

Reposisi Peran Majelis Kehormatan Etik Kedokteran, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis dan Majelis Disiplin Profesi pasca Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Dari Model Pengaduan Tunggal Menuju Arsitektur Informasi Multisumber

Muhammad Munawar¹, Muhammad Baharuddin², Dolly Richard Daniel Kaunang³,
Sunarya Soerianata⁴, Anna Ulfah Rahayu⁵, Ahmad Fauzi Yahya⁶

¹Binawaluya Cardiac Center, Jakarta

²Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta

³RSAU Dr. Isnawan Antariksa, Jakarta

⁴RSPI, Pondok Indah, Jakarta

⁵RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Jakarta

⁶RSUP Hasan Sadikin, Bandung

Kata Kunci

Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis, etika kedokteran, Majelis Disiplin Profesi, Majelis Kehormatan Etik Kedokteran, mekanisme complain, pelaporan multisumber

Korespondensi

muna286@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.100

Tanggal masuk: 5 November 2025

Tanggal ditelaah: 6 Desember 2025

Tanggal diterima: 21 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mereformasi tata kelola disiplin profesi kedokteran melalui pembentukan Majelis Disiplin Profesi (MDP), dengan mekanisme pengaduan yang menempatkan pasien atau pihak yang dirugikan sebagai pintu masuk utama. Desain ini berpotensi menimbulkan under-reporting, khususnya pada pelanggaran yang bersifat halus atau sistemik, karena bergantung pada satu sumber laporan. Melalui telaah normatif terhadap peraturan perundang-undangan, putusan Mahkamah Konstitusi, serta studi perbandingan dengan sistem regulator profesi di Inggris, Amerika Serikat, dan Australia, penelitian ini menunjukkan bahwa mekanisme pelaporan multisumber lebih efektif dalam mendukung akuntabilitas profesi. Dalam konteks tersebut, pembentukan MDP tidak meniadakan peran Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis (DEPDS), melainkan menuntut reposisi keduanya sebagai penjaga etik sekaligus simpul informasi dalam sistem pelaporan multisumber yang memungkinkan rujukan dua arah dengan MDP. Reposisi kelembagaan ini penting untuk memperkuat akuntabilitas profesi, meningkatkan keselamatan pasien, serta mendorong efisiensi dan pembelajaran dalam sistem pelayanan kesehatan.

Abstract Indonesia's Health Law Number 17 of 2023 concerning Health reforms the disciplinary governance of the medical profession through the establishment of a Medical Professional Disciplinary Council (Majelis Disiplin Profesi, MDP), with a complain mechanism that places patients or injured parties as the primary point of entry. This design has the potential to lead to under-reporting, particularly of subtle or systemic violations, because it relies on a single reporting source. Through a normative review of laws and regulations, Constitutional Court decisions, and a comparative study with professional regulatory systems in the United Kingdom, the United States, and Australia, this study demonstrates that a multi-source reporting mechanism is more effective in supporting professional accountability. In this context, the establishment of the MDP does not eliminate the role of the Indonesian Medical Ethics Council (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran, MKEK) and the Ethics Boards of Specialist Association (Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis, DEPDS). Instead, it demands a repositioning of both as guardians of ethics and information nodes in a multi-source reporting system that allows for two-way referrals to the MDP. This institutional repositioning is crucial for strengthening professional accountability, improving patient safety, and promoting efficiency and learning within the healthcare system.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mereformasi penegakan disiplin profesi kedokteran melalui pembentukan Majelis Disiplin Profesi (MDP)

serta pengaturan mekanisme sengketa antara tenaga kesehatan dan pasien. Secara paralel, putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 111/PUU-XXII/2024 dan 182/PUU-XXII/2024

menata ulang kelembagaan konsil yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Perubahan ini tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga memengaruhi keseimbangan antara lembaga negara yang menegakkan disiplin praktik kedokteran dan organ etik profesi dalam menjaga akuntabilitas profesi.

Pasal 305 UU Nomor 17 Tahun 2023 menempatkan pasien atau keluarga yang dirugikan sebagai pintu masuk utama pengaduan kepada MDP. Meskipun menegaskan hak korban, pengaturan ini membentuk model pengaduan berbasis korban (*victim-based complaint model*) yang bergantung pada kemampuan pasien untuk menyadari pelanggaran, memahami prosedur, dan berani melapor. Dalam konteks asimetri informasi antara pasien dan dokter, model ini berpotensi menjadi *single-source complaint model* yang rentan terhadap *under-reporting* pelanggaran disiplin dan etik.

