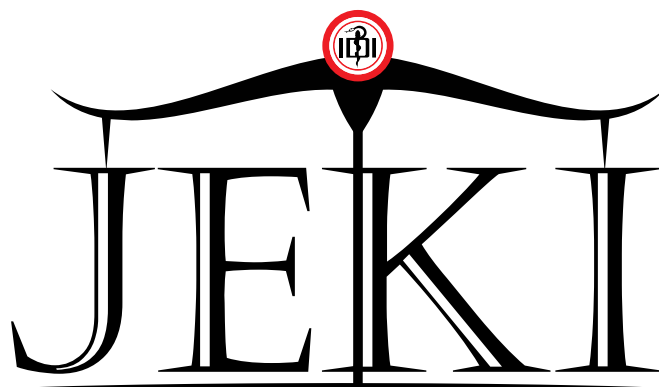




Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

*Dipersembahkan oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran PB IDI
dan Perkumpulan Ilmuwan Bioetika dan Humaniora*

Kepala Editor

Frans Santosa

Editor

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Anna Rozaliyani

Broto Wasisto

Ali Sulaiman

Yunizaf

Manajer Jurnal

Putri Dianita Ika Meilia

Editor Kopi

Putri Dianita Ika Meilia

Tata Letak

Hansel Tenggara Widjaja

Reviewer

Rianto Setiabudi

Azharul Yusri

Mohammad Baharuddin

Wawang Sukarya

Agus Purwadianto

Frans Santosa

Prijo Sidipratomo

Julitasari Sundoro

Anna Rozaliyani

Bachtiar Husein

Pukovisa Prawiroharjo

Febriani Endiyarti

Nurfanida Librianty

Putri Dianita Ika Meilia

Ghina Faradisa Hatta

Putu Melati Suci Kusuma

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin Penerbit. Artikel dapat diunduh di <http://ilmiah.id/jeki>. Bila membutuhkan salinan, silakan menghubungi contact@ilmiah.id.

vol. 4 no. 2

September 2020



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Teman sejawat yang kami cintai,

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatu...

Salam sejahtera bagi kita semua...

Om Swastyastu...

Namo Buddhaya...

Salam kebajikan...

Pertama-tama, kami memohon maaf atas keterlambatan dalam penerbitan JEKI edisi ini. Sejak awal tahun ini kita dikejutkan oleh pandemi COVID-19 yang telah menimbulkan disrupsi pada seluruh aspek kehidupan, menyebabkan kondisi kesakitan di seluruh belahan dunia, dan bahkan mengambil jutaan korban jiwa. Singkatnya, kehidupan manusia kini dibagi menjadi dua fase: Pra COVID-19 dan pasca COVID-19. Dunia kedokteran dan kesehatan pun harus mampu mengantisipasinya. Oleh karena itu, pembahasan tentang aspek etika kedokteran terkait penanganan COVID-19 menjadi fokus edisi JEKI kali ini. Fokus utama edisi ini juga dipilih sebagai bentuk penghormatan kami kepada para teman sejawat kami dari para profesional pemberi asuhan (PPA) yang telah gugur dalam perjuangan melawan COVID-19. Semoga perjuangan para teman sejawat dalam memberikan layanan kesehatan terbaik dapat kita lanjutkan. Aamiin...

Selain itu, edisi ini juga akan membahas beberapa topik dalam dunia kedokteran yang tidak kalah pentingnya dan harus tetap menjadi perhatian kita dalam praktik sehari-hari. Topik-topik tersebut meliputi diskusi tentang paradigma "*listen to the patient*" versus "*listen to the doctor*" dan aspek etika dalam konsultasi seks pada pasien remaja.

Akhir kata, semoga kita semua tetap semangat dalam memberikan pelayanan kedokteran dan kesehatan yang terbaik di masa pandemi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa Melindungi kita semua.

Frans Santosa

Kepala Editor

Daftar Isi

Tinjauan Etik Pembukaan Rahasia Medis dan Identitas Pasien pada Situasi Wabah Pandemi COVID-19 dan Kaitannya dengan Upaya Melawan Stigma Pasien Positif.....	41
Tinjauan Etik Prioritas Alat Pelindung Diri (APD) untuk Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Kedokteran dan Kesehatan.....	47
From the Paradigm of 'Listen to the Doctor', to 'Listen to the Patient'.....	53
Kajian Etik Pendidikan Jarak Jauh dalam Pendidikan Kedokteran di Indonesia.....	57
Tinjauan Etik Upaya Promotif Kesehatan untuk Menunda ke Dokter Kecuali Kasus Berpotensi Gawat Darurat atau Pelayanan yang Tidak Dapat Ditunda.....	63
Sikap Dokter terhadap Konsultasi Seks Pasien Usia Remaja.....	67

Tinjauan Etik Pembukaan Rahasia Medis dan Identitas Pasien pada Situasi Wabah Pandemi COVID-19 dan Kaitannya dengan Upaya Melawan Stigma Pasien Positif

Rulliana Agustin¹, Anna Rozaliyani^{2,3}, Ghina Faradisa Hatta, Pukovisa Prawiroharjo^{2,4}

¹Departemen Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

²Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

³Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

⁴Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

Kata Kunci

Pembukaan rahasia medis, identitas pasien, pandemi covid-19, stigma

Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiyah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.46

Tanggal masuk: 21 Mei 2020

Tanggal ditelaah: 24 Agustus 2020

Tanggal diterima: 28 Agustus 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Surveilans kesehatan masyarakat merupakan hal dasar yang perlu dilaksanakan pada kejadian wabah penyakit menular. Akan tetapi, pembukaan rahasia medis yang dikumpulkan pada kondisi wabah (termasuk nama, alamat, diagnosis, riwayat keluarga, dan sebagainya) tanpa persetujuan pasien dapat berisiko bagi individu yang bersangkutan. Penanganan data tersebut perlu dilakukan secara hati-hati karena individu terkait dapat menghadapi stigmatisasi maupun diskriminasi bila informasi terkait dirinya, terutama data dengan hasil tes positif, bocor ke publik. Maka dari itu, pengaturan dan panduan penggunaan pembukaan rahasia medis dalam kondisi wabah penyakit menular memerlukan pendalaman etik yang baik. Terdapat beberapa peraturan dan panduan yang mengatur kerahasiaan pasien dalam kondisi wabah. Regulasi hukum serupa pun juga ditemukan pada negara lainnya, seperti Amerika Serikat dan Inggris.

Abstract Public health surveillance is needed in any infectious disease outbreak. However, disclosing medical secrets collected in an outbreak (including name, address, diagnosis, family history, etc.) without the patient's consent can pose a risk to the individual. The handling of this information needs to be done carefully because the individual concerned can face stigmatization or discrimination if their information, especially in confirmed patients, is leaked to the public. Therefore, the regulations and guidelines for the use of medical disclosures in conditions of infectious disease outbreaks require a deep ethical discourse. There are several regulations which assist the confidentiality of patients in epidemic conditions. Similar regulations are also found in other countries, such as the United States and the United Kingdom.

Dalam menyikapi pandemi *Coronavirus Disease* (COVID-19) yang tengah merebak tentunya diperlukan pengambilan keputusan yang dituntut cepat, meskipun bukti untuk pengambilan keputusan tersebut masih sedikit dan sumber daya yang tersedia terbatas. Observasi dan pengumpulan data yang sistematis menjadi komponen yang esensial dalam langkah penanganan, baik sebagai panduan manajemen di waktu sekarang maupun di masa yang akan datang. Mengacu pada Undang-Undang (UU) Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular¹ dan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan², salah satu upaya penanggulangan wabah yang harus dilakukan adalah penyelidikan epidemiologis atau surveilans kesehatan oleh pemerintah. Penyelenggaraan surveilans dengan

pola kedaruratan pada wabah pun diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/VII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan.³ Walaupun surveilans kesehatan masyarakat merupakan hal yang mendasar dan wajib dilakukan pada kejadian wabah penyakit menular, hal tersebut harus diikuti dengan pendalaman etik yang baik. Salah satunya adalah terkait pembukaan rahasia medis dan identitas pasien serta dampaknya terhadap stigma di masyarakat.

Kewajiban perlindungan rahasia medis pada kondisi wabah

Rahasia medis mengikat hubungan dokter dan pasien dengan didasari oleh berbagai peraturan. Sumpah Dokter Indonesia butir 4

menyatakan bahwa “Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena keprofesian saya”.⁴ Hal itu ditegaskan oleh Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012 (Kodeki) pada Pasal 16 yang menyatakan “Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia”⁵ dan selaras dengan UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 48 ayat 1 yang menyebutkan “Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran”.⁶ Rahasia kedokteran hanya dapat dibuka apabila ada alasan etik yang kuat dan apabila dilakukan penuh kehati-hatian. Hal ini juga ditambahkan pada penjelasan Pasal 16 ayat 3 Kodeki yang menjelaskan “Seorang dokter tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk merugikan pasien, keluarga atau kerabat dekatnya dengan membukanya kepada pihak ketiga atau yang tidak berkaitan”.⁵ Kewajiban menjaga rahasia tersebut juga selaras dengan kaidah dasar bioetika *autonomy* dan *beneficence*. Prinsip *autonomy* berlaku karena pada umumnya penjagaan rahasia tersebut adalah yang diinginkan pasien dan *beneficence* karena menekankan berbuat baik demi kepentingan pasien.

Mengacu pada Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Nomor 015/PB/K.MKEK/03/2020 tentang Fatwa Etik Kedokteran, Kebijakan Kesehatan, dan Penelitian dalam Konteks Pandemi COVID-19, identitas pasien, dengan atau tanpa gejala, serta kasus positif tetap harus dilindungi. Pada keadaan tertentu, informasi dapat dibuka sebatas inisial nama, jenis kelamin, status kesehatan singkat (meninggal, klinis kritis berat, ataupun sembuh), usia dan kronologis yang relevan terhadap penelusuran penularan. Adapun informasi klinis lainnya yang mendalam, yang tidak ada kepentingan kesehatan masyarakat yang luas, seperti status kesehatan terperinci, penyakit penyerta, dan tatalaksana sebaiknya tidak dibuka. Akan tetapi, hal ini kembali lagi pada pengecualian terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk dalam halnya

menyangkut pembukaan nama pejabat publik dan nama tenaga medis yang menjadi korban dapat diberikan penghargaan oleh dunia profesi kedokteran dan negara.⁷

Dengan demikian, pembukaan rahasia medis yang dikumpulkan pada kondisi wabah (termasuk nama, alamat, diagnosis, riwayat keluarga, dan sebagainya) tanpa persetujuan pasien dapat berisiko bagi individu yang bersangkutan.⁸⁻¹⁰ Maka dari itu, organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization*, WHO) menyarankan bahwa di balik kebutuhan negara untuk mengendalikan wabah, negara juga harus memastikan perlindungan yang cukup terhadap risiko tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan memastikan hukum kerahasiaan informasi pada aktivitas surveilans dan penggunaan informasi terbatas hanya untuk tujuan awal dikumpulkannya informasi tersebut. Penggunaan dan pembagian informasi untuk kegiatan selain surveilans maupun riset yang kurang berhubungan, memerlukan pengajuan etik terhadap komite yang bersangkutan.¹¹ Untuk keperluan surveilans, pembukaan identitas pasien dalam batas tertentu masih dapat diterima, tapi untuk riset tidak bisa diterima karena tidak ada alasan apa pun yang memerlukan pembukaan rahasia identitas subjek penelitian. Seluruh data klinik boleh diungkapkan, kecuali identitas subjek penelitian.

Pembukaan rahasia medis kepada individual dan komunitas

Telah dituangkan dalam Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Nomor 015/PB/K.MKEK/03/2020 tentang Fatwa Etik Kedokteran, Kebijakan Kesehatan, dan Penelitian dalam Konteks Pandemi COVID-19, bahwa rahasia medis terkait kepentingan pengumpulan informasi wabah dapat dibuka dalam kondisi dan batasan tertentu. Partisipasi universal masyarakat dalam pengumpulan informasi surveilans kesehatan ini tentu harus diikuti timbal balik dari pemerintah berupa pelaksanaan surveilans yang “transparan”. Transparan dalam hal ini berarti pasien juga harus sadar informasi apa saja yang mereka berikan, untuk apa, dan kemungkinan

pembukaan informasi kepada pihak ketiga.⁷ Selain itu, selaras dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 154, transparan juga merujuk pada kewajiban pemerintah untuk mengumumkan hasil surveilans tersebut secara berkala, yakni mengumumkan jenis dan persebaran penyakit, termasuk daerah yang berpotensi sebagai penularan. Hal ini merupakan hal yang penting demi terjaganya hak kesehatan masyarakat secara keseluruhan di semua wilayah.² Perlu diingat bahwa suatu perbuatan dianggap baik/etis apabila tujuannya baik, dilakukan dengan cara yang baik, disertai dilakukan pada waktu, tempat, dan situasi yang sesuai.

WHO merekomendasikan pembagian data secara cepat (*rapid data sharing*) terkait kegawatan kesehatan masyarakat. Pada kondisi wabah, yang merupakan keadaan penuh ketidakpastian dan ketidakstabilan, pembagian data berkala menjadi krusial dan mendesak. Data dalam hal ini termasuk surveilans kesehatan, studi riset klinis, studi epidemiologis, kualitatif, maupun lingkungan. Setiap pihak yang berperan harus berkooperasi dalam membagikan data yang relevan dan akurat demi penanggulangan wabah. Keterlibatan data yang banyak tersebut membutuhkan negara untuk menelaah kembali hukum dan kebijakan terkait pembagian data serta kerahasiaannya. Bagi masyarakat, pembagian informasi berkala secara transparan dapat melawan informasi yang salah, menenangkan kepanikan, memulihkan kepercayaan publik, serta mendorong bantuan masyarakat dalam krisis yang sedang terjadi—dalam kata lain urgensi pembagian data berkala dapat melahirkan respons yang tepat guna.¹¹

Selain UU Kesehatan, terdapat beberapa peraturan lainnya yang mendukung transparansi informasi kepada publik dalam kondisi wabah, yakni Pasal 12 Peraturan Komisi Informasi Nomor 1 tahun 2010 tentang Standar Layanan Informasi Publik mewajibkan badan publik yang memiliki kewenangan untuk mengumumkan informasi yang dapat mengancam hajat hidup orang banyak, dalam hal ini termasuk informasi terkait epidemi dan wabah.¹² Tentunya hal ini juga didukung hak atas kesehatan yang telah dijamin dalam Pasal 4 UU Kesehatan serta Pasal

9 ayat 3 UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.^{2,13}

Melalui hal ini, pembukaan informasi medis tidak hanya terkait pembukaan informasi ke publik, namun juga terkait tujuan surveilans.⁸ Merujuk pada Surat Keputusan MKEK terkait fatwa etik COVID-19, pembukaan informasi medis terbatas pada hal yang relevan terhadap penelusuran penularan, tanpa mengungkap identitas lengkap pasien.⁷ Tentunya, pengungkapan identitas tersebut dapat mendapat pengecualian untuk beberapa tokoh dengan perundang-undangan dan alasan etik yang kuat. Terkait penelitian dan surveilans, pembagian data yang dibutuhkan juga harus melindungi rahasia medis terperinci dan terbatas penggunaannya pada kegiatan yang relevan dan telah disetujui.^{7,8,14}

