

REFLEKSI ETIKA MENGENAI PENGOBATAN KOMPLEMENTER DAN ALTERNATIF

Oleh K. Bertens

Abstract:

When we compare complementary and alternative medicine (CAM) with conventional medicine, the most striking difference is that CAM is characterised by a broad cultural diversity, whereas conventional medicine is far more unified because of its scientific base. In former times the adverse attitude of conventional medicine towards CAM was much stronger than it is nowadays. The reason for this change is that the powerful position of the medical profession came to an end in our more liberal era. But this does not mean that the borderline between CAM and the medical profession may be wiped out. It seems ethically questionable when a professional physician turns to CAM practices, as it is also unethical when a CAM practitioner appears as a physician. CAM should be given freedom as long as it causes no harm to the patients.

Kata Kunci:

Bioetika, Pengobatan Komplementer dan Alternatif, Profesi Medis.

1. Perubahan Nama

Jika kita menyimak literatur berbahasa Inggris mengenai pengobatan alternatif, nama yang sekarang paling banyak dipakai adalah *complementary and alternative medicine*. Beberapa tahun sebelumnya namanya hanya berbunyi *alternative medicine*. Perubahan nama ini tampak dengan menarik, jika kita membandingkan beberapa publikasi di bidang bioetika. Dalam *Encyclopedia of Bioethics*, edisi ke-2 (1995) topik ini dibicarakan dalam entri berjudul *alternative therapies* dan di situ *alternative medicine* dipertentangkan dengan *conventional medicine*. Kemudian, buku yang mengumpulkan esai-esai tentang topik ini dan diedit oleh ahli bioetika besar,

Daniel Callahan, memakai judul *The Role of Complementary and Alternative Medicine*.¹ Perubahan nama ini di Amerika Serikat terjadi tidak lama sesudah tahun 1995. Sekarang nama yang kedua itu dipakai agak umum. Kita di Indonesia pun sebaiknya memakai nama "pengobatan komplementer dan alternatif" dan pada beberapa kesempatan kita lihat hal itu sudah mulai dilakukan.

Perubahan nama ini menunjukkan pergeseran pengertian. Jika orang berbicara tentang "pengobatan alternatif", terutama digarisbawahi pertentangan dengan pengobatan konvensional atau kedokteran modern. Jika istilahnya menjadi "pengobatan komplementer dan alternatif" (PKA), pertentangan itu sudah

diperlemah. Ada juga kemungkinan bahwa PKA ini melengkapi terapi dan metode kedokteran modern. Di sini kita tidak menghadapi dilema: atau kedokteran konvensional atau PKA. Dua cara pengobatan yang berbeda itu rupanya dapat diperdamaikan. Ada kemungkinan koeksistensi antara PKA dan kedokteran konvensional.

Pergeseran pengertian ini membuka jalan untuk pergeseran penilaian juga. Jika ada tempat untuk PKA di samping kedokteran konvensional, maka hal itu dengan sendirinya berarti juga bahwa PKA dipandang dengan lebih positif. PKA ternyata tidak sama dengan *quackery* dan orang yang mempraktekkan PKA ternyata tidak sama dengan *quack* atau *charlatan*. Sebab, istilah-istilah ini mempunyai konotasi sangat negatif dalam bahasa Inggris, kira-kira sama dengan penipuan dan penipu di bidang kesehatan.

2. Ilmu dan Kebudayaan dalam Konteks Pengobatan

Keanekaragaman dalam bidang PKA dapat kita mengerti, karena PKA lebih terkait dengan kebudayaan dan kadang-kadang sudah berakar lama di dalam suatu kebudayaan. Di China dan India, umpamanya, ada PKA yang sudah dipraktekkan berabad-abad lamanya. Di sini pantas dipakai juga istilah "pengobatan tradisional". Tapi faktor budaya itu tampak juga dalam zaman modern. Di tempat tertentu sekarang juga bisa timbul cara PKA yang agak terbatas pada tempat itu. Menurut kesan saya, sebuah contoh adalah *chiropractic* di Amerika Serikat. *Chiropractic* terutama mengobati nyeri tulang punggung dan baru mulai dipraktekkan akhir abad ke-19. Di Amerika Serikat *chiropractic* tersebar

luas dan pengobatannya kadang-kadang malah termasuk cakupan asuransi. Tapi di luar Amerika Serikat cara PKA ini tidak begitu kelihatan. Sebuah contoh dari Belanda adalah terapi Moerman untuk pasien kanker. Dokter Moerman menemukan terapi non-konvensional ini, yang sesudah meninggalnya masih dilanjutkan oleh beberapa pengikutnya, tetapi sepengetahuan saya tidak diambil alih di luar Belanda.

