

Professionalisma dan Kemanusiaan Dalam Pelayanan Kesehatan¹⁾

Oleh: T. Jacob

Laboratorium Bioantropologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

T. Jacob - *Professionalism and humanitarianism in health care delivery*

This article defines professionalism relevant to the medical profession and the trend towards deprofessionalization in medicine. Subsequently humanitarianism is described, followed by the nature and causes of dehumanization in medicine. Rehumanizing efforts are expected to be enhanced by certain on-going trends in the society.

The author further presents the issue of human rights, both natural and cultural, and their relation to the right to health care, whence patient rights developed. In this connection the problem of justice in the allocation of health resources is encountered.

Private medical practice in itself does not interfere with either professionalism or humanitarianism as long as distributive justice and patient rights are observed.

Lastly, potential future problems related to medical professionalism and humanitarianism are brought into focus, such as the growing urban slums, rural poverty, and opportunity for practice and employment. It is emphatically noted that sporadic medical interventions among underserved communities are not effective, except from the vantage point of publicity.

Key Words: medical professionalism - patient rights - justice in medicine - dehumanization - private practice

PROFESSIONALISMA

Profesi adalah mata pencaharian atau pekerjaan (okupasi) yang autonom, jadi berbeda dengan vokasi. Professionalisma merupakan usaha suatu kelompok masyarakat untuk memperoleh pengawasan atas sumber daya yang berhubungan dengan suatu bidang pekerjaan. Profesi ditandai oleh ciri-ciri berikut (Cobb, 1977):

1. Penerimaan imbalan untuk jasa yang diberikan,
2. Pemakaian istilah teknis,
3. Penggunaan lambang pekerjaan,
4. Pendidikan formal,
5. Ethika,
6. Internasionalisasi,
7. Autonomi,
8. Monopoli dan lisensi,
9. Status sosial.

1) Disajikan dalam seminar sehari Dokter dan Swasta, 11 Desember 1988, di Yogyakarta.

Yang pokok di antara ciri-ciri tersebut adalah monopoli pengetahuan, orientasi terhadap pelayanan atau pengabdian dan autonomi kerja. Dapat ditambahkan pula ciri-ciri lain, yaitu adanya berkala dan pengawasan oleh sejawat.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kedokteran merupakan suatu profesi, tetapi bukanlah hanya satu-satunya. Akutansi mempunyai derajat autonomi yang tinggi juga, demikian pula dengan advokat. Dukung mempunyai derajat kewiraswastaan (*entrepreneurship*) yang tinggi, tetapi banyak ciri-ciri profesi yang tidak dimilikinya, misalnya pendidikan formal, koda etik, lisensi dan internasionalisasi.

Kedokteran mempunyai autonomi kerja yang luas, misalnya dalam menentukan mutu karya, isi dan methoda kerja. Kedokteran mengatur pendidikan formalnya, sertifikasi dan lisensinya termasuk jenjang dan standar pendidikan itu. Kedokteran mengatur pula imbalan untuk jasa pelayanan yang diberikan, misalnya tentang pembagian imbalan (*split-fee*). Autoregulasi ini diperolehnya dari kewiraswastaan, yaitu kebebasan seseorang yang mempekerjakan dirinya dan dari charismanya (Kosa, 1970). Charisma ini diperdapat dari sifat pekerjaannya yang seolah-olah menentukan hidup-matinya seseorang, serta bertindak sebagai pengajar, penasihat, pelindung dan pengobat dalam kerisauan hidup manusia, serta kesediaannya melibatkan diri dalam kesulitan pribadi seseorang atau dalam kesulitan masyarakat.

Yang menarik ialah di samping terdapatnya usaha-usaha bidang pekerjaan lain untuk menjadi profesi, misalnya guru dan olahragawan, terdapat pula proses deprofessionalisasi dalam kedokteran. Ini disebabkan antara lain oleh karena dikerahkannya dokter baru untuk menjadi pegawai negeri dalam rangka meningkatkan kesehatan rakyat secara merata, keinginan menjadi pegawai negeri karena ada status sosial yang melekat padanya dan masih dapat melakukan praktek swasta, pendidikan yang mengarahkan dokter lulusan menjadi pegawai negeri, umpamanya adanya pelajaran-pelajaran tentang jawatan kesehatan, kedokteran administratif dan lain-lain. Juga guru-gurunya sebagian besar adalah pegawai negeri di fakultas kedokteran negeri yang sudah maju maupun di fakultas kedokteran swasta.

