

Dapatkah Keputusan Kemahkamahakan Etik Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Bersifat Terbuka?

Pukovisa Prawiroharjo^{1,2}, Frans Santosa^{1,3}, Reggy Lefrandt^{1,4}, Prijo Sidipratomo^{1,5}, Agus Purwadianto^{1,6}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

³Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

⁴Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Sulawesi Utara

⁵Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

⁶Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

Kata Kunci

Etik, keterbukaan, putusan, sidang

Korespondensi

apurwadianto@gmail.com

Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v2i2.15

Tanggal masuk: 20 Maret 2018

Tanggal ditelaah: 6 Mei 2018

Tanggal diterima: 10 Mei 2018

Tanggal publikasi: 12 Juni 2018

Abstrak Keputusan sidang kemahkamahakan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) pada umumnya bersifat tertutup. Namun ada beberapa kondisi di mana keputusan sidang dapat dipertimbangkan untuk bersifat terbuka oleh MKEK, mulai secara terbatas hingga terbuka penuh kepada khalayak umum, dengan isi putusan lengkap maupun tidak lengkap. Pertimbangan keterbukaan ini meliputi faktor dokter teradu, institusi yang memiliki kewenangan, faktor pengadu, lingkungan kerja dokter teradu, kepentingan pendidikan, kepentingan laporan pertanggungjawaban, pertimbangan masyarakat umum dan pers, dan sebagai konsekuensi dari perubahan Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK di kemudian hari. Pertimbangan sifat keterbukaan keputusan ini harus dilakukan secara bijaksana dan sesuai dengan pedoman yang berlaku.

Abstract Verdict of ethical trials of Medical Ethics Council of Honors (MKEK) is generally confidential. There are, however, several considerations in which a council decision can be disclosed, ranging from partial to full disclosure, with complete or incomplete content. The considerations include accused physician, authorized institutions, accuser factors, work environment of the accused, educational interests, for reports, public and press considerations, and as a consequence of changes in the Organizational Guidelines of MKEK in the future. Decision of this disclosure must be wisely considered and in accordance with applicable guidelines.

PENDAHULUAN

Pada umumnya setiap keputusan sidang kemahkamahakan etik Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) terhadap aduan dugaan pelanggaran etik oleh dokter teradu berlangsung dengan mekanisme tertutup, sesuai dengan Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja MKEK Pasal 24 ayat 4.¹ Dengan mekanisme tertutup, keputusan Majelis hanya dapat diketahui jajaran tingkatan MKEK yang melakukan penyidikan dan dokter teradu tersebut sendiri. Jika sanksi yang diputuskan membutuhkan kewenangan administratif pihak lain, keputusan tersebut baru dibuka (umumnya hanya simpulannya saja) kepada pemilik kewenangan administratif terkait saja.

Bahkan MKEK IDI tingkat di atasnya umumnya hanya mendapatkan laporan resumennya saja, contohnya hanya diberi isyarat pasal mana dari Kode Etik Kedokteran Indonesia yang dilanggar, tanpa uraian yang detail.²

Pada laporan pertanggungjawaban MKEK umumnya hanya disampaikan inisial nama dari dokter teradu dan pokok masalahnya saja. Pengurus MKEK pada tingkat Cabang, Wilayah dan Pusat sangat profesional dalam menjaga kerahasiaan keputusan MKEK tersebut. Aparat hukum pun tidak berhak mendapatkan akses terhadap putusan tersebut kecuali jika disebutkan terbuka untuk itu, demikian pula pasien atau orang yang mengadu tidak mendapatkan salinan putusan detail. Pengadu biasanya hanya boleh mendengarkan

putusan yang dibacakan oleh pimpinan sidang. Pada situasi di mana dokter juga merangkap sebagai pengacara atau aparat hukum lainnya, maka harus dijelaskan status dan perannya pada proses sidang kemahkamahakan MKEK ini. Konflik kepentingan harus dipastikan tidak terjadi.³

