



**PELUANG DAN TANTANGAN ETIKA KEDOKTERAN BERBASIS  
KEUTAMAAN MENURUT EDMUND D PELLEGRINO DAN DAVID C  
THOMASMA DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN**

**RINGKASAN DISERTASI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor di bidang  
Ilmu Filsafat yang dipertahankan dalam sidang terbuka Ujian Promosi Doktor  
Program Pasca Sarjana Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara,  
pada hari Sabtu, 8 Agustus 2015, pukul 14.00 WIB**

**TARCISIUS SINTAK GUNAWAN**

**NIM : 0080108507**

**SEKOLAH TINGGI FILSAFAT DRIYARKARA**

**Jakarta, 2015**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Saya mengucapkan terima kasih kepada Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara yang telah memberikan kesempatan untuk belajar dalam program strata tiga.

Terima kasih juga saya sampaikan kepada Prof. Dr. Franz Magnis-Suseno, sebagai promotor atas segala bimbingan, dukungan, kritik, dan nasihat selama penelitian dan penulisan disertasi ini.

Demikian juga saya ucapkan terima kasih kepada ko-promotor, Prof. Dr. J. Sudarminta dan Prof. Dr. B.S. Mardiatnadjaja atas sumbangan kritik dan saran.

Ucapan terima kasih, saya berikan pula kepada Prof. Dr. K. Bertens, Prof. Dr. Alois Agus Nugroho, dan Prof. Dr. A. Sudiarja yang telah membaca dan menguji disertasi ini.

Terima kasih untuk istriku tercinta, Susanti, dan kedua anakku tersayang Rianita dan Aristo, yang walaupun tidak langsung membantu dalam penelitian tetapi mereka telah menjadi pendorong semangat untuk secepatnya menyelesaikan disertasi ini.

Terima kasih juga saya ucapkan kepada pimpinan Yayasan Atmajaya, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, dan Fakultas Kedokteran Atma Jaya, yang telah memberikan beasiswa dan mendukung sepenuhnya pendidikan saya selama ini. Terima kasih untuk teman-teman pendidik di Fakultas Kedokteran Atma Jaya dan Pusat Pengembangan Etika Atma Jaya yang telah memberikan dorongan dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.

Terima kasih pula saya sampaikan kepada seluruh Staf Pengajar STF Driyarkara, seluruh Staf Administrasi, Perpustakaan, serta seluruh rekan-rekan peserta program doktor yang selama ini telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini.

## ABSTRAK

[A] TARCISIUS SINTAK GUNAWAN (0080108507)

[B] PELUANG DAN TANTANGAN ETIKA KEDOKTERAN BERBASIS KEUTAMAAN MENURUT EDMUND D PELLEGRINO DAN DAVID C THOMASMA DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

[C] ix + 184 halaman, 2015

[D] Kata kunci: pasien, etika kedokteran, keutamaan, dokter, pelayanan kesehatan,

[E] Disertasi ini mengangkat kenyataan bahwa etika kedokteran yang ada saat ini belum mampu sepenuhnya membantu menyelesaikan berbagai masalah moral yang muncul dalam sistem layanan kesehatan. Sejarah kedokteran memperlihatkan pentingnya peran etika kedokteran dan telah ada sejak masa Hippocrates (460 - 370 SM). Dalam beberapa dekade terakhir, berbagai teori etika kedokteran telah dikembangkan. Namun menurut Edmund D Pellegrino dan David C Thomasma, etika kedokteran yang ada saat ini masih belum memadai karena tidak dibangun dari dasar sehingga tidak memiliki landasan yang kuat. Oleh sebab itu, mereka menekankan pentingnya pemahaman paradigma kedokteran sebelum membangun teori etika kedokteran. Disertasi ini hendak meneliti sejauh mana etika kedokteran berbasis keutamaan menurut Pellegrino dan Thomasma dapat menjadi dasar pengembangan etika kedokteran dan berguna dalam sistem pelayanan kesehatan. Penelitian dimulai dari keberhasilan Pellegrino dan Thomasma dalam memahami paradigma kedokteran. Dari sini, mereka kemudian mengembangkan etika kedokteran berbasis keutamaan yang diyakini mampu memecahkan berbagai masalah moral kedokteran. Dunia kedokteran begitu luas dan kompleks sehingga hampir mustahil mampu dihasilkan seorang dokter yang menguasai segala-galanya. Hanya dokter berkeutamaan yaitu dokter yang baik dan berkebhendak baiklah yang akan mampu memberikan kebaikan untuk umat manusia, demikian pendapat mereka. Pendidikan dan pengembangan ciri karakter berkeutamaan harus dimulai sedini mungkin sejak awal masa pendidikan kedokteran. Mahasiswa kedokteran perlu mendapatkan pemahaman yang utuh tentang teori etika ini dan keutamaannya dikembangkan melalui berbagai kegiatan pembelajaran. Ada delapan keutamaan kedokteran yaitu kesetiaan kepada janji dan kepercayaan, keadilan, belas kasih, pengendalian diri, keberanian, kebijaksanaan, integritas, dan tidak mendahulukan kepentingan diri; semuanya penting dalam praksis kedokteran, sehingga seluruhnya perlu dikembangkan. Dari penelitian ini, saya mengambil kesimpulan bahwa teori etika ini amat mendukung program pendidikan dokter dan sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Di samping itu, dokter berkeutamaan sangat diperlukan pada saat ini, yakni era penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun ada kepentingan berbagai pihak dalam program JKN yang harus diperhatikan, dokter berkeutamaan tetap senantiasa mendahulukan kepentingan pasien. Hal yang perlu mendapat perhatian adalah pengembangan keutamaan penting dan merupakan prasyarat untuk menjadi dokter yang baik. Namun pengembangan keutamaan saja tidak memadai. Selain keutamaan, dokter harus mempelajari berbagai hal yang akan menunjang dirinya agar mampu menjadi seorang dokter yang baik. Ia harus senantiasa belajar ilmu

kedokteran dan mengembangkan keterampilan kedokterannya. Ia harus mempelajari berbagai prinsip moral, peraturan dan hukum yang berlaku di dunia kedokteran dan masyarakat, meningkatkan kecakapan berkomunikasi, serta mampu bekerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Pembinaan keutamaan tidak berhenti ketika pendidikan kedokteran selesai tetapi senantiasa terus menerus dikembangkan selama yang bersangkutan menjadi dokter dan memberikan pelayanan kesehatan. Jika hal ini dilakukan maka dokter berkeutamaan akan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan kepentingan terbaik pasiennya; sehingga martabat dan kehormatan profesi kedokteran dapat senantiasa dipertahankan.

[F] Daftar Pustaka: 53 (1979 – 2014)

[G] Promotor : Prof. Dr. Franz Magnis-Suseno  
Ko-Promotor : Prof. Dr. J. Sudarminta  
Ko-Promotor : Prof. Dr. B.S. Mardiatmadja



## DAFTAR ISI

Ucapan Terima Kasih

Abstrak

Daftar Isi

Ringkasan

1. **Pendahuluan**
2. **Paradigma Hubungan Pasien Dokter**
3. **Kedokteran Merupakan Komunitas Moral**
4. **Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan**
5. **Hubungan antara Keutamaan dan Prinsip Moral**
6. **Peran Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan dalam Pelayanan Kesehatan**
  - 6.1. **Pelayanan Kesehatan yang Baik**
  - 6.2. **Sistem Pembiayaan Kesehatan**
  - 6.3. **Pembelajaran Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan dalam Pendidikan Kedokteran**
7. **Kesimpulan**

Daftar Pustaka

Riwayat Hidup

## RINGKASAN

### I. Pendahuluan

Etika kedokteran bukanlah sesuatu bidang yang baru dalam sejarah kedokteran. Sejak masa Hippocrates (abad ke-4 SM) etika senantiasa menjadi bagian dari profesi kedokteran. Dalam kumpulan tulisannya, *Corpus Hippocraticum* dinyatakan pentingnya hubungan baik tidak hanya antara dokter dengan orang sakit tetapi juga dengan keluarganya. Prinsip moral yang ditekankan di sini adalah senantiasa berusaha memberikan yang terbaik dan berperilaku baik terhadap siapa pun; menolong, sedapat mungkin tidak mencederai pasien merupakan prinsip utama yang senantiasa diterapkan dalam hubungan pasien dokter (Jonsen, Albert R. 2000, 3). Etika profesi dokter ini dibuat oleh mereka sendiri berdasarkan nilai-nilai dan tradisi pelayanan medis yang bertujuan menjaga martabat dan tradisi luhur profesi tanpa pengaruh yang berarti dari luar profesi kedokteran. Selama lebih dua milenium, etika pelayanan medis sepenuhnya bersandar pada sumpah dokter dan aturan yang dibuat pada masa Hippocrates (Pellegrino, E.D. 1979, 95). Disertasi ini mengangkat kenyataan bahwa etika kedokteran yang ada saat ini belum mampu sepenuhnya membantu menyelesaikan berbagai masalah moral yang muncul dalam sistem pelayanan kesehatan dan melakukan penelitian untuk menemukan sebuah teori etika kedokteran yang mampu menjawab tantangan jaman.

