

ILMU PENGETAHUAN BAGI PEMBANGUNAN KESEHATAN NASIONAL*

Daoed JOESOEF

PENGANTAR

Kesehatan nasional dewasa ini diakui merupakan satu kegiatan profesional yang menuntut adanya "team work". Tim Kesehatan Nasional ini selengkap-lengkapnya meliputi tenaga-tenaga kesehatan, ilmiawan lingkungan dan ahli ekologi, ahli epidemi, ahli statistik, juru rawat kesehatan masyarakat, ahli makanan, spesialis kesehatan ibu dan anak, pekerja sosial, administratur, pendidik di bidang kesehatan rakyat dan sarjana ilmu pengetahuan sosial.

Hal ini karena konsep "multiple causes of diseases" kiranya sudah diterima oleh umum. Ini berarti bahwa dewasa ini penyakit dianggap tidak hanya sebagai satu gejala biologik tetapi juga suatu gejala sosial dan kultural.

Berhubung dengan itu ada dikatakan bahwa pencegahan penyakit tidak dapat dilaksanakan hanya oleh penemuan di laboratorium tentang sebab-sebab biokimiawi dari penyakit, tetapi tergantung pula dari kemampuan kita mengidentifikasi masalah-masalah genetika, memberikan pandangan dan nasihat kepada calon-calon orang tua tentang kemungkinan penerusan cacat keluarga (*genetic handicaps*), maupun dari kesanggupan kita menganjurkan cara-cara mengubah peri laku kultural guna mencegah penyebaran penyakit menular.

Hal ini semua memang menuntut pembahasan bersama yang mendalam dari orang-orang yang, karena pendidikan formal dan profesi yang dipilihnya sendiri, merasa terpanggil untuk menanggulangi masalah kesehatan nasional.

Dalam rangka ini kiranya terdapat dua persoalan yang perlu diteliti lebih jauh, yaitu: (1) pengajaran teori pengambilan keputusan di Fakultas Kedokteran, dan (2) pembentukan dokter keluarga.

* Sambutan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan pada Muktamar XVII Ikatan Dokter Indonesia, Manado, 2 Nopember 1980

PENGAMBILAN KEPUTUSAN

Praktek kedokteran tetap merupakan kiat (*art*), tetapi suatu kiat yang semakin lama semakin mendasarkan diri pada ilmu pengetahuan yang terus berkembang, pada peralatan dan metode ilmiah yang terus maju. Penggunaan elemen ilmu pengetahuan dengan dosis yang semakin besar dan intensif ini menimbulkan kemampuan penyembuhan (*therapeutik*) yang baru di samping memperluas kemampuan penyembuhan yang telah dikenal. Namun di pihak lain, hal ini telah mengubah cara pendekatan terhadap penyakit dan mengubah hakikat kerja dokter itu sendiri. Dokter kini semakin dituntut untuk menjadi seorang pengambil keputusan. Tuntutan ini menjadi semakin menekan mengingat, pada kasus penyakit-penyakit berat tertentu, dokter harus mengambil keputusan di dalam ketidakpastian. Ketidakpastian mengenai pilihan tentang perawatan ataupun pengobatan yang harus diterapkan, mengenai ketepatan dasar pilihan itu sendiri dan mengenai akibat-akibat pilihan yang diambil itu.

Pada umumnya dapat dikatakan bahwa apa yang disebut sebagai praktek kedokteran, pada dasarnya meliputi empat aktivitas yang berbeda satu dengan lainnya.

Pertama, kedokteran eksperimental yang dengan setia menyandarkan dirinya pada ilmu biologi. Ia meneliti -- melalui tabung percobaan dan berdasarkan atas model kehidupan binatang -- mekanisme berbagai gangguan patologik dan berusaha menarik dari situ berbagai cara penyembuhan yang terus menerus disempurnakan. Kadang kala memang ia ketinggalan dari hasil kerja klinik, namun ia berusaha menjelaskan bagaimana dan mengapa sesuatu obat yang telah dipakai semenjak lama adalah aktif.