Keterbukaan penyampaian dan sejauh mana sifat keterbukaan yang diizinkan adalah hal penting yang harus ada dalam setiap keputusan MKEK. Keterbukaan dapat dinyatakan tersurat secara jelas dan tegas, dapat pula tersirat dengan misalnya keputusan tersebut diberikan kepada jajaran yang memiliki otoritas administratif untuk penindaklanjutan (misalnya IDI Wilayah setempat, Pengurus Besar IDI, Perhimpunan Dokter Spesialis dokter teradu setempat, Konsil Kedokteran Indonesia, Dinas/Suku Dinas Kesehatan setempat, Rumah Sakit tempat dokter tersebut berpraktek, dan sebagainya) sesuai dengan arahan tindak lanjut yang menjadi bagian dari keputusan tersebut.

Sifat keterbukaan sidang kemahkamahakan etik MKEK, termasuk di dalamnya pengaturan sejauh mana keterbukaan pada mekanisme sidang dan amar putusannya, adalah sepenuhnya menjadi wewenang dari Ketua MKEK/Ketua Divisi Kemahkamahakan/Ketua Majelis Pemeriksa, sesuai Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja MKEK Pasal 24 ayat 5.¹

Bagaimana jika keputusan yang dihasilkan MKEK tidak menyebutkan dengan jelas sifat keterbukaan dan tidak pula menyebutkan lembaga yang memiliki otoritas administratif? Maka pemaknaan keterbukaan dikembalikan penafsirannya sesuai Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK Pasal 24 ayat 4, yang menyatakan bahwa "Kecuali dinyatakan lain, keputusan MKEK bersifat tertutup".¹ Dengan demikian keputusan detail hanya dimiliki MKEK setingkat yang mengadakan sidang tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dapatkah Keputusan Kemahkamahakan Etik MKEK dinyatakan terbuka?

Sebagaimana telah dijelaskan, apabila tidak ada amar/diktum yang khusus menyebutkan

sifat putusan terbuka, keputusan MKEK bersifat tertutup. Dalam keadaan tertentu, keterbukaan keputusan MKEK sebagian besar bersifat terbatas. Batasannya sangat restriktif, terbuka hanya pada pihak-pihak yang disebutkan dalam amar putusan. Pihak yang paling sering disebutkan ialah lembaga otoritatif yang berwenang menindaklanjuti keputusan MKEK tersebut, baik organisasi profesi maupun institusi lain yang berwenang dalam praktek/keilmuan kedokteran.

Analisis sifat keterbukaan keputusan MKEK antara lain adalah sebagai berikut:

1. Terbuka dengan putusan lengkap/tidak lengkap untuk dokter teradu

Putusan MKEK umumnya diberikan kepada dokter teradu secara lengkap melalui sidang pembacaan putusan. Seandainya dokter teradu tidak datang saat pembacaan putusan, maka mekanisme dikembalikan kepada MKEK tersebut.

Mekanisme ini perlu dibuat secara bijaksana, misalnya jika alasan ketidakhadiran dokter teradu tersebut ada pada situasi sering jaga malam dan bahkan melampaui regulasi jam kerja dokter yang direkomendasikan, MKEK justru pada kondisi itu perlu membantu dokter teradu tersebut untuk dapat menjalankan kewajibannya secara layak.⁴

Dokter teradu dapat dipertimbangkan diberikan salinan surat keputusan lengkap apabila dalam proses menjalani sanksi ataupun rehabilitasi pasca menjalani sanksi terdapat masalah dengan pihak-pihak terkait yang berbeda penafsirannya. Keputusan implisit lengkap yang eksekutorial akan sangat membantu menyelesaikan masalah tersebut di lapangan.

