

Editorial

Etika Klinik sebagai Ciri dari Profesionalisme dalam Pelayanan Obstetri dan Ginekologi

Hadi Susiarno

Divisi Obstetri dan Ginekologi Sosial, Dept./KSM Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Korespondensi: Hadi Susiarno, Email: hadi.susiarno@unpad.ac.id

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan sudah dikenal sejak berabad-abad yang lalu. Upaya tersebut bukan hanya untuk mengobati atau menghilangkan penyakit saja, tetapi juga harus disertai dengan rasa puas dan nyaman bagi orang sakitnya. Untuk bisa mencapai upaya tersebut, pelayanan kesehatannya harus mengandung dua unsur, yaitu biomedis dan etika. Yang dimaksud dengan biomedis itu adalah kemampuan dokter untuk membuat diagnosis yang benar, alternatif terapi yang tepat dan aman, serta prognosis yang baik, sedangkan yang dimaksud dengan etika adalah niat, sikap dan perilaku dokter yang sabar, jujur dan ikhlas serta penuh empati dalam menangani pasiennya. Dalam perkataan lain, dokter itu harus bertindak profesional.

Telah disepakati bahwa tonggak ilmu kedokteran modern dimulai dua setengah abad yang lalu, pada saat Hippocrates memperkenalkan tradisi luhur yang menjadi ciri dan pedoman bagi perilaku para dokter. Praktik kedokteran, dari dahulu sampai sekarang. Selain harus mempunyai kompetensi klinik (ekspertis) yang baik, juga selalu dipandu berdasarkan prinsip etika. Dua di antaranya, adalah *nil nocere (do not harm)* dan *bonum facere (do good for the patient)*.

Prinsip ini, setelah melalui berbagai penyesuaian dan penyempurnaan, tetap berlaku sampai sekarang. Sekarang pun, para lulusan kedokteran, diwajibkan mengucapkan Sumpah Dokter pada saat diwisuda dan diberi pedoman yang harus ditaatinya, berupa Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)¹ dan Petunjuk Teknis Praktek Kedokteran.²

Mengapa profesi kedokteran yang dianggap mulia ini dan sudah berkembang sejak berabad-abad yang lalu, baik dalam bidang ilmu, bioteknologi, keterampilan maupun wacananya, sampai sekarang masih dibayang-bayangi oleh isu-isu yang kontroversial? Di satu sisi, profesi ini menggembirakan dan memberi rasa kebanggaan, tetapi di sisi lain, menimbulkan keresahan, baik di kalangan masyarakat maupun di kalangan profesi dokter sendiri. Bukankah setiap perkembangan seharusnya merupakan suatu kemajuan dan membawa berkah dan dampak positif bagi semua pihak? Memang seharusnya demikian, tetapi dalam kenyataannya setiap perkembangan bioteknologi selalu menimbulkan masalah baru, terutama dalam aspek etika dan nilai moral masyarakat.

Dokter mempunyai dua status sosial. Pertama, sebagai anggota masyarakat dan kedua, sebagai anggota eksklusif akademisi profesional. Dalam kedudukan yang pertama, dokter tidak bisa lepas dari perkembangan yang terjadi di masyarakat. Perubahan yang terjadi di masyarakat, sebagian besar, dapat dijelaskan menurut pola pikir HJ Pos³ (dikutip dari Siswomihardjo) dengan teori Abad Positivisme-nya. Pada dasarnya, teori ini mengatakan bahwa ilmu dan bioteknologi, berkat temuan-temuannya yang berlangsung secara cepat dan spektakuler, dewasa ini bukan lagi sekadar sarana bagi kehidupan manusia, melainkan sudah menjadi sesuatu yang **Substantif**, yang menyentuh semua segi dan sendi kehidupan manusia secara **Ekstensif**, dan pada gilirannya merombak budaya manusia secara **Intensif**. Dampak lainnya adalah pandangan yang menganggap bahwa ilmu pengetahuan alam (*Science*) lebih superior

terhadap ilmu-ilmu humaniora. Kuantitas menggosok kualitas, materi lebih didambakan dari kearifan dan kepatutan dan kemewahan dipandang sebagai kebahagiaan. Akhirnya terciptalah masyarakat yang materialistik. Jika kita ikuti alur pola pikir ini, para dokter, sebagai bagian dari masyarakat, tentu sedikit banyak akan terimbas oleh pandangan hidup ini. Di samping itu, kedokteran yang merupakan bagian dari ilmu pengetahuan alam, hanya mempelajari penyakit dengan segala persoalannya. Pola pikir demikian telah mereduksi manusia menjadi sekumpulan organ yang menderita kelainan. Mungkinkah hal ini yang menyebabkan timbulnya arogansi profesi dan sikap yang kurang humanistik atau tidak ber-Etika itu?

