

KOMODIFIKASI TUBUH DALAM PELAYANAN KESEHATAN: DARI PASIEN SEBAGAI OBJEK KEPADA PASIEN SEBAGAI PERSONA

Yeremias Jena | Department of Ethics (Philosophy)
Atma Jaya Catholic University
Jakarta, Indonesia

Abstract:

The commodification of the body in health services covers a very broad study area. Contextualised in the Marxist understanding, the commodification of the body seemed to be associated with body as an economical commodity and alienating experience. This understanding has been intertwined with the commodification of the body in the health services, especially when it comes down to the practice of health care in which the patient's body was treated merely as object for certain purposes. In the context of health care, treating the body as an object since Descartes not only bares the ethical-relational dimension of doctor-patient relationship, but also alienates the patient from her or his own body. This article argues that reducing a patient's body to an object does not correspond to the nature and to the medical profession. In the light of Edmund D. Pellegrino and Alfred I. Tauber, two leading philosophers of medicine, the author will highlight the importance of the apprehension towards the patient as 'persona' as a response to the tendency.

Keywords:

body commodification • body as object • doctor-patient relationship • persona • health care • medical ethics

Pendahuluan

Sebagai suatu konsep, komodifikasi baru muncul dalam khazanah ilmu-ilmu sosial sejak tahun 1970-an. Kata ini digunakan untuk menjelaskan perubahan relasi antarmanusia yang sebelumnya tidak didasarkan pada pertimbangan uang, menuju pada relasi komersial, relasi pertukaran barang dan jasa, relasi penjualan dan pembelian, serta semacamnya. Transformasi inilah yang oleh George Lukacs dilukiskan dengan jenis relasi antarmanusia yang “telah mempermisikin dunia dan melanjutkannya dari maknanya yang otentik,” karena relasi sosial, berbagai aktivitas, dan nilai manusia didefinisikan hanya sebatas “nilai tukar uang yang mengalienasikan dan mengobjekkan” (Smith & Riley, 2009:35).

Dalam pemahaman Marxis, relasi sosial dibangun di atas nilai tukar pasar dalam totalitasnya sehingga manusia (terutama para buruh) hanya bisa bertahan hidup jika ‘mengabdikan’ dirinya secara total sebagai buruh pada industri, membiarkan dirinya dieksploitasi untuk kepentingan produksi karena ia tidak memiliki sumber daya lain selain tenaganya, mengerjakan pekerjaan yang menyebabkannya teralienasi dengan dirinya sendiri, serta membangun kesadaran palsu dalam dirinya bahwa dunia sosial dan realitas di luar dirinya tidak hanya bernilai objektif pada dirinya, tetapi juga memiliki kontrol atas keagenan manusia.¹ Realitas sosial semacam inilah yang dilukiskan secara buram oleh Lukacs sebagai “takdir para buruh”, karena harus hidup di dalam masyarakat yang peran keagenannya telah ditransformasikan secara sengaja oleh kelas proletar ke dalam komoditas, sehingga individu tidak bisa menjalankan peran selain menjadi komoditas bagi sebuah kepentingan ekonomi.

Komodifikasi dalam konteks Marxis memang sangat menekankan tubuh sebagai objek yang bernilai ekonomis, tubuh sebagai yang dapat dieksploitasi untuk kepentingan tertentu, tubuh yang telah ditelanjangi dari kemampuannya untuk menentukan diri, dan semacamnya. Pemahaman semacam ini sangat membantu untuk mengerti komodifikasi tubuh dalam konteks lain, misalnya dalam praktik kedokteran sebagaimana yang akan dibahas dalam tulisan ini. Hubungan antara konsep komodifikasi Marxis dan komodifikasi dalam bidang kedokteran dapat dirumuskan sebagai berikut. Tubuh adalah objek, karena itu harus diperlakukan tidak lebih sebagai objek. Sebagai objek, tubuh – terutama tubuh yang sakit – harus menyerahkan dirinya kepada kekuasaan kedokteran untuk mendapatkan

kesembuhannya. Di hadapan pengalaman sakitnya, individu bertubuh (*embodied person*) terasing dari tubuhnya, karena pengalaman sakitnya harus tunduk pada epistemologi dunia kedokteran dalam hal menjelaskannya. Perjumpaan medis lalu direduksi hingga sekadar tuntutan

“agar pasien memperlihatkan bagian tersembunyi tubuhnya, yakni dengan mengizinkan pemeriksaan fisik dan dengan menyerahkan riwayat medisnya di bawah pertanyaan dokter. Pasien harus berbicara, harus mengakui, harus mengungkapkan; keadaan sakit ditransformasikan dari apa yang dapat diamati kepada apa yang didengar” (Lupton, 2003:26).

Tubuh dalam perjumpaan medis menjadi murni objek, difragmentasi, direduksi pada aspek anatomis dan yang tunduk pada rencana dan keputusan pengobatan para dokter.

Meskipun melingkupi wilayah yang sangat luas, diskusi mengenai komodifikasi tubuh dalam dunia kedokteran sebenarnya dipengaruhi tiga gerakan sosial modern, yakni feminisme, perkembangan budaya konsumeristis, serta pengaruh teori poststrukturalis dan postmodern. Gerakan feminisme memicu lahirnya diskusi mengenai komodifikasi tubuh dalam dunia kedokteran yang menjangkau tema-tema seputar tubuh berjenis kelamin atau tubuh netral, kontrol sosial atas tubuh, termasuk diet, peran domestik perempuan dalam menyusui bayi, disiplin atas tubuh karena kebijakan tertentu di bidang kesehatan masyarakat, dan sebagainya. Sementara itu, budaya konsumeristis memosisikan perlakuan atas tubuh sebagai yang bernilai ekonomis atau yang mengikuti tren sosial tertentu sebagai cara menyesuaikan diri dengan definisi tubuh yang ditetapkan pasar demi mencapai apa yang dilukiskan Deborah Lupton sebagai “ilusi sesaat, kepuasan pribadi, kesehatan dan kenyamanan psikis” (Lupton, 2003:37). Diskusi mengenai komodifikasi tubuh dalam konteks pengaruh gerakan feminisme ataupun perkembangan budaya konsumeristis sangat berutang pada teori poststrukturalisme dan postmodernisme.

