

BIOETIKA (GIZ 471)

PERTEMUAN 5

OTONOMI PASIEN DALAM PEMBERIAN LAYANAN KESEHATAN

A. Definisi Otonomi

Otonomi secara literature adalah aturan yang mengatur diri sendiri secara tenang dan tidak tergesa-gesa. Dasar-dasar respect for autonomy terkait erat dengan dasar mengenai rasa hormat terhadap martabat manusia dengan segala karakteristik yang dimilikinya karena ia adalah seorang manusia yang memiliki nilai dan berhak untuk meminta. Otonomi adalah aturan personal yang bebas dari campur tangan pihak lain. Beauchamp dan Childress merumuskan hal ini sebagai kata "tindakan otonomi tidak hanya ditujukan untuk mengontrol pembatasan oleh orang lain". Respect for autonomy merupakan sesuatu yang hanya diwajibkan bila ia tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip kaidah bioetika yang utama lainnya, contohnya: jika sebuah tindakan otonomi akan membahayakan manusia lain, maka prinsip respect for autonomy akan bertentangan dengan prinsip non-maleficence, maka harus diputuskan prinsip yang ditetapkan.

B. Informed Consent mengkomodir Prinsip Autonomy

The Oxford English Dictionary, mendefinisikan istilah "consent" sebagai "voluntary agreement to, or acquiescence in, what another proposes or desires; compliance, concurrence, permission". Dengan informed consent dimaksudkan persetujuan bebas yang diberikan oleh pasien terhadap suatu tindakan medis, setelah ia memperoleh semua informasi penting mengenai sifat serta konsekuensi tindakan tersebut. Prinsip informed consent berakar pada martabat manusia di mana otonomi dan integritas pribadi pasien harus dilindungi. Integritas manusia menuntut bahwa setiap orang bertindak menurut apa yang diketahuinya dan berdasarkan pilihan bebasnya. Pilihan sedemikian secara personal bersumber dari dalam diri sendiri, dan bukan dari dorongan internal buta atau karena tekanan eksternal.

Prinsip informed consent merupakan hak dan kewajiban setiap individu yang kompeten untuk meningkatkan kehidupan spiritualnya dan kesejahteraan jasmaninya melalui persetujuan bebasnya, atau dengan menolak memberi persetujuan atas tindakan medis tertentu berdasarkan pengetahuan yang cukup tentang keuntungan, kerugian dan resiko yang terkait. Bagi individu yang tidak kompeten, hak dan kewajiban ini harus diinterpretasi oleh penjamin individu tersebut (pasien) yang sah sesuai pengetahuannya atau keinginannya yang rasional.

Informed consent dan prinsip otonomi

Walaupun moralitas tindakan dari tenaga medis sangat dipengaruhi oleh etos, kode-kode etik dan keyakinan agama yang dianutnya, namun moralitas tindakannya terutama ditentukan oleh keputusan hati nuraninya. Dengan keputusan hati nurani dimaksudkan keputusan yang bersumber dalam pusat kepribadian yang

mewajibkannya untuk bertindak pada saat itu demi kepentingan terbaik pasien. Dalam hubungan ini muncul apa yang biasa dikenal dengan "otonomi moral" dan "otonomi klinis". Etika mengajarkan bahwa setiap pribadi mempunyai "otonomi moral", artinya ia mempunyai hak dan kewajiban untuk menentukan sendiri tindakan tindakannya (self-determination) dan mempertanggungjawabkannya. Otonomi menekankan kreativitas dan produktivitas, serta menolak konformitas. Otonomi menuntut bahwa kita sendiri menentukan siapakah kita ini dan bersedia bertanggung jawab atas pilihan itu. Selain itu tenaga medis juga memiliki "otonomi klinis", yaitu hak dan kewajiban tenaga medis untuk bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan klinis yang mempengaruhi kesehatan pasiennya. Pihak lain mana pun tidak boleh memaksakan kehendak atas diri tenaga medis. Tenaga medis dalam banyak hal wajib mendengarkan pendapat pihak-pihak lain, tetapi tidak boleh bertindak sematamata karena terpaksa mengikuti pendapat lain tersebut. Keputusan terakhir berada dalam tanggung jawab dokter. Oleh karena otonomi moral yang dimiliki pasien, maka dokter berkewajiban memberikan informasi untuk mendapatkan persetujuan, namun tidak boleh memaksakan persetujuan tersebut. "Otonomi klinis" tidak berarti pula hak untuk bertindak gegabah dan meremehkan pendapat tenaga medis lain terutama ahli-ahli yang berkompeten. Kebebasan hati nurani hanya pantas diakui apabila orang sudah sungguh-sungguh berusaha sebaik mungkin untuk mencari kebenaran. Menurut Immanuel Kant (1724- 1804) dan kaum deontolog, menghormati sesama berarti membiarkannya sebagai individu bebas untuk membuat pertimbangan sendiri dan bertindak sesuai pilihannya (dalam batas-batas moral tertentu).

Hormat sedemikian dituntut semata-mata demi orang lain sebagai individu yang memiliki integritas moral yang dapat menentukan sikap dan tujuannya sendiri. Hormat ini muncul dari kesadaran bahwa semua orang memiliki nilai diri yang tak bersyarat dan tujuan dalam dirinya sendiri. Intersubyektivitas harus dijiwai sikap saling menghormati. Menurut John Stuart Mill (1806- 1873), pilihan dan tindakan pelaku otonom tidak boleh dibatasi orang lain selama tidak merugikan orang lain dan/atau dirinya sendiri. Meskipun demikian prinsip self determination ini sering sulit diterapkan dalam klinik karena problem penyakit dan penderitaan yang sering sudah sangat menurunkan kemampuan pasien dan/atau keluarganya untuk berpikir dan mengambil keputusan secara rasional. Namun karena seringnya terjadi praktek medis yang melanggar prinsip ini, maka kode etik profesi mengungkapkan pentingnya hormat akan otonomi ini. Dalam Kode Nuremberg dikatakan: *"This voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have the 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, over-reaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. This later element requires that before the acceptance of an affirmative decision by the experimental subject there should be made known to him the nature, duration, and purpose of the experiment; the methods and means by which it is to be conducted; all inconveniences and hazards reasonably to be expected; and the effects upon his health or person which may possibly come from*

his participation in the experiment” (Nuremberg Code, Rule 1). Bagian akhir kode ini mengungkapkan keharusan untuk memperoleh informed consent dari setiap orang yang mau diikutsertakan dalam sebuah eksperimen. Dalam hukum Anglo-Amerika misalnya, ajaran tentang ”informed consent” ini lambat laun muncul akibat praktek medis menyangkut campur tangan dokter atas tubuh pasien tanpa persetujuannya. Dewasa ini semua kode etik medis dan penelitian, mengharuskan dokter untuk memperoleh informed consent dari pasien-pasiennya sebelum melakukan tindakan medis atau prosedur pemeriksaan tertentu. Fungsi-fungsi informed consent adalah melindungi dan meningkatkan otonomi pasien, melindungi pasien dan subyek peserta penelitian, mencegah tindakan manipulatif dan pemaksaan, meningkatkan sikap mawas diri dari tim medis, meningkatkan pengambilan keputusan rasional, dan melibatkan publik dalam pengembangan otonomi sebagai nilai sosial dan kontrol terhadap penelitian biomedis. Fungsi-fungsi ini dibuat berdasarkan beberapa prinsip moral, yaitu prinsip autonomi, beneficentia, nonmaleficentia, dan utilitas.