Kalau PKA sangat ditandai oleh faktor budaya, sebaliknya kedokteran konvensional tampak lebih seragam. Kedokteran konvensional didasarkan atas metode-metode dan konsep-konsep ilmiah, berarti atas unsur-unsur rasional yang teruji secara empiris dan diterima secara umum oleh semua pihak yang mengutamakan pengertian rasional. Hasil penelitian biomedis yang memenuhi persyaratan yang ketat, mempunyai wibawa besar di seluruh dunia kedokteran. Obat, terapi, atau instrumen medis baru yang terbukti bermanfaat, dalam waktu singkat tersebar ke seluruh dunia.

3. Pertentangan antara Profesi Kedokteran dan PKA

Tidak dapat disangkal, pada umumnya di kalangan kedokteran resmi terdapat sikap anti yang cukup keras terhadap PKA, khususnya di dunia barat. Di luar dunia barat (Asia dan juga Afrika) situasinya sering kali sangat berbeda.

Di kawasan Asia, termasuk Indonesia, pertentangan antara kedokteran konvensional yang dipegang oleh profesi medis yang resmi dan PKA yang dipraktekkan oleh orang yang tidak mengenyam pelatihan medis yang khusus tidak begitu terasa. Tentang China, umpamanya, kita mendengar bahwa di

situ PKA dipraktekkan pada skala besar di samping kedokteran konvensional, sering kali malah di rumah sakit yang sama. Di Indonesia saya melihat koeksistensi berdamai antara kedokteran konvensional dan pelaksanaan PKA, meskipun kadang-kadang bisa terjadi sedikit friksi juga. Ada kalanya sikap berdamai menjadi begitu besar hingga dokter sendiri merasa terpanggil untuk langsung terjun dalam PKA. Menurut hemat saya, di sini bisa muncul masalah etika yang akan dibicarakan lagi nanti. Sikap toleran yang berlaku di Indonesia terhadap PKA kadang-kadang tampak juga dalam istilah-istilah yang dipakai. Seperti sudah dijelaskan di atas, dalam bahasa Inggris kata *quack* dan *charlatan* bersifat sangat negatif. Tapi dalam kamus Inggris-Indonesia (Echols/Shadily) dua kata itu diterjemahkan sebagai "tukang obat/dukun". Dalam bahasa Indonesia, kata "tukang obat" dan "dukun" mempunyai nada lebih netral, tidak begitu negatif seperti dalam bahasa Inggris (dan padanannya dalam bahasa-bahasa barat lain).

4. Posisi Kuasa Profesi Kedokteran Berkurang

Suatu aspek lain dari hubungan antara kedokteran konvensional dan PKA adalah bahwa kuasa profesi kedokteran dalam beberapa dekade terakhir semakin berkurang pamornya. Proses ini berjalan secara umum di bidang sosial, dan penilaian terhadap profesi kedokteran hanya merupakan satu kasus di samping banyak bidang lain, seperti pendidikan, ketentaraan, dan lain-lain. Revolusi mahasiswa yang berlangsung di Ibu Kota Perancis pada bulan Mei 1968 dapat kita lihat sebagai suatu puncak pemberontakan

kaum muda terhadap kuasa dalam perguruan tinggi.

Dalam konteks medis, sebuah tulisan yang berpengaruh dalam mempersoalkan kuasa kedokteran adalah buku Ivan Illich yang berjudul *Medical Nemesis*.² Suatu usaha lebih filosofis adalah tulisan-tulisan Michel Foucault di Perancis.

Sebuah ilustrasi yang menarik tentang fenomena itu ditemukan di Belanda, yaitu perubahan yang terjadi di situ di bidang hukum kedokteran. Di Belanda sejak 1865 berlaku *Wet Uitoefening Geneeskunst* (Undang-undang tentang pelaksanaan kedokteran) yang menetapkan bahwa pelaksanaan kedokteran, bedah, dan kebidanan dikhususkan untuk dokter yang mendapat pendidikan di Fakultas Kedokteran. Guna memberi bobot lebih besar kepada undang-undang ini pada saat bersamaan dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana Belanda ditambah sebuah pasal baru (ps. 436) yang menetapkan hukuman bagi orang yang melakukan tindakan kedokteran, tapi tidak *qualified* untuk itu. Sejak undang-undang itu, *het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst* (pelaksanaan kedokteran secara *unqualified*) menjadi dosa besar dalam pelayanan kesehatan di Belanda.

