

INFORMATION DISCLOSURE SEBAGAI DASAR PERTIMBANGAN KEPUTUSAN PASIEN DALAM INFORMED CONSENT

dr. Ervin Dyah Ayu Masita Dewi, M. Sc.

Laboratorium IPK dan Bioetika, Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya

ervin_dyah@staff.ubaya.ac.id

I. PENDAHULUAN

Informed consent atau persetujuan tindakan medis sering dipahami hanya sebagai sebuah lembar tanda tangan persetujuan dari pasien dan keluarga pasien terhadap suatu tindakan kedokteran yang akan diterima pasien. Setiap tindakan medis terhadap pasien, terutama yang berisiko tinggi, harus mendapat persetujuan dari pasien (Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012). Tetapi sering terjadi, meskipun *informed consent* sudah dilakukan, tetapi tetap saja ada konflik dokter-pasien yang berujung tuntutan pasien kepada dokter, dan pasien sering mengatakan bahwa *informed consent* ditandatangani tetapi pasien tidak mengetahui bahwa akan ada hal-hal yang terjadi yang tidak dijelaskan dokter sebelumnya, sehingga akhirnya pasien kecewa. Dokter menganggap sudah memberikan informasi yang diperlukan kepada pasien yang dibuktikan dengan tanda tangan persetujuan pasien, tetapi dari pihak pasien menganggap informasi yang disampaikan dokter berbeda dengan yang terjadi atau pasien hanya pasrah kepada dokter yang dianggap tahu yang terbaik untuk pasien. Dengan demikian, tampaknya *informed consent* sering dipahami sebagai suatu formalitas dan rutinitas belaka (Dewi, 2021).

Dari data MKDKI yang dilansir oleh Kompas (K08, 2013), sejak tahun 2006 sampai Januari 2013, ada 186 pengaduan pasien terhadap pelayanan kesehatan. Dari jumlah tersebut, sekitar 7% berkaitan dengan komunikasi dokter dan pasien yang kurang baik. Jumlah ini adalah yang terlaporkan, tetapi di masyarakat, ketidakpuasan terhadap penjelasan dokter lebih banyak ditemukan. Menurut catatan Syarifah (2013), pada tahun 2010, terjadi kasus sengketa medis di Manado karena Ny.J meninggal dunia setelah mengalami komplikasi saat sedang dilakukan *section caesarea*. Keluarga pasien merasa bahwa dokter tidak memberikan informasi yang cukup tentang komplikasi yang bisa terjadi sehingga keluarga menganggap bahwa pasien meninggal akibat kesalahan dokter. Kasus lain terjadi di Jakarta tahun 2018, dilaporkan oleh Putra (2018), bahwa Nn.S menuntut dokter yang mengoperasinya karena dokter tidak hanya mengambil kista indung telur yang dideritanya, tetapi juga termasuk indung telurnya. Padahal sebelumnya dokter tidak mengatakan bahwa akan dilakukan pengangkatan indung telur. Operasi ini menyebabkan pasien tidak bisa hamil di masa mendatang. Pasien menganggap dokter telah sewenang-wenang memutuskan sendiri tindakan yang akan diterima pasien tanpa meminta persetujuan yang jelas kepada pasien. Dari fenomena ini, terlihat bahwa *informed*

consent yang telah dilakukan tidak efektif, ditemukan ada ketidaksesuaian antara informasi yang diberikan dokter dengan yang diterima pasien dan pasien menganggap dokter melakukan pelanggaran.

Keputusan atas suatu tindakan kedokteran seharusnya merupakan suatu proses perundingan bersama antara dokter dan pasien/keluarga pasien (Pope, 2018). Dokter memberikan informasi yang diperlukan sebagai dasar pertimbangan pasien untuk membuat keputusan menerima atau menolak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut terhadap dirinya. Yang perlu dipahami selanjutnya adalah batasan kelengkapan informasi medis yang seharusnya disampaikan dokter kepada pasien dan peran keluarga dalam membuat keputusan persetujuan tindakan medis tersebut. Dokter selalu memberikan informasi medis kepada pasien, tetapi cara penyampaian dan isi dari informasi tersebut sering tidak berkualitas, yang memiliki potensi memicu konflik dokter-pasien.

II. TUJUAN PENULISAN

Artikel ini dibuat untuk memberikan pemahaman tentang perlunya pemberian informasi medis yang memadai sesuai yang diperlukan pasien untuk membuat persetujuan tindakan medis, selanjutnya memberikan pemahaman tentang kelengkapan informasi yang harus disampaikan dokter sebagai dasar pertimbangan pasien untuk membuat keputusan.

III. HAKIKAT INFORMED CONSENT

A. Pengertian informed consent

Informed consent bersal dari kata *informed*, yang berarti telah diinformasikan, dan *consent* yang berarti persetujuan. Dengan demikian *informed consent* memiliki arti harfiah persetujuan yang diberikan setelah diberikan penjelasan (Beauchamp and Childress, 2009). Kita harus memahami bahwa yang menjadi fokus dalam hal ini adalah adanya pemberian penjelasan/informasi, bukan sekedar persetujuan. Persetujuan baru dapat diberikan jika sudah diberikan penjelasan/informasi (Faden dan Beauchamp, 1986). Dengan kata lain, jika penjelasan tidak lengkap atau tidak memadai, maka persetujuan yang diberikan juga dapat diragukan, karena keputusan dibuat berdasarkan informasi yang kurang tepat. Pada kenyataannya, di Indonesia sering yang menjadi fokus adalah persetujuannya. Asal pasien sudah memberikan tanda tangan persetujuan atas suatu tindakan kedokteran, maka hal tersebut dianggap sudah cukup, tanpa memperhitungkan persetujuan tersebut diberikan dengan sudah menerima penjelasan lebih dulu atau belum. Dengan demikian tidak mengherankan jika sering terjadi konflik antara dokter dan pasien setelah tindakan kedokteran dilakukan, yang disebabkan ketidakpuasan pasien terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan penjelasan dokter.