Oleh karena itu dan beberapa sebab lain terlihatlah gejala deprofessionalisasi, misalnya peranan dokter dan perhimpunan kedokteran dalam pendidikan kedokteran berkurang, juga dalam pengaturan imbalan, pengaturan bukti kemampuan (ijazah), dan monopoli pengetahuan karena popularisasi ilmu kedokteran. Orang awam pun bertambah tinggi pendidikannya sehingga dapat membaca sendiri buku dan berkala kedokteran yang makin banyak meninggalkan istilah-istilah Latin. Peranan organisasi kedokteran berkurang dibandingkan dengan pengaruh badan-badan pemerintah dalam dunia kedokteran. Pengawasan sejawat terhadap sesamanya juga berkurang, misalnya dalam menentukan dan memelihara mutu karya, sehingga usaha-usaha badan-badan pemerintah lebih efektif. Autonomi dokter berkurang dan dibatasi oleh badan-badan asuransi dan bertambah banyaknya tenaga paramedis dan non-medis. Mungkin di masa depan akan terjadi reprofessionalisasi dengan bertambahnya dokter swasta.

KEMANUSIAAN

Kemanusiaan dalam pelayanan kesehatan ditandai dengan hal-hal berikut:

1. Pasien dianggap unik.
2. Pasien dianggap utuh, bagian-bagiannya tidak dapat diceraiberaikan.
3. Pasien mempunyai nilai intrinsik, ia merupakan sumber pikiran, perasaan dan kegiatan.
4. Pasien itu autonom.
5. Pasien harus dapat turut mengambil bagian dalam membuat keputusan tentang dirinya.
6. Hubungan pasien-dokter adalah hubungan sederajat.
7. Adanya empati terhadap pasien pada dokter.
8. Adanya affek positif dari pihak dokter.

Dehumanisasi dapat terjadi bila ada:

1. Martabat manusia tidak diperhatikan, pasien dianggap benda yang dapat dikuantifikasi dan distandardisasi, dan terutama berinteraksi dengan perangkat keras. Pasien dianggap kasus atau organ yang sakit.
2. Tertekannya kebebasan pasien sebagai manusia.
3. Pemencilan sosial pasien.
4. Exploatasi pasien untuk eksperimen tanpa persetujuan dengan informasi yang cukup diberikan terlebih dahulu. Juga exploatasi pasien untuk kepentingan publisitas.
5. Sikap acuh tak acuh terhadap pasien.

Berbagai faktor menimbulkan dehumanisasi dalam pelayanan kesehatan. Sebab-sebab umum adalah yang menimbulkan dehumanisasi pula dalam masyarakat umum. Sebab-sebab khusus dapat disebutkan sebagai berikut:

1. sentralisasi pelayanan
2. birokratisasi
3. sekularisasi nilai
4. profesionalisasi keterampilan
5. proliferasi teknologi.

Pemusatan pelayanan terjadi karena revolusi teknologi, harga perangkat keras naik dan ilmu kedokteran makin maju. Hubungan pasien - dokter makin impersonal, pasien dikenal sebagai nomor, terjadi anonymitas dan anomi, pasien disamaratakan, dianggap tidak utuh, tidak mempunyai nilai intrinsik dan tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

Birokratisasi terjadi karena rasionalisasi tenaga kesehatan, administrasi bertambah banyak, sehingga dikomputerisasi, tanggung jawab dokter menjadi diffus, dan perseorangan hilang dalam system raksasa.

Sekularisasi terjadi karena kompetisi untuk memperoleh dana dan pemilik fasilitas tidak ikut hadir dan bertanggung jawab dalam kegiatan sehari-hari. Peranan organisasi agama berkurang dalam pengelolaan rumah sakit dibandingkan dengan peranan organisasi sosial sekuler.

Professionalisasi menimbulkan monopoli dan hierarki tergantung pada kemampuan teknis. Kontak dengan pasien terutama dilakukan oleh tenaga eselon rendah.

Proliferasi teknologi menyebabkan interaksi pasien dengan mesin-mesin lebih banyak, sehingga ia merupakan lanjutan pipa-pipa dan penerima benda-benda asing.

