

Optimalisasi Paradigma *Informed Consent* dari *to Disclose* Menuju *to Understand* Sebagai Penghormatan *Individual Autonomy*

Mohammad Alvi Pratama

Fakultas Hukum, Universitas Pasundan; alvi.pratama@unpass.ac.id (koresponden)

Ahnav Bil Aulfaq

Fakultas Filsafat, Universitas Gadjah Mada; ahnavbilaulfaq@gmail.com

Rr. Yudiswara Ayu Permatasari

Fakultas Filsafat, Universitas Gadjah Mada; rr.yudiswara.ayu@mail.ugm.ac.id

ABSTRACT

The world of health continues to develop, not only focusing on the growth of science, but also relating to the treatment of patients, one of which is informed consent which requires explanation by medical personnel in advance regarding the information needed and enlightens patients so they can consider decisions to be taken rationally. So we need research that aims to determine the achievement of adequate information in the process of informed consent. This research was an analytic descriptive study. The results obtained were dependent on the burden given, namely on the patient's authority. Authority gives patients the right to pull back on optimizing the goals of informed consent. It was found that the knowledge possessed by the patient is closely related to the decision to be determined regarding informed consent. Therefore, the limits of patient knowledge about informed consent also depend entirely on the patient's beliefs and knowledge, so that no matter how optimal the efforts to enlighten knowledge carried out by medical personnel are still unable to measure the depth of knowledge of each patient and of course this is also supported by time constraints. as well as the pace of development of medical science.

Keywords: *informed consent; paternalism; principle of autonomy*

ABSTRAK

Dunia kesehatan terus berkembang, tidak hanya menitikberatkan pada pertumbuhan ilmu pengetahuan, tetapi juga berkaitan dengan penanganan terhadap pasien yang salah satunya adalah *informed consent* yang membutuhkan penjelasan oleh tenaga medis terlebih dahulu mengenai informasi yang dibutuhkan dan mencerahkan pasien agar dapat mempertimbangkan keputusan yang akan diambil secara rasional. Maka diperlukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pencapaian *adequate information* dalam proses *informed consent*. Penelitian ini merupakan studi deskriptif analitik. Hasil yang didapat adalah bergantung terhadap beban yang diberikan yakni pada otoritas pasien. Otoritas memberi pasien hak yang dapat menarik ulur optimalisasi tujuan dari *informed consent*. Ditemukan bahwa pengetahuan yang dimiliki pasien berkaitan erat dengan keputusan yang akan ditentukan berkaitan dengan *informed consent*. Oleh karena itu, batasan pengetahuan pasien tentang *informed consent* juga bergantung sepenuhnya kepada keyakinan serta pengetahuan pasien, sehingga seoptimal apapun upaya mencerahkan pengetahuan yang dilakukan oleh tenaga medis masih tidak dapat menakar kedalaman pengetahuan dari masing-masing pasien dan tentu hal tersebut juga didukung oleh keterbatasan waktu serta laju perkembangan ilmu medis.

Kata kunci: *informed consent; paternalisme; prinsip otonomi*

PENDAHULUAN

Katz⁽¹⁾ dalam karyanya yang berjudul “*The Silent World of Doctor and Patient*” menjelaskan bahwa berdasar sejarah, hubungan dokter-pasien sejak masa pramodern hingga kontemporer cenderung untuk memiliki permasalahan tentang perhatian dokter yang kurang terhadap hak pasien, khususnya pada kapasitas pasien untuk membuat keputusan⁽¹⁾. Berg et al.⁽²⁾ menjelaskan bahwa dokter diwajibkan untuk memfasilitasi dan memandu ruang berpikir pasien, dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan, yaitu pasien diwajibkan untuk berpartisipasi dalam proses berpikir terkait putusannya⁽²⁾. Hal ini dilakukan untuk menghormati hak pasien dalam menentukan-diri, secara rasional maupun irrasional. *Informed Consent* berfungsi untuk melindungi hak menentukan-diri, terutama terkait dengan perawatan medis. *Informed Consent* wajib dilakukan sebelum tindakan medis diambil atau dilakukan.