Saya mengambil tema yang lebih klasik, dengan mendiskusikan perlakuan atas tubuh yang sakit dalam setiap perjumpaan klinis. Saya akan mempertahankan pendapat bahwa meskipun relasi dokter-pasien dalam perjumpaan klinis adalah sebuah relasi etis, dan karena itu pasien tidak bisa diperlakukan semata-mata sebagai objek, praktik kedokteran dewasa ini tampaknya masih sulit mewujudkan tuntutan etis ini. Untuk menjelaskan posisi ini, saya mengambil langkah memutar dengan pertama-

tama menunjukkan terlebih dahulu alasan epistemologis dan ontologis mengapa pasien cenderung diperlakukan sebagai objek. Di akhir tulisan ini saya akan menawarkan jalan keluar untuk mengatasi kesulitan tersebut.

Untuk memperjelas posisi saya dalam paper ini, komodifikasi yang saya maksud meliputi tidak hanya fragmentasi, atomisasi, atau anatomisasi petugas kesehatan terhadap tubuh pasien, tetapi juga hilangnya peran agensi individu karena kecenderungan pasien yang mensubordinasikan dirinya dalam relasi tersebut. Komodifikasi dalam pelayanan kesehatan juga dipahami dalam arti bagaimana

“Tubuh yang sakit tidak sekadar tubuh yang bagian tertentu tidak berfungsi sebagaimana mestinya pada level biologis; tubuh yang sakit justru telah diberi label secara kultural sebagai yang tidak layak didedikasikan bagi kepentingan reproduksi, menjadi representasi yang tak-beraturan, tidak terkendali, dan tidak sehat” (Smith & Riley, 2009:263-264).

Dalam arti tersebut, tubuh sebagai objek, ketidaksetaraan relasi, atau pengalaman keterasingan dari diri yang mewarnai komodifikasi tubuh Marxis menjadi titik temu dengan komodifikasi tubuh dalam pelayanan kesehatan sebagaimana yang saya bahas dalam tulisan ini.

Pandangan Cartesian dan Dampaknya

Rene Descartes adalah filsuf rasionalis yang pandangannya mengenai tubuh dan jiwa sebagai dua entitas yang berbeda dan otonom telah meletakkan dasar bagi kedokteran modern, bahwa tubuh material dapat diketahui secara objektif (Mehta, 2011:1-10). Tubuh tidak lebih dari benda mekanistik menyerupai mesin yang terbuat dari materi-materi yang hidup. Descartes dalam karyanya *Treatise on Man* menulis, “Saya yakin tubuh tidak lebih dari sebuah patung atau sebuah mesin yang terbuat dari tanah” (Descartes & Gaukroger, 1998:99). Menurut Drew Leder, pandangan reduksionistik mengenai tubuh sebagai materi yang terpisah dari jiwa ini memiliki pengaruh yang sangat besar bagi praktik kedokteran. “Kedokteran modern, yang sungguh-sungguh bersifat Cartesian dalam semangat, terus melanjutkan penggunaan tubuh material sebagai alat metodologis dan patokan regulatif” (Drew Leder, 1990:146).

Pandangan dunia mekanistik sejak Sir Isaac Newton (1643-1728) ikut mempertegas pandangan kedokteran mengenai tubuh. Archibald Pitcairn,

seorang dokter yang hidup di zaman Newton, misalnya, mempertahankan pandangan ‘materialistis’ dalam dunia kedokteran, bahwa “para dokter harus juga menggunakan metode astronomer sebagai pola dan mengimitasinya.” Pandangan reduksionistis mengenai tubuh dalam praktik kedokteran mencapai puncaknya pada pemikiran Newton (Brown, 1981:216), bahkan dipertahankan hingga kini. Selain itu, model standar bagi pengetahuan dan praktik kedokteran sebenarnya tidak lebih dari pengembangan lebih lanjut dan aplikasi pandangan Newtonian yang memang berakar pada pemikiran dualistis Descartes mengenai tubuh dan jiwa.²

Sebagai konsekuensi, tubuh yang adalah materi kini diperlakukan sebagai objek ilmiah yang dapat diselidiki berdasarkan hukum-hukum mekanistik. Tubuh sebagai objek penelitian kemudian terfragmentasi ke dalam bagian-bagiannya. Dalam perspektif ini, tubuh menjadi seperti mesin yang ditopang oleh bagian-bagian yang saling berhubungan. Ini membawa konsekuensi bagi pelayanan kesehatan, ketika pasien diasumsikan sebagai objek material atau mesin yang bagian-bagian tertentu sakit (rusak) dan harus segera diperbaiki. Sebagaimana dikatakan Fredrik Svenaeus, “Tubuh menjadi sebuah struktur hierarkis – organisme yang terpetakan dalam bahasa yang khusus” (Svenaeus, 2001:49).

Demikianlah, tubuh sebagai kumpulan bagian-bagian sebenarnya terbentuk dari berbagai sistem anatomi yang berbeda, misalnya sistem pernafasan. Sistem ini sendiri terbentuk dari berbagai organ, yakni paru-paru dan jantung yang juga terbentuk dari berbagai jaringan, misalnya jaringan epitel, jaringan otot, saraf, dan kelenjar. Berbagai jaringan terbentuk dari sel-sel yang berbeda yang juga terbentuk dari berbagai jenis molekul. Fragmentasi tubuh semacam ini membawa dampak serius dalam hubungan dokter-pasien ketika tubuh pasien ditelanjangi dari konteks kehidupannya. Tubuh pasien adalah objek mekanistik, benda tanpa identitas yang patuh pada hukum-hukum fisika dan kimiawi ilmu-ilmu kedokteran.