Pelanggaran profesional tidak selalu tampak bagi pasien, seperti praktik *overuse* atau *overtreatment* yang sering kali hanya terdeteksi melalui evaluasi sejawat, komite mutu, atau audit klinis. Kondisi ini membuat sebagian pelanggaran tidak dilaporkan, sehingga berpotensi meningkatkan risiko iatrogenik, menambah beban biaya kesehatan, serta mengurangi kepercayaan publik terhadap profesi kedokteran. Selain itu, pelanggaran yang tidak terdeteksi juga menghilangkan peluang pembelajaran sistemik yang penting bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Di dalam organisasi profesi, Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis (DEPDS) memegang mandat sebagai organ etik internal yang menafsirkan dan menegakkan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan kode etik spesialisik, melakukan pembinaan sejawat, serta menjatuhkan sanksi organisasi bila diperlukan.⁸ Namun, reposisi sistem disiplin pasca UU Nomor 17 Tahun 2023 memunculkan pertanyaan baru: bagaimana kedudukan dan peran MKEK dan DEPDS dalam lanskap baru yang menempatkan MDP sebagai simpul disiplin formal negara? Apakah organ etik profesi akan terpinggirkan, atau

justru dapat diperkuat sebagai *lex specialis etik dan simpul informasi dalam arsitektur akuntabilitas* multisumber terhadap MDP?

Artikel ini memberikan kontribusi baru dengan mengidentifikasi desain pengaduan pasca UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 sebagai *victim-based single-source complaint model yang secara struktural mendorong under-reporting pelanggaran disiplin profesi dan etik kedokteran*. Artikel ini juga mengusulkan reposisi MKEK dan DEPDS sebagai *lex specialis etik sekaligus simpul informasi* multisumber yang menghimpun sinyal dari berbagai titik sistem sebelum merujuk pada kasus yang tepat ke MDP. Melalui penerapan kerangka Budaya yang Adil (*Just Culture*) pada level desain kelembagaan, artikel ini memetakan secara konseptual pembagian domain antara pembinaan etik oleh organ profesi dan penegakan disiplin profesi secara formal oleh MDP. Dengan demikian, artikel ini menautkan arsitektur pelaporan disiplin profesi dengan pencegahan tertutupnya pelanggaran disiplin profesi oleh regulasi yang kurang tepat (*regulatory blindness*), pengurangan pemborosan sistemik, dan penguatan kapasitas pembelajaran sistemik dalam layanan kesehatan di Indonesia.^{1,9,10} Berbeda dengan desain multisumber di Inggris, Amerika Serikat, dan Australia yang memungkinkan sinyal dari sejawat, rumah sakit, dan badan pembiayaan langsung mengalir ke regulator, model yang bertumpu pada pengaduan korban seperti di Indonesia cenderung menempatkan kasus-kasus semacam ini dalam posisi 'low visibility', sehingga risiko terhadap pasien dan sistem sulit berkurang secara sistematis

Mandat MDP, MKEK, dan DEPDS dalam Sistem Akuntabilitas

UU Nomor 17 Tahun 2023 memperkenalkan MDP sebagai lembaga yang berwenang menilai dan memutus dugaan pelanggaran disiplin profesi tenaga kesehatan dan tenaga medis, dengan kaitan erat terhadap sistem hukum nasional.¹ MDP berfungsi sebagai simpul penilaian profesional terhadap perkara tertentu, yang dapat berujung pada rekomendasi sanksi administratif, pembatasan praktik, atau

konsekuensi hukum lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.^{1,10}

Disisi lain, Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Anggaran Dasar/Anggaran Rumah Tangga IDI menempatkan MKEK sebagai organ etik nasional yang menafsirkan dan menegakkan norma etik, serta menjatuhkan sanksi organisasi terhadap anggota yang melanggar.^{16,33} DEPDS berperan sebagai *lex specialis etik di tingkat spesialisasi, dengan mandat untuk menilai kasus etik yang memerlukan pemahaman kontekstual terhadap standar praktik dan kompleksitas klinis di masing-masing cabang ilmu.*¹⁷

Sebelum berlakunya UU Nomor 17 Tahun 2023, hubungan antara organ etik profesi dan majelis disiplin negara telah diakomodasi secara terbatas. Orta MKEK IDI 2018 memberikan kewenangan bagi MKEK untuk merujuk dugaan pelanggaran disiplin ke MKDKI, sedangkan UU Nomor 29 Tahun 2004 membuka kemungkinan rujukan balik ketika dalam pemeriksaan disiplin ditemukan pelanggaran etik.¹⁸ Kerangka regulasi baru MDP pada prinsipnya dapat melanjutkan pola hubungan dua arah ini, tetapi membutuhkan penegasan eksplisit agar tidak terjadi kekosongan norma dan kebingungan praktik.

