

PELAYANAN DOKTER SEBAGAI KEBAJIKAN PRAKTIS (*PHRONESIS*)

Yohanes Jehuru

Abstract: The term *phronesis* used in the field of medicine wants to describe that doctors are men of virtue, and they should have the virtues relating to their profession. In this article, I will present the idea laid behind the study and work of medicine, that is doctors or candidates should have a holistic knowledge. One of those elements is that the field of medicine has a relation with other disciplines that work on the same material object, namely human beings. Other is that human beings are not machines, which are unorganic and mindless objects, which react nothing at all. Avoiding mistreating human beings, doctors have to have such knowledge.

Keywords: Phronesis • dehumanisasi • personalisasi • dan biomedis •

Pengantar

Pada abad VI S.M, di Cnidus – salah satu kota di Asia Kecil – untuk pertama kali dibuka sekolah kedokteran. Alcmaeon, ahli anatomi tubuh, adalah orang pertama yang bekerja di sekolah ini. Ia menyelidiki secara klinis berbagai penderitaan yang dialami oleh manusia. Upayanya itu menandai perubahan cara pandang mengenai sebab atau *arche* dari pelbagai penyakit yang diderita oleh manusia dan cara kerja dalam menghadapinya, yang mana penyeledikan klinis amat ditekankan (Bellino, 1992: 105-106).

Hippokrates (460-377 SM) menyebutkan beberapa keutamaan penting berkaitan dengan seorang dokter, yaitu kerapian, kejujuran, ketenangan, keseriusan dan pengertian. Ia juga menekankan pentingnya observasi dan pencatatan yang baik serta objektif mengenai kesehatan pasien sehingga catatan tersebut dapat dialihkan kepada dokter lainnya di kemudian hari apabila diperlukan. Ia sendiri mencatat dengan seksama setiap tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh berbagai penyakit serta memperluas pencariannya hingga ke riwayat keluarga dan lingkungan tempat tinggal pasien. Melalui metode ini, ia memandang kedokteran

sebagai sebuah seni pengamatan dan pemeriksaan klinis (Bellino, 1992: 106).

Dalam konsep kuno pelayanan, dokter dianggap sebagai *techne*, suatu kombinasi antara seni dan pengetahuan. Dalam paradigma kedokteran, hal ini dikaitkan dengan konsep keutamaan praktis (*phronesis*). Sebelum kita menempatkan konsep ini dalam kaitan dengan ilmu dan praksis kedokteran, baiklah dipeberikan dulu *phronesis* ini. Kata *phronesis* itu berasal dari bahasa Yunani yang artinya teknik/seni menentukan kebenaran berdasarkan pengalaman. Di sini tidak perlu penelitian, tidak perlu diperiksa lebih lanjut, tidak perlu teori yang meyakinkan. Penilaian didasarkan pada pengalaman dan bukan teori atau argumentasi.

Konsep ini dikenal juga di dalam pemikiran Aristoteles. Ia menempatkannya sebagai salah satu dari lima keutamaan intelektual: akal budi (*nous*), kebijaksanaan teoretis (*sophia*), kebijaksanaan praktis (*phronesis*), pengetahuan ilmiah (*episteme*), dan ketrampilan (*techne*). Keutamaan yang mengajarkan bagaimana bertindak dengan baik adalah *phronesis* bukan *Sophia*. Aristoteles mendefinisikan *phronesis* sebagai disposisi atau sikap tetap dalam bertindak sesuai dengan pengertian benar mengenai manusia dan apa yang baik baginya. *Phronesis* tidak dapat diajarkan, melainkan tumbuh dari pengalaman dan kebiasaan untuk bertindak etis. Keutamaan moral yang sejati selalu disertai dengan kebijaksanaan praktis. Hal ini memperlihatkan bahwa kebijaksanaan tidak pernah dapat sempurna. Hal ini didasarkan pada situasi keberadaan manusia yang senantiasa ada dalam keserbaberubahan (Aristoteles, NE, Book I, 1-6).

Selanjutnya bagaimana konsep ini dikaitkan dengan kedokteran? Dapatkah konsep keutamaan praktis (*phronesis*) diaplikasikan sebagai dasar epistemologi, etika dan praktis dari pelayanan kedokteran? Dipercaya bahwa keutamaan praktis memberi dasar moral dan filosofis terhadap pelayanan dokter itu sendiri. Keputusan klinis dalam pemberian obat kepada pasien memerlukan suatu pertimbangan rasional. Kebijakan praktis mengantari pelayanan profesi kedokteran dan keutamaan moral yang perlu dipertimbangkan

Tinjauan Filosofis Ilmu Kedokteran

Ilmu kedokteran, seperti juga ilmu lain, berkembang dari berbagai pertanyaan atas gejala-gejala yang ada pada tubuh manusia baik pertanyaan kecil (dijawab secara spontan) maupun pertanyaan besar (dijawab

berdasarkan suatu penelitian). Karena alasan ini, saya merasa perlu untuk membahas dasar-dasar filosofis yang perlu bagi ilmu kedokteran itu sendiri.

Salah satu ciri khas dari manusia adalah sifat ingin tahunya. Rasa ingin tahu ini tidak terbatas pada dirinya, tetapi juga lingkungan sekitarnya. Rasa ingin tahu ini muncul sejak manusia lahir di muka bumi ini dan tidak dibatasi oleh peradaban. Rasa ingin tahu tentang gejala-gejala yang terjadi pada manusia terkadang bersifat sederhana dan kompleks. Rasa ingin tahu yang bersifat sederhana didasari dengan rasa ingin tahu tentang apa (Ontologis), sedangkan rasa ingin tahu yang bersifat kompleks meliputi kelanjutan pemikiran tentang bagaimana peristiwa tersebut dapat terjadi dan mengapa peristiwa itu terjadi (Epistemologis), serta manfaat apa yang didapat peristiwa tersebut (Aksiologis) (Farida, Kemas, Vol 3, No. 3, Desember 2008).

Ketiga landasan utama filsafat ilmu di atas, yaitu Ontologis, Epistemologis dan Aksiologis merupakan ciri spesifik dalam penyusunan pengetahuan yang menjelaskan keilmiahan ilmu tersebut. Ketiga landasan ini saling berkaitan dan tidak bisa dipisahkan. Karena itu, ilmu kedokteran bersifat interdisipliner. Berbagai usaha spekulatif yang bersistem, mendasar dan menyeluruh dilaksanakan untuk mencapai atau memecahkan penyakit yang diderita oleh pasien.

Dalam filsafat ilmu, suatu disiplin ilmu dapat dinyatakan sebagai pengetahuan, jika memenuhi kriteria ontologi yang mencakup: apa/hakikat/kebenaran/ ilmiah. Kriteria epistemologis mencakup: metode dan paradigma. Kriteria aksiologis mencakup: tujuan/nilai-nilai imperatif/sikap (*attitude*). Filsafat ilmu berkembang dari dua cabang utama yang meliputi filsafat alam dan filsafat moral. Filsafat alam menjadi rumpun ilmu-ilmu alam (*natural sciences*), sedangkan filsafat moral menjadi rumpun ilmu-ilmu sosial (*social sciences*). Selanjutnya, kelompok ilmu-ilmu alam mempunyai cabang utama ilmu alam (*physical sciences*) dan ilmu hayat (*biological sciences*). Cabang ilmu-ilmu alam yang menunjukkan ilmu kedokteran dan kesehatan berada pada garis cabang keilmuan ilmu hayat (Farida, 2008: 128).

Pohon pengetahuan dibedakan berdasarkan apa yang diketahui, bagaimana cara mengetahui, dan untuk apa pengetahuan digunakan. Namun, pembedaan keilmuan justru menimbulkan berbagai masalah dan kerumitan sehingga menyebabkan sebagian orang melakukan pendekatan

interdisipliner. Ilmu kedokteran mempunyai pendekatan interdisipliner dengan beberapa cabang ilmu yang menelaah sasaran yang sama.¹

Ontologi

Kajian ontologis spesifik menjawab hakekat suatu ilmu dan membahas tentang “apa” itu yang ingin diketahui. Ontologi berperan dalam perbincangan mengenai pengembangan ilmu, asumsi dasar ilmu dan konsekuensi penerapan ilmu. Ontologi merupakan sarana ilmiah untuk menemukan jalan penanganan masalah secara ilmiah. Ontologis berperan dalam proses konsistensi ekstensif dan intensif dalam pengembangan ilmu (Suriasumantri, 1985: 34).

Ontologi merupakan salah satu obyek lapangan penelitian kefilosofatan yang paling kuno. Dasar ontologis dari ilmu berhubungan dengan materi yang menjadi obyek penelaahan ilmu, ciri esensial obyek yang berlaku umum. Ontologi sebagai ilmu mencakup seluruh aspek kehidupan yang dapat diuji oleh indera manusia. Jadi kajian ontologis masih dalam jangkauan pengalaman manusia. Obyeknya bersifat empiris dapat berupa material, seperti ide-ide, nilai, tumbuhan, binatang, batu-batuan dan manusia itu sendiri.