Tubuh terfragmentasi ini menimbulkan problem komodifikasi tersendiri, misalnya problem perawatan berlebihan pada bagian tubuh tertentu supaya tampak menarik dalam konteks operasi plastik, perdagangan organ manusia karena alasan ekonomi, pemberdayaan organ tubuh tertentu melampaui kemampuannya dalam konteks *human enhancement*, perdagangan sperma dan ovum, penolakan kaum perempuan terhadap stigma peran domestik berdasarkan konstruksi gender sampai

masalah peran ibu pengganti (*surrogate mother*). Publikasi atas tema-tema ini sangat luas dan bervariasi, baik dalam sosiologi, antropologi, hukum, ataupun bioetika.

Dalam dunia kedokteran, tubuh terfragmentasi sebenarnya adalah tubuh biomekanikal yang disusun berdasarkan model-model tertentu. Hanya melalui pemodelanlah tubuh dapat dipahami secara ilmiah. Berkat teknologi kedokteran, model biomekanikal tentang tubuh memungkinkan tubuh semakin dipahami secara detail. Teknologi kedokteran menyediakan data-data objektif dan kuantitatif yang penting dalam penyelidikan mengenai suatu penyakit. Teknologi kedokteran mereduksikan pasien sebagai objek demi keakuratan pemahaman, objektivitas, ketepatan, dan standarisasi (McWhinney, 1978:299). Kecenderungan semacam ini mengarah kepada pembentukan tubuh pasien secara mekanistik dalam dua cara. *Pertama*, mekanisasi bagian tubuh pasien yang sengaja dilakukan untuk membagi tubuh menjadi bagian-bagian artifisial yang terdiri atas banyak potongan tubuh, yang masing-masing bagiannya adalah organ-organ (makro) atau molekul-molekul (mikro). *Kedua*, teknologi kedokteran menyediakan semacam tubuh hybrid yang kepadanya bagian-bagian dari tubuh pasien dihubungkan satu sama lain. Teknologi kedokteran, pada akhirnya, memberikan kontribusi yang sangat penting bagi perkembangan dunia kedokteran – sebuah dunia mekanistik yang dimanfaatkan oleh para dokter untuk mendiagnosis berbagai penyakit dan kemudian memperbaiki atau menggantikannya menggunakan obat-obatan farmasi atau prosedur-prosedur pembedahan.

Dunia kedokteran yang menyerupai mesin dan yang di dalamnya tubuh pasien ditempatkan itu mengalami perkembangan luar biasa di paruh akhir abad ke-20. Perkembangan itu berawal dari penemuan dan penggunaan stetoskop dan mikroskop di awal abad ke-20 sampai mesin jantung-paru atau *dialisis* yang terkomputerisasi, dan sebagainya. Pemahaman mengenai tubuh yang menyerupai mesin ini juga mendorong perkembangan sejumlah obat-obat farmasi, seperti insulin, heparin, serta berbagai obat antibiotik. Berkat kemajuan teknologi kedokteran, orang bisa menyaksikan berbagai ‘mukjizat’ dalam dunia kedokteran modern, mulai dari keberhasilan bedah jantung hingga penanganan kasus leukimia anak-anak.

Mekanisasi atau objektivasi tubuh pasien menimbulkan empat dampak serius. *Pertama*, fragmentisasi tubuh, dalam arti, tubuh dipisahkan ke dalam bagian-bagian kecil dan diisolasi dari bagian-bagian lainnya. *Kedua*, tubuh

terfragmentasi itu kemudian distandarisasi menjadi bagian-bagian tubuh yang bersifat generik. Standarisasi ini dilakukan untuk memperlakukan tubuh sebagai data klinis yang menyimpan berbagai informasi yang dibutuhkan bagi dunia kedokteran. Tugas dokter adalah membentuk atau membentuk kembali tubuh pasien dengan cara menyesuaikan dengan tubuh sehat sebagaimana yang disepakati komunitas medis. Umumnya tubuh generik sehat yang dirujuk sebagai patokan atau model adalah tubuh laki-laki (*male body*). Baru belakangan inilah tubuh generik melingkupi pula tubuh perempuan. *Ketiga*, tubuh bersifat terbuka (*transparent body*). Aplikasi teknologi medis, terutama teknologi pencitraan (*imagining technology*), memungkinkan dokter mengintip sampai jauh ke kedalaman tubuh pasien dengan berbagai persoalan yang menyertainya (Dijck, 2005: 3-4). *Keempat*, tubuh diposisikan sebagai objek asing (*estranged body*).

Pandangan demikian mengalienasi tidak hanya tubuh pasien dari dirinya sendiri, tetapi juga dari konteks kehidupannya dan dari orang lain. Pasien tidak lagi menjadi pengendali dan pengontrol atas tubuhnya karena kepemilikan atas tubuhnya kini beralih ke tangan para petugas kesehatan. Pasien dan tubuh pasien berubah menjadi wilayah yang ‘dikolonisasi’ oleh para dokter. “Ketika seseorang menjadi pasien, dokter mengambil alih tubuhnya, dan cara mereka memahami tubuh adalah dengan memisahkannya dari hubungannya dengan kehidupan yang lain” (W. Frank, 2002: 52). Selain kolonialisasi tubuh ketika para dokter adalah “pelaku utama”, pasien juga mengalami keadaan *disembodied*: “Persona yang ada dalam tubuhku tengah ditampakkan ke luar kepada khalayak untuk ditonton secara pasif” (W. Frank, 2002: 52); (Davis-Floyd & St. John, 1998: 17). Tindakan kolonialisasi atas tubuh ini memiliki dampak yang buruk ketika pasien mengalami kehilangan diri dari dalam konteks kehidupannya.

Berbagai upaya memperlakukan tubuh secara mekanistik ini dilakukan untuk memperbaiki atau mengganti bagian-bagian yang rusak atau hilang, dan umumnya tanpa merferensinya kepada *konteks* kehidupan pasien – karena tubuh pasien dalam hal ini sudah disamakan (tubuh pasien bersifat generik). Dengan memotong-motong tubuh dan memisahkannya dari satu bagian ke bagian lainnya, pasien sebagai pribadi (*persona*) musnah di hadapan tatapan sang dokter. “Memahami manusia sebagai kumpulan dari proses-proses dan bagian-bagian tubuh adalah dengan menelanjangi pasien sebagai pasien dari dimensi moral dan sosialnya” (MacIntyre, 1979: 90).