Perkembangan pesat ilmu dan teknologi kedokteran, perubahan nilai, sosial, dan budaya masyarakat dalam beberapa dekade terakhir telah menimbulkan berbagai persoalan moral serius yang tidak bisa dipecahkan oleh ilmu kedokteran sendiri dan etika profesi model Hippocrates sehingga memacu perkembangan serta perubahan nyata etika kedokteran modern. Dalam tiga puluh tahun terakhir, kemajuan pesat etika kedokteran juga telah melahirkan beberapa teori atau pendekatan baru seperti Kasuistik oleh Albert Jonsen dan Stephen Toulmin, Kontraktualisme oleh Robert Veatch, Prinsiplisme oleh Beauchamp dan Childress. Dari antara berbagai teori etika kedokteran di atas, pendekatan yang paling banyak digunakan saat ini adalah yang dikemukakan oleh Tom L. Beauchamp dan James F. Childress dalam buku berjudul *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp, Tom L dan Childress, James F. 2001). Kelebihan pendekatan ini ada pada kejelasan prinsip atau aturan sehingga ada objektivitas dalam pengambilan keputusan. Di samping itu, prinsip ini cukup mudah untuk dipelajari sehingga saat ini paling banyak digunakan untuk memecahkan berbagai dilema moral dalam profesi kedokteran (Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1993, 18-19).

Akhir-akhir ini berbagai kritik mulai bermunculan ditujukan pada pendekatan ini di antaranya pendekatan ini tidak memperhitungkan karakter pelaku, situasi, dan kondisi pasien yang seringkali amat kompleks. Dalam pelaksanaannya, keputusan dokter amat tergantung pada prinsip yang dipilih, diinterpretasikan, dihubungkan dengan prinsip yang lain, dan diterapkan di mana keseluruhan proses ini amat dipengaruhi oleh

karakter si pengambil keputusan. Oleh sebab itu, jika pendekatan berdasarkan prinsip ini dilakukan oleh orang yang berkeutamaan maka hasilnya mungkin akan lebih baik. Dengan kata lain etika keutamaan akan melengkapi kekurangan yang ada dalam etika berdasarkan prinsip. Di samping itu menurut Pellegrino, beberapa teori etika kedokteran di atas melakukan pendekatan *top down*, artinya menggunakan teori-teori etika yang telah ada untuk diterapkan dalam disiplin ilmu kedokteran. Dengan kata lain mereka tidak berangkat dari paradigma kedokteran. Salah satu teori etika kedokteran yang menggunakan pendekatan berbeda diusulkan oleh Edmund D. Pellegrino dan David C. Thomasma yaitu Etika Kedokteran berbasis Keutamaan (Pellegrino, E.D dan Thomasma D.C, 1993, 20 – 21).

Berdasarkan latar belakang gagasan dan permasalahan yang diuraikan di atas, maka rumusan permasalahan tesis ini: Sejauh mana Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan menurut Edmund D. Pellegrino dan David C. Thomasma dapat menjadi dasar pengembangan etika kedokteran dan berguna dalam sistem pelayanan kesehatan masa kini dan yang akan datang.

Melalui penelitian ini diharapkan para peminat etika khususnya etika kedokteran akan memperoleh gambaran yang lebih jelas dan menyeluruh tentang berbagai hal yang berkaitan dengan etika keutamaan dan etika kedokteran berbasis keutamaan. Dengan demikian, mereka lebih mampu menerapkan dan mengembangkan konsep atau teori ini dalam bidang yang lebih luas baik di kedokteran, kesehatan, maupun di bidang lainnya.

## 2. Paradigma Hubungan Pasien Dokter

Menurut Pellegrino dan Thomasma, etika kedokteran harus dibangun dari dasar sehingga memiliki landasan yang kuat. Oleh sebab itu, mereka menekankan pentingnya pemahaman akan paradigma kedokteran sebelum membangun teori etika kedokteran. "Etika profesional yang dibuat berdasarkan situasi sebenarnya dari hubungan pasien dokter akan lebih dapat diandalkan sebagai pedoman daripada yang dibuat semata-mata berdasarkan kewajiban atau larangan prinsip-prinsip etika" (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1988, 17).

Pellegrino dan Thomasma menyebutkan kedokteran merupakan perpaduan antara ilmu pengetahuan alam (*science*), ilmu sosial, dan humaniora. Sebagai ilmu pengetahuan alam, ilmu kedokteran berlandaskan metode, logika, serta berbagai teori ilmu pengetahuan seperti fisika, biologi, dan kimia. Ilmu kedokteran melakukan observasi, pengukuran, pengujian hipotesa, dan penelitian untuk pengembangan ilmunya. Ia harus memiliki tingkat kepastian yang cukup tinggi dan tingkat kesalahan yang rendah. Di samping itu, sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari berbagai masalah kesehatan manusia, ia harus memenuhi kaidah-kaidah penelitian dan pengembangan ilmu yang baik. Tetapi jika kedokteran dilihat sebagai sebuah seni maka kita dapat menerimanya

sebagai upaya keterampilan manusia dengan tingkat keakuratan yang lebih rendah daripada sebagai ilmu pengetahuan alam (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1981, 58). Kedokteran juga harus dipraktekkan sebagai ilmu kedokteran klinis atau praksis kedokteran. Di sini ia harus mempelajari berbagai aspek yang terkait dengan entitas manusia, karakteristik seseorang, perilaku, nilai, relasi antar manusia baik perorangan ataupun di dalam masyarakat. Hal ini terkait dengan disiplin ilmu sosial dan perilaku. Dan pada akhirnya, ilmu kedokteran bermuara pada satu tujuan yakni praksis kedokteran, upaya membantu seseorang mendapatkan tingkat kesehatan optimal (Pellegrino, E.D. 2001, 44-45).

Relasi antar manusia dalam praksis kedokteran memiliki keunikan tersendiri yang berbeda dengan relasi antar manusia dalam profesi atau situasi yang lain. Hubungan pasien dokter bersifat khusus, memiliki aspek moral antara orang yang sedang sakit dan orang yang memiliki kemampuan untuk menyembuhkannya. Penyembuhan adalah suatu tindakan kerja sama kedua belah pihak yang bertujuan memperbaiki atau mengembalikan orang yang sedang sakit ke keadaan semula atau keadaan yang lebih baik. Dasar moralitas kedokteran terletak pada hubungan terapeutik pasien dokter ini. Pellegrino-Thomasma menggunakan dasar filosofis ini sebagai basis pengembangan etika kedokteran berbasis keutamaannya. Mereka berpendapat evaluasi kritis hubungan pasien dokter akan mampu memberikan gambaran luas, dalam, dan lengkap tentang seluruh proses yang lebih kompleks dalam dunia kedokteran. Melalui hubungan khusus ini dapat dipelajari ilmu pengetahuan kedokteran, tujuan kedokteran, proses bernalar dokter, hubungan personal, dan proses pengambilan keputusan klinis, serta proses penyembuhan (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1981, 207).