Bidang kedokteran dan kesehatan lainnya, menatap manusia sebagai objek. Tubuh manusia yang disebut sebagai ‘geometri tubuh’ mempunyai empat dimensi: pertama, dimensi kesinambungan waktu dengan masalah utama reproduksi; kedua, dimensi kesinambungan ruang dengan masalah utama regulasi dan kontrol populasi yang juga disebut sebagai masalah “politik”; ketiga, dimensi kemampuan untuk menahan hasrat yang merupakan persoalan internal tubuh; keempat, kemampuan merepresentasikan tubuh kepada sesama yang merupakan persoalan eksternal tubuh. Keempat dimensi tubuh ini terkait erat dengan bidang area

¹ Misalnya, bidang reproduksi merupakan bagian dari ilmu kedokteran dan kesehatan yang secara spesifik menangani berbagai masalah reproduksi manusia dengan penanganan yang tidak semata-mata di tingkat individu, tetapi juga di tingkat masyarakat. Selanjutnya, cabang ilmu-ilmu sosiologi dan humaniora bersama ilmu-ilmu kesehatan menelaah area kesehatan reproduksi tersebut. Oleh sebab itu, pertemuan *natural sciences* dan *social sciences* dalam bahasan kesehatan menjadi relevan ketika berbagai masalah kesehatan reproduksi banyak berhubungan dengan masalah kependudukan.

kesehatan reproduksi dan bidang kesehatan lain yang terintegrasi di dalamnya yaitu kesehatan seksual (Farida, 2008: 129).

Epistemologi

Telaah epistemologis merupakan cabang dari filsafat ilmu yang berurusan dengan hakikat, teori dan ruang lingkup “bagaimana” proses menjadi ilmu. Telaah ini meliputi pengandaian-pengandaian dan dasar-dasar serta pertanggungjawaban atas pertanyaan mengenai ilmu pengetahuan. Epistemologi membahas secara mendalam segenap proses yang terlibat dalam usaha untuk memperoleh ilmu pengetahuan terutama yang berkaitan dengan metode keilmiah, sistematika dan isi dari berbagai ilmu (Farida, 2008: 129).

Metode keilmuan merupakan suatu prosedur wajib yang mencakup berbagai tindakan, pemikiran, pola kerja, cara teknis, dan tata langkah untuk memperoleh ilmu pengetahuan yang baru atau sebaliknya mengembangkan wawasan yang telah ada. Salah satu ciri yang patut mendapat perhatian dalam epistemologi dari perkembangan ilmu pada masa modern adalah munculnya pandangan baru mengenai ilmu pengetahuan. Pandangan itu merupakan kritik terhadap pandangan Aristoteles, yaitu bahwa ilmu pengetahuan yang sempurna tidak boleh mencari keuntungan (pengetahuan yang bersifat teleologis), namun haruslah bersikap kontemplatif. Pandangan bahwa ilmu pengetahuan justru harus mencari keuntungan yang artinya dipakai untuk memperkuat kemampuan dan kesempurnaan manusia di bumi ini.

Secara epistemologis kesehatan reproduksi bermula dari angka kematian ibu yang tinggi di dalam masyarakat yang ternyata berhubungan dengan kelahiran yang tinggi. Teknologi pengaturan keluarga yang ditemukan kemudian, pada mulanya mendapatkan tantangan yang berkepanjangan dari berbagai pihak terutama agama, sebelum diakui oleh dunia. Teknologi keluarga berencana berkembang sejalan dengan perkembangan dunia kedokteran. Pengaturan keluarga tidak terbatas pada upaya membatasi atau menjarangkan kelahiran, tetapi juga menciptakan teknologi untuk mendapatkan anak, karena tidak semua pasangan suami isteri mempunyai kemudahan dan mampu mendapatkan keturunan secara alami. Bantuan mendapatkan keturunan bermula dari penemuan teknologi inseminasi buatan (*AI: Artificial Insemination*), yang diikuti teknologi fertilisasi di luar (*IVF: In Vitro Fertilization*) dan transfer embrio (*ET: Embryo*

Transfer). Temuan teknologi yang paling mutakhir adalah teknologi kloning. Berbagai temuan teknologi tersebut tidak dapat langsung diaplikasikan kepada manusia, tetapi melalui serangkaian percobaan pada hewan. Adopsi teknologi kedokteran hewan yang diakui selangkah lebih maju daripada teknologi kedokteran manusia merupakan sesuatu yang lazim karena teknologi bertujuan untuk keselamatan umat manusia sebagai tujuan dari suatu ilmu pengetahuan, (Farida, 2008: 130).

Aksiologi

Aksiologi adalah cabang filsafat yang mempelajari nilai secara umum. Sebagai landasan ilmu, aksiologi mempertanyakan untuk apa pengetahuan yang berupa ilmu itu dipergunakan? Bagaimana kaitan antara cara penggunaan tersebut dengan kaidah-kaidah moral? Bagaimana kaitan antara teknik, prosedur yang merupakan operasionalisasi metode ilmiah dengan norma-norma moral atau profesional (Jujun S. Suriasumantri, 1985: 34-35). Aksiologi ilmu meliputi nilai-nilai (*values*) yang bersifat normatif dalam pemberian makna terhadap kebenaran atau kenyataan sebagaimana kita jumpai dalam kehidupan kita yang menjelajahi berbagai kawasan, seperti kawasan sosial, kawasan simbolik atau pun fisik-material. Lebih dari itu nilai-nilai juga ditunjukkan oleh aksiologi ini sebagai sesuatu yang wajib dipatuhi dalam kegiatan kita, baik dalam melakukan penelitian maupun di dalam menerapkan ilmu.

Aksiologi suatu nilai berkaitan dengan “kegunaan” dari ilmu pengetahuan yang telah diperoleh, seberapa besar sumbangan ilmu tersebut bagi kebutuhan dan demi kebaikan umat manusia. Ini merupakan fase yang paling penting bagi manusia karena dengan adanya ilmu, maka segala keperluan dan kebutuhan manusia menjadi terpenuhi secara lebih cepat dan lebih mudah.

Aksiologi adalah ilmu membahas tentang manfaat yang diperoleh manusia dari pengetahuan yang dipelajarinya. Bila persoalan *value free* dan *value bound* ilmu yang mendominasi fokus perhatian aksiologi pada umumnya, maka dalam hal pengembangan ilmu kedokteran, dimensi aksiologis akan diperluas lagi sehingga secara *inheren* mencakup dimensi nilai kehidupan manusia, seperti etika, estetika, religius (sisi dalam) dan juga interelasi ilmu dengan aspek-aspek kehidupan manusia dalam sosialitasnya (sisi luar). Kedua sisi ini merupakan aspek penting dari permasalahan transfer ilmu pengetahuan. Bidang kedokteran, karena menyangkut hidup



mati manusia merupakan bidang paling bersentuhan dengan masalah etika dalam penerapannya.

Berdasarkan aspek aksiologis dari pengetahuan, terlihat jelas bahwa permasalahan utama dari ilmu berkaitan dengan nilai. Nilai yang dimaksud adalah sesuatu yang dimiliki manusia untuk melakukan berbagai pertimbangan tentang apa yang dinilai. Teori tentang nilai dalam filsafat mengacu pada permasalahan etika dan estetika. Etika mengandung dua arti, yaitu kumpulan pengetahuan mengenai penilaian terhadap perbuatan manusia dan suatu predikat yang dipakai untuk membedakan antara hal, perbuatan atau manusia lainnya. Sedangkan estetika berkaitan dengan nilai tentang pengalaman keindahan yang dimiliki oleh manusia terhadap lingkungan dan fenomena di sekelilingnya.

Aspek nilai merupakan tolak ukur kebenaran ilmiah yang menjadikan etika dan moral sebagai dasar normatif dalam penelitian, penggalan dan aplikasi ilmu. Sejalan dengan perkembangan zaman, ketika nilai dan norma yang berlaku di masyarakat dipengaruhi oleh situasi dan kondisi negara pada suatu ketika, maka perilaku manusia atau masyarakat akan mengadopsi keserbabolehan yang ada.

Tentang tujuan ilmu pengetahuan masih simpang siur bagi sebagian orang. Ada yang berpendapat bahwa pengetahuan sendiri merupakan tujuan pokok bagi orang yang menekuninya; ilmu pengetahuan untuk ilmu pengetahuan, seni untuk seni, sastra untuk sastra, dan lain sebagainya. Menurut mereka ilmu pengetahuan hanyalah sebagai objek kajian untuk mengembangkan ilmu pengetahuan sendiri. Sebagian yang lain berpendapat bahwa tujuan ilmu pengetahuan merupakan upaya para peneliti atau ilmuwan menjadikan ilmu pengetahuan sebagai alat untuk menambahkan kesenangan manusia dalam kehidupan yang sangat terbatas di muka bumi ini. Dalam hal ini ilmu pengetahuan bertujuan untuk meringankan beban hidup manusia.

Dalam perkembangannya, ilmu pengetahuan telah menjadi suatu sistem yang kompleks, dan manusia terperangkap di dalamnya, sulit dibayangkan manusia bisa hidup layak tanpa ilmu pengetahuan. Ilmu pengetahuan tidak lagi membebaskan manusia, tetapi manusia menjadi terperangkap hidupnya dalam sistem ilmu pengetahuan. Manusia telah menjadi bagian dari sistemnya, manusia juga menjadi objeknya dan bahkan menjadi kelinci percobaan ilmu pengetahuan. Ilmu pengetahuan telah melahirkan makhluk baru yang sistemik, mempunyai mekanisme yang kadangkala tidak bisa dikontrol oleh manusia sendiri. Suatu mekanisme

sistemik yang semakin hari semakin kuat, makin besar dan makin kompleks, dan rasanya telah menjadi suatu dunia baru di atas dunia yang ada ini.