Dunia biomedis menyerupai mesin, dan itu dunia yang abstrak dan ilmiah yang terbuat dari perangkat-perangkat teknologi. Melalui fragmentasi, standarisasi, transparansi, dan alienasi, tubuh pasien kehilangan *identitas* personanya. Pasien sebagai bagian-bagian tubuh tidak lebih dari kumpulan *onderdil* dalam sebuah dunia medis menyerupai mesin; misalnya, sebuah mesin dialisis ginjal dapat digunakan untuk menangani banyak pasien yang berada dalam kondisi yang kurang lebih sama, dan itu bisa dilakukan karena pasien telah direduksi dengan perangkat mekanis yang dapat saling dipertukarkan dalam “dunia-mesin” semacam ini. Dalam konteks ini, pasien tidak hanya terasing dari dirinya, tetapi juga dari mesin penyokong kehidupan yang ia gunakan.

Dokter yang Lupa akan Ada

Pandangan mekanistik Descartes telah menciptakan relasi dokter-pasien bermodelkan *activity-passivity* sebagaimana dijelaskan Thomas S. Szasz dan Marc H. Hollender pada 1956,³ dan yang dibangun sepenuhnya di atas pengandaian bahwa pasien adalah objek yang harus menyerahkan seluruh perawatan tubuhnya yang sakit kepada dokter, dan bahwa dokter adalah pihak yang paling mengetahui apa yang dibutuhkan pasien (Kaba & Sooriakumaran, 2007:60-61). Ini adalah model paternalistik relasi dokter-pasien yang mulai ditinggalkan pascaPerang Dunia II, ketika kontribusi pemikiran ilmu-ilmu sosial dan filsafat yang menekankan peran manusia sebagai subjek yang menyatakan diri dalam setiap relasinya tidak bisa disepelekan.⁴

Berbagai praktik di seluruh dunia masih menunjukkan perlakuan dokter terhadap pasien sebagai objek. Pembeberan fakta berikut dapat memberi kita bayangan untuk memahami masalah ini.⁵ *Pertama*, studi *meta-analysis* terhadap pasien dengan penyakit kronis seperti kanker payudara atau gagal jantung kronis menegaskan bahwa pasien seharusnya tidak diperlakukan sebagai objek, dan bahwa relasi dokter-pasien seharusnya berupa *mutual participation* dalam pengertian Szasz dan Hollender ketika teknik CTL (*Circulating Tumor Cells*) yang digunakan dalam terapi pasien, meskipun dapat menjadi prognostikator yang stabil bagi pasien fase awal dan fase metastatis – dengan *prognostic value* mencapai 95 persen – *prognostic value*-nya justru tetap stabil ketika pengujian dilakukan secara subgrup. Kajian meta-analysis atas hampir tujuh ribu pasien ini justru belum mengkonfirmasi

pemanfaatan CTL sebagai teknik penanganan pasien kanker payudara, entah pada fase awal maupun fase akhir (Zhang, et. al., 2012:5701-5710).

Kedua, sebuah penelitian *systematic review* atas pasien gagal jantung kronis juga menunjukkan ketidakcukupan relasi dokter-pasien model lama yang mereduksi pasien sebagai objek (Vongmany, Hickman, Lewis, Newton, & Phillips, 2016). Penelitian ini menunjukkan bahwa rasa khawatir terhadap keadaan yang diderita telah menjadi alasan mengapa seorang pasien gagal jantung kronis dirawat di rumah sakit. Dan ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Jin Fang dan rekan-rekan beberapa tahun sebelumnya, bahwa rasa khawatir akan keselamatannya menjadi alasan tertinggi pasien gagal jantung kronis dirawat di rumah sakit. Bahkan, semakin seseorang lanjut usia, rasa khawatir ini akan semakin tinggi pula (Fang, Mensah, Croft, & Keenan, 2008:428-434).

Dengan belajar dari kedua fakta yang disebutkan di atas, tampaknya orang harus sepakat dengan apa yang dikatakan Timo Pfeil dan rekan-rekan, bahwa ketika menyadari keterbatasan pengobatan, terutama ketika menghadapi pasien dengan penyakit yang tak tersembuhkan atau pasien terminal, para dokter tidak perlu mengambil risiko menjadi pahlawan yang mampu menyembuhkan segalanya. Bahkan, dokter sebaiknya secara aktif mempersiapkan pasien mengambil keputusan yang berhubungan dengan trajektori penyakit pasien dan mendampingi pasien untuk menerima keadaan dirinya sebagai pengalaman hidup yang harus dihadapi (Pfeil, Laryionava, Reiter-Theil, Hiddemann, & Winkler, 2015:56). Ini mengandaikan bahwa pemahaman mengenai pasien bukan sebagai objek material, tetapi sebagai pribadi dalam keutuhannya.

Sementara itu, keadaan pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lebih baik. Penelitian yang dilakukan Tacoh dan rekan-rekan di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. RD Kandou Kota Manado mengenai kepuasan pasien yang mengakses pelayanan primer menunjukkan bahwa 60,9% dokter dan petugas kesehatan memiliki ketanggapan yang rendah, sementara tingkat ketidakpedulian mencapai 56,9% (Tacoh, Pangemanan, & Rumampuk, 2013:1-6). Keadaan yang sama juga bahkan ditemukan di Rumah Sakit UNHAS, tempat para calon dokter dibentuk, dan pasien kelas miskin (kelas 2 dan 3) memiliki tingkat kepuasan yang berbeda dibandingkan pasien kelas 1. Meskipun kepuasan terhadap fasilitas dan kenyamanan yang disediakan untuk pasien JKN kelas 1, 2, dan 3 berada di atas 50 persen,

pasien kelas 2 dan 3 memiliki tingkat kepuasan yang jauh lebih rendah. Pasien dari dua kelas yang identik dengan kemiskinan ini mengeluhkan fasilitas tempat tidur yang kurang baik, ruang perawatan yang tidak nyaman, bahkan ruang perawatan yang tidak dilengkapi kipas angin (Kusnadi & Pasinringi, 2015:1-11).