Dengan demikian, secara normatif, MDP, MKEK, dan DEPDS memiliki mandat yang berbeda namun saling melengkapi: MDP fokus pada disiplin formal dan kepastian hukum; MKEK dan DEPDS fokus pada etik, pembinaan sejawat, dan integritas profesi. Tantangan utamanya adalah bagaimana mendesain hubungan di antara ketiganya sehingga mandat tersebut tidak saling meniadakan, terutama dalam konteks model pengaduan berbasis korban yang diadopsi UU Nomor 17 Tahun 2023.¹

Perbandingan Model Pelaporan Internasional

Perbedaan paling penting antara Indonesia dan beberapa negara pembanding bukan hanya pada struktur regulator atau jenis sanksi, tetapi pada cara kasus pelanggaran pertama kali ditemukan dan masuk ke sistem. Di Indonesia, Pasal 304 dan 305 UU Nomor 17 Tahun 2023 menempatkan pasien, keluarga, atau pihak

yang dirugikan sebagai pintu masuk utama pengaduan kepada MDP, sehingga deteksi kasus sangat bergantung pada korban yang menyadari, berani, dan mampu mengadu.¹ Ini membentuk *victim-based sekaligus single-source complaint model*.

Sebaliknya, regulator di Inggris, Amerika Serikat, dan Australia secara sistematis mengembangkan model pelaporan multisumber. Di Inggris, General Medical Council (GMC) menerima *concerns mengenai perilaku dan praktik dokter dari pasien, keluarga, sejawat, pemberi kerja, regulator lain, dan self-referral dokter, dengan orientasi utama perlindungan publik dan penilaian fitness to practise.*²⁶ Di Amerika Serikat, *state medical boards dapat memulai proses* pelanggaran disiplin berdasarkan laporan pasien, keluarga, rumah sakit, pemberi kerja, perusahaan asuransi, sejawat, maupun temuan internal; *Federation of State Medical Boards (FSMB)* mendorong pelaporan proaktif dan pertukaran informasi antarlembaga.^{27,28}

Perluasan sumber pelaporan ini juga ditemukan di Australia. Australia melalui Ahpra dan *National Boards mengelola notifications* multisumber dan memiliki kewenangan *immediate action*, misalnya pembatasan segera praktik, ketika ada laporan risiko serius bagi keselamatan publik.^{34,35} Di ketiga negara tersebut, organisasi profesi (seperti BMA, AMA, AMA Australia) memelihara kode etik dan memberikan dukungan etik, tetapi fungsi disiplin lisensi berada di tangan regulator negara.

Untuk menonjolkan aspek cara temuan kasus, Tabel 1 merangkum perbedaan model pelaporan disiplin profesi kedokteran di Indonesia, Inggris, Amerika Serikat, dan Australia. Tabel ini menunjukkan bahwa di negara-negara tersebut, arus informasi ke regulator disiplin tidak dimonopoli oleh korban, melainkan berasal dari berbagai simpul sistem: sejawat, manajemen rumah sakit, komite mutu, badan pembiayaan, regulator lain, dan bahkan dokter sendiri. Perbedaan mendasar ini menjelaskan mengapa model pelaporan Indonesia, yang masih bertumpu pada korban, sangat rentan terhadap *under-reporting dan sulit*

menangkap pelanggaran halus atau sistemik yang tidak mudah dikenali atau disadari oleh pasien.

Analisis tabel menunjukkan bahwa perbedaan utama antara Indonesia dan negara perbandingan terletak pada sumber informasi yang memicu proses disiplin. Di Inggris, Amerika Serikat, dan Australia, regulator menerima laporan dari berbagai sumber, termasuk sejawat, rumah sakit, pemberi kerja, regulator lain, dan bahkan pelaporan mandiri oleh dokter. Sebaliknya, dalam konstruksi regulasi Indonesia, pintu masuk pengaduan lebih banyak dipahami sebagai pengaduan korban. Perbedaan ini berimplikasi pada kemampuan sistem untuk mendeteksi pelanggaran profesional yang tidak mudah dikenali oleh pasien.