Dua jenis Pendekatan Kedokteran

Pendekatan Dualistis; Biomedis

Pembagian Cartesian yang dualistis atas manusia (tubuh dan jiwa) memungkinkan para ilmuwan memperlakukan materi sebagai sesuatu yang mati serta benar-benar terpisah. Materi dipikirkan sebagai dasar dari semua eksistensi dan dunia materi ini dianggap sebagai obyek-obyek lepas yang direkayasa ke dalam sebuah mesin raksasa. Sama halnya dengan mesin buatan manusia, mesin kosmis ini pun dianggap terdiri dari unsur-unsur elementer. Gejala-gejala yang kompleks pada materi dipahami dengan jalan meredusirnya sampai unsur-unsur dasarnya yang terkecil, *the basic building blocks*, dan dengan jalan mencari mekanisme yang memungkinkan unsur-unsur tersebut berinteraksi. Sikap seperti ini yang dikenal sebagai “reduksionisme,” telah berurat-berakar di dalam budaya akademis Barat yang diidentifikasi sebagai metode ilmiah (Daoed, 1990: 5).

Filsafat Descartes yang dualistis terhadap manusia, tidak hanya penting bagi perkembangan ilmu fisika, tetapi juga sangat mempengaruhi jalan pikiran Barat hingga dewasa ini. Sebagai konsekuensi dari dualisme Cartesian ini, kebanyakan individu menganggap diri mereka sebagai ego yang terpisah-pisah “di dalam” badan masing-masing. Nalar dipisahkan dari badan dan nalar ini mendapat tugas berat untuk mengawasi badan. Hal ini menyebabkan timbulnya konflik yang terbuka antara kemauan yang sadar dan naluri yang terpaksa. Setiap individu terpecah-belah lagi ke dalam sejumlah besar kotak-kotak tersendiri sesuai dengan kegiatan, bakat, perasaan dan kepercayaannya yang terlihat dalam konflik-konflik yang berkepanjangan, yang menimbulkan kebingungan dan frustrasi yang berkesinambungan.

Ketika pandangan hidup dualistis dan mekanistik menguasai biologi, ia mempengaruhi pula pandangan kedokteran tentang manusia, kesehatan dan penyakit. Pengaruh paradigma Descartes pada pemikiran kedokteran terwujud dalam apa yang disebut model biomedis yang menjadi dasar dari kedokteran ilmiah modern. Descartes mengetengahkan pemisahan yang ketat antara pikiran dan badan bersamaan dengan gagasan bahwa badan merupakan sebuah mesin yang dapat dianalisis dalam term bagian-bagiannya serta dapat dipahami sepenuhnya melalui pengaturan peran dan kerja



bagian-bagian tersebut. Manusia yang sehat disamakan dengan sebuah jam yang sempurna dalam kondisi mekanis yang sempurna pula, sedangkan seorang yang sakit adalah laksana sebuah jam yang bagian-bagiannya tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Ilmu kedokteran kemudian membatasi perhatiannya pada pemahaman mekanisme biologis yang terlihat dalam gangguan berbagai bagian badan manusia. Mekanisme ini dipelajari dari sudut pandang biologi seluler dan molekuler, tanpa mempedulikan semua pengaruh keadaan nonbiologis pada proses biologis.

Dokter berusaha untuk memahami badan manusia dengan jalan mereduksinya. Pendekatan dualistis dan mekanistik seperti ini telah mempengaruhi pelayanan kesehatan dengan berbagai cara. Berhubung penyakit dilihat sebagai suatu kerusakan berfungsinya mekanisme biologis yang dipelajari dari sudut pandang biologi seluler dan molekuler, peranan dokter lalu berupa intervensi teknis, baik secara fisis atau pun kimiawi, guna memperbaiki kerusakan berfungsinya suatu mekanisme tertentu. Pendekatan *engineering* terhadap kesehatan di mana terapi kedokteran menjadi semacam manipulasi teknis belaka, dalam banyak kasus memang berhasil.

Alat-alat diagnostik baru, seperti stetoskop dan instrumen untuk mengukur tekanan darah, diciptakan dan teknologi menjadi “*building blocks*” yang mendasar dari fungsi-fungsi yang fundamental. Ilmu kedokteran dan teknologi telah mengembangkan metode-metode untuk memindahkan atau memperbaiki berbagai bagian badan dan bahkan untuk menggantikannya dengan bentuk-bentuk artifisial. Pada waktu yang bersamaan perhatian para dokter berangsur-angsur beralih dari pasien ke penyakit.

Pandangan dualistis Cartesian mendorong profesi kedokteran sehingga terbagi menjadi dua kelompok yang hampir tidak berhubungan satu dengan lain. Dokter, di satu pihak, menangani pelayanan medis terhadap badan, psikiater dan psikolog di lain pihak, menangani gangguan jiwa. Kesenjangan antara kedua kelompok itu merupakan suatu penghalang besar dalam pemahaman sebagian terbesar penyakit karena hal tersebut mencegah peneliti-peneliti kedokteran mempelajari peranan stress dan keadaan emosional dalam perkembangan penyakit. Keadaan emosional dan penyakit, walaupun sudah diketahui sejak dahulu, sedikit mendapat perhatian dalam profesi kedokteran.

Pendekatan Holistik; Harmonis

Berbeda dengan pemikir Barat, para pemikir Timur khususnya Cina tidak terlalu berminat pada hubungan-hubungan kausal tetapi lebih pada pola-pola sinkronis dari benda, hal dan peristiwa. Dalam setiap tradisi teoritis yang dikembangkan di Cina konsep *yin* dan *yang* dijadikan gagasan pusat. Keseluruhan alam semesta, baik yang alami maupun yang sosial, berada dalam keseimbangan yang dinamis, di mana semua unsur bagiannya bergerak di antara kedua kutub tersebut. Organisme manusiawi merupakan suatu mikrokosmos dari alam semesta, unsur-unsur bagiannya mengandung kualitas *yin* dan *yang* dan dengan demikian keberadaan individu di dalam tatanan kosmos besar yang cukup berakar (Daoed, 1990; 13-14).

Konsep hakiki dalam pandangan Cina tentang kesehatan adalah keseimbangan. Penyakit timbul apabila badan kehilangan keseimbangannya dan *ch'i* tidak berkerja sebagaimana mestinya. *Ch'i* diartikan *vital energy*. *Ch'i* bukan merupakan suatu substansi dan sebenarnya ia juga tidak punya arti yang semata-mata kuantitatif seperti dalam konsep ilmiah Barat tentang energi. Dalam kedokteran Cina *ch'i* dipakai secara subtil sekali untuk memaparkan berbagai pola peredaran dan fluktuasi dalam organisme manusia maupun interaksi yang terus-menerus antara organisme dan lingkungan. *Ch'i* tidak menggambarkan arus peredaran sesuatu organisme tertentu tetapi kiranya mengungkapkan asas-asas peredaran itu sendiri yang dalam wawasan Cina, dianggap selalu bersifat siklis (Daoed, 1990; 15).

Energi vital (*ch'i*) inilah yang membuat manusia bertahan hidup. Ketidakkeseimbangan, dan karenanya penyakit, terjadi bila *ch'i* tidak beredar dengan selayaknya. Ada jalur-jalur perjalanan dan *ch'i*, disebut juga *ching-mo*, dan di Barat diterjemahkan sebagai *meridians*, yang berasosiasi dengan organ-organ primer dan yang mengandung kualitas-kualitas *yin* dan *yang*. Sepanjang *meridians* itu terdapat sederet titik-titik tekanan yang dapat dipakai untuk menggerakkan berbagai proses arus peredaran di dalam badan (*Ibid*).

Dalam filosofi pengobatan tradisional Cina, kesehatan ditunjukkan dengan keseimbangan dalam tubuh, yaitu keseimbangan *yin* dan *yang*. *Yin* mewakili darah dan jiwa, sedangkan *Yang* mewakili organ dan *ch'i*, energi kehidupan yang mengalir dalam diri kita, lebih spesifiknya, energi yang dihasilkan dari metabolisme dalam tubuh. *Yin* dan *yang* merupakan dua konsep dasar dalam filosofi Cina, meskipun kelihatannya mereka bertentangan sebenarnya mereka saling tergantung satu sama lain. Meskipun Yin dan Yang mungkin berlawanan, tapi tidak bermusuhan, yang satu tetap

tergantung pada yang lain. Tanpa salah satu, yang lain tak akan ada. Tidak ada yang lebih superior di antara keduanya.

Keseimbangan *yang* dan *yin* akan membuka pintu bagi kesehatan fisik, emosional dan spiritual. Jika jalur-jalur energi terhambat muncullah disharmoni dan penyakit. Ketika *ch'i* dapat mengalir kembali tanpa hambatan melewati meridian energi di tubuh kita maka energi kembali seimbang, dan hambatan yang menyebabkan disharmoni dan penyakit menjadi hilang. Dalam situasi itu anda akan merasa lebih baik secara fisik, emosional dan spiritual, menciptakan perasaan yang lebih baik, menjadikan anda lebih baik dalam menghadapi berbagai tantangan hidup.

Salah satu dari konsep penting yang membentuk *yin* dan *yang* adalah keutuhan sistem tubuh. Ide utama adalah antar sistem dalam tubuh kita tak dapat dipisah-pisahkan. Ketika salah satu organ menjadi tidak sehat, organ yang lain juga terpengaruh. Ketika melakukan terapi pada salah satu sistem organ tubuh kita, kita harus tetap memperhatikan sistem yang lain dalam tubuh kita, jangan sampai kita justru merusaknya. Penyakit muncul karena kekurangan atau ketidakseimbangan dari energi dalam organ-organ kita dan sistem yang berkaitan dengannya.