Kedua, riset klinik. Aktivitas ini tidak menangani populasi yang dibakukan dari makhluk binatang yang sama secara genetik, dengan dibubuhi zat yang sama, dengan dosis yang sama, pada tingkat umur yang sama, tetapi memperlakukan makhluk manusia sebagai pembawa penyakit yang khas, sangat berbeda yang satu dengan lainnya dan penyakitnya itupun tidak menunjukkan potensi evolutif yang sama dengan penyakit lainnya. Berhubung sifatnya yang sangat individual ini, riset klinik tersebut pada umumnya menunjukkan koefisien reproduksibilitas yang rendah antara satu tim peneliti dan tim lainnya, antara satu enquete *therapeutik* yang satu dan enquete *therapeutik* lainnya. Maka itu ada anggapan bahwa kedokteran eksperimental lebih mendekati status ilmiah dibandingkan dengan riset klinik ini. Namun riset klinik ini tetap berusaha mencapai status ilmiah tersebut dengan jalan membuat identifikasi ciri-ciri khas yang terdapat di kalangan pasien sehingga

memungkinkannya membuat pembagian kelompok yang lebih homogen; membuat penegasan metodologi pengumpulan data, administrasi pengobatan dan pencatatan hasil; pemisahan yang lebih tajam dari kesukaran-kesukaran yang dihadapi melalui isolasi setiap studi kasus dengan satu situasi dan satu persoalan; pencatatan statistik yang teratur dan lain-lain.

Ketiga, kedokteran individual yang relatif pasti, yaitu yang berurusan dengan penyakit-penyakit yang mudah disembuhkan atau dengan penderita yang selalu dapat disembuhkan melalui pengobatan yang sesuai. Dalam aktivitas ini, kiat sudah memegang peranan yang besar. Kiat ini terdapat di dalam merencanakan secara tidak sadar keputusan-keputusan, sejauh sesuatu hasil mungkin dapat dicapai melalui berbagai cara, yang satu sama lainnya berbeda dipandang dari sudut jangka waktu penyembuhannya, biaya pengobatannya, akibat sampingan, dan lain-lain.

Keempat, kedokteran dalam suasana ketidakpastian, yaitu praktek yang berhubungan penyakit-penyakit berat, kronis, dapat mengakibatkan cacat jasmaniah ataupun mental dan mematikan. Berhadapan dengan ketidakpastian ini, ilmu pengetahuan -- walaupun tetap diperlukan, tetap merupakan modal yang harus ada, bahkan merupakan *conditio sine qua non* dari suksesnya sesuatu aktivitas terapeutik -- menjadi terdesak mundur oleh apa yang disebut sebagai kiat.

Jadi perspektif untuk pada satu waktu kelak menghilangkan sama sekali elemen kiat dari praktek kedokteran, dan menjadikannya satu aktivitas yang semata-mata ilmiah, kiranya masih merupakan satu ilusi. Hal ini karena, di satu pihak, terdapatnya elemen ketidakpastian yang tak kunjung hilang dan karenanya tetap menuntut adanya perhitungan dan evaluasi strategik bagi setiap pengambilan keputusan. Di lain pihak, karena adanya hubungan yang khas antara dokter-pengambil-keputusan dengan pasiennya, suatu hubungan yang sewajarnya bermuara pada satu kepercayaan yang tidak dapat lain dari bersifat nonrasional dan yang didasarkan pada keyakinan yang mendalam bahwa segala sesuatu akan berjalan baik.

Kalaupun kiat ini tidak dapat dihilangkan sama sekali berhubung adanya ketidakpastian, sedangkan justru di tengah-tengah ketidakpastian yang semakin menebal itu sang dokter semakin dituntut menjadi pengambil keputusan dan tidak sekedar menjadi peramal penyakit, maka untuk memantapkan intervensi medikal yang didasarkan pada kiat ini dapat ditempuh dua jalan.