Pada dasarnya, revolusi biomedis adalah intervensi terhadap proses reproduksi seperti :

1. Kehamilan, kelahiran, kehidupan, penyakit, dan kematian pada manusia.,
2. *Population control* melalui kontrasepsi dan sterilisasi.
3. Teknologi Reproduksi Berbantu.
4. Rekayasa genetik, operasi penggantian kelamin.
5. Abortus, *euthanasia*, dan *physician assisted suicide*.

Adanya revolusi biomedis yang begitu luas, cepat, dan menyentuh hampir seluruh aspek kehidupan manusia telah menimbulkan berbagai masalah, antara lain, masalah etika. Profesi dokter yang semula bertitik tolak pada hubungan dokter-pasien saja dalam bentuk etika klinik, berkembang menjadi sesuatu luas yang disebut bioetika. Mengingat perkembangan bioteknologi itu akan terus berlanjut, maka demikian pula dengan Bioetika, akan terus menimbulkan isu-isu baru dalam dunia kedokteran. Namun, perkembangan bioteknologi bukan satu-satunya yang berpengaruh terhadap citra profesi dokter. Yang tidak kalah pentingnya adalah faktor manusianya sendiri. Dengan masuknya HAM dalam kesehatan pada tahun 70-an, sekarang pasien mempunyai hak otonomi untuk mendapat informasi dan pelayanan yang baik, ikut serta menentukan keputusan klinik dalam kedudukan yang setara. Hal ini telah menimbulkan konflik, karena sebelumnya, hubungan dokter-pasien bersifat paternalistik dengan dokter sebagai pihak yang dituakan. Di samping itu, isu dokter-pasien akan selalu muncul karena pada dasarnya, baik dokter, maupun pasien adalah manusia-masusia yang mempunyai landasan moral, agama, dan budaya yang menjadi pegangan hidupnya. Mereka akan resah bila harus menghadapi arus globalisasi dari Barat yang hanya berdasarkan nalar, pragmatisme, dan sikap yang sekuler saja, yang pada gilirannya akan mengubah budaya kita yang normatif.

Dalam situasi semacam ini, dapatkah kita, para dokter, baik secara pribadi maupun sebagai anggota organisasi profesi, mengaku profesional?

Mengingat bahwa isu-isu tentang dunia kedokteran itu akan terus berlanjut, tampaknya tidak mungkin kita menawarkan satu citra yang baku yang berlaku setiap masa. Yang bisa ditawarkan adalah stereotip segi konseptual-filosofis-normatifnya, sedangkan aplikasinya harus disesuaikan dengan kondisi aktual pada saat itu. Wacana filosofis-normatifnya harus tetap menggambarkan citra seseorang yang mempunyai niat dan sikap yang baik, dengan dibekali dengan ilmu dan bioteknologi yang mutakhir serta ketrampilan yang sesuai dengan standar profesi, dan dalam melaksanakan tugasnya disertai perilaku yang etis, yang dapat diterima oleh semua pihak. Perkembangan ilmu dan bioteknologi adalah bukti kekuatan daya nalar manusia atau *Intelligence Quotient(IQ)*, sedangkan profesi dokter menginginkan agar hasil bioteknologi tersebut bisa bermanfaat untuk seluruh umat manusia, dengan cara penyampaian yang holistik dan humanistik. Hasrat semacam ini bukan hasil daya nalar dengan tolok ukur kesehatan fisik saja, tetapi juga dilandasi oleh keinginan untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih paripurna,

yaitu sehat fisik, mental, sosial, dan spiritual. Hal ini hanya dapat dicapai bila kekuatan otak diarahkan oleh kekuatan Qolbu yang bersih, *Emotional Quotient (EQ)* dan *Spiritual Quotient (SQ)*. Oleh karena itu, selanjutnya agar dampak negatif perkembangan bioteknologi dapat terkontrol, dalam pelaksanaannya unsur EQ dan SQ harus selalu mendampingi IQ.