Sebab-sebab ketidakseimbangan banyak ragamnya seperti kurang makan atau makanan bergizi rendah, kurang tidur atau hubungan yang tidak harmonis dengan keluarga atau masyarakat, badan dapat kehilangan keseimbangannya dan pada saat-saat seperti inilah timbul penyakit. Di antara sebab-sebab ekstern, perubahan-perubahan musim memperoleh perhatian yang khusus dan pengaruh-pengaruhnya pada badan diuraikan secara rinci. Sebab-sebab intern ditimbulkan oleh ketidakseimbangan keadaan emosional yang diasosiasikan dengan organ-organ internal spesifik menurut sistem keterkaitan. Jadi penyakit tidak ditanggapi sebagai agen yang menyelip ke dalam badan tetapi disebabkan oleh suatu pola dan sebab-sebab yang menimbulkan disharmoni dan ketidakseimbangan.

Kekurangan yang paling serius dari pendektan biomedis adalah bahwa dengan memusatkan perhatian pada bagian-bagian yang semakin lama semakin kecil dari badan, kadang-kadang mengaburkan pandangan kedokteran modern terhadap pasien sebagai seorang makhluk manusia seutuhnya, dan dengan meredusir kesehatan menjadi kerusakan berfungsi secara mekanis, kedokteran ini tidak mampu lagi menangani pencegahan penyakit apalagi memahami gejala kesehatan yang menyeluruh.

Maka itu sekarang ini semakin terasa mendesak adanya suatu pendekatan yang menyeluruh terhadap kesehatan. Hal ini bukan sekali-kali

berarti bahwa kedokteran modern harus bersedia menjadi kurang ilmiah. Dengan memperluas dasar konseptualnya, ia menjadi lebih konsisten dengan perkembangan-perkembangan mutakhir dalam ilmu pengetahuan modern dan lebih sejalan dengan konsep *multiple causes of diseases* di mana penyakit dianggap tidak hanya sebagai gejala biologis, tetapi juga suatu gejala sosial dan budaya. Menerima konsep kesehatan yang holistik dan ekologis ini, baik dalam teori maupun dalam praktek, jelas memerlukan tidak hanya adanya pergeseran konseptual yang radikal di dalam ilmu kedokteran tetapi juga suatu pendidikan ulang, termasuk *public reeducation* yang cukup mendasar. Sebab sudah dapat diduga bahwa banyak orang berpegang teguh pada model biomedis semata-mata karena khawatir kalau gaya hidupnya dipersoalkan dan dihadapkan pada tingkah-lakunya yang tidak sehat.

Pelayanan kesehatan sering terjebak pada kontradiksi antara pelayanan ideal yang manusiawi dan realitas praktek yang tidak manusiawi. Problem ini menjadi semakin akut pada masyarakat masa kini. Kenyataan ini merangsang keprihatinan moral atas problem dehumanisasi; dan meningkatkan upaya untuk mencari alternatif upaya kesehatan yang lebih manusiawi.

Integritas Keilmuan dalam Pelayanan Kedokteran

Manusia saat ini dihadapkan pada sebuah daya cipta besar, yang merupakan ciri khas dari manusia sebagai makhluk yang berakal sehat dan mampu menggunakan rasionya, yakni kemampuan melakukan penyelidikan ilmiah, pikiran yang terbuka, dukungan teknologi serta humanisme. Beberapa elemen penting ini kemudian akan dilengkapi lagi pada posisi iman manusia yang secara transeden, keterlibatan dia di dalam agama dan kelompok kepercayaan.

Praktek kedokteran tetap merupakan suatu kiat (*tehne*) dan kiat ini semakin lama semakin didasarkan pada ilmu pengetahuan yang terus berkembang, pada metode dan peralatan ilmiah yang terus maju. Berhubung dengan itu tidak terelakkan bahwa dokter semestinya menjunjung tinggi integritas ilmu pengetahuan tetapi juga integritas pasien yang dilayaninya.

Bila dokter memanfaatkan ilmu pengetahuan, artinya pengetahuan ilmiah ini diintegrasikan pada profesinya, maka ia masuk ke dalam suatu profesi. Profesi apa pun harus dilepas dari kedudukannya di dalam ilmu pengetahuan murni, untuk ditata dan diatur berdasarkan asas dan pusat perhatian yang baru, sebagai teknik profesi yang holistik. Sejauh



pengetahuan yang dicari itu sesuai dengan kiat penyembuhan atau kiat kesehatan, pencarian itu memang merupakan cara yang diperlukan bagi tujuan kedokteran dan karenanya tidak dapat dielakkan, walaupun soal-soal yang cukup gawat dan sulit tetap ada manakala makhluk manusia dipakai sebagai alat untuk mencapai tujuan apa pun.

Sama halnya dengan ilmuwan yang mencari kebenaran, dokter berusaha mengetahui benar atau tidak benar sesuatu penemuan ilmiah di bidang kedokteran, dengan jalan menguji “kebenaran” itu dengan ketegasan logika profesional dan percobaan yang diulang-ulang terus-menerus. Seorang ilmuwan atau peneliti yang menemukan sesuatu, bisa saja meminta bantuan dan saran kepada seseorang yang ahli apabila mungkin; namun dia lalu harus berani jalan terus untuk membuktikan kepada orang lain bahwa gagasannya ilmiahnya atau penemuannya adalah benar, yaitu *correct* atau *applicable*, atau kedua-duanya. Dalam banyak hal nilai pragmatis sebuah penemuan ikut menentukan apakah teori itu benar atau tidak? Dukungan dari para ilmuwan yang lain juga ikut menentukan benar atau tidak penemuan tersebut? Merupakan suatu keharusan bagi para ilmuwan untuk saling menilai karya masing-masing berdasarkan “*preestablished impersonal criteria*” untuk membuktikan kepada para calon konsumen bahwa penemuan tersebut dapat membantu atau berguna bagi mereka/konsumen. Misalnya melalui wadah seperti ikatan dokter dan ikatan profesi lainnya. Sosialisasi - dalam berbagai bentuk- atas manfaat atau kegunaan dari penemuan tersebut sangat diperlukan.

Kebiasaan untuk menyebarkan penemuan dan gagasan ilmiah bukan sekali-kali karena ingin “sok tahu” tetapi karena hanya melalui pemasyarakatan seperti inilah ilmuwan dan dokter peneliti dapat menegakkan haknya atas penemuan atau gagasan yang bersangkutan. Berdasarkan pengamatan atas masyarakat ilmiah dan ikatan profesi bangsa-bangsa maju kiranya dapat dikatakan bahwa kepatuhan yang konsekuen pada norma dan ketentuan itu bahkan dapat menegakkan “obyektivitas” ilmu pengetahuan. Sebab “obyektivitas” ini tidak dijamin oleh perspektif sosial pada umumnya tetapi oleh kemampuan dan integritas dari masyarakat ilmiah atau ikatan profesi itu sendiri, yaitu masyarakat dan ilmuwan atau profesional yang menghayati asas integritas ilmu pengetahuan.

Asas integritas ilmu pengetahuan yang baru disebut di atas mengingatkan para ilmuwan dan dokter bahwa parameter manusiawi dan pengetahuan ilmiah ada bukan saja karena pengetahuan jenis ini diadakan oleh manusia tetapi juga diadakan untuk manusia. Yang dimaksudkan

dengan “untuk manusia” ini bukanlah sekedar mengingatkan adanya fungsi-fungsi terapan dan praktis dari ilmu pengetahuan, tetapi kenyataan bahwa pengetahuan yang diperoleh oleh seseorang melalui metode ilmiah seharusnya dapat dipahami dan dikuasai juga oleh orang-orang lain, paling sedikitnya oleh sesama warga masyarakat ilmiah atau lingkungan profesi yang bersangkutan (Daoed, 36)

Kita pertama-tama (dan terutama) menjadi ilmuwan, baru sesudah itu (yang kedua) menjadi spesialis. Artinya, bila kita merasa terpanggil untuk menyumbang lebih banyak atau sekedar batu ‘bata lepas’ (individual), sebaiknya seluruh energi hidup kita digunakan untuk membangun apa yang disebut oleh Einstein *the great temple of science*.

Semangat ilmiah hasil gemblengan multi dan interdisipliner ini penting bagi kelahiran sejenis spesialis, seperti yang diamanatkan oleh asas integritas ilmu pengetahuan ini dan sesuai dengan kebutuhan hidup zaman sekarang dan zaman mendatang, yaitu *specialist in the construction of the whole*. Ilmu pengetahuan sudah seharusnya merupakan bagian dari keseluruhan pandangan dunia zaman sekarang. Karena zaman sekarang adalah masa waktu di mana kita sedang menjalani hidup ini, maka “pandangan dunia” dapat berupa wawasan yang menyatu, mencakup keseluruhan. Pendekatan holistik yang semula tumbuh dan berkembang di bidang ilmu-ilmu kealaman kini sudah pula mengilhami ilmu-ilmu hayat (*life sciences*): biologi, psikologi, kedokteran.

Dehumanisme Pelayanan Dokter sebagai Ancaman Kemanusiaan

Depersonalisasi dari upaya kesehatan profesional juga merupakan keprihatinan dehumanisasi upaya kesehatan. Diagnosis dan terapi cenderung semakin bergeser dari ruang praktek menuju ke lembaga-lembaga skala besar, penyelenggara kesehatan semakin kehilangan otonomi, individualitas, dan tanggung jawab personal sebagai dampak spesialisasi dan super spesialisasi. Campur tangan pihak ketiga pun semakin hebat seperti lembaga-lembaga asuransi, lembaga-lembaga pemerintah, bahkan kelompok praktek dokter.

