

Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

LOYALITAS GANDA

Kesehatan pasienku akan selalu
menjadi pertimbanganku
yang pertama

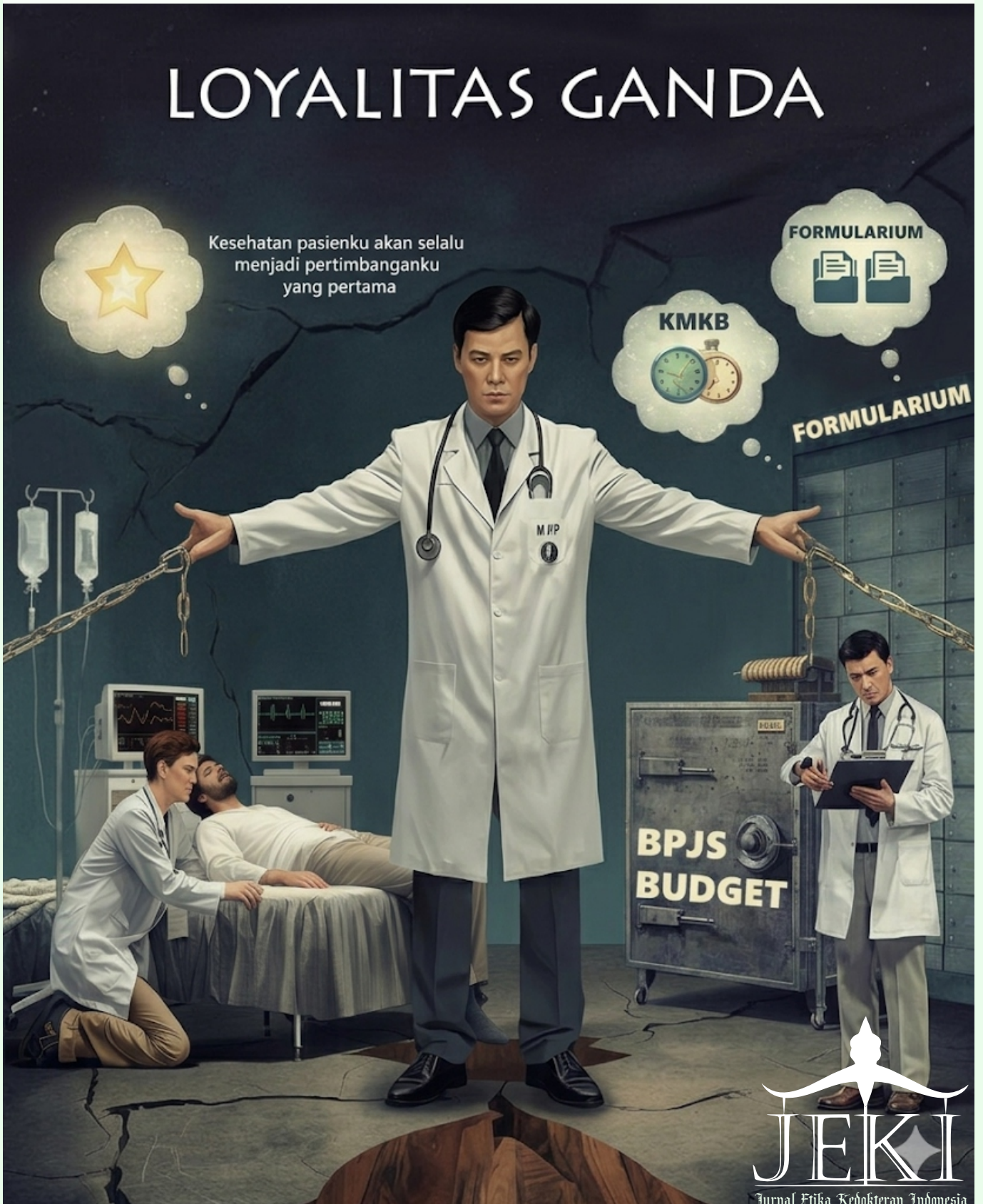
FORMULARIUM

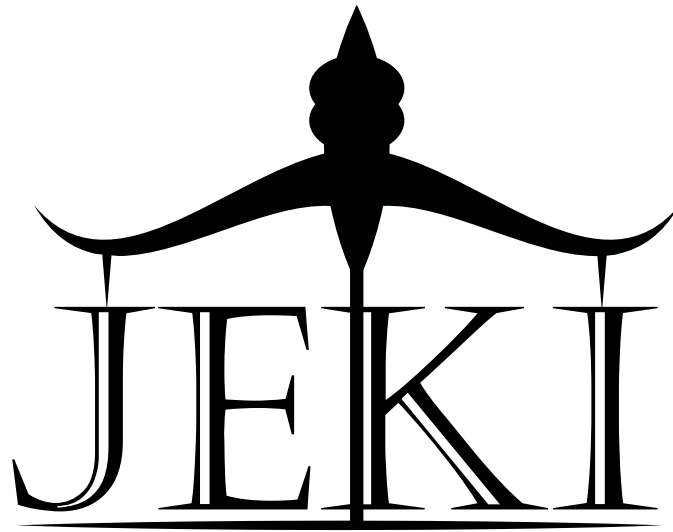
KMKB

FORMULARIUM

BPJS
BUDGET

JEKI
Jurnal Etika Kedokteran Indonesia





Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Kepala Editor

Frans Santosa

Editor

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Anna Rozaliyani

Manajer Jurnal

Pukovisa Prawiroharjo

Editor Kপি

Fadlika Harinda

Tata Letak

Hansel Tenggara Widjaja

Reviewer

Agus Purwadianto

Anindita Santosa

Anna Rozaliyani

Ari Fahrial Syam

Bachtiar Husein

Djoko Widyarto JS

Frans Santosa

Julitasari Sundoro

Prijo Sidipratomo

Pukovisa Prawiroharjo

Putri Dianita Ika Meilia

Rianto Setiabudy

Tenar Zulkarnaen

Wawang S. Sukarya

Sekretariat JEKI

Jl. Tebet Barat VIII No. 20
Jakarta Selatan - Kode Pos 12810
www.ilmiahindonesia.id

Vol. 10 No. 1

Maret 2026

Vol. 10 No. 2

April 2026



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Teman sejawat yang terhormat,

Assalamu'alaykum Wr. Wb.

Salam Sejahtera

Om Swastiatu

Namo Buddhaya

Salam kebajikan

Teman Sejawat tercinta di seluruh penjuru tanah air.

Marilah kita senantiasa memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat dan karunia-Nya Jurnal Etika Kedokteran Indonesia (JEKI) edisi ke-18 dan 19 dapat kembali hadir di tengah para sejawat sekalian.

Penerbitan JEKI edisi ini pada bulan Maret dan April 2026 bertepatan dengan beberapa momentum penting. Pada tanggal 19 Maret, umat Hindu merayakan Hari Raya Nyepi, hari suci yang sarat dengan makna refleksi dan penyucian diri. Selanjutnya pada tanggal 20-21 Maret 2026, umat Islam merayakan Hari Raya Idul Fitri, yang menjadi simbol kemenangan setelah menja=lani ibadah Ramadhan serta momentum untuk mempererat persaudaraan dan saling memaafkan. Umat Kristiani juga memperingati Jumat Agung pada tanggal 3 April dan Hari Paskah pada tanggal 5 April, yang sarat akan makna pengorbanan dan harapan. Dalam lingkup kesehatan global, dunia juga memperingati Hari Tuberkulosis Sedunia pada tanggal 24 Maret, yang mengingatkan kita semua akan pentingnya komitmen berkelanjutan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit tuberkulosis yang masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat di berbagai negara, termasuk Indonesia. Kita juga memperingati Hari Kesehatan Sedunia pada tanggal 7 April serta Hari Imunisasi Sedunia pada tanggal 24 April, yang menegaskan pentingnya upaya bersama dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

Rangkaian peringatan tersebut tidak hanya menjadi penanda waktu, tetapi juga menghadirkan ruang refleksi bagi kita sebagai bagian dari profesi kedokteran. Nilai pengorbanan, pembaruan, serta komitmen terhadap kesehatan publik menjadi pengingat bahwa praktik kedokteran tidak hanya berorientasi pada aspek klinis, tetapi juga pada tanggung jawab moral dan sosial yang lebih luas.