Sesudah diskusi panjang lebar yang meliputi puluhan tahun, akhirnya pada tahun 1995 Belanda mendapat undang-undang baru yang diberi nama *Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* (Undang-undang Profesi dalam Pelayanan Kesehatan Individual), disingkat sebagai BIG. Titik tolak undang-undang ini sangat liberal: setiap orang bebas untuk memberi pelayanan kesehatan. Jadi, hal itu tidak dikhususkan

lagi bagi para dokter saja. Namun, kebebasan ini tidak tanpa batas. Dalam undang-undang BIG dirumuskan tiga pembatasan. Pertama, undang-undang BIG menciptakan suatu sistem perlindungan gelar dan registrasi. Orang yang tidak menyelesaikan pendidikan kedokteran, dilarang memakai gelar dokter atau spesialis. Jadi, undang-undang baru ini tidak melindungi profesi, melainkan gelar. Adanya gelar menunjukkan siapa mempunyai keahlian untuk memberi pertolongan tertentu, jika dibutuhkan. Tetapi para dokter tidak lagi mempunyai monopoli di bidang pelayanan kesehatan. Masyarakat tetap bebas untuk mencari pertolongan pada orang lain, jika mereka pilih begitu. Kedua, undang-undang BIG mengkhususkan 13 kategori tindakan medis (umumnya tindakan invasif) bagi ahli yang *qualified* untuk itu, yaitu para dokter, dan dalam beberapa hal juga dokter gigi atau bidan. Ketiga, undang-undang ini menetapkan hukuman bagi orang yang mengakibatkan kerugian yang tidak perlu – atau kemungkinan besar terjadinya kerugian – pada kesehatan seorang pasien dengan melakukan tindakan-tindakan yang tidak termasuk kualifikasinya. Dalam hal ini menjadi penting bahwa penyedia pelayanan kesehatan itu tercatat dalam registrasi yang ditetapkan oleh undang-undang BIG dan bahwa ia tidak melampaui batas keahliannya sebagaimana dirumuskan dalam undang-undang yang sama.

Mungkin ilustrasi tentang perubahan hukum kedokteran di Belanda itu menurut intinya berlaku juga untuk seluruh dunia, setidaknya untuk negara-negara yang mempunyai tradisi demokratis. Kini di mana-mana ada

toleransi besar terhadap PKA dan ditolak monopoli para dokter di bidang pelayanan kesehatan.

5. Pengobatan Komplementer Alternatif dan Evidence-Based Medicine

PKA dan *evidence-based medicine* merupakan dua kutub yang bertentangan dalam bidang pelayanan medis. *Evidence-based medicine* menekankan bahwa pengobatan harus didasarkan atas kepastian yang diperoleh melalui penelitian ilmiah. Menurut pandangan ini, pengobatan yang diberikan oleh dokter harus didasarkan atas penelitian ilmiah yang tahan uji tentang obat atau terapi yang dia gunakan. Dan penelitian yang tahan uji adalah *randomised, controlled clinical trials* terhadap obat atau terapi itu, atau – lebih baik lagi – meta-analisis terhadap semua penelitian yang sudah pernah dibuat tentang obat atau terapi tersebut. Dalam pengobatan yang dilakukan menurut prinsip-prinsip *evidence based medicine* setiap faktor subyektif harus disingkirkan. Dokter yang paling baik adalah dokter yang mengetahui semua penelitian ilmiah tentang obat atau terapi yang dipakainya dan secara eksklusif berpegang pada hasil penelitian tersebut.

Sebaliknya, PKA tidak mempunyai dasar obyektif sama sekali. Dalam rangka PKA, seluruh pengobatan dilakukan atas dasar faktor-faktor subyektif saja, sekurang-kurangnya dari sudut pandang kedokteran konvensional. Sebab, dari sudut PKA hal itu tidak berarti bahwa pengobatan non-konvensional dapat dilakukan oleh siapa saja atau dengan cara apa saja. Tetapi, bagaimana pun, dari segi ilmiah, tidak ada pendasaran obyektif

lewat penelitian empiris. Jika PKA mempunyai hasil juga, para ilmuwan mengatakan bahwa hal itu sama dengan *the placebo effect*. Plasebo juga dapat menyembuhkan atau memperbaiki keadaan pasien, asalkan pasien sendiri berpikir bahwa dia mendapat obat. Pikiran saja ternyata sudah dapat mempengaruhi kesehatan. Hal itu dapat dikaitkan juga dengan kondisi psiko-somatis manusia.