Secara operasional, *Informed Consent* memiliki dasar hukum untuk melindungi kepentingan pasien terkait dengan otonomi dan integritas. Yang dimaksud dari otonomi dan integritas ini adalah pasien sebagai individu memiliki hak untuk memilih dan memutuskan terkait integritas dirinya. *Informed Consent* merujuk pada aturan hukum yang mengatur perilaku dokter dan petugas medis dalam interaksinya dengan pasien, termasuk di dalamnya menetapkan sanksi berdasar aturan hukum yang berlaku. Hal ini dilakukan demi tercapainya pemenuhan hak pasien. Salah satu hak pasien yang disoroti adalah hak untuk menentukan kepentingan tubuh diri sendiri yang merupakan instrument penting bagi individu untuk melawan paradigma paternalisme dalam medis⁽³⁾.

Faden dan Beauchamp⁽⁴⁾ membedakan *Informed Consent* dalam dua orientasi, yaitu dalam konsep orientasi kebijakan dan konsep orientasi filosofi⁽⁴⁾. Selain itu, *Informed Consent* juga terkait dengan tindakan medis sebagai

shared-decision antara pasien dan dokter. Ketiga nilai tersebut muncul dari perubahan paradigma kedokteran yang menggeser tindakan medis dari perspektif paternalistik menuju ke perspektif otonomi individu. Kewajiban dokter terhadap pasien bukan hanya menginformasikan (memindahkan informasi) dengan berpusat dominasi dokter terhadap kondisi pasien tetapi ada kewajiban dibaliknya adalah dokter harus memastikan bahwa pasien benar-benar mengerti dan memahami apa yang diinformasikan^(5,6), sehingga pasien bisa memutuskan secara rasional (memiliki pengetahuan cukup sebelumnya).

Dalam sejarahnya, *Informed Consent* merupakan pembahasan paling menonjol dalam Nuremberg Trials, begitupun dalam prinsip pertama Nuremberg Code (1996) yaitu “*the voluntary consent of the human subject is absolutely essential.*” Dalam Nuremberg Code, prinsip otonomi individu juga tertera:

... *the person involved should have legal capacity to give consent, should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision*⁽⁷⁾.

Nuremberg Trial, yang menghasilkan Nuremberg Code, digelar setelah perang dunia kedua selesai. Terdapat 23 tersangka yang diadili pada waktu itu, 20 di antaranya adalah dokter dan 16 di antaranya akhirnya dinyatakan bersalah⁽⁸⁾. Nuremberg Trial mengadili kejahatan-kejahatan perang yang dilakukan selama perang dunia kedua oleh Nazi Jerman, salah satunya adalah percobaan-percobaan yang tidak manusiawi. Hal ini menimbulkan keributan tersendiri di dunia kedokteran, karena pada dasarnya sejak awal dokter sudah disumpah untuk tidak menyakiti (*do no harm*) sebagaimana sumpah Hipokrates.

Walaupun sudah disumpah, pada kenyataannya para dokter Nazi Jerman tetap melakukan percobaan-percobaan yang tidak manusiawi. Ini merupakan salah satu bentuk pengobatan atau tindakan yang tidak perlu. Hal ini disebabkan oleh hubungan paternalistik antara pasien dan dokter. Dalam hubungan paternalistik, dokter memiliki kendali atas tindakan atau pengobatan apa saja yang diterima oleh pasien dengan tujuan mengobati pasien.

Dari sejarah tersebut, *Informed Consent* muncul sebagai perubahan paradigma kedokteran, yaitu dari paternalistik ke otonomi individu. Sesuai dengan perubahan paradigma tersebut, tujuan utama *Informed Consent* adalah menjamin otonomi individu. Beauchamp dan Childress⁽⁹⁾ menjelaskan bahwa tujuan utama *Informed Consent* adalah perlindungan pasien atau subjek terkait kesejahteraan, martabat, dan integritas dari otonomi⁽⁹⁾.

Catatan menarik dari penggalan Nuremberg Code di atas adalah bahwa keputusan yang diambil oleh pasien adalah keputusan yang tercerahkan (*enlightened*). Ini artinya beban dokter dalam pengambilan keputusan pasien adalah memastikan juga bahwa pasien atau subjek sudah tercerahkan dari ketidaktahuan sebelum pasien mengambil keputusan.