Pada edisi ke-18, tim redaksi menghadirkan berbagai tulisan yang mengangkat isu-isu penting dalam etika kedokteran, kebijakan kesehatan, serta perkembangan teknologi dalam praktik medis. Artikel "Prinsip *Justice* dalam Implementasi BPJS Kesehatan: Tinjauan Bioetika terhadap KRIS, *Dual Loyalty*, dan Diferensiasi Layanan" mengkaji penerapan prinsip keadilan dalam sistem jaminan kesehatan nasional, yang menjadi salah satu pilar penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata dan berkeadilan.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Tulisan “Perlindungan Hak Pasien: Tanggung Jawab Pidana dalam Kasus Kecelakaan Medis dan Malapraktik” membahas aspek perlindungan hukum bagi pasien sekaligus menjadi refleksi bagi profesi medis dalam menjaga profesionalisme dan kehati-hatian dalam praktik kedokteran.

JEKI edisi ini juga memuat artikel “Reposisi Peran Mahkamah Kehormatan Etik Kedokteran, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis dan Majelis Disiplin Profesi pasca Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Dari Model Pengaduan Tunggal Menuju Arsitektur Informasi Multisumber”, yang mengulas dinamika tata kelola etik dan disiplin profesi kedokteran di Indonesia pasca perubahan regulasi.

Selain itu, artikel “Dilema Etik: Antara *Veracity* dan *Respect for Autonomy*” mengajak kita untuk kembali merenungkan keseimbangan antara kejujuran dokter dalam menyampaikan informasi medis dengan penghormatan terhadap otonomi pasien dalam pengambilan keputusan.

Perkembangan teknologi kedokteran juga menjadi perhatian dalam tulisan “Tinjauan Etik dan Diagnosa Radiologi dengan Kecerdasan Buatan”, yang membahas peluang sekaligus tantangan etis dalam pemanfaatan kecerdasan buatan dalam bidang radiologi.

Pada edisi ke-19 tim redaksi menghadirkan berbagai tulisan yang mengangkat isu-isu aktual dalam etika kedokteran di tengah perkembangan sosial, teknologi, dan praktik profesional yang semakin dinamis. Artikel “Tantangan Seorang Dokter Menjadi Influencers: Sebuah Tinjauan Literatur” membahas fenomena dokter di ruang digital, serta tantangan etik yang muncul dalam menjaga profesionalisme dan kepercayaan publik.

Artikel “Adaptasi Ethical Toolkit dari KNMG-Belanda ke Indonesia (Indo-KETIK)” memberikan perspektif mengenai upaya pengembangan instrumen etik yang kontekstual dan aplikatif dalam praktik kedokteran di Indonesia, dengan mengadaptasi pendekatan internasional ke dalam nilai dan sistem lokal.

JEKI edisi ini juga memuat artikel “Tanggung Jawab Etik Dokter Spesialis Paru dalam Advokasi Kesehatan Lingkungan: Pembelajaran dari Deklarasi WMA tentang Polusi Udara”, yang menegaskan peran penting dokter dalam advokasi kesehatan lingkungan sebagai bagian dari tanggung jawab moral profesi dalam menghadapi tantangan kesehatan global.

Selanjutnya, artikel “Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia dalam Praktik Kedokteran di Rumah Sakit Universitas Andalas dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya” memberikan gambaran empiris mengenai implementasi Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dalam praktik sehari-hari, serta berbagai faktor yang memengaruhi penerapannya.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Sebagai penutup, artikel “Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah di Era Digital: Analisis Etika, Bioetika, dan Regulasi” mengulas keterkaitan antara praktik pemasaran layanan kesehatan, nilai-nilai etika, serta regulasi yang berlaku di tengah transformasi digital.

Melalui berbagai tulisan tersebut, kami berharap JEKI dapat terus menjadi wadah refleksi, diskusi ilmiah, dan pengembangan pemikiran etika kedokteran bagi para sejawat di seluruh Indonesia. Nilai-nilai bioetika serta Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) hendaknya senantiasa menjadi landasan dalam setiap aspek pelayanan kesehatan, pendidikan kedokteran, maupun penelitian.

Tim Redaksi menyampaikan apresiasi dan terima kasih kepada para penulis, mitra bestari, serta seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penerbitan JEKI edisi ke-18 dan 19. Kami juga mengundang para sejawat di seluruh tanah air untuk terus berbagi pengalaman, gagasan, serta refleksi etika dari praktik kedokteran sehari-hari untuk dipublikasikan dalam JEKI.

Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan rahmat dan bimbingan-Nya kepada kita semua dalam menjalankan tugas mulia sebagai dokter, menjaga martabat profesi, serta memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.

Tim Redaksi
Jurnal Etika Kedokteran Indonesia (JEKI)
Edisi ke-18 dan 19 – Maret-April 2026

Daftar Isi

Prinsip <i>Justice</i> dalam Implementasi BPJS Kesehatan: Tinjauan Bioetika terhadap KRIS, <i>Dual Loyalty</i> , dan Diferensiasi Layanan.....	1
Perlindungan Hak Pasien: Tanggung Jawab Pidana dalam Kasus Kecelakaan Medis dan Malapraktik.....	9
Reposisi Peran Mahkamah Kehormatan Etik Kedokteran, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis dan Majelis Disiplin Profesi pasca Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Dari Model Pengaduan Tunggal Menuju Arsitektur Informasi Multisumber.....	17
Dilema Etik: Antara <i>Veracity</i> dan <i>Respect for Autonomy</i>	27
Tinjauan Etik dan Diagnosa Radiologi dengan Kecerdasan Buatan.....	37
Tantangan Seorang Dokter Menjadi <i>Influencers</i> : Sebuah Tinjauan Literatur.....	45
Adaptasi <i>Ethical Toolkit</i> dari KNMG-Belanda ke Indonesia (Indo-KETIK).....	53
Tanggung Jawab Etik Dokter Spesialis Paru dalam Advokasi Kesehatan Lingkungan: Pembelajaran dari Deklarasi WMA tentang Polusi Udara.....	59
Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia dalam Praktik Kedokteran di Rumah Sakit Universitas Andalas dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya.....	67
Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah di Era Digital: Analisis Etika, Bioetika, dan Regulasi.....	75

Prinsip *Justice* dalam Implementasi BPJS Kesehatan: Tinjauan Bioetika terhadap KRIS, *Dual Loyalty*, dan Diferensiasi Layanan

CB. Kusmaryanto¹

¹Pascasarjana, Fakultas Filsafat Keilahian, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta

Kata Kunci

BPJS, dual-loyalty, equity, health services, justice, KRIS

Korespondensi

kusmaryanto@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.98

Tanggal masuk: 1 November 2025

Tanggal ditelaah: 1 Desember 2025

Tanggal diterima: 15 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Sejak pelaksanaan program BPJS Kesehatan yang sudah berlangsung sejak tahun 2014, ada banyak manfaat yang dirasakan oleh rakyat yang bisa didapat dari program ini. Dulu orang yang sakit belum tentu bisa berobat ke rumah sakit tetapi sekarang dengan adanya BPJS ini semua warga masyarakat bisa mendapat layanan kesehatan. Walaupun demikian, masih ada masalah bioetis yang perlu dibenahi dalam layanan BPJS. Salah satu masalah seriusnya ialah sehubungan dengan justice (keadilan). Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisa praktik BPJS Kesehatan memakai prinsip bioetika justice agar pelaksanaan BPJS semakin memuaskan semua pihak. Untuk sampai pada poin itu, akan dipakai metode analisis normatif bioetika di mana prinsip bioetika dipakai untuk menganalisis praktik pelayanan kesehatan terkait program BPJS Kesehatan. Dari analisis itu ditemukan beberapa praktik pelayanan kesehatan dengan BPJS yang masih belum mencapai standar keadilan: prinsip equity vs equality, aplikasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), pembedaan kelas dalam layanan kesehatan, loyalitas ganda, dan pemakaian obat paten. Regulasi BPJS harus memperhatikan aspek keadilan ini sehingga para dokter dalam berpraktik tetap dapat memenuhi aspek equity. Selain itu, agar prinsip keadilan bisa terpenuhi maka diusulkan adanya KRIS, kelas prima, kelas utama, dan kelas VIP dalam layanan kesehatan.