Reposisi MKEK dan DEPDS sebagai Simpul Informasi Multisumber

Dalam kerangka UU Nomor 17 Tahun 2023, MDP diposisikan sebagai penegak disiplin formal, sedangkan MKEK dan DEPDS tetap memegang mandat etik internal profesi.¹ Artikel ini mengusulkan reposisi peran MKEK dan DEPDS sebagai berikut: pertama, mempertegas peran mereka sebagai **lex specialis etik yang menangani pelanggaran etik melalui pembinaan sejawat, klarifikasi standar, dan sanksi organisasi; kedua, menempatkan MKEK dan DEPDS sebagai simpul penerima dan pengelola informasi di ranah etik dan profesionalisme.**

Sebagai simpul informasi, MKEK dan DEPDS dapat menghimpun laporan dan sinyal risiko dari sejawat (*peer reporting*), komite medik dan komite mutu rumah sakit, audit klinis, manajemen fasilitas, organisasi profesi, serta bahkan analisis pola klaim pembiayaan yang mengindikasikan *overuse* atau *overtreatment*. Informasi ini tidak selalu langsung berujung pada sanksi, tetapi menjadi bahan penilaian etik dan pembinaan sejawat.⁹ Bila dalam proses penilaian ditemukan indikasi pelanggaran disiplin yang jelas, misalnya pelanggaran standar profesi atau standar pelayanan, MKEK dan DEPDS kemudian dapat merujuk kasus tersebut ke MDP melalui mekanisme rujukan yang diatur secara eksplisit.

Reposisi ini secara konseptual menggeser sistem dari model yang sepenuhnya bergantung pada korban menuju arsitektur informasi multisumber yang bertumpu pada organ etik profesi. Dengan demikian, ketentuan Pasal 304 dan 305 UU Nomor 17 Tahun 2023 tidak perlu diubah untuk membuka pintu bagi pelaporan dari sejawat atau institusi; yang diperlukan adalah pengaturan bahwa laporan dari simpul-simpul sistem dapat difasilitasi dan diolah terlebih dahulu oleh MKEK/DEPDS sebelum dirujuk ke MDP. Model multisumber ini telah diterapkan di negara-negara lain (Tabel 1).

Budaya yang Adil, Under-Reporting, dan Implikasi Kebijakan

Penerapan Budaya yang Adil dalam reposisi MKEK, DEPDS, dan MDP memungkinkan perbedaan yang lebih tajam antara kesalahan yang memerlukan pembelajaran sistemik dan pelanggaran yang memerlukan sanksi disiplin formal.⁹ *Human error* dan sebagian *at-risk behavior* lebih tepat ditangani dalam domain pembinaan etik dan perbaikan sistem oleh MKEK, DEPDS, dan struktur keselamatan pasien di rumah sakit; sedangkan *reckless behavior* dan pelanggaran berat terhadap standar profesi seharusnya menjadi domain MDP.^{1,10}

Desain pelaporan multisumber yang terhubung dengan kerangka Budaya yang Adil dapat menurunkan hambatan pelaporan internal. Tenaga medis akan lebih terdorong untuk melaporkan insiden, baik sebagai pelaku maupun sejawat, bila yakin bahwa sistem mampu membedakan antara kesalahan yang dilaporkan secara jujur karena *human error* atau *at-risk behavior* dan pelanggaran berat, serta tidak secara otomatis menghukum setiap laporan.^{36,37} Di sisi lain, penguatan fungsi investigasi dan sanksi MDP tetap diperlukan untuk memastikan bahwa pelanggaran serius terhadap keselamatan pasien mendapat respons proporsional dan konsisten.³

Dimensi sistem pembayaran menambah lapisan kompleksitas tersendiri. Sistem *fee-for-service* yang dominan di berbagai sektor pelayanan menciptakan insentif struktural terhadap peningkatan volume tindakan, sehingga

meningkatkan risiko *overuse*, *overtreatment*, dan *waste* bila tidak diimbangi dengan audit klinis dan tata kelola konflik kepentingan yang memadai.³⁸ Pelanggaran akibat distorsi insentif ini sering kali berada di area abu-abu secara hukum, namun jelas problematik secara etik.