Secara garis besar, kewajiban dokter ke pasien adalah memaparkan informasi terkait kondisi kesehatan, opsi perawatan, dan mendapat persetujuan sebelum mengambil tindakan medis. Dokter harus menjelaskan kepada pasien terkait esensi, tujuan, resiko, dan manfaat dari perawatan yang dokter ajukan termasuk alternatif perawatan lainnya yang mungkin bagi pasien. Kewajiban itu merupakan bentuk penghormatan kepada pasien sebagai individu yang otonom yang memberikan domain kebebasan yang rasional⁽¹⁰⁾.

Titik tolak mengenai pemberitahuan informasi oleh dokter didasari pada kejujuran yang dimiliki dokter sebagai sifat yang penting ada di profesi. Perubahan paradigma dari paternalistik ke otonomi individu juga didasari pada kekecewaan terhadap ketidakjujuran dokter atau peneliti. Pernick⁽¹¹⁾ memaparkan bahwa kejujuran ini ditambah dengan partisipasi pasien dalam mengambil keputusan medis terbukti memberikan manfaat bagi sebagian besar kesehatan pasien⁽¹¹⁾. Selain itu, pemberian informasi yang jujur dari dokter ke pasien juga menempatkan pasien dalam posisi yang leluasa ketika memberikan kuasa kepada dokter.

Faden dan Beauchamp menjelaskan bahwa pada paradigma kontemporer, *Informed Consent* adalah tindakan otonom yang diambil oleh pasien untuk mengotorisasi seorang profesional untuk menjalankan rencana medis bagi sang pasien. Otorisasi ini menciptakan tanggung jawab di kedua belah pihak dan beban secara seimbang, pasien telah memutuskan untuk dirinya sendiri dan dokter secara operasional melanjutkan proses perawatan kesehatan yang telah diputuskan⁽⁴⁾.

Di sisi lainnya, Macklin⁽⁵⁾ menegaskan bahwa dokumen *Informed Consent* tidak menjamin bahwa pasien memahami segala informasi yang diberikan. Secara formal, dokumen *Informed Consent* merupakan dokumen hukum yang memberikan perlindungan hukum bagi pasien dan dokter. Di lain sisi, tuntutan pengambilan keputusan dalam *Informed Consent* berupa pengambilan keputusan dalam kondisi yang tercerahkan.

Problem epistemologis mengenai justifikasi pengetahuan pasien sebagai pengetahuan yang cukup merupakan perdebatan yang hingga kini belum selesai. Penelitian ini bertujuan untuk memahami bagaimana kaitan *Informed Consent* dengan pengetahuan atau kebenaran yang dimiliki pasien saat mengambil keputusan. Tujuan kedua adalah memahami batasan pengetahuan yang dimiliki pasien saat mengambil keputusan, terutama mengingat pendapat Macklin bahwa terlalu banyak informasi dan terlalu sedikit informasi sama buruknya sehingga yang harus dicapai adalah *adequate information*⁽⁵⁾. Tujuan akhir dari penelitian ini adalah memahami apakah *adequate information* dalam proses *Informed Consent* dapat dicapai atau tidak, yang berimplikasi pada kemungkinan tercapainya persetujuan dengan informasi yang cukup.

METODE

Metode yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif berdasarkan deskriptis analitis. Peneliti telah melakukan *literature review* terhadap data empiris terkait kualitas pemahaman pasien terhadap informasi dalam *Informed Consent*. Berdasarkan penelitian utama⁽⁶⁾, ditemukan bahwa pasien tidak memahami isi *Informed Consent* dari berbagai macam sampel populasi. Sehingga, peneliti mengkaji paradigma apa yang mendasari *Informed Consent* ini.

HASIL

Informed Consent muncul dari pergeseran paradigma dalam bidang kedokteran. Pada awalnya, paradigma kedokteran yang lazim dalam praktik pengobatan oleh seorang dokter adalah pengobatan dengan dasar hubungan paternalistik antara dokter dan pasien. Hubungan paternalistik yang dimaksudkan adalah bahwa dokter memiliki kuasa atas apa yang akan dialami atau dijalani oleh pasien selama pengobatan, di sisi lain pasien wajib untuk mengikuti apa yang diperintahkan oleh dokter. Secara sederhana, artinya dokter memiliki kuasa penuh atas pengambilan keputusan selama proses pengobatan.