Sebagaimana ditemukan oleh R. Kaba dan Sooriakumaran dalam penelitian mereka, faktor budaya berperan dalam hal bagaimana dokter memperlakukan pasien. Dokter dalam kultur yang sangat patriarkal tempat peran mereka nyaris tak tergantikan dengan posisi sosial yang tinggi, sulit tercapai sebuah relasi dokter-pasien secara setara (Kaba & Sooriakumaran, 2007:63-64). Meskipun begitu, ada faktor yang lebih substansial yang pada umumnya lolos dari perhatian. Dengan merujuk ke penemuan Johanna Shapiro, saya telah menunjukkan dalam sebuah publikasi bahwa paling sedikit ada 3 faktor yang menjadi sebab mengapa relasi dokter-pasien belum sungguh-sungguh berubah (Jena, 2012:104-107). Ketiga faktor itu dapat diuraikan secara singkat sebagai berikut.

Pertama, praktik pelayanan kesehatan, selain kehilangan dimensi kepedulian (*caring*) dan lebih menekankan aspek penyembuhan (*curing*) karena optimisme berlebihan pada kemajuan dunia kedokteran, dipengaruhi kultur Barat yang mendewakan individualisme. Individu dipahami sebagai bebas, otonom, dan sehat. Akibatnya, dokter memahami diri sebagai orang sehat yang harus mengembalikan pasien ke keadaannya yang normal. Sikap demikian tidak hanya menghalangi terbentuknya kesetaraan hubungan dokter-pasien, tetapi juga menyulitkan terjadinya relasi yang berkepedulian. Dokter justru bersikap dingin dan berjarak dengan pasien karena pemosisian diri sebagai orang sehat yang datang untuk membawa kesembuhan. *Kedua*, kemajuan teknologi modern justru mengurangi rasa empati dokter terhadap para pasien mereka. Teknologi modern membatasi dokter untuk “bergerak mendekat” dan menyentuh para pasien, untuk membangun komunikasi yang lebih intim, dan membuka diri untuk mendengar, persis ketika mereka yakin bahwa teknologi kedokteran mampu memecahkan segala persoalan yang dihadapi pasien. *Ketiga*, masuknya paradigma modern dan keyakinan berlebihan pada sikap ilmiah ke dalam sekolah kedokteran menyebabkan para calon dokter berkeyakinan bahwa menjadi dokter menuntut mereka bersikap ilmiah,

mengambil jarak dengan objek, tidak boleh melibatkan emosi dalam relasi dengan orang lain, dan seterusnya. Sikap semacam ini justru mematikan dimensi kepedulian dari profesi kedokteran, dan itu dilakukan sejak di bangku perkuliahan.

Para dokter sebenarnya tahu dengan baik bahwa mereka harus memperlakukan pasien dengan penuh hormat sebagai manusia. Meskipun begitu, berbagai faktor yang saya sebutkan di atas, dan faktor-faktor nonmedis lainnya seperti kelebihan beban kerja atau keadaan *burn-out* sering membuat mereka kehilangan komitmen pada sumpah dokter. Saya menyebut keadaan ini sebagai “lupa akan ada” (*forgetfulness of being*) dalam pengertian fenomenologi Heideggerian. Lupa akan ada adalah keadaan individu tertanam dalam kesehariannya, entah karena pengikatan diri pada teknologi atau karena kehilangan individualitas dalam massa sebegitu rupa sehingga orang lupa menemukan makna tertinggi dari alasan keberadaannya di dunia (Inwood, 1999:72-74). Dalam arti inilah saya berpendapat bahwa para dokter wajib kembali kepada alasan keberadaannya sebagai dokter dengan aspek *caring* dan *curing* sebagai fundamennya.

Pertanyaan pamungkasnya adalah, apa yang masih bisa dilakukan untuk mengembalikan profesi kedokteran ke keadaannya yang sebenarnya? Dalam salah satu tulisan saya yang telah dirujuk di atas, saya berpendapat bahwa pendidikan etika dan humaniora kedokteran harus dilaksanakan secara intensif, bukan dengan mengambil pola ilmiah sebagaimana ditempuh ilmu-ilmu kedokteran lainnya, tetapi dengan mengeksplorasi ekspresi subjektif seni, sastra, dan berbagi pengalaman perjumpaan dengan orang lain, serta semacamnya (Jena, 2012:93-129). Pemikiran semacam ini menemukan kesulitan di lapangan karena problem ketersediaan waktu. Saya mau menawarkan pendekatan yang lebih filosofis, yakni dengan menegaskan sekali lagi identitas pasien sebagai *persona* dengan seluruh imperatif etis yang melekat padanya. Untuk kepentingan itu, saya akan merujuk secara khusus pemikiran Edmund D. Pellegrino (22 June 1920–13 June 2013). Saya akan memperkaya pemahaman ini pula dengan merujuk pada pemikiran Alfred I. Tauber (1947), Profesor Emeritus filsafat kedokteran dan filsafat ilmu dari Boston University.

Pasien adalah Persona

Di atas telah dijelaskan bahwa pemisahan tubuh dan jiwa dalam pemikiran Cartesian yang menjadi dasar kedokteran membawa keuntungan tersendiri bagi pengembangan dan praktik kedokteran. Ilmu kedokteran berkembang jika penyelidikan atas tubuh telah ditelanjangi dari berbagai mitos atau pandangan mengenai sakralitas tubuh. Tubuh hanya bisa menjadi objek penelitian ilmiah jika diposisikan sebagai objek di bawah mikroskop. Juga sudah ditunjukkan bahwa tindakan dokter dalam menyembuhkan pasien dianggap lebih efektif ketika tubuh telah terfragmentasi, dipisahkan menjadi organ-organ, jaringan, sel, saraf, dan sebagainya.