Di Indonesia, istilah *informed consent* dirumuskan menjadi persetujuan tindakan kedokteran (Permenkes RI Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran). Jika tidak memiliki pemahaman yang menyeluruh tentang hakikat *informed consent*, maka istilah

persetujuan tindakan kedokteran dapat dipahami sebagai sekedar persetujuan pasien terhadap suatu tindakan kedokteran, dengan fokus kepada persetujuan, bukan kepada proses persetujuan itu terjadi, yaitu pemahaman pasien setelah ada pemberian informasi dari dokter. Lebih jauh, secara ironis, persetujuan tindakan kedokteran dapat dianggap sebagai sebuah formalitas administratif sebagai suatu syarat tindakan kedokteran dapat dilakukan. Oleh karena itu, pada artikel ini kita akan menggunakan istilah *informed consent* untuk membantu pemahaman yang lebih menyeluruh.

B. Tujuan informed consent

Adanya *informed consent* didasarkan kepada penghormatan terhadap otonomi pasien (Faden dan Beauchamp, 1986). Tindakan kedokteran dilakukan oleh dokter/tenaga kesehatan kepada pasien. Dokter memang memiliki pengetahuan tentang penyakit pasien dan pengobatannya, tetapi yang menerima perlakuan tindakan tersebut adalah pasien, sehingga harus ada ijin lebih dulu dari pasien sebelum tindakan dilakukan. Jika dokter melakukan tindakan kedokteran tanpa ada ijin/persetujuan dari pasien, maka tindakan ini dapat dikatakan ilegal (Kusmaryanto, 2015). Tindakan pembedahan sebenarnya adalah tindakan menyakiti/menganiaya, karena memotong kulit dan jaringan tubuh orang lain, tetapi karena dilakukan berdasarkan indikasi/manfaatnya, dan karena sudah mendapat persetujuan sebelumnya dari pasien yang akan diberikan tindakan bedah, maka tindakan ini menjadi legal. Dengan demikian dapat dikatakan, meskipun bermanfaat tapi jika tidak mendapat persetujuan dari pasien, tindakan bedah menjadi tidak legal. Oleh karena itu, *informed consent* sangat penting dan diperlukan sebelum tindakan kedokteran dilakukan.

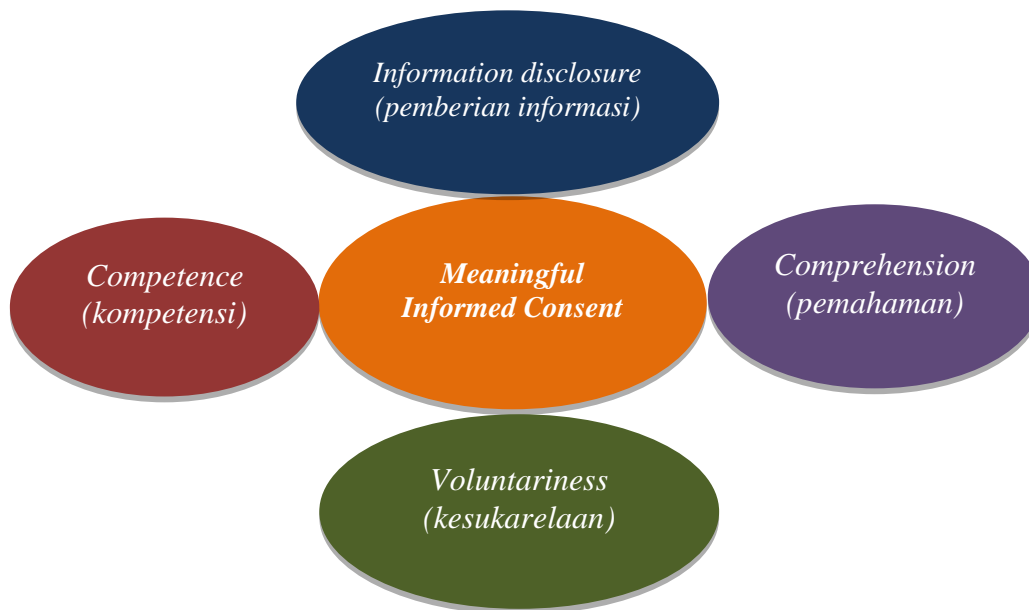
Menurut Kusmaryanto (2015) dan Bertens (2011), *informed consent* mempunyai beberapa tujuan, yaitu:

- a. Menghormati martabat dan otonomi pasien/hak pasien atas tubuhnya (tujuan moral)
- b. Melegalkan tindakan kedokteran yang dilakukan dokter sehingga juga dapat menghindarkan dokter dari tuntutan hukum (tujuan legal)
- c. Agar tidak terjadi penipuan atau paksaan terhadap pasien
- d. Untuk mendapatkan kepercayaan dan kerja sama dari pasien sekaligus dapat menunjang pengobatan yang efektif karena adanya kepercayaan tersebut (tujuan klinis)

Otonomi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengatur dirinya sendiri termasuk hal yang akan berlaku atas dirinya (Kusmaryanto, 2015). Penghormatan terhadap otonomi pasien berarti penghormatan terhadap martabat manusia, karena otonomi menunjukkan eksistensi dan martabat sebagai manusia. Dengan demikian, segala hal atau upaya yang bermaksud mengganggu otonomi pasien dalam membuat keputusan, sebenarnya tidak menghormati martabat pasien tersebut. Kita akan membahas hal ini tersendiri di bagian akhir artikel.

