis, prognosis, dan tindakan medis serta semua informasi lain yang sifatnya pribadi, harus dijaga kerahasiaannya, bahkan setelah kematian. Perkecualian untuk kerabat pasien mungkin mempunyai hak untuk mendapatkan informasi yang dapat memberitahukan mengenai resiko kesehatan mereka.
- Informasi rahasia hanya boleh dibebarkan jika pasien memberikan ijin secara eksplisit atau memang bisa dapat diberikan secara hukum kepada penyedia layanan kesehatan lain hanya sebatas “apa yang harus diketahui” kecuali pasien telah mengizinkan secara eksplisit.
- Semua data pasien harus dilindungi. Perlindungan terhadap data harus sesuai selama penyimpanan. Substansi manusia dimana data dapat diturunkan juga harus dilindungi.

Deklarasi ini juga menyatakan adanya perkecualian terhadap kewajiban menjaga kerahasiaan, beberapa hal relatif tidak masalah, tetapi yang lain dapat memunculkan masalah etik yang sulit bagi dokter.

Pembeberan (keterangan/membuka rahasia) adalah hal yang rutin dalam kerahasiaan, sering muncul di sebagian besar institusi kesehatan. Banyak orang seperti dokter, perawat, teknisi lab, mahasiswa, dll memerlukan akses terhadap rekam medis pasien untuk memberikan perawatan yang baik terhadap orang tersebut dan bagi mahasiswa untuk mempelajari bagaimana praktek pengobatan. Jika pasien berbicara dengan bahasa yang berbeda dengan



Tuntutan terhadap pembeberan kerahasiaan yang tidak diminta oleh hukum namun harus tetap dilakukan adalah saat dimana akan ada bahaya yang diyakini mengancam, serius dan tidak terbalikkan, tidak terhindarkan, kecuali dengan membeberkan informasi yang sebenarnya tidak boleh dibebarkan. Dalam menentukan proporsionalitas bahaya yang mungkin timbul, dokter harus menilai dan membandingkan keseriusan bahaya dan kemungkinan terjadinya. Jika masih diragukan, akan lebih baik bagi dokter untuk mencari masukan dalam hal ini dari orang yang lebih ahli.

Jika dokter telah memastikan bahwa tugas untuk mengingatkan ahli hukum akan hal (pembeberan) yang bertentangan dengan aturan sudah dilakukan, maka dua keputusan lebih lanjut harus dibuat. Siapa yang diberi tahu? Dan berapa banyak? Secara umum pembeberan hanya sebatas informasi yang memang diperlukan untuk mencegah bahaya yang ingin diantisipasi dan hanya diberikan kepada orang yang memang dapat mencegah bahaya tersebut. Langkah-langkah yang logis harus diambil untuk meminimalkan bahaya dan serangan atas pasien yang mungkin terjadi karena pembeberan informasi tersebut. Disarankan untuk memberitahukan pasien bahwa telah terjadi pembeberan informasi namun hanya untuk melindungi pasien tersebut dan korban yang mungkin akan timbul. Kerjasama pasien harus diperoleh jika mungkin.

Dalam kasus pasien HIV positif pembeberan informasi kepada pasangan atau partner seksnya saat itu bukanlah sesuatu yang tidak etis, dan bahkan dibenarkan jika pasien tidak bersedia menginformasikannya kepada orang (orang-orang) tersebut bahwa dia (mereka) dalam resiko. Pembeneran dari pembeberan informasi haruslah berdasar: partner beresiko terinfeksi HIV namun tidak mengetahui kemungkinan terinfeksi; pasien menolak memberi tahu pasangan seksnya; pasien menolak bantuan dokter untuk melakukannya; dan dokter telah mengatakan kepada pasien untuk memberitahu pasangannya.

Perawatan medis terhadap orang yang diduga atau terlibat tindak kriminal menjadi masalah yang sulit jika dihubungkan dengan kerahasiaan yang harus dijaga. Walaupun dokter mempunyai keterbatasan dalam melakukan perawatan terhadap orang yang sedang menjalani hukuman, dokter tetap harus melakukan yang terbaik yang bisa dilakukan seperti terhadap pasien yang lain. Khususnya dokter tidak boleh memberitahukan kepada pejabat penjara secara detail kondisi medis pasien tanpa terlebih dahulu meminta ijin kepada pasien.

## MASALAH DI AWAL KEHIDUPAN

Masalah etis yang muncul dalam etika kedokteran sebagian besar berhubungan dengan masalah di awal kehidupan. Manual ini hanya terbatas karena masalah tersebut tidak bisa dijelaskan dalam manual ini secara detail namun tetap penting untuk diketahui agar paham segi etisnya dan bagaimana berhadapan secara etis pula. Setiap masalah yang muncul telah menjadi bahan analisis yang luas dari organisasi kedokteran, lembaga penasehat pemerintah dan etik, dan di banyak negara terdapat hukum, regulasi, dan kebijakan yang menyangkut masalah tersebut.

- **KONTRASEPSI.** Walaupun ada peningkatan pengakuan dunia internasional terhadap hak perempuan untuk mengontrol kesuburannya, termasuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, dokter tetap harus menghadapi masalah sulit seperti permintaan kontrasepsi mulai dari yang sederhana dan menjelaskan resiko dari berbagai metode kontrasepsi yang berbeda.
- **REPRODUKSI BUATAN.** Bagi pasangan atau pribadi yang tidak bisa menjadi hamil secara alami ada berbagai teknik reproduksi dengan bantuan seperti inseminasi buatan dengan fertilisasi in vitro dan transfer embrio, yang mudah didapat di pusat kesehatan utama. Tidak ada satupun teknik yang tidak problematik baik bagi individu maupun bagi kebijakan publik.
- **PRENATAL GENETIC SCREENING.** Sekarang ini ada tes-tes genetik untuk melihat apakah embrio atau fetus menderita suatu abnormalitas genetik dan untuk melihat apakah laki-laki atau perempuan. Tergantung dari penemuannya, dapat diambil keputusan apakah terus meneruskan kehamilan atau tidak. Dokter harus menentukan kapan dapat menawarkan tes seperti itu dan bagaimana menjelaskan hasilnya kepada pasien.
- **ABORSI.** Aborsi telah lama menjadi salah satu masalah dalam etika kedokteran yang paling beraneka ragam, baik bagi dokter maupun pemegang kebijakan publik. **Statement on Therapeutic Abortion** yang dikeluarkan oleh WMA menghargai keberagaman pendapat mengenai masalah ini dan menyimpulkan bahwa: "Ini merupakan masalah keyakinan dan hati nurani pribadi yang harus dipahami".
- **NEONATUS DENGAN KELAINAN BERAT.** Karena prematuritas ekstrim atau abnormalitas kongenital, beberapa janin mempunyai prognosis yang buruk untuk dapat bertahan. Keputusan yang sulit kadang harus diambil apakah mencoba untuk memperpanjang hidup ataukah membiarkannya meninggal.
- **PENELITIAN.** Ini termasuk produksi embrio baru atau penggunaan 'suku cadang' embrio (yang tidak dimaksudkan untuk tujuan reproduksi) untuk mendapatkan stem cell

yang potensial digunakan dalam aplikasi terapi, percobaan teknik baru dalam reproduksi buatan, dan eksperimentasi terhadap janin.

### **MASALAH DI AKHIR KEHIDUPAN**

Masalah di akhir kehidupan beragam dari usaha memperpanjang hidup pasien yang sekarat sampai teknologi eksperimental canggih seperti implantasi organ binatang, percobaan mengakhiri hidup lebih awal melalui euthanasia dan bunuh diri secara medis. Di antara hal-hal yang ekstrim tersebut ada banyak masalah seperti memulai atau menghentikan perawatan yang dapat memperpanjang hidup, perawatan pasien dengan penyakit stadium terminal serta kelayakan dan penggunaan peralatan bantuan hidup lanjut.

Dua masalah yang pantas mendapat perhatian khusus: euthanasia dan bantuan bunuh diri.

- **EUTHANASIA** adalah tahu dan secara sadar melakukan suatu tindakan yang jelas dimaksudkan untuk mengakhiri hidup orang lain dan juga termasuk elemen-elemen berikut: subjek tersebut adalah orang yang kompeten dan paham dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan yang secara sukarela meminta hidupnya diakhiri; agen mengetahui tentang kondisi pasien dan menginginkan kematian dan melakukan tindakan dengan niat utama mengakhiri hidup orang tersebut; dan tindakan dilakukan dengan belas kasih dan tanpa tujuan pribadi.
- **BANTUAN BUNUH DIRI** berarti tahu dan secara sadar memberikan kepada seseorang pengetahuan atau alat atau keduanya yang diperlukan untuk melakukan bunuh diri, termasuk konseling mengenai obat dosis letal, meresepkan obat dosis letal, atau memberikannya.

Euthanasia dan bunuh diri dengan bantuan sering dianggap sama secara moral, walaupun antara keduanya ada perbedaan yang jauh secara praktek maupun dalam hal yuridiksi legal.

Euthanasia dan bunuh diri dengan bantuan secara definisi harus dibedakan dengan menunda atau menghentikan perawatan medis yang tidak diinginkan, sia-sia atau tidak tepat atau ketentuan perawatan paliatif, bahkan jika tindakan-tindakan tersebut dapat memperpendek hidup.

Permintaan euthanasia dan bantuan bunuh diri muncul sebagai akibat dari rasa sakit atau penderitaan yang dirasa pasien tidak tertahankan. Mereka lebih memilih mati dari pada meneruskan hidup dalam keadaan tersebut. Lebih jauh lagi, banyak pasien menganggap mereka mempunyai hak untuk mati dan bahkan hak memperoleh bantuan untuk mati. Dokter dianggap sebagai instrumen kematian yang paling tepat karena mereka mempunyai

pengetahuan medis dan akses kepada obat-obatan yang sesuai untuk mendapatkan kematian yang cepat dan tanpa rasa sakit.

Tentunya dokter akan merasa enggan memenuhi permintaan tersebut karena merupakan tindakan yang ilegal di sebagian besar negara dan dilarang dalam sebagian besar kode etik kedokteran. Larangan tersebut merupakan bagian dari sumpah Hippocrates dan telah dinyatakan kembali oleh WMA dalam **Declaration on Euthanasia**:

Euthanasia yang merupakan tindakan mengakhiri hidup seorang pasien dengan segera, tetaplah tidak etik bahkan jika pasien sendiri atau keluarga dekatnya yang memintanya. Hal ini tetap saja tidak mencegah dokter dari kewajibannya menghormati keinginan pasien untuk membiarkan proses kematian alami dalam keadaan sakit tahap terminal.

Penolakan terhadap euthanasia dan bantuan bunuh diri tidak berarti dokter tidak dapat melakukan apapun bagi pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa pada stadium lanjut dan dimana tindakan kuratif tidak tepat. Pada tahun-tahun terakhir telah terjadi kemajuan yang besar dalam perawatan paliatif untuk mengurangi rasa sakit dan penderitaan serta meningkatkan kualitas hidup.

”...dokter tidak boleh membiarkan pasien sekarat namun tetap memberikan perawatan dengan belas kasih bahkan jika sudah tidak mungkin disembuhkan.”

usia, dari anak-anak dengan penyakit aspek dalam pengobatan paliatif yang memerlukan perhatian lebih adalah kontrol rasa sakit. Semua dokter yang merawat pasien sekarat harus yakin bahwa mereka mempunyai cukup ketrampilan dalam masalah ini, dan jika mungkin juga memiliki akses terhadap bantuan yang sesuai dari ahli pengobatan paliatif. Dan di atas semuanya itu, dokter tidak boleh membiarkan pasien sekarat namun tetap memberikan perawatan dengan belas kasih bahkan jika sudah tidak mungkin disembuhkan.

Pendekatan terhadap kematian memunculkan berbagai tantangan etis kepada pasien, wakil pasien dalam mengambil keputusan, dan juga dokter. Kemungkinan memperpanjang hidup dengan memberikan obat-obatan, intervensi resusitasi, prosedur radiologi, dan perawatan intensif memerlukan keputusan mengenai kapan memulai tindakan tersebut dan kapan menghentikannya jika tidak berhasil.

Seperti dibahas di atas, jika berhubungan dengan komunikasi dan ijin, pasien yang kompeten mempunyai hak untuk menolak tindakan medis apapun walaupun jika penolakan itu dapat

menyebabkan kematian. Setiap orang berbeda dalam menanggapi kematian; beberapa akan melakukan apapun untuk memperpanjang hidup mereka, tak peduli seberapa sakit dan menderitanya; sedang yang lain sangat ingin mati sehingga menolak bahkan tindakan yang sederhana yang dapat membuat mereka tetap hidup seperti antibiotik untuk pneumonia bakteri. Jika dokter telah melakukan setiap usaha untuk memberitahukan kepada pasien semua informasi tentang perawatan yang ada serta kemungkinan keberhasilannya, dokter harus tetap menghormati keputusan pasien apakah akan memulai atau melanjutkan suatu terapi.

Pengambilan keputusan di akhir kehidupan untuk pasien yang tidak kompeten memunculkan kesulitan yang lebih besar lagi. Jika pasien dengan jelas mengungkapkan keinginannya sebelumnya seperti menggunakan bantuan hidup lanjut, keputusan akan lebih mudah walaupun bantuan seperti itu kadang sangat samar-samar dan harus diinterpretasikan berdasarkan kondisi aktual pasien. Jika pasien tidak menyatakan keinginannya dengan jelas, wakil pasien dalam mengambil keputusan harus menggunakan kriteria-kriteria lain untuk keputusan perawatan yaitu kepentingan terbaik pasien.

### **KEMBALI KE KASUS**

Berdasarkan analisis hubungan dokter-pasien yang dibahas dalam bab ini, tindakan dr P memiliki kekurangan dalam hal: (1) Komunikasi – dia tidak mencoba mengkomunikasikan kepada pasien mengenai kemungkinan penyebab kondisinya, pilihan-pilihan tindakan, dan kemampuan pasien jika dia harus menginap di RS; (2) Ijin – dia tidak mendapat ijin dari pasien mengenai tindakan yang dilakukannya; (3) Belas Kasih – dia hanya menunjukkan sedikit belas kasih kepada pasien. Tindakan bedahnya mungkin memang sangat kompeten dan mungkin memang benar-benar capek di akhir tugas jaganya namun itu tidak melepaskannya dari kelalian etik

### **BAB III**

### **DOKTER DAN MASYARAKAT**

**TUJUAN:**

Setelah selesai dari bab ini diharapkan anda mampu:

- Mengenali konflik yang muncul antara kewajiban dokter terhadap pasien dan masyarakat dan mengidentifikasi alasan-alasannya.
- Mengidentifikasi dan menghadapi masalah-masalah etis yang berkaitan dengan alokasi sumber-sumber pengobatan yang terbatas.
- Mengetahui tanggung jawab dokter terhadap kesehatan publik dan global.

### **KASUS NO 2:**

dr. S sangat jengkel dengan pasien-pasiennya yang datang kepadanya yang sebelum atau sesudahnya berkonsultasi dengan dokter lain untuk masalah yang sama. dr. S menganggap ini merupakan pemborosan dan juga merugikan bagi kesehatan pasiennya. dr. S memutuskan untuk berbicara kepada pasien-pasien tersebut bahwa dia tidak akan merawat mereka jika mereka tetap menemui dokter lain untuk penyakit yang sama. dr. S bermaksud mendekati ikatan dokter di negaranya agar dapat melobi pemerintah untuk mencegah terjadinya bentuk kesalahan alokasi sumber-sumber pelayanan medis seperti ini.