Etika Klinik

Seperti yang telah diterangkan di atas, Etika Klinik yang semula hanya menggambarkan hubungan dokter-pasien saja, telah berkembang dalam beberapa dekade terakhir ini, menjadi sesuatu yang lebih luas, yang disebut **Bioetika**, yang belum banyak dimengerti dan tidak selalu berbicara tentang hubungan langsung dokter-pasien. Yang menjadi masalah isu negatif itu adalah etika klinik, bukan bioetika. Untuk bisa mengerti mengapa isu-isu itu masih dan akan selalu terjadi, kita perlu menelusuri perkembangan bioetika-nya sendiri.

Menurut Daniel Callahan⁴, dalam bukunya *Encyclopedia of Bioethics*, istilah bioetika yang baru dikenal sejak tahun 1950/1960 itu, mempunyai dua perspektif. Di satu sisi, bioetika merupakan kajian modern sebagai hasil yang sangat mencolok dalam bidang biomedis, lingkungan, dan ilmu-ilmu sosial. Kemajuan ini telah membawa kita ke dalam pengertian yang mendalam tentang keilmuan dan teknologi, yang seakan-akan dapat merubah total apa yang dapat kita perbuat untuk alam dan manusia yang rentan ini, dan bagaimana cara mengamankan dan memperpanjang umur manusia. Di sisi lain, hal ini menimbulkan lagi permasalahan lama mengenai arti kehidupan, sakit, penderitaan, kematian, hak, dan kemampuan untuk mengontrol kehidupan, serta kewajiban kita terhadap orang lain dan alam dalam menghadapi ancaman kesehatan dan kesejahteraan.

Bioetika merupakan transformasi radikal dari Etika Klinik yang lebih tradisional, yang berlaku sejak zaman filosof Plato. Paradigma yang bersifat Platonis ini kemudian berubah, terutama setelah Locke⁵ mencanangkan gagasan HAM. Paradigma baru ini menyentuh semua bidang kehidupan manusia, mulai dari agama, politik, ekonomi, pendidikan dan lain-lain. Bioetika dalam pengertian sekarang, menjadi otonomi, pluristik dan sekuler. Walaupun secara filosofis dapat diterima, tetapi dalam pelaksanaannya sering menimbulkan konflik.

Dengan adanya perkembangan dalam bidang Bioetika, tidak mengherankan bila kemudian muncul berbagai definisi atau pengertian, antara lain dari :

Hans Martin-Sass⁶

Bioethics encompasses a field that is wider than just the relationship between individual physician and the patient, one that includes a professional responsibility toward all form of life as well as the specific ethos that must prevail in modern form of institutionalized and organized medicine.

Menurut pendapatnya, praktik kedokteran, dari dahulu sampai sekarang, selalu dipandu berdasarkan prinsip-prinsip etika. Dua di antaranya adalah *nil nocere (do no harm)* dan *bonum facere (do good for the patient)*. Secara tradisi, ekspertis dan etika selalu merupakan kesatuan, sebab:

Etika tanpa Ekspertis, tidak akan efektif, sedangkam Ekspertis tanpa Etika, tidak akan membawa kebaikan bagi pasien.

McCullough LB and Chevernak FA⁷

Bioethics is the discipline of morality of health care, including the morality of physicians, patients, the institutions of health care that organize, deliver or pay for the health care, and health care policy.

Yang dimaksud dengan moralitas adalah pengertian dan pelaksanaan tentang perilaku Benar dan Salah, serta karakter Baik dan Buruk dari manusia atau institusi sosial.

Abel F⁸

Bioethics is the interdisciplinary study of problems, caused by the development of biology and medicine, in micro as well as macro scale, and its impact on the community values systems, at present, as well as in the future.

Walaupun berbeda, kita lihat ada kesamaan dalam definisi Bioetika yang dibuat oleh ketiga pakar tersebut, yaitu mereka semua berbicara tentang makro dan mikro Bioetika. Yang dimaksud dengan makro Bioetika oleh McCullough dan Sass adalah adanya pihak-pihak lain yang terlibat dalam etika pelayanan kesehatan, seperti pemerintah, direktur rumah sakit, dan asuransi kesehatan. Dalam hal ini, mereka adalah pengambil kebijakannya, sedangkan dokter adalah pelaksananya.