Abstract Since the implementation of the BPJS Kesehatan program in 2014, the public has experienced numerous benefits. Now, with BPJS, all citizens can access healthcare services. However, there are bioethical issues that need to be addressed in BPJS services. One serious issue relates to justice. The purpose of this article is to analyze BPJS Kesehatan practices using bioethical justice principles to ensure that BPJS implementation is more satisfactory for all parties. To achieve this, a normative bioethical analysis method will be applied to healthcare practices related to the BPJS Kesehatan program. Several healthcare practices under BPJS Kesehatan still fall short of justice standards: the principle of equity versus equality, the application of the Standard Inpatient Class (Kelas Rawat Inap Standar, KRIS), class differentiation in healthcare services, dual loyalty, and the use of patented medication. BPJS regulations must address this aspect of justice so that doctors can continue to practice equity. To fulfill the principle of justice, it is proposed that there should be KRIS, prime class, main class, and VIP class in health services.

Undang Undang Dasar 1945 pasal 28 H menyatakan bahwa setiap orang “berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Untuk itu maka lebih lanjut UUD 45 pasal 34. 2 mengamanatkan bahwa “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat.” Amanat UUD tersebut kemudian ditindak lanjuti dengan Undang Undang no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang

merupakan payung hukum penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sebagai salah satu pertimbangannya dikatakan, “bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.” Selanjutnya juga diterbitkan UU no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial. Dengan demikian komplitalah payung hukum penyelenggaraan BPJS kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Sejak diberlakukannya jaminan sosial kesehatan melalui BPJS Kesehatan pada tahun 2014, banyak warganegara yang merasakan manfaat yang sangat besar dari program BPJS Kesehatan. Orang yang tadinya tidak mampu berobat ke rumah sakit sekarang bisa dan mendapat layanan yang baik dari faskes. Dengan adanya BPJS ini diharapkan bahwa derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan menjadi semakin baik. Tidak mengherankan bahwa banyak pihak menyambut BPJS ini dengan sukacita karena manfaatnya sangat dirasakan oleh banyak orang.

Setelah berjalan lebih dari 10 tahun, di satu pihak kita bisa melihat manfaatnya yang banyak bagi masyarakat tetapi di lain pihak juga masih bisa dilihat adanya masalah-masalah yang belum terselesaikan secara memuaskan. Salah satu masalah yang dengan mudah bisa dilihat adalah masalah bioetis yang berhubungan dengan keadilan dalam penyelenggaraan BPJS ini. Artikel ini akan membahas praktik pelayanan kesehatan BPJS memakai salah satu prinsip bioetis yakni *Justice* (keadilan) dengan pertanyaan pokok: Apakah pelaksanaan pelayanan BPJS sudah memenuhi prinsip bioetika *Justice*? Apakah *Equity* (kesetaraan) sudah diterapkan secara tepat dalam pelayanan BPJS?

Artikel ini diharapkan akan memberikan sumbangan terhadap pelayanan BPJS secara nyata agar Badan Penyelenggara BPJS memperhatikan masalah keadilan ini dan kepada para pelayan kesehatan juga menerapkan prinsip keadilan dalam melayani pasiennya. Secara teoritis artikel ini akan mengembangkan diskusi dan diskursus keadilan dalam pelayanan BPJS sehingga semakin banyak orang memahami bagaimana aplikasi keadilan dalam praktik pelayanan BPJS.

Justice dalam Bioetika

Tom L. Beauchamp dan James F. Childress menulis buku *Principles of Biomedical Ethics*. Buku itu terbit pertama kalinya tahun 1977 dan edisi terakhirnya (edisi ke 8) muncul tahun 2019.¹ Mereka sebenarnya memaksudkan

bukunya sebagai buku etika bioedis, sebagaimana judul bukunya. Hanya saja dalam perjalanan waktu, di banyak tempat – termasuk di Indonesia – buku itu diterima sebagai prinsip pokok bioetika sehingga menjadi semacam buku pokok dalam membicarakan bioetika.² Dalam buku itu ada 4 pokok yang menjadi dasar untuk bioetika yakni *Respect for Autonomy*, *Beneficence*, *Nonmaleficence*, dan *Justice*.

Ketika membicarakan soal *justice*, Beauchamp dan Childress membicarakan *justice* terutama dalam konteks *distributive justice* karena dalam hal pelayanan kesehatan yang paling penting adalah *distributive justice* di mana dibicarakan: siapa yang mendapatkan apa dan atas dasar apa? Yang dibicarakan di sini adalah dasar mengapa si A mendapat itu sedangkan si B mendapat ini. Menurut Beauchamp dan Childress *distributive justice* menunjuk pada pembagian keuntungan dan beban secara *fair*, *equitable*, dan *appropriate*.¹

Beauchamp dan Childress tidak menekankan soal *equality* (kesamaan) tetapi *equity*. *Equality* adalah ketika semua orang mendapatkan hal yang sama entah keadaannya apapun; sedangkan *equity* terjadi ketika semua orang mendapatkan apa yang dia perlukan untuk berkembang dan berpartisipasi secara penuh dalam kehidupan masyarakat. Jadi di sini ada ruangan untuk berbeda sehingga perbedaan bukanlah sesuatu yang salah tetapi malah dihargai. Perbedaan itu dibutuhkan agar setiap orang mempunyai kesempatan yang sama untuk bisa berkembang sesuai dengan keadaan konkritnya dan dapat menyumbang sesuai dengan kemampuannya bagi hidup bersama dan mendapat benefit sesuai dengan keadaannya. Di sini setiap individu dihargai dan dipertimbangkan secara proporsional sehingga mendapatkan hak atau kebutuhannya secara wajar. Jadi, keadilan memang bukan sama rasa dan sama rata tetapi berbeda sesuai dengan kebutuhan dan sumbangannya. Dalam hal ini, *equity* mirip dengan *fairness*.³

Fairness lebih tepat dimengerti sebagai tidak berpihak dalam *distributive justice*. Di sini sangat diperlukan objektivitas daripada subjektivitas sehingga pembagian itu menjadi objektif terhadap semua pihak tanpa diskriminasi. Hal

itu dilakukan dengan standar yang objektif sehingga sebuah proses itu menjadi layak. *Fairness* terjadi dalam berbagi, mendapatkan keuntungan, dan pembagiannya.⁴