### **APA YANG MENARIK DARI HUBUNGAN DOKTER-MASYARAKAT?**

Pengobatan adalah suatu profesi. Kata profesi mempunyai dua arti berbeda walaupun saling terkait: (1) pekerjaan dengan ciri dedikasi kepada kesehatan orang lain, standar moral yang tinggi, memerlukan pengetahuan dan ketrampilan, serta derajat otonomi yang tinggi; dan (2) semua orang yang melakukan pekerjaan tersebut. Profesi kesehatan dapat berarti praktek pengobatan atau dokter secara umum.

”Saat ini pengobatan lebih merupakan aktivitas sosial dan tidak hanya terbatas pada kegiatan individu.....”

ya melibatkan hubungan antara seorang dokter dengan masyarakat. Hubungan ini dijelaskan dalam bab II, dan hubungan dengan kolega serta profesi dalam Bab IV, namun juga melibatkan hubungan dengan masyarakat. Hubungan ini berbentuk ’kontrak sosial’ dimana masyarakat memberikan profesi kehormatan, termasuk tanggung jawab pokok atau eksklusif untuk ketepatan layanan-layanan tertentu serta derajat yang tinggi dalam hal self-regulation, dan sebagai akibatnya, profesi setuju untuk menggunakan kehormatan mereka terutama untuk kebaikan orang lain dan selanjutnya untuk mereka sendiri.

Saat ini pengobatan lebih merupakan aktivitas sosial dan tidak hanya terbatas pada individu yang terjadi dalam konteks organisasi pemerintah dan perusahaan dan juga pendanaan.

Pengobatan juga bersandar pada penelitian medis yang dilakukan oleh suatu perusahaan atau publik serta pengembangan produk bagi dasar pengetahuan dan perawatan. Pengobatan memerlukan institusi kesehatan yang kompleks karena banyaknya prosedur yang ada serta penyakit dan kesakitan yang ada sebanyak masyarakat seperti halnya sifat biologisnya.

Tradisi etika kedokteran Hippocrates hanya memiliki sedikit arahan dalam hubungannya dengan masyarakat. Untuk melengkapi tradisi ini, etika kedokteran saat ini membahas masalah-masalah yang muncul di luar hubungan dokter-pasien secara individual dan memberikan kriteria dan proses-proses bagaimana berhadapan dengan masalah tersebut.

Berbicara karakter sosial dari pengobatan akan segera memunculkan pertanyaan – Apakah masyarakat itu? Dalam Manual ini masyarakat berarti komunitas atau bangsa. Masyarakat tidak bersinonim dengan pemerintah; pemerintah seharusnya walaupun sering tidak mewakili kepentingan masyarakat, dan bahkan walaupun hal ini dilakukan, mereka melakukan untuk masyarakat, bukan sebagai masyarakat.

Dokter mempunyai berbagai hubungan dengan masyarakat. Karena masyarakat dan lingkungan fisik merupakan faktor penting dalam kesehatan pasien maka profesi kesehatan secara umum dan dokter khususnya mempunyai peran penting dalam kesehatan publik, pendidikan kesehatan, perlindungan lingkungan, hukum-hukum yang mempengaruhi kesehatan, atau kesehatan komunitas, dan persaksian dalam pengadilan. Sebagaimana **Declaration on the Rights of the Patient** dari WMA menyebutkan: "jikalau undang-undang, tindakan pemerintah atau administrasi atau institusi lain menyangkal hak-hak pasien [mereka], dokter harus mengusahakan berbagai cara untuk mengembalikan hak-hak tersebut". Dokter juga mempunyai peran penting dalam mengalokasikan sumber-sumber kesehatan yang terbatas dalam masyarakat, dan kadang mempunyai tugas mencegah pasien mendapatkan pelayanan yang tidak diperuntukkan bagi mereka. Dalam mengimplementasikan tanggung jawab ini bisa saja muncul konflik-konflik etis, terutama jika kepentingan masyarakat sepatinya berbeda dengan kepentingan pasien secara individu.

### **LOYALITAS GANDA**

Dokter mempunyai tanggung jawab dan akan mempertanggung jawabkan baik kepada pasien dan pihak ketiga, dan jika tanggung jawab serta akuntabilitas ini tidak saling bersesuaian maka dokter akan berada dalam loyalitas ganda. Pihak ketiga yang menuntut loyalitas dokter adalah pemerintah, orang yang mempekerjakan (rumah sakit, dan orang kesehatan),

perusahaan asuransi, angkatan bersenjata, polisi, petugas penjara, dan anggota keluarga. Walaupun Kode Etik Kedokteran Internasional dari WMA menyatakan bahwa "Dokter harus berdedikasi sepenuhnya terhadap pasien", namun dalam beberapa pengecualian dokter boleh saja menempatkan kepentingan orang lain diatas kepentingan pasiennya. Tantangan etisnya adalah memutuskan kapan dan bagaimana melindungi pasien dari tekanan pihak ketiga.

"...dalam beberapa pengecualian dokter boleh saja menempatkan kepentingan orang lain diatas kepentingan pasiennya."

kapan kepentingan masyarakat harus didahulukan dan yang diutamakan. Di antara keduanya terdapat daerah abu-abu yang tepat memerlukan ketajaman yang jelas.

Di sisi lain ada tuntutan untuk melaporkan pasien yang menderita penyakit tertentu, yang tidak diijinkan untuk mengemudi, atau yang diduga sebagai korban pelecehan anak. Dokter harus memenuhi tuntutan ini tanpa keraguan, walaupun pasien harus diberi tahu bahwa pelaporan seperti ini akan dilakukan.

Di sisi yang lain juga ada permintaan dan perintah dari kepolisian atau angkatan bersenjata untuk ikut dalam praktek yang dapat saja melanggar hak asasi manusia, seperti penyiksaan. Dalam **Resolution on the Responsibility of Physician in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware** tahun 2003 WMA memberi arahan khusus kepada dokter dalam situasi ini untuk menjaga kebebasan profesi untuk menentukan kepentingan terbaik pasien dan harus mengobservasi sejauh mungkin akan tuntutan etik terhadap ijin pasien berdasarkan pengetahuan dan kerahasiaan.

"Dokter harus melaporkan kepada pejabat berwenang atas intervensi yang tidak benar dalam perawatan pasiennya, terutama jika hak asasi manusia dilanggar."

berdasar dan harus disampaikan kepada pejabat berwenang atas intervensi yang tidak benar jika hak asasi manusia dilanggar. Jika pejabat yang berwenang berasal dari ikatan dokter di negara tersebut,

WMA, dan organisasi perlindungan hak asasi manusia.

Di antaranya adalah beberapa program perawatan kesehatan yang dapat membatasi otonomi klinik dokter, bagaimana pasien tersebut harus dirawat. Walaupun praktek-praktek tersebut tidak selalu bertentangan dengan kepentingan terbaik pasien, namun tetap saja sebaliknya, sehingga dokter harus mempertimbangkan dengan hati-hati apakah mereka harus terlibat dalam program tersebut. Jika tidak ada pilihan karena tidak adanya program alternatif, dokter

harus benar-benar membimbing untuk pasien mereka sendiri dan melalui ikatan dokter untuk kepentingan semua pasien yang terpengaruh oleh kebijakan tersebut.

Bentuk khusus dari loyalitas ganda ini yang dihadapi oleh dokter adalah konflik kepentingan yang aktual maupun potensial yang terjadi antara organisasi komersial dengan pasien dan/atau masyarakat. Perusahaan obat, alat kesehatan dan organisasi komersial lain secara teratur menawari dokter hadiah dan keuntungan lain yang bervariasi dari contoh gratis sampai liburan dan akomodasi dalam acara-acara pendidikan sebagai imbalan karena keikutsertaannya dalam penelitian (lihat Bab V). Motif di balik hal tersebut agar dokter mau meresepkan atau menggunakan produk perusahaan tersebut, yang mungkin bukan yang terbaik bagi pasien dan/atau dapat menambah biaya yang tidak perlu bagi kesehatan

”...dokter harus menyelesaikan konflik yang muncul antara kepentingana mereka sendiri dengan pasien mereka menurut keinginan pasien.”

**ship between Physicians and Commercial**  
an bagi dokter dalam situasi seperti itu dan duan tersendiri. Prinsip etik pokok yang

menjawai aturan tersebut adalah bahwa dokter harus menyelesaikan konflik yang muncul antara kepentingana mereka sendiri dengan pasien mereka menurut keinginan pasien.

### **ALOKASI SUMBER DAYA**

Di setiap negara di dunia bahkan yang kaya, ada jarak yang lebar dan terus bertambah antara kebutuhan dan keinginan terhadap layanan kesehatan dan ketersediaan sumber-sumber daya untuk meyediakan layanan tersebut sehingga diperlukan rasionalisasi terhadap sumber-sumber daya yang ada menurut aturan tertentu. Rasionalisasi layanan kesehatan atau alokasi sumber daya terjadi pada tiga level:

- Pada level tertinggi (makro), pemerintah menentukan berapa anggaran total yang harus dialokasikan untuk kesehatan, ekspansi layanan kesehatan mana yang disediakan tanpa biaya dan mana yang meminta bayaran baik secara langsung dari pasien atau dari asuransi kesehatan; dalam anggaran kesehatan, berapa banyak untuk imbalan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain, untuk modal dan operasional rumah sakit dan institusi lain, untuk penelitian, pendidikan, tenaga kesehatan profesional, untuk merawat kondisi khusus seperti TBS atau AIDS, dan seterusnya.
- Pada level institusional (meso), termasuk rumah sakit, klinik, agen-agen layanan kesehatan, dll, pemegang kekuasaan memutuskan bagaimana mengalokasikan sumber-sumber daya yang ada: layanan apa yang diberikan, berapa digunakan untuk staf, peralatan, keamanan, kegiatan lain, renovasi, akspansi, dll.

- Pada level pasien secara individu (mikro), penyedia layanan kesehatan terutama dokter memutuskan tes-tes apa yang sebaiknya ditawarkan, apakah rujukan kepada dokter lain diperlukan, apakah pasien harus menjalani operasi, apakah obat paten yang harus diberikan atau yang generik, dll. Diperkirakan dokter bertanggung jawab terhadap 80% kebutuhan layanan kesehatan dan walaupun ada pelanggaran pelayanan, dokter masih mempunyai keleluasaan atas sumber-sumber mana yang masih dapat diakses oleh pasien.

Pilihan yang dibuat pada setiap level mempunyai komponen etik yang penting, karena hal tersebut berdasarkan nilai-nilai dan mempunyai konsekuensi yang besar terhadap kesehatan dan kebaikan individu serta komunitas. Walaupun dokter secara pribadi dipengaruhi oleh keputusan pada setiap level, dokter masih mempunyai keterlibatan paling besar di tingkat mikro. Ini yang akan menjadi pokok dalam bahasan berikutnya.

Seperti yang sudah disebutkan, dokter wajib bertindak berdasarkan kepada kepentingan terbaik pasien semata, tanpa mempertimbangkan kebutuhan orang lain. Nilai-nilai etik utama seperti belas kasih, kompetensi, dan otonomi hanyalah untuk layanan kebutuhan pasien

”...dokter tidak hanya bertanggung jawab terhadap pasiennya saja namun sampai kadar tertentu, juga terhadap pasien yang lain.”

etika kedokteran merupakan jembatan dari dimana keinginan pasien secara pribadi menjadi sumber apa yang sebaiknya diterima pasien telah menjadi faktor penting dalam pengambilan keputusan medis karena mengikuti pendekatan yang lebih sosial terhadap distribusi sumber-sumber daya, suatu pendekatan yang mempertimbangkan kebutuhan pasien lain. Berdasarkan pendekatan ini, dokter tidak hanya bertanggung jawab terhadap pasiennya saja namun sampai kadar tertentu, juga terhadap pasien yang lain.

Pemahaman baru terhadap peran dokter dalam mengalokasikan sumber-sumber daya disebutkan dalam kode etik kedokteran di banyak negara, dan juga dalam **Declaration on the Rights of the Patient** dari WMA yang menyatakan: ”Dalam keadaan dimana pilihan harus dibuat antara pasien-pasien yang potensial untuk perawatan tertentu dengan suplai yang terbatas, seluruh pasien tersebut diikuti dengan prosedur seleksi yang adil untuk memperoleh perawatan tersebut. Pilihan tersebut harus berdasarkan kriteria medis dan tanpa diskriminasi.

Salah satu cara melatih tanggung jawab dalam alokasi sumber-sumber adalah dengan menghindari praktek-praktek yang boros dan tidak efisien, bahkan jika pasien memintanya.

”Salah satu cara melatih tanggung jawab dalam alokasi sumber-sumber adalah dengan menghindari praktek-praktek yang boros dan tidak efisien, bahkan jika pasien memintanya.”

mboros dan berbahaya. Banyak dari banyak perawatan yang biasa dilakukan n perawatan tersebut. Acuan praktek

klinik untuk berbagai kondisi medis yang berguna untuk membedakan perawatan yang efektif dan tidak efektif. Dokter harus membiasakan diri dengan acuan tersebut, untuk menjaga sumber-sumber dan juga memberikan perawatan yang optimal bagi pasiennya.

Satu jenis keputusan alokasi yang harus diambil oleh banyak dokter adalah pilihan dimana dua atau lebih pasien memerlukan sumber yang terbatas seperti perhatian staf unit gawat darurat, tempat perawatan intensif yang tinggal satu tempat tidur, organ untuk tranplantasi, tes radiologi berteknologi tinggi, dan obat yang sangat mahal. Dokter yang memiliki kontrol terhadap sumber ini harus memutuskan pasien mana yang memiliki akses terhadap sumber itu dan mana yang tidak, serta sadar bahwa pasien yang tidak mendapatkan akan menderita atau bahkan bisa mati.

Beberapa dokter menghadapi konflik tambahan dalam alokasi sumber-sumber dimana mereka mempunyai peran dalam memformulasikan kebijakan umum yang dapat mempengaruhi pasien mereka, selain orang lain. Konflik ini muncul di rumah sakit dan institusi lain dimana dokter memegang posisi administratif atau pelayanan terhadap komunitas dimana kebijakan-kebijakan direkomendasikan atau ditentukan. Walaupun banyak dokter mencoba melepaskan diri mereka sendiri dari keasyikan dengan pasien mereka sendiri, yang lain mungkin mencoba menggunakan kedudukan mereka untuk mengkaji luas pasien-pasien mereka di atas orang lain dengan kebutuhan yang lebih besar.

Dalam menghadapi masalah-masalah alokasi ini, dokter tidak boleh hanya menyeimbangkan prinsip belas kasih dan keadilan namun dalam melakukan harus memutuskan pendekatan keadilan mana yang sesuai. Ada beberapa pendekatan yang dapat dilakukan, diantaranya:

- **LIBERTARIAN** – sumber-sumber harus didistribusikan sesuai kebijakan pasar (pilihan berdasarkan kemampuan dan kesediaan membayar, dengan bantuan terbatas bagi golongan miskin sekali);
- **UTILITARIAN** – sumber-sumber didistribusikan menurut prinsip keuntungan maksimum bagi semua
- **EGALITARIAN** – sumber-sumber didistribusikan dengan ketat menurut kebutuhan

- **RESTORATIF** - sumber-sumber didistribusikan sedemikian rupa untuk memperbaiki sesuatu yang dalam perjalanan sejarahnya kurang baik.