Prinsip autonomi adalah melindungi dan meningkatkan otonomi individu. Hubungan baik antara dokter dan pasien akan mencegah terjadinya ketidaktahuan yang justru menghambat otonomi pasien dan/atau keluarga untuk memutuskan, ketidaktahuan mana dapat berasal dari kekurangan informasi atau karena kurang paham. Prinsip beneficentia adalah melindungi pasien serta subyek peserta penelitian, sedangkan prinsip nonmaleficentia mencegah timbulnya kerugian atas pasien, terutama pasien tidak sadar, anak-anak, mental terbelakang, dan sebagainya. Dalam hal ini, orang tua atau keluarga pasien atau orang lain yang secara legal dapat diterima untuk mewakili pasien, dapat memberi persetujuan. Prinsip utilitas adalah meningkatkan sikap mawas diri tim medis dalam melakukan tindakan yang menguntungkan setiap orang dalam masyarakat, termasuk tenaga kesehatan sendiri, pasien-pasien dan para peneliti sehingga dapat tetap terbina sikap saling percaya. Informed consent dan extraordinary means Informed consent harus diperoleh dari pasien dengan kasus medis berat dan beresiko, dimana bila dilakukan prosedur medis tertentu tidak dapat dipastikan akan memberikan hasil positif. Dengan kata lain informed consent harus diperoleh dari pasien bila ditempuh tindakan medis sebagai extraordinary means. Menurut etika-moral extraordinary means yaitu semua tindakan yang mengakibatkan penderitaan atau pembiayaan yang melampaui batas normal dalam situasi lingkungan tertentu. Yang termasuk di sini adalah tindakan-tindakan yang mungkin mengubah kepribadian, menghalangi hubungan pasien dengan sanak keluarganya, mengurangi daya manusiawi, atau tidak memberi harapan besar akan manfaatnya. Pasien tidak harus meminta, juga dokter tidak harus menyediakan perawatan seperti itu, kecuali dalam keadaan tertentu, misalnya pasien masih membutuhkan waktu lebih banyak untuk menyelesaikan suatu tugas sosial, atau demi persiapan rohani dan keagamaan menjelang kematiannya. Drew dan Ford berpendapat bahwa extraordinary means adalah obat-obatan, perawatan, dan operasi yang tidak dapat diperoleh, digunakan, atau dilakukan tanpa berefek seperti penderitaan atau gangguan lainnya. Dan bila diterapkan, tidak akan memberikan harapan wajar akan kesembuhan. Dalam bidang medis, tindakan extraordinary means meliputi penelitian dan percobaan yang efektivitasnya belum jelas atau bahkan mempunyai angka mortalitas tinggi. Juga tindakan yang mengandung ketidakseimbangan antara kesakitan, kerusakan

anggota badan, atau kerugian psikologis, dengan manfaat yang dapat diperkirakan, baik dalam jangka pendek maupun panjang, atau dengan biaya yang terlampaui tinggi. Berkenaan dengan tindakan medis yang dipandang sebagai extraordinary means, dokter berkewajiban untuk memberi informasi dan meminta persetujuan dari pasien dan/atau keluarga sambil memperhatikan kompetensinya. Sikap yang mengabaikan prinsip informed consent ini berlatar belakang pada sikap paternalistis dokter yang dewasa ini semakin dipersoalkan karena semakin berkembangnya kesadaran akan otonomi pasien dan/atau keluarga yang harus dihormati. Yang dimaksud dengan paternalisme yaitu setiap tingkah laku yang memperlakukan seseorang seolah-olah dia seorang anak. Dalam konteks etika, kata paternalisme biasanya dipakai untuk menunjukkan setiap tindakan yang membatasi kebebasan seseorang tanpa persetujuannya dengan maksud atau mencegah kerugian bagi dia atau melakukan sesuatu yang baik, yang tidak dapat diperolehnya dengan cara lain. Memang sikap paternalistis tidak selalu salah karena sikap ini juga berdasar pada prinsip beneficentia. Namun sikap ini salah jika dokter berhadapan dengan pasien yang otonom yang berhak memperoleh informasi yang benar dan jelas mengenai keadaan penyakitnya serta tindakan medis yang akan dijalani. Terhadap tindakan medis yang dikategorikan extraordinary means, pasien tidak diharuskan untuk memberi persetujuan. Bila persetujuan diberikan atas dasar "doctor knows the best", yang berarti persetujuan pasien merupakan ungkapan serah diri secara total kepada dokter atas dasar kepercayaan bahwa dokter mengetahui yang terbaik, maka persetujuan pasien tersebut tidak sah. Dan sehubungan dengan tindakan medis tambahan atau lanjutan yang termasuk extraordinary, pasien dan/atau keluarga harus dimintakan persetujuan atas tindakan tersebut, baik yang dapat membantu proses penyembuhan atau hanya merupakan tindakan medis yang tidak bermanfaat. Bila merupakan tindakan medis yang tidak bermanfaat, maka tidak perlu dilakukan, dan bila sudah dilakukan tidak perlu dilanjutkan. Dalam "Deklarasi tentang Euthanasia" (1980) dikatakan: "If other remedies are lacking, it is permissible with the consent of the sick person, to use the most recent medical techniques, even if there are not yet fully tested and are not free of risk. The sick person who agrees to them can even give an example thereby, of generous service to the human race". Dalam hal ini tindakan medis yang agresif harus dibedakan dari tindakan yang tidak dibutuhkan (unnecessary). Bila beban dari tindakan pertahanan kehidupan seperti penggunaan respirator, pemberian oksigen, kemoterapi dan lain-lain jauh dari harapan sembuh, maka tidak ada kewajiban untuk melanjutkannya.

Unsur-Unsur yang tercakup dalam informed consent kode etik kedokteran dan penelitian menekankan bahwa persetujuan harus muncul dari kemauan bebas (voluntarium) pasien, dan harus merupakan jawaban atas informasi yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. Informed consent ini harus benar dan sesuai dengan pemahaman pasien dan petugas medis. Persetujuan ini harus muncul dari keputusan bebas orang yang kompeten. Unsur-unsur informed consent yang dimaksud yaitu : kompetensi, penyampaian informasi, pemahaman informasi, dan kebebasan serta persetujuan. Kompetensi (competence to consent, competentia = wewenang, kecakapan, kesanggupan) mungkin lebih cocok disebutkan sebagai presuposisi daripada sebagai unsur informed consent. Dalam konteks ini, kompetensi mengacu ke suatu prekondisi untuk bertindak secara sukarela karena

memahami pentingnya informasi. Kompetensi ialah kesanggupan pasien untuk mengambil keputusan tentang pengobatan dengan mempertimbangkan semua faktor yang relevan. Seorang pasien adalah kompeten jika bisa mengambil keputusan atas dasar alasan rasional. Ia harus dapat memahami prosedur, mempertimbangkan resiko dan manfaat, serta dapat mengambil keputusan sesuai dengan pengetahuannya dan nilai-nilai serta tujuan yang hendak dicapai. Sebaliknya tidak kompeten (incompetent) yaitu bila tidak dapat memahami prosedur dan tindakan medis. Umumnya yang tidak kompeten adalah anak-anak, pengidap penyakit jiwa atau depresi, dan pasien yang tak sadar, bingung, atau panik. Terdapat banyak kondisi eksternal dan internal yang dapat membatasi tindakan bebas pasien. Oleh karena itu sebelum melakukan tindakan medis tertentu, tim medis harus memeriksa apakah pasien tersebut kompeten atau tidak kompeten untuk dimintakan persetujuannya.