IV. KOMPONEN DALAM INFORMED CONSENT

Sebagai suatu proses, *informed consent* mempunyai beberapa unsur/komponen agar proses dapat berjalan dengan baik. Komponen tersebut digambarkan dalam diagram berikut:



Gambar 1. Komponen persetujuan tindakan medis yang valid dan berarti (Kadam, 2017)

Menurut Kadam (2017), untuk menghasilkan persetujuan tindakan medis yang berkualitas, ada empat komponen penting yang harus terpenuhi, yaitu *competence* (kompetensi pasien), *information disclosure* (pemberian informasi yang memadai), *comprehension* (pemahaman pasien), dan *voluntariness* (kesukarelaan), sebagai bagian yang saling berkaitan dan tidak terpisahkan. Penjelasan masing-masing dari komponen ini adalah sebagai berikut:

A. *Competence*

Competence atau kompeten adalah kemampuan seseorang untuk mengatur dirinya sendiri dan bertanggung jawab atas dirinya. Orang yang dapat memberikan persetujuan dalam *informed consent* harus orang yang memiliki kemampuan untuk mengatur dirinya sendiri atau kompeten. Kemampuan ini meliputi kemampuan untuk bisa berpikir dengan nalar, mempertimbangkan baik dan buruk dari suatu hal, dan dapat membuat keputusan berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut (Beauchamp and Childress, 2009). Di Indonesia, berdasarkan Permenkes RI Nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, pasien yang dianggap kompeten untuk membuat keputusan dalam *informed consent* harus memenuhi kriteria ini:

- a. Dewasa (minimal berusia 18 tahun) atau telah menikah
- b. Pasien dalam keadaan sehat secara mental
- c. Pasien tidak berada di bawah tekanan atau paksaan saat proses *informed consent*

Sebaliknya, ada beberapa kriteria seseorang tidak dianggap kompeten untuk membuat keputusan medis, seperti yang diungkapkan kembali oleh Beauchamp dan Childress (2009), yaitu :

- a. Pasien yang tidak mampu untuk memahami suatu informasi
- b. Pasien yang tidak memiliki kemampuan untuk memahami suatu kondisi beserta akibatnya
- c. Pasien yang tidak mampu untuk memberikan alasan atau penjelasan terhadap suatu hal
- d. Pasien yang tidak mampu menjelaskan risiko atau manfaat terkait dengan alasan yang dikemukakan
- e. Pasien yang tidak mampu mengungkapkan pilihan
- f. Pasien yang tidak dapat membuat sebuah keputusan yang masuk akal/rasional

Kondisi tidak kompeten ini berkaitan dengan kematangan usia seseorang dan kemampuan mental/daya pikir, sehingga pada pasien anak-anak, pasien dengan gangguan kejiwaan, dan pasien dengan gangguan berpikir dianggap tidak kompeten dan harus diwakili dalam *informed consent*. Perwakilan tersebut diberikan kepada orang yang sah secara hukum, misalnya orang tua, keluarga inti/terdekat, atau walinya, yang dianggap dapat mewakili pasien dalam membuat keputusan medis. Tetapi bukan berarti pasien yang belum kompeten tersebut diabaikan. Misalnya pada pasien anak yang akan diberi tindakan kedokteran, persetujuan memang diberikan oleh orang tuanya, tetapi anak tersebut tetap harus diinformasikan tentang hal yang akan berlaku atas dirinya. Hal ini dinamakan *informed assent* (Diekema, Douglas *et al.*, 2011).

B. Information disclosure

Telah dibahas sebelumnya bahwa pemberian informasi dari dokter mempunyai peran besar dalam proses *informed consent*. Seseorang dapat membuat keputusan tentu mempertimbangkan segala manfaat dan risikonya lebih dulu. Segala faktor yang menjadi pertimbangan tersebut diketahui dari informasi yang diberikan dokter/tenaga kesehatan. Jika informasi yang diberikan dokter kurang memadai, maka keputusan yang diambil pasien dapat tidak tepat pula. Informasi yang memadai sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 ayat 3 dan Permenkes RI Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 2 dan 7, meliputi:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran yang akan dilakukan
- b. Tujuan tindakan kedokteran tersebut
- c. Alternatif tindakan lain dan risiko dari tindakan alternatif tersebut
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi akibat dari tindakan kedokteran
- e. Prognosis dari tindakan kedokteran tersebut
- f. Perkiraan pembiayaan yang diperlukan

Sering terjadi bahwa semua komponen informasi tersebut tampak sudah dijelaskan oleh dokter, tetapi ternyata dokter tidak menjelaskan secara proporsional, yaitu ada yang dilebih-

lebihkan/dikurangkan atau dimanipulasi dengan tujuan tertentu, misalnya menggiring supaya pasien menyetujui tindakan kedokteran tersebut. Menurut Kusmaryanto (2015), suatu pemberian informasi yang baik harus memenuhi tiga unsur, yaitu disampaikan dengan cara yang baik, isi informasi yang disampaikan benar, dan kandungan isi informasi yang disampaikan lengkap. Ketika suatu informasi disampaikan dengan memanipulasi bagian tertentu, maka informasi yang diterima pasien juga tidak utuh, hal ini berpotensi menimbulkan konflik dokter-pasien di kemudian hari jika terjadi risiko tindakan yang tidak diketahui pasien. Cara penyampaian informasi menjadi bagian yang penting karena dengan cara penyampaian yang baik dan berempati, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, akan menimbulkan komunikasi yang baik antara dokter dan pasien. Yang sering menjadi masalah adalah ketika bahasa yang digunakan pasien berbeda dengan dokter. Dalam hal ini perlu dipertimbangkan untuk memakai jasa penerjemah yang bisa dari pihak pasien atau dari dokter/rumah sakit (Borowski *et al.*, 2019).

C. Comprehension

Komponen lain dalam *informed consent* yang baik adalah *comprehension*, yaitu pemahaman pasien terhadap informasi yang telah dijelaskan dokter. Sebaik apapun informasi yang disampaikan tapi jika tidak dipahami oleh pasien, tetap tidak menghasilkan keputusan yang otonom. Pemahaman pasien dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya latar belakang pendidikan, nilai yang dianut keluarga, kepercayaan/agama, kemampuan berpikir, dll. Seharusnya isi informasi yang dimaksudkan dokter sama dengan yang dipahami pasien. Dengan demikian, dokter harus memastikan pasien memahami atau tidak informasi yang telah disampaikan. Disimpulkan dari penjelasan Kaibara (2010), ada beberapa cara untuk menilai pemahaman pasien ini, yaitu:

a. Menilai dari ekspresi wajah atau bahasa tubuh pasien.