Ada tiga karakteristik dalam hubungan pasien dokter, pertama, fakta dari penyakit, ketika seseorang mengetahui dirinya sakit maka kemampuan dirinya berubah menjadi tergantung, tidak berdaya, dan rentan dieksploitasi. Kedua, tindakan profesi, kewajiban dokter atau petugas kedokteran menolong dan menyembuhkan pasien menurut apa yang terbaik untuk pasien ini dan tidak akan mengeksploitasi pasien untuk kepentingan pribadinya. Dan ketiga, tindakan penyembuhan, keseluruhan kemampuan kedokteran (ilmu dan teknologi kedokteran, keputusan dan tindakan yang benar secara moral) harus ditujukan untuk menolong dan menyembuhkan *pasien ini*. Di tahap ini, ada tiga pertanyaan yang harus dijawab dokter: Apa masalah pasien? Apa yang dapat dilakukan? dan Apa yang harus ia lakukan untuk pasien ini? Pertanyaan terakhir ini adalah pertanyaan moral. Implikasinya adalah setiap dokter harus menguasai tidak hanya aspek ilmu pengetahuan kedokteran tetapi juga dimensi-dimensi lain yang berkaitan dengan setiap proses pengambilan keputusan terapeutik. Dari ketiga tujuan inilah dikembangkan etika kedokteran dan diperoleh prinsip, kewajiban, dan ciri karakter moral yang penting untuk memenuhi ketiga tujuan di atas (Pellegrino E.D. 2001, 27 – 31).



Dari hubungan unik pasien dokter ini, Pellegrino-Thomasma menyatakan dapat diperoleh prinsip, kewajiban, dan ciri karakter moral yang penting untuk memenuhi ketiga tujuan di atas, serta menjadi dasar filosofis etika profesi kedokteran, kewajiban yang mengikat seluruh dokter sepanjang ia melakukan praksis kedokteran tidak tergantung pada siapa dan apa bidang keahlian yang dimilikinya (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1981, 212).

### 3. Kedokteran Merupakan Komunitas Moral

Secara filosofis, ada lima alasan kuat kedokteran sebagai komunitas moral: pertama, hakekat penyakit itu sendiri yang bersifat universal. Orang sakit berada dalam keadaan sakit, tidak berdaya, cemas, rentan, dan mudah dieksploitasi. Ia tidak mampu menolong dirinya sendiri, tubuhnya tidak mau lagi diajak bekerja sama, bahkan ada pasien yang sampai tidak lagi mengenali dirinya. Hanya dokter yang mampu menolongnya, membawa ia kembali ke keadaan semula atau keadaan yang lebih baik. Kedua, dalam situasi yang rentan, pasien harus mempercayai dokter. Walaupun mereka bisa menyelidiki reputasi dokter tersebut tetapi ketika masuk ke dalam hubungan pasien dokter, ia harus mempercayai mereka. Faktor kepercayaan ini sangat penting, karena pasien akan membuka berbagai rahasia dirinya dan dokter lebih mudah membantu pasien jika ia mendapatkan informasi yang dibutuhkan. Dari sejak semula, dokter telah berjanji dapat dipercaya ketika ia memulai dengan berkata, "Apa yang dapat saya lakukan untuk membantu Anda?", sebuah janji yang harus ditepati dan tidak akan dimanipulasi untuk kepentingan lain selain kepentingan pasien. Ketiga, hakekat keputusan klinis. Pada dasarnya, keputusan klinis merupakan perpaduan komponen teknis medis dan moral. Dokter harus benar secara keilmuan dalam melakukan diagnosis dan terapi, tetapi pada akhirnya rekomendasi tindakan harus memenuhi kaidah baik untuk pasien. Keempat, pengetahuan dokter diperoleh melalui pendidikan khusus di mana masyarakat ikut berpartisipasi di dalamnya. Partisipasi tersebut berupa membolehkan calon dokter menggunakan tubuh manusia baik dalam keadaan mati maupun masih hidup menjadi sumber pembelajaran. Dokter mendapat perlakuan khusus, mereka satu-satunya profesi yang secara legal dan moral diperbolehkan memberikan pertolongan pengobatan. Pengakuan ini diberikan lewat proses legalisasi ijasah, pengaturan dokter, registrasi, dan pemberian ijin praktek. Kelima, kepatuhan akan berbagai norma, janji, dan tradisi profesi kedokteran. Semua yang dilakukan dokter merupakan keputusan hasil kesepakatan bersama, dibuat oleh dokter untuk praksis kedokteran, dan untuk kepentingan pasien semata (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 42 – 44).

Oleh sebab itu, setiap orang yang mengikuti pendidikan dokter telah terikat dalam kewajiban moral mulai dari saat pertama mengikuti pendidikan kedokteran agar senantiasa menggunakan kompetensinya untuk kepentingan pasien. Masyarakat dapat menaruh kepercayaan pada dokter bahwa mereka akan ditolong dengan tulus dan situasi

rentan tersebut tidak akan disalahgunakan. Mereka yang menjadi anggota komunitas ini terikat bersama melalui ilmu dan ajaran moral, berkewajiban senantiasa bersama-sama baik sebagai individu maupun sebagai komunitas profesi, dan berupaya mempertahankan tradisi luhur ini dari ancaman yang cenderung memperlakukan kedokteran sebagai komoditas, sarana politik, kesempatan investasi, dan permainan birokrat (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 44 - 45).

#### **4. Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan**

Pelayanan kesehatan merupakan aktivitas dokter semata-mata sebagai dokter, yang membedakannya dengan orang lain yang mungkin memiliki pengetahuan kedokteran tetapi tidak bertujuan menolong orang sakit. Tak peduli apapun yang mempengaruhi kedokteran, penyakit tetap merupakan pengalaman hidup manusia universal dan dampaknya terhadap kehidupan individu manusia merupakan dasar dan alasan keberadaan kedokteran dan dokter. Ilmu kedokteran begitu luas dan kompleks sehingga hampir mustahil mampu dihasilkan dokter yang menguasai segala-galanya. Hanya dokter yang baik dan berkehendak baiklah yang akan mampu memberikan kebaikan untuk umat manusia.

Pellegrino mendefinisikan keutamaan sebagai suatu ciri watak yang mendisposisikan seseorang berkecenderungan untuk berbuat baik dan sesuai dengan tujuan spesifik manusia. Keutamaan memberikan akal budi kemampuan untuk melihat dan motivasi memilih aktivitas yang sesuai dengan tujuan sehingga pelaksanaannya akan membuat ia semakin baik dan semakin berkeutamaan. Dokter berkeutamaan memiliki kombinasi pengetahuan, karakter, dan kemampuan memilih perbuatan baik. Prinsip berbuat baik menyatakan bahwa dokter harus bertindak sedemikian rupa sehingga kepentingan dan kebaikan pasien merupakan tujuan satu-satunya serta tidak mengedepankan kepentingan dirinya dan pihak lain (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 166).

Dalam praksis kedokteran, tujuan tertinggi yang hendak dicapai adalah menyembuhkan pasien dan mengembalikan pasien seperti keadaan semula. Tetapi jika hal ini tidak dimungkinkan maka dokter juga harus berusaha membantu pasien, meringankan penderitaan, mengatasi kecacatannya, atau membantu ia melewati hari-hari yang penuh penderitaan menjelang kematian. Dengan demikian tujuan kedokteran tidaklah semata-mata tampilan kemampuan teknis medis yang hebat, tetapi kemampuan tersebut haruslah ditujukan untuk mencapai tujuan yang baik, yaitu kebaikan maksimal bagi pasien; baik dari sudut kedokteran, baik dari sisi manusia yang mampu merencanakan hidupnya, dan baik sebagai persona dengan berbagai tujuan spiritualitas. Dokter berkeutamaan mampu mempertimbangkan berbagai hal di atas karena ia senantiasa berusaha memberikan yang terbaik untuk pasiennya. Ia akan mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan dirinya dan yang lain (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1988, 117). Orang dapat saja melakukan berbagai praktek kedokteran

untuk alasan lain daripada semata-mata kepentingan pasien – kebanggaan diri, keuntungan finansial, kekuasaan. Orang ini sanggup melaksanakannya dengan baik dan benar, tetapi ia tidak dapat dikatakan berkeutamaan karena ia melaksanakannya untuk kepentingan dirinya yang tidak sesuai dengan tujuan dan hakekat ilmu kedokteran. Dokter berkeutamaan melakukan pekerjaan secara baik dan benar karena hal itu didasari atas komitmen diri untuk menjadi orang baik.