Argumentasi yang dibangun tampaknya jelas, bahwa manusia (pasien) bukanlah sekadar dan tidak bisa diperlakukan sekadar sebagai objek. Dalam bukunya berjudul *Confessions of a Medicine Man*, Alfred I. Tauber merumuskan demikian: “Dalam konteks kedokteran, pemisahan pikiran-tubuh mungkin saja bermanfaat bagi pendekatan dan kerja ilmiah, tetapi menyembuhkan penyakit bukanlah masalah epistemologis semata” (Tauber, 1999:111). Bagi Tauber, menyembuhkan penyakit adalah sebuah tindakan etis, dan ini sejalan dengan apa yang dikatakan Edmund D. Pellegrino, bahwa relasi dokter-pasien yang ideal adalah relasi ketika tindakan penyembuhan dilakukan secara integral, karena relasi itu sendiri bersifat etis ketika kewajiban moral lahir dari “... relasi manusiawi yang khusus yang mengikat dia yang sakit dengan dia yang menawarkan pertolongan” (Pellegrino, 1985:13).

Pellegrino sendiri berpendapat bahwa pelayanan yang integral terhadap pasien harus dibangun di atas tiga pilar, yakni (1) pasien sendiri sebagai pribadi yang sedang sakit dan membutuhkan pertolongan, (2) tindakan profesi, yakni janji yang dibuat dokter ketika memasuki relasi dengan pasiennya, dan (3) tindakan kedokteran atau tindakan penyembuhan itu sendiri. Pendekatan integral ini tidak hanya memosisikan pasien sebagai pribadi, tetapi juga memuliakan profesi kedokteran itu sendiri.

Tiga pilar pelayanan kesehatan yang integral menurut Pellegrino dapat diuraikan lebih lanjut sebagai berikut. *Pertama*, pasien yang datang mencari pertolongan adalah pribadi yang sedang mengalami malfungsi dari keseluruhan organismenya. Menjadi pasien selalu berarti memasuki sebuah relasi ketergantungan (*dependency*) dan kerentanan (*vulnerability*). Akan tetapi, pasien yang sama juga mengalami keresahan/rasa khawatir

atas keadaan dirinya (Pellegrino, 1985:14). Pasien memiliki pemaknaan sendiri atas pengalaman sakit-sehat, yang terhadapnya faktor agama, budaya, ekonomi, bahkan politik sering ikut berpengaruh. Dalam konteks demikian, pasien memiliki pertimbangan sendiri mengenai apa yang terbaik bagi dirinya, dan itu tidak pernah bisa diketahui tanpa relasi yang lebih intim dan mendalam dengannya. Pasien yang sama juga adalah persona yang memiliki kebebasan, rasionalitas, kesadaran, kapasitas bahasa, seni, dan kemampuan berkebudayaan. Dengan begitu, memutuskan apa yang terbaik bagi pasien tanpa melibatkan dirinya, apalagi memperlakukannya sekadar sebagai ‘pesakitan’ bukan merupakan keputusan biomedis yang baik dalam pemahaman Pellegrino. Tentang hal ini, Pellegrino menuliskannya dengan sangat baik, “Sebuah keputusan biomedis yang baik adalah benar secara ilmiah, tetapi tidak secara otomatis sebuah keputusan yang baik dari sudut pandang pasien. Keputusan itu harus diletakkan dalam konteks situasi kehidupan dan sistem nilai pasien sendiri” (Pellegrino, 1985:21).

Kedua, tindakan profesi (*the act of profession*) mulai terjadi begitu seorang pasien menginjakkan kaki di ruang praktik atau ruang kerja dokter, dan ketika dokter mulai bertanya tentang apa yang bisa dilakukannya untuk menolong pasien. Bagi Pellegrino, lebih dari sekadar sapaan, ini sudah merupakan tindakan profesi, karena dalam struktur sosial

“... seorang dokter ‘ditahbiskan’ sebagai orang yang kepadanya orang sakit datang mencari pertolongan. Tawaran dokter untuk menolong mengandung secara implisit dua janji sekaligus. Pertama, dokter adalah kompeten dan memiliki seluruh pengetahuan yang Anda butuhkan; kedua, dokter berjanji untuk menggunakan pengetahuannya tersebut demi kebaikan Anda” (Pellegrino, 1985:14).

Berbeda dengan jenis relasi lainnya yang sifatnya legal atau ekonomis (komersial), relasi dokter-pasien dalam konteks ini dibangun berdasarkan profesi dan rasa percaya (Pellegrino, 1985:15). Kerentanan pasien dalam relasi ini (karena keadaannya yang sakit dan ketergantungannya pada kebaikan hati dokter) seharusnya ditanggapi dengan tindakan profesi, yakni ketika kebaikan pasien ditempatkan sebagai prioritas (Pellegrino, 1985:20).

Tindakan profesi itu sendiri sebenarnya merupakan sebuah tindakan etis dan medis sekaligus. Itulah yang membuat profesi kedokteran bercirikan

'*craftsmanship*', dalam arti memiliki kompetensi menyembuhkan (*curing competence*) dan kesediaan untuk peduli, masuk ke dalam relasi yang lebih dalam dan manusiawi, dan memahami pengalaman sakit dalam seluruh dimensinya. Itulah dimensi *caring* dan *competence* dalam profesi kedokteran yakni ketika para dokter mengikatkan diri pada tanggung jawab untuk membantu kemanusiaan melebihi kepentingan dirinya (*caring competence*). Pellegrino menuliskan,

“... kita tidak boleh lupa bahwa janji profesi kita sebagai penyembuh adalah sebuah deklarasi komitmen – sebuah janji pengudusan ... kepada sebuah cara hidup yang tidak lazim. Ini adalah sebuah janji bahwa kita tidak akan mendahulukan kepentingan diri kita, bahwa kita tidak akan mengeksploitasi kerentanan dari mereka yang kita layani, bahwa kita akan menjunjung tinggi kepercayaan yang telah diberikan pasien kepada kita ... Ketika kedokteran kehilangan dimensi etis, dia akan menjadi tidak sekadar bisnis, dagang, atau teknik, tetapi sebuah pengingkaran kepercayaan yang menjadi dasar hubungan dokter-pasien” (Pellegrino, 1985:28-29).