Dalam refleksi tentang PKA ini menjadi kian jelas bahwa subyektivitas mendominasi dalam pengobatan ini. Walau begitu, dari refleksi yang sama barangkali dapat kita juga memetik pelajaran bahwa kedokteran konvensional pun tidak ditandai oleh obyektivitas belaka. Karena itu kita harus bersikap kritis terhadap *evidence-based medicine* seperti biasanya dimengerti. Masalahnya dirumuskan dengan baik oleh Tom Whitmarsh:

*It is my view that Evidence-Based Medicine as currently formulated will never be able to inform all medical interventions completely. There is a subjective element in doctor-patient relationships that is part of its essence and will always override the objective, evidence-based approach. Clinicians on the whole will tend to continue to rely on personal or peer group experience, not at the expense of evidence from Randomized, Controlled Clinical Trials, but often on a par with it, according to the individual need(s) they perceive in the suffering person before them.*³

6. Etika Profesi Kedokteran di hadapan Pengobatan Komplementer/ Alternatif

Dipandang dari sudut etika, hubungan antara profesi kedokteran dan PKA terutama menimbulkan dua masalah. Pertama, dapat ditanyakan apakah dokter yang telah menyelesaikan studi kedokteran dan karena itu memiliki keahlian profesional, lagipula telah mengucapkan sumpah dokter dan dengan demikian secara resmi telah bergabung dengan profesi kedokteran, boleh terjun juga dalam PKA? Kedua, dari sisi lain dapat ditanyakan juga apakah orang yang tidak pernah menyelesaikan studi kedokteran, boleh tampil sebagai penyedia PKA dengan bahaya bahwa masyarakat awam tidak lagi melihat perbedaan dengan profesi kedokteran?

Masalah yang pertama tentunya yang terbesar dan terpenting dalam konteks etika kedokteran. Walaupun mungkin tidak semua orang mempunyai pikiran yang sama tentangnya, jawaban saya cenderung hati-hati. Menurut hemat saya, dokter yang sudah menyelesaikan pendidikan kedokteran dan mengucapkan sumpah profesi sebagai dokter harus hati-hati sekali bila beralih ke cara PKA yang serba tidak pasti dan menurut pandangan medis yang standar tidak mempunyai dasar ilmiah. Dokter semacam itu menjadi "dukun", tapi tetap mempertahankan gelar dokternya sebagai sejenis kedok untuk membenarkan dan "memasarkan" kegiatannya. Apakah hal itu tidak bertentangan dengan hakikat dan tradisi luhur profesi kedokteran yang pernah dimeteraikan oleh setiap dokter baru dengan sumpah profesi sebagai dokter.

Untuk situasi khusus kita di Indonesia ada alasan tambahan lagi yang tidak boleh diabaikan. Jika dokter menjadi "dukun" dan hal itu sering terjadi, mudah tercipta suatu suasana kurang bagus yang lebih banyak lagi bisa menggerogoti citra profesi kedokteran. Sebab, suka atau tidak suka, perlu kita akui, merosotnya citra profesi kedokteran menjadi tantangan besar bagi kita di Indonesia. Hal itu terutama tampak, jika kita membandingkannya dengan citra profesi kedokteran di negara-negara tetangga seperti Singapura dan Malaysia. Matimatian harus kita berusaha meningkatkan profesionalisme medis, hingga citra profesi kedokteran kita setaraf dengan negara-negara tetangga itu. Memang benar, hal itu menjadi tantangan besar, tapi sangat diperlukan. Membiarkan PKA memasuki praktek kedokteran dengan leluasa, hanya akan berakibat kerusakan citra profesi kedokteran di Indonesia berlanjut terus. Kalau begitu, bagaimana prospeknya bila nanti para dokter negara-negara ASEAN tanpa halangan apapun boleh berpraktek di Indonesia juga?

Masalah kedua tidak meminta suatu uraian panjang lebar. Perbatasan antara PKA dan kedokteran konvensional tidak boleh menjadi kabur. Bagi masyarakat awam pun perbedaan antara PKA dan kedokteran konvensional harus jelas. Walaupun suasana modern kini cukup liberal dan pelayanan kesehatan sudah tidak lagi menjadi monopoli para dokter, penyedia PKA tidak pernah boleh menduduki posisi dokter. Misalnya, ia tidak boleh menuliskan resep dan tidak boleh menggantikan dokter, bila orang itu berhalangan mengadakan praktek. Jika penyedia PKA diberi kesempatan untuk melakukan pengobatan dalam rumah sakit

atau klinik, hal itu harus diatur dengan demikian rupa, sehingga perbedaan dengan kedokteran konvensional tidak menimbulkan keraguan. Terutama menjadi tanggung jawab para dokter bahwa perbedaan antara profesi kedokteran mereka dan kegiatan para penyedia PKA tetap dipertahankan.