Selain itu, praktik semacam ini hampir tidak pernah dilaporkan oleh pasien karena mereka tidak menyadari bahwa layanan yang diberikan tidak memiliki indikasi klinis yang memadai.³⁹

Dalam konteks tersebut, reposisi MKEK dan DEPDS sebagai simpul informasi

Tabel 1. Penegakan disiplin dan etik kedokteran serta model pelaporan di beberapa negara

Aspek	Indonesia	Inggris	Amerika Serikat	Australia
Regulator disiplin utama	MDP sebagai penegak disiplin formal tenaga medis/kesehatan berdasarkan UU Nomor 17 Tahun 2023	GMC mengatur registrasi dan <i>fitness to practise</i> dokter	<i>State medical boards</i> menegakkan disiplin dan lisensi; FSMB berperan koordinatif	National Boards (melalui Ahpra) mengatur registrasi dan disiplin praktisi kesehatan
Organ etik profesi utama	MKEK (IDI) dan DEPDS sebagai organ etik internal profesi, sanksi organisasi dan pembinaan	BMA mendukung edukasi dan dukungan etik; standar perilaku inti ditetapkan oleh GMC	AMA (melalui CEJA) memelihara <i>Code of Medical Ethics</i> dan kebijakan etik; disiplin lisensi di boards	AMA (Australia) menerbitkan <i>Code of Ethics</i> ; disiplin formal dipegang Ahpra/National Boards
Fokus penegakan disiplin	Pelanggaran standar profesi, standar pelayanan, SPO; sanksi administratif dan pembatasan praktik	Perlindungan publik dan <i>fitness to practise</i> (registrasi, pembatasan, penghapusan)	Perlindungan publik melalui pembatasan, suspensi, pencabutan lisensi	Perlindungan publik melalui kondisi, pembatasan, suspensi, pembatalan registrasi
Fokus penegakan etik	Integritas profesi, konflik kepentingan, perilaku tidak patut; pembinaan sejawat dan sanksi IDI	Isu etik profesi difasilitasi BMA; sebagian kasus juga masuk ke GMC	Etik profesi melalui AMA/CEJA dan kode etik; dapat mengarah ke laporan ke boards bila berat	Etik profesi melalui AMA (Australia) dan kode etik; dapat menjadi dasar laporan ke Ahpra
Sumber utama laporan disiplin	Pasien, keluarga, pihak dirugikan (model pengaduan berbasis korban; <i>singlesource</i> di UU Nomor 17 Tahun 2023)	Multisumber: pasien, keluarga, sejawat, pemberi kerja, regulator, <i>selfreferral</i>	Multisumber: pasien, keluarga, rumah sakit, sejawat, pemberi kerja, perusahaan asuransi, regulator	Multisumber: pasien, keluarga, sejawat, fasilitas, pemberi kerja, regulator lain
Selfreferral / selfreport	Tidak diatur eksplisit; praktik terbatas	Diakomodasi sebagai salah satu bentuk <i>concerns</i>	Diakomodasi dalam beberapa yurisdiksi (misalnya <i>impairment</i> , <i>boundary issues</i>)	Diakomodasi sebagai bagian dari <i>notifications</i>
Kewenangan tindakan segera	Terbatas; bergantung mekanisme administratif lain	Ada <i>interim orders</i> dalam kasus berisiko tinggi	Ada tindakan sementara (<i>summary suspension/restrictions</i>) di sejumlah <i>state boards</i>	Ada mekanisme <i>immediate action</i> bila terdapat risiko serius terhadap keselamatan publik

Singkatan: MDP = Majelis Disiplin Profesi; IDI = Ikatan Dokter Indonesia; MKEK = Majelis Kehormatan Etik Kedokteran; DEPDS = Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis; GMC = General Medical Council; BMA = British Medical Association; AMA = American Medical Association; CEJA = Council on Ethical and Judicial Affairs; FSMB = Federation of State Medical Boards; Ahpra = Australian Health Practitioner Regulation Agency.

multisumber dan penerapan kerangka Budaya yang Adil **menjadi semakin penting. Mereka dapat membaca sinyal dari audit klinis dan data pembiayaan sebagai indikasi masalah etik dan kemudian, bila perlu,** mengaktivasi jalur disiplin melalui MDP. Secara kebijakan, ini menuntut: (1) pengaturan formal mengenai kewajiban dan perlindungan pelaporan dari sejawat dan institusi; (2) pedoman bersama MDP-MKEK-DEPDS tentang klasifikasi kasus etik vs disiplin; dan (3) integrasi data mutu, keselamatan pasien, dan pelaporan etik dalam satu arsitektur informasi nasional.