Pellegrino dan Thomasma menyebutkan ada delapan Keutamaan Kedokteran, seluruhnya diambil dari praksis kedokteran yang telah teruji dan dapat dipertanggungjawabkan (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 65 – 159):

- a. Kesetiaan pada kepercayaan dan janji
- b. Belas kasih
- c. Kebijaksanaan
- d. Keadilan
- e. Keberanian
- f. Pengendalian diri
- g. Integritas
- h. Tidak mendahulukan kepentingan diri

##### 5. Hubungan antara Keutamaan dan Prinsip Moral

Seseorang bisa menguasai prinsip-prinsip moral namun tidak dapat menerapkannya dengan baik; di sisi lain ada orang yang memiliki karakter sedemikian rupa sehingga ia senantiasa bertindak tepat meskipun ia tidak mengenal prinsip-prinsip moral. Sehingga timbul pertanyaan, apakah cukup dengan mengandalkan karakter saja sebagai dasar teori etika? Apakah keutamaan memadai untuk menyelesaikan berbagai masalah moral? Pellegrino menjawab, karakter baik atau disposisi baik saja tidak cukup untuk menjamin pilihan moral atau tindakan seseorang akan baik. Ia hanya bisa memastikan ada motivasi baik. Kualitas moral seseorang atau perbuatannya tidak hanya tergantung pada karakter, tetapi juga pada keadaan, dan hubungan antara perbuatan yang satu dengan yang lain. Sebuah teori etika yang lengkap, sedikitnya harus memperlihatkan hubungan antara kewajiban, prinsip, dan keutamaan (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 21).

Hakekat pelayanan kedokteran adalah sebuah kegiatan yang penuh dengan nilai moral. Prinsip-prinsip dalam etika kedokteran merupakan pernyataan tentang apa yang baik dan benar yang berasal dari tujuan dan sasaran pelayanan kedokteran, menolong, merawat, dan menyembuhkan yang dilakukan dalam suatu hubungan kemanusiaan khusus. Tugas dokter berasal dari kewajiban yang dilaksanakan secara sukarela, tulus, sebagai konsekuensi pekerjaan bagi mereka yang memilih untuk berkarya di bidang ini. Mereka harus mengikuti sepenuhnya seluruh kewajiban di pelayanan kedokteran untuk mencapai tujuan akhir kedokteran. Keutamaan adalah suatu sifat watak yang

mengarahkan pelaku – pasien dan dokter – untuk memilih hal-hal yang akan membantu pencapaian tujuan bersama, tujuan aktivitas penyembuhan (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 21-22).

Prinsip moral adalah suatu pernyataan tentang kebenaran moral fundamental dan universal yang dapat dijadikan sebagai panduan tindakan. Prinsip moral ini dikatakan bersifat fundamental dan universal karena dibuat berdasarkan kodrat manusia sebagai manusia yang memiliki kemampuan berpikir, merencanakan, dan melaksanakannya. Setiap orang mampu melaksanakan prinsip moral ini. Prinsip moral ini dapat digunakan untuk pedoman tindakan moral. Orang berkeutamaan adalah orang yang bertindak sesuai dengan prinsip moral. Ia melakukan hal tersebut bukan karena ia menyesuaikan motivasi dengan prinsip moral melainkan dirinya telah memiliki kecenderungan bertindak sesuai dengan prinsip moral. Ia menghormati dan melaksanakan prinsip moral karena ia memahami aspek fundamental dan universal prinsip tersebut. Ia melihat hal ini bukan sebagai kewajiban memenuhi aturan tetapi sudah sebagai bagian dari karakternya. Kita menghargai orang berkeutamaan bukan karena kehebatan satu perbuatannya tetapi karena orang tersebut senantiasa memahami, memilih, dan bertindak dengan sebaik-baiknya sebagai manusia, secara konsisten menunjukkan bahwa ia orang baik. Ia memiliki kebijaksanaan, kemampuan intelektual untuk memilih mana yang benar dan baik. Setiap orang pada dasarnya memiliki kecenderungan untuk berbuat kebaikan dan menghindari keburukan. Orang berkeutamaan akan melatih dan mengembangkan kebiasaan alamiah ini sedemikian rupa sehingga semakin lama semakin baik (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 21- 22).

## **6. Peran Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan dalam Pelayanan Kesehatan**

### **6.1 Pelayanan Kesehatan yang Baik**

Pellegrino dan Thomasma menyatakan tantangan terbesar dalam dunia kedokteran dewasa ini selain berasal dari luar yaitu kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran sendiri, juga berasal dari dalam profesi kedokteran sendiri. Setiap dokter dalam melaksanakan tugas pelayanan kepada pasien seharusnya sesuai dengan kode etik profesi yang mewajibkannya senantiasa berusaha mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan pribadi. Selama ini tegangan antara mendahulukan kepentingan pasien dan kepentingan pribadi berhasil diatasi karena tekanan pada mendahulukan kepentingan pribadi tidak sebesar sekarang (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 31). Sejak ekonomi dan bisnis menjadi salah satu faktor yang menentukan dalam masyarakat maka hal ini telah mengubah paradigma pelayanan kesehatan yang semula bersifat sosial menjadi komoditas. Kalangan industri yang selama ini tidak banyak tertarik menggeluti bidang ini karena sifat pelayanan yang sosial dan tidak banyak menguntungkan, sekarang melihat peluang menjadikan pelayanan kedokteran sebagai lahan bisnis yang menguntungkan. Di samping itu, akibat kemajuan ilmu dan teknologi

kedokteran maka kita telah berhasil mengatasi berbagai masalah kesehatan, tetapi kemajuan tersebut juga berakibat pada pelayanan kedokteran semakin kompleks, melibatkan berbagai pihak lain sehingga kemungkinan konflik kepentingan juga semakin besar. Kini, semakin banyak pasien yang harus ditangani oleh tim dokter bukan lagi individu dokter, sehingga hubungan pasien dokter harus juga dilihat sebagai hubungan pasien dengan tim dokter. Permasalahan pelayanan kedokteran semakin kompleks dan melibatkan berbagai pihak lain sehingga semakin besar kemungkinan terjadi konflik kepentingan. Saat ini sering dipertanyakan masyarakat tentang dokter terlibat dalam bisnis industri perumahsakitkan, sejauh mana tanggung jawab dokter dalam pelayanan kelompok marginal, integritas dalam penelitian kedokteran, atau hubungan dokter dengan pihak ketiga pembayar jasa medis, seperti perusahaan asuransi (Pellegrino, E.D dan Thomasma, D.C. 1993, 31 – 32).

Dalam layanan kesehatan, keluhan atau ketidakpuasan pasien dapat berasal dari aspek hasil pengobatan tetapi dapat juga tidak langsung berhubungan dengan pengobatan seperti masalah komunikasi, konflik kepentingan, atau masalah dilema moral. Dulu, setiap dokter dianggap telah memiliki semua yang dibutuhkan untuk menjadi dokter yang baik yang diperoleh melalui pendidikan formal kedokteran. Saat ini, lebih sering muncul pertanyaan tentang kompetensi dan profesionalitas dokter. Walaupun dunia kedokteran maju pesat tetapi ada persepsi di masyarakat bahwa dokter tidak lagi se"baik" dokter yang dulu, dokter yang ramah dan siap menolong. Keadaan ini sungguh mencemaskan. Dari segi kemampuan, tidak dapat disangkal bahwa dokter sekarang jauh lebih pintar dan terampil dalam menangani pasien. Namun, pintar dan terampil saja tampaknya tidak cukup. Pasien menuntut hal lain yakni perhatian dan kepedulian dokter terhadap masalah kesehatan mereka. Pasien menginginkan dokter menggunakan segenap kemampuannya untuk memecahkan permasalahan individu, dengan cara mendengarkan, menjelaskan, dan menjawab berbagai pertanyaan mereka (Nuala, K. dan Shelton, W. 2006. xi).

Jika diteliti dengan seksama, meskipun ada banyak perubahan tetapi hakekat pelayanan kedokteran tetaplah masih sama dari sejak dulu yaitu hubungan terapeutik pasien dokter, dokter tetap merupakan elemen terpenting dalam layanan kedokteran karena posisi dokter yang amat dominan, keputusan akhir haruslah mengikutsertakan dokter dan yang melaksanakan keputusan tersebut pastilah dokter. Dibandingkan dengan masa lalu, salah satu perbedaan mencolok saat ini adalah pasien ikut serta menentukan bentuk layanan kesehatan dan menilai keberhasilan pengobatan. Situasi ini tidak selalu mudah dilaksanakan karena kesenjangan pengetahuan dan pemahaman akan penyakit serta situasi pasien yang bersangkutan.