Seperti disebutkan di atas, dokter telah berpindah secara gradual dari etika kedokteran individual tradisional yang lebih berdasarkan pendekatan libertarian, menuju konsep yang lebih sosial dari peran mereka. Walaupun pendekatan libertarian ditolak, namun etika kedokteran belum mencapai konsensus mana dari tiga pendekatan itu yang lebih unggul. Masing-masing memberikan hasil yang berbeda jika diaplikasikan pada masalah yang disebutkan sebelumnya yaitu memutuskan terapi apa yang sebaiknya ditawarkan, apakah rujukan kepada dokter lain diperlukan, apakah pasien harus dirawat di rumah sakit, apakah obat paten yang harus digunakan bukan yang generik, siapa yang mendapat organ untuk transplantasi, dll. Pendekatan utilitarian mungkin yang paling sulit diterapkan oleh dokter sendiri karena memerlukan data yang sangat banyak mengenai luaran yang mungkin dicapai dari hasil intervensi yang berbeda, tidak hanya bagi pasiennya sendiri tapi juga untuk orang

”...pilihan.....akan tergantung moralitas personal yang dimiliki dokter dan juga lingkungan sosio-politik dimana dia praktek.“

...a libertarian dimasukkan) akan tergantung lingkungan sosio-politik dimana dia praktek. ...nilih libertarian, Swedia terkenal akan pendekatan restorative. Banyak perencana

kehatan menggunakan utilitarianisme. Terlepas dari perbedaan tersebut, dua atau lebih pendekatan ini sering dijumpai dalam satu sistem kesehatan nasional, dan di negara-negara tersebut dokter mungkin lebih enak memilih setting praktek yang sesuai dengan pendekatan yang mereka pilih sendiri.

Apapun peran dokter yang dimiliki dalam mengalokasikan sumber-sumber layanan kesehatan

...dokter.....juga mempunyai kewajiban untuk memberi saran penambahan sumber-sumber yang tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien.”

...untuk memberi saran penambahan sumber-pasien. Dalam hal ini diperlukan kerjasama mengambil keputusan dalam pemerintahan atau tersebut dan bagaimana memenuhinya baik

dalam negara mereka sendiri maupun secara global.

## KESEHATAN MASYARAKAT

Dunia kedokteran abad 20 menyaksikan terjadinya pemisahan yang kurang menguntungkan antara kesehatan masyarakat dan layanan kesehatan yang lain (terutama kesehatan ‘individu’ atau ‘pribadi’). Hal ini patut disayangkan karena masyarakat disusun oleh individu-individu,

dan ukuran-ukuran dibuat untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat sebagai dampak dari tercapainya kesehatan individu.

Hal yang cukup membingungkan adalah jika *'public health'* adalah 'layanan kesehatan yang didanai publik' (didanai melalui system perpajakan negara atau sistem asuransi wajib universal) dan berbeda dengan 'layanan kesehatan yang didanai swasta' (dibayar oleh individu atau melalui asuransi kesehatan swasta dan biasanya tidak tersedia secara umum).

Istilah *'public health'* disini mengacu kepada kesehatan masyarakat dan juga kedokteran khusus yang berhubungan dengan kesehatan dari perspektif populasi dibanding individu. Ada kebutuhan besar akan spesialis di setiap negara untuk mendapatkan saran dan arahan

“.....semua dokter harus paham tentang determinan-determinan lingkungan dan sosial yang berpengaruh terhadap status kesehatan pasien secara individu.”

tingkatkan kesehatan yang baik dan juga terlibat dalam penyakit-penyakit yang dapat ditularkan dan kesehatan masyarakat (sering juga disebut 'layanan

kesehatan publik' atau 'layanan kesehatan masyarakat') sangat bergantung pada dasar keilmuan epidemiologi yang merupakan ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan kesehatan dan penyakit dalam populasi. Bahkan beberapa dokter mengambil pendidikan ekstra untuk menjadi ahli epidemiologi medis. Meskipun demikian semua dokter harus paham tentang determinan-determinan lingkungan dan sosial yang berpengaruh terhadap status kesehatan pasien secara individu. Sebagaimana **Statement on Health Promotion** dari WMA menyatakan: “Praktisi medik dan asosiasi profesi mempunyai tugas etis dan tanggung jawab profesional untuk selalu bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan mengintegrasikan kewajiban tersebut dengan kepedulian yang lebih luas dan keterlibatan dalam promosi dan memastikan tercapainya kesehatan masyarakat”.

Ukuran-ukuran kesehatan masyarakat seperti kampanye vaksinasi dan respon terhadap kegawat daruratan akan wabah penyakit menular merupakan faktor yang penting bagi kesehatan individu namun faktor sosial seperti perumahan, gizi, dan pengangguran adalah setidaknya sama penting, jika tidak lebih penting. Dokter mungkin tidak akan bisa mengatur penyebab-penyebab sosial dari penyakit yang diderita pasiennya, walaupun sebaiknya dokter merujuk pasien kepada layanan sosial yang ada. Namun dokter dapat berperan dalam solusi jangka panjang walaupun tidak langsung terhadap masalah yang ada dengan berpartisipasi dalam kesehatan masyarakat dan aktivitas pendidikan kesehatan, memonitor dan melaporkan bahan yang berbahaya terhadap lingkungan, mengidentifikasi dan mempublikasikan efek

buruk terhadap kesehatan karena masalah sosial seperti kekerasan dan penyiksaan, dan memberi arahan peningkatan layanan kesehatan masyarakat.

Bahkan kepentingan dari kesehatan masyarakat mungkin bertentangan dengan kepentingan pasien secara individu seperti jika vaksinasi dengan suatu resiko tertentu dapat mencegah orang menularkan penyakit namun tidak mencegahnya menderita penyakit tersebut, atau perlunya peringatan akan adanya penyakit menular, dalam kasus penyiksaan anak atau orang dewasa, atau pada kondisi yang dapat mencegah seseorang dari aktivitas seperti menyetir, mengemudi pesawat, berbahaya bagi diri sendiri atau orang lain. Ini merupakan contoh loyalitas ganda dan prosedur dalam menghadapi hal ini juga situasi yang terkait didiskusikan dalam 'kerahasiaan' dalam Bab II di buku ini. Secara umum, dokter harus mengusahakan cara untuk mencegah pasien secara pribadi menerima efek yang berbahaya karena memenuhi tuntutan kesehatan masyarakat. Contohnya dalam melakukan pelaporan maka kerahasiaan pasien harus dijaga semaksimal mungkin saat memenuhi tuntutan hukum tersebut.

Tipe konflik lain antara kepentingan pasien individu dan masyarakat muncul jika dokter diminta membantu pasien untuk menerima keuntungan yang tidak diperuntukkan bagi mereka seperti pembayaran asuransi dan izin sakit. Dokter diwajibkan memastikan bahwa pasien tersebut memang memiliki kondisi medis sehingga dapat menerima keuntungan tersebut. Walaupun beberapa dokter tidak bersedia untuk menolak permintaan pasien untuk mendapatkan keuntungan tersebut, namun lebih baik mereka mencari jalan untuk membantu pasien mencari jalan lain yang tidak memerlukan tindakan yang tidak etis.

## **KESEHATAN GLOBAL**

Pengetahuan bahwa dokter mempunyai tanggung jawab terhadap masyarakat dimana dia tinggal telah diperluas dalam tahun terakhir untuk mengikut sertakan tanggung jawab terhadap kesehatan global. Istilah ini didefinisikan sebagai masalah, isu, atau perhatian tertentu terhadap kesehatan yang melintasi batas negara yang mungkin disebabkan oleh keadaan atau hal yang terjadi di negara lain, dan cara terbaik dalam mengatasinya adalah dengan melakukan kerjasama dalam bertindak. Kesehatan global merupakan bagian dari pergerakan globalisasi yang lebih luas lagi yang menyangkut pertukaran informasi, perdagangan, politik, pariwisata, dan banyak aktivitas manusia yang lain.

Dasar globalisasi adalah kenyataan bahwa individu dan masyarakat semakin saling tergantung. Hal ini jelas terlihat pada kesehatan manusia, seperti penyebaran yang cepat dari

“Kegagalan mengenali dan mengobati penyakit yang sangat menular oleh satu dokter di satu negara akan dapat menyebabkan efek yang sangat mengerikan bagi pasien di negara yang berbeda.”

akan memerlukan tindakan internasional  
gobati penyakit yang sangat menular  
an efek yang sangat mengerikan bagi

pasien di negara yang berbeda. Karena alasan inilah kewajiban etik dokter semakin diperlebar jauh di atas pasien mereka secara pribadi dan bahkan masyarakat dan negaranya.

Perkembangan pandangan terhadap kesehatan global menyebabkan peningkatan dalam kesadaran terhadap perbedaan status kesehatan di seluruh dunia. Terlepas dari kampanye besar yang telah dilakukan untuk melawan mortalitas prematur dan morbiditas yang melemahkan di negara miskin yang telah memberikan hasil yang baik seperti keberhasilan dalam mengeliminasi cacar dan (semoga) polio, jarak status kesehatan antara negara dengan pendapatan tinggi dengan negara berpendapatan rendah semakin lebar. Hal ini dapat dilihat pada kasus HIV/AIDS yang menunjukkan efek paling buruk di negara miskin, namun juga karena gagalnya negara miskin menerima keuntungan dari peningkatan kekayaan yang dirasa dunia yang terjadi di dekade terakhir. Walaupun penyebab kemiskinan terutama karena ekonomi dan politik sehingga jauh dari jangkauan dokter dan asosiasinya, dokter harus berhadapan dengan kesehatan yang buruk akibat kemiskinan. Di negara yang berpendapatan rendah, dokter hanya memiliki sedikit sumber layanan kesehatan untuk ditawarkan kepada pasien dan juga mendapat tantangan berat bagaimana mengalokasikan sumber yang terbatas tersebut dengan cara yang seadil mungkin. Bahkan di negara dengan pendapatan menengah dan tinggi dokter tetap terlibat dengan pasien yang secara langsung dipengaruhi oleh globalisasi, seperti pengungsi, dan yang tidak dapat menerima layanan kesehatan yang bisa dinikmati oleh warga negara yang lain.

Ciri globalisasi yang lain adalah mobilitas internasional dari profesi kesehatan, termasuk dokter. Perginya dokter-dokter dari negara berkembang menuju negara maju dan negara industri memberikan keuntungan baik bagi dokter maupun negara yang menerimanya namun tidak bagi negara yang ditinggalkannya. **Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physician** yang dikeluarkan WMA menyatakan dokter tidak boleh dicegah untuk meninggalkan negara asalnya untuk mengejar karir di negara lain. Hal tersebut juga berlaku sebaliknya bagi negara yang menerima. Sehingga negara harus mendidik dan menyediakan jumlah dokter yang diperlukan, memperhatikan kebutuhan dan sumber-sumber yang diperlukan dan tidak bergantung pada imigrasi dari negara lain untuk memenuhi kebutuhan dokter.

Dokter di negara industri mempunyai tradisi untuk membantu dan memberikan pengalaman dan keahliannya kepada negara berkembang yang dilakukan dengan berbagai cara seperti: bantuan medis emergensi yang dikoordinasi oleh organisasi seperti Red Cross and Red Crescent Societies dan Medecins sans Frontieres, kampanye bedah jangka pendek untuk menghadapi masalah seperti katarak atau sumbing, menjadi dosen tamu, penelitian medis jangka pendek atau jangka panjang, bantuan obat-obatan dan alat kesehatan, dll. Program-program tersebut merupakan contoh positif dari globalisasi dan setidaknya untuk ganti rugi atas sebagian dari perpindahan dokter dari negara miskin menuju yang lebih kaya.

### **KEMBALI KE KASUS**

Berdasarkan analisis hubungan dokter-masyarakat yang dibahas bab ini, dr. S benar untuk mempertimbangkan pengaruhnya terhadap masyarakat karena perilaku pasiennya. Bahkan jika konsultasi yang dicari pasien dengan profesi kesehatan lain berada di luar sistem layanan kesehatan dimana dr. S bekerja sehingga tidak menyangkut biaya finansial masyarakat, namun waktu dr. S yang diberikan untuk melayani pasien tersebut dapat diberikan kepada pasien lain yang memang memerlukan bantuannya. Namun demikian dokter seperti dr. S harus tetap waspada dalam menghadapi situasi seperti ini. Pasien sering tidak dapat membuat keputusan yang benar-benar rasional karena berbagai alasan sehingga memerlukan waktu dan pendidikan kesehatan agar paham terhadap kepentingan terbaik mereka sendiri dan juga orang lain. dr. S juga benar jika dia ingin melakukan pendekatan terhadap ikatan dokter untuk mencari pemecahan masalah kemasyarakatan terhadap masalah ini, karena tidak hanya berpengaruh terhadap dirinya sendiri dan pasien tersebut namun juga terhadap dokter lain dan juga pasien lain.

## **BAB IV**

### **DOKTER DAN KOLEGA**

#### **TUJUAN**

Setelah selesai dari bab ini anda diharapkan mampu untuk:

- Menggambarkan bagaimana dokter harus berperilaku di antara mereka
- Menanggapi pelaporan perilaku tidak etis dari kolega
- Mengidentifikasi prinsip-prinsip etik utama yang berhubungan dengan kerjasama dengan orang lain dalam perawatan pasien
- Menerangkan bagaimana harus memecahkan masalah dengan penyedia layanan kesehatan lain

#### **KASUS NO 3:**

dr. C, ahli anastesi yang baru ditunjuk di RS di suatu kota, merasa terganggu dengan tingkah laku dokter bedah senior di ruang operasi. Dokter bedah tersebut menggunakan teknik yang kuno yang dapat memperlama waktu operasi dan dapat memberikan rasa sakit post-operasi yang lebih besar dan waktu penyembuhan yang lebih lama. Terlebih lagi dia membuat guyonan kasar mengenai pasien yang jelas mengganggu para perawat yang bertugas. Sebagai salah satu staf baru, dr. C merasa enggan untuk menkritik dokter bedah tersebut secara pribadi atau melaporkannya kepada pejabat yang lebih tinggi. Namun dr. C merasa bahwa dia harus melakukan sesuatu untuk memperbaiki situasi ini.

#### **TANTANGAN TERHADAP OTORITAS MEDIS**

Dokter merupakan bagian dari profesi yang secara tradisional difungsikan dalam aturan yang sangat herarkis, baik di dalam maupun di luar. Di dalam, ada 3 herarki yang saling tumpang tindih: yang pertama membedakan di antara spesialis, dimana yang satu dianggap lebih

”Dokter merupakan bagian dari profesi yang secara tradisional difungsikan dalam aturan yang sangat herarkis”

lain; yang kedua antar spesialis itu sendiri h berpengaruh dibanding dalam praktek dengan perawatan terhadap pasien tertentu g atas dan dokter lain walaupun lebih senior

dan memiliki ketrampilan yang lebih baik hanya bertindak sebagai konsultan kecuali pasien ditransfer kepada pelayanan mereka. Di luar, dokter secara tradisional telah berada di herarki paling atas, di atas perawat dan profesi kesehatan lain.

Bab ini akan membahas masalah-masalah etik yang muncul baik di dalam maupun di luar herarki. Beberapa masalah sangat umum terjadi pada keduanya; sedangkan yang lain hanya ditemukan di dalam atau di luar saja. Banyak masalah-masalah tersebut relatif baru karena muncul oleh adanya perubahan dalam layanan kesehatan dan pengobatan. Karena perubahan tersebut memunculkan tantangan-tantangan besar dalam otoritas medis tradisional, maka diberikan gambaran singkat mengenai perubahan tersebut.

Dengan cepatnya pertumbuhan pengetahuan ilmiah dan aplikasi kliniknya, pengobatan menjadi kompleks. Dokter secara individu tidak bisa menjadi ahli untuk semua penyakit yang diderita oleh pasien mereka dan perawatan yang harus diberikan sehingga membutuhkan bantuan dari dokter spesialis lain dan profesi kesehatan yang memiliki ketrampilan yang diperlukan seperti perawat, farmasis, fisioterapis, teknisi lab, pekerja sosial, dan lainnya. Dokter harus mengetahui bagaimana mendapatkan ketrampilan yang relevan yang diperlukan pasiennya dan yang dia sendiri kurang menguasai.