Appropriate lebih cocok dimengerti sebagai tepat dalam arti apakah suatu (tindakan) itu tepat atau tidak. Dalam *distributive justice*, diharapkan bahwa pembagian itu bukan hanya benar tetapi tepat. Bisa terjadi sesuatu itu benar tetapi tidak tepat. Kita perlu memastikan bawa tindakan yang dipilih itu selaras dan pantas dan sesuai dengan tuntutan situasi yang khusus.⁵ Dari paparannya mengenai ketiga unsur dalam *justice* itu, maka Beauchamp dan Childress menyetujui definisi *justice* yang sudah biasa dipergunakan oleh para filsuf untuk yakni memberikan hak kepada yang berhak dan tidak memberikan hak kepada yang tidak berhak.¹ Kalau memang orang berhak untuk mendapatkan sesuatu, maka sesuatu itu harus diberikan sesuai dengan haknya tetapi sebaliknya kalau orang tidak berhak untuk mendapatkan sesuatu, maka jangan diberikan. Inilah adil (*justice*). Konsep ini berasal dari *Institutiones Justiniani*, yaitu kumpulan karya pokok yurisprudensi dari Yustianianus (527 - 565), seorang kaisar Byzantium.⁶

Beauchamp dan Childress juga menyebutkan unsur keadilan berikutnya yang berasal dari dari buku Aristoteles¹ (384-322 SM) *Ethica Nichomachea* nomor 1131a10 - 1131b24. Dalam buku tersebut Aristoteles mendefinisikan adil: yang sama harus diperlakukan dengan cara yang sama dan yang tidak sama harus diperlakukan secara tidak sama sesuai dengan proporsi yang relevan atas ketidaksamaannya itu. Di sinilah konkretisasi dari *equity*, *fairness*, dan *appropriate* itu. Mengapa Aristoteles berpendapat demikian? Aristoteles sangat yakin bahwa manusia itu mempunyai kapasitas natural yang berbeda-beda dalam banyak hal: dari segi kemampuan akal budinya, dari segi kekayaannya, dari segi jenis pekerjaannya, dari segi ketertarikan dalam bidang kerja tertentu, dan masih banyak perbedaan itu. Perbedaan itu adalah suatu keniscayaan yang tidak bisa diingkari karena itu adalah kodrat manusia. Menyamaratakan manusia itu bertentangan kodrat manusia itu sendiri dan pasti akan gagal

karena manusia itu memang berbeda dalam banyak hal dari kodratnya.⁷ Bagi Aristoteles, menyamakan semua manusia justru ini adalah bentuk ketidak-adilan karena manusia tidak diperlakukan sesuai dengan kodratnya.

Lebih lanjut Aristoteles membedakan antara keadilan khusus (*particular justice*) dengan keadilan umum (*general justice*). Keadilan khusus membicarakan mengenai siapa yang selayaknya mendapat keuntungan atau manfaat dan siapa yang harus memikul bebannya (*Ethica Nichomachea* 1130b30). Keadilan khusus kemudian dikembangkan menjadi *distributive justice*: jangan sampai yang menerima manfaat itu orang lain sementara yang harus berkorban atau yang menanggung bebannya tidak mendapat apa-apa, misalnya dalam riset kesehatan, ada kelompok tertentu yang selalu menjadi subyek penelitian dan kalau riset itu berhasil, subyek penelitian tidak mendapat apa-apa. Sementara itu, orang/kelompok tertentu yang tidak ikut serta menanggung beban riset, mereka malah mendapatkan manfaat dari riset itu. Ini tidak adil.⁸

Keadilan umum (*general justice*) membicarakan soal karakter keutamaan (*virtue*) seseorang yang nampak dalam dalam relasinya dengan orang lain. Relasinya itu mendorong terjadinya hidup yang baik dan mengarahkan kepada kebahagiaan bagi seluruh anggota komunitasnya (*Ethica Nichomachea* 1129b). Dalam garis ini pulalah Theognis seorang penyair akhir abad ke 6 SM mengatakan, "*Keadilan adalah ringkasan dari semua keutamaan. Orang akan menjadi orang baik bila berlaku adil.*"⁷ Di sini ditekankan bahwa orang tidak mungkin akan menjadi orang yang baik, apabila dia tidak bersikap adil sebab keadilan menempati urutan yang tinggi dalam karakter manusia yang baik. Prinsip ini berlaku bukan hanya bagi manusia tetapi juga bagi semua institusi. Tidak ada institusi yang baik jikalau institusi itu tidak adil. Bagi John Rawl, keadilan juga bukan sama rasa dan sama rata. Dalam bukunya *Theory of Justice*, Rawl juga menekankan adanya perbedaan itu sebagai sesuatu yang wajar terjadi dalam masyarakat. Keadilan itu bukan kesamaan (*equality*) tetapi lebih *fairness* dalam pembagian antara keuntungan dan beban. Hal

itu harus dibagi secara *fair*.⁹

Prinsip *Justice* dalam Layanan Kesehatan

Sudah menjadi jamak dan lumrah di manapun bahwa di dalam rumah sakit ada perbedaan kelas-kelas perawatan. Ada kelas tiga, ada kelas dua, ada kelas satu, ada kelas VIP dan sebagainya. Praktik semacam ini sudah berlaku sejak berabad-abad lalu dan terus berlangsung sampai sekarang. Mengapa terjadi kelas-kelas seperti itu? Karena kemampuan ekonomi dan kebutuhan pasien dan keluarganya itu berbeda-beda sedangkan semua orang ingin hidup sehat sehingga memerlukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuannya. Adanya kelas-kelas itu dianggap wajar – sebagaimana sudah diterangkan oleh Aristoteles di atas – karena secara alamiah memang kemampuan masing-masing orang itu berbeda, sementara itu semua orang ingin hidup sehat. Oleh karena itu, layanan kesehatan harus bisa diakses oleh semua orang dengan kemampuan yang berbeda-beda itu.¹⁰

Kalau semua orang dipatok harus membayar jumlah yang sama untuk mengakses layanan kesehatan (biasanya cukup tinggi), maka menjadi tidak adil karena ada orang yang tidak mampu membayar sejumlah itu sehingga tidak bisa mengakses layanan kesehatan. Ini jelas bertentangan dengan hak asasi manusia karena mengakses layanan kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia itu. Layanan kesehatan yang demikian itu hanya akan menguntungkan orang-orang kaya sedangkan orang miskin tidak akan mampu mengaksesnya.² Jika dipatok dengan harga murah sehingga terjangkau bagi semua orang, pemerintah harus mengeluarkan dana dalam jumlah yang sangat tinggi bagi layanan kesehatan. Padahal, dana itu sebenarnya harus diperuntukkan bagi kebutuhan yang lainnya.

Oleh karena itu, demi keadilan, memang harus ada berbagai macam kelas dalam layanan kesehatan. Saya usulkan supaya ada kelas KRIS, kelas prima, kelas utama, dan kelas VIP. Tentu saja kelas yang dimaksud di sini tidak membedakan semua hal dalam layanan kesehatan. Dalam hal standar pelayanan klinis, keselamatan pasien (*patient safety*), mutu profesional, privasi dan kerahasiaan,

etika pelayanan medis dan sebagainya tetap harus sama atau setara. Fasilitas non klinis boleh berbeda, misalnya ruangan, perabotan, kenyamanan, pelayanan dan sebagainya.

Di atas kita sudah melihat salah satu definisi adil ialah: yang sama harus diperlakukan secara sama dan yang berbeda harus diperlakukan secara berbeda (*Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally*). Aplikasi prinsip keadilan ini dalam layanan kesehatan menjadi sangat jelas: Sesama kelas VIP harus diperlakukan dengan cara yang sama demikian pula atau sesama kelas prima harus diperlakukan secara sama. Memperlakukan kelas KRIS sama dengan kelas VIP justru menjadi tidak adil karena sumbangan (bayaran) yang diberikan oleh pasien kelas KRIS tidak sama dengan sumbangan (bayaran) yang diberikan oleh pasien kelas VIP. Yang kelas VIP membayar jauh lebih banyak oleh karena itu mereka berhak untuk mendapatkan yang lebih. Menjadi jelaslah bahwa adil itu tidak sama dengan sama rata dan rama rasa.