Dokter diharapkan mampu menjelaskan apa sebenarnya yang terjadi, menghilangkan kecemasan, dan menolong memulihkan keadaan pasien. Untuk itu dokter membutuhkan keterbukaan pasien menyampaikan semua informasi yang terkait dengan masalah

kesehatan yang sedang dihadapinya termasuk hal-hal yang sangat dirahasiakan selama ini. Sangat sulit bagi pasien untuk berterus terang menceritakan segalanya jika tanpa sikap saling percaya. Kepercayaan yang diperoleh dari pasien mengharuskan dokter menyimpan semua informasi tersebut dengan baik. Hubungan pasien dokter harus senantiasa diupayakan untuk dipertahankan bahkan saling pengertian ditingkatkan. Melalui proses pendidikan yang panjang dan berat, dokter dilatih untuk memeriksa, menemukan, menentukan jenis penyakit, dan mengobatinya. Umumnya hal ini dapat dilakukan dengan baik jika pengetahuan dan keterampilan dokter memadai. Untuk kasus yang sulit dan tidak dikuasai, dokter harus meminta bantuan sejawatnya yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dari dirinya. Sungguhpun ilmu dan teknologi kedokteran berkembang pesat, masih banyak keterbatasan dunia kedokteran dalam menolong pasien.

Dalam proses pengobatan, pengambilan keputusan merupakan salah satu hal penting yang harus dikerjakan oleh kedua belah pihak. Hubungan pasien dokter merupakan hubungan yang asimetri di mana posisi dokter lebih superior daripada pasien. Pasien datang meminta pertolongan untuk hal yang tidak dimengerti. Dokter menerima permintaan untuk hal yang dikuasainya dan berkewajiban membantu. Dengan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki, ia harus berusaha memberikan pertolongan terbaik untuk pasien termasuk dalam proses pengambilan keputusan. Dulu, dokter terbiasa mengambil keputusan secara sepihak, maka hal ini sedapat mungkin tidak dilakukan lagi. Hubungan pasien dokter yang dianjurkan saat ini adalah bentuk kemitraan atau kerja sama. Keputusan yang terkait dengan masalah kesehatan pasien hendaknya diambil atau disetujui oleh pasien. Agar pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan baik, seseorang membutuhkan informasi yang memadai. Pasien membutuhkan informasi yang cukup, jelas, dan akurat. Walaupun pasien bisa mendapatkan informasi kesehatan dari berbagai sumber, tetapi informasi yang paling penting datang dari dokter yang merawat dirinya. Oleh sebab itu, seyogyanya dokter mengupayakan informasi tersebut diberikan dan dapat dipahami pasien dengan baik (British Medical Association, 2004, 32).

Pada masa kini, pasien tidak lagi semata-mata penerima pasif layanan kesehatan, tetapi mereka diharapkan terlibat aktif di dalam proses pencegahan dan penyembuhan penyakitnya. Manfaat pemberian informasi kesehatan bagi pasien antara lain meningkatkan kepuasan dan mengurangi keluhan, menambah kepatuhan berobat dan upaya memperbaiki pola hidup, serta mengurangi kecemasan dan tekanan psikologis. Informasi diberikan secara terbuka, jujur, dan bijaksana. Hal ini harus dilakukan secara hati-hati karena variasi kemampuan pasien di dalam memahami informasi dan kompleksitas permasalahan. Meskipun ilmu kedokteran merupakan ilmu pengetahuan yang diperoleh melalui berbagai penelitian dan senantiasa diperbaharui, tetapi tetap memiliki tingkat ketidakpastian. Jika aspek ketidakpastian cukup tinggi, hal ini pun harus disampaikan kepada pasien. Dokter memberikan saran yang terbaik untuk pasien

berdasarkan keilmuan dan praksis kedokteran saat ini. Jika ada harapan pasien yang tidak tepat maka dokter berkewajiban memperbaikinya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh The Institute for Public Policy Research (Inggris), pengertian masyarakat tentang apa yang dimaksudkan dengan hubungan baik pasien dokter adalah waktu konsultasi yang memadai, kesediaan untuk mendengarkan, memperhatikan pendapat pasien, dan membina kesinambungan relasi. Dokter disarankan agar mengupayakan langkah-langkah untuk mencari tahu apa kesulitan pasien dan apa yang diinginkan pasien (British Medical Association. 2004, 33). Dokter berkeutamaan mampu menilai informasi mana yang paling dibutuhkan pasien, menunjukkan belas kasih, dan siap menolong.

Peran dokter juga mengalami perubahan. Ilmu kedokteran telah berkembang sangat luas, menghasilkan berbagai bidang spesialisasi dan bidang subspecialisasi ilmu kedokteran. Untuk membantu memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, maka dibuatlah sistem layanan kesehatan. Umumnya sistem ini dibagi atas tiga tingkatan: layanan primer, layanan sekunder, dan layanan tertier. Layanan primer ditujukan pada penanganan kasus-kasus yang sederhana yang dapat ditangani oleh seorang dokter umum atau dokter keluarga, yang diberikan di puskesmas, balai/klinik pengobatan, dan praktek perorangan. Jika kasus pasien berat, membutuhkan penanganan spesialis, maka pasien dirujuk ke layanan tingkat sekunder atau tertier. Pasien ditangani oleh dokter spesialis dan dilakukan di klinik spesialis atau rumah sakit. Semakin berat dan kompleks masalah kesehatan pasien, semakin banyak dokter dan tenaga medis yang terlibat menangani pasien tersebut dan semakin banyak menggunakan teknologi kedokteran. Semakin banyak orang yang terlibat atau teknologi digunakan, semakin besar kebutuhan akan komunikasi, koordinasi, dan kerja sama (British Medical Association. 2004, 24).

Menurut Pellegrino dan Thomasma, dokter berkeutamaan memiliki kesadaran akan kemampuan diri dan keterbatasan dirinya. Setiap dokter berkeutamaan haruslah kompeten dalam memberikan pelayanan kedokteran. Oleh karena bidang kedokteran sangat luas maka kompetensi dokter juga terbatas. Dengan keutamaan pengendalian diri, setiap dokter akan mampu menilai apakah kasus pasien ini bisa ditangani dengan baik atau harus dilakukan tindakan lain, dan dengan keutamaan kebijaksanaan, dokter mampu membuat keputusan yang bijaksana. Ia mampu mengendalikan diri, rendah hati, terbuka, mau belajar, dan bekerjasama dengan siapapun (Pellegrino, E.D. 2001, 124 – 126). Sehingga tim dokter yang terdiri atas dokter berkeutamaan akan lebih berhasil melayani pasien dibandingkan dengan tim lain.

## 6.2 Sistem Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan layanan kesehatan perlu mendapat perhatian khusus karena bisa mempengaruhi keputusan dokter dan kualitas layanan kesehatan. Meskipun dokter hanya menerima sebagian kecil (tergantung kesepakatan dan peraturan) dari total biaya layanan kesehatan, tetapi mereka sangat menentukan besaran biaya tersebut. Mereka yang menentukan jenis pemeriksaan dan obat, jenis operasi, dan berapa lama pasien akan dirawat di rumah sakit.

Dalam model hubungan pasien (individu) dokter tradisional, keputusan pengobatan dan rencana pengobatan ditentukan oleh dokter dan pembiayaan dilakukan oleh pasien yang bersangkutan. Dokter mendapatkan honorarium berdasarkan jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukannya, semakin banyak dan semakin sulit kegiatan pengobatan, semakin besarlah honorarium yang diterima dokter, sistem ini disebut bayar berdasarkan jasa yang diberikan. Dokter yang baik hanya melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang memang dibutuhkan pasien. Ini dilakukan karena dokter bisa dipercaya dan memegang janji. Ia mampu mengendalikan dirinya, memiliki integritas moral sehingga tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan berlebihan yang pasti akan merugikan pasien, walaupun hal tersebut bisa menguntungkan dokter dan rumah sakit.

Perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang pesat mengakibatkan perubahan besar di dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan diberikan dalam bentuk yang sangat luas, kompleks, dan mahal. Dengan semakin meningkatnya biaya kesehatan, maka kemampuan individu membiayai pengobatan dan mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal akan semakin sulit sehingga muncul sistem asuransi kesehatan. Asuransi berarti secara gotong royong pembiayaan kesehatan dikumpulkan dari anggota untuk setiap waktu siap membantu membiayai anggota yang sakit. Dengan demikian, pada model ini hubungan pasien dokter telah melibatkan berbagai pihak lain yaitu rumah sakit dan perusahaan asuransi (Jecker, N.S.2005, 288).