Pasien kompeten adalah pasien dewasa yang mampu memahami keadaan penyakitnya, resiko dan alternatif tindakan medis, dan mampu menerima informasi serta memilih dengan bebas tindakan medis yang ditawarkan. Bila pasien tidak kompeten, maka persetujuan dapat diminta dari keluarga/wali. Bila keluarga/wali tidak ada, atau bila hadir tetapi tidak kompeten, maka tim medis harus memutuskan sendiri apakah dapat dilakukan tindakan/terapi tersebut sesuai situasi pasien. Terdapat tiga standar kompetensi pasien dan/atau keluarga untuk mengambil keputusan: 1) Kemampuan untuk mengambil keputusan atas dasar pertimbangan rasional (rational reason). Bila dihadapkan pada beberapa pilihan, orang tersebut harus dapat memilih suatu alternatif. 2) Kemampuan untuk memberi alasan bagi pilihannya. 3) Pilihan itu harus logik. Dengan kata lain, kompetensi adalah kemampuan mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan melalui suatu keputusan. Dalam konteks biomedik, standar-standar ini mengandung pengertian bahwa seorang pasien dan/atau keluarganya harus mampu memahami suatu terapi/tindakan medis atau prosedur medis tertentu, serta harus mampu mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang dapat dicapai. Berdasarkan pemahaman ini pasien dan/atau keluarga dapat menyatakan pesetujuannya atau menolak. Dalam hal penyampaian informasi (disclosure of information), dibutuhkan kondisi yang memungkinkan agar seseorang dapat memperoleh informasi yang cukup untuk mengambil keputusan (informed choice). Hal-hal yang perlu diketahui oleh pasien dan/atau keluarganya adalah tindakan medis yang hendak dilakukannya, tindakan medis lain yang tersedia, antisipasi resiko dan efek positifnya. Standar penyampaian informasi dapat berupa standar praktek profesi medis, standar rata-rata yang ingin diketahui oleh pasien berakal sehat, dan standar subyektif. Dalam standar praktek profesi medis (the professional practice standard) penyampaian informasi yang tepat ditentukan oleh praktek medis yang sudah biasa dilakukan. Berdasarkan standar rata-rata yang ingin diketahui oleh pasien berakal sehat (the reasonable person standard) untuk menyampaikan informasi harus diperhatikan apakah pasien dapat memahami informasi tersebut. Ketepatan menerima informasi dapat diukur dengan kemampuan pasien dan/ atau keluarga untuk dapat memahami juga efek negatif dari keputusannya bila mengikuti prosedur medis tertentu. Untuk itu dibutuhkan kondisi tertentu yang dapat membantu mengetahui kompetensi di atas yaitu: semua materi yang penting untuk mengambil keputusan harus

disampaikan, pengetahuan tentang efek negatif misalnya cacat tubuh dan kematian, mampu memahami dan menentukan sikap, dan penyampaian informasi didasarkan pada relasi kepercayaan. Walaupun demikian masih terdapat kesulitan lain lagi, yaitu bagaimana memahami keinginan pasien yang tidak kompeten di mana persetujuan diberikan oleh keluarga/wali yang bertanggungjawab atas namanya. Selain itu apakah informasi yang diperoleh benar-benar digunakan sebagai dasar untuk mengambil keputusan. Dewasa ini dalam yurisprudensi pengadilan di Amerika Serikat lebih banyak menggunakan standar di atas. Standar subyektif (the subjective standard) memperhatikan kebutuhan khusus pasien dengan penyakit tertentu. Dalam hal ini dokter harus menganalisis latar belakang penyakit yang ingin diketahui pasien. Yang menjadi masalah apakah mungkin bagi seorang dokter untuk melayani setiap pasien dengan memberikan informasi tentang keadaan penyakitnya sehingga pasien tersebut telah dipersiapkan dengan baik untuk memberikan pernyataan persetujuannya. Karena kesulitan ini maka standar pemberian informasi yang cocok adalah moralitas yang berdasar pada hormat akan otonomi pasien sambil tetap memperhatikan situasi khusus pasien. Keputusan terbaik harus merupakan gabungan ketiga standar di atas dengan prinsip: "Semua yang dibutuhkan oleh pribadi berakal sehat untuk mengambil keputusan harus disampaikan, dan bersedia memberi jawaban yang benar atas setiap pertanyaan pasien. Namun tidaklah benar mempertahankan otonomi pasien bila ada kriteria yang kuat untuk melanggarnya. Bila pasien dan/atau keluarga tidak memiliki pengertian yang tepat dan benar untuk mengambil keputusan, maka tidak diperlukan informed consent. Informed consent juga tidak dibutuhkan pada keadaan pasien kritis atau darurat yang membutuhkan tindakan medis secara cepat dan tepat sesuai kemampuan tenaga medis dan peralatan medis yang tersedia. Dalam situasi seperti ini dokter memutuskan sendiri untuk melakukan yang terbaik demi kepentingan terbaik pasien, dan hal ini dilakukan atas dasar prinsip beneficentia.

Pemahaman informasi (comprehension of information)

Bila pemberian informasi tidak lengkap, maka akan terdapat banyak kondisi yang dapat membatasi pengertian pasien untuk menyatakan persetujuannya. Keadaan ini bisa disebabkan baik oleh pihak informan yang tidak memberi informasi yang jelas, atau pihak penerima informasi yang tidak memahami bahasa dokter. Penerimaan informasi dari pihak pasien juga dipengaruhi oleh kesediaan menerima kebenaran informasi atau tidak. Tugas tenaga medis tidak hanya memahami, tetapi juga menghargai sikap pasiennya, karena pasien yang telah memahami informasi dokter tidak selalu mau memberikan persetujuannya. Bila dijumpai orang yang tidak dapat bertanggung jawab, maka perawatan dapat saja dilaksanakan sekalipun mungkin tidak sesuai dengan keinginan pasien.

Kebebasan dan persetujuan (voluntary consent).

Kebebasan di sini berarti bahwa seseorang dapat mengambil keputusan tanpa paksaan atau pengaruh lain yang menekan, baik berupa kekerasan, ancaman, atau manipulasi. Dokter yang mengancam akan menghentikan pengobatan bila pasien tidak menuruti nasihatnya berarti dokter tersebut menjalankan paksaan dan mengabaikan kebebasan pasien. Narapidana yang dijanjikan remisi bila bersedia

menyumbangkan sebuah ginjalnya kepada yang membutuhkan transplantasi berarti tawaran ini juga mengurangi kebebasan narapidana tersebut. Walaupun demikian absensi pengaruh luar saja tidak berarti bahwa pasien dapat mengambil keputusan dengan kebebasan penuh. Begitu pula sebaliknya informasi yang diberikan tidak berarti bahwa dokter memaksakan kehendaknya kepada pasien atau keluarganya. Perlu disadari bahwa bebas murni dari pengaruh luar merupakan hal yang ideal tetapi sekaligus mustahil, karena fakta menunjukkan jarang sekali kita bisa bebas seutuhnya dari pelbagai tekanan dan sangat sulit untuk membuat putusan yang sungguh bebas. Bila pasien itu bebas, berarti ia juga berhak untuk menolak pengobatan. Situasi ini bisa menimbulkan konflik antara prinsip autonomi dan prinsip beneficentia. Dalam hal ini perlu dipertimbangkan kompetensi walaupun dapat juga terjadi bahwa kompetensi dikurangi karena ketakutan atau keadaan emosi pasien. Dalam hal ini dokter jangan terlalu cepat menganggap pasien tidak kompeten. Sejauh mana kompetensi pasien untuk mengambil keputusan tergantung pada pemahamannya akan informasi dan komunikasi antara pasien dan dokter. Kunci hubungan yang paling efektif antara pasien dan dokter adalah komunikasi yang baik.