Kebijakan pembukaan rahasia medis terkait surveilans kesehatan di negara lain

Di Amerika Serikat, rahasia medis dilindungi oleh kebijakan *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) tahun 1996 yang dikeluarkan oleh Kantor Hak Sipil (OCR) pada Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan (HHS) Amerika Serikat. Akhir Maret 2020 lalu, Kantor Hak Sipil Amerika Serikat mengeluarkan pernyataan pedoman pembukaan informasi kesehatan terlindungi atau dengan kata lain adalah rahasia medis individu yang telah terinfeksi ataupun berkontak erat dengan penderita COVID-19 kepada penegak hukum, paramedis dan penolong pertama lainnya, serta petugas kesehatan masyarakat terkait Aturan Privasi HIPAA 1996 tersebut. Pembukaan rahasia medis terkait infeksi COVID-19 tanpa persetujuan individu terkait dapat dilakukan secara bertanggung jawab ketika individu tersebut membutuhkan tatalaksana, penolong pertama hendak melakukan penolongan dan berisiko terinfeksi, serta kewajiban melaporkan kasus kepada petugas kesehatan masyarakat berwenang untuk mencegah dan mengontrol penyebaran COVID-19. Akan tetapi, perlu diperhatikan untuk tetap membatasi pembukaan informasi rahasia tersebut pada batas minimum yang mencukupi, terkecuali

dibutuhkan secara hukum.¹⁵ Selain itu, Kantor Hak Sipil Amerika Serikat juga mengeluarkan izin dan pedoman dalam penggunaan informasi medis oleh fasilitas kesehatan untuk menginformasikan dan menanyakan kesediaan dalam mendonasikan darah dan plasma untuk aktivitas berbasis populasi terkait peningkatan koordinasi kesehatan, manajemen kasus, dan pelayanan.¹⁶

Di Inggris dan Wales, terdapat regulasi hukum penggunaan data rahasia pasien yang kompleks. Selain persyaratan Undang-Undang Perlindungan Data 1998, terdapat juga kewajiban berdasarkan *Common Law Duty of Confidence*. Berdasarkan Hukum Inggris, terlepas dari *Duty of Confidence* sehubungan dengan data pasien, juga terdapat dasar hukum untuk memproses informasi rahasia pasien untuk tujuan kesehatan masyarakat. Hal ini diatur dalam Peraturan Perlindungan Kesehatan (pemberitahuan) tahun 2010 yang memperbolehkan pengesampingan tugas hukum (menjaga rahasia medis) dengan kewajiban hukum (pengendalian wabah) pada praktisi medis dalam notifikasi penyakit menular tertentu dan kontaminasi yang mungkin terjadi kepada otoritas lokal melalui *Public Health England* (PHE).¹⁴

Stigmatisasi dan diskriminasi terhadap hasil positif

Keadaan darurat kesehatan masyarakat, seperti wabah COVID-19 ini, tentu menimbulkan tekanan bagi masyarakat. Ketakutan dan kecemasan terhadap suatu penyakit dapat menyebabkan stigma sosial terhadap orang, tempat, atau hal lain. Tentunya, beberapa kelompok rentan terhadap stigma, seperti, pasien suspek, personel medis, bahkan pasien yang telah dinyatakan sembuh sekalipun. Stigma sosial dapat menimbulkan penolakan sosial, diskriminasi dalam edukasi, pelayanan kesehatan, pekerjaan, hingga menimbulkan kekerasan fisik.^{17,18}

Terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan untuk melawan stigma dalam respons COVID-19 ini, namun yang paling penting adalah menjaga kerahasiaan identitas pasien sebagai tanggung jawab fasilitas medis

dan pemerintah. Tak dapat dipungkiri, di tengah ketidakpastian keadaan wabah, kebutuhan akan informasi dan data menjadi kebutuhan yang mendesak. Seperti yang telah disinggung sebelumnya, perhatian yang cukup perlu diberikan pada bagaimana informasi data tersebut ditangani karena individu terkait dapat menghadapi stigmatisasi ataupun diskriminasi apabila informasi terkait dirinya, terlebih dengan hasil tes positif, bocor kepada publik.^{11,17} Selain dampak negatif pada pasien, dampak lainnya yang perlu dikhawatirkan adalah memberikan rasa malu atau takut akan diskriminasi pada pasien COVID-19 lainnya untuk maju memeriksakan penyakitnya sehingga dapat menyebabkan pemerintah lebih sulit lagi untuk mengendalikan wabah ini. Stigma dapat dilawan dengan mengedukasi masyarakat dan melawan informasi yang salah.^{11,17,18}

KESIMPULAN

Kondisi wabah COVID-19 memerlukan kegiatan surveilans kesehatan sebagai tindakan dasar dalam penanganannya. Dalam prosesnya, informasi data pasien banyak terlibat dan dapat menimbulkan isu etik. Informasi identitas pasien harus tetap dilindungi dan pembukaan informasi medis terbatas pada hal yang relevan terhadap penelusuran penularan. Hal ini dikhawatirkan dapat menimbulkan stigmatisasi di masyarakat dan menambah kesulitan pemerintah dalam mengendalikan wabah. Transparansi pembagian informasi terkait wabah juga menjadi hal yang mendesak dalam kondisi saat ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular. Jakarta; 1984.

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/VII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan. Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2003.
4. Sumpah Dokter Indonesia. Jakarta; 1984.
5. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta: Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia; 2012.
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 37. Jakarta; 2004.
7. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Fatwa Etik Kedokteran, Kebijakan Kesehatan, dan Penelitian dalam Konteks Pandemi COVID-19. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia; 2020.
8. Nicol TE. Confidentiality versus disclosure of a patient's infectious status. *Gen Dent* [online serial]. 45:78–80. Accessed at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9171485>.
9. Myers J, Frieden TR, Bherwani KM, Henning KJ. Ethics in Public Health Research. *Am J Public Health* [online serial]. 2008;98:793–801. Accessed at: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2006.107706>.
10. El Emam K, Mercer J, Moreau K, Grava-Gubins I, Buckeridge D, Jonker E. Physician privacy concerns when disclosing patient data for public health purposes during a pandemic influenza outbreak. *BMC Public Health* [online serial]. 2011;11:454. Accessed at: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-454>.
11. World Health Organization. Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks [online]. 2016. Accessed at: <https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>. Accessed April 12, 2020.
12. Peraturan Komisi Informasi Nomor 1 tahun 2010 tentang Standar Layanan Informasi Publik. Jakarta: Komisi Informasi Republik Indonesia; 2010.
13. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Jakarta; 1999.
14. Taylor MJ. Legal Bases for Disclosing Confidential Patient Information for Public Health: Distinguishing between Health Protection and Health Improvement: *Med Law Rev* [online serial]. 2015;23:348–374. Accessed at: <https://academic.oup.com/medlaw/article-lookup/doi/10.1093/medlaw/fwv018>.
15. Office of Civil Rights of U.S. Department of Health and Human Services. COVID-19 and HIPAA: Disclosures to law enforcement, paramedics, other first responders and public health authorities [online]. 2020. Accessed at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/covid-19-hipaa-and-first-responders-508.pdf>. Accessed April 12, 2020.
16. Office of Civil Rights of U.S. Department of Health and Human Services. Guidance on HIPAA and Contacting Former COVID-19 Patients about Blood and Plasma Donation. 2020.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing stigma. 2020.
18. World Health Organization. A guide to preventing and addressing social stigma. 2020.

1. Prof. Dr. dr. Iwan Dwi Prahasto (Guru Besar FK UGM)
2. Prof. Dr. dr. Bambang Sutrisna (Guru Besar FKM UI/ IDI Jakarta Timur)
3. dr. Bartholomeus Bayu Satrio (IDI Jakarta Barat)
4. dr. Exsenveny Lalopua, M.Kes. (IDI Kota Bandung)
5. dr. Hadio Ali K, Sp.S (IDI Jakarta Selatan)
6. dr. Djoko Judodjoko, Sp.B (IDI Bogor)
7. dr. Adi Mirsa Putra, Sp.THT-KL (IDI Bekasi)
8. dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ (IDI Jakarta Timur)
9. dr. Ucock Martin, Sp.P (IDI Medan)
10. dr. Efrizal Syamsudin, MM (IDI Prabumulih)
11. dr. Ratih Purwarini, M.Si. (IDI Jakarta Timur)
12. Laksmi (Purn) dr. Jeanne PMR Winaktu, Sp.BS (IDI Jakarta Pusat)



Dokter

13. Prof. Dr. dr. Nasrin Kodim, MPH (Guru besar Epidemiologi FKM UI)
14. dr. Bernadette, Sp.THT-KL (IDI Makassar)
15. Dr. dr. Lukman Shebubakar, SpOT(K) (IDI Jakarta Selatan)
16. dr. Ketty (IDI Tangerang Selatan)
17. dr. Heru S. (IDI Jakarta Selatan)
18. dr. Wahyu Hidayat, Sp.THT-KL (IDI Kab. Bekasi)
19. dr. Naek L. Tobing, Sp.KJ (IDI Jakarta Selatan)
20. dr. Karnely Herlena (IDI Depok)
21. dr. Soekotjo Soerodiwirio, Sp.Rad (IDI Kota Bandung)
22. dr. Sudadi, MKK, Sp.Ok (IDI Jakarta Pusat)
23. Prof. dr. H. Hasan Zain, Sp.P (IDI Banjarmasin)
24. dr. Mikhael Robert Marampe (IDI Kab. Bekasi)
25. dr. Berkatnu Indrawan Janguk (IDI Surabaya)
26. dr. Irsan Nofi Hardi Nara Lubis, Sp.S (IDI Medan)
27. dr. Boedhi Harsono (IDI Surabaya)
28. dr. Soeharno (IDI Kediri)
29. dr. Amir Hakim Siregar, Sp.OG (IDI Batam)
30. dr. Ignatius Stanislaus Tjahjadi, Sp.PD (IDI Surabaya)
31. dr. Esis Prasasti Inda Chaula, Sp.Rad (IDI Tegal)
32. dr. Hilmi Wahyudi (IDI Gresik)
33. Dr. dr. Heru Prasetya, Sp.B, Sp.U (IDI Banjarmasin)
34. dr. Miftah Fawzy Sarengat (PPDS FK Unair, RS Soetomo, IDI Balikpapan)
35. dr. Bendrong Moediarso, Sp.F, SH (IDI Surabaya)
36. dr. H. Dibyo Hardianto (IDI Bangkalan)
37. dr. Deny Dwi Yuniarto (IDI Sampang)
38. dr. Gatot Prasmono (IDI Sidoarjo)
39. dr. Sukarno (IDI Sidoarjo)
40. dr. Arief Basuki, Sp.An (IDI Surabaya)
41. dr. Herry Nawing, Sp.A (IDI Makassar)
42. dr. Theodorus Singara, Sp.KJ (IDI Makassar)
43. dr. Nyoman Sutadja, MPH (IDI Denpasar)
44. dr. Putri Wulan Sukmawati (PPDS Anak FK Unair/

- RS Soetomo Surabaya)
45. dr. Sang Aji Widi Aneswara (IDI Semarang)
46. dr. Elianna Widiastuti (IDI Semarang)
47. dr. Agus Pramono (IDI Sidoarjo)
48. dr. Ane Roviana (IDI Jepara)
49. dr. Sovian Endi (IDI Grobogan)
50. dr. Pepriyanto Nugroho (IDI Blitar)
51. dr. Ahmadi NH, Sp.KJ (IDI Semarang)
52. dr. Zulkiflie Saleh (IDI Banjarmasin)
53. dr. Abdul Choliq (IDI Probolinggo)
54. Prof. dr. H. Mgs. Usman Said, Sp.OG(K) (IDI Palembang)
55. dr. H. Khairul Saleh, Sp.PD (IDI Palembang)
56. dr. Anna Mari Ulima Bukit (IDI Medan)
57. dr. Herwanto, Sp.B (IDI Kisaran)
58. dr. Maya Norismal Pasaribu (IDI Labuhan Batu Utara)
59. dr. Budi Luhur (IDI Gresik)
60. dr. Deni Chrismono Raharjo (IDI Surabaya)
61. dr. Arif Agoestono Hadi (IDI Lamongan)
62. dr. Djoko Wiyono (IDI Surabaya)
63. Prof. Dr. dr. Andi Arifuddin Djuanna, Sp.OG(K) (IDI Makassar)
64. dr. Aldreyn Asman Aboet, Sp.An, KIC (IDI Medan)
65. dr. M. Fahmi Arfa'i (IDI Semarang)
66. dr. M. Ali Arifin (IDI Sidoarjo)
67. dr. M. Hatta Lubis, Sp.PD (IDI Padang Sidempuan)
68. dr. Elida Ilyas, Sp.KFR(K) (IDI Jakarta)
69. dr. I Wayan Westa, Sp.KJ(K) (IDI Denpasar)
70. dr. Sony Putrananda (IDI Blitar)
71. dr. H. Muhammad Arifin Sinaga, MAP (IDI Langkat)
72. dr. Andhika Kesuma Putra, Sp.P(K) (IDI Medan)
73. dr. Edi Suwasono (IDI Kota Malang)
74. dr. Ahmad Rasyidi Siregar, Sp.B (IDI Medan)
75. dr. HM Syamsu Rizal (IDI Natuna)
76. dr. Dennis (IDI Medan)
77. dr. Adnan Ibrahim, Sp.PD (IDI Makassar)
78. dr. I Nyoman Sueta (IDI Denpasar)
79. dr. Paulus, Sp.PD (IDI Jakarta Pusat)
80. dr. Sulis Bayu Sentono, M.Kes., Sp.OT(K) (IDI Surabaya)
81. Prof. Dr. dr. R. Mohammad Muljohadi Ali, Sp.FK (IDI Malang Raya)
82. dr. Hery Prasetyo (IDI Blora)
83. dr. Sriyono (IDI Balikpapan)
84. dr. Sabar Tuah Barus, Sp.A (IDI Medan)
85. dr. John Edward Feridol Sipayung (IDI Siantar Simalungun)
86. dr. Ach. Chusnul Chuluq Ar, MPH (IDI Malang Raya)
87. dr. Fatoni (IDI Ogan Komering Ulu)
88. dr. Asriningrum, Sp.S (IDI Mataram)
89. dr. R. Nurul Jaqin, Sp.B (IDI Yogyakarta)
90. dr. Donni (IDI Deli Serdang)
91. dr. Adi Rahmawan (IDI Depok)
92. dr. Riyanto, Sp.OG (IDI Tuban)
93. dr. Muh. Rum Limpo, Sp.B (IDI Selayar)
94. dr. Titus Taba, Sp.THT-KL (IDI Sorong)
95. dr. H. Edisyahputra Nasution (IDI Samarinda)
96. dr. I Made Widiartha Wisna (IDI Buleleng)
97. dr. Nastiti Noenoeng Rahajoe, Sp.A(K) (IDI Jakarta Pusat)
98. dr. Daud Ginting, Sp.PD (IDI Medan)
99. dr. Aris Sugiharjo, Sp.PD (IDI Banjarmasin)
100. dr. Edwin Marpaung, Sp.OT(K) (IDI Medan)

Tinjauan Etik Prioritas Alat Pelindung Diri (APD) untuk Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Kedokteran dan Kesehatan

Bachtar Husein¹, Prijo Sidipratomo^{1,2}, Putri Dianita Ika Meilia^{1,3}, Gilbert Mayer Christianto

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

³Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan, Jakarta

Kata Kunci

COVID-19, alat pelindung diri (APD), profesional pemberi asuhan (PPA), etik

Korespondensi

antalya22ftf@gmail.com

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.47

Tanggal masuk: 1 Juni 2020

Tanggal ditelaah: 25 Agustus 2020

Tanggal diterima: 31 Agustus 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Sejak awal tahun 2020, COVID-19 menjadi masalah kesehatan dunia. Di Indonesia, kasusnya pun masih terus bertambah. Seiring dengan bertambahnya jumlah kesakitan dan kematian akibat COVID-19, seluruh komponen masyarakat, khususnya di dunia kedokteran dan kesehatan, bak sedang berperang. Dalam berperang melawan COVID-19, alat pelindung diri (APD) menjadi salah satu senjata yang penting untuk memutus rantai penularan. Terjadinya kelangkaan APD menimbulkan risiko bagi para profesional pemberi asuhan (PPA) dalam memberikan layanan kesehatan. Oleh karena itu, artikel ini akan membahas aspek etika kedokteran penggunaan APD oleh para PPA, khususnya dalam kaitannya dengan prioritas keselamatan diri agar tetap dapat memberikan layanan kesehatan yang terbaik.