2. Terbuka secara lengkap/tidak lengkap untuk lembaga yang memiliki otoritas

Keputusan MKEK umumnya terbuka untuk lembaga yang memiliki otoritas/kewenangan sehingga keputusan tersebut dapat efektif dijalankan. Keputusan MKEK dapat diberikan secara lengkap/tidak lengkap kepada lembaga yang memiliki otoritas tersebut sesuai dengan keadaan. Pemberian keputusan MKEK

secara lengkap dapat dipertimbangkan kepada lembaga yang memiliki kewenangan di antaranya jika dikhawatirkan adanya kesimpangsiuran informasi yang dirasakan dapat berujung pada kegagagalan lembaga tersebut untuk menindaklanjutinya.

Lembaga yang memiliki otoritas/kewenangan namun tidak terbatas pada yang disebutkan, di antaranya adalah:

- a. Pengurus IDI setingkat dengan MKEK yang membuat keputusan.
- b. MKEK PB IDI dan PB IDI yang menerima laporan sebagai arsip.
- c. Perhimpunan Dokter Spesialis sesuai dokter teradu jika dokter teradu adalah spesialis.
- d. Dinas Kesehatan, Suku Dinas Kesehatan, dan atau instansi lainnya yang berwenang menerbitkan Surat Izin Praktek pada tempat dokter teradu berpraktek, jika jenis sanksi yang dijatuhkan memiliki imbas pada penghentian/pembekuan rekomendasi izin praktek dari IDI.
- e. Institusi pendidikan dan atau kolegium terkait, jika bentuk sanksi yang diberikan berupa dokter teradu diharuskan menempuh pendidikan ulang atau program pendidikan berkelanjutan tertentu.
- f. Serta lembaga yang dipandang memiliki otoritas lain yang relevan terhadap subjek keputusan (dokter teradu dan pengadu) serta amar keputusan yang dihasilkan.

3. Terbuka untuk pihak pengadu

Secara umum pihak pengadu yang melaporkan dugaan pelanggaran etik pada dokter teradu adalah pihak yang sangat penting untuk diperhitungkan agar dapat dipenuhi aspirasi keadilannya. Tentu saja MKEK sangat memahami aspirasi tersebut dan sangat ingin memuaskan dahaga pencarian keadilan itu dengan sebaik-baiknya. Namun mengapa aturan dalam Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK tidak menyebutkan secara otomatis pihak pengadu diinformasikan tentang hasil putusan MKEK?

Hal ini dikarenakan pengalaman pahit sebelumnya, di mana keputusan MKEK dimanfaatkan oleh pengadu yang merupakan masyarakat umum untuk melanjutkan

menuntut dokter teradu di peradilan umum dan memakai keputusan MKEK yang menghukum dokter teradu sebagai penguat tuntutan. Pengalaman pahit ini membuat insan kedokteran MKEK meradang, meskipun tetap menghargai upaya hukum yang ditempuh pengadu. Selain itu, perlu dipahami bahwa fungsi utama MKEK adalah pembinaan internal bagi anggota IDI, bukan untuk disiarkan keluar.

Agar diketahui khalayak, pengurus dan Majelis Pemeriksa MKEK ini sama sekali tidak menerima biaya dari negara (karena IDI merupakan organisasi profesi independen yang tak dibiayai negara) dan juga tidak menarik biaya pengaduan perkara sama sekali. MKEK juga dalam bekerja sangat mengedepankan kompetensi dan profesionalisme, sehingga umumnya yang ditunjuk untuk menyelesaikan perkara sebagai Majelis Pemeriksa kasus aduan tersebut adalah tim dokter terbaik yang tersedia sesuai kompetensi dan relevansinya dengan kasus aduan tersebut, sehingga masalah aduan tersebut dapat ditelaah dengan sangat baik dan melalui investigasi bermutu dari aspek ilmu dan etika kedokteran.