Seperti dibahas dalam Bab II, paternalisme medis telah surut dengan semakin pahamnya pasien terhadap hak-hak mereka dalam membuat keputusan medis untuk mereka sendiri. Maka dari itu model kerjasama dalam pengambilan keputusan telah menggantikan model

otoritarian yang merupakan sifat dari paternalisme medis tradisional. Hal yang sama juga  
".....model kerjasama dalam pengambilan keputusan kesehatan yang lain. Profesi kesehatan telah menggantikan model otoritarian yang merupakan sifat dari paternalisme medis tradisional."  
er tanpa mengetahui alasan di balik sional yang memiliki tanggung jawab

etis terhadap pasien; jika persepsi mereka mengenai tanggung jawab ini berbeda dengan permintaan dokter, mereka harus menanyakannya bahkan harus melawannya. Sedangkan dalam model otoritas herarkis tidak ada keraguan lagi siapa yang berwenang dan siapa yang mesti menang jika terjadi konflik, model kerjasama dapat berselisih faham mengenai perawatan pasien yang tertentu.

Perkembangan seperti ini merubah 'aturan main' dalam hubungan antara dokter dengan kolega dokter mereka dan dengan profesi kesehatan lain. Dalam Bab ini akan diidentifikasi aspek-aspek problematis dalam hubungan tersebut dan saran mengenai jalan bagaimana menghadapinya.

## **HUBUNGAN DENGAN KOLEGA DOKTER, GURU, DAN MURID**

Sebagai anggota dari profesi kesehatan, dokter diharapkan memperlakukan profesi kesehatan lain lebih sebagai anggota keluarga dari pada sebagai orang asing, bahkan sebagai teman. **Deklarasi Geneva** dari WMA juga memuat janji: "Kolega saya akan menjadi saudara saya". Interpretasi dari janji ini bervariasi dari satu negara dan negara lain dan juga sepanjang waktu. Sebagai contoh, dimana biaya layanan merupakan hal yang pokok atau hanya sebagai imbalan jasa, ada tradisi kuat '*professional courtesy*' dimana dokter tidak meminta bayaran terhadap tindakan medis yang dilakukan. Praktek ini telah mengalami penurunan di banyak negara dimana terdapat penggantian biaya dari pihak ketiga.

Selain tuntutan positif untuk memperlakukan kolega secara terhormat dan bekerjasama untuk memaksimalkan perawatan pasien, **Kode Etik Kedokteran Internasional** yang dikeluarkan oleh WMA mempunyai dua pengecualian pada hubungan dokter dengan orang lain: (1) membayar atau menerima upah atau apa saja yang menyerupai untuk mendapatkan rujukan pasien; dan (2) mencuri pasien dari kolega. Kewajiban ketiga, untuk melaporkan perilaku tidak etik atau tidak kompeten yang dilakukan oleh kolega dibahas di bawah ini.

Dalam tradisi etika kedokteran Hippocrates, dokter memiliki hutang penghargaan khusus terhadap guru mereka. **Deklarasi Geneva** menyatakannya sebagai berikut: "Saya akan memberikan guru saya penghormatan dan terima kasih yang merupakan hak mereka". Walaupun pendidikan kedokteran saat ini melibatkan banyak sekali interaksi dokter-mahasiswa dari pada hubungan satu per satu seperti waktu dulu, namun masih tergantung dari kebaikan dan dedikasi dokter yang mau mengajar, yang sering tidak menerima imbalan untuk aktivitas mengajar mereka. Mahasiswa pendidikan dokter dan peserta training medis sangat berhutang terima kasih kepada guru mereka, yang tanpa mereka pendidikan kedokteran mungkin akan hanya sebatas belajar sendiri.

Sebagai bagiannya, guru mempunyai kewajiban memperlakukan siswa mereka secara terhormat dan menjadi contoh yang baik bagaimana menghadapi pasien. Istilah 'kurikulum' "...guru mempunyai kewajiban memperlakukan siswa mereka secara terhormat dan menjadi contoh yang baik bagaimana menghadapi pasien." perilaku yang ditampakkan oleh dokter dalam etika kedokteran yang eksplisit, dan sikap guru mereka, mahasiswa kedokteran akan lebih memilih mengikuti contoh yang diberikan guru mereka.

Guru mempunyai kewajiban tertentu untuk tidak meminta siswanya terlibat dalam praktek yang tidak etik. Banyak jurnal kedokteran memberikan contohnya seperti mengikut sertakan

siswa dalam mendapatkan ijin dari pasien untuk tindakan medis dalam situasi dimana tenaga medis yang benar-benar sesuai yang melakukannya, melakukan pemeriksaan pelvis terhadap pasien yang teranestesi atau yang baru saja meninggal tanpa ijin, dan melakukan prosedur tanpa pengawasan yang walaupun kecil seperti insersi intra-vena namun oleh beberapa siswa dianggap diluar kompetensi mereka. Menghadapi keseimbangan kekuatan yang tidak sama antara siswa dan guru serta keengganannya siswa untuk bertanya atau menolak permintaan-permintannya mengharuskan guru memastikan bahwa mereka tidak meminta siswa untuk melakukan tindakan yang tidak etis. Di banyak sekolah kedokteran, ada perwakilan kelas atau

~~organisasi mahasiswa yang mungkin mampu menimbulkan~~ kepedulian terhadap masalah-  
"Siswa yang peduli mengenai aspek etis dalam pendidikan ai aspek etis dalam pendidikan  
mereka sebaiknya memiliki akses terhadap mekanisme he bagaimana mereka dapat  
bagaimana mereka dapat memunculkan kepedulian....." the bagaimana mereka dapat  
*ble-blower* (tukang semprit), dan

juga akses kepada dukungan yang sesuai jika diperkirakan perlu memunculkan isu tersebut melalui proses yang lebih formal.

Pada gilirannya, siswa kedokteran diharapkan memiliki standar yang tinggi mengenai perilaku etik yang sesuai sebagai dokter nantinya. Mereka harus memperlakukan siswa lain sebagai kolega dan mempersiapkan diri untuk dapat selalu menawarkan bantuan jika diperlukan, termasuk saran koreksi terhadap perilaku yang tidak profesional. Mereka juga harus ikut menyumbang dalam proyek dan tugas seperti tugas belajar dan layanan lewat telpon.

### **MELAPORKAN PRAKTEK YANG TIDAK ETIS DAN TIDAK AMAN**

Pengobatan telah mengambil tempat kehormatan dalam statusnya sebagai profesi yang dapat mengatur diri sendiri. Sebagai balasan terhadap hak kehormatan yang diberikan masyarakat dan kepercayaan yang diberikan oleh pasien mereka, profesi kesehatan harus membangun standar perilaku yang tinggi untuk anggotanya dan prosedur pendisiplinan dalam menyelidiki tuduhan adanya tindakan yang tidak benar dan jika perlu menghukum yang berbuat salah. Sistem pengaturan sendiri ini sering gagal dan saat ini telah dilakukan langkah-langkah yang dapat membuat profesi lebih akuntabel seperti dengan menunjuk anggota awam pemegang kekuasaan dalam pengaturan. Persyaratan utama untuk mengatur sendiri adalah ikhlas sepenuh hati didukung oleh para dokter karena prinsip-prinsipnya dan kemauannya untuk mengenali dan berhubungan dengan praktek-praktek yang tidak aman dan tidak etik.

Kewajiban untuk melaporkan kolega yang melakukan tindakan yang tidak kompeten, mencelakakan, perbuatan tidak senonoh, ditekankan dalam **Kode Etik Kedokteran**

**Internasional** yang dikeluarkan oleh WMA yang menyatakan: "Dokter harus ... berusaha keras untuk menyatakan kekurangan karakter dan kompetensi dokter atau yang terlibat dalam penipuan atau kecurangan." Penerapan prinsip ini tidaklah mudah. Di satu sisi seorang dokter mungkin menyerang reputasi koleganya karena motif yang tidak benar seperti karena cemburu dan perasaan terhina oleh koleganya. Dokter juga merasa tidak enak dan ragu untuk melaporkan tindakan koleganya yang tidak benar karena simpati atau persahabatan. Konsekuensi pelaporan tersebut dapat berakibat kurang baik bagi yang melapor, termasuk keramahan dari yang tertuduh atau bahkan juga dari kolega yang lain.

Terlepas dari hal tersebut, pelaporan terhadap tindakan salah yang dilakukan kolega merupakan suatu tugas profesional. Dokter tidak hanya mempunyai kewajiban menjaga reputasi yang baik dari profesinya tetapi juga karena mereka sendirilah yang kadang bisa mengetahui ketidak kompetenan, kelalaian atau kesalahan prosedur. Namun melaporkan kolega kepada komisi disiplin sebaiknya merupakan langkah terakhir setelah semua alternatif telah dicoba dan tidak memberikan hasil. Langkah pertama mungkin mendekati kolega tersebut dan mengatakan bahwa menurut pendapat anda tindakannya tidak aman dan tidak etis. Jika masalahnya dapat diselesaikan pada level tersebut, mungkin tidak diperlukan langkah lebih jauh. Jika tidak, langkah selanjutnya mungkin membicarakannya dengan atasan anda dan/atau atasan kolega anda dan menyerahkan keputusannya kepada orang tersebut. Jika langkah ini tidak praktis atau tidak memberikan hasil, mungkin langkah terakhir perlu memberitahukan komisi disiplin.

## HUBUNGAN DENGAN PROFESI KESEHATAN LAIN

Bab II mengenai hubungan dengan pasien dimulai dengan bahasan mengenai pentingnya penghargaan dan perlakuan yang sama dalam hubungan dokter-pasien. Hal tersebut juga

"...melaporkan kolega kepada komisi disiplin sebaiknya merupakan langkah terakhir setelah semua alternatif telah dicoba dan tidak memberikan hasil."

an dengan rekan kerja. Sebagai contoh larangan penyakit atau kecacatan, kepercayaan, etnik, jenis tik, ras, orientasi seks, maupun posisi sosial pat diterapkan dalam berhubungan dengan semua

orang yang bekerja bersama dengan dokter dalam merawat pasien dan aktivitas profesional lain.

Non-diskriminatif merupakan sifat pasif dalam hubungan. Penghargaan merupakan sesuatu yang lebih aktif dan positif. Dengan tetap mempertimbangkan penyedia layanan kesehatan lain seperti dokter, perawat, pekerja kesehatan pendukung, dan lainnya harus ada penghargaan

terhadap ketrampilan dan pengalaman mereka karena dapat membantu dalam perawatan pasien. Semua penyedia layanan kesehatan tidaklah sama dalam hal pendidikan dan pelatihan, namun tetap memiliki kesetaraan sebagai manusia dan juga perhatian terhadap kesehatan pasien.

Seperti juga dengan pasien, ada kalanya dibenarkan untuk menolak memulai atau mengakhiri hubungan dengan penyedia layanan kesehatan lain. Hal ini termasuk kurang percaya diri dalam kemampuan atau integritas orang lain dan benturan kepribadian yang serius. Membedakannya dengan motif yang kurang benar memerlukan pertimbangan yang lebih etis dari pihak dokter.

### KERJASAMA

Pengobatan merupakan profesi yang sangat individualistik dan pada saat yang sama juga sangat kooperatif. Di satu sisi, dokter sangat posesif terhadap pasien mereka. Dengan alasan yang baik, diklaim bahwa hubungan individual antara dokter-pasien merupakan cara terbaik dalam mendapatkan pengetahuan tentang pasien dan kelangsungan perawatan yang optimal dalam mencegah dan menyembuhkan penyakit. Retensi pasien juga menguntungkan bagi dokter, setidaknya secara finansial. Pada saat yang sama, seperti dikatakan di atas, pengobatan sangat kompleks dan khusus, sehingga diperlukan kerjasama yang dekat antara praktisi dengan pengetahuan dan ketrampilan yang berbeda namun saling mendukung. Tarikan antara individualisme dan kerjasama telah menjadi tema yang selalu muncul dalam etika kedokteran.

Melemahnya sistem paternalisme medis dibarengi dengan hilangnya kepercayaan bahwa dokter 'memiliki' pasien mereka. Hak pasien untuk meminta opini kedua telah diperluas dengan membolehkan untuk mendapatkan layanan kesehatan lain yang mungkin sanggup

"Melemahnya sistem paternalisme medis dibarengi dengan hilangnya kepercayaan bahwa dokter 'memiliki' pasien mereka."

**Declaration on the Rights of the Patient** dari menyai kewajiban untuk bekerja sama dalam profesi kesehatan lain". Namun demikian dokter

tidak mencari untung dari kerjasama ini melalui pembagian biaya.

Restriksi terhadap 'kepemilikan' dokter terhadap pasien mereka harus diseimbangkan dengan ukuran-ukuran lain yang dimaksudkan untuk menjaga privasi hubungan dokter-pasien. Contohnya pasien yang dirawat oleh lebih dari satu dokter yang umum terjadi di rumah sakit, jika mungkin sebaiknya memiliki satu dokter yang mengkoordinasikan perawatan yang dapat

selalu membuat pasien paham mengenai kemajuan perawatan dan membantu pasien membuat keputusan.

Hubungan diantara dokter diatur dengan aturan-aturan yang umumnya dipahami dan diformulasikan dengan baik, namun hubungan dokter dengan profesi kesehatan lain dalam keadaan terus berubah dan ada perbedaan nyata mengenai peran mereka. Seperti disebutkan di atas, banyak perawat, farmasis, fisioterapis, dan profesional lain menganggap diri mereka lebih kompeten dalam bidangnya dalam perawatan pasien dibanding dokter dan tidak ada alasan bahwa mereka tidak mendapat perlakuan yang sama dengan dokter. Mereka lebih menyukai pendekatan tim dalam perawatan pasien dimana semua pemberi perawatan dilihat sama, dan menganggap diri mereka pantas untuk merawat pasien. Di lain pihak dokter merasa walaupun pendekatan tim digunakan, tetap saja harus ada seorang yang bertanggung jawab dan dokter adalah orang yang paling baik karena pendidikan dan pengalamannya.

Walaupun beberapa dokter mempertahankan otoritas yang hampir absolut, namun tidak dapat dihindari bahwa akan ada perubahan peran karena adanya klaim oleh pasien dan juga penyedia layanan kesehatan lain agar dapat berpartisipasi lebih besar lagi dalam pengambialan keputusan medis. Dokter harus dapat menjelaskan rekomendasinya kepada orang lain dan membujuk agar mereka menerimanya. Tambahan terhadap ketrampilan komunikasi ini adalah dokter harus dapat mengatasi konflik yang muncul di antara orang-orang yang terlibat dalam perawatan pasien.

Tantangan lain dalam kerjasama untuk kepentingan terbaik pasien terjadi ketika pasien juga menggunakan penyedia layanan kesehatan alternatif atau tradisional ('dukun') hal ini terjadi pada sebagian besar populasi di Afrika dan Asia dan mengalami peningkatan di Eropa dan Amerika. Walaupun beberapa orang menganggap kedua pendekatan ini saling mendukung, namun di banyak situasi keduanya saling berbeda sehingga dapat menimbulkan konflik. Karena setidaknya beberapa intervensi alternatif dan tradisional memiliki efek terapi dan juga dicari oleh pasien maka dokter harus mencari cara agar dapat bekerjasama dengan mereka. Bagaimana hal ini dapat dilakukan akan sangat bervariasi dari satu negara dengan negara lain dan dari satu jenis praktisi dengan yang lain. Dalam semua keadaan tersebut kesehatan pasien haruslah menjadi pertimbangan pokok.