Sementara itu, Abel walaupun bicara tentang skala makro dan mikro, tetapi titik berat pengertiannya bukan kepada keterlibatan pihak lain, tetapi kepada isu-isu bioetik yang muncul akibat perkembangan bioteknologi.

Yang dimaksud dengan bioetika skala mikro, tidak lain adalah Etika Klinik yang telah lama kita kenal, yaitu rambu-rambu yang mengatur perilaku dokter dalam hubungannya dengan pasien. Seperti juga pada ilmu dan bioteknologi, dalam Etika Klinik terjadi juga pergeseran pengertian dari yang bersifat tradisional ke pengertian yang lebih kontemporer.

Pada dekade terakhir Etika Klinik lebih banyak didominasi oleh aliran etika berbasis prinsip (*Principal Based Ethics*), seperti *Universal Moral Philosophy of Medical (Clinical) Ethics*. Menurut filosofi ini, seperti yang dianjurkan oleh Beauchamp dan Childress⁹, seorang dokter dalam melakukan keprofesiannya, harus memenuhi empat syarat, yaitu :

- *Beneficence* : Segala sesuatu yang dilakukannya, hanya untuk kepentingan pasien.
- *Non Malficence* : Harus dijaga jangan sampai merugikan pasien.
- *Autonomy* : Hak pasien untuk mendapat informasi dan pelayanan yang baik, ikut serta dalam keputusan klinik dengan kedudukan setara.
- *Justice* : seluruh masyarakat mempunyai hak yang sama untuk mendapat pelayanan kesehatan yang baik pada saat mereka membutuhkannya.

Secara normatif, Etika Klinik dalam pengertian ini, sangat ideal, tetapi dalam aplikasinya justru sering menimbulkan konflik. Contohnya, seorang pasien Yehovah, mengalami kecelakaan, masuk RS dalam keadaan syok hipovolemik. Dokter Jaga, dengan berpegang kepada ciri profesinya untuk berbuat baik (*beneficence*), memutuskan untuk memberi transfusi darah. Ternyata tindakan tadi tidak mendapat tanggapan yang positif dari pasien/keluarga karena mereka berpegang pada kepercayaan bahwa tidak boleh menerima darah orang lain, walaupun

akan membahayakan jiwanya. Di sini kita melihat potensi konflik yang meningkat karena pihak yang lain, seperti keluarga, perawat, tenaga administrasi, dan asuransi ikut memengaruhi bentuk dan nilai perawatan.

Prinsip kedua *Non Malficence*, sebetulnya bukan prinsip baru karena sejak dahulu dokter Hindu maupun Hippocrates sudah berbicara tentang masalah ini dengan ungkapannya yang terkenal, “*Do not inflict harm to the patient*” atau “*Per primum non nocere*”. Mengapa kita yang sudah diharuskan berbuat *beneficence* itu, masih diwanti-wanti agar tidak berbuat *malficence*? Memang, kadang-kadang niat, sikap, dan perilaku yang baik dan etis itu, masih mungkin menyebabkan kerugian bagi penderita, walaupun tidak disengaja atau tidak disadari. Contohnya seperti di atas, ketika dokter mengharuskan pasien melakukan berbagai pemeriksaan penunjang karena dia ingin membuat diagnosis berdasarkan EBM. Sikap *beneficence* ini, ditanggapi oleh pasien sebagai sesuatu yang merugikan (*malficence*), dilihat dari segi rasa, waktu, dan biaya.

Contoh lain, pada waktu seorang dokter onkolog memberikan kemoterapi kepada seorang pasien kanker, tujuannya memang baik (*beneficence*) karena kemoterapi itu adalah salah satu cara yang terbaik dalam mengobati kanker. Tetapi kita juga tahu bahwa pengobatan kemoterapi itu lama, mahal, dan bisa menimbulkan efek samping yang merugikan, bahkan bisa fatal.

Mungkinkah kita menyeimbangkan antara *beneficence* dan *malficence*? Untuk contoh pertama, sebaiknya dokter tersebut membatasi pemeriksaan penunjang. Kalau benar tidak bisa dihindari, informasi yang jelas akan mengurangi keresahan pasien/keluarga.