Di sini tampak jelas bahwa pasien tidak boleh diperlakukan sebagai alat atau diposisikan semata-mata sebagai objek demi sesuatu tujuan di luar kebaikan pasien itu sendiri.

Ketiga, pilar tindakan medis (*the act of medicine*) sebagai yang mengisi celah antara pilar pasien di satu sisi dan pilar dokter (profesi) di sisi lainnya. Inilah saat ketika dokter harus mengambil keputusan medis. Di sini Pellegrino menekankan bahwa pelayanan kesehatan belum bermakna apa-apa sampai sebuah keputusan medis diambil mengenai pasien tertentu dalam konteks kehidupan tertentu, sekarang dan di sini (Pellegrino, 1985:15). Situasi partikular dari pasien tertentu perlu ditekankan, pertama-tama untuk menghindari pengambilan keputusan medis secara sepihak, entah secara paternalistik oleh dokter, maupun pembiaran pengambilan keputusan pada pasien atas nama otonomi pasien. Bagi Pellegrino, menyembuhkan dalam artinya yang paling radikal bukanlah tujuan kedokteran. Secara filosofis, kedokteran bertujuan untuk mencapai keputusan yang terbaik dan benar tentang penyembuhan seorang manusia partikular tertentu (Pellegrino, 1985:16). *Episteme* semacam inilah yang memungkinkan teratasinya dilema moral tindakan medis, misalnya, antara melanjutkan pengobatan atau menghentikannya pada pasien terminal, antara terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan dan problem keadilan, dan semacamnya.

Lagi-lagi, tindakan medis tidak dapat terlaksana secara ideal ketika pasien diposisikan sebagai persona jika pilar pertama dan pilar kedua tidak ditempatkan sebagai hal yang penting dan tidak dapat dipisahkan dengan pilar ketiga. Di situ tampak jelas bahwa pelayanan kesehatan tidaklah sekadar bagaimana menyembuhkan pasien, dan itu mengandaikan perubahan paradigma relasi dokter-pasien, dari relasi yang bersifat mengobjekkan kepada relasi yang bersifat *mutual participation* sebagaimana dimaksudkan oleh Szasz dan Hollender (Szasz & Hollender, 1956:585-592).

Simpulan

Pandangan dualistis Cartesian memang memiliki dampak luar biasa bagi pengembangan ilmu kedokteran maupun pelayanan kesehatan. Meskipun semakin disadari bahwa *episteme* yang mereduksikan pasien ke level objek/materi semata bertentangan dengan “*the art of medicine*”, berbagai faktor tetap saja menarik para dokter kembali ke paradigma lama hubungan dokter-pasien. Tulisan ini telah memperlihatkan, bahwa pergeseran cara pandang pada level epistemologi tidak secara otomatis mengubah cara bersikap para dokter dalam praktik pelayanan kesehatan. Dan paper ini mengklaim “lupa akan ada” sebagai sebab terjadinya kegagalan itu.

Diskusi seputar pasien sebagai *persona* dan seluruh nasihat luhur di atas dimaksudkan untuk mengingatkan kembali para dokter akan kesejatian profesi mereka. Meskipun begitu, mesti diingat bahwa tidak ada jaminan bahwa pelayanan kesehatan akan menjadi lebih manusiawi karena para dokter semakin memperlakukan pasien mereka sebagai persona. Orang dapat menyadari bahwa pengetahuan akan hal yang baik tidak otomatis berujung pada tindakan yang baik.

Tulisan ini telah menunjukkan secara deskriptif pergeseran paradigma relasi dokter-pasien dalam pelayanan kesehatan. Apakah para dokter kemudian memutuskan untuk berperilaku sesuai nilai-nilai moral pelayanan kesehatan, tergantung pada komitmen dan penghayatan pribadi akan makna panggilan menjadi dokter. Di titik inilah sebetulnya terletak makna kesejatian profesi kedokteran.

Bibliography:

- Barker, Chris. *Cultural studies: Theory and practice*. London: Sage. 2003.
- Brown, Theodore & Cohen, Bernard. *The Mechanical Philosophy and the "Animal Oeconomy"*. New York: Arno Press. 1981.
- Davis-Floyd, Robie & St. John, Gloria. *From Doctor to Healer: The Transformative Journey*. New Jersey: Rutgers University Press. 1998.
- Descartes, Rene & Gaukroger, Stephen. *The World and Other Writings. Cambridge Texts in the History of Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press. 1998.
- Fang, J, Mensah, G.A., Croft, J.B., & Keenan, N. L. "Heart Failure-Related Hospitalization in the U.S. 1979 to 2004". *Journal of the American College of Cardiology*, 52(6) (2008):428-434.
- Frank, Arthur W. *At the Will of the Body: Reflections on Illness*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt. 1991.
- Inwood, Michael. *A Heidegger Dictionary*. Massachusetts: Blackwell Publishing Limited. 1999.
- Jena, Yeremias. "Etika Medis dan Pembentukan Dokter yang Berkeutamaan". *Jurnal Respons*, 17(1) (2012):93-129. http://www.academia.edu/4465236/Etika_Medis_dan_Pembentukan_Dokter_yang_Berkeutamaan
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. "The evolution of the doctor-patient relationship". *International Journal of Surgery*, 5(1), (2007):57-65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17386916>.
- Kusnadi, N., & Pasinringi, S. "Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit UNHAS". *Unhas Repository* 2015. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/14270/NUR%20ISRADI%20KUSNADI.pdf?sequence=1>.
- Leder, Drew. *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press. 1990.
- Lupton, Deborah. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. New York: Sage Publication. 2003.
- MacIntyre, Alasdair. "Medicine Aimed at the Care of Persons Rather Than What...?" dalam J. Cassell & M. Siegler (Eds.), *Changing Values in Medicine* (Maryland: University Publication of America, 1979).
- McWhinney, I. "Medical Knowledge and the Rise of Technology". *J Med Philos*, 3(4), (1978):293-304. <http://doi.org/10.1093/jmp/3.4.293>.