## **PEMECAHAN KONFLIK**

”.....ketidak pastian dan sudut pandang yang luas dapat memunculkan pendapat yang berbeda mengenai tujuan perawatan dan cara-cara mencapainya.”

konflik dengan dokter dan profesi kesehatan lain yang berkaitan dengan gaji dan penghasilan, yang menjadi fokus di sini adalah keputusan layanan kesehatan merupakan keputusan yang melibatkan dokter dan profesi kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.

Namun ketidak pastian dan sudut pandang yang luas dapat memunculkan pendapat yang berbeda mengenai tujuan perawatan dan cara-cara mencapainya. Sumber-sumber layanan kesehatan dan kebijakan organisatoris yang terbatas mungkin membuat sulit mencapai konsensus.

Perbedaan di antara penyedia layanan kesehatan mengenai hasil yang hendak dicapai dari perawatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien atau cara-cara yang digunakan untuk mencapai hasil tersebut harus diklarifikasi dan dipecahkan oleh anggota tim medis sehingga tidak mempengaruhi hubungan dengan pasien. Perbedaan antara penyedia layanan kesehatan dan administrator yang berhubungan dengan alokasi sumber-sumber daya, harus dipecahkan di dalam lingkup fasilitas atau agennya, bukan debat di depan pasien. Karena kedua macam konflik ini menyangkut etika, maka diperlukan saran dari komite etik klinik atau konsultan etika dimana sumber tersedia.

Acuan yang diberikan dapat berguna dalam memecahkan konflik tersebut:

- Konflik harus diselesaikan seinformal mungkin seperti melalui negosiasi langsung antar orang yang tidak setuju. Penyelesaian melalui jalur yang lebih formal hanya dilakukan jika cara informal memang sudah tidak bisa lagi.
- Pendapat dari orang-orang yang terlibat langsung harus diperoleh dan dihargai.
- Pilihan pasien yang berdasarkan pemahaman, atau dari wakil pasien yang sah untuk mengambil keputusan terhadap perawatan harus menjadi pertimbangan utama.
- Jika memang pilihan harus ditawarkan kepada pasien maka lebih baik menawarkan pilihan dengan lingkup yang lebih luas dari pada yang sempit. Jika terapi yang dipilih tidak tersedia karena keterbatasan sumber maka pasien harus diberi tahu mengenai hal tersebut.
- Jika memang setelah usaha yang maksimal persetujuan atau kompromi tidak dapat dicapai melalui dialog, keputusan dari orang yang mempunyai hak atau bertanggung jawab dalam membuat keputusan harus diterima. Jika tidak jelas siapa yang bertanggung jawab membuat keputusan, maka harus dicari mediasi, arbitrase atau ejudikasi.

Jika penyedia layanan kesehatan tidak dapat mendukung keputusan karena pendapat profesional atau masalah moral pribadi, maka diijinkan untuk menarik diri dari keikutsertaan dalam menerapkan keputusan, setelah memastikan bahwa orang yang menerima perawatan tidak beresiko tersakiti atau terlantarkan.

### **KEMBALI KE KASUS**

dr C benar jika dia harus waspada terhadap perilaku dokter bedah seniornya dalam ruang operasi. Tidak hanya karena dia membahayakan kesehatan pasien tapi karena dia juga tidak menghargai pasien dan koleganya. dr C mempunyai tugas etik untuk tidak mengabaikan perilaku seperti ini namun harus melakukan sesuatu. Sebagai langkah pertama, dia tidak boleh menunjukkan dukungan terhadap perilaku itu seperti tertawa dengan guyonannya. Jika dipikirkan bahwa diskusi langsung dengan dokter bedah tersebut efektif, maka harus segera dilakukan. Jika tidak mungkin harus melalui otoritas yang lebih tinggi dalam rumah sakit tersebut. Jika ternyata mereka tidak bersedia berhadapan dengan situasi itu, maka dapat dilakukan tindakan melalui badan perijinan praktek dokter yang sesuai dan memintanya menyelidiki kasus tersebut.

## **BAB V**

### **ETIKA DAN PENELITIAN MEDIS**

#### **TUJUAN**

Setelah selesai dari bab ini anda diharapkan mampu untuk:

- Mengidentifikasi prinsip pokok penelitian etis
- Paham bagaimana menyeimbangkan antara penelitian dan perawatan klinik
- Memuaskan tuntutan komite pembahas etis

#### **KASUS NO 4:**

dr. R, dokter praktek umum di sebuah kota kecil, didekati oleh organisasi penelitian agar ikut serta dalam uji klinik suatu obat AINS untuk osteoarthritis. Dia ditawari sejumlah uang untuk setiap pasien yang dia ikut sertakan dalam uji tersebut. Perwakilan organisasi tersebut meyakinkan bahwa penelitian ini telah mendapatkan semua ijin yang diperlukan termasuk dari komite etik medis. dr. R belum pernah ikut serta dalam uji klinik sebelumnya dan senang dengan kesempatan ini, terutama dengan uang yang ditawarkan. Dia menerima tawaran tersebut tanpa lebih jauh lagi menanyakan aspek etis dan ilmiah dari penelitian tersebut.

#### **PENTINGNYA PENELITIAN MEDIS**

Pengobatan bukanlah suatu ilmu pasti seperti matematika dan fisika. Pengobatan memiliki prinsip umum yang valid sepanjang waktu, namun setiap pasien berbeda dan pengobatan yang efektif untuk 90% dari populasi, mungkin tidak akan efektif pada 10% populasi yang lain.

Jadi pada dasarnya pengobatan bersifat eksperimental. Bahkan perawatan yang diterima secara

”.....pada dasarnya pengobatan bersifat eksperimental.”

dievaluasi untuk mengetahui apakah efektif untuk pasien untuk pasien secara umum. Inilah salah satu fungsi dari

penelitian medis.

Fungsi lain yang lebih umum diketahui adalah pengembangan perawatan baru, obat khusus, alat-alat kesehatan dan teknik bedah. Kemajuan besar telah terjadi di bidang ini dalam 50 tahun terakhir dan dewasa ini ada banyak lagi penelitian medis yang akan dilakukan. Meskipun demikian masih saja ada pertanyaan mengenai fungsi tubuh manusia, penyebab

penyakit (baik yang sudah akrab maupun yang masih baru), dan juga cara untuk mencegah atau menyembuhkannya masih belum terjawab. Penelitian medis merupakan satu-satunya cara untuk menjawab pertanyaan tersebut.

Selain mencari pemahaman yang lebih baik mengenai fisiologi manusia, penelitian medis juga menyelidiki berbagai faktor dalam kesehatan manusia seperti pola penyakit (epidemiologi), organisasi, pendanaan dan pemberian layanan kesehatan (sosiologi dan antropologi kedokteran), hukum (kedokteran legal), dan etika (etika kedokteran). Pentingnya jenis-jenis penelitian ini semakin dipahami oleh badan pendanaan, yang banyak diantaranya memiliki program penelitian khusus selain penelitian medis fisiologis.

### **PENELITIAN DALAM PRAKTEK PENGOBATAN**

Semua dokter menggunakan hasil dari suatu penelitian medis dalam praktek klinik mereka. Untuk menjaga kompetensi mereka, dokter harus tetap mendapatkan informasi terbaru mengenai penelitian yang berhubungan dengan wilayah kerjanya melalui *Continuing Medical Education/Continuing Professional Development*, jurnal kedokteran dan interaksi dengan kolega yang berpengetahuan. Bahkan jika dokter tidak terlibat dalam penelitian, dia harus tetap bisa menginterpretasikan hasil-hasil penelitian tersebut dan menerapkannya terhadap

”Bahkan jika dokter tidak terlibat dalam penelitian, dia harus tetap bisa menginterpretasikan hasil-hasil penelitian tersebut dan menerapkannya terhadap pasien.”

merupakan hal yang penting dalam cara terbaik adalah terlibat dalam kualifikasi.

Metode yang paling umum bagi dokter praktek adalah uji klinik. Sebelum obat dapat disetujui oleh pemerintah, maka terlebih dahulu harus melalui serangkaian uji untuk memastikan keamanan dan efikasinya. Prosesnya dimulai dari penelitian laboratorium diikuti dengan uji menggunakan hewan. Jika proses ini menjanjikan maka langkah keempat adalah uji klinik dengan:

- Uji Klinik Tahap I, biasanya dilakukan pada sukarelawan sehat dalam jumlah kecil, untuk menentukan dosis yang diperlukan untuk menimbulkan efek dalam tubuh manusia, bagaimana tubuh memproses obat, dan apakah obat memberikan efek toksik atau berbahaya.
- Uji Klinik Tahap II dilakukan pada sekelompok pasien yang memiliki penyakit yang obatnya dimaksudkan untuk penyakit tersebut. Tujuannya menentukan apakah obat memiliki efek yang menguntungkan terhadap penyakit dan adakah efek samping yang membahayakan.

- Uji Klinik Tahap III merupakan uji klinik itu sendiri, dimana obat diberikan kepada pasien yang lebih banyak dan dibandingkan dengan obat lain dan/atau plasebo. Jika mungkin uji tersebut harus 'double-blind' dimana baik subjek uji maupun dokter tidak mengetahui siapa yang mendapatkan obat dan siapa yang mendapat plasebo.
- Uji Klinik Tahap IV dilakukan setelah obat mendapat ijin untuk digunakan dan dipasarkan. Selama beberapa tahun, obat dimonitor efek sampingnya yang tidak muncul dalam penelitian tahap sebelumnya. Dan juga perusahaan farmasi juga tertarik mengetahui seberapa baik obat diterima oleh dokter yang meresepkan dan bagaimana pasien menggunakannya.

Peningkatan yang sangat cepat yang terjadi di tahun-tahun terakhir dalam jumlah penelitian yang dilakukan memerlukan jumlah pasien yang jauh lebih banyak lagi yang harus mengikuti uji ini agar didapatkan kesesuaian statistik. Yang terlibat dalam penelitian tersebut, baik dokter atau perusahaan obat sekarang ini bergantung pada dokter yang lain bahkan di negara yang berbeda untuk mengikut sertakan pasien sebagai subjek uji.

Walaupun keikutsertaan dalam penelitian seperti itu merupakan pengalaman berharga bagi dokter, namun ada masalah potensial yang harus dikenali dan dihindari. Yang pertama adalah peran dokter dalam hubungan dokter-pasien berbeda dengan hubungan peneliti - subjek uji.

Tanggung jawab utama dokter adalah kesehatan dan kebaikan pasien, sedangkan tanggung

”...peran dokter dalam hubungan dokter-pasien berbeda dengan hubungan peneliti - subjek uji.”

tidak dapat mendapatkan pengetahuan yang mungkin saja tidak dapat diperoleh dari subjek uji dan kebaikannya. Jadi ada konflik yang potensial yang dapat muncul, hal ini muncul, peran dokter harus lebih diutamakan. Perhatikan di bawah ini.

Masalah potensial lain yang terjadi dalam mengkombinasikan dua peran itu adalah konflik kepentingan. Penelitian medis merupakan penelitian dengan dana yang besar, dan dokter sering ditawarkan hadiah sebagai bagian dari keikutsertaannya. Ini bisa saja berupa pembayaran tunai untuk mengikutsertakan subjek uji, peralatan seperti komputer untuk transfer data penelitian, dan pengarang pembantu dari publikasi hasil penelitian. Kepentingan dokter dalam mendapatkan keuntungan ini kadang berkonflik dengan tugas dokter memberikan perawatan terbaik yang ada bagi pasien. Dapat juga bertentangan dengan hak pasien untuk menerima semua informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan dengan pemahaman penuh apakah akan ikut serta dalam penelitian tersebut atau tidak.

Masalah potensial tersebut dapat diselesaikan. Nilai-nilai etik dokter – belas kasih, kompetensi, dan otonomi – juga berlaku dalam penelitian medis. Jadi tidaklah ada konflik antara dua peran tersebut sepanjang dokter paham dan mengikuti aturan dasar etika penelitian, sehingga tidak ada kesukaran dalam berpartisipasi dalam penelitian sebagai suatu komponen integral dalam praktek klinik.

### **PERSYARATAN ETIK**

Prinsip dasar etika penelitian sudah ditentukan dengan baik walaupun tidak selalu. Banyak peneliti kedokteran terkemuka pada abad ke-19 dan 20 melakukan penelitian terhadap pasien tanpa ijin dan dengan sedikit perhatian terhadap kebaikan pasien. Walaupun sudah ada etika penelitian yang disepakati pada abad ke-20 namun tidak dapat mencegah dokter Nazi untuk melakukan penelitian terhadap pasien yang jelas bertentangan dengan hak asasi manusia. Setelah Perang Dunia II beberapa dokter tersebut disidang dan terbukti dengan Pengadilan Khusus di Nuremberg, Jerman. Dasar dari pengadilan dikenal sebagai Nuremberg Code, yang merupakan salah satu dokumen terpenting dalam etika penelitian modern. Di antara 10 prinsip dalam Kode ini adalah harus adanya ijin secara sukarela jika pasien harus ikut serta sebagai subjek uji.

*World Medical Association* didirikan pada tahun 1947, tahun yang sama dengan terbentuknya Nuremberg Code. Sadar dengan adanya pelanggaran etika kedokteran sebelum dan selama Perang Dunia II, pendiri WMA segera mengambil langkah untuk memastikan bahwa dokter setidaknya mengetahui kewajiban etikanya. Pada tahun 1954, setelah beberapa tahun penelitian, WMA melahirkan beberapa ***Principle for Those in Research and Experimentation***. Dokumen ini direvisi selam 10 tahun berikutnya dan akhirnya diadopsi sebagai ***Declaration of Helsinki (DoH)*** pada tahun 1964. Kemudian lebih jauh lagi direvisi pada tahun 1975, 1983, 1996, dan 2000. DoH mengandung ringkasan mengenai etika penelitian. Dokumen lain yang lebih detail sudah dibuat pada tahun terakhir mengenai etika penelitian secara umum (contoh: *Council for International Organizations of Medical Sciences, International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, tahun 1993, direvisi tahun 2002) dan mengenai topik khusus mengenai etika penelitian (seperti *Nuffield Council on Bioethics [UK], The Ethics of Research Related to Health in Developing Countries*, 2002).

Terlepas dari perbedaan ruang lingkupnya, panjang dan pengarang dari dokumen-dokumen tersebut, namun ada persetujuan terhadap prinsip dasar etika penelitian. Prinsip-prinsip tersebut telah digunakan dalam hukum dan/atau aturan di banyak organisasi nasional maupun internasional, termasuk yang berhubungan dengan perijinan obat dan alat kesehatan. Berikut merupakan penjelasan singkat mengenai prinsip-prinsip tersebut yang diambil dari **DoH**:

### **Persetujuan Komite Pengawas Etik**

”....setiap proposal penelitian medis dengan subjek uji manusia harus dibahas dan disetujui oleh komite etik independen sebelum ditindak lanjuti.”

...a setiap proposal penelitian medis dengan h komite etik independen sebelum ditindak harus menerangkan tujuan dan metodologi penelitian; menjelaskan bagaimana subjek uji direkrut, bagaimana mendapatkan ijinnya, dan bagaimana menjaga privasi mereka; menjelaskan bagaimana penelitian didanai; menyampaikan konflik kepentingan yang potensial terjadi dari peneliti. Komite etik mungkin menyetujui proyek yang dipresentasikan, meminta perubahan sebelum dimulai, atau bahkan menolaknya. Banyak komite mempunyai peran tambahan dalam mengawasi penelitian yang sedang berjalan untuk memastikan bahwa peneliti memenuhi kewajibannya dan jika perlu dapat menghentikan proyek karena kejadian yang tidak diharapkan.