Pada contoh kedua, semua yang dikhawatirkan pasien, sebenarnya sudah disadari/diketahui oleh dokternya. Jadi tindakannya itu merupakan “*Calculated Risk*”, dengan harapan bahwa “*beneficence*”nya akan lebih besar dari “*malficence*”nya. Satu-satunya jalan untuk mencegah terjadinya konflik dalam kasus ini adalah dengan melaksanakan “*Informed Consent*” yang benar.

Konflik sering terjadi bukan karena dokternya tidak cakap, tetapi dokter itu tidak memberikan cukup waktu dan perhatian yang dibutuhkan oleh pasien, yang sesungguhnya merupakan hak asasinya. Konflik juga bisa terjadi karena pasien tidak bisa menyerap atau memahami yang benar segala informasi yang diberikan. Menurut McCullough, kalau konflik itu tidak bisa dicegah, mungkin akan terjadi krisis etika, yang bisa merugikan kedua belah pihak.

Di antara keempat prinsip Etika Klinik ini, *Autonomy* merupakan prinsip yang paling menimbulkan konflik atau perdebatan. Seperti telah diterangkan di atas, dengan prinsip ini pasien sekarang mempunyai hak yang jauh lebih banyak dibandingkan masa yang lalu. Paling sedikit ada tiga hal yang bisa menimbulkan perdebatan. Pertama, kalau pasien itu memaksakan hak otonominya secara ekstrim, dan dokter diharuskan berpegang kepada kewajibannya *beneficence*, tidak mustahil posisi dokter akan menjadi subordinat. Kedua, kalau yang ditonjolkannya itu hanya hak-nya saja, tanpa mengingat kewajibannya, posisi ini akan makin gawat. Ketiga, dahulu hubungan dokter dan pasien itu bersifat paternalistik dengan dokter sebagai pihak yang dituakan. Sikap ini diambil, karena dahulu ada anggapan bahwa status dokter itu lebih tinggi dari pasien, khususnya dalam pengetahuan kesehatan. Pada saat itu, sikap paternalistik itu tidak menimbulkan masalah karena kebanyakan pasien atau masyarakat menganggap dokter lebih tahu tentang apa yang baik bagi mereka, sehingga segala sesuatunya diserahkan kepada dokternya. Tetapi sekarang, pendidikan masyarakat sudah jauh lebih tinggi, apalagi disertai dengan hak otonominya, wajar jika mereka tidak menghendaki lagi sikap paternalistik, bahkan menuntut kesetaraan. Jika pihak dokter tidak menyadari adanya pergeseran paradigma ini, apalagi bila pasien menuntut haknya secara ekstrim, prinsip etika yang secara normatif baik ini,

bisa menimbulkan konflik yang merugikan kedua pihak.

Sehubungan dengan ini, Pelligrino¹⁰ lebih menyukai istilah *Integrity* dari pada *Autonomy*. Menurut pendapatnya :

Autonomy is a capacity of a whole person, not the whole person's capacity. Autonomy belongs to the order of "having" (what we possess), while integrity belongs to the order of "being" (what we are).

Pelanggaran terhadap integritas seseorang, berarti pelanggaran terhadap manusia seutuhnya, otonomi dalam keadaan ekstrim, berarti ingin menang sendiri, sedangkan integritas menunjukkan sifat saling menghormati.

Pelligrino mengingatkan bahwa jika hak itu digunakan tanpa batas, maka otonomi yang secara moral dapat dipertanggungjawabkan dapat merusak tatanan masyarakat manusia.

Prinsip kesatu, kedua, dan ketiga seperti diuraikan di atas, digunakan pada saat kita menghadapi individu. Prinsip terakhir atau keempat, adalah *Justice*, yaitu keadilan bagi seluruh masyarakat untuk mendapat hak yang sama dalam pelayanan kesehatan pada saat mereka memerlukannya, tanpa membedakan kesukuan, ras, agama, atau status sosial. Karena menyangkut masyarakat umum, pengambilan kebijakan dalam masalah *justice* tidak bisa dilakukan oleh para dokter, tetapi oleh para pembuat kebijakan yang lebih tinggi, seperti DPR, Menteri Kesehatan, dan lain-lain. Dalam keadaan sehari-hari, keadilan itu harus berwujud dalam bentuk hak akses untuk mendapat informasi dan pelayanan yang baik pada saat mereka membutuhkannya.