Dalam rangka memenuhi amanat Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang nomor 40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011, tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), maka Indonesia sedang melaksanakan reformasi di bidang pelayanan kesehatan dengan terselenggaranya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai tahun 2014, dan untuk seluruh penduduk Indonesia diharapkan dapat terwujud pada tahun 2019. JKN menekankan pada layanan kesehatan diberikan secara lebih efisien dengan tetap memperhatikan mutu layanan. Efisiensi diperoleh melalui pengurangan rujukan ke tingkat spesialis, optimalisasi dokter layanan primer sebagai pengontrol layanan kesehatan, mengurangi pemeriksaan diagnostik, lama rawat inap terutama di rumah sakit dan berbagai tindakan pengobatan. Penekanan diberikan pada hanya layanan yang benar-benar bermanfaat saja yang disediakan untuk pasien. Dokter dan Pusat Pelayanan



Kesehatan (PPK) mendapat insentif jika berhasil melakukan penghematan (Kementerian Kesehatan, 2012, 13 – 14). Mereka yang tidak berhasil menekan biaya pengobatan, tidak akan memperoleh keuntungan finansial karena keuntungan diperoleh dari selisih biaya yang dibayarkan oleh BPJS dan pengeluaran PPK. Sistem ini mengubah drastis hubungan pasien dokter. BPJS membayar dalam jumlah tetap untuk jenis penyakit tertentu, terlepas dari jenis pemeriksaan pengobatan, dan lama perawatan. Semakin sedikit pemeriksaan dan pengobatan diberikan, serta semakin singkat lama hari perawatan, maka biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk perawatan semakin kecil, yang berarti keuntungan bagi rumah sakit. Oleh karena sebagian besar hal ini ditentukan oleh dokter maka manajemen rumah sakit harus dapat bekerja sama dengan dokter untuk melakukan kendali biaya dan kendali mutu perawatan (Kementerian Kesehatan, 2012, 25).

Untuk mendapatkan jumlah penghasilan yang lebih baik, dokter harus memeriksa pasien lebih banyak lagi, yang dapat berakibat pada peningkatan beban kerja dan penurunan waktu konsultasi pasien. Sementara itu, ada tuntutan kualitas pelayanan harus tetap dipertahankan agar kepuasan pasien tetap terjaga dan rumah sakit tidak kehilangan pasien atau mendapatkan tuntutan dari pasien. Tekanan kepada dokter akan semakin bertambah jika pembayaran oleh BPJS tidak memadai sehingga tidak mampu menutupi seluruh biaya pengobatan pasien dan memberikan keuntungan yang layak bagi rumah sakit (Jecker, N.S.2005, 296).

Sistem ini menimbulkan pertanyaan etis. Dokter memiliki tanggung jawab berupaya memberikan layanan terbaik bagi pasiennya, mendahulukan kepentingan pasien. Ketika kepentingan rumah sakit dan dokter menyatu dan berhadapan dengan kepentingan pasien, masihkah pasien bisa mengharapkan dokter akan berpihak kepada mereka? Ketika JKN memberikan insentif berupa penekanan biaya perawatan pasien, sejauh manakah pengendalian biaya ini tidak akan merugikan pasien?

Menurut Pellegrino, masalah moral yang paling mencolok pada sistem ini adalah loyalitas dokter yang terbagi antara kesejahteraan pasien berhadapan dengan kepentingan institusi rumah sakit, dokter, dan pihak pengelola asuransi jaminan kesehatan. Pada dasarnya dokter yang bekerja dalam sistem ini secara finansial dan faktual adalah karyawan; ia menerima remunerasi sebagai imbalan atas pengabdianya kepada perusahaan asuransi kesehatan. Hubungan dokter dengan perusahaan asuransi adalah hubungan berdasarkan kontrak; sehingga dapat mengakibatkan dokter harus mengikuti aturan yang telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi, yang selanjutnya dapat saja membahayakan hubungan pasien dokter (Pellegrino, E.D.1997, 323 – 324).

Selama ini integritas moral dokter hampir tidak pernah dipertanyakan terutama yang terkait dengan aspek keuangan, selalu dikatakan dokter menolong pasien tanpa melihat latar belakang pasien dan imbalan jasa. Berdasarkan hal ini, pasien merasa tenang dan

sangat membantu dalam proses pengobatan. Dokter diletakkan sebagai orang terhormat, bermartabat, berbeda dengan orang kebanyakan karena sebagai seorang profesional, dokter senantiasa melindungi pasien dan masyarakat; tidak terlibat atau berusaha menghindari hal-hal yang terkait dengan aspek keuangan, karena hal ini dianggap dapat mencederai kehormatan profesi. Dampak dari peran baru (era Jaminan Kesehatan Nasional) ini adalah dokter bisa tidak lagi dipandang sebagai orang yang berpihak kepada pasien, tetapi lebih condong ke penyedia layanan kesehatan (Gunawan, S. 2014, 57). Dokter berkeutamaan tidak akan menyalahgunakan kepercayaan pasien dan senantiasa berusaha membuktikan bahwa ia bisa diandalkan karena ia akan kehilangan pasiennya jika tidak lagi dipercaya. Jika biaya perawatan kesehatan besar maka dokter wajib menyampaikan hal tersebut ke pasien, serta menyesuaikannya dengan kemampuan dan kebutuhan pasien (Jecker, N.S.2005, 283).

### **6.3 Pembelajaran Etika Kedokteran Berbasis Keutamaan dalam Pendidikan Kedokteran**

Di dalam masyarakat, menurut Pellegrino, keluhan dokter yang semakin tidak profesional atau tidak lagi humanis semakin sering terdengar. Salah satu pihak yang seharusnya paling bertanggung jawab adalah institusi pendidikan kedokteran karena merekalah yang menghasilkan dokter tersebut. Dokter yang tidak profesional atau kurang humanis tersebut dihasilkan dari sistem pendidikan kedokteran yang salah. Mereka dianggap terlalu menekankan pada sisi ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran tetapi mengabaikan pengajaran nilai-nilai kemanusiaan dan seni dalam kedokteran. Akibat pendekatan ini, dokter semakin terampil mengobati penyakit tetapi kehilangan sentuhan kemanusiaan. Situasi rumah sakit pendidikan yang sibuk dengan melayani pasien dengan teknologi canggihnya dan penyelesaian administrasi yang cukup menyita waktu, ikut menciptakan lingkungan yang kurang ideal bagi pendidikan dokter (Pellegrino E. 2001, 153). Menurut Pellegrino, dokter yang lengkap adalah dokter yang memiliki tiga dimensi: dia kompeten sebagai seorang dokter, memiliki keutamaan, dan terpelajar (Pellegrino E. 2001, 155).

Menjadi dokter adalah sebuah proses pembelajaran di bidang ilmu pengetahuan, keterampilan, dan pembentukan karakter, sehingga bisa digambarkan sebagai sebuah kurva belajar pembentukan karakter sebagaimana pembelajaran yang lain (Rhodes, R. dan Smith, L.G. 2006, 108). Pellegrino menyatakan pengajaran humaniora di pendidikan kedokteran harus dilaksanakan terintegrasi dengan pendidikan kedokteran sendiri. Dunia kedokteran penuh dengan berbagai hal yang dapat dijadikan contoh pembelajaran humaniora. Dengan cara ini, peserta didik bisa sekaligus mempelajari aspek kognitif ilmu pengetahuan kedokteran dan nilai-nilai kemanusiaan di dalamnya (Pellegrino E, 2001, 161). Dalam program pendidikan dokter di Indonesia, telah ditetapkan bahwa setiap fakultas kedokteran harus mengikuti Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) sehingga dalam kurikulum kedokteran sudah ada materi

humaniora yang disiapkan untuk memenuhi tuntutan kompetensi profesionalitas yang luhur. Pendidikan kedokteran dengan penekanan pada dokter berkeutamaan sangat relevan dengan kurikulum SKDI. Jika dokter tersebut lulus dan telah memiliki keutamaan kedokteran maka diharapkan ia akan senantiasa mengembangkannya menjadi dokter yang berkeutamaan, profesional, dan memperhatikan kepentingan pasiennya.