Penolakan Tindakan Medis (Informed refusal)

Selain memberi persetujuan, pasien juga berhak menolak tindakan medis tertentu sebagai individu yang kompeten, informed, dan bebas. Atas penolakan itu dapat diajukan pertanyaan kritis, "apakah ada implikasi dan batas-batas dari prinsip otonomi"? Dalam *The Patient's Bill of Rights* dikatakan: "*The patient has the right to refuse treatment to the extent permitted by law, and to be informed of the medical consequences of his actions*". Penolakan itu dibuat atas dasar hak untuk menentukan diri sendiri. Masalah akan muncul bila pasien menolak tindakan medis tertentu yang justru sangat penting untuk mempertahankan hidupnya. Sebagai contoh, penolakan transfusi darah, amputasi, atau melanjutkan dialisis ginjal. Begitu pula muncul masalah sehubungan dengan penolakan pihak kedua (keluarga misalnya) dalam kasus anak-anak dan pasien-pasien yang tidak kompeten. Pengadilan misalnya tidak dapat memaksakan persetujuan dari pasien kompeten yang menolak diberi transfusi darah atas dasar keyakinan religiusnya (Saksi Yehova). Tetapi pihak pengadilan tidak dapat menerima penolakan transfusi darah orang tua Saksi Yehova atas nama anak mereka yang baru lahir yang justru tak kompeten. Penolakan pengobatan dalam situasi perpanjangan hidup dengan sarana artifisial, tidak dapat dikatakan sebagai upaya "bunuh diri". Penolakan tindakan medis yang tidak bermanfaat tidak dapat disamakan dengan bunuh diri. Lebih tepat penolakan itu dipandang sebagai penerimaan kondisi manusiawi yang terbatas atau keinginan untuk menghindari penggunaan teknologi medis mutakhir yang tak seimbang dengan hasil positif yang hendak dicapai, atau keinginan pasien untuk tidak memberi beban berat bagi keluarga atau masyarakat. Bila seseorang menderita penyakit terminal dan membiarkan kematian terjadi atas dirinya, hal ini tidak dapat dikatakan sebagai bunuh diri. Tetapi bila seorang pasien dengan penyakit terminal mengakhiri hidupnya secara aktif, misalnya dengan menembakkan pistol pada dirinya, maka umumnya kita menyebut tindakan itu sebagai "bunuh diri". Banyak orang mengakhiri hidup mereka dengan bunuh diri secara berencana.

Namun tidak semua tindakan itu dilakukan dengan sikap otonom. Pada umumnya kematian dianggap "bunuh diri" bila muncul dari suatu usaha sendiri (self-destruction), dan bukan disebabkan oleh tindakan orang lain. Disebut Tindakan "bunuh diri" bila seseorang mengakhiri hidupnya sendiri sebelum waktunya.

Informed Consent dan hukum yuridis

Dalam praktek kedokteran, prinsip informed consent ini, dan standar praktek profesi medis (the professional practice standard) berkaitan dengan malpraktek. Valentin V mendefinisikan malpraktek sebagai "Kelalaian dari seorang dokter atau perawat untuk mempergunakan tingkat kepandaian dan ilmu pengetahuan dalam mengobati dan merawat pasien yang lazim dipergunakan terhadap pasien atau orang yang terluka menurut ukuran di lingkungan yang sama". Dokter yang karena profesionalismenya dan terdorong untuk berbuat yang terbaik bagi pasiennya (prinsip beneficentia) tanpa informed consent segera bertindak dan ternyata menimbulkan kerugian bagi pasien, maka dokter harus bertanggung jawab atas dugaan umum telah terjadi malpraktek. Dalam kasus dugaan malpraktek, unsur yang umumnya diperiksa adalah informed consent dan standar praktek profesi medis yang dipakai dokter. Informed consent sangat dibutuhkan dalam tindakan medis terutama yang dikategorikan sebagai extraordinary means, karena memiliki dimensi hukumnya. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana terdapat beberapa pasal yang mengatur penghapusan hukuman terhadap pelaku-pelaku pidana seperti pasal 44 (sakit jiwa), pasal 48 (unsur paksaan), pasal 49 (membela diri karena terpaksa), pasal 50 (melaksanakan ketentuan undang-undang) dan pasal 51 (melaksanakan perintah jabatan sah). Hukum yang berlaku umum ini tetap berlaku juga bagi profesi kedokteran. Namun masih terdapat faktor-faktor khusus yang berlaku untuk profesi medis yang tidak dijumpai dalam hukum yang berlaku umum, seperti : 1) Risk of treatment : resiko inheren, reaksi alergi, komplikasi dalam tubuh pasien. Dalam tindakan medis tertentu (operasi, pemberian obat) selalu ada resiko melekat (inherent risk of treatment). Dokter sudah bertindak hati-hati dan memenuhi standar praktek profesi medis dan informed consent, namun efek samping (risiko) tetap terjadi. Dalam situasi ini dokter tidak dipersalahkan. Sama halnya dengan bila terjadi reaksi alergi yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya. 2) Medical accident or misadventure (kecelakaan tindakan medis) yang sama sekali tidak dapat diduga dan bukan merupakan tujuan tindakan. 3) Non-negligent error of judgment (kekeliruan penilaian klinik). Dalam situasi ini selalu berlaku adagium dalam ilmu hukum yaitu *errare humanum est* (Latin), artinya kesalahan itu manusia-wi. Dan doktrin lain yang berlaku juga dalam ilmu kedokteran yaitu *respectable minority rule*, artinya seorang dokter tidak dianggap melakukan kelalaian jika ia memilih salah satu (dari sekian banyak) metode/cara pengobatan yang lazim/diakui dalam dunia kedokteran. 4) *Volenti non fit inura*. Doktrin ini berdasarkan pandangan bahwa bila seseorang telah mengetahui bahwa ada resiko dan secara suka rela bersedia menanggung resiko tersebut, jika kemudian resiko itu benar terjadi, ia tidak lagi dapat menuntut (*he who willingly undertakes a risk cannot afterwards complains*). Contoh di bidang olah raga yang tergolong keras seperti tinju, bela diri, terjun payung, dan sebagainya. Dalam dunia kedokteran seperti beberapa operasi yang mengandung resiko yang sangat tinggi yaitu cangkok ginjal dari donor hidup. Resiko

ini melekat pada donor dan resipiens, dan bila resiko ini terjadi dokter tidak mungkin dituntut. 5) Contributory negligence, yaitu sikap tindak yang tidak wajar dari pihak pasien, yang mengakibatkan kerugian atau cedera pada dirinya, tanpa memandang apakah pada pihak dokter terdapat pula kelalaian atau tidak. Doktrin ini juga tidak memandang apakah sikap tindak pasien itu sengaja atau tidak, dan ini menjadi dasar peniadaan/penghapusan hukuman pada pihak dokter. Misalnya pasien berkeras pulang ke rumah setelah operasi padahal belum diizinkan oleh dokter.

Kelalaian dari pihak pasien seberapa kecilpun, dapat menjadi alasan penghapusan/peniadaan hukuman pada pihak dokter. Jelaslah bahwa syarat utama pemberlakuan doktrin-doktrin ini ialah bahwa dokter memenuhi standar praktek profesi medis dan informed consent. Menurut Chin Keow V (1967) ukuran standar praktek profesi medis adalah dari orang yang berpendidikan dalam profesinya yang biasa (wajar), dan bukan ukuran dari seorang ahli yang terpandai. Dinyatakan cukup bila ia telah menjalankan ilmunya menurut orang berpendidikan yang setingkat dan wajar. Dengan kata lain, mengikuti standar medik yang umum dipergunakan oleh teman sejawat lainnya di dalam keadaan yang sama. Apabila kedua syarat ini tidak dipenuhi oleh dokter maka dapat dikatakan bahwa dokter telah melakukan tindak kelalaian atau kesalahan medis. Untuk itulah diperlukan suatu proses peradilan karena hakim akan memutuskan apakah suatu peniadaan/ penghapusan hukuman dapat diberlakukan atau tidak. Dan yang memberi penilaian ialah profesi yang bersangkutan. Untuk itu dibutuhkan saksi ahli agar tujuan memenuhi rasa keadilan dapat dicapai.