Dengan kata lain, pengadu sudah diberikan fasilitas layanan menyelesaikan aduannya secara gratis (tidak dipungut bayaran operasional sama sekali oleh MKEK) dan aduan tersebut ditindaklanjuti secara profesional. Namun bila keputusan MKEK malah dipakai pengadu sebagai penguat argumentasinya dalam rangka menjebloskan dokter teradu untuk terkena sanksi hukum, maka kenyataan ini, meskipun tidak ada aturan yang melarang, tentu membuat insan kedokteran meradang. Pengadu yang licik mendapatkan modal penilaian bermutu tinggi secara gratis untuk memuluskan agenda kebenciannya kepada dokter teradu.

Perlakuan picik seperti ini menjadi sangat mengancam nilai kesejawatan sesama dokter. Hal ini rentan dijadikan proyek adu domba oleh pihak luar menggunakan tangan MKEK. Karena itu, dalam sidang pembacaan keputusan dan juga sidang-sidang sebelumnya, pengadu tidak diperkenankan membawa alat perekam suara termasuk ponsel.

Pertimbangan pengalaman sangat pahit inilah yang membuat aspirasi dan kebijaksanaan dari penyusunan Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK untuk tidak secara otomatis memberikan putusannya kepada pihak pengadu. Termasuk tidak bersedia memberikan putusannya kepada aparat penegak hukum dan kuasa hukum pengadu.¹

Pokok masalahnya adalah tidak ada jaminan dan tidak diakui masuk dalam sistem peradilan bahwa dokter teradu yang telah ditangani dan dihukum secara profesional oleh MKEK, akan terlindung dari kriminalisasi lanjutan di peradilan umum. Meskipun upaya-upaya tersebut telah terus dicoba dijalin kerjasamanya antara IDI dengan instansi aparat penegak hukum, namun pada kenyataannya tidak ada jaminan yuridis terkait hal ini.

Lalu kapanakah putusan MKEK dapat dipertimbangkan disampaikan terbuka untuk pihak pengadu? Situasi pertama adalah sepanjang MKEK sangat yakin sang pengadu tidak akan melanjutkannya di proses hukum. Keyakinan tersebut secara teknis di lapangan diserahkan pada kebijaksanaan MKEK setempat. Misalnya menunjukkan itikad pengadu tersebut dalam bentuk: 1) jaminan tertulis yang terang, dan 2) pernyataan siap menanggung konsekuensi tertentu jika akad kepercayaan antara pengadu dengan MKEK tadi diselewengkan.

Situasi kedua adalah saat konstruksi sistem peradilan Indonesia telah memberi porsi yang proporsional terhadap eksistensi MKEK, yakni konstruksi sistem peradilan yang menghindarkan potensi dokter teradu untuk dikriminalisasi kembali pada proses hukum untuk perkara yang sama, setelah diberikan sanksi oleh organisasi profesinya.

4. Terbuka untuk dokter/tenaga kesehatan tertentu di lingkungan kerja dokter teradu

Dari sudut pandang lingkungan pekerjaan, aduan dugaan pelanggaran etik yang diterima MKEK dapat dikategorikan memiliki atau tidak memiliki hubungan dan dampak terhadap lingkungan pekerjaan. Tentu saja putusan MKEK yang dapat dipertimbangkan dibuka untuk dokter/tenaga kesehatan di lingkungan bekerja dokter teradu ialah yang berhubungan

dan berdampak terhadap lingkungan pekerjaan.