Abstract Pince the beginning of 2020, COVID-19 has become a global health problem. In Indonesia, the cases are still increasing. Along with the increasing number of morbidity and deaths due to COVID-19, all components of society, especially in the field of medicine and health, are at war. In fighting against COVID-19, personal protective equipment (PPE) is an important weapon to break the chain of transmission. The scarcity of PPE poses a risk to health-care worker (HCW) in providing health services. Therefore, this article will discuss aspects of medical ethics in the use of PPE by HCWs, especially in relation to personal safety priorities to keep providing the best health services.

Sejak awal tahun 2020, COVID-19 menjadi masalah kesehatan dunia. Kasus ini diawali dengan informasi dari Badan Kesehatan Dunia/*World Health Organization* (WHO) pada tanggal 31 Desember 2019 yang menyebutkan adanya kasus kluster pneumonia dengan etiologi yang tidak jelas di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina. Pada tanggal 7 Januari 2020, Cina mengidentifikasi etiologinya sebagai jenis baru (novel) coronavirus yang dinamakan Sars-CoV-2 (Severe Akut Respiratory syndrome-CoV2).¹ Pada tanggal 12 Februari 2020, WHO resmi menetapkan penyakit novel coronavirus pada manusia ini dengan sebutan *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).

Kasus ini terus berkembang hingga adanya laporan kematian dan terjadi eksportasi ke luar Cina. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai *Public Health*

Emergency of International Concern (PHEIC)/Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Penambahan jumlah kasus COVID-19 berlangsung cukup cepat dan sudah terjadi penyebaran antar negara sehingga pada tanggal 11 Maret 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai pandemi. Di Indonesia, kasus terkonfirmasi COVID-19 pertama kali dilaporkan pada tanggal 2 Maret 2020. Infeksi Novel Coronavirus sudah ditetapkan sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah sesuai Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/104/2020¹.

Dalam berperang melawan wabah ini, kita memerlukan strategi yang baik, termasuk strategi memutus rantai penularan dengan menggunakan alat pelindung diri (APD) yang sesuai. Agar kita berhasil dalam berperang melawan COVID-19, penggunaan APD yang

tepat menjadi krusial, terutama bagi para profesional pemberi asuhan (PPA) kesehatan. Namun, apa yang harus dilakukan jika terjadi kelangkaan APD sedangkan layanan kesehatan harus tetap berjalan? Dalam artikel ini akan didiskusikan aspek etika kedokteran penggunaan APD oleh para PPA, khususnya dalam kaitannya dengan prioritas keselamatan diri.

Kejadian Luar Biasa, Wabah, dan Upaya Penanggulangan

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.²

Penetapan suatu daerah dalam keadaan wabah dilakukan apabila situasi KLB berkembang atau meningkat dan berpotensi menimbulkan malapetaka, dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. Secara epidemiologis data penyakit menunjukkan peningkatan angka kesakitan dan/atau angka kematian.
- b. Terganggunya keadaan masyarakat berdasarkan aspek sosial budaya, ekonomi, dan pertimbangan keamanan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menentukan bahwa bila ditemukan satu kasus konfirmasi COVID-19 di suatu daerah maka di daerah tersebut dinyatakan terjadi KLB.¹

COVID-19 menular dari manusia ke manusia melalui percikan batuk/bersin (droplet). Orang yang paling berisiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak erat dengan pasien COVID-19, yaitu mereka yang melakukan kontak fisik atau berada dalam ruangan atau berada dalam radius 1 – 2 meter dengan pasien COVID-19. Gejala bisa muncul dalam 2 hingga 14 hari setelah terinfeksi. Para profesional pemberi asuhan (PPA), termasuk dokter, perawat, petugas farmasi, petugas laboratorium, sampai ke petugas kebersihan, yang memeriksa, merawat, mengantar, dan membersihkan ruangan di tempat perawatan pasien termasuk kelompok paling berisiko

untuk tertular penyakit ini.

Sesuai UU no 4 th 1984 Pasal 5 upaya penanggulangan wabah mempunyai dua tujuan pokok yaitu:

1. Berusaha memperkecil angka kematian akibat wabah dengan pengobatan.
2. Membatasi penularan dan penyebaran penyakit agar penderita tidak bertambah banyak, dan wabah tidak meluas ke daerah lain.

Upaya penanggulangan wabah meliputi:

1. penyelidikan epidemiologis,
2. pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina,
3. pencegahan dan pengebalan,
4. pemusnahan penyebab penyakit,
5. penanganan jenazah akibat wabah,
6. penyuluhan kepada masyarakat,
7. upaya penanggulangan lainnya.

Pencegahan dan pengebalan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk memberi perlindungan kepada orang-orang yang belum sakit, akan tetapi mempunyai risiko untuk terkena penyakit. Rekomendasi standar untuk mencegah penyebaran infeksi adalah melalui cuci tangan secara teratur menggunakan sabun dan air bersih, menerapkan etika batuk dan bersin, menghindari kontak dekat dengan orang sakit ataupun yang menunjukkan gejala penyakit terutama untuk penyakit pernapasan yang sangat menular. Selain rekomendasi standar, untuk pasien COVID-19 dan kelompok berisiko perlu melakukan langkah untuk mencegah penularan virus Sars-CoV-2 berupa isolasi diri dan/atau karantina, serta penggunaan alat pelindung diri (APD) yang sesuai. Bagi fasilitas layanan kesehatan penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan hal yang menjadi semakin penting saat ini.¹

Alat Pelindung Diri

Alat Pelindung Diri (APD) adalah kelengkapan yang wajib digunakan saat bekerja sesuai bahaya dan risiko kerja untuk menjaga keselamatan pekerja itu sendiri dan orang di sekelilingnya. Dalam kasus wabah penyakit menular, alat pelindung diri adalah kesiapan

logistik yang krusial, layaknya obat-obat suportif (*lifesaving*), alat-alat kesehatan dan penunjang kesehatan lainnya. Bagi petugas kesehatan, penggunaan alat pelindung diri dibutuhkan untuk proteksi diri agar tenaga kesehatan tidak terjangkit penyakit. Hal ini patut diperhatikan karena selain kewajiban terhadap pasien, tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri sendiri.³

Dalam penjelasan dan pedoman pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Pasal 16 disebutkan bahwa setiap dokter harus memelihara kesehatannya, termasuk melaksanakan tindakan perlindungan diri. Jika ada wabah maka PPA harus mengambil tindakan untuk melindungi dirinya terlebih dahulu sebelum menolong orang lain. Contohnya, PPA harus menjadi teladan dalam melaksanakan protokol kesehatan, penggunaan APD, dan kelak apabila sudah tersedia imunisasi, maka PPA perlu diprioritaskan untuk mendapatkan imunisasi terlebih dahulu. Tindakan perlindungan diri ini dilakukan supaya dokter dapat tetap melakukan perawatan pasien dengan baik.³ Sebagai analogi, kita dapat mengambil protokol keselamatan saat naik pesawat: Jika terjadi penurunan tekanan udara secara tiba-tiba, maka kita sendiri wajib mengenakan masker oksigen terlebih dahulu sebelum menolong orang lain. Siapa yang akan melakukan pengobatan dan perawatan terhadap pasien apabila PPA sakit?

Dari sisi ketentuan hukum, penyediaan APD ini menjadi tanggung jawab fasilitas layanan kesehatan untuk mempersiapkan sumber daya dan logistik agar para pekerjanya dapat menjalankan tugas dengan baik. Bila pihak penyedia layanan kesehatan tidak menyediakan alat pelindung diri, maka dari sisi hukum sebenarnya dapat diberikan sanksi administratif dari dinas kesehatan ditempat fasilitas kesehatan tersebut bernaung (Pasal 12 PMK no 52 tahun 2018). Di sisi lain, merujuk pada UU no 36 tahun 2014 pasal 4 tercermin tanggung jawab pemerintah terhadap tenaga kesehatan, yaitu:

- a. pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan,
- b. perencanaan, pengadaan, dan

pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan,

- c. perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik.

Alat pelindung diri wajib tersedia untuk petugas kesehatan dalam menjalankan perawatan pasien COVID-19. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja adalah hak tenaga kesehatan. Pernyataan ini dilindungi hukum sesuai yang tertulis dalam pasal 57 UU no 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan.⁴ Selain untuk proteksi diri, penggunaan APD yang sesuai untuk mencegah transmisi agen infeksius dari pasien ke orang lain.

WHO dan kementerian kesehatan sudah mengeluarkan pedoman mengenai penggunaan alat pelindung diri yang benar sesuai dengan faktor risiko, baik bagi para profesional kesehatan dan juga bagi khalayak awam. APD yang direkomendasikan oleh WHO dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bagi petugas kesehatan saat menangani pasien COVID-19 harus menggunakan APD level 3 antara lain pelindung mata atau, pelindung wajah, penutup kepala, masker N95 atau yang setingkat, sarung tangan, *gown all-cover* atau apron, sarung tangan *double sterile*, dan sepatu boot.¹

Namun dapat difahami, pada kondisi pandemi wabah di seluruh dunia seperti yang terjadi sekarang ini dapat terjadi ketimpangan antara jumlah APD yang dibutuhkan dengan jumlah sumber daya yang tersedia, menyebabkan timbulnya kelangkaan APD. Kelangkaan APD ini lebih disebabkan oleh lonjakan drastis kebutuhan APD yang terjadi karena tenaga medis bekerja serentak melayani ribuan pasien, sedangkan di sisi lain pasokan APD belum dapat dipenuhi oleh produsen.

Pada situasi kelangkaan APD, diperlukan sebuah tindakan untuk menjaga agar para tenaga kesehatan tetap memiliki alat dan bahan yang dibutuhkan dalam upaya penanganan COVID-19. Tindakan tersebut di antaranya adalah gotong royong antara seluruh komponen masyarakat, produsen, pemilik alat-alat produksi yang menunjang produksi APD, serta pemerintah untuk bahu membahu

mengupayakan penyediaan APD dengan jumlah yang memadai. Di sisi lain, dapat dilakukan perampingan/konsentrasi tempat pelayanan kesehatan dengan penjadwalan aktivitas tenaga medis dan tenaga kesehatan, atau penjadwalan buka tutup hari pelayanan RS untuk menekan laju kebutuhan terhadap APD.

Bagi masyarakat, pemakaian APD perlu disesuaikan dengan kondisi dan risiko masing-masing individu. WHO merekomendasikan penggunaan APD berupa masker bedah bagi pasien COVID-19 atau suspek pasien COVID-19 dan bagi keluarga yang merawat pasien atau kontak erat lainnya. Untuk masyarakat yang sehat, dan tidak ada kontak erat dengan pasien COVID-19, tindakan pencegahan cukup dilakukan dengan menerapkan *hand-hygiene*, menggunakan masker kain berlapis, dan *physical distancing*, disertai edukasi terkait etika batuk/bersin.¹

Namun, sayangnya masih ada kalangan masyarakat yang belum mengetahui mengenai standar pencegahan infeksi ini. Disisi lain, muncul berbagai berita yang tidak benar (*hoax*) yang malah membuat masyarakat menjadi "*hyper-aware*", dengan kata lain menjadi cemas sampai paranoid, dan membeli bahkan menimbun alat pelindung diri yang diperuntukkan untuk tenaga kesehatan. Disaat seperti ini komunikasi informasi dan edukasi (KIE) berperan penting. Baik pihak pemerintah, profesional, dan juga masyarakat perlu turut berpartisipasi untuk terus mengawal berita dan informasi yang beredar di masyarakat.

Sementara itu, ada juga pihak-pihak yang justru mengambil keuntungan atas penderitaan orang lain. Terdapat laporan bahwa ada oknum yang memborong APD dan menjual kembali alat-alat tersebut dengan harga yang jauh lebih mahal. Tindakan ini tentu mengganggu upaya penanggulangan wabah dan membahayakan tenaga kesehatan sebagai lini pertama penanganan COVID-19. Tindakan yang menimbulkan gangguan upaya penanggulangan wabah dapat dikenakan UU no 4 tahun 1984 Pasal 14 yang berbunyi:

"(1) Barang siapa dengan sengaja menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini, diancam dengan

pidana penjara selama-lamanya 1 (satu) tahun dan/atau denda setinggi-tingginya Rp 1.000.000,- (satu juta rupiah)."

Menurut pasal tersebut, tindak pidana yang menghalangi proses penanggulangan wabah merupakan kejahatan dan dapat dikenakan denda bahkan dipenjara.²

Penanggulangan wabah penyakit menular bukan hanya semata menjadi wewenang dan tanggung jawab Kementerian Kesehatan, tetapi menjadi tanggung jawab bersama. Oleh karena itu dalam pelaksanaan penanggulangannya memerlukan keterkaitan dan kerjasama dari berbagai lintas sektor pemerintah dan masyarakat. Dalam hal penyediaan logistik, pemerintah akan kewalahan sendiri apabila tidak melibatkan partisipasi masyarakat. Pemerintah perlu menjalin kerjasama dengan berbagai sektor untuk menyediakan sumber daya yang dibutuhkan. Pemerintah segera mengadakan APD dari berbagai sumber, baik impor maupun menggerakkan produksi APD dengan melibatkan perusahaan tekstil di berbagai daerah, termasuk Usaha Menengah Kecil Masyarakat (UMKM), dengan standar teknis sesuai persyaratan WHO. Keterkaitan berbagai sektor dalam upaya penanggulangan wabah tersebut sesuai dengan tugas, wewenang dan tanggung jawabnya dalam upaya penanggulangan wabah. Dengan keterkaitan berbagai sektor, pemerintah perlu bertindak untuk mengoordinasikan dan menjaga agar usaha-usaha penyediaan APD dan keperluan lainnya bisa terlaksana dengan baik dan benar. Perlunya data yang akurat mengenai jumlah APD yang tersedia di lapangan dan jumlah APD yang dibutuhkan agar bisa dilakukan distribusi efektif bagi seluruh fasilitas kesehatan yang terlibat dalam penanganan COVID-19.