Pasien yang kurang memahami perkataan dokter biasanya akan mengerutkan dahi, atau bila memahami biasanya akan mengangguk, dll. Cara ini bisa efektif jika dokter terlatih untuk menilai ekspresi pasien. Tetapi kadang tidak efektif pada pasien yang tidak mudah memperlihatkan ekspresinya atau pada dokter yang belum peka dengan perubahan ekspresi pasien.

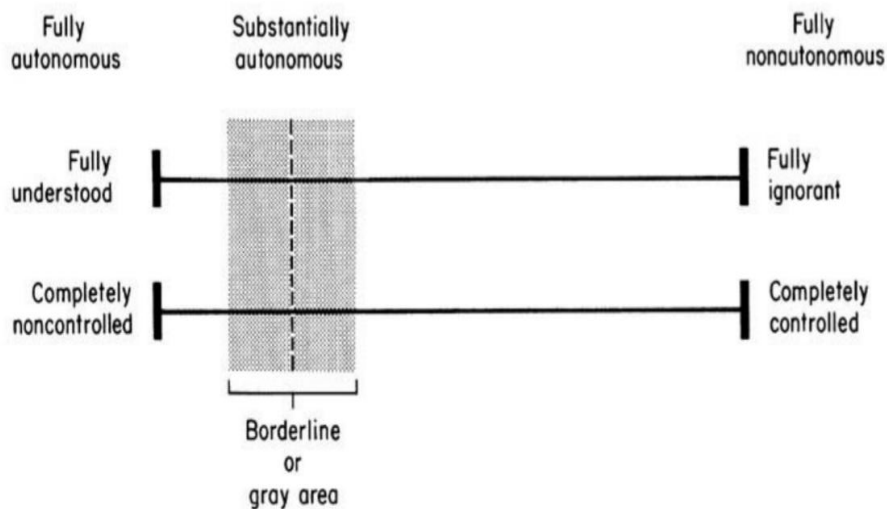
b. Menanyakan kepada pasien apakah ada informasi yang belum dipahami atau tidak.

Cara ini sebenarnya cukup efektif karena pasien akan menanyakan secara langsung hal-hal yang kurang dipahami. Tetapi pada daerah atau kebudayaan tertentu, kadang belum terbiasa untuk menanyakan secara langsung hal yang sedang dipikirkan atau dipertanyakan, sehingga dapat terjadi pasien mengatakan bahwa tidak ada hal yang ingin ditanyakan tetapi sebenarnya takut atau malu menanyakan atau pura-pura sudah memahami padahal sebenarnya tidak, karena pasien pasrah kepada dokter tentang perawatannya.

c. Meminta pasien mengulang penjelasan dokter pada hal-hal yang diperlukan saja. Ketika pasien mengungkapkan pemahamannya terhadap suatu hal, maka akan diketahui pemahaman tersebut sesuai dengan yang telah dijelaskan dokter atau tidak. Cara ini biasanya dapat berjalan dengan baik ketika dokter membantu memancing pasien memberikan penjelasannya misalnya melalui kata kunci yang dianggap penting.

D. Voluntariness

Suatu perbuatan disebut otonom jika memenuhi tiga hal, yaitu dilakukan dengan bertujuan/mempunyai tujuan yang jelas, memahami apa yang dilakukan, dan dilakukan dengan sukarela/tanpa paksaan/tidak ada pengaruh luar yang mengendalikan (Faden dan Beauchamp, 1986). Tingkat otonomi suatu perbuatan digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Tingkat otonomi dari perbuatan otonom (Faden dan Beauchamp, 1986)

Dari gambar tersebut, jelas bahwa semakin seseorang memahami hal yang dilakukannya dan semakin bebas dari pengaruh luar yang mengendalikannya, maka semakin otonom perbuatan tersebut. Menurut penjelasan Faden dan Beauchamp dari gambar diatas, seseorang dapat berada pada area abu-abu atau *border line* dari keputusan yang otonom, jika dirinya memahami tindakan yang akan dilakukan, memahami tujuannya, tapi tidak penuh, atau ada pengaruh oleh pihak luar yang dapat mengendalikan keputusannya. Hanya saja, batasan dari area abu-abu ini yang sulit untuk ditentukan. Seharusnya, keputusan seseorang ditentukan oleh otonominya sendiri, tetapi sering terjadi ada banyak pihak luar yang ikut mempengaruhi keputusan seseorang, bukan karena seseorang tersebut tidak memiliki otonomi, tetapi karena pengaruh budaya setempat yang mengkondisikannya.

Dalam budaya masyarakat Indonesia, keputusan seseorang tidak hanya ditentukan oleh orang tersebut secara individual, tetapi dengan kondisi masyarakat Indonesia yang komunal dan hirarkis, pertimbangan keluarga mempengaruhi keputusan seseorang bahkan sering menjadi pertimbangan utama

(Susilo *et al.*, 2019). Seseorang yang akan memutuskan untuk menjalani operasi, tentu mempertimbangkan kondisi keluarga yang akan merawatnya setelah operasi, biaya yang dikeluarkan yang juga akan mempengaruhi kehidupan keluarga, dan pertimbangan-pertimbangan lain yang pasti melibatkan keluarga. Bahkan di beberapa daerah di Indonesia, keluarga atau komunitas lokal bukan hanya memberi pertimbangan bagi keputusan pasien, tetapi benar-benar sebagai pemegang keputusan. Dengan demikian, informasi medis harus diberikan bukan hanya kepada pasien, tetapi juga kepada keluarga atau komunitas lokal tersebut yang biasanya diwakili oleh pemimpin adat. Dalam hal ini, *voluntariness* pasien lebih sulit ditentukan, karena pasien seakan tidak mempunyai wewenang untuk membuat keputusan berdasar otonominya. Menurut Faden dan Beauchamp, dalam kondisi keputusan seseorang dipengaruhi secara kuat oleh faktor luar tetapi pasien tersebut menyetujui faktor luar itu mempengaruhinya, maka pasien tetap dianggap membuat keputusan secara sukarela. Dengan demikian, *voluntariness* tetap harus dipahami dalam konteks budaya lokal dan yang menjadi fokus adalah pasien menyadari bahwa keputusannya dipengaruhi oleh pihak luar dan pasien menyetujui hasil akhir keputusan tersebut meskipun bisa terjadi awalnya hasil akhir keputusan bersama berbeda dengan keputusan pribadi pasien.