Kajian berikutnya yang patut dipertimbangkan adalah jika Majelis Pemeriksa menilai bahwa pengawasan dan umpan balik dari lingkungan kerja dokter tersebut diperlukan sebagai bagian dari tujuan pembinaan perilaku yang ingin dicapai dari pemberian sanksi mendidik kepada dokter teradu.⁵

Sebagai contoh kasus fiktif, dokter A yang ahli di bidang kanker diadukan ke MKEK karena menyampaikan “vonis mati” dengan cara yang jauh dari kesantunan pada pasien yang menderita kanker stadium lanjut. MKEK kemudian bersidang dan kemudian mengambil keputusan memberikan sanksi etik kepada dokter A berupa pembinaan perilaku berkomunikasi yang baik pada situasi kasus dengan prognosis medik buruk. Keputusan yang diberikan juga menjelaskan bahwa dokter A tersebut masih diperbolehkan praktek, namun diawasi secara ketat bagaimana dokter A mengubah perilaku komunikasinya pada prakteknya sehari-hari dengan baik melalui masa pengawasan selama 6 bulan. Setelah 6 bulan, MKEK akan menilai kembali dengan memperhatikan umpan balik pengawasan perubahan perilaku yang terjadi pada dokter A. Secara realistis, tentu saja pihak yang paling memungkinkan untuk melakukan pengawasan melekat tersebut adalah dokter/tenaga kesehatan di lingkungan kerja dokter yang diberi sanksi etik tersebut. Sehingga dalam konteks ini, MKEK dapat membuka putusannya kepada pihak yang memungkinkan untuk menjalankan pengawasan perilaku komunikasi tersebut.

Situasi lain adalah jika Majelis Pemeriksa memandang bahwa proses rehabilitasi dokter pasca menjalankan sanksi etik untuk dapat bekerja kembali seperti dahulu diperlukan kerja sama khusus yang baik dari lingkungan kerja dokter teradu tersebut.

MKEK dalam hal membuka putusannya kepada dokter/tenaga kesehatan di lingkungan kerja dokter teradu perlu mengidentifikasi lebih detail sejauh mana putusan itu dapat dibuka, dan memberi mandat tegas agar dokter/tenaga kesehatan yang dititipkan amanah putusan MKEK tersebut untuk menjaga kerahasiaan dengan sebaik-baiknya.

5. Terbuka untuk kepentingan pendidikan

Keputusan MKEK atas suatu kasus hampir selalu mengandung muatan hikmah dan pendidikan di dalamnya, yang sangat disayangkan jika hanya mengendap dan berlalu begitu saja. Karenanya, MKEK dapat membuat detail penyelesaian kasus menjadi terbuka sebagian untuk kepentingan pendidikan baik kepada kepengurusan MKEK di Pusat atau wilayah/cabang lainnya, kepengurusan Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis, kepengurusan Ikatan Dokter Indonesia lainnya termasuk Perhimpunan-perhimpunan yang dinaunginya, sampai menjadi materi ajar di Program Pendidikan Dokter Umum (PPDU) dan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS). Tentu saja untuk tetap menjaga kerahasiaan yang penting dipegang tersebut, detail kasus saat dijadikan bahan materi ajar perlu merahasiakan identitas MKEK yang menangani, identitas pengadu dan dokter teradu, identitas Tempat Kejadian Perkara berikut kota/kabupaten dan Provinsinya, serta identitas lainnya yang diperlukan.

6. Terbuka untuk kepentingan laporan pertanggungjawaban dalam organisasi

MKEK sebagai organ yang dipilih dalam Mukhtar, Musyawarah tingkat Wilayah atau Cabang, serta Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis (PDSp) sebagai organ yang idealnya dipilih dalam Musyawarah Perhimpunan Dokter Spesialis perlu untuk menyampaikan pertanggungjawaban publiknya pada setiap forum evaluasi yang ada pada berbagai rapat dan atau Musyawarah yang memiliki tujuan untuk itu. Dalam menyampaikan laporan pertanggungjawaban pada forum yang dibentuk untuk itu, proses dan hasil amar keputusan MKEK bagaimanapun menjadi bagian tak terpisahkan yang juga harus dilaporkan. Oleh karenanya, keputusan MKEK dapat dibuka sebagian, sekedar pokok utamanya saja, dengan tetap merahasiakan identitas pengadu, dokter teradu, Tempat Kejadian Perkara berikut kota/kabupaten dan Provinsinya, serta identitas lainnya yang diperlukan.