KESIMPULAN

Dalam upaya penanggulangan wabah penyakit menular, harus dilakukan secara terpadu dengan upaya kesehatan lain, yaitu upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pengendalian administratif merupakan prioritas pertama dari strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

(PPI) termasuk penyediaan infrastruktur, kebijakan dan prosedur dalam mencegah, mendeteksi, dan mengendalikan infeksi selama perawatan kesehatan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan wabah COVID-19:

1. Pengadaan dan Produksi Darurat Alat Pelindung Diri (APD). Pemerintah segera mengadakan APD dari berbagai sumber, baik impor maupun menggerakkan produksi APD dalam negeri, dengan standar teknis dan sesuai persyaratan WHO. Pemerintah perlu melibatkan pihak swasta, ahli tekstil, ahli kesehatan, organisasi kesehatan yang relevan untuk mendorong terwujudnya pengadaan dan produksi APD yang sangat urgen.
2. Distribusi yang efektif: pemerintah segera mendistribusikan APD ke semua rumah sakit yang terlibat dalam respon terhadap COVID-19, sekaligus mengambil tindakan tegas bagi pelaku penjualan APD dengan harga yang tidak wajar.
3. Pendampingan Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang benar untuk mencegah berita *hoax* dan untuk meyakinkan masyarakat agar tidak timbul kepanikan massal.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Kemenkes RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19). Edisi 27 Maret 2020.
2. Undang-undang RI. Wabah Penyakit Menular. UU RI no 4 tahun 1984.
3. Kode Etik Kedokteran Indonesia
4. Undang-undang RI. Tenaga Kesehatan. UU RI no 36 tahun 2014.
5. Permenkes RI. Keselamatan dan Kesehatan kerja di fasilitas layanan kesehatan. Permenkes no 52 tahun 2018.

TELKOMSEL DUKUNG INDONESIA MENUJU REVOLUSI INDUSTRI 4.0

Era digital telah mendorong Indonesia ke arah revolusi industri 4.0 yang ditandai dengan hadirnya sejumlah terobosan teknologi baru di sejumlah bidang, di antaranya adalah big data, internet of things (IoT), robotika, machine to machine, artificial intelligence dan lainnya. Seiring dengan perkembangan industri teknologi, Telkomsel pun bertransformasi menjadi digital telco company yang bergerak secara pasti dalam meningkatkan kesiapan dan teknologi untuk mengakselerasi perkembangan ekosistem digital di Indonesia.

Upaya ini merupakan salah satu bentuk dukungan Telkomsel bagi roadmap pemerintah Indonesia yaitu 'Making Indonesia 4.0', dimana aspek penguasaan teknologi, terutama teknologi informasi dan komunikasi menjadi kunci penentu daya saing bangsa. Peran Telkomsel dalam revolusi industri 4.0 diperkuat dengan keseriusan kami dalam mengembangkan produk dan layanan digital yang relevan.

Pada tahun 2018, Telkomsel menjadi yang pertama di Indonesia dalam melakukan komersialisasi teknologi NB-IoT (Narrowband Internet of Things) di Indonesia melalui implementasi bike sharing di Universitas Indonesia (UI). NB-IoT merupakan teknologi telekomunikasi terbaru yang dirancang secara khusus agar komunikasi antar mesin yang semakin masif dengan coverage jaringan telekomunikasi yang semakin luas dapat dilakukan secara efisien, serta penggunaan daya pada perangkat pengguna semakin hemat.

Dengan bekerjasama dengan PLN DISJAYA, teknologi NB-IoT Telkomsel juga telah berhasil diimplementasikan pada sistem smart meter di jaringan listrik, yang disebut sebagai Advanced Meter Infrastructure (AMI). Inovasi ini menandai komersialisasi NB-IoT AMI pertama di Asia Tenggara. Telkomsel terus memperkuat keseriusannya dalam mengembangkan IoT melalui penerapan NB-IoT pada mesin automatic fish feeder di Kampung Perikanan Digital melalui kolaborasi dengan eFishery dan Japfa.

Telkomsel juga menghadirkan Telkomsel Innovation Center (TINC). Program TINC merangkum berbagai kegiatan dalam membentuk ekosistem IoT Indonesia yang matang, berupa penyediaan laboratorium IoT, program mentoring dan bootcamp bersama expertise di bidang IoT, serta networking access bagi para startup, developer, maupun system integrator dengan para pemain industri terkait.

Selain IoT, Telkomsel juga menghadirkan MSIGHT sebagai portofolio bisnis layanan Telco Big Data. MSIGHT merupakan unit yang beroperasi secara business to business (B2B) untuk memberikan nilai tambah untuk lembaga-lembaga pemerintah dan sektor industri seperti keuangan, transportasi, e-commerce, ritel, digital, periklanan, dan masih banyak lagi.

Beberapa aplikasi bisnis dari informasi Big Data diantaranya digunakan untuk melakukan monitoring perubahan jumlah trafik pengunjung pusat, segmentasi konsumen berdasarkan profil tertentu; mengetahui perilaku digital konsumen, pola pergerakan konsumen antar lokasi, dan perilaku konsumen terhadap produk dan servis. Beberapa layanan Telco Big

Data MSIGHT telah dimanfaatkan instansi pemerintah seperti Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) untuk melakukan studi secara lebih efisien dan mendapatkan sudut pandang yang lebih kaya, dimana aplikasinya diterapkan pada studi dampak makroekonomi dari penyelenggaraan Asian Games 2018.

Untuk mendukung berbagai produk dan layanan digital yang inovatif, Telkomsel juga menghadirkan layanan konektivitas yang handal. Telkomsel secara konsisten telah mengimplementasikan roadmap teknologi mobile broadband terdepan, termasuk teknologi 5G.

Sejak tahun 2016, Telkomsel telah melakukan serangkaian uji coba teknologi untuk mempersiapkan implementasi teknologi 5G, di antaranya implementasi teknologi 4.5G, uji coba Massive IoT & FDD Massive MIMO, uji coba teknologi seluler 1 Gbps, serta uji coba teknologi 5G yang menghasilkan kecepatan 70 Gbps.

Telkomsel adalah operator yang pertama menghadirkan pengalaman 5G di Indonesia, melalui 5G Experience Center di kompleks Gelora Bung Karno, selama perhelatan Asian Games 2018. Pada Asian Games 2018, Telkomsel menghadirkan pengalaman teknologi 5G yang diimplementasikan melalui autonomous bus, future driving, live streaming dan virtual gaming.

Berbagai implementasi inovasi teknologi tersebut mencerminkan portofolio bisnis digital Telkomsel yang terus berkembang untuk mendukung kematangan ekosistem digital di Indonesia dan menjadi fondasi utama Telkomsel untuk membangun Indonesia Digital.



- 1 Direktur Utama Telkomsel Ririek Adriansyah saat mendampingi Presiden Republik Indonesia Joko Widodo meninjau salah satu aplikasi Habibie Garden yang merupakan lulusan program CSR Telkomsel The NextDev.
- 2 Pada perhelatan Asian Games 2018, Telkomsel memastikan komitmennya dalam menghadirkan layanan berbasis teknologi terdepan dengan melakukan trial jaringan seluler 5G pertama di Indonesia dengan mengimplementasikannya melalui teknologi kehadiran autonomous bus (kendaraan tanpa awak).
- 3 Salah satu bentuk komitmen Telkomsel dalam mendorong penerapan komersialisasi teknologi seluler berbasis IoT pertama di Indonesia melalui peluncuran layanan aplikasi Bike Sharing bekerja sama dengan Universitas Indonesia.
- 4 Direktur Utama Telkomsel Ririek Adriansyah (paling kiri) bersama Direktur Utama Telkomsel Indonesia (paling kanan) saat mendampingi Menteri Perindustrian Republik Indonesia Airlangga Hartarto dan Menteri Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia saat gelaran Asian Games 2018, dimana Telkomsel juga menghadirkan showcase Telkomsel 5G Experience yang menampilkan sejumlah layanan berteknologi 5G sebagai bentuk dukungan Telkomsel dalam penembangan ekosistem Industri 4.0 di Indonesia.

TELKOMSEL KONSISTEN BUKA AKSES KOMUNIKASI DI WILAYAH TERISOLIR

Dalam upaya membuka isolasi layanan komunikasi di Indonesia, saat ini Telkomsel telah membangun 870 base transceiver station (BTS) di wilayah-wilayah perdesaan yang sebelumnya tidak memperoleh layanan komunikasi. Dalam waktu dekat, akan segera mengoperasikan 232 BTS lainnya, sehingga secara total Telkomsel menggelar 1102 BTS di 1102 desa tanpa sinyal di Tanah Air.

Seluruh BTS di wilayah terisolir tersebut tersebar di 26 provinsi, yakni Aceh, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Sumatera Barat, Jambi, Bengkulu, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat (NTB), Nusa Tenggara Timur (NTT), Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, Gorontalo, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara, Maluku, Papua Barat, dan Papua.

Dari 1102 BTS tersebut, 51 di antaranya merupakan BTS 4G yang memungkinkan masyarakat memanfaatkan layanan data yang berkualitas untuk meningkatkan produktivitas. Hadirnya BTS 4G Telkomsel terbukti nyata mentransformasi kehidupan masyarakat di wilayah-wilayah terpencil. Ke depannya, Telkomsel tidak hanya menghadirkan konektivitas layanan komunikasi, namun juga menyediakan solusi produk dan layanan digital yang turut mendukung produktivitas masyarakat sekaligus meningkatkan perekonomian daerah pelosok.

Penggelaran BTS di wilayah-wilayah terisolir tersebut merupakan hasil kerjasama Telkomsel dengan Badan Aksesibilitas Telekomunikasi dan Informatika (BAK-TI) Kementerian Komunikasi dan Informatika dalam hal penyediaan akses telekomunikasi seluler bagi masyarakat di wilayah pelayanan universal telekomunikasi dan informatika atau yang lebih dikenal dengan Universal Service Obligation (USO).

Kehadiran BTS di wilayah-wilayah yang sebelumnya tidak memperoleh akses telekomunikasi ini semakin mempertegas komitmen Telkomsel dalam membangun dan memajukan seluruh negeri, tidak hanya di kota dan daerah yang menguntungkan secara bisnis. Telkomsel terus berupaya menyediakan layanan komunikasi berkualitas yang merata di seluruh Indonesia untuk mendorong pertumbuhan masyarakat dalam segala aspek kehidupan.

Dalam membangun BTS USO di wilayah-wilayah terisolir, Telkomsel menerapkan teknologi BTS yang memungkinkan penggunaan layanan transmisi satelit Very Small Aperture Terminal-Internet Protocol (VSAT-IP). Teknologi ini merupakan solusi komunikasi untuk melayani daerah-daerah terpencil dengan kondisi geografis yang menantang sehingga paling tepat untuk diimplementasikan di negara kepulauan seperti Indonesia. Dalam program ini, Telkomsel juga menggelar perangkat antena yang berfungsi untuk mengirim dan menerima sinyal telekomunikasi serta base station controller (BSC) untuk mengontrol dan memonitor kinerja BTS.

Di samping mendukung program USO, Telkomsel terus berperan aktif dan berkontribusi dalam menghadirkan akses telekomunikasi bagi masyarakat Indonesia di kawasan tertinggal, terluar, dan terdepan (3T). Sesuai dengan komitmen kuat untuk membuka akses telekomunikasi dan informasi di daerah perbatasan, daerah terpencil, serta jalur bahari di Indonesia sekaligus mendukung percepatan Rencana Pita Lebar Indonesia periode 2014-2019, Telkomsel telah menggelar program Merah Putih (Menembus Daerah Perdesaan, Industri Terpencil, dan Bahari). Proyek Merah Putih diharapkan memberikan solusi agar masyarakat di wilayah-wilayah yang belum terjangkau layanan telekomunikasi bisa menikmati layanan telekomunikasi dengan standar kualitas yang sama dengan wilayah lainnya di seluruh Indonesia.





Tidak Punya Waktu
Untuk Servis Mobil
Tenang, ada THS

Booking Via Whatsapp (0822-8980-2000)
atau aplikasi Auto2000 Mobile



Yuk, Scan Sekarang!



Urusan Toyota lebih mudah!

AUTO 2000
member of ASTRA

From the Paradigm of 'Listen to the Doctor', to 'Listen to the Patient'

Peter Johannes Manoppo¹

¹Indonesia Bioethics Forum, Universitas Wijaya Kusuma Surabaya

Kata Kunci

'Dengarkan pasien', respek terhadap otonomi, keselamatan pasien, kualitas kehidupan, preferensi terbaik pasien

Korespondensi

peter.jmanoppo@gmail.com

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.48

Tanggal masuk: 15 Juni 2020

Tanggal ditelaah: 26 Agustus 2020

Tanggal diterima: 1 September 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Saat ini, paradigma 'Dengarkan Dokter' melemah dalam pelaksanaan layanan kesehatan. Harapan yang lebih tinggi terhadap kualitas pelayanan kesehatan, preferensi pasien yang lebih baik, dan sistem yang lebih rumit dalam pemberian pelayanan kesehatan telah menyebabkan pergeseran paradigma ke 'Dengarkan Pasien'. Secara etis, situasi ini meningkatkan posisi tawar pasien berdasarkan prinsip menghormati otonomi. Prinsip-prinsip etika dalam pelayanan kesehatan sangat penting sebagai landasan yang tepat untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya perilaku tidak etis oleh pemberi layanan kesehatan dan pemberi perawatan. Evolusi tersebut juga meningkatkan upaya perbaikan untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia kedokteran, teknologi kedokteran mutakhir di bidang kedokteran, penelitian kedokteran baru di segala bidang kedokteran, dan cost-benefit ratio yang efisien, sehingga kesehatan pasien, pasien keselamatan, kualitas hidup, dan preferensi pasien dapat dicapai pada tingkat tertinggi. Paradigma 'Dengarkan Pasien', yang sejalan dengan prinsip penghormatan terhadap otonomi, hendaknya diterapkan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, kualitas kehidupan yang baik, keselamatan pasien, dan preferensi terbaik pasien.

Abstract Nowadays, the paradigm of 'Listen to the Doctor' is weakening in health-care-delivery. The higher expectation of health-care-delivery quality expectation, the better patient-best-preference, and the more complicated system in health-care-delivery, have led to the shift of the paradigm to 'Listen to the Patient'. Ethically, these situations are enhancing the bargaining position of the patient based on the principle of respect for autonomy. The principles of ethics in health-care-delivery are very important as the proper ground to anticipate the possibilities of unethical behavior by the health-care-provider and caregiver. Those evolutions are also enhancing the efforts of improving the quality of medical human resources, up-to-date medical technology, novel medical researches, and efficient cost-benefit ratio, so that the patient's health, safety, quality-of-life, and patient-best-preference, can be achieved on the highest level. The paradigm of 'Listen to the Patient', which is in line with the principle of respect for autonomy, should be implemented to improve health governance and create the best health-care-delivery quality, good quality-of-life, patient safety, and patient-best-preference to any extent.

The paradigm of 'Listen to the Doctor' used to be known in the past when patients came to the doctor for a treatment. During that period, patients just followed the advices of the doctor for having diagnostic and therapeutic procedures, without fulfilling the patients' curiosity about information of those procedures. Evolution of the health-care-delivery system which is grounded on the appropriate ethical principles has made a shift to the new paradigm of 'Listen to the Patient', which is basically respecting the patient's autonomy. Furthermore, deeper discussions between the

caregiver and care-receiver on detailed and specific information are needed.¹

Respect for autonomy

Autonomy is defined as the right to self-determination and is related to concepts such as privacy, authority, liberty, and self-governance. Respect for autonomy is an important ethical principle because it stresses the importance of personal values and beliefs, and emphasizes that a person is able to decide what might be the best preference for him or her, even if this would be at the detriment of his or her own

health. Autonomy is also related to equality and freedom of choice as the paradigm of the basic human rights. Therefore, from this perspective, paternalism that interferes with personal autonomy should be avoided.²

Paternalism, should it be upheld?