Informed consent dalam praktek medis

Dewasa ini informed consent telah diterima sebagai prinsip dasar dalam pelayanan kesehatan, walaupun dengan konteks yang sering berbeda. Sebagai contoh, prinsip yang berlaku di Amerika Serikat yaitu setiap manusia adalah otonom, sehingga ia sendiri harus diikutsertakan dalam semua tindakan yang menyangkut dirinya. Dengan demikian paternalisme yang memperlakukan seseorang dengan melewati kebebasannya ditolak dengan tegas. Informed consent mengandalkan otonomi dan individualitas manusia. Berbeda halnya dengan suasana kebudayaan di Indonesia (dan Asia pada umumnya) yang lebih menekankan sosialitasnya, yaitu keterikatan seseorang dengan keluarga dan masyarakat di sekitarnya. Di Indonesia bila diperlukan tindakan operasi atau tindakan medis lainnya di rumah sakit, maka yang diminta menandatangani surat izin adalah keluarga, dan bukan pasien itu sendiri. Juga di bidang proses pengobatan dan prospek penyembuhan, para dokter umumnya berkomunikasi dengan keluarga, dan jarang langsung dengan pasien sendiri. Keadaan itu diterima oleh pasien maupun keluarga sebagai hal yang biasa. Di sini tampak jelas pengaruh faktor budaya. Selama tidak ada keberatan, dokter melanjutkan kebiasaan untuk berkomunikasi dengan keluarga saja, dan informed consent tidak perlu dipaksakan. Keadaan akan menjadi berbeda bila pasien menuntut haknya dan mengemukakan keinginannya agar dokter langsung memberi informasi kepadanya. Ketergantungan pasien pada dokter dan keluarga termasuk tradisi budaya Asia pada umumnya. Berkaitan dengan hal ini, Jepang merupakan contoh yang sangat menarik. Jepang merupakan negara Asia yang paling maju

dalam bidang teknologi serta pelayanan medis, tetapi di situ juga nilai-nilai tradisional masih tetap dipertahankan dengan kuat. Tak dapat disangkal kenyataan bahwa kini di Jepang pun sedang berlangsung perubahan kultural. Otonomi pasien dan hak-hak pasien semakin mendapat perhatian. Rihito Kimura, staf Kennedy Institute of Ethics di Washington dan menjabat direktur Asia Bioethics Program di sana menulis mengenai perkembangan masyarakat di Jepang. Dalam konferensi nasional pertama tentang hak-hak pasien yang berlangsung di Tokyo Desember 1984, ditekankan hak-hak pasien untuk mengambil keputusan berdasarkan nilai-nilai moralnya sendiri. Namun demikian, otonomi yang semata-mata individualistis – salah satu prinsip fundamental dalam bioetika Barat – merupakan pengertian yang tidak cocok untuk diterapkan pada pola sosio-budaya Jepang. Hal ini disebabkan terutama karena tradisi pengambilan keputusan oleh keluarga dalam konteks pelayanan medis yang paternalistis. Perkembangan yang sama mulai terlihat juga dalam masyarakat Indonesia. Hal ini tampak dalam dua pernyataan yang dikeluarkan oleh Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Yang pertama tentang informed consent dan kedua tentang medical record (rekam medis). Dalam pernyataan pertama dikatakan bahwa dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien, walaupun untuk kepentingan pasien itu sendiri. Setiap tindakan medis yang mengandung risiko cukup besar hanya dapat dilakukan setelah adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien. Sebelumnya pasien harus diberikan informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis serta risiko yang berkaitan dengannya. Batas usia pasien yang bisa menandatangani sendiri persetujuan tindakan medis seperti operasi adalah 18 tahun. Bila usianya kurang dari 18 tahun harus mendapat persetujuan orang tua atau wali. Dalam pernyataan kedua ditegaskan bahwa rekam medis harus dibuat dengan teliti. Pasien berhak meminta dan memiliki semua catatan medis tentang dirinya, sedangkan dokter serta rumah sakit bertanggungjawab untuk menyimpannya. Bila dilaksanakan dengan konsekuen kedua pernyataan IDI ini, maka derajat etis pelayanan kesehatan di Indonesia tidak akan kalah dengan negara-negara maju dalam bidang hak-hak pasien. Kenyataannya sampai sekarang praktek masih berbeda jauh dengan yang dianjurkan IDI itu, terutama karena faktor budaya. Terlebih lagi pernyataan IDI sampai saat ini belum cukup dijadikan dasar hukum untuk dunia kedokteran. Akhirnya dapat ditambahkan bahwa walaupun di tahun-tahun terakhir terdapat banyak perhatian dalam media massa untuk kasus-kasus malpraktek di bidang kedokteran, hal itu tidak perlu ditafsirkan sebagai tanda merosotnya moral para dokter. (sulit sekali membuktikan hal ini secara empiris). Gejala itu lebih baik diinterpretasikan sebagai tanda yang menunjukkan bahwa masyarakat (khususnya pasien) menjadi lebih sadar akan haknya, jadi merupakan tanda terjadinya suatu perubahan sosio-budaya. Akhirnya perlu ditegaskan bahwa dasar pemenuhan informed consent dan standar praktek profesi medis adalah landasan etika-moral dan bukan landasan hukum yuridis. Bila ada dugaan bahwa tindakan medis tertentu telah melanggar prinsip-prinsip etika moral yang mengakibatkan kerugian bagi pasien, yakni tidak memenuhi prinsip informed consent, berada di bawah standar praktek profesi medis, melakukan kelalaian (negligence) atau kesalahan, maka dapat dikenakan sanksi yuridis. Penghapusan akan diberikan bila ternyata terbukti tidak melakukan kelalaian atau kesalahan.

KESIMPULAN

1. Informed consent mutlak diperoleh terutama dalam tindakan medis yang dikategorikan sebagai extraordinary means, sebagai ungkapan hormat akan otonomi dan integritas pribadi pasien.
2. Informed consent diperoleh dari pasien sendiri, tetapi bila pasien tidak kompeten, maka dapat diperoleh dari keluarga atau wali sah yang mampu memberikan persetujuan rasional. Jika keluarga dan/atau wali hadir namun tidak kompeten juga, maka tenaga medis dapat memutuskan sendiri untuk bertindak sesuai kondisi pasien demi kepentingan terbaik pasien (prinsip beneficentia).
3. Berdasarkan informasi yang diberikan tenaga medis, pasien dan atau keluarga dapat saja menolak memberikan persetujuan atas tindakan medis tertentu (informed refusal). Menghadapi hal sedemikian tenaga medis harus bersikap rasional sebagai seorang medikus sekaligus etikus-moralis, dengan mempertimbangkan kompetensi penolakan tersebut dan kondisi pasien yakni entah tindakan medis masih bermanfaat baginya ataukah sudah menjadi sia-sia belaka.
4. Informed consent tidak dibutuhkan dalam kasus darurat (emergency) atau kritis di mana tindakan medis harus segera diambil demi keselamatan pasien. Tindakan ini diambil atas dasar prinsip beneficentia.
5. Informed consent dan the professional practice standard sangat penting diperhatikan, karena setiap kelalaian atau kesalahan tindakan medis akan membawa konsekuensi hukum yuridis.
6. Dalam pelayanan kesehatan di Indonesia untuk dilakukannya suatu operasi misalnya, informasi disampaikan kepada keluarga dan keluarga yang menandatangani surat persetujuan, bukan oleh pasien sendiri walaupun ia kompeten, maka hal ini hanya merupakan perbedaan budaya saja yang umum berlaku di Asia.