Alasan mengapa persetujuan komite etik diperlukan dalam penelitian karena baik peneliti maupun subjek uji tidak selalu mengetahui dan cukup objektif menentukan apakah penelitian tersebut sesuai secara etis maupun ilmiah. Peneliti harus mendemonstrasikan kepada komite yang paham secara keseluruhan bahwa penelitian tersebut cukup baik, bahwa mereka kompeten untuk melakukannya, dan bahwa subjek uji akan dilindungi dari bahaya sejauh mungkin.

Masalah yang tidak terpecahkan yang berhubungan dengan review komite etik adalah apakah proyek multi-center memerlukan persetujuan komite setiap center ataukah persetujuan dari satu komite sudah cukup. Jika center berada di negara yang berbeda-beda, review dan persetujuan biasanya diperlukan di setiap negara.

### **Scientific Merit (Manfaat Ilmiah)**

“...penelitian dengan subjek uji manusia harus benar dalam kerangka ilmiah.”

...elitian dengan subjek uji manusia harus benar eliminasi penelitian yang sepertinya tidak akan berhasil seperti karena tidak cukup baik metodologinya, dan walaupun berhasil sepertinya

akan memberikan hasil yang remeh. Jika pasien diminta ikut serta dalam suatu penelitian, bahkan jika resiko keberbahayaannya minimal, harus ada harapan bahwa pengetahuan ilmiah yang penting akan didapat.

Untuk memastikan *scientific merit*, paragraf 11 mensyaratkan bahwa peneliti harus berdasarkan pengetahuan menyeluruh mengenai literatur yang sesuai, dan ada penelitian laboratorium sebelumnya, dan jika mungkin penelitian menggunakan binatang yang telah dilakukan sebelumnya yang hasilnya memberikan harapan bahwa intervensi kepada manusia akan memberikan efikasi. Semua penelitian menggunakan binatang harus memenuhi aturan etis untuk meminimalkan jumlah hewan yang digunakan dan mencegah rasa sakit yang tidak perlu. Paragraf 15 menambahkan syarat lain – bahwa hanya orang yang paham secara ilmiah yang boleh melakukan penelitian terhadap manusia. Komite etik harus diyakinkan bahwa persyaratan tersebut terpenuhi sebelum mengizinkan dilakukan penelitian.

### Nilai Sosial

“.....nilai sosial muncul sebagai kriteria penting untuk menilai apakah suatu proyek harus didanai.”

...itan menyumbang terhadap kebaikan masyarakat bahwa kemajuan ilmu pengetahuan hanya berguna pembenaran lebih jauh. Namun karena sumber-sumber yang tersedia untuk penelitian medis semakin terbatas, nilai sosial muncul sebagai kriteria penting untuk menilai apakah suatu proyek harus didanai.

Paragraf 18 dan 19 DoH jelas menyatakan perlunya pertimbangan nilai sosial dalam mengevaluasi suatu penelitian. Pentingnya tujuan suatu penelitian, paham dengan pentingnya penelitian baik secara ilmiah maupun sosial, tidak boleh memberikan resiko dan beban kepada subjek uji. Lebih jauh lagi terhadap populasi dimana penelitian akan dilakukan harus menerima keuntungan dari penelitian yang akan dilakukan. Hal ini penting terutama untuk negara yang ada kemungkinan terjadi perlakuan yang tidak adil terhadap subjek uji yang menjalani resiko dan ketidak nyamanan karena penelitian, sedangkan obat yang dikembangkan sebagai hasil dari penelitian tersebut hanya menguntungkan pasien di lain tempat.

Pentingnya penelitian secara sosial lebih sulit ditentukan dari pada manfaat ilmiahnya, namun tidak ada alasan untuk mengabaikannya. Peneliti dan komite etik harus memastikan bahwa pasien tidak mengalami tes yang sepertinya tidak memberikan tujuan sosial yang berguna. Jika dilakukan maka akan membuang sumber kesehatan yang bernilai dan melemahkan

reputasi penelitian medis sebagai faktor penyumbang utama dalam kesehatan dan kebaikan kondisi manusia.

### **Resiko dan Keuntungan**

Jika kelayakan manfaat ilmiah dan sosial telah terpenuhi, perlu bagi peneliti untuk mengungkapkan bahwa resiko bagi subjek uji bukanlah tidak beralasan dan tidak proporsional dengan keuntungan yang diharapkan dari penelitian tersebut, yang bahkan tidak diterima oleh subjek uji. Resiko merupakan potensial terjadinya hasil yang tidak sesuai (bahaya) yang mempunyai dua komponen: (1) kemungkinan munculnya bahaya (dari sangat tidak mungkin sampai sangat mungkin), dan (2) keparahan bahaya (dari kecacatan yang parah atau ringan sampai kematian). Resiko yang sangat tidak mungkin terjadi dengan bahaya ringan tidak

“Jika resiko benar-benar tidak diketahui, sebaiknya peneliti tidak melanjutkan penelitian sampai data yang dapat dipercaya tersedia....”

gus. Di bagian yang lain, resiko yang mungkin terjadi yang diterima kecuali penelitian tersebut merupakan ancaman terhadap subjek uji dengan penyakit terminal. Di antara kedua hal yang ekstrim ini, paragraf 17 dari DoH menuntut peneliti harus cukup mampu menilai resiko dan yakin dapat diatur. Jika resiko benar-benar tidak diketahui, sebaiknya peneliti tidak melanjutkan penelitian sampai data yang dapat dipercaya tersedia seperti dari penelitian laboratorium atau eksperimen menggunakan binatang.

### ***Informed Consent* - Ijin berdasarkan Pengetahuan**

Prinsip pertama dari Nuremberg Code adalah : “Ijin secara sukarela dari subjek uji sangatlah penting”. Menjelaskan prinsip ini menuntut bahwa subjek uji “memiliki pengetahuan menyeluruh akan komponen dari subjek yang terlibat sehingga dapat membuat keputusan yang bisa dipahami dan jelas.

“Ijin secara sukarela dari subjek uji sangatlah penting”.

DoH membahas lebih detail mengenai ijin berdasarkan pengetahuan. Paragraf 22 secara khusus membahas apa yang harus diketahui oleh subjek uji agar dapat membuat keputusan berdasarkan pengetahuan terhadap keikut sertaannya. Paragraf 23 memberi peringatan terhadap pemberian tekanan kepada seseorang untuk ikut serta dalam penelitian, karena dalam keadaan seperti itu mungkin ijin yang diberikan tidak sukarela. Paragraf 24 dan 26 membahas subjek uji yang tidak dapat memberikan ijin (anak kecil, orang dengan cacat mental yang parah, pasien yang tidak sadar). Mereka masih dapat dijadikan subjek uji dengan syarat yang ketat.

DoH seperti dokumen etika penelitian lain, menyarankan bahwa ijin berdasarkan pengetahuan diperlihatkan oleh subjek uji dengan menandatangani blanko ijin (paragraf 22). Banyak

komite etik mewajibkan peneliti memberikan blanko surat ijin yang digunakan untuk penelitian. Di beberapa negara blanko ini sangat panjang dan detail sehingga peneliti tidak harus menjelaskan lagi kepada subjek uji mengenai penelitian yang akan dilakukan. Dalam kasus apapun, proses mendapatkan ijin tidak mulai dan berakhir dengan blanko yang sudah ditandatangani namun juga harus mengikut sertakan penjelasan lisan mengenai penelitian yang akan dilakukan dan ikut serta dalam penelitian tersebut berarti menjadi subjek uji. Terlebih lagi, subjek uji harus diberi tahu bahwa mereka bebas untuk menarik kembali ijin yang mereka berikan kapanpun, bahkan setelah penelitian dimulai, tanpa ada dendam dari peneliti atau dokter lain dan tanpa akibat buruk atas perawatan kesehatan mereka.

### **Kerahasiaan**

Senerti juga pasien dalam perawatan klinik, subjek uji juga mempunyai hak mendapatkan informasi kesehatan dirinya. Tidak seperti perawatan mendapatkan privasi yang berhubungan dengan informasi kesehatan dirinya.”  
...sebagai contoh, dokter tidak boleh memberikan informasi kesehatan pribadi kepada orang lain, kecuali jika diperlukan untuk perawatan yang lebih luas dan kadang kepada masyarakat umum. Untuk melindungi privasi, peneliti harus yakin bahwa mereka mendapatkan ijin dari subjek uji untuk menggunakan informasi kesehatan yang sesuai untuk tujuan penelitian sehingga subjek uji perlu diberi tahu terlebih dahulu mengenai informasi kesehatan yang digunakan. Sebagai aturan umum, informasi yang digunakan harus tidak teridentifikasi dan harus disimpan dan diberikan secara aman. *Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Database* yang dikeluarkan WMA dapat menjadi acuan lebih jauh dalam topik ini.

### **Konflik Peran**

Seperti disebutkan di awal bab ini, peran dokter dalam hubungan dokter-pasien berbeda dengan peran peneliti dalam hubungan peneliti-subjek uji, bahkan jika dokter dan peneliti adalah orang yang sama. Paragraf 28 dari DoH menerangkan, peran dokter harus lebih diutamakan. Artinya diantara hal lainnya, bahwa dokter harus siap merekomendasikan kepada pasien untuk tidak ikut serta dalam penelitian jika pasien sepertinya membaik dengan perawatan yang sedang dijalannya sedangkan penelitian mengharuskan pasien harus diacak untuk mendapatkan berbagai perlakuan yang berbeda dan/atau mendapat plasebo. Hanya jika dokter, dalam lingkup ilmiah pasti, sangat tidak yakin apakah perawatan yang sedang dijalani secocok dengan perawatan baru yang ditawarkan, atau bahkan plasebo, maka dokter boleh saja meminta pasien untuk ikut serta dalam penelitian tersebut.

### **Jujur dalam Melaporkan Hasil**

Seharusnya memang tidak perlu dinyatakan bahwa hasil penelitian dilaporkan dengan akurat, ...sayangnya ada banyak praktek yang tidak jujur dalam publikasi hasil penelitian. plagiat, fabrikasi data, publikasi duplikat, dan pengarang 'hadiah'. dapat menguntungkan peneliti, setidaknya sampai diketahui

kebenarannya, namun mereka dapat menyebabkan bahaya yang besar bagi pasien, yang mungkin diberikan perlakuan yang tidak benar berdasarkan hasil penelitian yang tidak akurat atau salah, yang dapat membuang banyak waktu dan sumber-sumber yang ada hanya untuk mengikuti hasil penelitian tersebut.

### **Whistle-blowing (peringatan: "menyemprit")**

Untuk mencegah penelitian yang tidak etis dilakukan, siapapun yang mempunyai pengetahuan mengenai perilaku seperti itu mempunyai kewajiban untuk mengungkap informasi tersebut kepada pemegang kekuasaan yang sesuai. Sayangnya *whistle-blowing* seperti itu tidak selalu dihargai dan bahkan dilakukan, si pelapor kadang malah dihukum atau dihindari karena mencoba mengungkapkan ketidakbenaran. Sikap seperti itu mungkin mengalami perubahan, karena baik ilmuwan kedokteran dan juga pemerintah menyadari perlunya mendeteksi dan menghukum penelitian tidak etis dan mulai menghargai peran *whistle-blower* dalam mencapai tujuan tersebut.

Anggota junior dalam tim peneliti, seperti siswa kedokteran, mungkin akan sulit untuk bertindak mendapati penelitian yang tidak etis karena merasa tidak pantas untuk menilai tindakan peneliti yang lebih senior dan kemungkinan hukuman yang mungkin diterima jika mengungkapkannya. Namun setidaknya mereka harus menolak ikut serta dalam praktek yang dirasakan tidak etis seperti berbohong kepada subjek uji atau fabrikasi data. Jika melihat orang lain terlibat dalam praktek seperti itu, mereka harus mengambil langkah apapun yang diperlukan untuk memperingatkan pemegang kekuasaan yang relevan, baik secara langsung ataupun secara anonim.

### **Masalah-masalah yang Tidak Terpecahkan**

Tidak semua aspek etika penelitian diterima secara umum. Karena ilmu pengobatan terus berkembang, pada bidang seperti genetika, neurosains serta transplantasi organ dan jaringan, memunculkan pertanyaan mengenai apakah teknik, prosedur, dan perlakuan tersebut dapat diterima secara etik karena belum ada jawaban yang tersedia. Terlebih lagi beberapa masalah yang lebih tua masih menjadi kontroversi bahasan etik seperti dalam kondisi apa plasebo digunakan dalam uji klinik dan perawatan lanjutan apa yang harus diberikan kepada peserta

penelitian medis. Pada tingkatan global, 10/90 gap dalam penelitian medis (hanya 10% dari dana penelitian dunia dikeluarkan untuk masalah-masalah kesehatan yang mempengaruhi 90% populasi dunia) tentunya menjadi masalah etis yang belum terpecahkan. Dan jika peneliti menemui masalah di suatu daerah yang kurang sumber daya di dunia ini, peneliti sering

”...hanya 10% dari dana penelitian dunia dikeluarkan untuk masalah-masalah kesehatan yang mempengaruhi 90% populasi dunia....”

h karena konflik antara cara pandang etik mereka semua masalah tersebut akan memerlukan analisis dicapai persetujuan umum.

Terlepas dari masalah yang potensial terjadi, penelitian medis merupakan aktivitas yang berharga dan menjanjikan bagi dokter dan siswa kedokteran dan juga bagi subjek uji sendiri. Bahkan dokter dan siswa kedokteran harus mempertimbangkan menjadi subjek uji sehingga dapat menghargai sisi lain dari hubungan peneliti-subjek uji.

### **KEMBALI KE KASUS**

Dr R seharusnya tidak menerima dengan cepat. Sebelumnya dia harus tahu lebih banyak lagi mengenai penelitian tersebut dan memastikan bahwa sudah memenuhi semua persyaratan yang diperlukan bagi penelitian yang etis.

Khususnya, dia harus meminta untuk bisa melihat protokol yang diberikan kepada komite etik dan komentar atau persyaratan yang diajukan oleh komite etik dalam penelitian tersebut. Dia sebaiknya hanya ikut serta dalam penelitian dalam lingkungan prakteknya, dan dia harus cukup puas diri dengan manfaat ilmiah dan nilai sosial dari penelitian tersebut. Jika dia tidak yakin akan kemampuannya mengevaluasi penelitian tersebut, dia harus mencari saran dari kolega di pusat yang lebih luas. Dia harus memastikan bahwa dia bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan hanya mengikut sertakan pasien jika memang tidak berbahaya mengganti perawatan yang sedang dijalani dengan eksperimen yang dijalankan atau dengan plasebo. Dia harus mampu menerangkan alternatif-alternatif yang ada kepada pasiennya sehingga dapat memberikan ijinnya dengan pemahaman yang penuh apakah ikut berpartisipasi atau tidak. Dia tidak boleh menyetujui untuk mengikut sertakan jumlah tertentu pasiennya sebagai subjek karena dapat menyebabkan dia menekan pasien untuk ikut serta, yang mungkin bertentangan dengan kepentingan terbaik pasiennya.

Dia harus memonitor pasiennya dengan hati-hati kalau terjadi efek samping yang tidak diharapkan dan siap melakukan tindakan koreksi dengan segera.

Pada akhirnya, dia harus mengkomunikasikan dengan pasiennya hasil dari penelitian tersebut begitu hasilnya tersedia.