The four ethical principles that consists of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, should be inline each other. Unfortunately, sometimes unavoidable conflicts between those principles could happen. The principle of paternal administration might be justified as an interference of the patient's free will or preference on the beneficence of the care-provider (Kant et Mill 1880). The good intention of the care-provider that is based on doing-good and do-no-harm, might be incompatible with the patient's best preference, so that this conflict between the care-receiver's autonomy and the care-giver's beneficence creates the coercion and force for the treatment of the care-receiver, particularly for the non-autonomous or incompetent patient.²

Informed consent as the ethical approval

Informed-consent is defined as the approval and permission which is given by the care-receiver after receiving and understanding the complete information for taking-action on diagnostic and therapeutic procedures by the caregiver. The principle of consent is based on human dignity, human right, and respect for autonomy. The objectives of informed consent are asserting the patient autonomy, protects patient status as human-being, prevents coercion and deception, encourages the doctor's self-criticism, supports the process of rational decision-making and educates the public at large. There are some exceptional circumstances for the principle of consent, such as emergency situations, minors, mental patients, some beliefs, euthanasia, and HIV cases.³

Privacy and confidentiality deliberation

Talking about the paradigm of 'Listen to the Patient', automatically the patient data should be protected as the privacy and confidentiality of the care-receiver. Privacy is

defined as the right of individual or group to be free from intrusion from others, including the right to determine which information about them should be disclosed to others. While confidentiality is defined as an attribute of personal information should not be disclosed to others without sufficient reason. Reasons for respecting privacy and confidentiality are some important things of the patient: personal integrity, dignity, respect for personhood and trust. Caregiver should protect the patient privacy and confidentiality to the greatest extent possible in the circumstances. Justified breaches of confidentiality are sharing information for patient care, using interpreters, teaching, mandatory disclosure in law, danger to others, and under consent of patient.³

Individual responsibility should escort the autonomy

Responsibility is defined as the awareness of one's obligation to make decisions and to act appropriately based on certain commitments. This should be possessed by either caregiver or care-receiver. It is important to avoid infringement or violation against another person's autonomy. Everyone should respect the autonomy, privacy, confidentiality of each other to avoid unethical conflict between the care-giver and care-receiver. 'Listen to the patient' paradigm could avoid the ethical tension by both sides.³

From principleism to care ethics

Principleism, which consists of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, can sometimes inflict inter-principles discrepancy or tension. This problem might be caused by the rigid and ambitious autonomy, so that those situations can undermine other principles. For example, paternalism is the undermining of autonomy by beneficence. At this point, care ethics could be the better option to be the proper ground of the paradigm of 'Listen to the Patient', because in care ethics the autonomy is shared between the care-giver and the care-receiver. The vulnerable care-receiver would restore his or her dignity by the care of responsible and competent care-giver, which is

based on mutual relationship with care, love, attentiveness, willing for giving of care-giving and willing for accepting of care-receiver.⁴

Informed dissent, why?

Informed dissent is defined as a denial, refusal, or disagreement for diagnostic or therapeutic medical procedures, after receiving adequate information. This circumstance is based on the patient autonomy and free will, as the result of balancing the doctor's information or advice and patient-best-preference. Some dilemmas could be enhancing this situation, such as considerations of cost, fright, anxiety, and inconvenience. Incompetence and unclear information delivered by the caregiver could inflict informed dissent. In-depth interview and discussion with mutual understanding and respecting each other could reduce the conflict and safeguard the expected ethical relationship between patient and doctor.⁵

Patient-safety as the ethical and medical focus

Patient-safety is defined as the absence of preventable harm to a patient during the process of health care and reduction of risk which could happen during hospitalization. Sometimes the cure can be worse than the disease. By overdoing to achieve patient-safety, caregivers might perform the so-called defensive medicine or even heroic medicine, which is inevitable. Therefore, the appropriate ethical ground and medical focus should be performed to avoid those circumstances, including other hospital harms, such as nosocomial infection, resistance, sepsis, surgical errors, and iatrogenic harms (clinical, social, cultural). 'Listen to the Patient' could reduce these circumstances.⁶

Ethical ground for enhancing patient quality of life

Quality-of-life is defined as the standard of health, comfort, and happiness, experienced by an individual or group. Proper ethical ground would support the quality of life because the ethical principles of beneficence and non-maleficence are the foundation of human well-being as the indicator of quality-of-life. The quality of life could influence the quality of human offspring. 'Listen to the patient' paradigm is enhancing the good quality of life on the proper ethical ground.⁷

Patient-best-preference as the prominent factor.

Patient-best-preference is defined as the demand and need of the patient, for receiving the best treatment at the highest level based on the patient's knowledge and autonomy. This is also the reason for the patient to look for a second opinion to enrich the knowledge about all the information on the diagnosis and treatment, so that the best decision-making can be done by the patient. Unfortunately, some doctors are not pleased about the effort of the patient to do so. It is unethical if the caregiver prohibits the care-receivers to look for a second opinion. In case of incapacitated or non-autonomous patient, patient-best-preference will be decided by the surrogates or the assent of the patient. Ethical behavior of the doctor would create enhancement of patient-best-preference as the prominent factor of the paradigm of 'Listen to the Patient'.⁸

Table 1. Distinction between the paradigm of 'Listen to the Patient' and 'Listen to the Doctor'.

Listen to the Patient	Listen to the Doctor
Always respecting autonomy of patient	Sometimes practicing paternalism
Patient-best-preference platform	Doctor's knowledge
Ethical behavior	Clinician opinion
Decision sharing	Rigid protocol
Pleasant ending	Conflict ending

CONCLUSION

The 'Listen to the Patient' paradigm is better rather than 'Listen to the Doctor', because it respects the autonomy of the patient and it is based on patient-best-preference platform, ethical behavior, decision sharing, and pleasant ending. Some important points should be kept in mind by the health care provider and care-giver to perform a 'State-of-the-Art' quality of health care delivery, such as respect for autonomy, paternalism, privacy and confidentiality, informed-consent, informed-dissent, care ethics, responsibility, patient-safety, quality of life, and patient-best-preference. Higher expectation of health care delivery quality should motivate the health care provider to overcome the challenges and issues by performing researches in health and medicine.

CONFLICT OF INTEREST

There is no conflict of interest in the contents and writing of this article.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to express my gratitude to all my bioethics colleagues, master students, PhD students, worldwide, for enriching this article by fruitful in-depth discussions. Hopefully, this article will be the guidance for performing ethically in health care delivery.

REFERENCES

1. Pitkin RM. Listen to the patient. *BMJ*. 1998;316(April):1252.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th edition. Oxford University Press; 2001.
3. UNESCO. Bioethics core curriculum. 2008.
4. Tronto JC. An ethic of care. In: Mitzen PB, editor. *Ethics in community-based elder care*. Springer Publishing Company, LLC; 2001.
5. Conti AA. From informed consent to informed dissent in health care: historical evolution in the twentieth century. *Acta Biomedica*. 2017;88(2):201-3.
6. Vincent C. Patient safety. 2nd edition. BMJ Books; 2010.
7. DeGrazia D. Creation ethics: reproduction, genetics, and quality of life. *Journal of Medical Ethics*. 2013;41(5):415-6.
8. Dresser R. Law, ethics, and the patient preference predictor. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2014;39(2).

Kajian Etik Pendidikan Jarak Jauh dalam Pendidikan Kedokteran di Indonesia

Anna Rozaliyani^{1,2}, Hansel Tenggara Widjaja, Pukovisa Prawiroharjo^{1,3}, Wawang Sukarya^{1,4}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

³Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

⁴Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung, Bandung

Kata Kunci

Etika, pendidikan jarak jauh (PJJ), pendidikan kedokteran, pandemi COVID-19

Korespondensi

anna.rozaliyani@ui.ac.id

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.49

Tanggal masuk: 27 Juni 2020

Tanggal ditelaah: 27 Agustus 2020

Tanggal diterima: 2 September 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Sejak awal tahun 2020, dunia telah dikejutkan dengan pandemi COVID-19. COVID-19 telah menyebabkan perubahan yang fundamental terhadap segala segi kehidupan, termasuk dalam pendidikan kedokteran. Apabila kita menilik sejarah pendidikan kedokteran di Indonesia, peristiwa wabah juga menjadi tonggak dimulainya pendidikan kedokteran di Indonesia. Di dunia, pandemi flu Spanyol juga telah mengubah pendidikan kedokteran di kala itu. Dengan kemajuan teknologi, pendidikan kedokteran di masa pandemi ini dilaksanakan dalam bentuk pendidikan jarak jauh (PJJ). Meskipun demikian, tidak dipungkiri dampaknya terhadap pemenuhan kompetensi yang semakin sulit. Memperpanjang durasi pendidikan kedokteran tampaknya menjadi solusi yang ideal, namun juga menambahkan beban staf pendidik dan peserta didik. Dalam menentukan pilihan yang akan diambil oleh pembuat kebijakan pendidikan kedokteran perlu dipertimbangkan risk-versus-benefit serta konsekuensinya masing-masing.

Abstract Since March 2020, the world has been battling COVID-19 pandemic. This pandemic has fundamentally changed every aspect of our lives. One of the aspects also affected by the pandemic is medical education. In the history of medical education in Indonesia, medical education of native doctors was also initiated by an outbreak. During the spanish flu pandemic more than one hundred years ago, there was a radical revolution in medical education system to help combat the pandemic. With advances in technology, the method of medical education has shifted to utilizing online platforms. However, we have to acknowledge that not all competencies can be achieved by such method. On the other hand, by extending the period of medical study to fulfill all competencies, it will increase the burden of the lecturers and students. In conclusion, all stake holders must contemplate on the risk and benefit of every decision they made, with the consequences it brings.

Awal tahun 2020 ini dunia dikejutkan dengan munculnya wabah penyakit yang disebabkan infeksi virus SARS-CoV-2. Wabah bermula dari Tiongkok pada akhir Desember 2019, dan WHO telah menyatakan wabah tersebut sebagai pandemi sejak 11 Maret 2020.¹ Indonesia tak luput dari imbas pandemi tersebut, sehingga Presiden membentuk Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 pada 13 Maret 2020. Kondisi pandemi sekaligus membawa perubahan pola hidup yang mendasar, antara lain diberlakukannya pembatasan sosial dan fisik guna mencegah penyebaran COVID-19.² Salah satu bidang yang terimbas kebijakan tersebut adalah dunia pendidikan kedokteran. Pada bagian selanjutnya akan dibahas mengenai kajian etik kebijakan Pendidikan Jarak Jauh (PJJ) dalam

konteks pandemi COVID-19.

Pendidikan Kedokteran di Indonesia

Momentum pendidikan kedokteran di Indonesia lahir pada 2 Januari 1849, yang diprakarsai oleh Keputusan Gubernur Batavia, pemerintah Hindia Belanda No. 22. Pendidikan itu dilangsungkan di Rumah Sakit Militer (sekarang RSPAD). Kala itu, pendidikan kedokteran dibuat guna memenuhi kebutuhan masyarakat karena timbulnya wabah cacar. Pada tanggal 5 Juni 1853, kursus juru kesehatan ini kemudian ditingkatkan oleh Surat Keputusan Gubernur Batavia, pemerintah Hindia Belanda No. 10 dan diakui sebagai proses pendidikan kedokteran yang disebut Sekolah Dokter Djawa, dengan masa pendidikan saat itu adalah tiga tahun. Lulusan sekolah ini berhak

bergelar “Dokter Djawa”, meskipun pada prakteknya saat itu lebih menyerupai mantri penyakit cacar. Walau diberi gelar dokter, lulusan sekolah itu hanya memiliki kewenangan seperti mantri, dan diperkerjakan sebagai mantri cacar. Setelah 20 tahun, sekolah pendidikan kedokteran yang sesungguhnya berdiri, hingga kemudian pada tahun 1898 nama “Sekolah Dokter Djawa” diubah menjadi “*School tot Opening van Inlandsche Artsen*” (sekolah dokter pribumi) atau disingkat STOVIA. Pada tahun 1913, kata “Inlandsche” (pribumi) kemudian diubah menjadi Indische (Hindia) sehingga menjadi terbuka untuk dimasuki siapa saja, termasuk penduduk keturunan Timur Asing dan Eropa.^{3,4} Saat ini, STOVIA telah menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.⁴

Seiring berkembangnya zaman, pendidikan kedokteran di Indonesia terus berkembang menjadi pendidikan yang lebih terstruktur, terdiri atas tahap preklinik dan tahap klinik. Pada tahun 1981 telah disusun kurikulum pendidikan kedokteran di Indonesia (KIPDI), dengan peresmian KIPDI I oleh Konsorsium Ilmu Kesehatan Indonesia pada tahun 1982. Saat ini kurikulum yang berjalan adalah KIPDI IV, yang berasaskan pada pendidikan berbasis kompetensi.^{4,5}

Pendidikan berbasis kompetensi mendorong integrasi antara ilmu kedokteran dasar dan ilmu kedokteran klinis. Selain itu, mahasiswa preklinik juga sudah diperkenalkan ilmu keterampilan klinis sejak masa pendidikan preklinik.⁵ Dengan kemajuan teknologi pula, pendidikan kedokteran telah bermetamorfosis dari sumber ilmu berbasis kertas menjadi berbasis elektronik. Kuliah yang biasa dilaksanakan secara tatap muka, kini mulai disampaikan dalam bentuk digital, sehingga dapat disimak setiap saat dan di mana pun mahasiswa berada.⁵

Selain perubahan tersebut, aspek pendidikan kedokteran yang tidak berubah adalah pengetahuan komprehensif, keterampilan, dan profesionalisme. Pengetahuan mencakup segala aspek kognitif yang diperoleh mahasiswa melalui kuliah interaktif, kegiatan pembelajaran mandiri, dan diskusi kelompok. Aspek keterampilan mencakup kemampuan

mahasiswa untuk melakukan prosedur klinis, ketangkasan menjalankan algoritma diagnosis dan tata laksana, serta keterampilan berkomunikasi. Aspek profesionalisme mencakup empati dan etika yang harus menjadi karakter kuat yang diterapkan sejak masa mahasiswa hingga kehidupannya kelak sebagai seorang dokter.⁵

Perubahan Pelaksanaan Pendidikan Kedokteran akibat Pandemi COVID-19

Terjadinya pandemi COVID-19 telah mengubah pelaksanaan pendidikan kedokteran secara fundamental. Kegiatan pendidikan yang bersifat tatap muka harus ditiadakan atau diganti dengan kegiatan serupa melalui media lain. Pelaksanaan kegiatan tatap muka di beberapa universitas telah diubah menjadi metode pendidikan jarak jauh (PJJ).⁶ Metode PJJ ini memanfaatkan teknologi berupa media pembelajaran daring yang dimiliki fakultas sebagai media komunikasi virtual untuk menunjang pendidikan. Hal itu menjadi tantangan dalam memenuhi seluruh indikator pencapaian aspek pendidikan kedokteran.