Hal ini menjadi sesuatu yang problematik pada masa perang dunia kedua. Karena penyalahgunaan kekuasaan dokter atau peneliti selama masa perang dunia kedua, banyak pasien atau subjek penelitian yang akhirnya menjadi korban. Nuremberg Trial yang membuahkan Nuremberg Code menggeser paradigma kedokteran, dari yang awalnya paternalistik menjadi paradigma otonomi yang mengedepankan otonomi pasien.

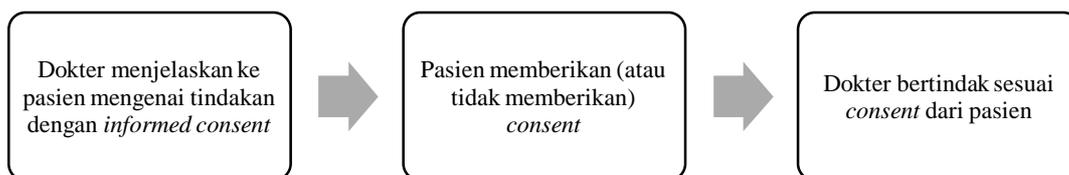
Nuremberg Code terdiri dari 10 tesis utama⁽⁸⁾:

- 1) *Consent* yang sifatnya sukarela subjek manusia sifatnya esensial secara absolut.
- 2) Eksperimen harus memiliki hasil yang menguntungkan masyarakat umum, hasilnya tidak dapat didapatkan dari metode atau cara lainnya, dan tidak acak atau berlebihan (*unnecessary*).
- 3) Eksperimen harus didasari dan didesain sesuai dengan hasil eksperimen pada hewan dan performa eksperimen harus dijustifikasi oleh pengetahuan mengenai sejarah penyakit atau problem yang menjadi permasalahan penelitian.
- 4) Eksperimen harus dilakukan dengan menghindari penderitaan dan cedera fisik dan mental yang berlebihan (*unnecessary*).
- 5) Penelitian tidak boleh dilakukan jika ada kemungkinan yang sudah diketahui sebelumnya bahwa dapat berujung kematian atau kecacatan; kecuali mungkin jika dokter yang melakukan penelitian juga menjadi subjek penelitian.
- 6) Derajat resiko yang diambil tidak boleh lebih tinggi dari kepentingan humanitarian dari penyelesaian problem yang diteliti.
- 7) Persiapan yang tepat harus dilakukan dan fasilitas yang cukup harus diberikan untuk menghindari subjek mengalami kecelakaan, kecacatan, atau kematian.
- 8) Eksperimen harus dilaksanakan oleh orang yang memiliki kualifikasi ilmiah. Keahlian dan perhatian yang tertinggi harus diberikan dalam seluruh tahap eksperimen oleh peneliti.
- 9) Subjek penelitian harus memiliki kebebasan untuk mengakhiri eksperimen jika batas fisik dan mental sudah tercapai sehingga subjek tidak bisa melanjutkan penelitian.
- 10) Peneliti harus siap mengakhiri eksperimen pada tahap apapun jika berdasarkan muncul kemungkinan, dengan pertimbangan itikad baik, keahlian superior, dan penilaian yang hati-hati oleh peneliti, kelanjutan penelitian dapat menyebabkan cedera, kecacatan, atau kematian subjek.

Dalam pembahasan mengenai *Informed Consent*, setidaknya ada dua orientasi mendasar yaitu orientasi regulasi dan orientasi filsafat⁽⁴⁾. Pada orientasi regulasi, diskursus mengenai *Informed Consent* berfokus pada bangunan hukum *Informed Consent*. Hal ini mencakup misalnya bagaimana *Informed Consent* terintegrasi secara hukum dengan hak dan kewajiban dokter dan pasien, hubungan *Informed Consent* dengan penuntutan jika terjadi malpraktik, serta kategori hukum mengenai apa yang dapat dipahami sebagai *Informed Consent*. Sedangkan, pada orientasi filsafat, diskursus *Informed Consent* berfokus pada pembahasan misalnya problem epistemologis atau etika dalam *Informed Consent*.