Yang pertama, dengan jalan memperkecil ketidakpastian dan sekaligus mengubahnya menjadi suatu kepastian. Hal ini diusahakan mencapainya melalui kegiatan riset klinik. Kegiatan seperti ini sudah dilakukan di lingkungan Fakultas Kedokteran, namun masih perlu sekali semakin ditingkatkan secara terarah dan sistematis. Peningkatan kegiatan riset klinik ini secara konseptual

sesuai dengan apa yang dapat disebut sebagai ilmu pengetahuan dalam artian proses. Sebab hanya dari ilmu pengetahuan yang dihayati dalam artian proses akan lahir ilmu pengetahuan dalam artian produk yang diperlukan untuk mengurangi elemen ketidakpastian dari keseluruhan aktivitas medikal. Sedangkan dengan semakin mantapnya pelaksanaan konsep NKK di kalangan pendidikan tinggi yang secara esensial hendak membuat kampus menjadi satu masyarakat ilmiah, yaitu pengembangan ilmu pengetahuan dalam artian masyarakat, maka kini tercipta lingkungan yang subur untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dalam artian proses.¹

Yang kedua, dengan jalan menerapkan hasil pemikiran teori pengambilan keputusan pada ilmu medikal. Karena hal ini tampaknya belum dilakukan, maka dapat dianjurkan untuk mulai dipikirkan memasukkan pelajaran teori pengambilan keputusan ke dalam program pendidikan kedokteran.

Sebagaimana telah diutarakan di atas, peningkatan pemasukan elemen ilmu pengetahuan ke dalam ilmu medikal tidak mengurangi peranan kiat di dalam aktivitas medikal. Kalaupun kadang kala kiat ini seperti sudah terdesak, sebenarnya ia hanya beralih tempat. Kalau pada mulanya ia banyak campur di bidang prognostik dan diagnostik, kini ia semakin tampil di bidang therapeutik. Artinya, berhubung sang dokter semakin didorong untuk mengambil keputusan, sedangkan keputusan itu harus diambil dalam satu situasi yang penuh dengan ketidakpastian maka sang dokter dituntut untuk berkiat, untuk menjadi seorang artis, bukan artis-akrobat yang mempertaruhkan jiwa raganya sendiri, tetapi mempertaruhkan jiwa raga orang lain. Kalaupun pekerjaan artis-dokter kini lebih mirip dengan pekerjaan insinyur-montir yang harus memperbaiki sesuatu kerusakan dibandingkan dengan pekerjaan artis-peramal yang sekedar menceritakan keadaan kerusakan, terdapat perbedaan yang besar antara hal yang dihadapi oleh artis-montir dan artis-dokter. Mesin-benda yang hendak diperbaiki oleh artis-montir dapat dibongkar keseluruhannya agar diketahui secara persis dan pasti di mana letak kerusakan untuk kemudian dipasang kembali, sedangkan mesin-manusia yang harus diperbaiki tidak mungkin dibongkar pasang menurut sekehendak artis-dokter. Artis-dokter harus bekerja dalam ketidakpastian, tetapi biar bagaimanapun ia harus mengambil keputusan. Jadi setiap keputusan yang diambil oleh seorang artis-dokter secara esensial adalah satu keputusan kondisional. Sedangkan keseluruhan keputusan kondisional yang diambil (sekarang) guna menanggulangi kasus (sekarang dan di hari-hari mendatang) dalam dirinya merupakan suatu strategi. Artinya, tanpa disadari seorang artis-dokter, melalui keputusan-keputusan yang diambilnya, adalah seorang ahli strategi.