Dengan media pembelajaran daring yang telah digunakan rutin oleh fakultas, akses mahasiswa untuk memperoleh materi terkait teori ilmu kedokteran dasar dan klinis tampaknya tidak menjadi kendala. Meskipun demikian, aspek keterampilan masih sulit terpenuhi dengan model PJJ karena diperlukan supervisi langsung oleh staf pengajar untuk memastikan terpenuhinya keterampilan mahasiswa. Kegiatan praktikum yang memerlukan alat dan bahan yang tidak dimiliki mahasiswa di rumah juga menjadi kendala berikutnya. Dalam aspek profesionalisme, peran staf pengajar dan institusi pendidikan sangat penting sebagai *role model*, teladan yang baik bagi mahasiswa. Evaluasi aspek profesionalisme juga menjadi sulit karena pembatasan sosial dan fisik yang diterapkan selama pandemi.

Beberapa solusi yang telah diupayakan misalnya membuat video percobaan untuk menunjang kegiatan praktikum mahasiswa. Namun demikian, beberapa hal masih belum dapat digantikan dengan metode PJJ, yaitu interaksi langsung dengan pasien untuk

memperoleh data objektif sebagai bagian dari keterampilan klinis. Selain itu, beberapa prosedur keterampilan klinis juga memerlukan supervisi yang rinci dari staf pendidik, sehingga tidak dapat digantikan dengan metode PJJ. Adapun untuk mencapai kemampuan penalaran klinis, dengan metode PJJ yang tepat dapat membantu pencapaian penalaran klinis peserta didik. Meskipun demikian, terdapat penelitian yang mengungkapkan bahwa capaian akhir dan kepuasan peserta didik antara kelompok diskusi simulasi lebih rendah dibandingkan dengan diskusi kasus langsung.^{7,8}

Perubahan pelaksanaan pendidikan kedokteran dengan metode PJJ merupakan suatu tantangan baru. Beberapa aspek pendidikan kedokteran yang perlu dicapai, misalnya keterampilan klinis, pengalaman klinis dengan pasien, dan aspek profesionalisme, masih sulit digantikan dengan metode PJJ. Metode evaluasi berupa *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) dan ujian klinis berbasis pasien juga menjadi sulit dilaksanakan mengingat adanya pembatasan sosial. Hal itu menunjukkan bahwa selain munculnya kesulitan dalam mencapai standar kompetensi dokter Indonesia, metode evaluasi untuk menilai tercapainya kompetensi tersebut juga masih menjadi kendala serius.

Dilema etik yang dihadapi pembuat kebijakan pendidikan kedokteran

Metode PJJ belum terbukti efektif untuk mencapai tujuan pendidikan kedokteran karena berbagai keterbatasan. Kompetensi lulusan dokter berpotensi sulit dinilai secara objektif bila diukur menggunakan metode yang dilaksanakan sebelum masa pandemi. Kondisi ini juga berpotensi mengancam profesionalisme lulusan dokter yang menjalani pendidikan kedokteran pada masa pandemi. Hal itu tidak selaras dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Pasal 8.⁹

Pada Pasal 8 KODEKI: Profesionalisme, “Seorang dokter wajib, dalam setiap praktik medisnya, memberikan pelayanan secara berkompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia”. Dijelaskan dalam Cakupan Pasalnya, “Seorang dokter yang akan menjalankan

praktek wajib memiliki kompetensi dan kewenangan sesuai ketentuan yang berlaku sebagai prasyarat sekaligus kesinambungan profesionalisme”.⁹

Urutan kontinum profesionalisme dokter dalam pelayanan profesinya dimulai dari diperolehnya kompetensi sebagai hasil pendidikan dan pelatihan, kredensial, dan peningkatan mutu yang senantiasa berkembang sesuai dinamika kebutuhan masyarakat. Hal ini diikuti perolehan kewenangan yang diberikan negara sebagai bentuk pengaturan perizinan profesi untuk dilapis oleh ‘pakaian’ profesionalisme dalam pelaksanaan profesi. Profesionalisme hakikatnya adalah cerminan etika sebagai tekad profesi untuk melayani yang terbaik bagi pasien, menuju trias keluaran sistem etikolegal yakni: tujuan medik, keselamatan pasien, dan terjaganya martabat profesi.⁹

Pada konteks pandemi COVID-19, kebijakan pembatasan sosial dan fisik merupakan hal yang sangat penting dalam memutus rantai penularan. Hal itu mengingatkan sebagian orang yang telah terinfeksi virus SARS-CoV-2 dapat tidak bergejala. Dengan demikian, apabila pendidikan kedokteran tetap dilaksanakan secara *off-line* (tatap muka langsung), maka ada kemungkinan bahwa mahasiswa kedokteran yang menjalani praktik klinik dapat secara tidak disadari menularkan COVID-19 kepada pasien yang diperiksa, atau sebaliknya. Pada kondisi tersebut, mahasiswa kedokteran secara tak disadari berpotensi melakukan *harm* terhadap pasien, yang tentu melanggar kaidah dasar bioetika.¹⁰

Alternatif solusi yang dapat dilaksanakan

Pandemi COVID-19 merupakan masalah bersama sehingga seluruh pihak, termasuk dunia pendidikan kedokteran, harus mengutamakan kepentingan penyelesaian masalah pandemi ini. Kondisi tersebut menjadi prioritas utama dibandingkan ‘sekedarnya’ pemenuhan kompetensi dokter, terlebih lagi bahwa dengan kebutuhan pembatasan kontak fisik (*physical distancing*).²

Beberapa hal yang harus dipertimbangkan adalah:

1. Apakah institusi pendidikan kedokteran dapat menjamin kompetensi peserta didiknya, sementara harus diakui PJJ juga

mengalami keterbatasan?

2. Bagaimana tanggung jawab institusi pendidikan kedokteran mewariskan semangat jiwa kemanusiaan dari peserta didik jika mereka lama dibelenggu dengan aktivitas PJJ tanpa dapat memberi sumbangsih apapun, sementara di sisi lain terdapat kabar kesulitan hingga kabar duka cita atas meninggalnya dokter-dokter di lapangan yang melakukan pelayanan kesehatan di era pandemi terus berdatangan?

Terkait masalah kompetensi dokter, beberapa fakultas kedokteran di negara lain, misalnya Amerika Serikat dan Eropa, telah mengubah skema pendidikan agar mahasiswa kedokteran dapat diluluskan lebih cepat, sehingga dapat turut menangani pandemi COVID-19.¹¹⁻¹³ Hal serupa terjadi saat pandemi flu Spanyol satu abad silam.¹¹ Masalah profesionalisme terkait kompetensi dokter harus disesuaikan dengan kondisi pandemi, mengingat seluruh dokter harus dapat menangani pandemi yang semakin hari semakin bertambah kasusnya.

Dengan mempercepat kelulusan dokter, kompetensi utama yang diprioritaskan pada saat pendidikan mestinya lebih difokuskan pada penanganan kasus pandemi. Dibandingkan dengan tetap melaksanakan pendidikan kedokteran dengan metode PJJ yang juga tidak menjamin tercapainya kompetensi ideal, maka mempercepat kelulusan dokter mungkin dapat menjadi pilihan yang baik, terutama di saat tenaga dokter sangat diperlukan. Untuk tetap menjamin kompetensi lulusan dokter setelah mereka turut terjun dalam penanganan pandemi sebagai seorang dokter yang diberi wewenang atau setidaknya calon dokter yang dilakukan supervisi oleh dokter, dapat dokter tersebut dapat difasilitasi dengan kursus jangka pendek untuk memenuhi kompetensi dokter yang tidak didapatkan karena kondisi pandemi.

Pilihan lain yang dapat dipertimbangkan adalah memperpanjang masa studi untuk mencapai kompetensi yang tidak tercapai selama pandemi. Pilihan ini tampaknya ideal, namun berdampak pada bertambahnya beban pendidikan yang harus ditanggung staf pendidik (dosen) dan mahasiswa. Pilihan ideal ini mungkin juga akan tidak tercapai, apabila

pandemi tidak kunjung terkendali.

Terkait dengan pendidikan tahap pre-klinik, aspek kognitif dapat saja dilaksanakan dengan metode PJJ. Meskipun demikian, aspek psikomotor dan afektif sulit untuk dapat dilaksanakan dengan metode PJJ, karena diperlukannya kontak langsung antara pengajar dengan mahasiswa agar transfer kompetensi ini dapat terjadi. Oleh karena itu, tidak serta merta pendidikan kedokteran dapat dilaksanakan seluruhnya dengan metode PJJ.

Apapun pilihan yang akan ditentukan oleh penentu kebijakan, maka harus dilakukan analisis yang matang dan mendalam mengenai *risk* dan *benefit* dari setiap pilihan tersebut. Perlu diingat bahwa pelaksanaan protokol pencegahan dan pengendalian COVID-19 juga perlu dilaksanakan guna melindungi para dosen dan peserta didik. Keterbukaan dalam proses pengambilan kebijakan juga penting, mengingat kegiatan pendidikan kedokteran tidak terlepas dari kondisi di lapangan. Pembuat kebijakan juga harus cepat beradaptasi dengan situasi yang dapat berubah setiap saat, serta memberikan pertimbangan yang tegas dan jelas agar capaian pendidikan kedokteran tetap dapat diupayakan secara optimal.

KESIMPULAN

Pendidikan kedokteran tak terlepas dari dampak pandemi COVID-19. Ketentuan pembatasan sosial dan fisik guna memutus mata rantai penularan COVID-19 terpaksa mengubah pelaksanaan pendidikan kedokteran menjadi metode PJJ. Keterbatasan metode PJJ berkaitan dengan pemenuhan standar kompetensi dokter yang tidak ideal, terutama pada aspek keterampilan dan pengalaman klinis. Hal itu juga mengancam profesionalisme dokter yang akan lulus dalam masa pandemi. Oleh karena itu, dapat dilakukan beberapa alternatif solusi, seperti mempercepat kelulusan mahasiswa kedokteran guna menangani masalah bersama yang makin memburuk, maupun memperpanjang waktu pendidikan kedokteran guna memenuhi standar kompetensi dokter Indonesia. Apapun pilihan yang ditentukan kemudian, perlu dipertimbangkan *risk* dan *benefit*

serta konsekuensinya. Selain itu, perlu diingat bahwa kebijakan harus tetap memperhatikan kondisi yang terjadi di lapangan dan mengimplementasikan protokol pencegahan dan pengendalian COVID-19. Layaknya peristiwa revolusioner dalam pendidikan kedokteran yang pernah terjadi dalam sejarah, pembuat kebijakan pendidikan kedokteran juga harus senantiasa cepat beradaptasi dengan situasi dan memberikan pertimbangan yang tegas dan jelas guna memaksimalkan potensi pendidikan kedokteran pada kondisi ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin memberikan ucapan terima kasih kepada iMuseum IMERI atas bantuannya memberikan referensi sejarah pendidikan kedokteran di Indonesia.

REFERENSI

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Reports [Internet]. 2020[cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public [Internet]. 2020[cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
3. Hesselink L. Healers on the colonial market; Native doctors and midwives in the Dutch East Indies null [Internet]. Brill PP - Leiden - Boston; 2011. Available from: <https://library.oapen.org/bitstream/id/081aba28-af8e-4a5a-b7b6-f3dd9669a3eb/400271.pdf>
4. Perkumpulan Sejarah Kedokteran Indonesia. Sejarah Dan Direktori Pendidikan Kedokteran Di Indonesia: 1849-2017. 1st ed. Jakarta: PERSEKIN; 2017. p.10-21.
5. Konsorsium Ilmu Kesehatan. Perkembangan pendidikan kedokteran di Indonesia: Sistem Pendidikan Kedokteran di Indonesia menuju 2045. 1st ed. Indonesia: Konsorsium Ilmu Kesehatan; 2013.
6. Keputusan Bersama Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Dalam Negeri. Panduan Penyelenggaraan Pembelajaran pada Tahun Ajaran dan Tahun Akademik Baru di Masa Pandemi Coronavirus Disease (COVID-19); Juni 2020.
7. Couto T, Farhat S, Geis G, Olsen O, Schwartzman C. High-fidelity simulation versus case-based discussion for teaching medical students in Brazil about pediatric emergencies. Clinics. 2015;70(6):393-399.
8. Bokken L, Rethans J, Scherpbier A, van der Vleuten C. Strengths and Weaknesses of Simulated and Real Patients in the Teaching of Skills to Medical Students: A Review. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. 2008;3(3):161-169.
9. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia. 2012.
10. Beauchamp and Childress. Principles of biomedical ethics. 4th Ed. Oxford:1994.
11. Rose S. Medical Student Education in the Time of COVID-19. JAMA. 2020;323(21):2131-2132. doi:10.1001/jama.2020.5227 available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764138>.
12. Miller DG, Pierson L, Doernberg S. The Role of Medical Students During the COVID-19 Pandemic. Ann Intern Med. 2020;173(2):145-146. doi:10.7326/M20-1281.

13. Prescott JE. Important Guidance for Medical Students on Clinical Rotations During the Coronavirus (COVID-19) Outbreak | AAMC [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/important-guidance-medical-students-clinical-rotations-during-coronavirus-covid-19-outbreak>

Tinjauan Etik Upaya Promotif Kesehatan untuk Menunda ke Dokter Kecuali Kasus Berpotensi Gawat Darurat atau Pelayanan yang Tidak Dapat Ditunda

Broto Wasisto¹, Nurfanida Librianty^{1,2}, Fadlika Harinda

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

Kata Kunci

Kunjungan, pandemi, promosi kesehatan, rumah sakit, tunda

Korespondensi

librianty@gmail.com

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.50

Tanggal masuk: 12 Juli 2020

Tanggal ditelaah: 28 Agustus 2020

Tanggal diterima: 3 September 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Dalam situasi pandemi, tidak dapat dipungkiri bahwa pelaksanaan berbagai hal tentunya tidak dapat terselenggara secara ideal sebagaimana di masa sebelum adanya pandemi. Hal ini juga berlaku dengan kondisi layanan kesehatan. Pandemi COVID-19 menyebabkan berbagai adaptasi dalam aspek pelayanan kesehatan. Hal tersebut perlu dilakukan demi menekan risiko penularan penyakit, memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan dan pekerja di layanan kesehatan lainnya, serta memberikan pelayanan kesehatan bagi orang sakit lainnya secara optimal. Sebagai upaya pelayanan kesehatan holistik, dokter berperan dalam upaya promotif dengan melakukan edukasi kepada masyarakat yang dalam konteks ini adalah edukasi mengenai penundaan kunjungan ke fasilitas layanan kesehatan kecuali pada kondisi-kondisi di mana terdapat potensi gawat darurat dan pelayanan yang tidak dapat ditunda seperti imunisasi anak. Untuk menjaga agar kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat tetap terpenuhi, masyarakat diimbau untuk memanfaatkan layanan konsultasi kesehatan secara daring atau telekonsultasi dengan dokter sehingga masyarakat tetap bisa memperoleh nasihat dokter secara efektif dan efisien tanpa harus berhadapan dengan risiko penularan penyakit dengan kunjungan ke rumah sakit. Namun, pada kondisi dengan potensi gawat darurat, masyarakat tetap diimbau untuk segera melakukan kunjungan agar kondisi tersebut dapat segera ditangani oleh dokter yang berwenang.

Abstract It cannot be denied that the implementation of various things in pandemic period cannot be carried out in an ideal manner as in the pre-pandemic period. This also applies to health services. The COVID-19 pandemic has caused various adaptations in aspects of health services. These need to be done to reduce the risk of disease transmission, provide protection for health workers, and provide optimal health services for other sick people. As a holistic approach in health service doctors play a role in health promotion by providing education to the public, which in this context is education about postponing visits to health care facilities, except in conditions where there is potential for emergency situations and services that cannot be postponed such as child immunization. Keeping the needs of public health services fulfilled, the public is encouraged to take advantage of online health consultation services or teleconsultation with doctors so that people can still get doctor's advice effectively and efficiently without having to deal with the risk of disease transmission by a hospital visit. However, in a condition with a potential emergency, the public is advised to immediately make a visit so that the condition can be immediately treated by the authorized doctor.