Implikasi PP Nomor 28 Tahun 2024 terhadap Arsitektur Pelaporan dan Risiko Under-Reporting

Selain ketentuan Pasal 304 dan 305 UU Nomor 17 Tahun 2023 yang menempatkan pasien, keluarga, atau pihak yang dirugikan sebagai pintu masuk utama pengaduan kepada MDP, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana mempertegas konstruksi tersebut.^{1,10} Dalam pengaturan pelaporan ke MDP, PP Nomor 28 Tahun 2024 tidak memberikan ruang eksplisit bagi organisasi profesi, DEPDS, maupun MKEK untuk mengajukan pengaduan ke MDP sebagai pelapor formal. Demikian pula, lembaga pembiayaan kesehatan seperti BPJS Kesehatan atau perusahaan asuransi kesehatan swasta tidak secara eksplisit ditempatkan sebagai subjek pelapor dalam konstruksi normatif tersebut.¹⁰ Tetapi dalam pasal 304 dan 305 tersebut sebutan kata "dapat" tidak boleh diartikan secara eksklusif atau "hanya", sehingga masih membuka ruang bagi MKEK dan DEPDS untuk memberikan informasi aduan atau rujukan ke MDP secara model multisumber.

Konsekuensinya, desain regulasi pasca UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 semakin menguatkan model pengaduan berbasis korban (*victim-based complaint model*) dan secara de facto membatasi arus informasi formal ke MDP pada satu jalur utama. Jika organisasi profesi dan organ etik tidak diberi kedudukan normatif untuk merujuk atau mengadukan dugaan pelanggaran disiplin secara langsung, maka temuan etik yang

memiliki dimensi disiplin berpotensi berhenti pada ranah internal organisasi.

Implikasi sistemiknya signifikan. Banyak bentuk pelanggaran disiplin, terutama yang bersifat halus, sistemik, atau berbasis pola praktik, tidak mudah dikenali atau disadari oleh pasien. Praktik *overuse*, *overtreatment*, konflik kepentingan terselubung, atau distorsi keputusan klinis akibat insentif pembiayaan sering kali justru terdeteksi melalui audit klinis, komite mutu, sejawat, atau analisis klaim pembiayaan oleh lembaga seperti BPJS dan perusahaan asuransi.⁵ Jika simpul-simpul tersebut tidak memiliki jalur formal untuk mengaktivasi mekanisme disiplin di MDP, maka sebagian besar kasus berisiko tinggi hanya akan tampak sebagai anomali administratif tanpa pernah masuk ke domain penegakan disiplin profesi.

Dalam perspektif teori regulasi dan keselamatan pasien, pembatasan sumber laporan seperti ini meningkatkan risiko *under-reporting* yang bersifat struktural. Pelanggaran disiplin yang nyata tetapi tidak pernah dilaporkan akan menjadi fenomena gunung es: bagian yang terlihat hanyalah kasus yang cukup ekstrem atau cukup disadari oleh korban untuk diajukan secara formal. Sementara itu, deviasi praktik yang lebih subtil, yang justru dapat berdampak luas terhadap mutu layanan dan pemborosan sistemik, akan tetap tidak tercatat.

Dari sudut pandang kebijakan publik, kondisi ini menciptakan dua konsekuensi utama. Pertama, MDP berpotensi bekerja dengan data yang tidak merepresentasikan realitas praktik secara utuh, sehingga sulit melakukan pembinaan atau penegakan disiplin berbasis pola risiko. Kedua, sistem kehilangan peluang pembelajaran dari insiden dan deviasi yang tidak pernah masuk ke ranah adjudikasi formal.

Apabila benar bahwa PP Nomor 28 Tahun 2024 tidak membuka ruang pelaporan langsung dari organisasi profesi, dewan etik spesialis, BPJS, maupun asuransi kesehatan swasta, maka reposisi MKEK dan DEPDS sebagai simpul informasi multisumber menjadi semakin krusial. Dalam desain seperti ini, diperlukan penegasan mekanisme rujukan dua arah yang eksplisit dan

terlindungi secara hukum antara organ etik profesi dan MDP. Tanpa penguatan tersebut, arsitektur disiplin pasca UU Nomor 17 Tahun 2023 berisiko semakin mempersempit visibilitas pelanggaran disiplin, alih-alih memperluas perlindungan terhadap keselamatan pasien dan integritas profesi.

Dengan demikian, persoalan utama bukan semata-mata pada keberadaan MDP sebagai lembaga disiplin formal, melainkan pada desain arus informasi menuju lembaga tersebut. Sistem yang terlalu bergantung pada satu sumber pengaduan cenderung menciptakan *regulatory blindness*, ketidakmampuan regulator melihat pelanggaran yang secara kasatmata tidak pernah dilaporkan. Dalam konteks pelayanan kesehatan yang kompleks dan sarat asimetri informasi, desain pelaporan multisumber bukanlah pilihan tambahan, melainkan prasyarat dasar bagi sistem akuntabilitas yang efektif dan adil.