Bioetika tidak selalu dikaitkan dengan kelompok profesional, seperti yang diuraikan di atas. Dalam pengertian umum, Bioetika dibagi dalam dua aliran, yaitu :

1. Teleologis atau Consequentialist

Segala sesuatu boleh dilakukan asal tujuannya BAIK (*The end justifies the means*)

2. Deontologis atau Non Consequentialist

Perbuatan yang BAIK itu, tidak dilihat dari hasilnya, tetapi dari PERBUATANNYA sendiri.

Seperti telah diuraikan sebelumnya, perkembangan bioetik berasal dari negara Barat yang bersifat rasional dan sekuler. Baik falsafah maupun aplikasinya sering bersifat praktis pragmatis. Hasilnya memang lebih efektif dan efisien, tetapi segi normatifnya sering terabaikan. Pola pikir ini sesuai dengan aliran teleologis. Sebaliknya aliran deontologis lebih mementingkan norma daripada sikap praktis pragmatisnya. Harus diakui, bahwa pendekatan normatif itu hasilnya tidak secepat pendekatan praktis pragmatis.

Dokter Profesional

Seperti telah diterangkan di atas, dalam menjalankan tugasnya, semua dokter harus bertindak sebagai seorang profesional. Yang profesional itu bukan hanya dokter saja, tetapi juga guru, ekonom, insinyur, pengacara, dll. Tetapi masyarakat mengharapkan dari dokter itu hal-hal yang lebih dari profesi-profesi yang lain. Mereka mengharapkan dari dokter itu agar setiap waktu bersedia untuk melayaninya, berperilaku sosial, tidak materialistik; kalau perlu, tidak dibayar.

Apakah mungkin ada seorang pengacara yang dibangun tengah malam hanya untuk

dimintai konsultasi mengenai soal hukum saja? Tidak mungkin! Jika pengacara itu marah dan mengusir tamunya, bisa saja.

Akan tetapi, jika seorang dokter dibangunkan tengah malam karena ada orang yang sakit, tidak mungkin dokter tersebut menolak. Mau tidak mau, dia harus mau menanganinya dengan baik dan profesional.

Ciri-ciri dokter yang profesional adalah :

1. Menguasai ilmu dan bioteknologi yang mutakhir.
2. Menguasai ketrampilan klinik yang sesuai dengan standar profesi.
3. Mempunyai sikap, niat, dan perilaku yang etis.
4. Mempunyai sifat kepemimpinan.

Dengan ciri pertama dan kedua, berarti dokter tersebut sudah menguasai kompetensi klinik yang dibutuhkan untuk menghilangkan atau mengurangi penyakitnya. Itulah yang disebut kemampuan CURE. Ciri yang ketiga adalah gambaran kompetensi etika yang ditujukan kepada orang sakitnya agar mereka merasa puas dan penuh harapan. Itulah yang disebut CARE. Ciri pertama, kedua, dan ketiga kita gunakan jika kita melayani perorangan atau individu, sedangkan ciri yang keempat, kita gunakan jika sasarannya adalah masyarakat umum. Yang disebut pelayanan kesehatan yang paripurna adalah gabungan antara CURE dan CARE yang seimbang. Dalam keadaan akut, kita berikan CURE, sedangkan dalam keadaan yang kronis atau stadium terminal, CARE lebih diutamakan.

Seperti kita ketahui, perkembangan ilmu dan bioteknologi kedokteran itu berlangsung sangat pesat sehingga ilmu dan keterampilan yang kita kuasai sekarang, lima tahun lagi, sudah kadaluarsa. Karena itu, setiap dokter, untuk bisa mempertahankan ke-profesionalan-nya, mereka harus mau belajar lagi. Istilahnya disebut sebagai *Continuing Medical Education*.

Jika seorang dokter tidak pernah mau belajar lagi, berarti dia telah melanggar etika karena ilmu dan keterampilan yang dikuasainya, tidak bertambah. Berarti dia sudah tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan secara baik, berarti pula, sudah tidak profesional lagi. Dalam keadaan demikian, ada kemungkinan dia melakukan malpraktik, suatu hal yang bisa dituntut ke pengadilan dan dihukum penjara.

Perhatikan sekali lagi:

Dokter yang tidak pernah mau belajar lagi, dia sudah melanggar Etika Klinik. Dalam keadaan demikian, ada kemungkinan dia melakukan Malpraktik, suatu perbuatan yang sangat aib, bagi seorang dokter.