¹ Mengenai apa yang dimaksudkan dengan ilmu pengetahuan dalam artian *produk*, *proses* dan *masyarakat*, lihat: Daoed JOESOEF, "Higher Education in Southeast Asia", *The Indonesian Quarterly* (Jakarta: CSIS, July 1980), Vol. VIII No.3

Maka itu, setiap calon dokter harus dibiasakan pada analisa pengambilan keputusan. Dalam berbagai pembicaraan dengan para dokter muda yang baru lulus, tampak bahwa sebagian terbesar dari mereka menganggap bahwa satu situasi tertentu secara otomatis menimbulkan satu jawaban therapeutik tertentu, satu putusan medikal stereotip. Banyak di antaranya yang melihat kemungkinan satu pilihan dari hanya dua atau tiga cara intervensi medikal. Sedikit sekali yang menyadari bahwa intervensi tersebut seharusnya, sesedikitnya secara teoretis, dapat dilakukan dengan lebih banyak cara, katakanlah melalui n kombinasi. Dan praktis tidak ada seorangpun yang pernah mendengar adanya "decision theory", padahal kerja mereka sehari-hari adalah mengambil keputusan-keputusan yang mempertaruhkan nyawa orang; tidak pernah mendengar adanya "probability theory", adanya koherens dalam preferensi, adanya "utility function", adanya pilihan multikriteria.

Pada kiat yang berkaitan dengan disiplin ilmiah lainnya, seperti, kiat militer, kiat ekonomi, kiat manajemen, dan lain-lain, teori pengambilan keputusan sudah jauh berkembang, karena di bidang-bidang tersebut para pelakunya juga harus mengambil keputusan di tengah-tengah ketidakpastian. Hanya bedanya, yang dihadapi oleh artis-dokter bukanlah seorang lawan yang cerdas-tangkas-rasional, seperti yang digambarkan oleh von Neuman dan Morgenstern, yaitu para pencetus teori pengambilan keputusan itu, tetapi alam kehidupan yang tidak seluruhnya diketahui secara pasti. Jadi di dalam ketidakpastian ini, kiat betul-betul menguasai proses pengambil keputusan seorang artis-dokter. Memang benar mahasiswa kedokteran sekarang ini sudah dibiasakan juga mengetahui adanya alternatif di setiap usaha therapeutik, di setiap intervensi medikal. Namun pembiasaan terhadap berpikir alternatif bukanlah pengenalan, apalagi penguasaan, terhadap teori pengambilan keputusan. Teori pengambilan keputusan jauh lebih luas dari pengenalan pada kegunaan berpikir alternatif.

Ada dikatakan bahwa kiat medikal dibentuk oleh pengalaman, atau persisnya, dibentuk oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman -- dan perkembangan umur dokter, lamanya masa berpraktek, dapat memperbaiki mutu keputusan, mutu kerja dokter yang bersangkutan. Namun hubungan tersebut, walaupun ada, tidaklah lineair, sebab pengalaman riil itu diwarnai dan ditransformir oleh ingatan. Maka itu penting sekali pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman tidak hanya didokumentasikan, tetapi juga ditata sesuai dengan tuntutan penalaran sehingga pengetahuan itu menjadi *ilmu pengetahuan*. Bukankah yang disebut ilmu pengetahuan itu secara esensial adalah "geordend denken en weten". Begitu rupa sehingga pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman itu mampu memperbaiki kesan-kesan momentan yang mengelirukan.

Penataan pengetahuan dari pengalaman ini justru penting bagi usaha kita mengembangkan teori pengambilan keputusan ini di bidang pendidikan kedokteran. Kalaupun di atas dikatakan bahwa teori pengambilan keputusan sudah pesat berkembang di luar disiplin medikal, keseluruhan teori ini belum menyinggung adanya masalah pengambilan keputusan di dalam aktivitas medikal, sama halnya dengan pengabdian literatur medikal terhadap adanya teori pengambilan keputusan.