Di samping dehumanisasi dapat terjadi depersonalisasi, yaitu hilangnya autonomi, individualitas dan tanggung jawab perseorangan. Contoh-contohnya antara lain adalah:

1. Terbelahnya aspek fysis dan psykis, masing-masing dilihat terpisah, sehingga pasien tidak dilihat seutuhnya.
2. Ketergantungan pasien pada pemberi pelayanan yang besar.
3. Bertambahnya jarak emosional antara dokter dan pasien, oleh karena sikap profesional dan *detached concern* seorang dokter.
4. Hak akan *privacy* hilang.

Di masa depan usaha-usaha untuk rehumanisasi dapat dibantu oleh kecenderungan-kecenderungan berikut yang mungkin akan terjadi, yaitu:

1. Pengaruh asuransi yang akan bertambah meluas, sehingga semua atau sebagian besar rakyat akan mendapat pelayanan kesehatan.
2. Kesadaran konsumen yang makin meningkat, sehingga mereka menuntut hak-haknya.
3. Liberasi perempuan, sehingga autonomi di kalangan separuh rakyat makin tertegakkan.
4. Desentralisasi fasilitas kesehatan, sehingga makin mendekati sebagian besar rakyat.
5. Timbulnya *for-profit institution* dalam bidang pelayanan kesehatan yang memberi alternatif baru.
6. Makin tegaknya hak-hak asasi manusia yang menjamin kemanusiaan. Di antara hak-hak dalam hubungannya dengan pelayanan kesehatan adalah hak manusia, hak akan kesehatan, hak akan pelayanan kesehatan dan hak pasien.

HAK-HAK MANUSIA

Hak-hak alamiah disebut juga hak-hak sipil atau hak-hak politik. Dikenal dua taraf dalam pencapaian hak-hak manusia. Pada taraf pertama di abad XVII diperjuangkan hak untuk hidup, kebebasan dan pemilikan. Revolusi Amerika di abad XVIII menambah hak mencari kebahagiaan. Kemudian revolusi Perancis menghendaki pula hak akan keamanan dan hak menentang penindasan. Ini semua tergolong hak-hak alamiah.

Pada taraf kedua diperjuangkan hak ekonomi, sosial dan kultural, yaitu jaminan sosial, hak akan kerja, hak akan pendidikan, hak akan *privacy* dan hak untuk hidup layak. Kemudian meliputi pula asuransi pengangguran, pelayanan kesejahteraan, hak berserikat, hak akan imbalan yang layak, perumahan yang layak, makan yang mencukupi dan pelayanan kesehatan.

Hak alamiah adalah mutlak, tidak dapat diubah, tidak ada perkecualian, harus dicapai seluruhnya pada waktu yang sama, dan khas manusia. Hak ekonomi, sosial dan budaya merupakan kebutuhan dan dipuasi secara gradual. Hak akan kesehatan termasuk hak ekonomi, sosial dan budaya, dan meliputi integritas jasmani dan kebebasan dari sakit jasmani. Hak ini adalah lanjutan hak untuk hidup.

Hak akan pelayanan kesehatan merupakan hasil kontrak antara kedokteran dan masyarakat, serta antara dokter dan pasien untuk mengurangi akibat loterei alam yang menyebabkan manusia berbeda-beda (takdir). Tiap-tiap orang harus mendapat kesempatan akan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya seextensif mungkin dalam system yang sama untuk semua, dan tidak boleh tidak dapat diperolehnya karena tak sanggup membayar. Hak ini penting karena kesejahteraan masyarakat tergantung pada kesejahteraan perseorangan, sehingga semua orang wajib mendapat apa yang dibutuhkannya untuk mempertahankan kesehatan, sesuai dengan kemampuan masyarakat. Agar tiap-tiap orang mendapat haknya (dan kewajibannya), maka perlu ada keadilan dalam pelayanan kesehatan. Tidak adanya keadilan berarti tidak adanya kemanusiaan.