SARAN

Pemahaman mengenai informed consent perlu ditanamkan kepada para dokter, tenaga medis maupun mahasiswa kedokteran sedini mungkin untuk terciptanya komunikasi yang baik dengan pasien, keluarga, dan masyarakat. Sangat diharapkan bahwa hal ini dapat mengurangi atau bahkan mencegah terjadinya malpraktek beserta segala konsekwensinya

INFORMED CONSENT SEBAGAI PERSETUJUAN DALAM KONTRAK TERAPEUTIK ANTARA DOKTER DAN PASIEN

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah Hidup bersama-sama atau berkelompok akan selalu menjadi kodrat alam manusia. Tidak ada seseorang pun yang dapat hidup menyendiri dan terpisah dari kelompok lainnya, kecuali dalam keadaan terpaksa. Manusia sekalipun ia hidup sebagai individu (perseorangan) dan memiliki kehidupan jiwa yang menyendiri, namun manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat dipisahkan dari masyarakat. Persatuan manusia yang timbul dari kodrat yang sama itu lazim disebut masyarakat. Masyarakat terbentuk apabila ada dua orang atau lebih hidup bersama, sehingga dalam pergaulan hidup itu timbul pelbagai hubungan atau pertalian sehingga orang dan lainnya saling mengenal dan mempengaruhi.
2. Dalam setiap diri manusia memiliki sifat, watak, dan kehendaknya sendiri sendiri.
3. Dengan demikian, hal tersebut menunjukkan bahwa di dalam kehidupan bermasyarakat terdapat berbagai ragam kepentingan yang melekat kepada masing-masing individu yaitu, kepentingan yang sama (sejajar), berlainan, atau berlawanan dalam usahanya memenuhi apa yang disebut sebagai kebutuhan pokok maupun sekundernya. Oleh karena itu, agar dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan tersebut tidak terjadi benturan antar kepentingan-kepentingan yang saling berlawanan, dibutuhkan kaidah-kaidah agar segala sesuatunya berjalan tertib dan teratur.
4. Benturan antar kepentingan-kepentingan yang terjadi di dalam masyarakat ini apabila dibiarkan akan menimbulkan perpecahan di dalam masyarakat. Oleh karena itulah dibutuhkan peraturan hidup kemasyarakatan yang dinamakan hukum atau kaidah hukum untuk mengatur dan memaksa agar dapat menjamin tata tertib dalam masyarakat.
5. Hubungan antara dokter dan pasien yang terbentuk di dalam masyarakat merupakan hubungan yang telah dikenal sejak jaman sebelum masehi. Hal itu diketahui sejak ditemukannya Codex Hammurabi yang mengatur kewajiban antara dokter dan pasien. Seiring dengan kemajuan jaman dan perkembangan ilmu pengetahuan dan hak asasi manusia maka hubungan dokter dan pasien yang pada awalnya tidak berimbang kini mulai berangsur menjadi hubungan yang sejajar sebagai sesama pihak yang memiliki hak dan kewajiban dalam suatu hubungan kontraktual.
6. Salah satu bentuk kewajiban yang diatur dalam hubungan antara dokter dan pasien adalah adanya hak dari pasien untuk memberikan persetujuan berdasarkan atas informasi sebelum suatu tindakan medis dilakukan terhadap dirinya. Dalam pelayanan medis hak pasien tersebut terwujud dalam bentuk informed consent yang tidak hanya memiliki peran penting dari segi aspek moral dalam pelayanan medis namun dengan hakikatnya sebagai suatu persetujuan eksistensinya juga mempengaruhi terhadap keberlangsungan hubungan kontraktual antara dokter dan pasien

PEMBAHASAN

1. Tinjauan Umum

Informed Consent Etika biomedis merupakan salah satu etika terapan yang berlaku sebagai petunjuk moral di dalam bidang kedokteran. Terdapat empat prinsip di dalam etika biomedis, salah satu di antara empat prinsip tersebut adalah prinsip menghormati otonomi (respect for autonomy). Kata otonomi diartikan sebagai suatu kebebasan untuk mengatur hidupnya sendiri dan mengambil keputusan mengenai dirinya sendiri. Dengan demikian, manusia yang otonom adalah manusia yang secara moral memiliki hak untuk bertindak dan memilih berdasarkan keputusannya sendiri apabila dalam suatu situasi tertentu terdapat berbagai pilihan yang dari setiap pilihan tersebut akan menimbulkan konsekuensi tertentu. Prinsip informed consent dibuat untuk menghormati martabat manusia yang bebas dan otonom dimana setiap manusia secara bebas untuk menentukan sendiri apa yang akan dibuat ataupun yang tidak akan dibuat. Dalam piagam hak asasi manusia dinyatakan secara tegas bahwa hidup manusia memiliki nilai intrinsik (inherent) yang harus diakui oleh seluruh manusia apabila manusia ingin hidup secara bebas, adil, dan damai. Martabat manusia merupakan nilai intrinsik dalam hidup manusia. Manusia memiliki martabat yang bukan karena diberi oleh seseorang atau oleh negara atau masyarakat akan tetapi manusia itu bermartabat karena memang dia adalah manusia. Dari dirinya sendiri manusia bernilai sehingga tidak perlu hal-hal lain atau faktor-faktor eksternal lainnya untuk menjadikan manusia bermartabat sebagai manusia.

Penghormatan terhadap martabat manusia yang tertuang di dalam prinsip menghormati otonomi (respect for autonomy) memegang peranan penting di dalam bidang kedokteran. Hal tersebut terwujud dalam bentuk penerapan paham informed consent di dalam pelayanan medis. Jusuf Hanafiah menjelaskan bahwa informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien kepada dokter setelah diberikan penjelasan. Sementara itu, Komalawati menjelaskan pula bahwa informed consent merupakan suatu kesepakatan/persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap dirinya, setelah pasien mendapatkan informasi dari dokter mengenai upaya medis yang dapat dilakukan untuk menolong dirinya, disertai informasi mengenai segala resiko yang mungkin terjadi. Prinsip menghormati otonomi (respect for autonomy) yang terwujud dalam paham informed consent ini bersifat universal dan berlaku bagi profesi kedokteran di seluruh dunia.

Ethical Decision-Making in Clinical Nutritional Practice

Ethics requires a critical evaluation of assumptions and arguments about norms and values; what should be done and what should not. Practitioners should practice ethically, and the professions should be at the forefront of applied ethics. There are four principles, patient autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, which are guides to ethical day-to-day practice. Patient autonomy: autonomy means self-rule by persons of their thoughts and

actions. Patient autonomy requires the practitioner to realise that patients have the right to be involved in decision-making on their own behalf. Beneficence refers to the duty of the practitioner to do the best for the patient. The benefits of breast-feeding are many, and the eventual outcome on health enormous. Nevertheless, health-care workers are diffident in promoting breast-feeding, and readily accept excuses for not breast-feeding, contrary to the principle of beneficence. Nonmaleficence refers to the duty of the practitioner not to do harm; it requires the practitioner to withhold harmful therapies; Vitamin E, for example, has been proven to be ineffective as an antioxidant in humans, and large doses have been proven to increase mortality. Yet these are the doses available in supermarkets and “Health shops”. Nutritionists should actively advise against harmful “dietary supplementation”. Distributive justice requires every patient to have an equal opportunity to obtain appropriate therapy. There are relatively few nutritionists and dieticians in South Africa, and indeed in the entire African continent, but proportionately even fewer in the areas of greatest need. A case illustrates the application of these ethical principles to show how they can be applied to our daily practice. Using these four principles is a practical approach to solving ethical dilemmas.