Etika Klinik yang kita jelaskan di atas itu, adalah bersifat umum. Apakah kalau harus kita memberi pelayanan untuk pasien Obstetri dan Ginekologi, pengertian Etika Klinik seperti di atas, berlaku juga? Pada umumnya, sama, karena Etika Klinik itu harus menjadi salah satu ciri dari profesionalismenya. Yang bedanya, adalah dalam bentuk CURE dan CARE-nya. Pada umumnya, semua penyakit dapat ditangani oleh Dokter Umum dan Dokter Spesialis tertentu. Namun, pada kelainan Obsteri dan Ginekologi, beda lagi. Yang disebut Obstetri itu adalah ilmu yang mempelajari kehamilan, persalinan dan masa nifas, sedangkan Ginekologi adalah ilmu yang mempelajari alat reproduksi, di luar kehamilan.

Bentuk CURE dalam menangani ibu hamil adalah kemampuan untuk melakukan Pre-

Natal, Intra -Partum dan Masa Nifas dengan baik. Berarti kehamilannya harus bisa mencapai maturitas tanpa cacat bawaan, persalinannya berjalan dengan aman dan bersih, serta ibu dan anak bisa dihindarkan dari kesakitan dan kematian. Bentuk CARE-nya, adalah para SpOG-nya harus mampu memberikan kepuasan, kenyamanan, dan harapan yang menggembirakan.

Demikian pula dalam kasus ginekologi, hanya di sini ibu tidak dalam keadaan hamil, tetapi mempunyai kelainan alat reproduksi, seperti Mioma Uteri, Tumor Ovarii, dan Kanker Ginekologi.

Kalau petugas kesehatan, khususnya, Sp.OG, sudah bisa menjalankan tugasnya secara baik, berarti mereka tidak melanggar Etika Klinik, apalagi berbuat malpraktik, berarti pula, mereka sudah profesional.

Pada akhirnya, kita harus sepakat, bahwa profesi dokter itu harus dijaga dan dikembangkan agar tidak terganggu oleh isu-isu negatif. Landasan utamanya harus berpijak pada filosofi moral NORMATIF, sedangkan aplikasinya disesuaikan dengan perkembangan zaman, tetapi selalu harus identik dengan perilaku manusia taqwa, yaitu ber-AMAL MA'RUF, ber-NAHI MUNGKAR.

Untuk bisa mencapai tujuan tersebut, profesi dokter harus mempunyai ciri-ciri sebagai berikut, yaitu menguasai :

1. Kompetensi klinik, kontemporer, dinamis, disertai kesetaraan global.
2. Kompetensi etika berbasis norma, bercitrakan deontologis.
3. Kompetensi manajerial yang bercitrakan kepemimpinan.

Profesi Dokter seharusnya diartikan sebagai upaya para dokter untuk mewujudkan kehidupan orang bertaqwa (muttaqin) di dalam dunianya. Mereka wajib memeliharanya secara terus menerus, tetapi keberhasilannya untuk menjaga citra profesi, sepenuhnya berada di tangan Al Khalik.

Daftar Pustaka

1. Kode Etika Kedokteran Indonesia: SK PB IDI No. 221/PB/A.4/04/2002.
2. Petunjuk Teknis Praktek Kedokteran Indonesia, tahun 2005.
3. HJ Pos, dikutip dari Siswomihardjo KW, dalam "Etika Sosial dalam Perspektif Kehidupan Masyarakat Akademis". PerNas 1 Bioetika dan Humaniora, 17-19 Agustus 2000, Yogyakarta.
4. Callahan D. Bioethics: Encyclopedia, Rev. Ed. 1995, Simon & Schuster and Prentice Hall International.
5. Lock & Donnelly. Dikutip dari Hudono ST dan Winyosastro H.
6. Sass HM. Bioethics: Its Philosophical Basis and Application: Bioethics, Issues and Perspectives, 1990, Pan American Health Organization, Washington, USA.
7. McCullough LB, Chevernak FA. Ethics in Obstetrics and Gynecology, Oxford University Press Inc. 1994.a
8. Abel F. Dikutip dari Jacobalis CS dalam Jembatan ke Masa Depan, Ebers Papyrus Vol. 3 No 1, 1997.
9. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 2nd Ed. Oxford University Press, New York and Oxford, 1993.
10. Pellegrino ED. The relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics: Bioethics, Issues and Perspectives, 1990, Pan American Health Organization, Washington, USA.