PEMBAHASAN

Informed Consent berdasar pada asumsi bahwa otonomi pasien harus dihormati, sehingga tindakan apapun yang dilakukan pada pasien oleh dokter harus didasari pada keputusan tercerahkan oleh pasien. Proses yang dilakukan adalah pertama dengan penjelasan mengenai *Informed Consent* oleh dokter kepada pasien, termasuk pada pilihan apa tindakan apa saja yang tersedia, tentang penyakit, tentang keluaran dari tindakan (atau tidak diambilnya suatu tindakan), dan informasi-informasi relevan lainnya. Setelah dianggap cukup memahami atau dalam kata lain sang pasien sudah memiliki informasi yang cukup, pasien dapat memberikan *consent*-nya sesuai dengan peraturan hukum, misalnya baik dalam bentuk implisit atau eksplisit, serta verbal atau tertulis. Sesuai dengan kesepakatan yang dicapai antara dokter dan pasien, dokter melakukan (atau tidak melakukan) tindakan atau pengobatan terhadap pasien.



Gambar 1. Alur *informed consent* dokter dengan pasien

Jika mengacu pada proses tersebut, proses awal mengacu pada asumsi bahwa ada informasi yang cukup (*adequate information*) yang harus diberikan dokter kepada pasien. Dengan mendapatkan informasi yang cukup ini, pasien lalu diasumsikan sudah tercerahkan sehingga keputusan yang diambil merupakan keputusan tercerahkan. Dari pengambilan keputusan tercerahkan tersebut, dokter dapat bertindak sesuai dengan keinginan pasien sekaligus bertindak sesuai dengan apa yang paling baik bagi pasien.

Kenyataannya, pemberian informasi yang cukup saat *Informed Consent* tidak selalu berujung tindakan yang tepat dengan keluaran yang paling baik untuk pasien. Pada masa pandemi COVID-19, misalnya, banyak kasus yang cukup mendemonstrasikan permasalahan ini. Dengan latar belakang *Informed Consent*, pasien dalam kasus COVID-19 dapat menolak untuk divaksinasi dalam konteks pasien tidak memberikan consent untuk divaksin. Hal ini menyebabkan pasien untuk tidak memiliki pertahanan tubuh yang cukup sebagai langkah *preventif* terhadap COVID-19 jika suatu saat pasien tertular dan di sisi lain tidak pernah mendapatkan vaksinasi, maka dapat mengancam keselamatan masyarakat secara umum. Contoh kasus lainnya adalah pasien menolak untuk dirawat di rumah sakit ketika terkena COVID-19 sehingga pada akhirnya tidak dapat pulih secara optimal atau bahkan kematian.

Hal ini juga banyak berlaku di luar situasi COVID-19. Kasus-kasus pasien yang menolak pengobatan medis terhadap penyakitnya dan di banyak kasus lebih memilih pengobatan alternatif juga banyak ditemui di masyarakat. Tak jarang, karena penyakit yang dialami sudah parah, pilihan pasien akhirnya berakhir dengan kondisi yang semakin memburuk. Penolakan terhadap tindakan atau pengobatan yang pas terjadi walau pun dalam kondisi pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup mengenai penyakit tersebut, pilihan pengobatan, dan kemungkinan keluaran yang muncul dari pengobatan atau penolakan atas pengobatan.

Dari sisi dokter, hal ini merupakan suatu dilema antara bertindak dengan mengedepankan kepentingan pasien (misalnya kesembuhan dari penyakit) dan di sisi lain menghormati otonomi pasien dalam konteks *Informed Consent*. Dalam kasus pasien yang sudah diberi informasi yang cukup tetapi tetap memilih untuk menolak pengobatan walau pun keluaran dari penolakan tersebut adalah kondisi yang memburuk bahkan kematian, dokter dihadapkan pada situasi tidak dapat mengedepankan kesehatan pasien karena harus menghormati otonomi.

Dalam proses *Informed Consent*, informasi yang cukup harus diberikan ke pasien supaya pasien dapat mengambil keputusan secara tepat. Akan tetapi, proses ini tidak mengambil pertimbangan bahwa proses penerimaan informasi ke seseorang tidak terjadi sepenuhnya semudah memberi tahu seseorang. Proses informasi masuk ke dalam keyakinan seseorang terjadi dalam bentuk pembentukan keyakinan atau revisi keyakinan. Informasi baru yang muncul dari luar diri seseorang akan dihadapkan pada keyakinan yang sudah ada terlebih dahulu. Informasi tersebut lalu akan dipertimbangkan baik secara eksternal (misalnya dengan mempertimbangkan reliabilitas sumber informasi atau proses epistemik informasi tersebut) mau pun internal (misal dengan membandingkan konsistensi informasi tersebut dengan keyakinan yang sudah diyakini terlebih dahulu), dengan standar yang berbeda-beda pada tiap orang.