Tentu saja yang berbeda di sini adalah fasilitasnya bukan pelayanan kesehatannya: kalau pasien operasi, entah yang kelas VIP atau yang kelas KRIS, akan memakai peralatan, tempat yang sama, dan standar pelayanan yang sama untuk semua pasien. Akan tetapi, sebelum dan sesudahnya *tentu* wajar bila mendapatkan fasilitas yang berbeda, seperti ruang tunggu dan fasilitas tambahan dalam kamar perawatan, antara pasien kelas KRIS dengan kelas VIP.

Pembedaan ini tidak dimaksudkan untuk merendahkan, kelas KRIS tetap berhak untuk mendapatkan pelayanan dan fasilitas yang memang menjadi haknya. Sudah kita lihat di atas bahwa adil itu berarti memberikan hak kepada yang berhak dan tidak memberikan hak kepada yang tidak berhak. Pasien kelas KRIS berhak untuk mendapatkan standar pelayanan dan fasilitas yang sesuai dengan kelasnya. Sementara itu pasien kelas VIP juga berhak untuk menerima pelayanan dan fasilitas yang memang diperuntukkan bagi mereka yang membayar lebih mahal. Dengan kata lain: memberikan fasilitas yang lebih tinggi untuk yang VIP tidak dilakukan dengan cara merendahkan kualitas pelayanan dan fasilitas

kelas KRIS tetapi memberi fasilitas yang lebih tinggi dari standar kelas KRIS karena kelas VIP memang berhak untuk mendapatkannya.

Prinsip Justice dalam Praktik BPJS

Kalau kita menerapkan prinsip keadilan di atas dalam pelayanan rumah sakit yang melayani BPJS, maka kita akan melihat adanya beberapa hal yang menarik dan perlu dicermati serta direnungkan bersama sehubungan dengan penerapan prinsip keadilan ini. Di sini kita hanya akan membicarakan beberapa kasus saja:

a. Pelayanan BPJS harus sama dengan yang non BPJS

Banyak pejabat publik - mulai dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah - yang mengatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan antara pasien yang BPJS dengan pasien umum (non BPJS). Ini adalah bentuk diskriminasi dalam pelayanan Kesehatan. Ali Ghufron Mukti Direktur Utama BPJS Kesehatan - sebagaimana dilaporkan oleh Suara Surabaya Net tanggal 2 Oktober 2023¹² - mengatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan antara yang BPJS dan yang non BPJS. Dalam berita itu dikatakan, "*fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) tidak boleh membedakan antara peserta BPJS dan pasien umum.*"

Dalam Kompas online tanggal 20 Maret 2023¹³ dalam berita yang berjudul "Viral Video Nakes Bedakan Pasien BPJS Kesehatan, Dirut: Tak Boleh Diskriminasi!" mengatakan bahwa tidak boleh membedakan pasien BPJS dan yang non BPJS. Di situ dikatakan, "*Direktur Utama (Dirut) BPJS Kesehatan Ali Ghufron Mukti menyatakan, membedakan layanan kesehatan terhadap pasien BPJS Kesehatan dengan pasien umum adalah bentuk diskriminasi.*" Masih banyak berita yang mirip seperti ini yang menyatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan pasien antara pasien BPJS dan pasien non BPJS. Benarkah demikian?

Kalimat tidak boleh membedakan antara peserta BPJS dan yang non BPJS dari sudut pandang etika rumah sakit sebenarnya tidak jelas. Apanya yang tidak boleh dibedakan? Kalau pelayanannya memang tidak boleh dibedakan karena harus sesuai dengan standar pelayanan medis. Akan tetapi kalau

mengenai fasilitas lainnya maka harus ada perbedaan antara pasien BPJS dengan pasien umum non BPJS. Ini adalah masalah keadilan sedangkan "*Keadilan adalah ringkasan dari semua keutamaan. Orang akan menjadi orang baik bila berlaku adil.*"⁷ Pasien umum non BPJS membayar lebih banyak daripada yang BPJS maka demi keadilan, mereka berhak untuk mendapatkan fasilitas yang lebih daripada yang BPJS.

Sebagaimana sudah kita lihat di atas bahwa prinsip keadilan adalah *Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally*. Menyamakan pasien BPJS dengan pasien non BPJS akan bertentangan dengan prinsip keadilan ini karena pembayaran yang dilakukan keduanya sangat berbeda jumlahnya. Perbedaan ini tentu saja melahirkan kewajiban yang memang harus berbeda. Sama seperti sudah kita bicarakan di atas, menyamakan kelas tiga dengan kelas VIP merupakan bentuk ketidakadilan, demikian pula menyamakan pasien BPJS dan non BPJS merupakan bentuk ketidakadilan. Sekali lagi: Keadilan itu tidak sama dengan sama rasa dan sama rata tetapi memperlakukan orang sesuai dengan haknya yang dimiliki secara sah.

Perbedaan perlakuan ini tidak dilakukan dengan cara merendahkan standar pelayanan pasien BPJS. Pasien BPJS tetap berhak untuk menerima apa yang menjadi haknya sesuai dengan standar ketentuan BPJS sementara pasien non BPJS berhak untuk mendapatkan sesuatu yang lebih dari pasien BPJS. Menjadi salah bila pelayan kesehatan ogah-ogahan dan seadanya dalam melayani pasien BPJS karena standar pelayanan BPJS bukan ogah-ogahan dan seadanya.

b. Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)

Sampai sekarang masih belum jelas aplikasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) ini. Oleh karena itu, diskusi mengenai KRIS di sini hanyalah bersifat hipotetis. Salah satu ketidakjelasan ialah apakah hanya ada satu kelas dengan pembayaran yang sama, ada tiga kelas dengan pembayaran yang sama, atau ada tiga kelas dengan pembayaran yang berbeda. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin - sebagaimana dilaporkan oleh Kontan.co.id pada tanggal 14 Mei 2024¹⁴ - menegaskan bahwa

“KRIS bukan menghapus atau menghilangkan kelas peserta BPJS yang selama ini terdiri dari kelas 1, 2 dan 3.” Bagaimana kita harus memahami kalimat ini? Apakah ini berarti bahwa iuran masyarakat ada tiga jenis yang jumlahnya berbeda? Padahal selama ini selalu dikatakan bahwa iuran masyarakat itu sama bagi semua orang. Secara hipotetis bisa dikatakan (1) Menjadi ketidakadilan yang sangat besar kalau bayarnya sama bagi semua orang tetapi tempat perawatannya (fasilitasnya) berbeda-beda kelasnya; (2) Kalau iurannya sama bagi semua orang dengan tempat rawat inap yang sama maka iuran harus sedemikian murah agar terjangkau bagi semua orang, sebab keterjangkauan akses layanan kesehatan itu adalah hak asasi manusia: semua orang berhak untuk mengakses layanan Kesehatan. Kalau iuran dari masyarakat itu sedemikian rendah supaya terjangkau, berapa besar kerugian yang akan ditanggung oleh penjamin BPJS itu. Apakah sanggup?

Sebagaimana di atas sudah diusulkan bawa paling baik kalau dalam rumah sakit itu ada berbagai macam kelas, misalnya kelas KRIS, kelas Prima, kelas Utama, dan kelas VIP. Yang harus diatur dengan ketat hanyalah kelas KRIS saja, misalnya satu ruangan boleh ada berapa pasien, ukurannya berapa, biayanya berapa, dan seterusnya. Kelas yang lain (kelas prima, utama, dan VIP) serahkan saja kepada pengelola rumah sakit untuk mengaturnya. Tentu saja kelas-kelas lain itu standar fasilitasnya harus lebih tinggi dari kelas KRIS. Dengan demikian, tujuan adanya KRIS untuk memartabatkan pasien telah tercapai dan tidak menimbulkan masalah yang ruwet serta tidak bertentangan dengan keadilan.