Hak-hak pasien antara lain adalah sebagai berikut (Reich, 1978):

1. memperoleh perawatan yang layak, terhormat, berkelanjutan dan segera;
2. memperoleh informasi tentang diagnosis, terapi dan prognosis yang dapat dipahami;
3. mendapat informasi untuk dapat memberi izin melakukan suatu prosedur, kecuali dalam keadaan darurat;
4. menolak terapi dan memperoleh informasi tentang akibatnya;
5. *privacy*;
6. konfidensialitas;
7. memperoleh informasi tentang experimentasi yang akan dilakukan dengannya dan hak menolak untuk ikut serta;
8. memperoleh pengobatan lebih lanjut;
9. memperoleh informasi tentang risiko terapi, ketidakmampuan akibat penyakit dan pengobatan, serta pertimbangan alternatif (opini kedua);
10. mengetahui keterangan perincian pembayaran dan mengetahui siapa dokter yang merawatnya.

KEADILAN

Agar semua orang mendapat hak akan kesehatan dan pelayanan kesehatan, maka perlu ada keadilan dalam alokasi sumber daya kesehatan. Pengertian tentang keadilan ini terutama mencakup keadilan distributif (iustitia distribu-

tiva), yaitu mengenai cara yang etis pantas untuk membagi-bagi sumber daya. Ada beberapa teori tentang keadilan, yaitu (Veatch, 1981):

1. Keadaan alamiah sudah adil, tidak perlu diintervensi lagi. Hak akan kesehatan tidak ada, karena tiap-tiap orang dilahirkan berbeda-beda.
2. Perlu perbaikan kesehatan mayoritas secara maksimal. Yang penting ialah perhitungan rasio untung-biaya, sehingga program dengan rasio maksimal yang dipilih, dan kebaikan bersih maksimal tercapai.
3. Yang penting ialah perbaikan kesehatan mereka yang paling menderita secara maksimal, jadi kita memaksimalkan posisi minimum.
4. Perlu perbaikan kesehatan secara merata, sehingga tiap-tiap orang mendapat kesempatan untuk tingkat kesehatan yang sedapat mungkin sama dengan tingkat kesehatan orang lain.

Dalam teori pertama (yang sebetulnya adalah non-teori) tiap-tiap orang dianggap pantas memiliki apa yang diperolehnya waktu lahir. Dokter, yang karena pembawaannya akhirnya mempunyai keterampilan, berhak pula menerapkan dan berbagi keterampilannya menurut cara yang dikehendakinya. Dengan membiarkan orang dalam keadaan kesehatan yang berbeda-beda, maka sesungguhnya tidak ada keadilan, yang seyogyanya berusaha mengurangi akibat perbedaan karena loterei alam tadi.

Dalam teori kedua ingin dicapai maksimasi kesehatan bersih seluruh masyarakat dengan meningkatkan kesehatan mayoritas, tetapi minoritas dapat terganggu karena distribusinya tidak adil.

Theori ketiga, yang disebut juga teori maximin, ingin mencapai keuntungan sebesar-besarnya bagi yang paling buruk nasibnya dan dengan demikian meningkatkan kesehatan seluruh masyarakat. Menjadi pertanyaan yang diperhatikan apakah mereka yang paling buruk nasibnya dari segi ekonomis atau medis. Dalam keadaan sumber daya tidak mencukupi dapat diadakan urutan leksikal mana yang mendapat prioritas tinggi dan mana yang lebih rendah. Dalam teori ini kebutuhan dan nilai seseorang bagi masyarakat tidak diperhatikan.

Theori keempat menjamin hak yang sama untuk tingkat kesehatan yang sama, kecuali kalau ada perbedaan yang relevan. Pengobatan yang sama dapat terganggu oleh sumber daya yang kurang. Kebutuhan akan pelayanan dapat dikaburkan oleh keinginan akan pelayanan, yang dapat sangat berlainan. Ada pula yang membutuhkan pelayanan, tetapi penyakitnya tidak dapat diobati. Dalam hal-hal ini pertimbangan harus dilakukan lebih lanjut.

Mungkin teori yang terakhir yang harus mendapat perhatian kita yang lebih seksama. Teori-teori ini dapat digabungkan pula. Beberapa kebijakan dapat dilakukan sehubungan dengan makroalokasi yang adil sumber daya kesehatan, misalnya adanya badan-badan asuransi kesehatan yang meliputi seluruh rakyat, praktek kelompok oleh dokter umum, adanya *for-profit institution* dalam pelayanan kesehatan dll.