V. ETIKA DALAM CARA PENYAMPAIAN INFORMASI

Pada bagian ini, akan dibahas secara khusus tentang cara penyampaian informasi dalam *information disclosure* sebagai salah satu komponen dalam *informed consent*. Suatu hal yang baik jika disampaikan dengan cara yang kurang baik akan menjadi sesuatu yang kurang baik pula dan dapat menimbulkan kesalahpahaman. Cara dokter menyampaikan informasi medis sangat menentukan penerimaan pasien terhadap informasi tersebut. Meskipun informasi yang disampaikan benar dan lengkap, tetapi jika disampaikan dengan cara yang tidak tepat, dapat menimbulkan perbedaan pemahaman antara dokter dan pasien. Informasi yang disampaikan oleh dokter berbeda dengan yang dipahami pasien. Akhirnya pasien menganggap dokter tidak menyampaikan informasi dengan benar atau bahkan menipu pasien, yang dapat memicu konflik antara dokter-pasien sampai kepada tuntutan hukum (Soeparto, *et al.*, 2006).

Menurut Dewi (2021) dan Claramita, *et al.* (2016), setidaknya ada lima hal yang harus diperhatikan dokter terkait cara menyampaikan informasi kepada pasien, yaitu:

- penyampaian informasi sebisa mungkin tidak diwakilkan
- penyampaian informasi dengan empati
- dokter mendengarkan pasien sebelum menyampaikan informasi
- penyampaian informasi secara jelas dan tidak bertele-tele
- penggunaan bahasa yang mudah dimengerti dan menghindari penggunaan istilah medis

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2021), terlihat bahwa salah satu penyebab kekecewaan pasien terhadap dokter adalah karena dokter mewakilkan penyampaian informasi medis kepada pihak lain yang kurang kompeten, sehingga pasien menerima informasi yang berbeda-beda dan saat operasi dilakukan, prosedur operasi juga berbeda dengan informasi yang telah diterimanya. Dalam penelitian tersebut dijelaskan pula, bahwa sebagian pasien lain menganggap bahwa mereka lebih memahami penjelasan dokter jika dokter menyampaikan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami orang awam atau dengan kata lain tidak menggunakan istilah medis. Selain itu cara penyampaian yang jelas, lugas, tidak bertele-tele membantu pasien memahami informasi yang disampaikan dokter. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (2006), bahwa salah satu cara untuk menghasilkan komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien adalah dengan penjelasan yang tidak bertele-tele dan menghindari penggunaan istilah medis. Claramita *et al* (2016) mengatakan suatu metode komunikasi dokter dan pasien dengan cara *Greet, Invite, Discussion* (GID). Dalam metode ini penting bahwa dokter harus mendengarkan dan memahami pasien untuk mengetahui harapan dan kekuatirannya atas tindakan medis yang akan dilakukan, dan dasar pertimbangan persetujuannya, sebelum dokter memaparkan tujuann, manfaat, dan risiko tindakan medis tersebut. Empati juga merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ini. Dengan empati dan mendengarkan pasien, akan terbangun komunikasi yang baik dan kepercayaan dalam hubungan dokter-pasien sehingga tercipta *informed consent* yang berkualitas.

Menurut Bertens (2011), ada tiga ciri yang harus terbangun dalam hubungan antara dokter dan pasien, yaitu pasien diperlakukan sebagai pribadi yang bermartabat, dokter memiliki empati kepada pasien, dan hubungan tersebut dibangun berdasarkan kepercayaan. Seorang pasien berbeda dengan pasien yang lain, sehingga dokter harus memperlakukan setiap pasien dengan pendekatan yang tepat yang dapat berbeda untuk setiap pasien. Dengan adanya hubungan yang baik antara dokter-pasien, juga dapat meningkatkan kerja sama pasien dalam pengobatan sehingga dapat meningkatkan keberhasilan terapi.

VI. PEMBATASAN INFORMASI DALAM *INFORMATION DISCLOSURE*

Pemahaman pasien terhadap tindakan medis ditentukan oleh faktor penjelasan dokter selain faktor daya nalar atau latar belakang pasien. Jika penjelasan dokter lengkap, maka pemahaman pasien akan lengkap pula. Jika pemahaman pasien lengkap, keputusan pasien diambil berdasarkan pertimbangan yang lengkap, sehingga keputusan pasien diharapkan adalah keputusan yang tepat. Tetapi kenyataannya, sering dokter mengurangi informasi medis atau melebih-lebihkan suatu bagian dalam informasi medis dengan tujuan tertentu. Dokter seakan memanipulasi informasi tersebut demi mencapai tujuan dokter. Bentuk manipulasi informasi medis dan tujuan yang sering dimiliki dokter untuk melakukannya adalah (Dewi, 2021):