Jadi, pengajaran teori pengambilan keputusan bagi calon dokter merupakan satu tantangan bagi para pengajar dan pendidik di Fakultas Kedokteran. Tantangan, karena pengetahuan tentang hal ini dewasa ini sudah merupakan satu keharusan; tantangan, karena di bidang ini literturnya masih harus kita susun dan tulis sendiri. Literatur ini seharusnya merupakan hasil refleksi interdisipliner, sesedikitnya dari dua disiplin ilmiah, yaitu disiplin matematika di satu pihak dan disiplin medikal di lain pihak. Di sini dapat diingatkan apa yang katanya pernah diucapkan oleh Hippocrates: "... hidup berlangsung singkat, kiat berlangsung lama, kesempatan berlalu, pengalaman mengelirukan, per

DOKTER KELUARGA

Hal kedua adalah pembentukan dokter keluarga, dan yang berhubungan dengan itu, apa yang disebut sebagai "family medicine".

Timbulnya kedokteran modern adalah hasil dari perkembangan begitu banyak spesialisasi medikal. Puluhan tahun yang lalu yang ada adalah "dokter keluarga" yang bertanggung jawab atas kebutuhan umum di bidang medikal dan kesehatan dari semua anggota keluarga. Sesuai dengan kecenderungan yang terjadi di luar negeri, praktis di seluruh dunia tetapi dengan derajat perkembangan yang berbeda, dewasa ini di negeri kita praktek kedokteran yang spesialis, yang membatasi diri pada bagian tubuh tertentu, pada suatu penyakit spesifik atau pada satu prosedur tertentu, semakin lama semakin berkembang. Bahkan selama periode Pelita III ini pemerintah bermaksud melengkapi setiap kabupaten dengan sesedikitnya empat spesialis medikal.

Berhadapan dengan perkembangan seperti ini, di sana-sini mulai ada pengakuan bahwa spesialisasi praktek kedokteran ini mengakibatkan fragmentasi pada pasien individual. Jelas terjadi betapa para anggota dari satu keluarga pergi ke dokter yang berlainan -- anak-anak pergi ke dokter anak-anak dan yang dewasa pergi ke internis. Sedangkan ibu pergi ke obstetrician dan ke gynaecologist. Di kota-kota besar terdapat berbagai jenis dokter spesialis. Sema-

kin kecil luas pemukiman semakin sedikit praktek spesialis, baik jenis maupun ragamnya; sedangkan sektor pedesaan, kampung dan huma terpencil sama sekali tidak dijajah oleh jasa medikal yang elementer sekalipun.

Baiknya praktek kedokteran umum belum begitu menurun di negeri kita. Namun dokter umum tidak dengan sendirinya berarti dokter keluarga. Cara pendekatan "family medicine" mengakui peranan "promotive medicine" di mana yang menjadi pusat perhatian tetap manusia individual tetapi diperlakukan secara sadar sebagai anggota sesuatu keluarga dan sesuatu kelompok sosial. Perlakuan seperti ini merupakan pengakuan terhadap kenyataan bahwa manusia individual tidak dapat ditanggapi secara terpisah dari keluarganya atau dari berbagai jumlah dan jenis kekuatan di lingkungan fisik dan sosial yang dapat mempengaruhi keluarga yang bersangkutan.

Sasaran pokok dari praktek dokter keluarga adalah pelayanan medikal yang lengkap, teliti dan efisien. Berhubung yang menjadi pasien seorang dokter keluarga adalah "keluarga", maka program pendidikan calon dokter keluarga bertujuan menarik perhatian calon ini pada pemahaman manusia di tengah-tengah penyakit dan bukannya pemahaman penyakit pada manusia. Hal ini menuntut adanya training dan orientasi pendidikan pada aspek multicausal dari penyakit dan kesehatan. Jadi pembinaan mahasiswa ke arah profesi dokter keluarga meliputi usaha pembangkitan kesadaran terhadap pengaruh-pengaruh sosio-kultural dan dampak (*impact*)-nya atas kesehatan individual, keluarga dan masyarakat sebagai tambahan atas penguasaan pengetahuan tentang berbagai spesialisasi klinik. Selanjutnya program pendidikan juga memberikan perhatian yang cukup pada peranan kepercayaan yang dihayati serta kebiasaan yang berakar pada adat-istiadat atas perkembangan penyakit dan kesehatan maupun pada peranan lembaga-lembaga sosial -- seperti exogami, endogamy dan polygamy -- atas pengawasan, perkembangan dan pemberantasan penyakit. Jadi program pendidikan yang menyiapkan seseorang untuk menjadi dokter keluarga adalah keseluruhan perkembangan pribadinya, di samping training okupasional yang secara tradisional telah dilaksanakan. Program ini meliputi usaha memperadabkan (*civilizing*) tujuan-tujuan hidupnya, memperhalus reaksi emosionalnya dan pematangan pengertiannya tentang hakikat kesehatan manusia berdasarkan kemajuan terakhir dari ilmu pengetahuan yang dapat dikuasainya.