Dengan pengaturan kelas KRIS itu akan memartabatkan apa yang dulu kelas 3 yang dianggap paling rendah dengan pelayanan yang seadanya. Kelas KRIS diatur dengan standar yang tinggi sehingga tidak lagi sama dengan kelas 3. KRIS adalah kelas yang bermartabat yang akan menjamin mutu bagi pasien, bagi rumah sakit, dan juga bagi tenaga kesehatan. Kita harapkan dengan adanya KRIS semua *stakeholder* akan merasa puas.

c. Dokter memakai obat yang tidak dibayar oleh BPJS

Salah satu perubahan mentalitas dan cara berpikir sebelum dan sesudah BPJS adalah soal penggunaan obat. Sebelum BPJS, kalau obat yang dipergunakan banyak, rumah sakit dan dokter akan mendapatkan keuntungan yang lebih banyak. Di era BPJS, persis terbalik: bahwa semakin banyak obat yang diberikan kepada pasien maka semakin rugi rumah sakitnya atau setidaknya keuntungannya berkurang. Demikian juga jenis obat yang dipergunakan. Sebelum BPJS, penggunaan obat-obat paten akan lebih menguntungkan rumah sakit dan dokternya daripada penggunaan obat generik. Di era BPJS hal itu persis terbalik, sebab banyak obat-obat paten itu tidak dicover oleh BPJS. Semakin banyak obat paten dipakai, semakin rugilah rumah sakit.

Di beberapa rumah sakit masih ada yang menggunakan mentalitas ‘sebelum BPJS’ padahal ia sedang melayani pasien BPJS. Masih tetap ada dokter yang meresepkan obat paten ketika melayani BPJS.¹⁵ Memang dari tahun-ke tahun jumlahnya semakin kecil tetapi selalu konsisten ada.¹⁶ Ada dokter yang sebelum jaman BPJS selalu pakai obat paten tertentu untuk mengobati penyakit tertentu, misalnya saja seorang dokter selalu memakai obat paten A kalau mengobati penyakit X. Sementara itu, di era BPJS, obat paten A itu sekarang tidak dibayar oleh BPJS namun si dokter terus saja memakainya.

Di sini jelas terjadi konflik kepentingan karena dokter ingin tetap terkenal tetapi dengan ongkos yang dibebankan kepada rumah sakit atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Tentu saja ini menjadikan kerugian bagi fasyankes yang melayani BPJS. Praktik seperti ini jelas akan menimbulkan ketidakadilan karena yang mendapatkan nama kemashuran adalah si dokter sementara itu yang selalu menanggung bebannya adalah rumah sakit atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Aristoteles akan protes keras kalau sekarang ia masih hidup sebab hal ini bertentangan dengan *distributive justice* di mana yang mendapatkan keuntungan si dokter sedangkan beban biayanya semuanya ditanggung oleh rumah sakit. Kalau mau adil,

maka dokter juga harus menanggung kerugian yang diakibatkan oleh penggunaan obat paten tersebut. Sekurang-kurangnya 50 - 50 di mana dokter harus membayar 50% kerugian yang diakibatkan oleh pemakaian obat paten tersebut.

d. Loyalitas ganda dokter

Bahtiar Husain, Djoko Widiarto, M. Adib Khumaidi, dan Prijo Sidipratomo menampilkan refleksi yang menarik dalam sebuah artikel berjudul “Dilema dalam Pelayanan Pasien BPJS: Dokter Dual-Loyalty”.¹⁷ Pada intinya, para penulis ini menampilkan dilema yang sering dihadapi oleh para dokter yang melayani BPJS: di satu pihak dokter harus setia kepada sumpahnya sebagaimana dinyatakan oleh WMA. Di sini disajikan deklarasi Helsinki yang terakhir tahun 2018. Pada Prinsip Umum nomor 3 dikatakan, “Deklarasi Geneva dari WMA mengikat semua dokter dengan kata-kata ini, ‘kesehatan pasienku akan selalu menjadi pertimbanganku yang pertama’ sedangkan kode etik kedokteran internasional menyatakan, ‘ketika sedang memberikan layanan kedokteran, seorang dokter haruslah bertindak sesuai dengan apa yang terbaik menurut kepentingan pasien.’” Dari sini jelas apa yang menjadi kewajiban seorang dokter dalam melayani pasien, yakni menempatkan kesehatan pasien sebagai pertimbangan utama dalam bertindak dan juga memberikan pelayanan yang terbaik menurut kepentingan pasien. Inilah monoloyalitas (*monoloyalty*) seorang dokter kepada pasiennya.

Lebih lanjut Bahtiar Husain dkk menyatakan bahwa di era BPJS ini, seorang dokter berhadapan dengan dilema yang serius karena tidak bisa mengaplikasikan apa yang menjadi kewajiban itu oleh karena dokter menjadikan *budget* dari BPJS sebagai bagian pertimbangan yang penting dalam mengobati pasien. Hal ini bisa bertentangan dengan kepentingan pasien. Di sinilah terjadi loyalitas ganda (*dualloyalty*). Di sini seolah-olah ada dua tuan yang mengatur tindakan dokter ketika melakukan terapi yakni kepentingan terbaik bagi kesehatan pasien dan *budget* yang terbatas. Dalam beberapa kasus, *budget* lebih dimenangkan daripada kepentingan terbaik

bagi pasien. Hal ini menimbulkan terjadinya kasus di mana pasien belum sehat tetapi sudah dipulangkan sehingga menimbulkan protes dari beberapa pihak. Adanya *budget* yang terbatas ini menjadikan semua *stakeholder* mengalami ketidakpuasan: para dokter tidak puas melayani karena tidak bisa mengerjakan pelayanannya sesuai dengan standar profesional-ilmiah dan ketaatannya pada pasien; pasien juga tidak puas karena tidak mendapatkan pelayanan profesional yang paripurna; penyelenggara pelayanan kesehatan (direksi rumah sakit) juga tidak puas karena sering kali mendapatkan komplain dari pasien dan tidak berdaya mengatasinya sehingga mengalami kerugian secara ekonomis.

Loyalitas ganda ini juga menimbulkan masalah ketidakadilan karena semua pasien diperlakukan secara sama. Padahal kemampuan pasien itu berbeda-beda: ada pasien yang puas dengan standar yang digariskan oleh BPJS (KRIS) dan ada yang ingin lebih dari standar KRIS. Sebagaimana di atas sudah diusulkan bahwa kelas pelayanan terdiri atas kelas KRIS, kelas Prima, kelas Utama, dan kelas VIP, maka loyalitas ganda itu tidak akan terjadi atau akan sangat berkurang. Pasien tidak diperlakukan sama dalam satu kelas karena keadilan itu bukan sama rasa dan sama rata. Sebaiknya pasien diberi kebebasan memilih: kalau memang kemampuan ekonominya terbatas, maka dia harus puas dengan standar yang digariskan oleh BPJS (KRIS). Akan tetapi jika ada pasien yang punya kemampuan lebih, dia harus diberi kebebasan untuk mengakses kelas di atasnya. Kalau pasien diberi kemungkinan untuk membayar lebih, akan terjadi keadilan distributif karena dokter akan bisa menerapkan terapi sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan kepentingan terbaik bagi pasien. Dengan demikian dokter tetap loyal kepada pasien dan bisa menerapkan seni terapinya sesuai dengan standar profesional kedokteran.