- Mengurangi informasi, terutama informasi yang terkesan ‘menakutkan’ pasien, misalnya tentang risiko atau komplikasi yang dapat terjadi karena tindakan medis. Informasi ini sering tidak disampaikan atau disampaikan sebagian karena dikuatirkan pasien akan merasa takut dan akhirnya menolak untuk dilakukan tindakan medis. Pada tindakan medis yang berisiko besar sampai pada kematian, misalnya operasi, tidak semua dokter menginformasikan risiko terburuk yang dapat terjadi. Dokter hanya berfokus kepada tujuan dan manfaat operasi. Sering pula risiko atau komplikasi yang tidak disampaikan dokter adalah yang dianggap ringan, sehingga dapat diabaikan. Padahal seandainya risiko tersebut benar-benar terjadi (baik risiko berat maupun risiko ringan), tanpa diketahui oleh pasien, sangat berpotensi menimbulkan tuntutan hukum kepada dokter.
- Melebih-lebihkan informasi, yaitu informasi tentang bahaya yang akan terjadi jika pasien menolak tindakan medis tersebut. Tindakan ini bertujuan agar pasien tidak menolak operasi. Sebenarnya informasi yang disampaikan dokter ini tidak salah, tetapi sering dokter membesar-besarkan bahaya penolakan tindakan medis dengan tidak memberi alternatif tindakan lain sehingga pasien merasa tidak punya pilihan lain selain tindakan tersebut.
- Mengurangi informasi yang dianggap dokter tidak penting untuk diketahui pasien, yaitu pilihan terapi atau alternatif lain terapi. Biasanya ada kondisi tertentu yang membuat dokter membatasi informasi ini, yaitu adanya *plafon* atau penjatahan dari penanggung jawab biaya pasien, misalnya asuransi atau BPJS Kesehatan. Ketika suatu asuransi hanya menanggung sebagian dari pilihan terapi yang ada, maka dokter merasa tidak perlu memberitahukan pilihan terapi yang lain kepada pasien. Jika dipandang dari sisi otonomi pasien, seharusnya pasien mengetahui semua pilihan terapi atas penyakitnya beserta keuntungan dan kerugiannya, mengetahui terapi yang ditanggung asuransinya, sehingga bisa memutuskan akan tetap memilih terapi yang ditanggung asuransi tersebut atau tidak.

Motivasi dokter dalam memanipulasi informasi medis ini pada umumnya bertujuan untuk kebaikan pasien (*beneficence*) dan menghindarkan pasien dari bahaya (*nonmaleficence*), yaitu agar pasien mendapatkan pengobatan terbaik dengan menyetujui tindakan medis dan agar pasien tidak malah depresi atau ketakutan sebelum dilakukan tindakan medis (Fortunato, 2017). Dokter sering beralasan terkait *beneficence* dan *nonmaleficence* ini. Dalam hal ini dokter melupakan prinsip *respect for autonomy* untuk pasien, bahwa pasien mempunyai hak untuk mengetahui sejelas-jelasnya segala sesuatu tentang tindakan medis yang akan diterimanya, termasuk risiko, efek samping, dan komplikasinya, selain manfaat dan indikasi dari tindakan tersebut. Sekecil apapun risiko suatu tindakan medis, tetaplah suatu risiko, dan pasien sebagai sang pemilik tubuh harus mengetahui risiko ini. Bahkan pasien yang menggunakan asuransi atau BPJS Kesehatan, juga berhak atas *justice*, hak yang sama dengan pasien yang lain untuk mengetahui semua pilihan terapi yang ada, meski penanggung biayanya memberikan jatah atau *plafon* pengobatan.

Yang perlu diperhatikan lebih lanjut terkait pemberian informasi ini adalah pada pasien yang berisiko mengalami depresi jika menerima informasi yang buruk. Dokter harus bijaksana dalam menyampaikan informasi meskipun bukan berarti menyembunyikan informasi tertentu. Kode Etik Kedokteran Indonesia (2014) Pasal 5 mengatakan bahwa “Tiap perbuatan atau nasehat yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien.” Soeparto (2006) memberikan rekomendasi terkait hal ini, yaitu dengan menyampaikan informasi medis kepada keluarga pasien lebih dulu lalu dirundingkan selanjutnya cara dan waktu yang tepat untuk memberitahukan kepada pasien.

Dokter harus membantu pasien membuat keputusan medis yang otonom, bukan malah membuat keputusan pasien tidak otonom dengan melakukan manipulasi informasi. Pada Gambar 2 tentang tingkat otonomi dari perbuatan otonom (Faden dan Beauchamp, 1986) yang dibahas sebelumnya, jelas terlihat bahwa otonomnya keputusan pasien dipengaruhi selain oleh pemahaman pasien, juga oleh faktor luar yang mengendalikan/mempengaruhi. Dalam hal ini, faktor luar tersebut bukan hanya pihak keluarga atau lingkungan pasien, tetapi juga dokter yang memanipulasi informasi medis. Pasien dapat digiring kepada keputusan tertentu berdasarkan manipulasi informasi tersebut. Oleh karena itu, sangat tepat yang dituliskan Faden dan Beauchamp (1986) yang dikutip sebagai berikut:

“..People's failure to understand a particular disclosure may result from inadequacies in that disclosure rather than inadequacies in the patient....”

Dokter sering menyembunyikan informasi medis karena adanya kekuatiran tentang efek negatif yang akan timbul jika dokter memberitahukan informasi yang kurang baik tentang kondisi penyakit pasien, tentang risiko atau komplikasi operasi, atau tentang prognosis pasien. Sebenarnya, dengan komunikasi yang baik, hubungan baik dan kepercayaan yang terbentuk antara dokter dan pasien, dokter tetap dapat menyampaikan berita yang negatif dengan baik tanpa membuat pasien depresi. Dokter yang mempunyai empati kepada pasien akan mengetahui waktu yang tepat untuk memberikan informasi yang tepat untuk pasien. Dokter sering menganggap bahwa komunikasi efektif melalui information disclosure yang baik pasti menghabiskan waktu lama karena informasi disampaikan lengkap, tetapi Konsil Kedokteran Indonesia (2006) menjelaskan bahwa informasi yang lengkap dapat diberikan dengan tidak bertele-tele tanpa memakan waktu lama jika dokter mengetahui kebutuhan pasien, sehingga informasi diberikan tepat sesuai yang diperlukan. Hal ini dapat terjadi jika dokter membina hubungan baik dengan pasien dan mau mendengarkan pasien.