Dengan ditempatkannya dokter-dokter muda pada Puskesmas di tempat-tempat pemukiman yang terpencil, sebaiknya mereka ini disiapkan tidak hanya agar mampu menjadi dokter umum yang baik, tetapi juga mampu menjadi dokter keluarga yang baik. Melalui jasa medikal dokter keluarga ini kiranya kebaikan dan kegunaan jasa medikal semakin dimengerti oleh penduduk yang selama ini hanya mengenal jasa-jasa dukun atau ahli tenung lainnya. Na-

mun di kota-kota besarpun kiranya semakin terasa adanya kebutuhan terhadap praktek dokter keluarga ini. Gejala ini merupakan satu kecenderungan yang baik dalam tanggapan manusia terhadap pelayanan medikal. Kecenderungan ini menjadi semakin menonjol dengan semakin meningkatnya pendapatan rata-rata penduduk sektor kota. Bila lembaga dokter keluarga ini memang dapat dibina dengan baik melalui pendidikan kedokteran maka artinya kesehatan nasional diusahakan kemantapan perkembangannya melalui pelayanan kesehatan keluarga sebagai satu kesatuan yang menyeluruh. Dan memang keluarga, dari jaman ke jaman, tetap merupakan basis yang kukuh dari sesuatu masyarakat. Masyarakat dapat dikatakan sehat apabila keluarga-keluarga yang membentuk masyarakat itu adalah sehat.

Dokter adalah sebutan terhadap satu profesi di bidang kesehatan. Profesi tidak identik dengan pekerja, pegawai ataupun buruh. Dilihat dari sudut pendidikan yang dibutuhkan bagi pembentukan sesuatu profesi, termasuk profesi dokter, terdapat dua ciri pokok dalam suatu profesi sejati. Yang pertama ialah adanya suatu kode etik yang disepakati dan diakui bersama. Kode etik ini mengikat para anggota profesi yang bersangkutan pada nilai-nilai sosial tertentu jauh di atas pertimbangan penghasilan, kekuasaan pribadi dan gengsi yang mementingkan diri sendiri. Dalam hal profesi dokter, misalnya, kode etiknya melibatkan dokter ini dalam usaha kemasyarakatan yang memungkinkan manusia menempuh hidup yang sehat, yang produktif baik di bidang ekonomi, sosial maupun kultural, yang memungkinkan manusia dapat hidup sesuai dengan martabat manusiawi sebagaimana yang dituntut oleh perkembangan jamannya.

Suatu kode etik profesional bukan hanya mengakui nilai-nilai sosial yang berada jauh di atas kepentingan pribadi, tetapi juga menuntut agar orang yang menjadi anggotanya secara sungguh-sungguh berbakti kepada nilai-nilai yang diakui lebih tinggi itu. Berhubung dengan ini suatu profesi menegakkan suatu bentuk disiplin kelompok untuk menunjang nilai-nilai tersebut. Artinya, seorang dokter yang melanggar kode etik kedokteran, menerima celaan dari para teman sejawatnya, ditertibkan oleh anggota-anggota kelompoknya sendiri, jauh sebelum ditindak oleh lembaga yang mempekerjakannya. Dengan perkataan lain, salah satu tanda bahwa sesuatu pekerjaan sedang berkembang menjadi suatu profesi ialah adanya suatu gerakan yang terpadu di antara para anggota pekerjaan itu untuk menentukan dan mempertahankan disiplin kelompok agar menjunjung tinggi nilai-nilai etik yang telah dirumuskan oleh kelompok itu sendiri.