Dari proses pertimbangan ini, seseorang lalu akan mengambil keputusan untuk membentuk keyakinan di dalam diri dari informasi tersebut atau bisa juga merevisi keyakinan yang sebelumnya sudah ada karena pertimbangan informasi yang dianggap reliabel. Di sisi lain, seseorang juga dapat menolak informasi tersebut karena informasi tersebut dianggap tidak reliabel dan berlawanan dengan keyakinan seseorang tersebut. Hal ini menjadi rumit juga karena standar reliabilitas tiap orang berbeda-beda, misalnya standar seseorang dalam menilai reliabilitas seseorang lainnya sangat dipengaruhi faktor yang sifatnya sosial seperti seberapa seseorang dianggap berharga atau dihormati di dalam suatu komunitas. Standar untuk menilai reliabilitas proses epistemik pada setiap orang juga sangat beragam, misalnya informasi yang muncul dari mimpi mungkin dianggap lazim bagi sebagian orang dan dianggap tidak lazim bagi sebagian lainnya. Begitu pun dengan keyakinan terhadap proses epistemik yang standar dalam sains, sebagian mungkin menganggapnya benar sedangkan sebagian lainnya bisa saja tidak percaya dengan sains.

Secara sekilas, apakah artinya bahwa yang salah adalah ketidakpercayaan terhadap dokter dan terhadap sains sehingga informasi yang cukup pun tidak dapat menjadi alasan cukup bagi pasien untuk mengadopsi informasi (baik dalam bentuk membentuk keyakinan baru atau merevisi keyakinan lama) yang tepat sebelum pasien dapat mengambil keputusan yang tercerahkan? Apakah tanggung jawab terhadap keputusan pada akhirnya sepenuhnya ada pada pasien atau lebih tepatnya pada keyakinan pasien yang salah sedari awal?

Feldman menjelaskan bahwa secara etis, deontologi dalam epistemik hanya terjadi dalam konteks yang sangat terbatas⁽¹²⁾. Pada tindakan, individu memiliki kontrol khusus untuk melakukan atau menahan tidak

melakukan sesuatu. Hal ini dinamai Feldman sebagai kontrol terhadap respon (*response control*). Jika seseorang ditantang untuk berdiri dari kursi supaya dapat sejumlah uang, maka jika pun kaki seseorang tersebut sedang terkilir seseorang tersebut tetap bisa berdiri dengan usaha yang lebih. Begitu pun jika seseorang disuruh untuk melakukan sesuatu yang bertentangan dengan keyakinannya, maka seseorang bisa menolak untuk melakukan hal tersebut.

Lain halnya dengan kepercayaan. Deontologi dalam epistemologi terkait dengan justifikasi epistemik suatu kepercayaan. Subjek S harus mempercayai bahwa P, dengan catatan kepercayaan mengenai P muncul dari proses pencerapan informasi yang memadai oleh subjek S. Sampai batas ini, deontologi dapat diterapkan bahwa subjek S harus (*ought*) mempercayai P jika kepercayaan terhadap P terjustifikasi secara epistemik. Namun, di luar itu, individu tidak memiliki kendali langsung atas kepercayaannya.

Kendali atas kepercayaan hanya dapat dilakukan dalam bentuk evaluasi kepercayaan. Hal ini dilakukan dengan memverifikasi keabsahan epistemik kepercayaan dengan menghadapi bukti-bukti relevan. Dari proses menghadapi bukti-bukti yang relevan, individu dapat mengevaluasi apakah kepercayaannya selama ini benar atau tidak. Tetapi, di balik proses evaluasi juga dapat terjadi proses penolakan. Karena hal tertentu, misalnya kesulitan emosional, subjek S tidak dapat mempercayai P yang terjustifikasi karena alasan emosional, sehingga subjek S melakukan rasionalisasi R untuk menolak P dan mempertahankan kepercayaan awal. Subjek S yang melakukan rasionalisasi R juga tidak melakukan hal tersebut karena pilihan, rasionalisasi R terjadi karena bawaan kepercayaan subjek S.