Dehumanisasi dan depersonalisasi upaya kesehatan memiliki konotasi etis yang sangat luas, yang biasanya diangkat secara implisit ketimbang secara eksplisit. Konsep-konsep itu mengacu pada proses persepsi manusia, eksploitasi sesama manusia, sikap acuh tak acuh dalam

interaksi antar manusia (intersubjektivitas), represi dan pembatasan kebebasan manusia, bahkan alienasi.

Dehumanisasi muncul dari sebuah logika humanisasi yakni bahwa tidak ada manusia yang tumbuh dan berkembang secara alamiah tanpa ada faktor intervensi-intervensi dunia luar yang berada di lingkup internal manusia itu secara pribadi dan individual. Dalam posisi ini manusia harus mendapatkan rasa nyaman dan aman untuk berkembang. Jadi proses dehumanisasi manusia terjadi dengan membalikkan kenyataan, yakni dengan membiarkan beberapa manusia, atau kelompok, atau bangsa berkembang dengan sendirinya. Sementara manusia yang kuat mengambil keuntungan dari posisi tersebut, *Homo Homini Lupus* (manusia memakan manusia lainnya). Maka dari kejadian ini munculah ketimpangan-ketimpangan sosial, baik dari segi relasi, modal, pendapatan, alat produksi, sampai pada kesehatan dan pendidikan.

Dehumanisasi mengacu pada objektivikasi/reifikasi, yang berarti manusia dicerap dipersepsi sebagai benda, sebagai objek yang perasaannya diabaikan dan dapat diukur berdasarkan standar tertentu. Secara lebih spesifik, manusia dipandang sebagai mesin. Pasien dapat dipaksa secara tidak semestinya untuk “berinteraksi” dengan perangkat keras ketimbang dengan penyelenggara kesehatan. Pasien pun dapat dilihat sebagai ekstensi dari berbagai tabung, respirator, dan monitor, atau dalam kasus transplantasi sebagai penerima organ asing dan artificial (Elio, 2006: 773)

Bentuk lain dari objektivikasi terjadi ketika pasien dicerap sebagai patologi. Sebagai dampak dari proses profesionalisasi dan spesialisasi, penyelenggara kesehatan cenderung secara stereotip melihat pasien sebagai organ yang sakit atau sebagai kasus ketimbang sebagai manusia yang sedang menderita. Penyelenggara kesehatan memfokuskan prioritas berdasarkan interesenya ketimbang berdasarkan perspektif dan kebutuhan pasien.

Dehumanisasi diartikan sebagai eksploitasi dalam tatanan medik, jika hal ini mengacu pada perlakuan atas pasien secara instrumental tanpa mempedulikan penderitaan dan perasaannya. Pasien diperlakukan sebagai kelinci percobaan (Elio, 2006: 627). Bentuk eksploitasi yang lebih halus adalah perlakuan atas pasien dan penyelenggara kesehatan bukan sebagai pribadi. Mereka dilihat berdasarkan kategori-kategori tertentu: kelamin, usia, ras, atau menderita penyakit tertentu. Berdasarkan kategori ini kemudian dilakukan diskriminasi dalam hak dan status. “Depersonalisasi secara umum dimaksudkan sebagai hilangnya kehangatan /kemesraan /keakraban dalam interaksi antarmanusia. Jarak emosional diciptakan bagi kaum profesional

dalam menangani pasien, sebagai prasyarat hubungan profesional. Namun hilangnya keakraban dan kehangatan sikap para penyelenggara kesehatan, dan sikap tanpa keprihatinan, dicerap sebagai penyangkalan nilai manusiawi.

Kebanyakan deskripsi tentang hubungan antara pasien dan penyelenggara kesehatan yang mengalami dehumanisasi mengacu pada ketidakberdayaan dan ketiadaan otonomi. Manusia bukan lagi nakoda dari nasibnya sendiri. Mereka dipaksa, dirangkul, dan dimanipulasi pada kompromi, pada prosedur baku. Dehumaisasi di bidang medik sering mengacu pada “lembaga medik yang mandul dan statis”, yang memaksa manusia berperilaku tidak wajar atau tidak alamiah yang berarti menghambat kebebasan, perkembangan, dan keutuhan pasien. Gagasan dehumanisasi adalah hilangnya pilihan bagi manusia untuk menentukan nasibnya kemungkinan untuk mati atau hidup. Perkembangan teknologi untuk memperpanjang kehidupan menimbulkan perdebatan tentang masalah ini. Hal ini menyangkut masalah moral yang paling mendasar bagi penyelenggara kesehatan, bahkan sumpah Hippokrates yang telah berusia 2.500 tahun sudah rnengangkat masalah ini (Roy, 1991: 145).

Depersonalisasi dalam bidang kesehatan, yang secara implisit mengakui adanya upaya kesehatan yang manusiawi. Humanisme sangat bervariasi, bergantung pada periode dan kultur. Ada tiga “citra manusia” yang esensial dalam interaksi upaya kesehatan yang manusiawi. Pasien harus dipandang sebagai pribadi yang unik, tak tergantikan, dan pada dirinya sendiri bernilai. Interaksi manusiawi juga melibatkan tiga aspek struktur interaksi sosial yang berkaitan erat. Dalam keterbatasan fisik dan kendala kultural, pasien tetap harus diperlakukan sebagai pribadi yang otonom, yang memiliki kemampuan untuk menentukan nasibnya sendiri secara bermakna; mereka harus diajak dalam pengambilan keputusan karena menyangkut perawatan dirinya, dan hubungan dalam pengambilan keputusan ini harus sejajar dan timbal-balik, bukan dalam pola hubungan paternalistik. Dua unsur emosi yang perlu dikembangkan dalam interaksi ini adalah kehangatan dan empati akan penderitaan yang ditanggung si pasien (Roy, 1991: 146).

Tekanan untuk melakukan sentralisasi fasilitas dan tenaga manusia untuk sebagian merupakan dampak dari revolusi teknologi dan semakin membengkaknya anggaran untuk perangkat keras kesehatan. Hal ini juga dipercepat oleh pengkatan dan perkembangan ilmu kedokteran dan spesialisasi. Sentrum-sentrum kesehatan mutakhir, dengan berbagai spesialis di bawah satu atap, dapat menyederhanakan proses diagnostik dan terapi.

Namun upaya kesehatan di gedung-gedung pencakar langit memiliki wajah impersonal. Atas nama efisiensi untuk standardisasi proses perawatan, pasien-pasien diperlakukan sebagai nomor-nomor (Roy, 1991: 147).

Profesionalisasi merupakan kekuatan/daya dehumanisasi, ketika proses ini merupakan bagian dari upaya meningkatkan kualitas pelayanan, tetapi sekaligus ia memiliki wajah tidak manusiawi. Yang paling mengerikan adalah monopoli atas pasar penyembuhan yang terjadi atas dasar seleksi profesi, hal mana akan membatasi penyelenggara kesehatan lainnya (tradisional) dalam upaya kesehatan (*Ibid*: 148).

Humanisasi upaya kesehatan merupakan keprihatinan etis. Hal ini menyangkut penghargaan atas martabat manusia dan penyelenggaraan upaya kesehatan yang menjunjung tinggi kemanusiaan seutuhnya. Pengkajian etis kedua yang menyangkut upaya kesehatan adalah pemerataan upaya kesehatan yang memadai dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, atau dalam istilah teknisnya keprihatinan etis akan keadilan distributif, mengingat derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan hak setiap manusia, sekaligus merupakan kewajiban.

Deklarasi Hak-hak Azasi Manusia, artikel 25, ayat 1, yang dicanangkan pada tahun 1948 menyatakan, "Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh suatu standar kehidupan yang layak demi kesehatan dan kesejahteraan beserta keluarganya, tercakup di dalamnya pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan, dan pelayanan sosial lainnya". Pernyataan senada muncul dalam Undang-undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang pokok-pokok Kesehatan, Pasal 1, yang menyatakan, "Tiap-tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (*Ibid*: 149).

Hak untuk memperoleh derajat kesehatan yang tinggi merupakan hak moral azasi, sama seperti hak untuk mempertahankan kehidupan, yang mengacu pada upaya pemerintah untuk melindungi rakyatnya dari ancaman kesehatan yang tak dapat ditanggulangi secara individual. Hal ini sama sekali tidak mengurangi kewajiban moral individual untuk memelihara kesehatan dirinya sendiri.

Perjuangan untuk menegakkan hak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya ini secara intuitif mengacu pada proposisi: tidak adil dan tidak masuk akal bahwa untuk memperoleh kondisi perawatan, mutlak perlu untuk kelangsungan hidupnya seseorang harus menjamin dengan kondisi keuangannya. Tidak ada penalaran yang sah untuk membenarkan

pembedaan pemeliharaan kesehatan primer bagi si kaya dan si miskin; sudah selayaknya mereka diperlakukan sama.