- Mehta, N. "Mind-Body Dualism: A Critique from a Health Perspective". *Mens Sana Monographs*, 9(1), (2011):202-209.
- Pellegrino, E. D. "The Caring Ethic: The Relation of Physician to Patient", dalam Anne H. Bishop & J. John R. Scudder (Eds.), *Caring, Curing, Coping: Nurse, Doctor, Patient Relationships* (Alabama: The University of Alabama Press, 1985).
- Pfeil, T. A., Laryionava, K., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W., & Winkler, E. C. "What Keeps Oncologists From Addressing Palliative Care Early on With Incurable Cancer Patients?". *Oncologist*, 20(1), (2015):56–61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361623>.
- Smith, P., & Riley, A. *Cultural Theory: An Introduction*. Oxford: Wiley-Blackwell. 2009.
- Svenaesus, F. "The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice". *Medical Humanities*, 26(1), (2001):59-118. <http://www.springer.com/gp/book/9780792367574>.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. "The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship", dalam G.E. Henderson, N. M. P. King, R. P. Strauss, S. E. Estroff, & L. R. Churchill (Eds.), *Social and Cultural Contributions to Health, Difference, and Inequality Vol. II* (Durham: Duke University Press Books, 2005).
- Tacoh, T. S., Pangemanan, J., & Rumampuk, J. "Hubungan Antara Pelayanan Dokter dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Rawat Inap A Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Pusat Manado". *Repository Universitas Sam Ratulangi*, 2013. <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2013/11/TAUFIQ-TACOH-91511177.pdf>
- Tauber, A. I. *Confessions of a Medicine Man: An Essay in Popular Philosophy*. Cambridge: MIT Press. 1999.
- Van Dijk, Jose. *The Transparent Body: a Cultural Analysis of Medical Imaging*. Washington: University of Washington Press. 2005.
- Vongmany, J., Hickman, L. D., Lewis, J., Newton, P. J., & Phillips, J. L. "Anxiety in Chronic Heart Failure and the Risk of Increased Hospitalisations and Mortality: A Systematic Review". *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515116635923, 2016. <http://cnu.sagepub.com/content/early/2016/02/24/1474515116635923>.

Zhang, Liling, Sabine Riethdorf, Gang Wu, Tao Wang, Kunyu Yang, Gang Peng, Junli Liu, and Klaus Pantel. "Meta-Analysis of the Prognostic Value of Circulating Tumor Cells in Breast Cancer". *Clinical Cancer Research* 18, No. 20, (2012):5701-5710. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22908097>.

Endnotes:

- 1 Keagenan manusia (*human agency*) di sini merujuk kepada apa yang dalam ilmu sosial dipahami sebagai kapasitas individu untuk bertindak secara mandiri dan kemampuan mengambil keputusan secara otonom. Konsep ini hendak dilawankan dengan struktur, yakni faktor-faktor yang berpengaruh dalam proses individu memaknakan keagenannya, misalnya, kelas sosial, agama, gender, etnisitas, kebiasaan, dan semacamnya. Lih. Barker (2003). Dalam konteks komodifikasi, perkaranya bukan apakah struktur memiliki atau tidak memiliki pengaruh pada keagenan manusia, tetapi lebih pada terkooptasinya keagenan manusia dalam struktur bernama kelas sosial.
- 2 Pandangan dualistis semacam ini, dalam konteks filsafat ilmu, sebenarnya berhasil menelanjangi tubuh dari pengaruh pandangan religius, bahwa sebagai bagian tak-terpisahkan dari jiwa, tubuh tidak bisa diselidiki secara objektif. Dalam dunia kedokteran, misalnya, bahkan ada larangan melakukan diseksi atas tubuh. Pemikiran Descartes meletakkan dasar bagi kerja ilmiah atas tubuh ketika tubuh dipahami sebagai materi, jaringan, atom, yang bisa diselidiki secara ilmiah (Mehta, 2011:1-10).
- 3 Dua model lainnya relasi dokter-pasien yang dikemukakan Szasz dan Hollender dan yang sampai sekarang masih dipertahankan adalah model *guidance-cooperation* dan model *mutual participation*. Kedua model ini memposisikan pasien sebagai subjek dengan memperhatikan kondisi kesehatan pasien pada waktu pelayanan. Pada model *guidance-cooperation*, pasien adalah pribadi yang memiliki kesadaran, perasaan, dan aspirasi yang harus didengarkan, dan bahwa hanya dengan begitu pasien siap bekerja sama dengan dokternya dalam menyukseskan rencana perawatan. Sementara itu, relasi bermodelkan *mutual participation* didasarkan pada keyakinan bahwa kesetaraan hubungan itu penting bagi seluruh relasi manusia. Dalam konteks pelayanan kesehatan, relasi ini menegaskan bahwa dokter bukanlah pihak yang mengetahui segala hal, dan bahwa relasi yang mampu menyembuhkan pasien seharusnya dibangun berdasarkan kesetaraan kekuasaan dan kesalingtergantungan (Szasz & Hollender, 1997:278-286).
- 4 Neeta Mehta berpendapat bahwa pergeseran paradigma ini disebabkan antara lain oleh pemikiran fenomenologi. Dia terutama menyebut peran pemikiran Maurice Merleau-Ponty yang pemahaman atas tubuh pasien sebagai "*lived-body*" ikut menggeser paradigma lama hubungan dokter-pasien, bahwa pasien tidak sekadar objek yang bisa dipahami dari luar (Mehta, 2011:3-4).
- 5 Saya tidak melakukan sebuah penelitian sistematis dalam bentuk *systematic review* maupun *meta-analysis* untuk mendukung argumentasi saya. Karena itu, jurnal-jurnal yang saya rujuk di sini sebagai 'bukti' pendukung argumentasi saya dapatkan

berdasarkan keyakinan bahwa masih banyak perlakuan tidak manusiawi yang dilakukan para dokter terhadap pasiennya. Saya mencari jurnal pada data publikasi Google Scholar menggunakan kata kunci "*medical negligence*". Paper-paper yang saya rujuk di sini hanyalah contoh dari ribuan paper mengenai *medical negligence*.