KESIMPULAN

Program BPJS telah terbukti banyak manfaatnya bagi masyarakat Indonesia. Namun masih ada beberapa praktik BPJS

yang melanggar prinsip keadilan, baik yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara BPJS maupun oleh pelayanan kesehatan. Adanya kelas KRIS, kelas Prima, kelas utama, dan kelas VIP akan membantu memecahkan masalah keadilan ini, sehingga bisa diberlakukan *co-payment* di mana pasien boleh naik kelas dengan membayar lebih demi standar yang lebih baik. Demikian pula dengan adanya kelas-kelas itu akan mencegah *dual-loyalty* bagi para dokter. Diperlukan perbaikan dalam tata kelola BPJS agar tidak lagi menimbulkan ketidakadilan. Yang jelas, keadilan adalah keutamaan (*virtue*) pokok seorang manusia atau institusi supaya ia bisa menjadi baik. Tidak ada manusia atau institusi yang baik kalau dia tidak sekaligus bertindak adil.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam tulisan ini.

REFERENSI

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
2. Kusmaryanto CB. Bioetika fundamental. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2022.
3. Bopaiah M. *Equity*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers; 2021.
4. Rescher N. *Fairness: theory & practice of distributive justice*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2002.
5. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth*. 2001;1(2):2-16.
6. Evans-Jones R. The origins of Justinian's institute. *Cambridge Law Journal*. 1994;53(3):473-479.
7. Johnston D. A brief history of justice. Oxford: John Wiley & Sons; 2011.
8. Smith MA. The promotion of social justice in healthcare. *Nursing Made Incredibly Easy!* 2019;17(2):26-32.
9. Rawls J. A theory of justice. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1999.
10. Gheaus A. Solidarity, justice and unconditional access to healthcare. *J Med Ethics*. 2016. doi:10.1136/medethics-2016-103451.
11. Kusmaryanto CB. Bioetika. 3rd ed. Jakarta: Penerbit Buku Kompas; 2023.
12. Suara Surabaya. Fasilitas layanan kesehatan diimbau tidak membeda-bedakan peserta BPJS dengan pasien umum [Internet]. 2023 [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://www.suarasurabaya.net/kelanakota/2023/fasilitas-layanan-kesehatan-diimbau-tidak-membeda-bedakan-peserta-bpjs-dengan-pasien-umum/>
13. Kompas. Viral video nakes bedakan pasien BPJS kesehatan, dirut: tak boleh diskriminasi [Internet]. 2023 [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://nasional.kompas.com/read/2023/03/20/20553311/viral-video-nakes-bedakan-pasien-bpjs-kesehatan-dirut-tak-boleh-diskriminasi>
14. Kontan. Ini penjelasan Menkes tentang KRIS bukan untuk hapus kelas peserta BPJS kesehatan [Internet]. [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://nasional.kontan.co.id/news/ini-penjelasan-menkes-tentang-kris-bukan-untuk-hapus-kelas-peserta-bpjs-kesehatan>
15. Soegiantoro DH, et al. Poster edukasi obat paten dan obat generik. *Berbhakti: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 2023;1(1):42-48.
16. Liputan6. Dokter masih sering meresepkan obat paten dibanding generik [Internet]. [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://www.liputan6.com/health/read/483332/dokter-masih-sering-meresepkan-obat-paten-dibanding-generik>
17. Husain B, Widiarto D, Khumaidi MA, Sidipratomo P. Dilema dalam pelayanan pasien BPJS: dokter dual-loyalty. *J Etik Kedokt Indones (JEKI)*. 2024;8(1):11-15. doi:10.26880/jeki.v8i1.75.

Perlindungan Hak Pasien: Tanggung Jawab Pidana dalam Kasus Kecelakaan Medis dan Malapraktik

Faradiba Noviandini¹, Tongat¹

¹Magister Hukum, Universitas Muhammadiyah Malang

Kata Kunci

malapraktik medis, pasien, perlindungan hukum, standar pelayanan medis, tanggung jawab pidana

Korespondensi

faradibanoviandini@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.99

Tanggal masuk: 3 November 2025

Tanggal ditelaah: 3 Desember 2025

Tanggal diterima: 16 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Meningkatnya kasus misdiagnosis dan penanganan medis yang tidak tepat di Indonesia mendorong perhatian yang lebih besar terhadap regulasi malapraktik. Penelitian ini bertujuan menganalisis perlindungan hukum bagi pasien yang mengalami malapraktik medis di Indonesia di tengah meningkatnya kasus yang melibatkan kesalahan diagnosis dan tindakan medis. Metode yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan peraturan perundang-undangan dan konseptual. Malapraktik diartikan sebagai tindakan atau kelalaian tenaga medis yang bertentangan dengan standar operasional dan kode etik profesi. Dalam hukum pidana, pertanggungjawaban didasarkan pada konsep kesalahan berupa kesengajaan (*dolus*) dan kelalaian (*culpa*), yang dapat menjerat tenaga medis apabila memenuhi unsur tindak pidana. Sementara itu, hukum perdata memberikan dasar bagi pasien untuk menuntut ganti rugi atas dasar wanprestasi atau perbuatan melawan hukum, serta diperkuat oleh undang-undang perlindungan konsumen yang menempatkan pasien sebagai konsumen jasa kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa kerangka hukum di Indonesia telah menyediakan berbagai mekanisme perlindungan, namun masih diperlukan kejelasan standar profesi dan penguatan akuntabilitas tenaga medis guna menjamin perlindungan hukum yang efektif serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Abstract Amid the increasing number of cases involving misdiagnosis and improper medical treatment in Indonesia, concerns over medical malpractice have grown significantly. This study aims to analyze the legal protection of patients who experience medical malpractice in Indonesia. The method used is normative juridical with a statutory and conceptual approach. Malpractice is defined as acts or negligence by medical personnel that deviate from standard operating procedures and professional codes of ethics. In criminal law, liability is based on the concepts of intent (*dolus*) and negligence (*culpa*), which can ensnare medical personnel if they meet the elements of a criminal act. Civil law provides a basis for patients to claim compensation for breach of contract or unlawful acts. It is strengthened by consumer protection laws that position patients as consumers of healthcare services. The analysis shows that the legal framework in Indonesia provides various protection mechanisms; however, clearer professional standards and stronger accountability of medical personnel are needed to ensure effective legal protection and improve the quality of healthcare services.

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjadi landasan pembangunan, termasuk dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah sebagai pemangku kepentingan utama memiliki tanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, sekaligus meningkatkan kompetensi tenaga medis serta melindungi hak dan kewajiban pasien dan tenaga kesehatan sesuai perkembangan zaman.

Belakangan ini, media massa menyoroti meningkatnya kasus malapraktik dan kelalaian medis di Indonesia, terutama terkait kesalahan diagnosis dan tindakan yang merugikan pasien. Kasus-kasus tersebut kerap berujung pada gugatan hukum, baik perdata maupun pidana, terhadap tenaga medis maupun fasilitas pelayanan kesehatan.¹

Berbagai faktor seperti kesalahan diagnosis dan kelalaian pasca tindakan memicu terjadinya kasus tersebut, namun masih terdapat ketidakjelasan dalam membedakan

antara malapraktik dan kelalaian karena belum adanya standar profesi yang tegas. Secara umum, malapraktik merujuk pada tindakan yang menyimpang dari standar operasional, kode etik, atau ketentuan hukum, sehingga individu yang dirugikan berhak menuntut pertanggungjawaban melalui jalur hukum maupun organisasi profesi.²

Penerapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memperkuat perlindungan hukum dengan menggantikan berbagai regulasi sebelumnya, serta didukung oleh Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Perlindungan Konsumen. Dalam kasus malapraktik, hukum pidana dan perdata berperan dalam menjamin keadilan dan kompensasi bagi korban, yang juga perlu didukung oleh regulasi profesi yang ketat untuk menjaga akuntabilitas tenaga medis dan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan.²