PRAKTEK SWASTA

Sesudah kita perbincangkan professionalisma dan kemanusiaan, kita perhatikan sekarang hubungan antara praktek dokter swasta dengan kemanusiaan. Hal ini sebetulnya tidak perlu menjadi soal, karena kemanusiaan dapat diterapkan baik dalam sektor pemerintahan maupun sektor swasta.

Ada orang yang keliru menyangka bahwa berbakti atau mengabdikan hanya mungkin terjadi dalam sektor pemerintah, dan seolah-olah semua dokter harus bekerja pada pemerintah. Sebagian menganggap bekerja dalam pemerintah lebih rendah kedudukan sosialnya daripada dalam sektor pemerintah. Harus diketahui bahwa hanya di negara-negara komunis semua dokter bekerja pada pemerintah. Di Inggris dan Swedia dengan kedokteran yang tersosialisasi terdapat juga dokter-dokter swasta, hanya semua orang mendapat dokter pribadinya dan asuransi kesehatan. Keuntungan bekerja pada pemerintah di Indonesia ialah karena kedudukan pemerintah sangat kuat, dan dengan bekerja pada pemerintah dokter masih dapat bekerja swasta, sedangkan sebaliknya tidak dapat. Tetapi harus diingat bahwa hal tersebut tidak akan berlaku sampai abad XXI, ketika gaji pegawai negeri sudah menyamai keadaan di negara-negara lain yang sama majunya, seperti Malaysia.

Praktek swasta dapat berpengaruh positif terhadap kemanusiaan, karena praktek pribadi itu kecil, sehingga dapat memperhatikan pasien seutuhnya. Dalam praktek kecil, tatap muka (*personal encounter*) lebih banyak dapat terjadi. Pasien lebih cenderung diperhatikan sebagai manusia, tidak sebagai mesin yang rusak atau organ yang sakit. Praktek pribadi juga dapat lebih tersebar, sehingga mencapai dan mendekati lebih banyak pasien di tempat-tempat kecil, jadi makroalokasi sumber daya lebih adil. Praktek pribadi lebih banyak jumlahnya, sehingga alternatif pilihan lebih banyak pula, yang memperbesar otonomi pasien. Praktek swasta memperkuat profesi, dengan meningkatnya kewira-swastaan.

Segi-segi negatif praktek pribadi adalah kalau ia cenderung komersial sehingga mendesak kemanusiaan, dan tertumpuk di daerah urban sehingga mengganggu keadilan distributif. Karena berskala kecil, kemampuannya dapat terbatas baik dalam diagnosis maupun dalam terapi, yang mengurangi professionalisma. Rumah sakit dan laboratorium *for-profit* dapat berperi kemanusiaan, kalau tendensi mencari laba sebanyak-banyaknya dibatasi oleh etika. Dalam hal ini peranan pemilik lembaga sangat penting. Kalau tidak positif peranannya, maka professionalisma dokter justru akan terbatas olehnya, demikian pula kemanusiaan mereka. Rumah sakit agama dan yayasan sosial dari sudut ini lebih menguntungkan.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan, bahwa yang penting adalah agar praktek swasta memperhatikan ciri-ciri kemanusiaan dan keadilan, supaya hak-hak warga akan kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat terjamin lebih merata. Professionalisma dapat juga dipelihara dalam praktek swasta dengan praktek kelompok dan pimpinan lembaga yang paham tentang pelayanan kesehatan dan etika kedokteran.

MASAALAH POTENSIAL

Beberapa persoalan dapat menjadi penting atau akan muncul di masa depan dalam pelayanan kesehatan.

Pertama adalah masalah kesehatan di daerah kumuh di kota-kota besar. Kota-kota besar akan bertambah di abad depan dan kota-kota sekarang akan bertambah besar lagi. Jakarta mungkin berpenduduk sekitar 14 juta pada tahun 2000. Pembangunan perumahan di kota tidak secepat pertambahan penduduk. Maka timbul atau bertambah besarnya masalah *slum*. Gubuk-gubuk liar akan bertumbuhan dengan tidak teratur dan dihuni oleh migran baru dan penganggur dengan pekerjaan di sektor informal. Memberi pelayanan kesehatan pada mereka merupakan tantangan besar bagi kedokteran urban di masa depan.