There is a strong focus on the need for practitioners to practice ethically today. This is not to say that practitioners in the past were unethical or unaware of their obligations to practice ethically. Indeed, some would argue that people acted with more moral rectitude in the past. For many today, there is moral laxity in many sections of society. Maybe that is why there is such a strong focus on the need to formalise the teaching of, the practice of, and continuing education in professional ethics. Certainly, it is true that if the professions do not regulate themselves, and this includes looking into their moral and ethical obligations, it will be done for them, possibly with deleterious effects. The HPCSA (Health Professions Council of South Africa) has an important role in the regulation of the professions in South Africa. It used to have many professionals taking part in its activities, and in the formulation of its regulations. However increasingly there are political attempts to reduce the contribution of the professions, and the HPCSA has been loaded with political appointments [1]. Despite this however the professions should from within their own structures proceed with self-regulation. And most assuredly the professions should be at the forefront of applied ethics. Professional ethics is a branch of Moral Philosophy, or Ethics; the latter is in turn a branch of Philosophy. Philosophy is the pursuit of wisdom by intellectual means, using logical reasoning rather than empirical methods [2]; it is explicitly rational critical thinking of a systematic kind [3]. Ethics therefore entails a critical evaluation of assumptions and arguments about norms and values, good and bad; what should be done and what should not.

2. *Ethical Theories* There are many ethical systems or theories. Three will be briefly mentioned, namely deontological ethics, utilitarianism, and virtue ethics. Deontological ethics states that it is the duty of a person to act morally correctly. The best-known system of deontological ethics is that of Immanuel Kant. His concept of Respect for Persons is mentioned below. According to utilitarianism, the most morally correct action is that which leads to the biggest utility, or good, or happiness, for the largest number of people. According to virtue ethics, every person should strive to become a virtuous individual by constantly acting virtuously. The actions of such a person then would be morally correct. In terms of professional (health-care) ethics, four principles are generally held to be helpful guides to help us to act ethically from day-to-day. These are the by now well known principles of patient autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice [6].

3. *Patient Autonomy* It is instructive to learn from the concept of Respect for Persons, which Immanuel Kant espoused in the late 1700 s. Kant stated that persons deserve respect in and of themselves, simply because they have reasoning ability, and they can use this reason to distinguish right from wrong, and to act morally. This faculty means that persons should never be used as a means to an end. Because of their ability to act morally, they should be respected. Autonomy means self-rule, in other words self-rule by the person of her thoughts, her will, her actions. Patient autonomy requires the practitioner to realise that the patient has the right to be involved in decision-making on her behalf. This is the opposite of therapeutic paternalism (the attitude that the professional knows best). Until recently practitioners thought that they knew better than their patients; patients were frequently informed what the treatment plan was without being involved in the decision-making process. Examples of patient autonomy include the need to obtain fully informed consent for major therapeutic decisions, especially those for which the evidence of benefit is marginal, as well as consent for operations. However, patient autonomy is also relevant in day-to-day practice when dealing with any treatment plan; the patient's wishes should also be factored into the final decision.

4. *Beneficence* This refers to the duty of the practitioner to do the best for his/her patient. "Doing my best for the patient" or "It is in the best interests of the patient" are statements which are commonly heard during discussions between health-care workers; these refer to the duty of beneficence. At times one hears statements such as: "The patient's interests always come first". A moment's thinking reveals that this statement can clearly not always be true. There are so many conflicting demands on the health care worker's time, and indeed, demands from several patients, that one can clearly see that the patient's interests are often in conflict with other patients interests, as well as other requirements for the health-care worker's attention. The sentiment expressed by this statement has been called "Unthinking Absolutism" [7]. Nevertheless it is clear that society thinks that doctors have a duty of beneficence their patients, as well as to members of society. This is well illustrated, when in a theatre or an aeroplane, a doctor's help is called for over the loudspeaker system for some unfortunate spectator or passenger who is in medical

difficulty [7]. This duty of beneficence towards society is also expanded to include other health-care workers. The duty of beneficence is not always absolute as we have seen above. It has to be balanced with the other three principles. For example, the patient may not always want that which is best for him/her, in which case the principle of patient autonomy has to be balanced with beneficence. At times doing the best for the patient may require therapy with unpleasant or even even harmful side-effects, in which case the duty not to do harm needs to be considered. Justice may require that the good of one or some patient(s) will take precedence over the good of other patients. An example of the application of beneficence is the following. Breast-feeding is well known to be much better than bottle feeding for infants. The benefits of breastfeeding are many, and the eventual beneficial outcome on health is enormous. In the Third World, breast-feeding is life-saving (even allowing for the effect of HIV/ AIDS). Infants who are not breast-fed in developing countries, are six to 10 times more likely to die in the first months of life [8]. Even in the developed world, breast-feeding is much more beneficial than bottle feeding, if the few medical contraindications to breast-feeding (galactosaemia, maple syrup urine disease, phenylketonuria) [9] are excluded. HIV infection is a maternal condition that may justify permanent avoidance of breastfeeding, but only if replacement feeding is acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe (AFASS) [9]. To return to the benefits of breast-feeding, or rather the negative consequences of not breast-feeding: not breast-feeding a baby will cause that infant to fall prey to between two and five times more attacks of acute otitis media, to 1.5 times more respiratory illnesses and 1.7 to 2 times more gastro-intestinal infections [10,11]. Furthermore that infant's chances of developing allergic eczema (atopic dermatitis) will increase by 1.7 times, her chance of developing asthma also by 1.7 times, [11] all allergy related problems by 1.3 to 1.9 times, [10,11] and becoming overweight or obese will be reduced by 4% for every month of breast-feeding [11]. Further benefits have been described with regard to the number of hospitalisations, the rate of sudden infant death syndrome, the prevalence of childhood cancers, type 1 diabetes mellitus, and meningitis [10]. As adults, persons who were not breast-fed during infancy have higher cholesterol levels, higher risk for heart disease, and higher blood pressures [10]. This list is not comprehensive, and does not even include benefits for the mother, reductions in medical costs, and other economic benefits to the family. Comparing the benefits of breast-feeding with drug therapy, the example of acute otitis media is used: as stated above, a baby who is not breast-fed will suffer between two and five times more attacks than a breastfed baby. When children with acute otitis media are treated with antibiotics, 30% will still have pain or fever after three to seven days, compared with 55%, were not treated. The rate difference is 25%, i.e. antibiotics are only more effective than no treatment in one quarter of the cases [12]. Yet the vast majority of mothers who will not breast-feed, will insist on antibiotics in this situation. If any drug were as effective as breast-feeding in preventing a myriad of conditions, its use would be promoted by lay people

and professional bodies alike; its benefits would be shouted from the rooftops, in magazines and on television. It would be considered negligent on the part of health-care workers if they did not prescribe it. According to the principle of beneficence, breastfeeding should therefore be prescribed to all pregnant women by all the health-care workers whom they consult. In a recent policy statement, The United States Preventive Services Task Force notes that "there is convincing evidence that breast-feeding provides substantial health benefits for children and adequate evidence that breastfeeding provides moderate health benefits for women". They proceed to recommend "interventions in pregnancy and after birth to promote and support breastfeeding. [13] Why then is breast-feeding not encouraged on a much wider scale, and much more vociferously? Why are health-care workers so diffident in promoting breastfeeding? Why do health-care workers readily accept any flimsy excuse why a mother should not breast-feed? This is an extremely serious ethical problem which the profession needs to grapple with.