7. Terbuka kepada masyarakat umum dan pers

Secara umum, keputusan MKEK tidak dibuka kepada masyarakat dan pers. Keputusan MKEK hanya dipertimbangkan untuk bersifat terbuka kepada khalayak jika kasus aduan etika tersebut benar-benar khusus, yang secara langsung merugikan kepentingan masyarakat banyak.

Selain itu, perlu juga dipertimbangkan faktor kepentingan masyarakat bila hasil putusan ini dibuka, apakah masyarakat memang harus tahu karena berisiko merugikan kesehatan masyarakat bila keputusan dibiarkan tetap tertutup, ataukah hanya karena masyarakat ingin tahu (tanpa dampak kesehatan apapun) bahkan cenderung ingin membawa masalah tersebut ke pihak peradilan.

Hal lain yang menjadi pertimbangan keterbukaan ini adalah reputasi dokter teradu. Akan tidak etis bila kesalahan kecil seorang dokter yang sebelumnya memiliki prestasi baik kemudian dibuka ke masyarakat hingga reputasi dokter tersebut hancur, padahal kesalahan tersebut tidak merugikan kesehatan pasien secara umum dan selama ini dokter tersebut belum pernah melakukan kesalahan etis.

Terdapat beberapa situasi di mana MKEK dapat mempertimbangkan untuk menyampaikan keputusannya secara terbuka penuh kepada masyarakat umum dan insan pers, di antaranya:

- a. Jika dokter teradu diduga aktif melakukan kecenderungan propaganda, yakni melakukan sosialisasi informasi terkait kesehatan menggunakan media massa/media sosial atau aktivitas beriklan yang bersifat masif dan berkali-kali disampaikan secara luas, dengan muatan isi informasi yang sangat keliru (*hoax*).^{6,7} Sebagai contoh, seorang dokter mengklaim sebagai dokter satu-satunya yang melakukan suatu tindakan medik dan secara masif menyampaikan hal ini berkali-kali menggunakan media massa dan media sosial. Meskipun akibat ketimpangan pemahaman, masyarakat awam tidak mempersoalkan dan sama sekali tidak resah dengan hal tersebut, namun hal ini

merupakan pelanggaran etika kedokteran yang nyata.

- b. Jika dokter teradu terbukti menyebabkan keresahan publik dan atau banyak pihak dari insan profesi kedokteran secara nyata, akibat melakukan sosialisasi informasi keliru terkait kesehatan (*hoax*) yang disampaikan secara luas kepada masyarakat.^{6,7} Sebagai contoh kasus untuk kerugian masyarakat ialah ketika seorang dokter aktif melakukan kampanye antivaksin.⁸

Perbedaan antara situasi butir (a) dan (b) ialah pada butir (a) tampak itikad yang sangat tidak baik dari dokter dengan aktif dalam penyebaran *hoax* sehingga cenderung melakukan propaganda. Sementara butir (b) menitikberatkan pada analisis dampak dari informasi yang keliru tersebut kepada masyarakat, marwah profesi kedokteran di mata masyarakat, serta banyak pihak insan profesi kedokteran secara nyata meskipun upaya penyebaran informasi ini tidak secara masif dilakukan oleh dokter yang bersangkutan. Pada kenyataan di lapangan, sering kali dua situasi butir (a) dan (b) ini dapat terjadi secara bersamaan.