Wabah penyakit menular didefinisikan dalam peraturan menteri kesehatan nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 sebagai "kejadian berjangkitnya penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melampaui keadaan lazim pada waktu dan daerah tertentu serta menimbulkan kerugian".¹ Upaya penanggulangan wabah memiliki dua tujuan pokok, yaitu (1) menekan

angka kematian akibat wabah melalui pengobatan dan mencegah penularan serta (2) membatasi penyebaran penyakit agar penderita tidak bertambah dan wabah tidak meluas lebih lanjut lagi.² Berbagai upaya pencegahan penyakit perlu dilakukan untuk memberikan perlindungan kepada orang sehat terutama yang berisiko tinggi tertular penyakit. Penyuluhan kepada masyarakat melalui kegiatan komunikasi

persuasif dan edukatif sangat berperan dalam memberikan pemahaman mengenai upaya pencegahan penularan yang dapat dilakukan untuk melindungi diri sendiri atau menularkan kepada orang lain.²

Setiap individu memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya. Dokter dan tenaga kesehatan lain pun juga memiliki kewajiban untuk menjalankan layanan kesehatan sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional yang telah disepakati oleh kolegium profesi secara adil tanpa memandang status sosial.³ Pada masa pandemi COVID-19, demi menekan risiko paparan dengan pasien COVID-19, haruslah dilakukan upaya promotif seperti anjuran menunda kunjungan ke dokter kecuali pada kondisi dengan potensi gawat darurat.

Indonesia merupakan negara dengan penduduk sebesar 268.074.565 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk per 2019 sebesar 3.06 juta jiwa per tahun.⁴ Meskipun, laju pertumbuhan penduduk tersebut sejak tahun 2015 trennya menurun, Indonesia masih menempati peringkat ke-4 negara dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia, di bawah China, India, dan Amerika Serikat.⁵ Sayangnya, hingga saat ini jumlah fasilitas layanan kesehatan di Indonesia masih jauh dari kata ideal. Berdasarkan data yang termuat dalam profil kesehatan Indonesia tahun 2019 rerata ketersediaan tempat tidur rumah sakit per 1.000 penduduk adalah 1,18.⁴ Dalam kondisi normal, jumlah rerata tersebut sudah memenuhi standar menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) yaitu minimal 1 berbanding 1.000 penduduk. Akan tetapi, pada kondisi pandemi, jumlah tersebut perlu ditingkatkan mengingat potensi terjadinya ledakan jumlah orang sakit di waktu yang bersamaan (*surge capacity*).⁶

Bila dilihat lebih rinci, rasio tempat tidur rumah sakit per 1000 penduduk di beberapa wilayah memang sudah memenuhi standar. Namun, pada beberapa wilayah seperti Riau, Kalimantan Tengah, Sulawesi Barat, Lampung, Jawa Barat, Banten, Nusa Tenggara Timur, dan Nusa Tenggara Barat, standar tersebut belum tercapai.⁴ Dengan kondisi demikian tentu akan timbul hendaya dalam memenuhi kebutuhan

pelayanan kesehatan yang ada, terlebih pada kondisi pandemi. Dapat dibayangkan seberapa terbatasnya fasilitas di kota-kota kecil di wilayah-wilayah tersebut dengan jumlah penduduk yang juga tidak sedikit. Pada tanggal 21 hingga 29 Agustus 2020 laju pertumbuhan kasus COVID-19 di Indonesia masih mencapai 2000 – 3000 kasus terkonfirmasi positif per harinya dengan *case fatality rate* mencapai 4.35%.⁷ Dengan tren yang masih cenderung naik, bisa diperkirakan COVID-19 kemungkinan masih akan berlangsung hingga penghujung tahun 2020. Oleh karena itu, perlu diberlakukan triase dan prioritas perawatan mengingat daya tampung fasilitas yang terbatas.

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pasal 26, dalam menerima pelayanan dari rumah sakit, pasien memiliki kewajiban untuk mematuhi peraturan rumah sakit dan menghormati hak pasien lain, pengunjung maupun hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit.⁸ Dalam hal ini, bila kita kembalikan kepada hak pasien yang tercantum dalam Undang-undang Nomor 20 Tahun 2004, tercantum bahwa pasien berhak mendapat layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya, maka setiap pasien wajib untuk menghormati hak pasien lain yang memiliki hendaya atau kendala lebih mendesak untuk mendapatkan layanan kesehatan dalam konteks keterbatasan fasilitas kesehatan.³

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) telah mengeluarkan imbauan bagi masyarakat agar menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan kecuali terdapat kondisi gawat atau kondisi yang memerlukan pemeriksaan dan tindakan medis segera. Bukan tidak mendasar, imbauan tersebut dikeluarkan mengingat kondisi keterbatasan fasilitas kesehatan yang sedemikian rupa dan demi menekan risiko penularan virus SARS-CoV-2. Masyarakat juga diimbau untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang berbasis telekonsultasi atau konsultasi melalui daring, dan layanan *homevisit care* untuk berkonsultasi dengan dokter secara intensif. Demi mendukung upaya mematuhi protokol kesehatan yang digalakkan pemerintah, IDI juga

mengimbuu pengurangan kunjungan pasien ke rumah sakit dan diberlakukannya pembatasan jumlah pasien dalam layanan rawat jalan per harinya.⁹

Secara umum, gawat didefinisikan sebagai kondisi kritis dan/atau mengkhawatirkan karena dapat mengancam nyawa. Adapun darurat didefinisikan sebagai keadaan sukar (sulit) yang terjadi tanpa bisa diduga dan memerlukan penanggulangan segera.¹⁰ Merujuk kepada definisi tersebut, kondisi yang berpotensi gawat darurat tentunya bersifat sangat umum dan akan berbeda antar satu individu dengan individu lain mengingat kondisi medis yang dimiliki serta keadaan penyulit yang menyertai. Oleh karena itu, meskipun kunjungan langsung ke fasilitas layanan kesehatan diimbau untuk ditunda sementara waktu, konsultasi secara daring tetap perlu dan boleh dilakukan agar segala risiko dapat terdeteksi lebih awal oleh dokter yang berwenang.

Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 tentang kewenangan klinis dan praktik kedokteran melalui Telemedicine pada masa Pandemi Covid-19 di Indonesia dikatakan bahwa praktik kedokteran berbasis aplikasi sistem elektronik merupakan bagian dari telekonsultasi yang boleh diberikan oleh dokter dengan tetap memperhatikan prinsip komunikasi efektif dan menerapkan prinsip kerahasiaan medis pasien. Layanan telekonsultasi tersebut dapat diselenggarakan dalam moda daring tulisan, suara, maupun video.¹¹

Kelebihan-kelebihan telekonsultasi, antara lain:

1. Akses dengan dokter lebih mudah dengan mengunjungi laman situs daring atau mengunduh program aplikasi di telepon genggam
2. Dapat segera mengetahui pertolongan pertama ketika sakit
3. Rujukan *online* untuk kasus emergensi
4. Membuat janji temu lebih mudah

Beberapa hal yang perlu disiapkan pada saat akan melakukan telekonsultasi antara lain menyiapkan catatan riwayat penyakit dan daftar obat yang sedang dikonsumsi. Persiapan ini dilakukan agar telekonsultasi dapat berlangsung

secara efisien.

Selain kondisi berpotensi gawat darurat, imbauan penundaan kunjungan ke layanan kesehatan tidak berlaku pada kondisi adanya kebutuhan pelayanan yang tidak dapat ditunda seperti pelaksanaan program imunisasi. Sesuai dengan imbauan Pengurus Besar Ikatan Dokter Anak Indonesia (PB-IDAI), anak-anak harus tetap mendapatkan imunisasi lengkap sesuai jadwal yang direkomendasikan. Oleh karena itu, PB-IDAI mengimbau untuk mengalihkan pelaksanaan imunisasi anak ke klinik imunisasi atau puskesmas terdekat untuk menghindari kunjungan ke rumah sakit. *Indonesia Technical Advisory Group on Immunization* (ITAGI) atau Komite Ahli Penasehat Imunisasi Nasional, menyarankan untuk memberikan imunisasi ganda (*multiple injection*) dengan syarat tertentu untuk mengurangi kunjungan ke tempat pelayanan imunisasi dan mempercepat anak untuk mendapatkan kelengkapan imunisasi pada masa pandemi, tentunya dengan mengikuti prosedur protokol kesehatan.¹²

Tinjauan Etik

Standar pelayanan yang baik mewajibkan seorang dokter dalam pengambilan keputusan profesional bersikap independen. Segala nasihat dokter juga hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien tersebut. Hal ini tercantum dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Tahun 2012 pasal 2 dan 5.¹³ Dalam konteks ini, dokter perlu memberikan nasihat untuk menunda kunjungan ke rumah sakit demi kebaikan pasien. Risiko paparan SARS-CoV-2 yang tinggi di rumah sakit menjadi alasan pertama mengapa dokter perlu mengambil keputusan tersebut. Yang kedua, pasien-pasien dengan kondisi medis tertentu yang juga disertai keadaan-keadaan penyulit medis memiliki kerentanan yang lebih besar dibandingkan orang dengan kondisi tanpa penyulit medis. Untuk pasien dengan penyakit kronis terkendali, misalnya pasien diabetes dan hipertensi yang terkontrol, dapat diberikan obat untuk dua bulan sehingga yang biasanya kontrol setiap bulan dapat dijadwalkan menjadi setiap dua bulan.

Sejatinya, dalam KODEKI tahun 2012 pasal 10 juga menyatakan bahwa seorang dokter wajib menghormati hak dan menjaga kepercayaan pasien.¹³ Untuk itu, upaya promotif menunda kunjungan ke dokter dan mengalihkan konsultasi ke dalam bentuk daring pada kondisi-kondisi yang tidak berpotensi gawat darurat menjadi perlu dilakukan. Dengan demikian, hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhannya juga tetap dapat terlaksana.³ Dalam konteks pelayanan kesehatan yang holistik, seorang dokter dalam melakukan pekerjaannya wajib untuk memperhatikan aspek pelayanan kesehatan secara menyeluruh mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dokter juga perlu menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat. Oleh karena itu, suatu upaya promotif juga merupakan salah satu kewenangan seorang dokter dan dalam pelaksanaannya juga perlu bekerja sama dengan aparatur lintas sektoral. Tidak hanya itu, kerja sama dari masyarakat juga berperan penting terhadap keberhasilan upaya promotif yang dilakukan.¹³

Penundaan kunjungan ke rumah sakit ini dibatasi oleh beberapa kondisi. Pada kondisi medis yang berpotensi gawat darurat, dokter wajib untuk melakukan pertolongan.¹³ Pada kondisi-kondisi tersebut masyarakat perlu diedukasi untuk segera melakukan kunjungan ke rumah sakit. Masyarakat perlu memahami bahwa menunda kunjungan ke rumah sakit pada kondisi tersebut dapat menyebabkan ancaman bagi nyawa pasien yang bersangkutan. Pada kondisi-kondisi tersebut pula, menekan risiko transmisi SARS-CoV-2 tidak menjadi fokus utama mengingat penyelamatan nyawa atau *life saving* menjadi prioritas utama dalam pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Saat ini perlu dilakukan upaya promotif melalui edukasi kepada masyarakat mengenai penundaan kunjungan ke rumah sakit kecuali pada kondisi dengan potensi gawat darurat. Hal ini diperlukan untuk menekan risiko transmisi virus SARS-CoV-2 dan mendukung upaya mematuhi protokol kesehatan di fasilitas

layanan kesehatan.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1501 tahun 2010.
2. Undang-undang nomor 4 tahun 1984.
3. Undang-undang nomor 29 tahun 2004.
4. Kementerian kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia tahun 2019. 2010.
5. United nations. World population prospects, the 2019 revision. 2019.
6. World health organization. Hospital preparedness for epidemics. 2014.
7. Gugus tugas percepatan penanganan COVID-19. Satuan tugas penanganan COVID-19. 21 August 2020.
8. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 4 Tahun 2018
9. Farisa FC. Imbauan IDI untuk masyarakat, dokter, dan rumah sakit hadapi wabah covid-19[internet]. Mar 2020[diakses pada Agustus 2020]. Dapat diunduh di: <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/18/21501901/imbauan-idi-untuk-masyarakat-dokter-dan-rumah-sakit-hadapi-wabah-covid-19?page=all>.
10. Kamus besar bahasa Indonesia daring. 2020.
11. Peraturan konsil kedokteran indonesia nomor 74 tahun 2020 tentang kewenangan klinis dan praktik kedokteran melalui telemedicine pada masa pandemi corona virus disease (covid-19) di indonesia.
12. Kementerian Kesehatan. Juknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi covid-19. 2020.
13. Majelis kehormatan etik kedokteran. Kode etik kedokteran Indonesia. 2012.

Sikap Dokter terhadap Konsultasi Seks Pasien Usia Remaja

Hadjat S Digdowirogo^{1,2}, Mohammad Baharuddin^{1,3}, Darmawan Budi Setyanto^{1,4}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Dewan Etik Ikatan Dokter Anak Indonesia

³Rumah Sakit Budi Kemuliaan

⁴Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Kata Kunci

Remaja, kesehatan reproduksi, edukasi seks, konsultasi kesehatan reproduksi, hubungan dokter-pasien

Korespondensi

hadjatsdw1505@gmail.com

Publikasi

© 2020 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v4i2.51

Tanggal masuk: 15 Juli 2020

Tanggal ditelaah: 28 Agustus 2020

Tanggal diterima: 4 September 2020

Tanggal publikasi: 4 September 2020

Abstrak Masa remaja adalah masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa. Remaja perlu dijaga kesehatan reproduksinya agar bebas dari gangguan yang dapat memengaruhi kualitas generasi yang dihasilkan. Oleh karena itu, diperlukan edukasi seks yang meliputi aspek pencegahan dan aspek penanganan gangguan yang ada. Dokter yang menerima konsultasi seks remaja harus mampu membangun komunikasi dokter-pasien dan bertindak secara profesional. Upaya aktif untuk menjaga marwah dokter harus dilakukan dengan berbagai cara sesuai keadaan.

Abstract Adolescence is a period of transition from childhood into adulthood. Their reproductive health must be guarded from any kind of interference that might affect the quality of the next generation. Therefore, sex education is required, which include aspects of prevention and treatment. Medical doctors who perform consultation regarding adolescent sexual health shall maintain professional communication between doctor and patient. Active efforts shall be done in a various way according to the situation.

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 – 19 tahun. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 – 18 tahun. Pada tanggal 19 Oktober 2017, WHO mengeluarkan panduan baru untuk anak dan remaja yang mengalami pelecehan seksual. Pada tahun 2011, diperkirakan 18% anak wanita dan 8% anak laki di seluruh dunia mengalami pelecehan seksual. Pelecehan seksual ini merupakan problem kesehatan masyarakat yang besar dan pelanggaran hak asasi manusia (HAM). Petugas pelayanan kesehatan sangat berperan untuk mengidentifikasi pelecehan seksual dan melakukan tatalaksana yang tepat agar sesuai bidangnya, dan agar korban pelecehan seksual mendapat perhatian khusus. WHO untuk pertama kalinya mempublikasikan pedoman petugas kesehatan garda depan untuk

memberikan pelayanan yang berkualitas dan terukur bagi anak-anak maupun remaja yang sudah atau mungkin mengalami pelecehan seksual atau bahkan perkosaan.