KESIMPULAN

Reposisi MKEK, DEPDS, dan MDP merupakan prasyarat penting untuk menggeser sistem disiplin profesi kedokteran di Indonesia dari model pengaduan berbasis korban dan satu sumber menuju arsitektur akuntabilitas yang lebih andal berbasis multisumber. MDP pada gilirannya dapat memfokuskan diri pada penetapan putusan disiplin formal dengan konsekuensi hukum yang jelas, yang didukung oleh aliran informasi yang tidak lagi semata-mata bergantung pada kesadaran dan keberanian pasien untuk mengadu. Arsitektur multisumber ini juga berpotensi mengurangi pemborosan sistemik akibat pelanggaran yang tidak terdeteksi dan meningkatkan pembelajaran dari insiden untuk perbaikan berkelanjutan. Dengan demikian, penguatan arsitektur pelaporan multisumber bukan hanya persoalan kelembagaan, tetapi merupakan prasyarat penting bagi sistem disiplin profesi yang mampu melindungi keselamatan pasien sekaligus menjaga integritas profesi kedokteran.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan penghargaan dan

terima kasih kepada Dr. Djoko Widyarto, Dr. Frans Santosa, Dr. Bachtiar Husein, dan Dr. Priyo Sidipratomo atas kontribusi intelektual dan diskusi konstruktif pada tahap awal penyusunan naskah ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak memiliki konflik kepentingan, baik finansial maupun nonfinansial, terkait dengan publikasi artikel ini.

REFERENSI

1. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105. <https://www.kemkes.go.id/id/undang-undang-republik-indonesia-nomor-17-tahun-2023-tentang-kesehatan>.
2. Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Putusan Nomor 111/PUU-XXII/2024 dan 182/PUU-XXII/2024. Jakarta: MKRI.
3. Wang Y, Ram SS, Scahill S. Risk identification and prediction of complaints and misconduct against health practitioners: a scoping review. *Int J Qual Health Care*. 2024;36. doi: 10.1093/intqhc/mzad114
4. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, Wick EC, Saini V, Brownlee S, Makary MA. Overtreatment in the United States. *PLoS One*. 2017;12:e0181970. doi: 10.1371/journal.pone.0181970
5. Dhamanti I, Leggat S, Barraclough S, Rachman T. Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: Leaders' perspectives. *F1000Research*. 2022;10. doi: 10.12688/f1000research.51912.2
6. Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Keputusan Dewan Etik tentang Pelanggaran Etika Kedokteran oleh Seorang Anggota. Jakarta; 2026. Dokumen internal, tidak dipublikasikan.
7. Patel MR, Calhoon JH, Dehmer GJ, Grantham JA, Maddox TM, Maron DJ, Smith PK. ACC/AATS/AHA/ASE/ASNC/SCAI/SCCT/STS 2017 Appropriate Use Criteria for Coronary Revascularization in Patients With Stable Ischemic Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology Appropriate Use Criteria Task Force, American Association for

- Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69:2212–2241. doi: 10.1016/j.jacc.2017.02.001
8. Ikatan Dokter Indonesia. Organisasi dan Tata Laksana Majelis Kehormatan Etik Kedokteran IDI. Jakarta: IDI; 2018.
 9. Dekker SW, Hugh TB. A just culture after Mid Staffordshire. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:356–358. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002483
 10. Peraturan Pemerintah RI Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. <https://kemkes.go.id/id/peraturan-pemerintah-ri-no-28-tahun-2024-tentang-peraturan-pelaksanaan-uu-kesehatan>.
 11. Pellegrino ED. Medical Ethics and Moral Philosophy in an Era of Bioethics. In: *Philosophy and Medicine*. 2013:241–254.
 12. Nortvedt P. Medical ethics manual: Does it serve its purpose? *Journal of Medical Ethics*. 2006;32:159–160. doi: 10.1136/jme.2005.012724
 13. World Health Organization. *Global Health Ethics: Key Issues*. Geneva: World Health Organization; 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/global-health-ethics-key-issues>.
 14. Gallagher CT, Hussain K, White JDP, Chaar B. The Legal Underpinnings of Medical Discipline in Common Law Jurisdictions. *The Journal of legal medicine*. 2019;39:15–34. doi: 10.1080/01947648.2019.1586602
 15. Kasuma N, Bahar A, Tegnan H. Law and medical disciplinary sanctions: Enhancing medical practice and health quality in Indonesia. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*. 2018;21.
 16. Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia. Jakarta: IDI; 2012.
 17. Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja Dewan Etik PERKI 2020. Tersedia di: <https://www.inaheart.org/wp-content/uploads/2025/10/Pedoman-Organisasi-dan-Tata-Laksana-Kerja-Dewan-Etik-PERKI-2020.pdf>.
 18. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. <https://farmalkes.kemkes.go.id/unduh/uu-29-2004/>.
 19. Gampetro PJ, Nickum A, Schultz CM. Perceptions of U.S. and U.K. Incident Reporting Systems: A Scoping Review. *Journal of Patient Safety*. 2024;20:360–369. doi: 10.1097/PTS.0000000000001231
 20. Berry P. Commentary: Imagining and implementing a responsibility culture in healthcare. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2025. doi: 10.1177/25160435251383316
 21. Astion M, Chou D. Just Culture and Strong Interventions at the Point of Care. *Plastic Surgical Nursing*. 2005;4:154–157. doi: 10.1097/01.poc.0000189931.27601.24
 22. Small D, Small RM, Green A. Improving safety by developing trust with a just culture. *Nursing Management*. 2022;29. doi: 10.7748/nm.2021.e2030
 23. Copeland D. Targeting the fear of safety reporting on a unit level. *Journal of Nursing Administration*. 2019;49:121–124. doi: 10.1097/NNA.0000000000000724
 24. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O’Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15:39–43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559
 25. Gqaleni TM, Mkhize SW, Chirona G. Patient Safety Incident Reporting and Learning Guidelines Implemented by Health Care Professionals in Specialized Care Units: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2024;26:e48580. doi: 10.2196/48580
 26. Chamberlain JM. The hearing of fitness to practice cases by the general medical council: Current trends and future research agendas. *Health, Risk and Society*. 2011;13:561–575. doi: 10.1080/13698575.2011.613984
 27. Landess J, Holoyda B. Medical board complaints. In: *Malpractice and Liability in Psychiatry*. 2022:267–274.
 28. Wojcieszak D. How will state medical boards handle cases involving disclosure and apology for medical errors? *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2022;27:15–20. doi: 10.1177/25160435211070096
 29. Satchell CS, Walton M, Kelly PJ, Chiarella EM, Pierce SM, Nagy MT, Bennett B, Carney T. Approaches to management of complaints and notifications about health practitioners in Australia. *Australian Health Review*. 2016;40:311–

318. doi: 10.1071/AH15050
30. Beran RG. REGULATION OF MEDICAL SERVICE PROVIDERS IN AUSTRALIA. *Medicine and Law*. 2023;42:435–450.
 31. Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, Chimonas SC, Deangelis CD, Hale RW, Nissen SE, Osborn JE, Scully JH, Thomson GE, et al. Professional medical associations and their relationships with industry. *JAMA*. 2009;301:1367–1372. doi: 10.1001/jama.2009.407
 32. Pellegrino ED, Relman AS. Professional medical associations: Ethical and practical guidelines. *JAMA*. 1999;282:984–986. doi: 10.1001/jama.282.10.984
 33. Ikatan Dokter Indonesia. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga IDI. Jakarta: IDI; 2023.
 34. Bradfield OM, Bismark MM, Studdert DM, Spittal MJ. Characteristics and predictors of regulatory immediate action imposed on registered health practitioners in Australia: A retrospective cohort study. *Australian Health Review*. 2020;44:784–790. doi: 10.1071/AH19293
 35. Orchard J. Acting Immediately - A Review of Recent Court and Tribunal Decisions Reviewing the Use of the Immediate Action Power under the National Law. *Journal of law and medicine*. 2022;29:1109–1127.
 36. McKay C, Innes S, Hope J. Just culture in healthcare settings: A narrative review of implementation practices and outcomes. *Australasian Psychiatry*. 2025;33:941–948. doi: 10.1177/10398562251382461
 37. Marx D. Patient Safety and the Just Culture. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46:239–245. doi: 10.1016/j.ogc.2019.01.003
 38. Karunadasa M, Sieberg KK. Payment Systems, Insurance, and Agency Problems in Healthcare: A Medically Framed Real-Effort Experiment. *Games*. 2024;15. doi: 10.3390/g15040023
 39. Hyman DA. Follow the money: Money matters in health care, just like in everything else. *American Journal of Law and Medicine*. 2010;36:370–388. doi: 10.1177/009885881003600205