## 7. Kesimpulan

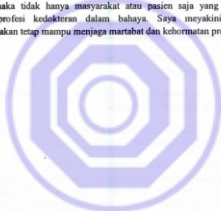
Dari uraian penjelasan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa Etika kedokteran berbasis keutamaan menurut Pellegrino dan Thomasma merupakan teori etika yang sah dan unggul sehingga patut untuk dipelajari dan dikembangkan lebih lanjut. Profesi kedokteran dewasa ini berada dalam situasi yang jauh lebih kompleks daripada beberapa dekade yang lalu. Dokter harus mampu memahami situasi dan kondisi pasien, kemampuan dirinya, kemampuan institusinya, mendengarkan pandangan pasien dan keluarganya, serta berbagai faktor lain di luar internal kedokteran yang mungkin dapat mempengaruhi proses pengobatan dan kesembuhan pasien. Terlebih lagi, pengobatan saat ini tidak lagi hanya bertujuan menyembuhkan dan meringankan penderitaan pasien, tetapi jauh lebih luas seperti abortus, perawatan akhir kehidupan, reproduksi berbantuan, sel punca, dan lain-lain.

Dokter berkeutamaan memiliki kemampuan melebihi dokter lain. Ia memiliki ilmu pengetahuan kedokteran dan moralitas, serta berkarakter baik. Ia diharapkan akan lebih mampu membuat keputusan yang tepat terutama keputusan penting dalam situasi yang kompleks. Dokter berkeutamaan memiliki integritas moral untuk tetap teguh memegang sumpah dan janji profesi kedokteran yakni untuk senantiasa mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan dirinya. Dokter berkeutamaan memiliki karakter rendah hati, menyadari kemampuan diri, dan keterbatasan dirinya sehingga hanya menolong pasien yang mampu ditanganinya dengan baik, tidak akan merugikan pasien, dan selalu berusaha meningkatkan kemampuan dirinya.

Perolehan penerapan etika kedokteran berbasis keutamaan akan optimal jika proses pembelajaran dimulai sedini mungkin yaitu sejak masa pendidikan kedokteran. Mahasiswa kedokteran perlu mendapatkan pemahaman yang utuh tentang teori etika ini dan keutamaannya yang dikembangkan melalui berbagai kegiatan pembelajaran. Materi ini juga amat mendukung dan sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia sehingga bisa dijadikan bahan pembelajaran di program pendidikan dokter. Pembinaan karakter tidak berhenti ketika pendidikan kedokteran selesai tetapi senantiasa terus menerus dikembangkan di dalam masa pelayanan kesehatan. Ada berbagai keutamaan kedokteran, semuanya penting dalam praktek kedokteran, sehingga semuanya perlu dikembangkan. Pengembangan keutamaan saja tidak memadai tetapi hal ini merupakan prasyarat untuk menjadi dokter yang baik. Selain keutamaan, dokter harus mempelajari

berbagai hal yang akan menunjang dirinya agar mampu menjadi seorang dokter yang baik. Ia harus senantiasa belajar ilmu kedokteran dan mengembangkan keterampilan kedokterannya. Ia harus mempelajari berbagai prinsip moral, peraturan dan hukum yang berlaku di dunia kedokteran dan masyarakat, meningkatkan kecakapan berkomunikasi, dan mampu bekerjasama dengan berbagai pihak yang terkait dengan pelayanan kedokteran.

Selama ini belum ada teori etika kedokteran yang membahas secara rinci berbagai keutamaan profesi dan pembahasan tersebut disertai dengan berbagai contoh yang dengan mudah dipelajari oleh setiap dokter, seperti yang disampaikan oleh Edmund D Pellegrino dan David C Thomasma. Setiap dokter yang mempelajari etika kedokteran berbasis keutamaan masih bisa mengembangkannya selama yang bersangkutan tetap menjalankan profesi sebagai dokter dan berkeinginan menjadi dokter berkeutamaan. Walaupun tekanan dari luar profesi sangat besar, dokter tidak boleh kalah atau menyerah pada keadaan. Jika dokter gagal mempertahankan nilai-nilai dasar profesi kedokteran, maka tidak hanya masyarakat atau pasien saja yang dirugikan tetapi keseluruhan profesi kedokteran dalam bahaya. Saya meyakini bahwa dokter berkeutamaan akan tetap mampu menjaga martabat dan kehormatan profesi kedokteran.



## DAFTAR PUSTAKA

### SUMBER UTAMA

- Pellegrino, E.D. 1979. *Humanism and The Physician*. Knoxville, TN: The University of Tennessee Press.
- Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1981. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1987. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1993. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino E.D. 1993. The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30-year Retrospective. *The Journal of the American Medical Association* 3;269(9): 1158-62.
- Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1996. *Helping and Healing*. Washington: Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D. dan Thomasma, D.C. 1996. *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington: Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D. 1997. Managed Care at the Bedside: How Do We Look in the Moral Mirror?. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 7.4: 321-330
- Pellegrino, E.D. 2001. "Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy Act of Profession and the Fact of Illness". Dalam *Physician Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine*, penyunting R.J. Burger dan J.P. McGovern, 18 - 36. Charlottesville: Carden Jennings Publishing, Co.
- Pellegrino, E.D. 2001. "Philosophy of Medicine: Problematic and Potensial". Dalam *Physician Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine*, penyunting R.J. Burger dan J.P. MacGovern, 37 - 55. Charlottesville: Carden Jennings Publishing, Co.
- Pellegrino, E.D. 2001. "Being Ill and Being Healed: Some Reflection on the Grounding of Medical Morality". Dalam *Physician Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine*, penyunting R.J. Burger dan J.P. MacGovern, 72 - 79. Charlottesville: Carden Jennings Publishing, Co.

- Pellegrino, E.D. 2001. "Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions". Dalam *Physician Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine*, penyunting R.J. Burger dan J.P. MacGovern, 113 - 129. Charlottesville: Carden Jennings Publishing, Co.
- Pellegrino, E.D. 2001. "The Caring Ethics: The Relation of Physician to Patient." Dalam *Physician Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine*, penyunting R.J. Burger dan J.P. MacGovern, 166 - 178. Charlottesville: Carden Jennings Publishing, Co.
- Pellegrino, E.D. 2012. Medical Ethics in Era of Bioethics: Resetting the Medical Profession's Compass. *Theoretical Medical Bioethics* 33:21-28.

## SUMBER PENDUKUNG

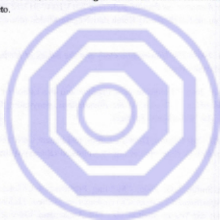
- Aristotle. 1980. *The Nichomachean Ethics*. Oxford: Oxford University Press; terj. David Ross.
- Barilan Y.M. dan Brusa M., 2013. Deliberation at the hub of medical education: beyond virtue ethics and codes of practice. *Med Health Care and Philos* 16: 3-12. Springer Science.
- Bartz, Robert. 2000. "Remembering the Hippocratics: Knowledge, Practice, and Ethos of ancient Greek Physician-Healers". Dalam *Bioethics: Ancient Themes in Contemporary Issues*, penyunting M.G Kuczewski dan R. Polansky, Cambridge: The MIT Press.
- Beauchamp, Tom L dan Childress, James F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bertens, K. 2013. *Etika*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Bertens, K. 2003. *Keprihatinan Moral: Telaah atas Masalah Etika*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Bertens, K. 2009. Diskusi Tentang Principlism dalam Etika Biomedis. *Jurnal Etika*. 1:1: 11 - 22.
- Bertens, K. 2014. *Etika Biomedis*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Boyle, Joseph. 2004. "Casuistry". Dalam *Handbook of Bioethics*, penyunting G. Khusf, 75 - 88. The Nederlands: Kluwer Academic Publisher.