VII.KESIMPULAN

Information disclosure adalah salah satu komponen penting dalam *informed consent*. Dengan pemberian informasi yang berkualitas, pasien akan mendapatkan informasi yang cukup untuk membuat keputusan menerima tindakan medis atau tidak. Dengan informed consent yang baik tersebut, hak

pasien dihargai. Pasien sebagai pemilik tubuh memiliki otonomi untuk menentukan yang akan dilakukan atas tubuhnya. Dengan demikian informed consent adalah salah bentuk penghormatan terhadap otonomi pasien yang berarti juga penghormatan terhadap martabat pasien sebagai sang pemilik tubuh.

Selain cara penyampaian informasi yang baik, kelengkapan dan kebenaran kandungan isi informasi dalam informed consent menentukan kualitas informed consent. Salah satu cara untuk menyampaikan informed consent yang baik dengan meningkatkan keterampilan komunikasi dokter dan meningkatkan hubungan baik antara dokter dan pasien. Dalam hal ini empati sangat penting sehingga dokter dapat memahami yang diperlukan pasien dan akhirnya dapat memberikan informasi yang lengkap dan benar, sesuai yang diperlukan pasien, tanpa bertele-tele.

DAFTAR PUSTAKA

1. Beauchamp and Childress. (2009). *Principles of Biomedical Ethics, Seventh edition*. Oxford: Oxford University Press.
2. Bertens, K. (2011). *Etika Biomedis*. Yogyakarta: Kanisius.
3. Borowski *et al.* (2019). Informed Consent at Stake? Language Barriers in Medical Interactions with Immigrant Anaesthetists: A conversation analytical study. *BMC Health Services Research*. 19: 597.
4. Claramita, M., Susilo, A.P., Rosenbaum, M., & Dalen, J.V. (2016). Komunikasi Petugas Kesehatan dan pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara. Jakarta: EGC.
5. Diekema, Douglas, *et al.*, (2011). *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook*. Cambridge: Cambridge University Press.
6. Faden, R. and Beauchamp, T. (1986). *A History and The Teory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press
7. Fortunato, J. T., Wasserman, J. A., and Menkes, D. L. (2017). When Respecting Autonomy Is Harmful : A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect. *The American Journal of Bioethics*. 17(6): 36–42, DOI:10.1080/15265161.2017.1314042
8. Kadam, R.A. (2017). Informed Consent Process: A Step Further Towards Making It Meaningful. *Perspect Clin Res.*; 8(3): 107–11
9. Kaibara, Preethy. (2010). 8 Ways to Improve the Informed Consent Process. *The Journal of Family Practice*. 59(7): 373-377
10. Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012
11. Konsil Kedokteran Indonesia. (2006). *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia
12. Kusmaryanto, C.B. (2015). *Bioetika*. Jakarta: Kompas Gramedia

13. K08, 2013, Komunikasi Dokter-Pasien Belum Optimal, Kompas (internet), 21 Pebruari, <https://lifestyle.kompas.com/read/2013/02/21/03001888/komunikasi.dokter-pasien.belum.optimal> [diakses tanggal 12 Desember 2021].
14. Dewi, E. D. A. M. (2021). *Penerapan Prinsip Menghormati Otonomi dalam Persetujuan Tindakan Medis Bedah elektif Risiko Tinggi di Rumah Sakit*. Tesis: Universitas Gadjah Mada
15. Permenkes RI Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
16. Pope, Thadeus M. (2019). Informed Consent Requires Understanding: Complete Disclosure Is Not Enough. *The American Journal of Bioethics*. 19:5, 27-28, DOI: 10.1080/15265161.2019.1587549
17. Putra, E. H. (2018), Ini Klarifikasi Pengelola RS Grha Kedoya Soal Dugaan Malpraktik Dokter. *Tribunjakarta.com* (internet), 10 Juli, < <https://jakarta.tribunnews.com/2018/07/10/ini-klarifikasi-pengeloa-rs-grha-kedoyasoal-dugaan-malpraktik-dokter-hs>> [diakses 13 Desember 2021]
18. Soeparto, Pitono, et al. (2006). *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press
19. Susilo, A. P., Marjadi, B., Dalen, J. van, et al; Scherpbier, A. (2019). Patients' decision-making in the informed consent process in a hierarchical and communal culture. *The Asia Pacific Scholar*, 4(3), 57–66. <https://doi.org/10.29060/TAPS.2019-4-3/OA2085>
20. Syarifah, F., 2013, Inilah Kronologi Kasus Penangkapan Dokter Ayu, *Liputan 6* (internet), 18 November, <https://m.liputan6.com/health/read/749395/inilah-kronologi-kasus-penangkapan-dokter-ayu?utm_expid=.t4QZMPzJSF> [diakses 11 Desember 2021].
21. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran



Indonesian
Bioethics
Forum



UNPAD
PRESS

Bioetika Multidisiplin

MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVES
ON BIOETHICS

BIOETIKA

MULTIDISIPLIN

Multidisciplinary Perspectives on Bioethics

Persembahan
Indonesian Bioethics Forum (IBF)
bekerja sama dengan
Universitas Pertahanan Republik Indonesia

BIOETIKA MULTIDISIPLIN

(Multidisiplinary Perspectives on Bioethics)

Penyusun, Editor : Siti Pariani, Tjahja Nurrobi, Soroy Lardo, Oloan
Parulian Sianturi, Daldiyono, Hikmah Muktamiroh,
Fransiscus Arifin, Peter Johannes Manoppo,
Agus Purwadianto

Desain Cover : Citta Widagdo, Peter Johannes Manoppo

Lay Out : Hikmah Muktamiroh

Cetakan Pertama, UNHAN RI PRESS

Hak Cipta © 2022

Kasawan IPSC Sentul, Bogor, Jawa Barat 16810

Telp : (021) 87951555, <http://www.idu.ac.id>

Anggota IKAPI (415/Anggota Luar Biasa/JBA/2021

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang mengutip dan memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Katalog Dalam Terbitan

Bioetika Multidisiplin

(Multidisiplinary Perspectives on Bioethics)

xxii + 595 hlm.; 15,5 X 24 cm.