- c. Jika dokter dalam aktivitasnya di media massa/sosial aktif menyebarkan informasi non kesehatan, misalnya terkait politik, ras, agama, dan sebagainya yang sangat keliru (*hoax*), namun kekeliruannya itu sedemikian rupa dinilai merugikan marwah profesi kedokteran yang luhur, termasuk di dalamnya merugikan marwah organisasi profesi kedokteran Indonesia.^{7,9} Sebagai contoh jika ada dokter yang menyebarkan informasi bahwa IDI atau perhimpunan kedokteran tertentu sudah ditunggangi kepentingan politik, bahkan dituding anti Pancasila dan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) hanya karena organisasi tersebut melakukan audiensi dengan seorang tokoh politik atau dalam kegiatannya mengundang satu tokoh yang dipersepsi oleh salah satu kubu politik sebagai bermasalah (bukan merupakan vonis pengadilan atau keputusan hukum negara lainnya). Padahal, tudingan serius ini dilakukan tanpa proses verifikasi yang baik.

Karena hal ini sangat berpotensi merugikan marwah profesi kedokteran dan organisasi profesi kedokteran, juga diakibatkan penyampaian dilakukan secara masif dan terbuka kepada publik, maka keputusan MKEK terkait dokter tersebut dapat disampaikan terbuka sekaligus memberi konfirmasi resmi kepada publik bahwa organisasi profesi kedokteran yang dituduh tersebut tidak seperti apa yang dituduhkan.

- d. Jika MKEK karena satu dan lain hal dimintakan klarifikasinya secara luas oleh publik dan pers terkait duduk perkara aduan yang ditanganinya. Dalam kondisi demikian maka MKEK dapat bermusyawarah untuk membuat perubahan keputusan khusus mengenai sifat keterbukaan dari amar keputusan tersebut. Tentu saja amar keputusan tidak disampaikan secara total kepada publik, perlu dilakukan pemilihan dan pemilahan informasi terutama untuk meluruskan persepsi publik yang berkembang secara liar terkait kasus tersebut. Dalam hal ini MKEK yang diminta klarifikasi tersebut wajib berkomunikasi dengan MKEK pada tingkat yang lebih tinggi.
- e. Jika MKEK menetapkan pelanggaran tersebut sangat berat sehingga dokter teradu dijatuhkan sanksi maksimal berupa pemberhentian tetap dari keanggotaan Ikatan Dokter Indonesia. Hal ini dapat dipertimbangkan untuk diumumkan kepada masyarakat dan pers, sehingga masyarakat luas tidak lagi memosisikan dokter yang dijatuhi sanksi berat tersebut sebagai representasi dokter dalam pernyataan dan tindak tanduknya di kemudian hari.

Sebagai contoh kasus fiktif, dokter A melakukan tindak tanduk yang membuat masyarakat luas memiliki persepsi keliru terhadap profesi kedokteran, sehingga masyarakat marah dan menumpahkan kemarahannya. Dokter A dianggap sebagai representasi dokter di Indonesia pada umumnya, dan masyarakat menganggap tindak tanduk dokter A mencerminkan profesi kedokteran di Indonesia sudah sampai titik nadir. Kasus ini lalu diadukan ke MKEK, yang kemudian

berkesimpulan pelanggaran ini termasuk sangat berat dan akhirnya memutuskan memberikan sanksi etika paling berat pada dokter A yaitu pemberhentian tetap keanggotaan IDI. Situasi kasus fiktif ini dapat dipertimbangkan untuk diumumkan luas kepada masyarakat agar tidak lagi muncul persepsi publik bahwa perilaku memalukan yang dilakukan dokter A itu merupakan representasi wajah dokter Indonesia pada umumnya.

8. Terbuka sebagai konsekuensi dari perubahan Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK

Hal terakhir yang mungkin menjadikan keputusan MKEK dapat bersifat terbuka adalah jika memang diatur demikian pada revisi Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK di kemudian hari. Pedoman yang ada saat ini menyatakan “Keputusan MKEK bersifat tertutup, kecuali dinyatakan lain”.¹ Jika keterangan ini di kemudian hari diganti, maka sifat keterbukaan dapat menyesuaikan dengan landasan kerja yang baru nanti. Hanya saja dalam mempertimbangkan sifat keterbukaan tersebut, seyogianya seluruh butir-butir pertimbangan yang lain dapat dijadikan bahan penelaahan untuk penyusunan perubahan Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK kelak.