5. Non-maleficence This is, as it were, the other side of the coin of beneficence; it refers to the duty of the practitioner not to do harm. The Latin expression "Primum non nocere", which means "firstly, not to do harm", is a reflection of this duty. Taken on its own, non-maleficence can lead to therapeutic nihilism, i.e., the attitude that, in order to avoid any harm, it is better to do nothing. This is indefensible. It can be seen that these two principles (beneficence and non-maleficence) require us to balance the risks and benefits; and to consider the need to avoid doing harm, against the duty to do good. The principle of non-maleficence requires the practitioner to withhold harmful therapies or medications; vitamin E will be used as an example in this regard. Vitamin E has been used as an anti-oxidant in clinical practice for many years. Tocopherols act as free radical scavengers when they encounter free radicals. For example, when α -tocopherol (Vitamin E) encounters a lipid radical (a lipid with an oxygen radical attached), vitamin E donates a hydroxy group (OH-) in exchange for the oxygen radical. The resulting tocopherol radical is relatively stable, and is reduced back to vitamin E by NADPH reductase and ascorbate [14]. The idea that vitamin E could in humans act as an antioxidant, with the intention to prevent chronic diseases, and therefore mortality [15], is certainly biologically plausible. However, this idea has not been proven to be effective in randomised controlled trials, some of which have been published as long ago as 1994. Three meta-analyses, published in 2003 and 2004, showed no evidence that vitamin E was beneficial in reducing mortality [16-18]. Meanwhile, some trials of high-dose vitamin E supplementation, have reported increases in total mortality (statistically not significant). Huge doses of vitamin E (≥ 400 IU/day) were subsequently proven to increase mortality in an extremely large meta-analysis, including 135967 participants of whom 40950 received dosages of 400 IU/day or more [15]. A more recent, even bigger meta-analysis confirmed these findings [19]. In South Africa, in combined supplements, containing several or many ingredients, the dosages of vitamin E are usually much less than 400 IU, but most exceed the RDA severalfold: it is rare to find a supplement in which the

RDA is less than 100%. This does not even take into account the fact that there are still claims that the current RDA is double that which healthy people consume, and therefore at least 50% too high [20]. However, vitamin E as a single supplement is available in dosages of 400 IU or more; it is virtually impossible to get vitamin E alone in a capsule at a lower dose. These killer doses are available in Supermarkets, Pharmacies and "Health shops". These problems are summarised in Table 2. What must the Nutrition Practitioner do? Avoid harm. It is absolutely essential that nutritionists and dieticians be heard to actively advise against "dietary supplementation" which is harmful.

6. Justice Several forms of justice exist: retributive justice means retribution or pay-back, i.e., the guilty party is punished; restorative justice means making reparation to victims; and distributive justice means that everyone should have equal access (to goods, health care etc) or at least equal opportunities. Justice, as one of the four principles, means equity or distributive justice; every patient should have an equal opportunity to obtain appropriate therapy [6]. Competing claims exist everywhere; in a country with limited resources, with a wide disparity of income between the lower income and the upper income groups, with a vast pre-dominance of the population having to use public hospitals, and with a rural population without access to health services, this principle is frequently problematic. There are relatively few nutritionists and dieticians in Africa, but proportionately even fewer in the areas of greatest need. As is the case with other healthcare professionals, nutritionists are concentrated in cities and in private practice. There is a definite need for nutritionists to be involved in the food service in hospital kitchens (and in large kitchens of other institutions), and of course, to design specific meal plans for individual patients. There is clearly also a need for nutritional professionals to work in country settings rather than only in the cities. When one works in a private practice or a private hospital, there is more time to design complicated, patientspecific diets, rather than simply concentrate on the basic needs; however both these approaches are necessary. An individual practitioner might consider donating some time (rather than just money) to charity, for example by helping with the meal plans for an old age home. Questions the Profession needs to debate are shown in Table 3.

7. Truth-Telling This is not an independent principle, but is a logical conclusion flowing from the principles of Patient autonomy and of Beneficence. A patient cannot make autonomous decisions if health-care workers do not do tell the truth, and generally telling the truth will do more good than not doing so. Some arguments against truth-telling are the following: firstly, telling unpleasant truths about the patient's medical condition or prognosis may undermine the patient's morale or the efficacy of the placebo effect. This means that the principle of beneficence, as well as the principle of nonmaleficence are being violated in this instance of truth-telling. This argument may occasionally be true, but generally this is just paternalism (the attitude that the professional knows best) dressed up in sophisticated terms [7]. A second argument is, that truth cannot be communicated, because the health-care worker cannot know the truth in its entirety, and furthermore the patient is not able to understand it

[7]. Two different arguments are being offered here; as to not knowing the whole truth, it is of course true that no person is all-knowing. However that is not an effective argument, as the health-care worker is not functioning with absolute knowledge, but rather with knowledge as it is accepted by the profession at the time, and this is what is to be communicated to the patient. Concerning the patient's ability to understand, it is also true that the patient does not have the training of the health-care worker. Furthermore the intellectual capacity of different patients differ. None of this however interferes with the obligation of health-care worker to tell the complete truth to the patient in so far as it is accepted by the profession at that time, keeping in mind her capacity to understand. The inability of the health-care worker to make herself understandable, i.e. not fall back into medical jargon, is maybe one of the reasons for health-care workers' unease concerning this. Increasing stress is being laid on communication in the training of health-care workers; the onus is therefore on the professional to learn to communicate appropriately with patients. A further argument against truth-telling is that patients do not want to know the truth [7]. Although there is evidence that this is occasionally true, in that a small proportion of patients, especially those with a terminal disease and a poor prognosis, prefer minimal information, and no active role in decision-making [21-22], research shows that this statement is false in more than 80% of the cases [23-24].

8. Case Study The four principles will now be applied to the following case study: Mr W. B. is a 45-year-old Afrikaans male. He is married, and the couple has three teenage children. He is an Artisan who works as a foreman for a building contractor. Dr. P. (a general practitioner) had referred him to Dr. N (a Physician) for his "chronic indigestion". In turn, Dr. N referred him to you, a dietician, with the information that his father had died at 38 years of age from a "heart attack". Dr. N also noted that Mr W. B. is obese, with the abdominal type obesity, and asks you to "put Mr W. B. on a diet". You confirm the abdominal obesity and a BMI of 31 with the appropriate measurements. Mr W. B.'s dietary intake is shown in Table 4. You have to work out an appropriate meal plan. Not really very challenging, indeed fairly standard: a weight reduction, healthy, balanced diet. If we apply the principles of ethics to this case, we can argue as follows: Justice: this principle does not really apply to this case. Beneficence: Your meal plan will do Mr W. B. a world of good (or will it?) Non-maleficence: Do not do harm. Well your meal plan will not do Mr W. B. any harm, will it? Patient autonomy: How much autonomy do you allow the patient in your meal plan? He really doesn't want to change, but he is very polite and agrees with everything you say. So, what does Mr W. B.'s case teach us? You drew up a technically perfect healthy, balanced, weight reduction diet. Is this the ethical thing to do? Considering Mr W. B.'s preference for red meat and refined carbohydrates, is it realistic to think that he himself eats his lunchbox food (the salad and fruit that his caring wife so diligently packs)? Is it realistic to expect him to change his food intake so drastically? We know that many people refer to such a meal plan as "rabbit food" or "food for sissies". It is quite likely to be possible to negotiate a much less drastic change to his diet

which will be more likely to be sustainable for him, while allowing him to retain a certain amount of his self-respect. Although such therapy will take much longer to be effective (in ideal conditions), it has the benefit of better patient adherence. And, of course, you will have acted respecting Mr W. B.'s autonomy.

Conclusions

Ethical decision-making in clinical practice does not only affect life and death issues (e.g. abortion and euthanasia), or morally complex issues (e.g. truth telling to a cancer patient), but can also be applied in our daily practice as illustrated by the case study above. Using the four principles popularised by Beauchamp and Childress is an easy and practical approach to solving ethical dilemmas