ISBN: 978-623-5885-08-7

DAFTAR ISI

Pengantar_Ketua Dewan Pengarah	v
Kata Pengantar_Rektor Universitas Pertahanan	vii
Kata Pengantar	xi
Preface	xiii
Daftar Isi	xv
Daftar Gambar	xx

CHAPTER 1 ETIK_KEDOKTERAN MILITER

Pengantar Editor Chapter 1	2
1. Etika Kedokteran Militer.....	9
Soroy Lardo, Tjahja Nurrobi, Sofiana	
2. Etika Dalam Kepemimpinan Dokter Militer Di Indonesia.	37
F. Sukma W.	
3. Etik Peran Tni Dalam Transformasi Ancaman Biologi Sebuah Pengalaman Dan Pembelajaran Penanganan Pandemi Covid-19	51
R.M. Tjahja Nurrobi	
4. Etik Dalam Operasi Militer Untuk Perang.....	75
Oloan P Sianturi	
5. Etika Pelayanan Kesehatan Militer Pada Operasi Militer Selain Perang (Omsp)	105
Nirawan Putranto, Lila Irawati Tjahjowiduri, Elies Fitriani	
6. Bioetika Bidang Sel Punca Dalam Kedokteran Militer.....	129
Dian Andriani, Arif Rachman, Waras Budiman, Reza Yuridian	
7. Etika Dalam Kedokteran Gigi Militer.....	145
Arif Rachman	

8. Etika Dalam Odontologi Forensik Militer
(Odontoformil) 159
Arif Rachman, Ketut Triwanto

CHAPTER 2
INTERNATIONAL ARTICLE

9. Ethics And Emergency: Could They Get
Together?..... 172
Amnon Carmi
10. Ethical Dilemmas In Medical Abortion 176
Helena Pereira de Melo
11. COVID-19: 5 Lessons For 2022 185
Rui Nunes
12. Preferences, Interests, Value And Public Health 189
Robin Attfield
13. Learning To Live With Moral Injury In Bioethics..... 207
Ellen Sunshine
14. Ethical Concern In Sport..... 212
Peter Johannes Manoppo
15. Doctor-Patient Relationship in Disabled Patient 220
Pirlina Umiastuti
16. Issues In Social Media Ethics For Physician 231
Fransiscus Arifin
17. 'The Beautiful Dying – A Good Death' The End of
Life Care..... 235
Puri Swastika Gusti Krisna Dewi

CHAPTER 3
ETIKA PENDIDKAN, HUMANIORA
DAN BUDAYA ILMIAH

18. Bioethics as Love of Life 252
CB Kusmaryanto

19. Etika dan Moral dalam Budaya Ilmiah.....	265
Djohansjah Marzoecki	
20. Etika Penulisan dan Penelitian dalam Dunia Akademik	271
Wuri Soedjatmiko	
21. Independensi Komisi Etik Penelitian Kesehatan Untuk Menjaga Hak Subjek Dan Kualitas Penelitian.....	275
Anton Rahardjo	
22. Kode Etik Guru	280
Anita Lie	
23. Pendidikan Etika dan Humaniora di Fakultas Kedokteran	294
Willy F. Maramis	

CHAPTER 4
ETIKA TEKNOLOGI

24. Professional Engineer dan Etika Profesi (Insinyur)	312
Sritomo Wignjosebroto	
25. Ethics & Human Factors Engineering	333
Markus Hartono, Ph.D.	

CHAPTER 5
ETIKA SOSIAL, BUDAYA, DAN HUKUM

26. Dinamika Etika Dalam Pelestarian Cagar Budaya di Perkotaan.....	346
Retno Hastijanti	
27. Etika Penelitian Dan Bidang Studi Antropologi	383
Myrtati D. Artaria	
28. Peran Bioetika Dalam Penjatuhan Sanksi Pidana Oleh Hakim.....	392
Yovita Arie Mangesti	
29. Bioetika Covid-19 Dari Sisi Hukum Dan Praktik.....	405
Burhan Sidabariba	

CHAPTER 6
ETIKA MANAJEMEN DAN PELAYANAN

30. Bioetika Yang Bermartabat: Refleksi Kritis Peran Dan Kontribusi Bioetika Dalam Dunia Medis..... 422
Benny Suwito
31. Prinsip-Prinsip Etika Biomedis..... 435
Henky
32. Etika Kesehatan Masyarakat 458
Citta Widagdo
33. Peran Kodepki Dalam Pengendalian Resistensi Antimikroba 469
Erni P. Kolopaking
34. Etika Bisnis Rumah Sakit 482
Laksono Trisnantoro
35. Asal-Usul Kode Etik Refraksionis Dan Optometris 507
Dr. Joss Riono, MSc, MPH, PhD

CHAPTER 7
ETIKA MEDIS

36. *Information Disclosure* Sebagai Dasar Pertimbangan Keputusan Pasien Dalam *Informed Consent*..... 516
Dr. Ervin Dyah Ayu Masita Dewi, M. Sc.
37. Etika Bedah 536
Carolina Kuntardjo
38. Etika Ilmu Bedah..... 549
Ito Puruhito
39. Interaksi Kedokteran Forensik Dan Medikolegal dengan Bioetika..... 554
Agus Purwadianto
40. Etika Dokter Dan Industri Farmasi 561
Willy F. Maramis
41. Etika Bermedia Sosial Bagi Dokter 571
Pukovisa Prawiroharjo, Risyad Abiyyu Siregar

42. Bioetika Dalam Bidang Kardiologi.....	578
Victor Josef	
43. Bioetika Pada Bidang Bedah Saraf.....	580
Prof. Dr. Dr. Sri Maliawan, Sp.Bs(K)	
44. Kode Etik Guru Indonesia Pembukaan	583