Berdasarkan laporan sejawat dokter spesialis obstetri ginekologi diketahui bahwa mereka tidak jarang menerima permintaan konsultasi seks dari pasien usia remaja dan/atau yang belum berkeluarga. Pasien meminta penjelasan berbagai masalah seks yang dialaminya, misalnya terkait dengan obat pencegah kehamilan, kehamilan yang sedang dikandung, permintaan pengguguran kandungan, penyakit HIV, dan sebagainya. Pasien remaja sering datang sendiri tanpa disertai orang tua. Berbeda dengan remaja yang datang ke klinik dokter spesialis anak, yang hampir semuanya diantar oleh orang tua untuk konsultasi sakit yang biasa menyerang anak-anak.

Pada saat ini kasus pelanggaran seks pada anak meningkat.¹ Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) melaporkan selama 7 tahun dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2018 menerima pengaduan pelanggaran hak anak sebanyak 33.914 kasus, 679 (13,9%) di antaranya kasus pornografi dan *cyber crime*. Terdapat peningkatan jumlah kasus per tahunnya, dari 194 kasus pada tahun 2011 meningkat menjadi 679 kasus pada tahun 2018. Cukup sering kasus *sexual abuse* (pelaku merupakan pengampu korban) maupun *sexual assault* (pelaku bukan pengampu korban) dengan korban anak, utamanya anak remaja, datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Salah satu contoh kasus, anak perempuan berusia 15 tahun datang ke IGD dengan keluhan utama permintaan *visum et repertum* karena mengalami kekerasan seksual.² Pada pemeriksaan ditemukan kehamilan usia 20 - 21 minggu, dengan janin tunggal hidup. Selanjutnya pasien dikelola sebagai seorang ibu hamil. Remaja tersebut berhenti bersekolah karena khawatir mendapat stigma negatif dan berencana untuk kembali bersekolah di sekolah yang berbeda setelah melahirkan.

Dalam menghadapi kasus kekerasan seksual, dokter harus bersikap membantu korban dalam mengatasi perasaan tidak berdaya sebagai akibat kekerasan seksual yang dialaminya.¹ Pemeriksaan fisis yang dilakukan oleh dokter hendaknya tidak menambah trauma pasien sebagai lanjutan dari kekerasan seksual yang dialaminya. Terlebih lagi apabila pemeriksaan tersebut disaksikan oleh keluarga. Oleh karena itu, sebaiknya pemeriksaan dilakukan saat keadaan pasien sudah tenang dan dibantu oleh para medis.

Untuk penanganan kasus seperti ini pemerintah telah membentuk Pusat Krisis Terpadu (PKT) guna menangani kasus-kasus kekerasan dan penelantaran anak yang didukung oleh SCAN (*team for Suspected Child Abuse and Neglect*) yang beranggotakan dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan, dokter spesialis forensik dan medikolegal, dokter spesialis kesehatan jiwa, pekerja sosial, perawat, psikolog dan lembaga swadaya masyarakat.³ Pusat Krisis Terpadu tersebut memberikan bantuan kepada korban meliputi pelayanan

pengaduan, pelayanan rehabilitasi kesehatan, pelayanan rehabilitasi sosial, pelayanan bantuan hukum, pemulangan, dan reintegrasi sosial.

Panduan WHO 2017

Panduan *The new WHO Clinical Guidelines for responding to children and adolescents who have been sexually abused* disusun berdasarkan standar HAM dan prinsip etika. Pedoman tersebut meminta petugas kesehatan memberikan pelayanan terbaik untuk anak-anak dan remaja dengan cara:

- Memastikan keselamatan korban
- Memastikan kerahasiaan dan *privacy* korban
- Menawarkan pilihan pelayanan
- Menghormati hak otonom dan harapan korban
- Memperhatikan kebutuhan khusus dari anak laki dan anak perempuan dengan kondisi keadaan khusus, contoh remaja LGBTI dan anak dan remaja dengan cacat fisik
- Memperhatikan korban dengan latar belakang sosial ekonomi kurang
- Memastikan pelayanan terhadap korban tanpa diskriminasi

Pendidikan seks pada anak dan remaja

Ditinjau dari aspek perkembangan, usia remaja merupakan periode kritis masa anak menjadi dewasa.^{4,5} Pada periode ini terjadi perkembangan yang berjalan cepat yang meliputi perkembangan fisis, psikososial, kognitif, dan emosional, serta maturitas seks dan sistem reproduksi. Sementara secara biologis mempengaruhi kesehatan remaja dan perkembangannya, kontak sosial dengan keluarga, lingkungan sekolah, masyarakat di mana remaja tinggal, belajar, dan berkembang, juga mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraannya. Perubahan hormon, fisis, psikologis, maupun sosial berlangsung secara sekuensial. Perubahan fisis yang terjadi pada masa pubertas ini juga diikuti oleh maturasi emosi dan psikis.

Pada masyarakat umumnya, norma sosial, budaya, dan pandangan terhadap gender, serta orientasi seksual, dapat mengancam kesetaraan gender. Contoh nyata yang terjadi pada

masyarakat Indonesia adalah perempuan yang lebih banyak menikah pada usia anak remaja, *drop-out* sekolah, mengalami kekerasan seks, kehilangan kesempatan untuk berkembang karena kehamilan.

Perubahan-perubahan tersebut dapat menyebabkan hubungan antara orang tua dengan remaja menjadi sulit apabila orang tua tidak memahami proses yang terjadi. Diperlukan teknik komunikasi klinis khusus untuk melakukan anamnesis terhadap remaja, yaitu tidak berkomentar, tidak menyalahkan, tidak membandingkan dengan orang lain, dan tidak mengancam maupun menyindir.⁶ Pada diskusi, diperlukan tempat yang menjamin privasi untuk dilakukan konseling secara bertahap dengan memberikan contoh keadaan sehari-hari. Pada pemeriksaan fisis diperlukan ruangan khusus terutama untuk melakukan penilaian pubertas.

Melihat keadaan tersebut, edukasi sangat diperlukan sesuai dengan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 137 ayat 1: Pemerintah menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi dan layanan mengenai kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.⁷ Edukasi ini bertujuan agar alat reproduksi terbebas dari berbagai gangguan kesehatan yang dapat menghambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat (Pasal 136 ayat 2). Tidak cukup hanya terbatas aspek medis, pelayanan terhadap remaja harus dilaksanakan dengan mempertimbangkan moral, nilai agama dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 137 ayat 2).

Pendidikan seks adalah pendidikan mengenai seks manusia termasuk di dalamnya mengenali anatomi organ seks dan reproduksi manusia, proses reproduksi, bahaya dan jenis infeksi menular seksual (*sexuality transmitted diseases*), aktivitas seksual, identitas gender, pengendalian nafsu syahwat, dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Penekanan akan pentingnya menunda aktivitas seksual hingga menikah, perilaku seks bebas, dan bahaya yang mungkin terjadi sangat diperlukan. Pelayanan kesehatan reproduksi mencakup antara lain identifikasi, edukasi mengenai

kesehatan reproduksi, pelayanan terhadap korban kekerasan, sirkumsisi perempuan dan laki-laki, pelayanan HIV yang komprehensif dan informasi mengenai kehamilan serta tanggung jawab.^{6,8,9} Perlu ditanamkan nilai-nilai agama untuk membentengi diri dari kesalahan pemahaman dan perilaku seks bebas maupun menyimpang.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Megan Vescolani di Amerika, anak-anak yang lahir dari orang tua remaja berisiko tinggi terkena berbagai masalah kesehatan dari lahir dan masalah pendidikan di kedepannya.¹⁰ Di samping risiko melahirkan anak di usia muda itu sendiri, ibu remaja cenderung memiliki kinerja sekolah yang rendah dan berjuang secara finansial sementara ayah remaja berisiko tinggi untuk penyalahgunaan zat dan masalah hukum. Ketika mengembangkan program pendidikan seks untuk mencegah kehamilan remaja, penting untuk mempertimbangkan hak-hak orang tua dan remaja di samping nilai-nilai yang mendasari mereka.

Perlu diperhatikan bahwa di Amerika sendiri (negara berpaham liberal), muncul suatu urgensi bahwa program pendidikan seks perlu dipikirkan ulang. Penelitian-penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa program pendidikan seks yang sekarang diterapkan di Amerika memiliki potensi besar untuk membahayakan dan memanipulasi siswa, sehingga perlu ditinjau kembali baik dari sisi etik maupun kebijakan efektif.

Tempat pendidikan dan pengajaran dapat dilakukan di sekolah, masjid, gereja dan sarana keagamaan lainnya, dan juga dapat dilakukan di klinik atau rumah sakit. Pengajaran di klinik dapat dilakukan secara individu maupun dalam kelompok. Efektivitas pengajaran dapat ditingkatkan dengan memanfaatkan teknologi video interaktif dan *home assignment* yang dikerjakan murid dan orang tua telah dibuktikan memberikan manfaat

Dalam pendidikan menurut agama Islam, etika terhadap lawan jenis harus sangat diperhatikan.¹¹ Agama menjaga kehormatan manusia, melarang manusia untuk merusak kehormatan orang lain dan merusak kehormatan diri sendiri. Rusaknya kehormatan merusak

akhlak, dan kehidupan yang seharusnya mulia. Salah satu bentuk etika terhadap lawan jenis adalah menutupi aurat, karena terlihatnya aurat oleh orang lain akan membangkitkan rangsangan seksual. Selain menutup aurat, Islam sangat mengatur cara berinteraksi antara sesama manusia, misalnya adab berbicara dan berkomunikasi.

Kajian etik konsultasi seks remaja

Dalam melayani konsultasi seks remaja dokter memiliki risiko penyimpangan etika moral lebih besar dibandingkan dengan menghadapi kasus lain. Sumpah dokter menyatakan bahwa dalam menjalankan tugasnya harus dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan dokter.¹² Oleh karena itu, berbicara soal seks pada remaja perlu dipilih bahasa dan sikap tubuh yang sesuai untuk menghindari kesan dokter “mata keranjang” atau “dokter genit” (*non-maleficence*). Edukasi seks harus dilakukan sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan remaja. Untuk menjaga diri terhadap kemungkinan-kemungkinan yang tidak diinginkan, perlu adanya tenaga paramedis dan kalau dikehendaki disaksikan oleh orang tua pasien. Secara umum, hasil pemeriksaan ini perlu diketahui oleh orang tua remaja, terutama dalam hal-hal tertentu, seperti jika ternyata ditemukan kehamilan di luar nikah. Meskipun demikian, adanya kewajiban dokter untuk menyimpan rahasia pasien (KODEKI pasal 16) perlu diketahui untuk mencegah terjadinya hambatan dalam penanganan pasien. Dokter sebaiknya dapat merahasiakan informasi sesuai permintaan pasien apabila dapat mengancam keberhasilan penatalaksanaan pasien (*autonomy*).

Apabila dalam sesi pemeriksaan fisis, dokter mengalami permasalahan yang dapat mengganggu kehormatannya dalam melaksanakan tugasnya, dokter tersebut dapat menegaskan kembali kepada pasien mengenai peran pasien dalam hubungan dokter-pasien, atau apabila dalam keadaan yang sangat terpaksa, dokter dapat menghentikan konsultasi karena mengganggu kehormatan dokter dalam menjalankan hubungan dokter-pasien (*justice*). Contohnya, apabila dokter berjenis kelamin yang berbeda dengan pasien dan tidak ada orang

lain (misalnya, perawat atau orangtua pasien) yang dapat mendampingi saat pemeriksaan.

Sebelum dokter bertemu dengan pasien, ia hendaknya mempersiapkan mental dan moral agar tetap menjaga martabatnya sebagai seorang dokter (*beneficence*). Pasien diminta masuk ke ruang konsultasi oleh perawat yang mendampingi. Dokter juga dapat bekerja sama dengan perawat untuk minimalisasi potensi terjadinya masalah dalam hubungan dokter-pasien. Dalam menjaga martabat seorang dokter, perlu diperhatikan segala aspek komunikasi verbal maupun non verbal agar hubungan dokter-pasien tetap terjaga dengan baik. Selain itu, juga perlu diperhatikan agar tidak dilakukan sesi konsultasi di luar konteks pelayanan kesehatan.

Selain hal-hal yang telah disebutkan di atas, seluruh pemeriksaan dan penatalaksanaan yang dilakukan oleh dokter harus didasarkan pada sikap tulus dan ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan keterampilannya (KODEKI pasal 14). Dalam konteks konsultasi seks pada remaja, sering kali remaja tidak ingin masalah tersebut diketahui oleh orang tuanya. Akan tetapi, secara hukum orang tua yang memiliki hak terhadap autonomi anaknya. Dalam hal ini, dokter perlu mempertimbangkan untung rugi atas keputusan yang akan diambilnya, dengan tujuan utama untuk keberhasilan penatalaksanaan masalah tersebut. Apabila tindakan medis yang akan dilakukan memiliki risiko tinggi, maka wajib dikomunikasikan juga terhadap orang tua dan disetujui oleh mereka.

KESIMPULAN

Masa remaja merupakan masa peralihan antara anak dan dewasa. Terjadi perubahan-perubahan fisis, psikososial, kognitif, emosi, maturitas seks, dan alat reproduksi. Dalam masa peralihan ini, remaja perlu dipersiapkan kesehatannya terutama alat reproduksinya, agar bebas dari gangguan yang dapat mempengaruhi kualitas generasi yang dihasilkannya. Edukasi diberikan secara komprehensif yang meliputi aspek pencegahan dan aspek penanganan kalau dijumpai ada gangguan. Dari sudut pandangan

agama Islam, pendidikan seks merupakan salah satu upaya menjaga kehormatan dan akhlaq remaja. Dokter yang menerima konsultasi seks remaja harus menjaga hubungan komunikasi dokter-pasien tetap di jalur profesional. Dokter perlu aktif mencegah terjadinya penyimpangan komunikasi demi mempertahankan marwah dokter yang mulia.

11. Rusyidi A. Pendidikan seks dalam perspektif psikologi islam. Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
12. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) 2012.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. KPAI. Laporan Kinerja KPAI Tahun 2018.
2. Singgih AM, Madise BE. Kekerasan seksual dengan kehamilan pada remaja. Buletin IDAI. 2018;38: 36-9.
3. Peraturan menteri negara pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak nomor 05 tahun 2010 tentang panduan pembentukan dan pengembangan pusat krisis terpadu.
4. Batubara JRL. Adolescent development (perkembangan remaja). Sari Pediatri. 2010;12:21-9.
5. Adolescent Health. The missing population universal health coverage.
6. BKKBN. 1001 cara bicara orangtua dengan remaja.
7. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan
8. Breuner CC, Mattson G. Sexuality education for children and adolescents. Pediatrics 138; :2; 2016.e20161348.,
9. Singgih AH, Madise BE. Pendekatan diagnosis dan tata laksana kekerasan seksual dengan kehamilan pada remaja. Buletin IDAI. 2019;39:40-3.
10. Vescolani M. Ethical and effective sex education to prevent teenage pregnancy. Repository.library.georgetown.edu. 2009.



ilmiah

<http://www.ilmiah.id>

your journal portal