Karena tidak memiliki kendali terhadap kepercayaan sebagaimana seseorang memiliki kendali atas tindakan, maka menurut Feldman⁽¹²⁾ kepercayaan tidak dapat dihakimi sebagai terpuji atau tidak terpuji. Deontologi dalam proses epistemik hanya terdapat pada seseorang harus mempercayai sesuatu jika memang bukti atas informasi tersebut dinilai sebagai kebenaran oleh seseorang tersebut.

Terlepas dari terbatasnya tanggung jawab moral atas proses epistemik pembentukan kepercayaan, kendali yang sangat terbatas dan tidak langsung terhadap kepercayaan berarti bahwa proses penerimaan informasi tidak semudah menjelaskan secara singkat sebagaimana dilakukan dalam proses *Informed Consent*. Seseorang yang akan menghadapi tindakan medis tertentu, misalnya operasi, bisa saja tetap tidak meyakini bahwa operasi dapat lebih menyembuhkan dibandingkan pengobatan alternatif karena alasan tertentu. Latar belakang pasien sangat mempengaruhi penerimaan pasien terhadap apa yang disampaikan dalam *Informed Consent*.

Hal ini menimbulkan dilema. Apakah dokter sebaiknya tetap mengikuti *Informed Consent* walau pun keputusan pasien akan sangat merugikan pasien? Apakah dokter sebaiknya mengabaikan *Informed Consent* untuk mencapai kesembuhan pasien walau pun pasien tidak setuju? Di dalam dilema ini, ada dua hal yang bertabrakan yaitu antara otonomi pasien yang diwujudkan dalam *Informed Consent* walau pun akan merugikan pasien dan kesejahteraan pasien walau pun tidak menghormati otonomi pasien. Dilema yang muncul dari kompleksitas pembentukan kepercayaan dan kebutuhan untuk mengedepankan otonomi pasien merupakan masalah yang harus dikaji lebih lanjut.

Permasalahan lain terkait epistemologi *Informed Consent* adalah tentang informasi yang cukup (*adequate information*). Jika dalam prosesnya ternyata pembentukan kepercayaan dan pemahaman terhadap apa yang dijelaskan dalam *Informed Consent* ternyata rumit dan tidak semudah praktiknya, pertanyaan lain yang muncul adalah sebatas apa informasi yang harus diberikan dan sepaham apa pasien sebelum dapat melakukan *Informed Consent*. Karena kompleksitas ilmu, maka sebenarnya untuk memahami secara penuh suatu penyakit harus memahami konteks ilmu secara cukup juga. Jika pemahaman yang dicari dari *Informed Consent* adalah pemahaman yang komplit, maka apa yang harus dijelaskan dalam *Informed Consent* yang terkait dengan tindakan juga harus didampingi oleh pengetahuan umum ilmu kedokteran sebelumnya.

Di lain sisi, pemahaman yang cukup dapat dimaknai dengan pengetahuan yang terbatas, misalnya dibatasi pada penyakitnya apa, tindakannya apa, dan keluaran dari tindakannya apa. Hal ini juga menemukan batasan, termasuk batasan temporal bahwa apa yang dijelaskan dalam *Informed Consent* juga memiliki konteks waktu mengingat ilmu terus berubah dan mengalami revisi.

Batasan lainnya adalah perbedaan latar belakang masing-masing individu juga berpengaruh pada pemahaman. Individu dengan latar belakang keilmuan Barat, misalnya, akan lebih dapat memahami konteks umum dari ilmu kedokteran dan paradigmanya. Lain halnya dengan individu dengan latar belakang lainnya, misalnya kesehatan Timur, akan susah untuk memahami konsep kedokteran Barat yang memiliki paradigma yang berbeda dengan kesehatan Timur. Artinya, pengetahuan yang cukup dan apa yang harus dijelaskan pada saat proses *Informed Consent* untuk menjamin pemahaman yang sama antar pasien berarti membutuhkan kedalaman informasi yang berbeda-beda.