- British Medical Association. 2004. *Medical Ethics Today, The BMA's handbook of ethics and law*. London: BMJ Publishing Group.
- Churchill, L. R. 1997. Damaged Humanity: The Call for a Patient-Centered Medical Ethics in the Managed Care Era. *Theoretical Medicine* 18: 113-126.
- Dorr Goold, Susan dan Lipkin, Mack. 1999. The Doctor-Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies. *J Gen Intern Med*, 14, January (Supplement 1), S 26.
- Engelhardt, H.T. 1997. The Crisis of Virtue: Arming for the Cultural Wars and Pellegrino at the Limes. *Theoretical Medicine* 18: 165-172.
- Gunawan, Sintak. 2014. Profesi Dokter di Era Jaminan Kesehatan Nasional. *Majalah Kedokteran Andalas*, Vol. 37, No. Supl 1, 48-58
- Jansen, Lynn A. 2000. The Virtues in Their Place. *Theoretical Medicine*, 21 (3): 261-76.
- Jecker, Nancy S. 2005. Health Care Reform: What History Doesn't Teach. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26: 277 - 305.
- Jonsen, Albert R. 2000. *A Short History of Medical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Kementerian Kesehatan, 2012. *Peta Jalan (Roadmap) Menuju Jaminan Kesehatan Nasional, 2012 – 2019*, Jakarta: PT Askes Indonesia dan PT Jamsostek.
- Kenny, Nuala. 2006. Searching for Doctor Good: Virtues for the Twenty-first Century. Dalam *Last Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, penyunting Kenny Nuala dan W. Shelton. Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Livia, Yessica. 2014. Resume RAPBN 2014 dan Nota Keuangan. [http://www.academia.edu/4506778/RESUME\\_RAPBN\\_2014\\_DAN\\_NOTA\\_KEUANGANNYA](http://www.academia.edu/4506778/RESUME_RAPBN_2014_DAN_NOTA_KEUANGANNYA) (diunduh 5 Mei 2014).
- Loewy, E.H dan Loewy R.S. 2005. *Textbook of Healthcare Ethics*. New York: Kluwer Academic.
- Ludmerer, Kenneth M. 1999. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York: Oxford University Press.
- Mappes, Thomas A. dan DeGrazia, David. 2001. *Biomedical Ethics*. Boston: The McGraw-Hill Companies.

- Marcum, James A. 2009. *The Epistemically Virtuous Clinician, Theoretical Medicine and Bioethics*. The Netherlands: Springer.
- Marcum J.A. 2012. *The Virtuous Physician: The Role of Virtue in Medicine*. Dordrecht: Springer
- McCammon, S.D. dan Brody, H. 2012. How Virtue Ethics Informs Medical Professionalism. *HEC Forum* 24(4): 257-72.
- McCullough, Laurence B. 2006. "The Ethical Concept of Medicine as Profession: Its origins in Modern Medical Ethics and Implications for Physicians". Dalam *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, penyunting Nuala Kenny dan Wayne Shelton, 17 – 28. Amsterdam: Elsevier.
- Metro TV. 2013. Alokasi Anggaran untuk Kesehatan RI Kalah dari Negara Miskin. <http://www.metrotvnews.com/lifestyle/read/2013/10/10/913/187359/Alokasi-Anggaran-untuk-Kesehatan-RI-Kalah-dari-Negara-Miskin> (diunduh 20 Oktober 2013).
- Miles, Steven H. 2004. *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Mordaci, Roberto. 2005. "Medicine as a Practice and the Ethics of Illness". Dalam *Clinical Bioethics: A Search for the Foundations*, penyunting Corrado Viafora, 101 – 114. The Netherlands: Springer.
- Relman A.S. 1985. Cost Control, Doctor's Ethics, and Patient Care. *Issues Sci Technol. Win; 1 (2): 103-11* (<http://issues.org/19.4/updated/reiman.pdf> diunduh 3 Oktober 2013).
- Rhodes, R. dan Smith, L.G. 2006. "Molding Professional Character". Dalam *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, penyunting Nuala Kenny dan Wayne Shelton, 99 – 114. Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Standar Kompetensi Dokter Indonesia, 2012. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Thabrany, Hasbullah. 2013. Jaminan Kesehatan Nasional Terancam Gagal. <http://health.okezone.com/read/2013/09/04/482/860528> (diunduh 6 Oktober 2013).
- Ten Have, Henk. 2005. "A Helping and Caring Profession: Medicine as a Normative Practice". Dalam *Clinical Bioethics. A Search for the Foundation*, penyunting Corrado Viafora, 75 – 100. The Netherland: Springer.



- Tong, Rosenarie. 2004. "Feminist Approach to Bioethics". Dalam: *Handbook of Bioethics*, penyunting G. Khusf, 143 – 162. The Netherlands: Kluwer Academic Publisher.
- Veatch, Robert M. 1985. "Against Virtue: A Deontological Critique of Virtue Theory in Medical Ethics". Dalam *Medicine Series*, penyunting Earl Shep, 329 - 345. Dordrecht/Boston: Reidel.
- Veatch, Robert M. 2006. "Character Formation in Professional Education: A Word of Caution". Dalam *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, penyunting Nuala Kenny dan Wayne Shelton, 29 - 46. Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Yakobalis, Samsi. 2005. *Pengantar tentang Perkembangan Ilmu Kedokteran, Etika Medis, dan Bioetika, serta Hubungan Etika dan Hukum Kedokteran*. Jakarta: CV Sagung Seto.



## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 18 Januari 1963 di Pekan Baru. Pada tahun 1988 menyelesaikan pendidikan kedokteran di Fakultas Kedokteran Atma Jaya, lalu melanjutkan pendidikan dan memperoleh gelar BA in Philosophy (1992) dan MA in Applied Ethics (1993) di Leuven Catholic University, Belgia.

Sejak tahun 1992, penulis menjadi anggota staf Pusat Pengembangan Etika Atma Jaya dan pada tahun 1996 menjadi anggota staf Fakultas Kedokteran Atma Jaya. Selain itu juga sebagai anggota Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK – IDI Pusat) dan sekretaris Majelis Kehormatan Etika Rumah Sakit (Makersi – PERSI Pusat).

Saat ini, penulis menikah dengan Susanti dan mempunyai dua orang anak bernama Rianita dan Aristo.

### Daftar Publikasi:

1. "Pendidikan Keutamaan dengan Model Peran di Sekolah Kedokteran", *Respons*, Vol. 13, No. 1 Juli 2008.
2. "Komisi Etik Rumah Sakit", *Cure*, Nopember 2008
3. "Menggugah Kebaikan", *Jurnal PERSI*, Vol. 8, Desember 2008
4. "EBM dan Keputusan Klinis yang baik", *Jurnal Etika*, Vol. 1, No.1, Mei 2009
5. "Tubuh Manusia dalam Budaya Kedokteran". Dalam buku *Moralitas : Lentera Peradaban Dunia*, penyunting Andre A Ujan dkk. Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 2011
6. "Profesi Dokter di Era Jaminan Kesehatan Nasional". *Majalah Kedokteran Andalas*, 2014. Vol. 37, No. Supl 1, 48-58

### Seminar dan Lokakarya yang diikuti:

1. Rapat Kerja Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (Nasional), Hotel Cemara, Jakarta, 21 Desember 2007 sebagai pembicara dengan presentasi: "Kode Etik Kedokteran Indonesia: sebuah tinjauan".
2. The Ninth Asian Bioethics Conference, 3-7 November 2008 (Internasional) Hotel University Sunan Kalijaga, Yogyakarta sebagai pembicara dengan makalah: Teaching Virtue through Role Models in Medical School.
3. Seminar Himpunan Dosen Etika Seluruh Indonesia (Nasional), 25-26 Januari 2008 di STFT Widya Sasana, Malang, sebagai pembicara dengan makalah: Evidence Based Medicine dan Keputusan Klinis yang Baik
4. Rapat kerja PERSI (Nasional), Balikpapan, 7 – 10 Mei 2008 sebagai pembicara dengan makalah: PERAN, FUNGSI, & STRUKTUR KOMISI ETIK RUMAH SAKIT

5. Pelatihan Penelitian HIV/AIDS (Pokja-KPAIDS), Hotel Ibis Tamarin Jakarta, 28-29 Juli 2008, pembicara dengan makalah: Etika Penelitian Kesehatan dengan Subjek Manusia
6. Semiloka Informed Consent, Unika Atma Jaya, Jakarta, 29 Agustus 2008, sebagai pembicara dengan makalah: Persetujuan Sesudah Penjelasan (*Informed Consent*) dalam penelitian kesehatan di Indonesia
7. Rapat Koordinasi Rumah Sakit Angkatan Darat, Jakarta, 2010, sebagai pembicara dengan makalah: Pelayanan Kesehatan Berpusat pada Pasien.
8. Seminar Pra Munas Asosiasi Rumah Sakit Daerah Se Indonesia, Jakarta, 3 September 2013, sebagai pembicara dengan presentasi berjudul: Etika Rumah Sakit dalam masa Jaminan Kesehatan Nasional
9. Pertemuan Nasional Jaringan Bioetika dan Humaniora Kesehatan Indonesia VII, Padang, 14 – 16 Maret 2014, sebagai pembicara dengan makalah: Profesi Dokter di Era Jaminan Kesehatan Nasional.