Kedua adalah masalah penduduk rural yang miskin. Selain Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Posyandu, mereka memerlukan system asuransi yang dapat membantu mereka dalam keadaan sakit yang lebih berat yang memerlukan hospitalisasi. Asuransi kesehatan harus meliputi juga orang yang tidak bekerja pada pemerintah atau pabrik, baik di desa maupun di kota.

Masalah ketiga, lowongan kerja dapat menjadi masalah bagi para dokter yang makin banyak jumlahnya. Hal ini dapat diatasi dengan berbagai cara, misalnya menghilangkan jabatan rangkap dalam pelayanan kesehatan, membuka fasilitas pelayanan baru baik pemerintah maupun swasta, meningkatkan praktek pribadi dan kelompok (*group practice*), laboratorium swasta, perluasan kedokteran administratif dan konsultatif, media kedokteran dan pendidikan kedokteran. Pendidikan kedokteran dapat ditingkatkan, misalnya menjadi delapan tahun seperti di Amerika Serikat, tetapi hasilnya tentu saja harus lebih baik dan mendapat penghargaan sama dengan S2.

Rumah sakit swasta dan perusahaan akan memerlukan dokter-dokternya sendiri, tidak hanya menggantungkan fungsinya pada dokter-dokter pemerintah. Praktek kelompok dapat meningkatkan lowongan kerja, profesionalisma dan kemanusiaan dengan pembagian kerja dan rotasi, sehingga sanggup melayani 24 jam sehari dan tujuh hari seminggu.

Dokter-dokter yang tidak berpraktek (*non-practicing*) dapat bertambah, misalnya yang bekerja dalam pendidikan dan penelitian, administrasi kesehatan, swasta, laboratorium, konsultan bagi perusahaan asuransi, dewan perwakilan, olah raga, perkumpulan kesehatan, media massa, media kedokteran, lapangan medikopolitik dll.

Peningkatan dan pengembangan *career* dan professional dapat dilaksanakan melalui IDI, perhimpunan spesialis, lembaga-lembaga swasta, rumah sakit dan *extension program* fakultas kedokteran.

Pelayanan kesehatan sporadis tidak banyak manfaatnya, karena hanya merupakan kejutan lepas, kecuali bagi pasien dengan penyakit akut dan yang memerlukan operasi elektif. Kunjungan-kunjungan ke desa sekali dalam setahun hanya mempunyai nilai publisitas, tetapi tidak banyak pengaruhnya bagi kesehatan rakyat. Usaha-usaha yang kontinu, meskipun meliputi golongan yang lebih kecil, jauh lebih bermanfaat.

Sekali lagi yang lebih dan tetap penting adalah menjaga kemanusiaan dan professionalisma dalam usaha pelayanan kesehatan dan meningkatkan keadilan distributifnya.

KEPUSTAKAAN

- Beauchamp, Tom L., & Walters, Leroy (eds) 1982 *Contemporary Issues in Bioethics*, 2nd ed. Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA.
- Brody, Howard 1976 *Ethical Decisions in Medicine*. Little, Brown and Company, Boston.
- Cobb, Ann Kuckelman 1977 Pluralistic legitimation of an alternative therapy system. *Med. Anthropol.* 1(4):1-23.
- Jacob, T. 1979 Adaptasi kedokteran ilmiah dalam masyarakat tradisional. *B. I. Ked.* 11(4):157-62.
- 1988 Nilai-nilai kemanusiaan yang universal, lingkungan dan ilmu pengetahuan. *Sem. Masalah Kemanusiaan*, Jakarta.
- Kosa, John 1970 Entrepreneurship and charisma in the medical profession. *Soc. Sci. Med.* 4(1):25-40.
- Mitscherlich, Alexander, & Mielke, Fred (eds) 1978 *Medizin ohne Menschlichkeit*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt.
- Reich, Warren T. (ed.) 1978 *Encyclopedia of Bioethics*, vols 1-4. The Free Press, New York.
- Rhodes, Philip 1976 *The Value of Medicine*. George Allen & Unwin Ltd, London.
- Veatch, Robert M. 1981 *A Theory of Medical Ethics*. Basic Books Inc., Publishers, New York.

Ralat

Berkala Ilmu Kedokteran XXII (2) Juni 1990

Halaman 67 baris 3 dari atas:

Pada judul diberi catatan kaki:

Dikemukakan pada *Seminar Tentang Hak Untuk Mati* di Yogyakarta pada tanggal 25-4-1989.