Argumen akan pemerataan kesehatan maupun bantahannya perlu diperhatikan, karena sintesis dari keduanya akan melahirkan argumen sebagai berikut: 1) kesehatan individual didefinisikan sebagai upaya kebebasan psikosomatik maksimal yang dapat dicapai, yang merupakan unsur penting dalam mewujudkan otonomi pribadi, yang didasarkan atas penghargaan otonomi pribadi oleh sesama manusia; 2) kesehatan individual merupakan unsur penting dari kesejahteraan masyarakat tertentu, yang memberi kontribusi pada vitalitas kultural dan politik serta ketahanan ekonomi. Secara khusus, kesenjangan status kesehatan pada kelas-kelas sosial dapat mempertajam kesenjangan sosial dan mengancam ketahanan masyarakat; 3) upaya kesehatan yang dibangun atas dasar kewajiban dapat memberikan kontribusi kepada individu-individu dan meningkatkan kemungkinan penghargaan diri sendiri dan kesamaan, karena di sini terdapat kewajiban moral yang beranjak dan kewajiban moral dasar: saling menghargai dan keadilan. Dengan demikian, lembaga-lembaga sosial ditata sedemikian rupa sehingga muncul perilaku kondusif untuk saling menghargai, dan semua orang memiliki kewajiban untuk memelihara kesehatan (*Ibid.* 151-152).

Pelayanan Dokter sebagai Kebajikan Praktis (*Phronesis*)

Untuk memahami apa yang dimaksud dengan *phronesis*, pertama-tama kita harus tahu tentang fungsi atau pembagian jiwa menurut Aristoteles. Aristoteles menyebutkan dua bagian dari jiwa, yakni bagian yang mengenal segala sesuatu yang kontingen dan beragam dan bagian yang mengenal hal ikwal yang niscaya dan tetap, secara logis terdapat keutamaan yang berhubungan dengan bagian-bagian jiwa tersebut. Kedua bagian jiwa rasional tersebut adalah nalar praktis dan nalar teoretis. Keutamaan khas nalar praktis adalah kebajikan (*phronesis*), sedangkan keutamaan khas nalar teoretis adalah kebijaksanaan (*sophia*).

Akal praktis (*phronesis*), berbeda dari "ilmu" (*theoria*) sebab obyek dari *theoria* adalah hal yang tidak berubah, sedangkan obyek dari *phronesis* adalah hal-hal yang berubah. *Phronesis* berbeda dari "seni" (*techne*) karena lebih berhubungan tindakan daripada memproduksi sesuatu. ("Produksi memiliki tujuan yang lain di luar dirinya sendiri, tetapi tindakan tidak memiliki tujuan lain selain demi tindakan itu sendiri.

Phronesis menyatukan akal dan keinginan. *Phronesis* berkaitan dengan akal dan kebenaran. *Phronesis* adalah kemampuan dalam bertindak demi kebaikan atau kesejahteraan manusia (1140b20-25). Tindakan itu mempunyai tujuan pada dirinya sendiri yaitu kebaikan atau kesejahteraan bersama (1140a25-30). *Phronesis* menghasilkan kebaikan yang sesungguhnya, tidak hanya data kebaikan sintetik belaka. Ini merupakan faktor kunci dalam menyatukan kebajikan. Jika *phronesis* mendapat suatu kebajikan yang tepat maka semuanya akan menjadi baik.

Phronesis memberikan kita kemampuan untuk mengembangkan kebajikan yang berarti "relatif terhadap kita", dan memungkinkan kita untuk menentukan jumlah yang tepat, cara yang tepat, tujuan yang tepat, waktu yang tepat, situasi yang tepat, orang yang tepat, dan ketepatan lainnya. Jadi "pragmatisme kontekstual" Aristoteles ini secara singkat bisa dikatakan relatif terhadap orang, situasi, dan obyek" (1122a25-6). Kebajikan terletak dalam kemampuan membimbing, menuntun hidup manusia secara tepat, mampu memutuskan seputar apa yang baik dan apa yang buruk bagi manusia, yakni berkaitan dengan sarana-sarana terpuji untuk mencapai tujuan sejati. Tindakan manusia dilakukan melalui kebajikan dan keutamaan etis: keutamaan membuat tujuan menjadi tepat, sedangkan kebajikan membuat sarana-sarana menjadi pas.

Aristoteles membuat dua klaim tentang *phronesis* yang muncul secara membingungkan. Pertama, ia mengatakan bahwa seni memiliki keunggulan tetapi seni bukan *phronesis*, dan kedua, "dalam seni manusia yang melakukan kesalahan secara sukarela adalah lebih baik daripada orang yang membuatnya tanpa sadar, tetapi dalam kebijaksanaan praktis, seperti dalam setiap kebajikan atau keutamaan, seperti manusia kurang diinginkan" (1140b22-24). Point pertama menjelaskan bahwa *phronesis* itu sendiri adalah keutamaan (*arete* = kebajikan), sedangkan karya seni mungkin baik (= sangat baik) atau mungkin juga buruk, jadi bukan keutamaan. Hal yang sama dapat dikatakan dari *phronesis* ketika Aristoteles mengatakan tentang pemahaman: "Tidak ada perbedaan antara pemahaman dan keutamaan dalam pemahaman" (1143a8-9). Ada pun point kedua, contoh seorang dosen yang dengan sengaja membuat kesalahan dalam mengajar untuk menguji tingkat pengetahuan siswa sama sekali tidak secara moral dianggap sebagai orang yang sengaja tidak menghormati seseorang untuk mengajarkan pentingnya rasa hormat. *Phronesis* adalah kapasitas untuk memahami apa yang orang telah katakan dan memungkinkan kita untuk melihat masalah-masalah praktis. Bagi Aristoteles memahami dan belajar dari pengalaman pada dasarnya sama. Memiliki "rasa baik" (*gnome*) erat

berhubungan dengan pemahaman, terutama berkaitan dengan kapasitas yang terakhir untuk memberikan penilaian. Bahkan lebih spesifik adalah "rasa baik" yang terlibat dalam memaafkan, mengampuni, dan membuat permintaan maaf.

Dengan penjelasan ini kita mengenal fungsi akal praktis dalam kehidupan moral. Pertama, *phronesis* memungkinkan kita untuk menemukan alasan mengapa kita harus berbudi luhur. Pengetahuan ini kemudian memberikan motivasi yang tepat untuk berbuat kebajikan. Dengan cara ini nilai-nilai diinternalisasi dan membenarkan diri kita sendiri. Kedua, karena gagasan tentang kehidupan yang baik selalu akan menjadi agak umum, *phronesis* memungkinkan kita untuk menentukan cara yang tepat sampai ke tujuan tertentu dari kehidupan kita sendiri. Ketiga, *phronesis*, karena bertentangan dengan kebajikan intelektual lain, selaras dengan konteks dan membantu kita dalam memahami kekurangan dan kelebihan kita sendiri.

Menurut Aristoteles, *phronesis* tidak bisa diajarkan sebagaimana juga etika tidak bisa diajarkan, tapi bisa dikembangkan atau dilatih dengan cara dibiasakan. *Phronesis* tumbuh dan berkembang dari pengalaman dan kebiasaan bertindak etis. Semakin mantap seseorang bertindak etis, semakin kuat pula kemampuannya untuk bertindak menurut pengertian yang tepat; sama dengan orang yang semakin melatih jiwanya akan semakin peka perasaannya.

Setiap seni, kiat dan setiap penelaahan, dan demikian pula setiap tindakan dan pencarian, dianggap bertujuan pada suatu kebaikan (kebaikan bagi manusia); dan karena alasan ini yang baik dengan tepat telah dinyatakan sebagai apa yang dituju oleh segala sesuatu. Tujuan dari segala sesuatu adalah penyempurnaan dirinya. Aristoteles membedakan tujuan dalam dua macam yakni tujuan yang diusahakan demi tujuan lain lagi dan tujuan yang diusahakan demi dirinya sendiri. Tujuan yang kedua inilah yang seharusnya menjadi nilai tertinggi yang harus diusahakan. Apakah nilai tertinggi itu? Nilai tertinggi itu ialah kebahagiaan (*eudaimonia*). Nilai tertinggi yang harus dicari ialah tujuan terakhir dari semua tindakan tujuan sementara. Aristoteles menjelaskan bahwa kebahagiaan adalah nilai tertinggi (Yang Baik) dengan pertimbangan bahwa kebahagiaan adalah tujuan dalam dirinya sendiri, karena kebahagiaanlah yang dicari demi dirinya sendiri dan bukan demi sesuatu yang lain lagi (Magnis Suseno.36-37). Kebahagiaan adalah tujuan terakhir, di mana ketika manusia sudah bahagia ia tidak memerlukan apa-apa lagi.



Pelayanan dokter membutuhkan nalar sehingga kedokteran bisa dianggap sebagai suatu kiat. Dokter dalam banyak hal memerlukan nalar dalam mengambil suatu keputusan medis. Kiat ini pasti hadir dalam setiap keputusan medis sebagai suatu gejala yang kompleks dan yang acapkali merupakan suatu persilangan antara pemikiran logis dan penilaian klinis berdasarkan fakta-fakta medis.

Jika kedokteran adalah suatu kiat yang mengacu pada kesehatan dan sejauh kiat berarti penguasaan pengetahuan tentang tujuan dan cara/ atau jalan mencapai tujuan itu, maka dokter adalah orang yang tahu tentang kesehatan. Dia adalah orang yang tidak hanya tahu apa yang dirasakan, apa yang kita inginkan dengan badan kita, tetapi juga tahu bagaimana bekerja dan tahu bagaimana badan itu bekerja atau berfungsi. Hal ini tampak ketika dia menyuruh kita menelan obat yang pahit, meraba bagian-bagian badan kita, atau menyayat dinding perut yang sehat guna mengambil usus buntu yang terkena infeksi.