## BAB VI KESIMPULAN

### TANGGUNG JAWAB DAN HAK ISTIMEWA DOKTER

Buku Manual ini berfokus kepada tugas dan tanggung jawab dokter, yang merupakan substansi dasar dalam etika kedokteran. Seperti juga semua manusia, dokter mempunyai hak dan juga kewajiban, dan etika kedokteran akan tidak komplit jika tanpa mempertimbangkan bagaimana dokter harus diperlakukan oleh orang lain, apakah pasien, masyarakat, atau kolega. Perspektif terhadap etika kedokteran ini menjadi penting karena banyak dokter di berbagai negara menghadapi frustrasi dalam praktek profesinya baik karena sumber yang terbatas,

”Seperti juga semua manusia, dokter mempunyai hak dan juga kewajiban...”

rintah dan/atau perusahaan manajemen mikro, pengobatan dan tindakan tidak etik dokter, atau an mereka oleh pasien dan penyedia layanan

Etika kedokteran memuat hak-hak dokter dan juga tanggung jawabnya. Kode etik kedokteran yang sudah ada seperti World Medical Association’s Code versi tahun 1847 memuat bagian kewajiban dokter kepada pasien dan masyarakat. Kebanyakan kewajiban tersebut sudah kuno seperti ”Kepatuhan pasien terhadap resep yang ditulis dokternya harus tepat dan implisit. Dia tidak boleh membiarkan opini mentahnya, misalnya mengenai kebaikannya, mempengaruhi perhatiannya terhadap dokter”. Meskipun demikian pernyataan ”Masyarakat boleh ... senang sekedar mengapresiasi kualifikasi medis ... [dan] mencoba setiap upaya menyemangati dan fasilitas untuk melakukan akuisisi pendidikan kedokteran ....,” masih valid. Dari pada merevisi dan meng-*update* bagian ini, WMA akhirnya menghilangkannya dari Kode Etik.

Selama bertahun-tahun WMA telah mengadopsi beberapa pernyataan kebijakan pada hak-hak dokter dan tanggung jawab orang lain, terutama pemerintah, untuk menghargainya:

- **Statement on Freedom to Attend Medical Meeting** tahun 1984 “seharusnya ... tidak ada barrier yang dapat mencegah dokter menghadiri pertemuan WMA, atau pertemuan medis lain, kapanpun pertemuan tersebut berlangsung”.
- **Declaration on Physician Independence and Professional Freedom** tahun 1986 menyatakan, “Dokter harus memiliki kebebasan profesional untuk merawat pasien mereka

tanpa campur tangan” dan “Dokter harus memiliki kebebasan medis untuk mewakili dan membela kebutuhan kesehatan pasien melawan semua yang menyangkalnya atau membatasi kebutuhan akan perawatan bagi yang sakit atau terluka”.

- ***Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care*** tahun 1995 menyatakan “penilaian apapun terhadap tindakan atau performa profesional dokter harus melalui evaluasi oleh *doctor’s professional peers* yang oleh karena pengalaman dan pelatihan yang mereka dapat, paham terhadap kompleksitas masalah medis yang terjadi”. Pernyataan yang sama mengutuk ”prosedur apapun dalam menilai keluhan pasien atau prosedur kompensasi pasien, yang tidak berdasarkan evaluasi yang baik terhadap tindakan dokter atau kelalaian oleh *physician’s peer*”.
- ***Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment*** tahun 1997 membuat WMA berkomitmen “mendukung dan melindungi, dan mendesak Asosiasi Kedokteran Nasional untuk mendukung dan melindungi, dokter yang menolak terlibat dalam prosedur yang tidak manusiawi atau siapa saja yang bekerja membantu dan merehabilitasi korban, dan juga melindungi hak untuk menjaga prinsip etika tertinggi termasuk kerahasiaan medis...”
- ***Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*** tahun 2003 memanggil semua negara “melakukan usaha terbaik untuk menjaga dokter dalam profesinya dan juga di dalam negara dengan menyediakan dukungan yang diperlukan untuk mencapai tujuan profesional dan personal, dengan mempertimbangkan kebutuhan dan sumber-sumber yang dimiliki negara” dan memastikan bahwa “Dokter yang bekerja di negara yang berbeda dengan negara asalnya baik sementara atau selamanya, ... harus diperlakukan secara adil seperti juga dokter lain di negara tersebut (contohnya, pilihan kesempatan berkarir yang sama dan gaji yang sama untuk kerja yang sama).”

”...kadang dokter perlu juga diingatkan dengan hak istimewa yang mereka nikmati.”

... untuk kebaikan dokter, berhadapan dengan ancaman dan dokter perlu juga diingatkan dengan hak istimewa yang di beberapa negara menunjukkan bahwa dokter merupakan pekerjaan yang sangat dihormati dan dipercaya. Dokter biasanya menerima imbalan jasa yang jauh lebih besar dari rata-rata (sangat jauh lebih besar bahkan di beberapa negara). Mereka masih mempunyai otonomi klinik yang sangat besar walaupun tidak sebesar dulu. Banyak di antara mereka terlibat dalam pencarian pengetahuan baru yang menarik melalui keikutsertaannya dalam suatu penelitian. Paling penting, mereka memberikan layanan yang dengan nilai yang tak terkirakan bagi pasien secara pribadi, terutama bagi yang sangat membutuhkan,

dan juga terhadap masyarakat secara umum. Sedikit pekerjaan lain yang bisa lebih memuaskan dari pada dokter, terutama yang berhubungan dengan keuntungan yang diberikan oleh dokter – menghilangkan sakit dan penderitaan, menyembuhkan penyakit, dan kenyamanan dalam kematian. Pemenuhan tugas etisnya mungkin hanya sebagian kecil dari keseluruhan hak istimewa/terhormat, *privileges*.

### **TANGGUNG JAWAB TERHADAP DIRI SENDIRI**

Manual ini mengklasifikasikan tanggung jawab dokter berdasarkan pihak penerima manfaat utama: pasien, masyarakat, dan kolega (termasuk profesi kesehatan lain). Dokter sering lupa bahwa mereka mempunyai tanggung jawab terhadap diri mereka sendiri, dan juga kepada keluarga mereka. Di banyak bagian di dunia ini, menjadi dokter artinya mengabdikan sepenuhnya dirinya terhadap praktek pengobatan dengan sedikit mempertimbangkan kesehatan dan kebaikan dirinya. Bekerja 60-80 jam kerja dalam seminggu bukanlah hal yang asing dan liburan dianggap kemewahan yang tidak perlu. Walaupun dokter dapat bekerja dengan baik dalam kondisi seperti ini, keluarganya dapat saja terpengaruh sebaliknya. Dokter yang lain lagi, jelas mengalami penderitaan karena aktivitas profesional seperti itu, yang menyebabkan terjadinya kelelahan yang kritis sampai penyalahgunaan bahan untuk bunuh diri. Dokter yang lalai membahayakan pasien mereka, dengan kelelahan merupakan faktor penting mengapa bisa terjadi kecelakaan medis.

Perlunya memastikan keselamatan pasien dan juga untuk membangun hidup sehat bagi dokter telah dilakukan di berbagai negara dengan pembatasan jumlah jam kerja dan lamanya jaga yang harus dilakukan oleh dokter dan peserta pelatihan. Beberapa institusi pendidikan sekarang lebih mempermudah bagi dokter perempuan untuk menghentikan sementara program pelatihan karena alasan keluarga. Walaupun hal tersebut dapat berakibat baik bagi kesehatan dan kebaikan dokter, tanggung jawab utama terhadap perawatan diri sendiri tetaplah berada di tangan dokter itu sendiri. Selain dengan menghindari hal yang membahayakan kesehatan seperti merokok, penyalahgunaan obat dan kerja berlebihan, dokter harus melindungi dan meningkatkan kesehatan mereka dengan mengetahui faktor yang menyebabkan stress dalam kehidupan pribadi dan profesi dan dengan mengembangkan dan mempraktekkan strategi yang sesuai. Jika gagal, maka harus mencari bantuan dari koleganya dan profesional yang sesuai untuk masalah pribadinya yang mungkin dapat berpengaruh buruk dalam hubungan dengan pasien, masyarakat, dan kolega.

### **MASA DEPAN ETIKA KEDOKTERAN**

Manual ini berfokus pada etika kedokteran saat ini, walaupun dengan banyak sekali referensi dari yang dahulu. Namun yang ada sekarang juga menjauh secara teratur sehingga perlu untuk selalu engantisipasi masa datang jika tak ingin berada di belakang. Masa depan etika kedokteran akan sangat tergantung pada masa depan pengobatan itu sendiri. Pada awal abad ke-21 telah berevolusi dengan cepat dan sangat sulit memperkirakan bagaimana hal tersebut akan dipraktekkan oleh mahasiswa kedokteran saat ini yang akan menyelesaikan koasistensinya, dan tak mungkin mengetahui tantangan-tantangan masa depan yang akan dihadapi sebelum siap untuk pensiun. Masa depan tidaklah harus lebih baik dari yang ada sekarang, karena ketidak stabilan politik dan ekonomi, degradasi lingkungan, terus menyebarnya HIV/AIDS dan endemik potensial lain. Walaupun kita dapat berharap keuntungan dari kemajuan kedokteran pada akhirnya akan menyebar di semua negara dan masalah etis yang akan dihadapi pada akhirnya juga akan sama dengan yang telah dibahas di negara kaya, hal yang sebaliknya dapat saja terjadi – negara yang saat ini kaya dapat saja memburuk pada titik dimana dokter harus berhadapan dengan epidemi penyakit tropis dan suplai medis yang sangat terbatas.

Karena masa depan yang tidak dapat diduga, etika kedokteran harus fleksibel serta terbuka terhadap perubahan dan penyesuaian. Namun kita dapat berharap bahwa prinsip dasar dari etika kedokteran tetap berada pada tempatnya, terutama nilai akan belas kasih, kompetensi, dan otonomi, serta kepedulian terhadap hak asasi manusia yang fundamental dan pengabdiannya terhadap profesionalisme. Perubahan apapun yang terjadi dalam pengobatan sebagai akibat perkembangan ilmu pengetahuan serta faktor ekonomi, politik dan sosial akan selalu ada orang sakit yang memerlukan perawatan dan pengobatan, jika mungkin. Dokter telah memberikan pelayanan tersebut bersama dengan hal lain seperti promosi kesehatan, prevensi penyakit, dan manajemen sistem kesehatan. Walaupun keseimbangan antara aktivitas-aktivitas tersebut mungkin akan berubah di masa datang, dokter akan terus berperan penting dalam aktivitas tersebut. Karena setiap aktivitas tersebut melibatkan berbagai tantangan etis, dokter harus tetap terinformasikan dengan perkembangan etika kedokteran seperti halnya dalam aspek lain dalam pengobatan.

Ini merupakan akhir dari Manual ini namun bagi pembaca ini hanyalah satu langkah dalam pencelupan sepanjang hidup dalam etika kedokteran. Mengulang apa yang telah disebutkan dalam pendahuluan, Manual ini hanya memberikan pengetahuan dasar terhadap etika kedokteran dan beberapa masalah pokok. Manual ini dimaksudkan agar pembaca menyadari perlunya refleksi secara terus menerus dalam dimensi etik pengobatan, dan terutama

bagaimana berhadapan dengan masalah etik yang akan anda hadapi dalam praktek anda sendiri. Daftar sumber yang diberikan dalam Apendiks B dapat membantu memperdalam pengetahuan anda mengenai masalah ini.

## APENDIKS A - GLOSARRY

*Accountable* – dapat memenuhi apa yang menjadi tanggungjawab (pekerja harus akuntabel terhadap pekerjaannya kepada yang mempekerjakan). *Accountability* (akuntabilitas) harus dimiliki untuk menjelaskan sesuatu yang telah atau tidak dikerjakan.

*Advance directive* – pernyataan, biasanya tertulis, yang mengindikasikan bagaimana seseorang ingin, atau tidak ingin diperlakukan di masa datang jika dia tidak lagi sanggup mengambil keputusan sendiri (contohnya jika tidak sadar atau mengalami demensia). Ini juga dapat berupa rencana terapi yang sudah ditetapkan sebelumnya; yang lain dapat berupa pemilihan orang lain untuk mewakili mengambil keputusan dalam situasi tertentu. Beberapa pernyataan memiliki kekuatan hukum dalam *advance directives*.

*Advocate* – (kata kerja) mengungkapkan atau melakukan tindakan mewakili orang lain atau kelompok tertentu; (kata benda) orang yang melakukan tindakan tersebut. Dokter bertindak sebagai *advocate* bagi pasiennya terhadap pemerintah atau pejabat asuransi kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan yang diperlukan pasiennya namun tidak bisa didapat dengan mudah oleh pasien sendiri.

*Anaesthetist* – di beberapa Negara disebut juga *anaesthesiologist*.

*Beneficence* – secara harfiah berarti berbuat baik. Dokter diharapkan bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasiennya.

*Bioethics/biomedical ethics* – merupakan dua istilah yang ekuivalen yang berarti ilmu yang mempelajari masalah-masalah moral yang muncul dalam pengobatan, layanan kesehatan dan ilmu-ilmu biologi. Ilmu ini memiliki empat subdivisi besar: **clinical ethics** (etika klinik) yang berhubungan dengan masalah dalam perawatan pasien; **research ethics** (etika penelitian) yang berhubungan dengan perlindungan subjek uji manusia dalam suatu penelitian kesehatan; *professional ethics* (etika professional) yang berhubungan dengan tugas dan tanggung jawab tertentu yang harus dimiliki oleh dokter dan tenaga kesehatan professional lain [**medical**

**ethics** (etika kedokteran) merupakan salah satu bentuknya]; dan **public policy ethics** (etika kebijakan publik) yang berhubungan dengan formulasi dan enterpretasi hukum dan aturan dalam masalah-masalah bioetik.

*Consensus* – persetujuan oleh semua orang namun tidak harus anonym.

*Hierarchy* – susunan orang secara teratur menurut perbedaan tingkat kepentingannya dari yang tertinggi sampai yang terendah. Hirarkis merupakan sifat yang menggambarkan susunan tersebut. Istilah hirarki juga digunakan untuk hal yang mengacu pada pimpinan tertinggi suatu organisasi.

*Justice* – perlakuan yang adil terhadap individu atau kelompok. Seperti disebutkan dalam Bab III ada perbedaan pemahaman dalam hal perawatan yang adil dalam layanan kesehatan.

*Managed healthcare* – pendekatan organisatoris dalam layanan kesehatan dimana pemerintah, korporasi, atau perusahaan asuransi memutuskan layanan apa yang akan diberikan, siapa yang akan memberikan (dokter spesialis, dokter umum, perawat, profesi kesehatan lain, dll), dimana akan diberikan (klinik, rumah sakit, di rumah pasien, dll), serta masalah lain yang berhubungan.

*Non-maleficence* – secara harfiah tidak melakukan kesalahan. Dokter dan peneliti bidang kesehatan harus menghindari bahaya yang mungkin dapat terjadi pada pasien dan subjek uji.

*Palliative care* – pendekatan perawatan kepada pasien, terutama yang kemungkinan akan segera meninggal karena penyakit yang serius dan tidak dapat disembuhkan yang tujuan utamamnya adalah kualitas hidup pasien, khususnya dalam mengontrol rasa sakit. Perawatan ini dapat diberikan di rumah sakit, lembaga khusus orang yang sekarat (biasa disebut *hospices*), atau di rumah pasien.

*Physician* (dokter) – seseorang yang memenuhi syarat untuk melakukan praktek pengobatan. Di beberapa Negara, *physician* dibedakan dengan ahli bedah dan digunakan istilah ‘doctor’ dokter untuk menunjuk keduanya. Namun ‘doctor’ dapat juga digunakan oleh profesi kesehatan lain seperti dokter gigi dan dokter hewan, juga oleh mereka yang mendapat gelar Ph.D. maupun derajat doctoral lain. Istilah ‘medical doctor’ lebih tepat namun tidak biasa digunakan. WMA menggunakan istilah *physician* untuk semua orang yang memenuhi syarat

untuk melakukan praktek pengobatan tidak memandang spesialisasinya, dan buku manual ini juga mengacu kepada hal tersebut.