Jadi profesi bukanlah suatu serikat sekerja ataupun serikat buruh. Etik profesional harus diarahkan kepada nilai-nilai sosial yang lebih tinggi dan bukannya ditujukan kepada pembaktian untuk kepentingan kelompok pro-

fesional itu sendiri. Harus diakui, memang, tujuan yang luhur dan mulia ini merupakan satu masalah yang pelik dan berat bagi profesi yang bersangkutan.

Ciri yang kedua dari suatu profesi yang sejati ialah mendasarkan teknik pelaksanaannya pada prinsip-prinsip dan bukan sekedar pada cara yang mudah dihafal ataupun pada ketrampilan sehari-hari yang sederhana. Untuk menjadi suatu profesi, maka suatu pekerjaan harus meliputi tugas yang kompleks, yang dilaksanakan dengan penerapan prinsip dan konsep tidak hanya secara ilmiah tetapi juga secara artistik, dengan penuh dedikasi dan bukannya sekedar tindakan atau ketrampilan sehari-hari saja yang berupa satu pekerjaan rutin. Jikalau seorang anggota profesi apa saja, setiap kali menghadapi tugasnya sehari-hari melulu hanya dalam rangka pelaksanaan kerja rutin, maka untuknya pekerjaan itu bukan lagi merupakan suatu profesi.

Kompleksitas dari dokter di negeri kita yang sedang membangun ini, membangun tidak hanya dalam artian ekonomis, sosial dan kultural, tetapi juga dalam artian politis (*nation building*), sudah menjadi begitu rupa sehingga, tugas dokter tidak hanya terbatas pada melaksanakan tugas profesional, tetapi pada waktu yang bersamaan juga menunaikan tanggung jawab manusiawi (*human responsibility*) dan mengemban tugas kemasyarakatan (*civic mission*).

PENUTUP

Proses spesialisasi di dalam perkembangan ilmu pengetahuan memang sudah merupakan satu kenyataan di dalam masyarakat ilmiah modern. Apabila sang ilmiawan ingin melihat pekerjaan ilmiahnya menghasilkan sesuatu yang baru, ia seperti terpaksa mengadakan spesialisasi dan memusatkan perhatian intelektualnya pada suatu sudut kecil dari bidang disipliner di mana dia selama ini hidup dan bekerja. Kompleksitas riset kadang kala memang berarti bahwa yang menjadi inti itu tidak mungkin lagi ditangani oleh hanya satu orang.

Namun apakah hal ini berarti harus tercermin dalam fragmentasi organisasi profesional? Apakah fragmentasi ini tidak hanya demi fragmentasi? Kiranya di dalam membahas usaha konsolidasi organisasi IDI, perlu dibahas secara jujur sebab-sebab riil dari proses pengepungan organisatoris ini. Dan ukuran riil ini tidak dapat lain dari ukuran perkembangan keilmuan itu sendiri, sebab IDI adalah suatu organisasi profesional yang didasarkan pada ilmu pengetahuan yang menjadi dasar dari profesi kedokteran. Hendaknya jangan dilupakan bahwa semakin banyak yang kita ketahui tentang garis pemisah hipotetik di antara bagian-bagian ilmu pengetahuan, semakin tidak mungkin

kita menarik satu garis pemisah yang memotong secara wajar melalui interkoneksi hal-hal yang dikaji oleh disiplin yang bersangkutan.

DAFTAR BACAAN

Geoffroy d'AUMALE, *La Programmation des Decisions*, (Paris P.U.F., 1968).

K.A. HASSAN, "Medical Anthropology: An Overview", *The Mankind Quarterly* (June 1979)

Lucien ISRAEL, *La Decision Medicale* (Paris: Calmann-Levy, 1980)