Hal ini menjadi permasalahan tersendiri dalam infrastruktur medis pada masa ini. Spesialisasi *Informed Consent* untuk memenuhi kebutuhan informasi yang berbeda-beda akan memakan waktu dan tenaga yang cukup banyak. Waktu dan tenaga yang cukup banyak juga dibutuhkan jika memang pemahaman dalam bentuk pembentukan kepercayaan yang membutuhkan waktu panjang dan tenaga yang banyak harus dicapai terlebih dahulu sebelum melakukan *Informed Consent*.

KESIMPULAN

Berdasarkan dari penjabaran di atas, dapat ditarik kesimpulan pada tiap-tiap pertanyaan yang diajukan di dalam penelitian ini yakni:

- 1) Kaitan *Informed Consent* dengan pengetahuan milik pasien terdapat di dalam otoritas pasien untuk menentukan keputusan yang akan diambil. Bukan hanya karena informed konsen merupakan perwujudan dari upaya untuk mereduksi paterinialisasi yang terjadi di dunia Kesehatan saja. Akan tetapi, hal tersebut berkonsekuensi pada keputusan apa yang akan diambil oleh pasien berdasarkan yang ia pahami dari penjelasan tenaga Kesehatan dengan napa yang ia Yakini dan percayai sebelumnya.
- 2) Batasan pengetahuan yang dimiliki pasien saat mengambil keputusan adalah apa yang ia Yakini dan percayai. Hal ini bukan tentang saintifik atau tidak, rasional atau bahkan tidak irasional, namun bergantung terhadap modal pengetahuan awal yang dimiliki pasien sehingga ia mampu mengorelasikan terhadap pertimbangan keputusan yang akan ia ambil.
- 3) *Adequate information* dalam proses *Informed Consent* memiliki peluang untuk tidak dapat tercapai. Hal tersebut dikarenakan berbagai factor yakni ilmu yang bersifat temporall serta kompleksitas ilmu yang tidak mungkin dapat dijelaskan secara keseluruhan saat upaya untuk mencerahkan pasien. Optimalisasi *adequate information* terbentur oleh pengetahuan dan keyakinan yang dimiliki pasien pula, sehingga dapat dikatakan bahwa semaksimal apapun *Informed Consent* diberikan, maka tidak menjamin hasil yang sesuai dengan harapan
- 4) Dari penelitian ini, terdapat berbagai temuan yang dapat ditindaklanjuti dengan penelitian selanjutnya. Hubungan antara prinsip otonomi dan keselamatan pasien harus dikaji lebih dalam, baik dalam konteks relasional atau dalam konteks prioritas moral. *Adequate information* juga dapat dikaji lebih dalam untuk menentukan apa yang dapat termasuk *adequate information* dan status epistemik-nya terutama terkait dengan personal dan *doxastic*. Dari berbagai pertanyaan yang muncul dari penelitian ini, penyelenggaraan kesehatan dalam konteks manajemen dapat dikaji ulang dalam artian apakah reorganisasi dengan paradigma tertentu harus dilakukan atau tidak

DAFTAR PUSTAKA

1. Katz J. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York: Free Press; 1984.
2. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker LS. *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. 2nd ed. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. New York: Oxford University Press; 2001. 353 p.
3. Ross JW. *Handbook for hospital ethics committees*. Chicago: American Hospital Publishing; 1986.
4. Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press; 1986.
5. Macklin R. Understanding Informed Consent. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 1999 Jan;38(1):83–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/028418699431843>
6. Millum J, Bromwich D. Informed Consent: What Must Be Disclosed and What Must Be Understood? *Am J Bioeth*. 2021;21(5):46–58.
7. The Nuremberg Code. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1996 Nov;276(20):1691. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1996.03540200077043>
8. Shuster E. Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. *N Engl J Med* [Internet]. 1997 Nov;337(20):1436–40. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199711133372006>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
10. Katz J, Capron AM. *Catastrophic diseases: who decides what?: A psychosocial and legal analysis of the problems posed by hemodialysis and organ transplantation*. Routledge; 2017.
11. Pernick MS. The patient's role in medical decision making: a social history of informed consent in medical therapy. *Probl Com Study Ethical Probl Med Biomed Behav Res Mak Heal Care Decis Ethical Leg Implic Inf Consent Patient Pract Relatsh*. 1982;3:1–35.
12. Feldman R. Modest deontologism in epistemology. *Synthese* [Internet]. 2008 Apr;161(3):339–55. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11229-006-9088-y>