*Plagiarism* – salah satu bentuk tindakan yang tidak jujur dimana seseorang mengkopi hasil karya orang lain seperti seluruh atau sebagian artikel yang dipublikasikan, dan menyerahkannya sebagai hasil karyanya sendiri tanpa menyebutkan sumbernya.

*Pluralistic* – memiliki beberapa ataupun banyak perbedaan sifat dan pendekatan; lawannya adalah singular atau seragam.

*Profess* – menyatakan kepercayaan atau janji di hadapan orang banyak. Ini merupakan dasar dari ‘profesi’, ‘profesional’, dan ‘profesionalisme’.

*Rational* – berdasarkan pada kapasitas seseorang dalam pemikiran yaitu kemampuan mempertimbangkan suatu pendapat yang mendukung atau melawan sesuatu dan kemudian mengambil keputusan alternatif mana yang lebih baik.

*Surrogate or substitute gestation* – salah satu bentuk kehamilan dimana seorang wanita setuju untuk mengandung seorang anak dan melahirkannya bagi pasangan lain yang dalam sebagian besar kasus memberikan spermanya (melalui inseminasi buatan) atau embrionya (melalui fertilisasi *in vitro* dan transfer embrio).

*Value* – (kata kerja) menganggap sesuatu sebagian hal yang sangat penting; (kata benda) sesuatu yang dianggap sangat penting.

*Virtue* – kualitas atau sifat baik seseorang, terutama dalam hal karakter dan perilaku. Beberapa *virtues* sangatlah penting bagi kelompok tertentu seperti belas kasih bagi dokter, keberanian bagi pemadam kebakaran, kejujuran bagi saksi, dll.

*Wistle-blower* - seseorang yang memberikan informasi kepada pejabat berwenang atau orang banyak bahwa seseorang atau suatu organisasi melakukan sesuatu yang tidak etis atau ilegal. (Ekspresi ini berasal dari dunia olah raga dimana wasit meniup peluit sebagai tanda telah terjadi pelanggaran aturan).

## **APENDIKS B – SUMBER-SUMBER ETIKA KEDOKTERAN DI INTERNET**

### **Umum**

World Medical Association Policy Handbook ([www.wma.net/e/policy/handbook.htm](http://www.wma.net/e/policy/handbook.htm)) – berisi teks penuh dari kebijakan-kebijakan WMA (dalam bahasa Inggris, Perancis, dan Spanyol)

World Medical Association Ethics Unit ([www.wma.net](http://www.wma.net)) – termasuk bagian-bagian berikut yang diperbaharui tiap bulan:

- Masalah bulan ini
- WMA ethics outreach activities
- Kebijakan etika WMA, termasuk yang dalam perkembangan atau sedang dibahas
- Deklarasi Helsinki, sejarah dan keberadaan saat ini
- Sumber-sumber etika WMA
- Organisasi etika kedokteran, termasuk kode etik mereka
- Pengumuman konferensi yang akan diselenggarakan
- Pendidikan etika kedokteran
- Etika dan hak asasi manusia
- Etika dan profesionalisme kedokteran

### **Masalah di awal kehidupan**

Kloning manusia – [www.who.int/ethics/topics/cloning/en/](http://www.who.int/ethics/topics/cloning/en/)

Reproduksi dengan bantuan – [www.who.int/reproductive-health/infertility/report\\_content.htm](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm)

### **Masalah di akhir kehidupan**

Sumber-sumber – [www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html](http://www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html)

Edukasi bagi Dokter tentang Perawatan di Akhir Kehidupan – [www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html)

Perawatan paliatif – [www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm](http://www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm)

Oposisi terhadap euthanasia – [www.euthanasia.com/](http://www.euthanasia.com/)

## **HIV/AIDS**

Sumber-sumber – [www.wits.ac.za/bioethics](http://www.wits.ac.za/bioethics)

UNAIDS – [www.unaids.org/en/in+focus/hiv\\_aids\\_human\\_rights/unaids+activities+hr.asp](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp)

## **Hubungan dengan perusahaan komersial**

Sumber edukasi – [www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html)

Sumber-sumber – [www.nofreelunch.org/](http://www.nofreelunch.org/)

## **Penelitian dengan subjek manusia**

Acuan dan sumber – [www.who.int/ethics/research/en/](http://www.who.int/ethics/research/en/)

Harvard School of Public Health, masalah etika dalam penelitian kesehatan internasional  
[www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/)

## **APENDIKS C**

### **WORLD MEDICAL ASSOCIATION**

#### **Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical School World-Wide**

**(Resolusi untuk memasukkan Etika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia dalam  
Kurikulum Sekolah Pendidikan Dokter di Seluruh Dunia)**

(diadopsi dari 51<sup>th</sup> World Medical Assembly, Tel Aviv, Israel, Oktober, 1999)

1. Mengingat Erika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia membentuk suatu bagian yang integral dalam kerja dan budaya profesi kesehatan, dan
2. Mengingat Etika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia membentuk bagian yang integral dalam sejarah, struktur dan tujuan-tujuan dari World Medical Association,
3. Oleh karena itu WMA merekomendasikan dengan sangat bagi Sekolah-sekolah Pendidikan Dokter di seluruh dunia agar pengajaran Etika Kedokteran dan Hak Asasi Manusia dimasukkan sebagai pelajaran wajib dalam kurikulumnya.

## **WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME)**

### **Standar Global dalam Peningkatan Kualitas – Pendidikan Kedokteran Dasar**

([www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translation%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf](http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translation%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf))

Standar ini, dimana diharapkan dapat dipenuhi oleh semua sekolah pendidikan dokter, termasuk juga referensi etika kedokteran berikut:

#### **1.4. Luaran Pendidikan**

Sekolah pendidikan dokter **harus** menetapkan kompetensi (termasuk pengetahuan dan pemahaman mengenai etika kedokteran) yang harus dimiliki oleh siswanya setelah lulus dalam hubungannya dengan pelatihan yang akan dijalani selanjutnya dan perannya di masa datang dalam sistem kesehatan.

#### **4.4 Program Pendidikan – Etika Kedokteran**

Sekolah pendidikan dokter **harus** mengidentifikasi dan memasukkannya dalam kurikulum mengenai kontribusi etika kedokteran dalam tercapainya komunikasi, pengambilan keputusan klinik, dan praktek etik yang efektif.

#### **4.5 Program Pendidikan – Ilmu Pengetahuan dan Ketrampilan Klinik**

Ketrampilan-ketrampilan klinis dan juga sejarah, ketrampilan komunikasi dan kepemimpinan tim.

Partisipasi dalam perawatan pasien harus menyertakan kerja tim dengan profesi kesehatan lain

#### 4.4 Sumber-sumber Pendidikan – Penelitian

Interaksi antara aktivitas pendidikan dan penelitian **diharapkan** dapat menyemangati dan mempersiapkan siswa untuk berhadapan dengan penelitian dan perkembangan kedokteran.

### **APENDIKS D – MENEKANKAN PENDIDIKAN ETIKA DALAM SEKOLAH PENDIDIKAN DOKTER**

Beberapa sekolah pendidikan hanya sedikit melakukan pengajaran etika sedangkan yang lainnya memiliki program yang telah jauh berkembang. Bahkan bagi yang terakhir itu, selalu saja ada ruang untuk perbaikan. Berikut adalah proses yang dapat dilakukan oleh siapa saja, baik itu siswa kedokteran atau anggota fakultas, yang ingin menekankan perlunya pengajaran etika kedokteran dalam institusinya.

1. Jadilah terbiasa dengan struktur pengambilan keputusan dalam suatu institusi
  - Dekan
  - Komite Kurikulum
  - Dewan Staf Pengajar
  - Anggota staf pengajar yang berpengaruh
2. Cari dukungan dari yang lain
  - Siswa
  - Staf pengajar
  - Administrator kunci
  - Ikatan Dokter Nasional
  - Badan regulator dokter nasional
3. Buat kasus yang kuat

- EMA *Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical School World-Wide*
  - WFME *Global Standard for Quality Improvement – Basic Medical Education*
  - Contoh dari sekolah kedokteran lain
  - Perlunya penelitian etik
  - Antisipasi keberatan yang mungkin (kurikulum yang terlalu penuh)
4. Tawarkan bantuan
- Berikan usulan struktur, muatan, sumber staf pengajar dan siswa (lihat web page WMA Ethics Unit tentang sumber pendidikan etika:  
[www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm](http://www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm))
  - **Liase** (lakukan hubungan) dengan program etika kedokteran lain seperti WMA
5. Pastikan kontinuitas
- Ungkapkan perlunya komite etika kedokteran permanen
  - Rekrut siswa yang lebih muda
  - Rekrut staf pengajar tambahan
  - Bentuk administrator kunci dan pengajar yang baru

## **APENDIKS E – STUDI KASUS TAMBAHAN**

### **SARAN PENGGUNAAN KONTRASEPSI UNTUK ANAK MUDA**

Sara adalah seorang gadis berumur 15 tahun. Dia tinggal di sebuah kota dimana kekerasan seksual semakin sering terjadi. Dia datang ke klinik anda meminta resep oral kontrasepsi untuk melindunginya dari kehamilan jikalau ternyata dia menjadi korban kekerasan seksual. Kehamilan akan menghancurkan kesempatannya sekolah dan membuatnya sulit mendapatkan

suami. Sara memberitahu anda dia tidak ingin memberitahu orang tuanya bahwa dia akan menggunakan kontrasepsi karena mereka akan mengira dia akan melakukan hubungan seks dengan pacarnya. Anda curiga dengan motif Sara walaupun anda kagum dengan alasannya untuk menghindari kehamilan. Anda menyarankan Sara untuk mengunjungi klinik anda lagi beserta orang tuanya agar dapat berdiskusi lebih banyak lagi. Tiga hari kemudian dia datang ke klinik anda sendiri dan mengatakan bahwa dia sudah mencoba bicara dengan orang tuanya mengenai hal tersebut namun orang tuanya menolak untuk membicarakannya lebih lanjut.

Sekarang apa yang harus anda lakukan?

### **BAYI PREMATUR**

Max lahir pada kehamilan minggu ke-23. Dia dipasang alat ventilasi karena paru-parunya sangat imatur. Terlebih lagi, dia menderita perdarahan serebral karena jaringan pembuluh darahnya masih belum stabil. Max sepertinya tidak akan bisa bertahan sampai beberapa minggu ke depan. Kalaupun dapat, mungkin dia akan cacat baik secara mental maupun fisik. Kondisi Max semakin buruk karena dia juga menderita infeksi perut. Mungkin saja dilakukan pengambilan bagian yang mengalami inflamasi, agar dapat mempertahankan kemungkinan hidupnya yang memang kecil. Orang tuanya menolak memberikan ijin tindakan tersebut karena mereka tidak ingin Max menderita karena operasi yang akan dijalannya, dan mereka juga menganggap kualitas hidup Max tidak akan cukup. Sebagai dokter yang merawat Max, anda berfikir bahwa operasi sebaiknya dilakukan, dan anda berfikir bagaimana berhadapan dengan penolakan orang tua Max.

### **INFEKSI HIV**

Bpk S sudah menikah dan memiliki dua anak yang sudah sekolah. Dia dirawat di klinik anda karena mengalami pneumonia yang sangat jarang terjadi dan sering dihubungkan dengan AIDS. Hasil tes darahnya menunjukkan bahwa dia memang HIV-positif. Bpk S mengatakan dia sendiri yang akan memutuskan apakah dia akan memberitahu istrinya dan kapan dia akan melakukannya. Anda mengatakan bahwa akan sangat berguna bagi kelangsungan hidup istrinya untuk melindunginya dari infeksi. Dan lagi, penting juga dilakukan tes HIV bagi istrinya. Jika ternyata hasil tesnya positif dia bisa minum obat untuk memperlambat penyakit sehingga dapat memperpanjang hidupnya. Enam minggu kemudian Bpk S datang kembali ke klinik anda untuk melakukan penyelidikan kontrol. Menjawab pertanyaan anda dia mengatakan belum memberitahu istrinya. Dia tidak ingin istrinya tahu perilaku

homoseksualnya karena takut akan membuat istrinya takut dan hubungan mereka berakhir dan keluarga akan hancur. Namun untuk melindungi istrinya dia hanya melakukan hubungan seks yang 'aman'. Sebagai dokter yang merawatnya, anda berfikir apakah anda harus memberitahu istrinya mengenai status Bpk S yang HIV-positif melawan kehendaknya sehingga istri Bpk S dapat memiliki kesempatan memulai perawatan yang diperlukan.

### **MERAWAT TAHANAN**

Sebagai bagian dari tugas kedokteran anda, anda menghabiskan satu hari dalam setiap dua minggu melihat nara pidana di rumah tahanan terdekat. Kemarin anda merawat seorang tahanan dengan berbagai abrasi di wajahnya dan tubuhnya. Saat anda menanyakan penyebabnya, pasien menjawab bahwa dia telah diserang oleh penjaga penjara selama interogasi karena dia menolak menjawab pertanyaan mereka. Walaupun ini merupakan kasus pertama yang baru anda hadapi, anda telah mendengar kasus yang sama terjadi dari kolega anda. Anda yakin harus melakukan sesuatu mengenai masalah tersebut namun pasien menolak memberikan izin kepada anda untuk mengungkapkan informasi tersebut karena dia takut pembalasan dendam dari pejabat penjara kepadanya. Lebih jauh lagi anda juga tidak yakin bahwa tahanan mengatakan hal yang sebenarnya karena penjaga yang membawa tahanan tersebut untuk anda obati mengatakan dia berkelahi dengan tahanan lain. Anda memiliki hubungan yang baik dengan staf penjara dan tidak ingin merusaknya dengan membuat tuduhan yang tidak substansial tentang perlakuan yang tidak benar terhadap tahanan. Apa yang sebaiknya anda lakukan?

### **KEPUTUSAN DI AKHIR KEHIDUPAN**

Seorang wanita berusia 80 tahun masuk ke rumah sakit anda dari rumah perawatan karena menderita pneumonia. Dia mengalami demensia sedang dan lemah. Anda berhasil mengatasi pneumonianya namun sesaat sebelum dia keluar dari rumah sakit, dia menderita stroke yang menyebabkannya lumpuh sisi kanan dan tidak sanggup makan sendiri. Selang makanan digunakan namun sepertinya membuat dia tidak nyaman dan setelah dia beberapa kali mencoba menariknya keluar dengan tangan kirinya maka tangannya diikat. Dia juga tidak bisa menyampaikan keinginannya. Pencarian anak atau saudara yang lain yang dapat membantu mengambil keputusan untuk pasien tersebut dalam perawatan tidak dapat ditemukan. Setelah beberapa hari anda memutuskan bahwa kondisinya sepertinya tidak membaik dan satu-

satunya jalan untuk menghilangkan penderitaannya adalah dengan memberikan obat tidur atau menghentikan penggunaan selang makanan dan membiarkannya mati. Apa yang harus anda lakukan?

### **KOLEKSI STUDI KASUS**

*Informed consent*, Ijin berdasarkan pengetahuan mengenai bioetika dari UNESCO – <http://research.haifa.as.ii/~medlaw/> (UNESCO Chair)

UK Clinical Ethics Network – [www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm](http://www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm)

Penelitian kesehatan internasional dari Harvard School of Public Health – [www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/) (cases)

Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Healthcare Profession, Bagian 3, studi kasus – [www.commat.org/](http://www.commat.org/)