Dokter juga mempunyai tanggung jawab atas hidup-matinya pasien. Di sini diperlukan etika. Mengapa? Karena sifat keputusan medis selalu diliputi oleh ketidakpastian. Untuk mengurangi sifat ketidakpastian dalam keputusan medis dan untuk meningkatkan efektivitas kedokteran dalam menjalankan misi kemanusiaannya, kedokteran semakin melibatkan ilmu pengetahuan, secara intensif dan ekstensif, dalam perkembangannya. Ia tidak hanya mengembangkan dirinya menjadi suatu disiplin ilmiah tersendiri tetapi juga ilmu interdisipliner, membuka diri terhadap hasil penelitian ilmiah disiplin ilmu yang lain.

Teknologi biomedis mutakhir memberikan kemampuan yang luar biasa kepada kiat kedokteran, jauh melampaui tujuan-tujuan tradisional kedokteran di bidang penyembuhan dan kesehatan. Jadi untuk mengurangi sifat ketidakpastian yang *inheren* pada keputusan medis, ilmu pengetahuan yang semakin banyak dimanfaatkan oleh etos kerja kedokteran kiranya semakin menggarisbawahi adanya masalah moral dan etik yang sejak semula sudah melekat pada profesi kedokteran. Jadi di samping terus menyempurnakan *techne*, sejalan dengan upaya terus meningkatkan moral dan etika profesi, para dokter seyogianya tetap mengikuti secara kritis perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya.



Prinsip-Prinsip Fundamental sebagai *Phronesis* dalam Pelayanan Kedokteran

Sebagai orang yang memiliki kebajikan dalam pelayanan, dokter sangat tahu tujuan pelayanannya yaitu demi kebaikan manusia khususnya mereka yang sakit. Dokter harus ingat bahwa manusia tidak akan hilang identitas kemanusiaannya karena sakit, orang sakit yang membutuhkan pelayanan dokter adalah manusia, sama seperti manusia lainnya. Oleh karena itu, dokter harus memiliki prinsip-prinsip fundamental dalam pelayanannya.

Prinsip Tidak Merugikan

Prinsip tidak merugikan (*the principle of non maleficence*), Latin: *non maleficence* berasal dari kata *non* = tidak; *mal*= buruk, jahat; *facere* = melakukan, berbuat. Secara harafiah prinsip ini artinya “tidak berbuat jahat”. Prinsip ini berakar kuat dalam tradisi etika kedokteran, sejak Hippokrates. Pengertian ini sesuai dengan semboyan kedokteran; *primum non nocere*: artinya yang pertama-tama penting ialah tidak merugikan.

Dokter tidak boleh melakukan sesuatu yang merugikan, sesuatu yang kurang baik bagi si pasien. Prinsip tidak merugikan menyediakan dasar moral untuk kewajiban dokter yang disebut “*konfidensialitas medis*”. Dokter sedapat mungkin menjaga rahasia pasien baik kepentingan nama baiknya maupun berkaitan dengan penyakit yang dimiliki oleh pasien. Jika dokter membuka rahasia pasien yang ia tahu karena menunaikan profesinya, pasien itu dirugikan karena kehilangan nama baiknya. Dalam kasus tertentu seperti kasus pasien penyakit menular, dokter dengan otonomi kedokterannya dapat membocorkan rahasia penyakitnya.

Prinsip tidak merugikan berkaitan dengan hak-hak asasi manusia seperti; hak untuk tidak dibunuh, hak untuk tidak dilukai atau disakiti, hak untuk tidak diambil miliknya, hak untuk tidak dibuka rahasianya kepada orang lain. Sedangkan pelanggaran terhadap prinsip ini terjadi dengan perbuatan seperti: secara fisik merugikan seseorang, seperti mengakibatkan kematian, abortus (kalau ibu hamil), mutilasi, penyiksaan, atau kekerasan mengakibatkan kerugian fisik dengan melakukan tindakan medis yang tidak perlu atau menggunakan metode yang membahayakan tanpa alasan kuat; merugikan kehormatan dan nama baik seseorang, atau barang milik dan kepentingannya dengan membuka informasi yang bersifat konfidensial (Bertens, 2011: 60).

Malpraktek (*malpractice*) bisa dipandang sebagai pelanggaran prinsip tidak merugikan. Tenaga medis bisa melakukan sesuatu yang mestinya tidak dia lakukan (*commission*) atau tenaga medis tidak melakukan sesuatu yang sebenarnya mestinya dia lakukan (*omission*). Dalam kasus terakhir ini terjadi kelalaian medis (*medical negligence*) dalam arti sempit, meskipun bisa dikatakan juga bahwa dalam malpraktek selalu terjadi kelalaian (dalam arti luas), karena tenaga medis tidak berpegang pada standar profesi medis. Karena pendidikannya, mestinya ia mengenal betul standar itu dan karenanya ia bersalah, bila ia menyimpang dari normanya (*Ibid*: 65).

Prinsip Berbuat Baik

Prinsip berbuat baik, Inggris; *the principle of beneficence*; Latin *beneficence* berasal dari kata *bene* = baik; dan *facere* = melakukan, berbuat. Secara harafiah prinsip ini berarti “berbuat baik”. Berbuat baik mempunyai dua arti: berbuat baik sebagai cita-cita moral yang khusus dan berbuat baik sebagai kewajiban. Dalam konteks etika kedokteran, kita maksudkan berbuat baik sebagai kewajiban. Dengan berbuat baik sebagai cita-cita moral yang khusus kita maksudkan karya amal, pelaksanaan belas kasih, cinta kasih, altruisme, dan sebagainya.

Prinsip berbuat baik yang dimaksudkan di sini berkaitan dengan kewajiban dokter atau tenaga medis. Prinsip ini berlaku secara khusus dalam hubungan dokter dengan pasien. Bila dokter menerima seorang sakit sebagai pasiennya, ia wajib berbuat baik kepadanya. Artinya, segala tindakan dokter harus terarah pada tujuan memulihkan kesehatan pasien. Pertimbangan atas dasar prinsip berbuat baik mengalahkan pertimbangan berdasarkan prinsip tidak merugikan. Dengan demikian diakui perbedaan antara dua prinsip ini. Alasan lain lagi untuk menerima perbedaan antara dua prinsip ini adalah bahwa cakupannya tidak sama. Prinsip tidak merugikan berlaku terhadap semua orang, tanpa kecuali. Prinsip berbuat baik berlaku terhadap beberapa orang saja, seperti para pasien seorang dokter atau orang yang membutuhkan pelayanan medis (Bertens, 2011, 67).

Menghormati Otonomi

Istilah ‘otonomi’ berasal dari bahasa Yunani *autos* (sendiri) dan *nomos* (hukum, peraturan, pengaturan, pemerintahan). Secara harafiah otonomi berarti: mengatur dirinya sendiri. Dalam otonomi kebebasan untuk

mengatur hidupnya sendiri dan mengambil keputusan tentang dirinya sendiri terkandung paham “hak”. Orang yang otonom mempunyai hak moral untuk bertindak sendiri dan untuk memilih, bila dalam suatu situasi tertentu terdapat pelbagai kemungkinan. Justru karena otonomi mengandung paham “hak”, otonomi manusia harus dihormati oleh sesamanya. Di sini hak satu pihak sepadan dengan kewajiban pihak lain. Perbuatan atau pilihan otonom tidak boleh dihalangi atau dicampuri oleh orang lain. Dasar terdalam bagi otonomi adalah martabat manusia. Manusia tidak boleh diperlakukan seperti benda atau sarana untuk mencapai suatu tujuan. Manusia tidak pernah boleh kita pakai semata-mata untuk tujuan kita sendiri. Inti martabat manusia justru terletak di situ: manusia adalah tujuan pada dirinya (*an end in itself*) dan tidak pernah boleh dipakai sebagai sarana belaka (*as a means merely*) (Bertens, 2011: 77-78).

Kalau menurut kodratnya manusia adalah makhluk yang otonom dan akibatnya mempunyai hak untuk menjalankan otonominya (dalam arti: mengambil keputusan tentang dirinya sendiri), namun belum tentu setiap manusia memiliki kemampuan untuk menjalankan otonomi itu. Inilah asal-usul munculnya istilah “kompetensi”. Dengan kompetensi dimaksudkan kemampuan untuk menjalankan otonominya atau kemampuan untuk mengambil keputusan tentang dirinya sendiri. Ada manusia yang kompeten dan ada manusia lain yang tidak kompeten. Kompetensi dapat menyangkut banyak bidang. Seseorang bisa kompeten dalam mengambil keputusan tentang tindakan medis seperti operasi, tapi di bidang keuangan ia tidak kompeten, sehingga tidak mampu mengambil keputusan (yang rasional) tentang masalah-masalah finansial. Pasien yang inkompeten adalah anak di bawah umur, orang yang mengalami cacat mental, beberapa kategori pasien psikiatris, pasien dalam keadaan demensia, pasien yang tidak sadar, dan lain-lain. Para etikawan harus ada kesepakatan cukup besar dalam menerima tiga syarat untuk memastikan kompeten tidaknya seorang pasien. Pertama, kemampuan untuk menilai. Pasien yang kompeten harus memiliki suatu kerangka acuan nilai dan tujuan. Ia harus mampu menilai apakah suatu tindakan medis baik atau buruk baginya, berguna atau tidak dalam perspektif tujuan tertentu. Kedua, pasien yang kompeten harus memahami informasi yang diberikan dokter tentang penyakitnya, kemungkinan-kemungkinan yang ada dalam hal pengobatan dan rekomendasi dari dokter sendiri. Dalam konteks ini sangat penting ia bisa berkomunikasi dengan dokter, perawat, dan petugas layanan kesehatan lain. Ketiga, pasien yang kompeten harus mampu untuk mempertimbangkan alasan-alasan yang ada untuk suatu tindakan medis. Ia harus dapat membandingkan beberapa



pilihan pengobatan yang tersedia baginya. Itu berarti ia harus bisa menangkap pro dan kontranya. Ia harus sanggup untuk melihat hubungan antara sebab dan akibat, probabilitas (statistik), dan sebagainya (Bertens, 2011: 80-81)