Perbandingan dengan Negara Lain

Terdapat berbagai variasi antarnegara mengenai keterbukaan keputusan kemahkamah etika kedokteran. Negara bagian California dari Amerika Serikat, misalnya, menggunakan asas tertutup bagi keputusan kemahkamah etikanya selama tidak ada tindakan disiplinasi yang dilakukan. Ketika keputusan tersebut berakibat pada pencabutan atau pembekuan izin praktik, baik sementara maupun permanen, maka barulah isi keputusan tersebut dibuka ke publik, namun hanya sebatas kesimpulan akhirnya saja.¹⁰ Berbeda lagi dengan Ontario, negara bagian dari Kanada, di mana tidak hanya isi keputusannya yang dipublikasikan melainkan juga kronologi pelanggaran etikanya secara detail, walau tetap merahasiakan nama pasien dan pengadu yang terlibat.¹¹

KESIMPULAN

Terdapat beberapa situasi, kondisi, dan toleransi yang memungkinkan MKEK menyatakan sifat terbuka pada keputusan sidang kemahkamah yang memberi sanksi kepada dokter teradu. Ada berbagai kemungkinan yang dapat dipertimbangkan dalam menetapkan sifat keterbukaan ini, sejauh mana keterbukaannya, dan bagaimana opsi penerapannya di lapangan, di antaranya perlu juga menakar reputasi dokter teradu, keterbatasan keahlian dokter teradu di daerahnya, dan sisi pihak yang mendapatakses keterbukaan informasi putusan. Diperlukan kebijaksanaan Majelis Pemeriksa yang menangani kasus tersebut untuk menakar seluruhnya dengan bijaksana, adil, dan baik. Pertimbangan kontekstual selanjutnya perlu dirumuskan secara hati-hati dan bijaksana oleh MKEK Pusat dalam bentuk suatu panduan. Analisis berbagai situasi dan kondisi ini ke depan dapat dimasukkan ke dalam revisi Pedoman Organisasi dan Tatalaksana MKEK dan atau dapat ditindaklanjuti menjadi fatwa etik kedokteran yang khusus untuk hal tersebut.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Purwadianto A, editor. Pedoman organisasi dan tata laksana kerja Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Jakarta: Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia; 2008.
2. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.
3. Purwadianto A, Meilia PDI. Tinjauan etis rangkap profesi dokter-pengacara. JEKI. 2017;1(1):1-6. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.2>.

4. Baharuddin M, Lefrandt R, Santosa F. Tinjauan etik regulasi jam kerja dokter di Indonesia. JEKI. 2017;1(1):25-9. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.6>.
5. Rozaliyani A, Meilia PDI, Librianty N. Prinsip penetapan sanksi bagi pelanggaran etik kedokteran. J Etik Ked Ind. 2018 Mar 19;2(1):19. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.11>.
6. Prawiroharjo P, Meilia PDI. Dokter beriklan: Sebuah tinjauan menurut Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. J Etik Ked Ind. 2017 Oct 11;1(1):13. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.4>.
7. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan Etika Penggunaan Media Sosial oleh Dokter. J Etik Ked Ind. 2017 Oct 11;1(1):31. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.7>.
8. Sundoro J, Sulaiman A, Purwadianto A, Wasisto B. Kampanye anti-vaksin oleh seorang dokter, apakah melanggar etik? J Etik Ked Ind. 2018 Mar 19;2(1):1. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.8>.
9. Prawiroharjo P, Rozaliyani A, Purwadianto A. Menjaga etika kedokteran pada masa tahun politik. J Etik Ked Ind. 2018 Mar 19;2(1):23. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.12>.
10. Business and professions code, section 803.1. California; 2017.
11. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Privacy code [Internet]. 2018. Diunduh dari: <http://www.cpsso.on.ca/About-Us/Privacy-Code>