7. Beberapa Pertimbangan sebagai Kesimpulan

a. Tidak merugikan

Tidak merugikan merupakan suatu prinsip etis yang sangat penting dalam etika profesi pada umumnya dan dalam etika profesi kedokteran pada khususnya. Dalam etika biomedis, kini prinsip ini diterima di antara empat prinsip etis yang hakiki untuk profesi kedokteran (*the principle of non-maleficence*). Prinsip ini pasti penting juga untuk PKA, meskipun PKA tidak menjadi profesi yang resmi. Mereka melayani juga sesama yang sakit dan membutuhkan pertolongan. Orang sakit selalu secara khusus rentan terhadap penyalahgunaan dan penipuan. Karena itu pasien harus dilindungi terhadap bentuk-bentuk PKA yang mengakibatkan kerugian.

b. Faith healing

Tidak dapat disangkal, faktor agama berperan besar dalam PKA. Hal itu tampak di mana-mana di seluruh dunia, tetapi khususnya di negara-negara seperti Indonesia di mana suasana keagamaan masih kuat, karena hampir tidak terkena gejala sekularisasi. Di Indonesia kita lihat, PKA terutama dipraktekkan dalam hubungan erat dengan agama, misalnya oleh orang yang mempunyai kedudukan khusus dalam

agama mereka dan dianggap oleh masyarakat sebagai orang suci. Hal itu berlaku untuk semua agama, tapi di sini saya membatasi diri pada agama Kristen saja. Jika kita lihat lebih spesifik lagi, dalam kalangan Katolik PKA sering dipraktekkan oleh pastor, biarawan atau biarawati.

Tidak boleh kita lupakan, agama Kristen sebagai keseluruhan sejak mulanya tidak asing terhadap kegiatan penyembuhan. Dalam injil berulang kali kita dengar bagaimana Yesus sendiri menyembuhkan orang sakit dan Ia menyuruh murid-muridNya melakukan hal yang sama. Sesudah Yesus naik ke surga, para rasul dan murid lain meneruskan kegiatan penyembuhan itu demi nama Yesus. Di antara karisma-karisma yang dianugerahkan Roh Kudus, rasul Paulus menyebut juga "karunia untuk menyembuhkan" (1 Kor.12:28.30). Dalam sejarah gereja di kemudian hari, timbul lagi tempat seperti Lourdes, di mana dipercayai terjadi mukjizat penyembuhan.

c. Tantangan untuk profesi kedokteran

Pertimbangan terakhir adalah bahwa PKA bisa berperan positif terhadap profesi kedokteran, sebagai tantangan untuk meningkatkan dan memperbaiki kinerjanya. Seperti sudah dikatakan sebelumnya, dari profesi kedokteran memang dapat diharapkan para dokter akan mendampingi PKA secara kritis, tetapi "kritis" di sini tidak boleh dimengerti sebagai negatif saja. Kritis di sini tidak berarti menolak, sebagaimana kita masih lihat terjadi dalam sebagian profesi medis di dunia barat. Sejauh PKA membawa hasil yang baik dan pasien bilang: *it works*, ia harus diberi kesempatan, apa pun

mekanisme ilmiah yang bekerja di dalamnya. Tetapi efek-efek negatif PKA harus dicegah. Menjadi tugas profesi kedokteran bahwa PKA selalu dapat dibedakan dari *quackery*. Sebaliknya, PKA dapat membantu juga agar kedokteran konvensional tidak pernah puas diri, selalu sadar akan keterbatasannya, dan terbuka bagi setiap kesempatan untuk memperluas pandangannya.***

Catatan Akhir

- ¹ Daniel Callahan, *The Role of Complementary and Alternative Medicine*, 2002
- ² Ivan Illich, *Medical Nemesis*, 1976
- ³ Daniel Callahan (ed.), *The Role of Complementary and Alternative Medicine. Accommodating Pluralism*, 2002.

Daftar Pustaka

- Robert C. Fuller/James F. Drane, "Alternative therapies", dalam: W.Th. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. I, New York, Simon & Schuster MacMillan, revised edition, 1995, hlm. 126-143.
- Daniel Callahan (ed.), *The Role of Complementary and Alternative Medicine. Accommodating Pluralism*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2002.