Orang yang tidak kompeten dalam suatu keputusan bisa diwakili oleh orang lain, biasanya keluarga terdekat (*proxy consent*). Untuk mengatasi masalah inkompetensi, orang dapat juga mengambil sikap proaktif dengan memberi petunjuk saat orang masih kompeten tentang apa yang harus dilakukan bila nanti ia tidak kompeten lagi. Cara menentukan keinginannya itu disebut *living will* (wasiat hidup) atau juga *advance directives* (petunjuk sebelumnya). Misalnya, orang dapat menyatakan (secara tertulis): jika saya dalam koma yang oleh dokter dipastikan sebagai *persistent vegetative state*, saya tidak mau diberikan lagi nutrisi dan hidrasi (*Ibid*: 82-83)

Karena tuntutan akan kompetensi profesi yang semakin meningkat, dokter-dokter berlomba-lomba dalam menyempurnakan sisi keilmuannya. Kegamangan menghadapi masyarakat yang gemar menggugat, ketakutan melakukan malapraktek, peningkatan kejahatan moral oleh praktisi medis, semua hal-hal tersebut menyebabkan para dokter sangat fokus pada keahlian medis mereka. Mereka menjadi sangat perhatian dalam menangani keluhan fisik pasien, yang penting pasien sembuh dari derita fisiknya. Mereka tidak perlu repot-repot menangani jiwa pasien mereka, yang penting pasien itu belum masuk kategori gila (silahkan ke ahli jiwa kalau jiwa anda terganggu).

Perkembangan teknologi dalam dunia kesehatan begitu menggila belakangan ini. Seorang dokter tentu tidak mau ketinggalan dalam bidang teknologi atau akan dicemoohkan oleh masyarakat -yang sudah semakin kritis- tentang jati dirinya sebagai seorang profesional. Tidak ada istilah, dokter tidak mengerti tentang perkembangan jaman, walaupun dokter itu baru saja kembali dari daerah terpencil yang harus didiaminya selama dua-tiga tahun. Teknologi modern adalah suatu keharusan. Salah satu hal yang dapat memfasilitasi kebutuhan itu adalah dengan bersekolah kembali, dan yang menjadi prioritas tentunya pendidikan spesialisasi. Ikut pendidikan dokter spesialis tentunya akan membuat para dokter akan terus-menerus berhubungan dengan perkembangan teknologi karena pusat pendidikan berada di kota-kota besar. Tentu saja kita tidak dapat menyalahkan dokter yang berniat meneruskan minatnya pada ilmu tertentu. Ditopang oleh kecenderungan masyarakat yang selalu mengandalkan dokter spesialis dan bertindak merujuk dirinya sendiri langsung kepada seorang ahli, serta

adanya jaminan *income* yang lebih menjanjikan, membuat mereka berlomba-lomba meraih gelar tersebut.

Kalangan bisnis melihat pasar besar dalam lapangan kesehatan, hasilnya adalah meningkatnya komersialisasi layanan medis dan bertumbuhnya industri medis yang kompleks. Kedokteran tidak lagi merupakan industri rakyat seperti saat dokter berpraktek mandiri. Manager di bidang kesehatan ini – ekonom dan CEO (pejabat eksekutif), yang semakin sering memutuskan jenis praktek pelayanan dan jenis organisasi dibandingkan para dokter. Harga-harga obat melambung dan penggunaan peralatan medis yang canggih berkonsekuensi dengan pembayaran yang tinggi. Telah dikatakan, semakin dokter bergantung pada teknologi semata, semakin mereka kehilangan rasa kemanusiaannya, yang berujung pada ‘pelayanan dehumanisasi’. Hal tersebut ditambah dengan ketakutan akan tuntutan malpraktek, dokter membayar asuransi untuk dirinya, yang tentu berdampak pada pasien sehingga biaya layanan kesehatan semakin tinggi.

Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan mencakup suatu wilayah tersendiri dalam etika. Wilayah itu rupanya belum tersentuh oleh prinsip-prinsip sebelumnya. Salah satu perbedaan penting adalah bahwa dengan membicarakan keadilan kita memasuki bidang kemasyarakatan atau ranah sosial, yang masih tertutup selama kita membahas ketiga prinsip pertama tadi. Dengan menerapkan prinsip tidak merugikan, berbuat baik, dan menghormati otonomi, kita bisa membatasi diri pada relasi dokter-pasien saja. Dengan menyinggung keadilan kita melibatkan orang lain dalam hubungan satu sama lain yang disebut masyarakat. Karena itu dengan keadilan terbuka suatu dimensi baru dalam etika.

Keadilan diartikan sebagai pemberian hak kepada setiap orang, pelaksanaan keadilan itu bisa terjadi dengan banyak cara yang berbeda. Dalam sejarah pemikiran, telah dibedakan banyak macam keadilan. Keadilan bisa menyangkut kewajiban individu-individu terhadap masyarakat, lalu kewajiban masyarakat terhadap individu-individu, dan akhirnya kewajiban antara individu-individu satu sama lain.

Ada kurang lebih tiga jenis keadilan; pertama, keadilan umum (*general justice*): berdasarkan keadilan ini para warga masyarakat diwajibkan untuk memberikan kepada masyarakat (secara konkret berarti: negara) apa yang menjadi haknya. Kedua keadilan distributif (*distributive justice*) berdasarkan keadilan ini negara (secara konkret berarti: pemerintah)



diwajibkan memberikan kepada warga negara apa yang menjadi haknya. Keadilan ini disebut “distributif”, karena mengurus pembagian (fasilitas, barang, atau apa saja) kepada para anggota masyarakat. Karena itu dalam bahasa Indonesia dipakai juga istilah “keadilan membagi”. Yang harus dibagi dengan adil adalah keuntungan dan beban (*benefits and burdens*). Ketiga, keadilan komutatif (*commutative justice*): di sini setiap orang atau kelompok harus memberikan haknya kepada orang atau kelompok lain. Dalam bahasa Indonesia dipakai istilah “keadilan tukar-menukar”. Keadilan komutatif menjadi fundamennya, jika dua orang mengadakan perjanjian atau kontrak. “Janji harus ditepati” adalah prinsip etis yang berakar dalam keadilan komutatif (Bertens, 2011: 89-91)

Jika kita memandang pembagian keadilan tadi dalam perspektif etika biomedis, yang mempunyai relevansi untuk kita terutama keadilan menurut arti kedua dan ketiga. Seperti kebanyakan profesi lain, profesi kedokteran juga sering berurusan dengan perjanjian dan bahkan dengan kontrak. Karena itu keadilan komutatif adalah penting untuk profesi kedokteran. “Janji harus ditepati” adalah prinsip etis yang juga harus dipegang oleh para dokter. Hal itu sudah berlaku untuk perkara agak kecil seperti janji waktu. Jika dokter mempunyai janji dengan pasien pada jam tertentu, kemudian ia tidak boleh mengabaikan janjinya. Hal itu berlaku dengan lebih mendesak lagi untuk perkara-perkara besar, seperti tindak medis atau urusan keuangan. Walaupun keadilan komutatif pasti penting untuk profesi kedokteran, dalam hal ini tidak ada banyak masalah etika. Kalaupun terjadi pelanggaran, masalah etisnya pada umumnya cukup jelas. Apa lagi, bila terjadi pelanggaran dalam rangka kontrak, masalahnya lebih termasuk bidang hukum ketimbang etika.

Penutup

Kebajikan praktis harus menjadi dasar dalam pelayanan dokter. Ini tidak berarti bahwa hal-hal yang berkaitan dengan terori-teori tidak penting. Tentu saja hal praktis dan teoritis ikut menentukan bagaimana menjadi dokter yang memiliki kebajikan. Menjadi dokter yang memiliki kebajikan bukanlah tujuan menjadi seorang dokter tetapi kompetensi yang melengkapi tugas dokter. Sebab tujuan seseorang menjadi dokter adalah menolong manusia yang kondisi tubuhnya kurang sehat.



Daftar Rujukan

- Barnes.1995. *The Complete Work of Aristoteles*, Princenton University Press.
- Bertens K. 2011. *Etika Biomedis*, Jogjakarta: Kanisius
- Doed Yusuf. 1990. *Dua Renungan tentang, Manusia, Masyarakat dan Alama Semesta*, CSIS.
- Elio Sgrecci. 2006. *Manuale di Bioetika, Fondamental ed Etica Biomedica*, Milan: Legoprint.
- Farida Mutiarawati Tri Agustina, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 3. 3, Desember 2008.
- Roy Tjiong. 1999. *Problem Etis Upaya Kesehatan, Suatu Tunjauan Kritis*, Jakarta, Gramedia.
- Suriasumantri J.S. 1999. *Filsafat Ilmu. Sebuah Pengantar Populer*, Pustaka Sinar Harapan. Jakarta.
- The New Britannica Encyclopedia, 27 Maret 2012, WWW. Britannica.com.