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah yuridis normatif dengan menganalisis permasalahan berdasarkan teori hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Penelitian menggunakan data sekunder berupa bahan hukum primer dan sekunder, termasuk KUHP, KUH Perdata, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Selain itu, pendekatan konseptual melalui literatur seperti buku dan jurnal digunakan untuk memperkuat analisis dan menjadi dasar argumentasi dalam membahas permasalahan.³

Konsep Kesalahan dalam Hukum Pidana

A. Pengertian Kesalahan

Kesalahan menjadi dasar bagi pengenaan pidana terhadap pelaku tindak pidana. Dalam konteks hukum pidana, kesalahan harus dibuktikan, sesuai dengan prinsip yang dikenal sebagai asas kesalahan yang menyatakan, bahwa tidak ada pidana tanpa kesalahan. Dalam bahasa Belanda, prinsip ini diungkapkan sebagai “*Geen Straf Zonder Schuld*” atau “*nulla poena sine culpa*”. Di negara-negara Anglo-Saxon, prinsip ini dikenal dengan rumusan *Actus non facit reum, nisi mens sit rea*, atau yang lebih dikenal dengan asas

“*mens rea*”. Dalam bahasa Inggris, prinsip ini dijelaskan sebagai “*an act does not make a person guilty, unless the mind is guilty*”.⁴

Menurut Simons, kesalahan merujuk pada kondisi psikis tertentu dari pelaku dan keterkaitan kondisi psikis tersebut dengan tindakannya yang membuat pelaku dapat dipertanggungjawabkan atas perbuatannya. Tongat juga mengemukakan pandangannya tentang konsep kesalahan, mengacu pada batasan yang telah ditetapkan oleh Simons. Tongat menyimpulkan, bahwa untuk dianggap sebagai kesalahan, harus ada dua syarat yang harus dipenuhi:

1. Adanya “keadaan batin” yang khusus dari pelaku. Keadaan batin yang dimaksud adalah kondisi psikis yang normal, yang tidak terganggu oleh cacat atau penyakit.
2. Terdapat hubungan antara keadaan batin pelaku dengan perbuatannya sehingga pelaku dapat dianggap melakukan “kesalahan”.

Menurut Tongat, konsep ini menunjukkan, bahwa dasar bagi keberadaan “kesalahan” sebenarnya adalah “pencelaan” dari masyarakat. Artinya, jika suatu perbuatan dilakukan oleh seseorang dan perbuatan tersebut dikecam oleh masyarakat, maka itu menunjukkan adanya “kesalahan” dalam diri pelaku. Namun, pencelaan yang dimaksud harus berasal dari masyarakat secara umum, bukan hanya dari kelompok tertentu.⁴

B. Kesalahan karena Kesengajaan (*Dolus*)

Guwandi menyatakan, bahwa *delik dolus* adalah tindakan yang dilakukan secara sengaja (*dolus, vorsatz, willens en werens handelen, intentional*) yang dilarang oleh hukum. Menurut Moeljatno, *delik dolus* adalah perbuatan pidana yang dilakukan dengan sengaja, seperti yang diatur dalam Pasal 338 KUHP yang menyebutkan “dengan sengaja menyebabkan matinya orang lain”.⁴

Secara formal dalam KUHP, tidak ada pasal yang memberikan definisi tentang “kesengajaan”. Menurut Penjelasan Resmi KUHP Belanda (*Memory van Toelichting*), kesengajaan atau *opzet* diartikan sebagai “menghendaki dan mengetahui” (*willen en wetens*). Berdasarkan batasan tersebut,

Tongat berpendapat, bahwa, “Secara umum dapatlah dikatakan, “kesengajaan” mencakup “kehendak” dan “kesadaran/pengetahuan” dari pelaku perbuatan pidana. Dengan demikian, seseorang dianggap melakukan suatu perbuatan (pidana) secara “sengaja” jika ia menginginkan untuk melakukannya dan “menyadari/mengetahui” konsekuensi dari perbuatannya”.⁴

C. Kesalahan karena Kurang Hati-hati/Kelalaian (*Culpa*)

Makna kata *culpa* pada dasarnya merujuk pada “kesalahan secara umum”. Namun, dalam konteks ilmu pengetahuan hukum, memiliki makna teknis, yakni jenis kesalahan yang dilakukan oleh pelaku tanpa niat jahat, yaitu kurang berhati-hati sehingga menyebabkan konsekuensi yang tidak diinginkan terjadi.⁴

Dalam KUHP sendiri, tidak ada penjelasan yang menguraikan apa yang dimaksud dengan “kealpaan”. Berbagai istilah sering digunakan untuk mengindikasikan kealpaan, seperti *culpa/shculd* (kesalahan dalam arti sempit), *nalatigheid*, *recklessness*, *negligence*, *sembrono*, *teledor*. Penggunaan istilah “kealpaan/kelalaian” untuk menunjukkan adanya *culpa* didasarkan pada asumsi, bahwa istilah tersebut umumnya digunakan untuk perbuatan yang tidak disengaja (Tongat, 2008: 276).⁴

Penjelasan tentang “*schuld*” atau *culpa* (Tongat, 2008: 277) hanya ditemukan dalam *Memory van Toelichting*, ketika Rancangan Undang-Undang Hukum Pidana diajukan. Dalam pengajuan rancangan itu, kelalaian diartikan sebagai:⁴

1. Kekurangan pemikiran yang diperlukan.
2. Kekurangan pengetahuan/pemahaman yang diperlukan.
3. Kekurangan dalam kebijaksanaan yang disadari.

D. Kekeliruan/Kesesatan (*Dwaling*)

Istilah lain yang sering digunakan oleh para akademisi untuk merujuk pada “kesalahan/kesesatan” adalah “kesalahpahaman”, salah kira, *dwaling*, *ignorance*, *mistake*, *error*. Istilah “*dwaling*” berasal dari kata *dwalen* yang secara kiasan mengacu pada “memiliki pandangan yang keliru” atau

“memiliki keyakinan yang salah”. Dalam konteks kehidupan sehari-hari, sering kali orang melakukan tindakan pidana karena “kekeliruan/kesesatan” (Tongat, 2008: 261).⁴ Menurut Bambang Poernomo (1992: 164), sebuah kesalahan bisa terjadi karena salah pemahaman atau kekeliruan yang disebut sebagai *dwaling*. Ketika berbicara tentang *dwaling*, penting untuk mempertimbangkan hubungannya dengan unsur kesengajaan dan unsur melanggar hukum. Hal ini berkaitan dengan apakah pelaku menyadari sifat melanggar hukum dari tindakan pidana yang dilakukannya. Jika ketidaksadaran tersebut disebabkan oleh kesalahpahaman (*dwaling*) tentang hal-hal di luar hukum pidana, maka tidak ada kesengajaan (*feitelike dwaling*). Namun, jika kesalahpahaman itu terkait dengan hukum pidana itu sendiri, maka kesalahpahaman tersebut tidak membebaskan dari tanggung jawab pidana (*rechtsdwaling*).⁴

Pertanggungjawaban Tindak Pidana Malapraktik Medis

Malapraktik adalah deviasi dalam penanganan masalah kesehatan oleh tenaga medis, yang mengakibatkan dampak negatif bagi penderita atau pasien yang diberi perawatan. Secara khusus, malapraktik merujuk pada tindakan dokter (atau kelalaian dokter) dalam merawat pasien. Kelalaian adalah perilaku dan tindakan yang kurang berhati-hati dan tidak sesuai dengan standar yang berlaku dalam profesi tersebut. Kelalaian juga dapat dijelaskan sebagai melakukan tindakan medis di bawah standar pelayanan medis atau standar profesi kedokteran.⁵

Kesalahan merupakan elemen yang paling vital dalam menetapkan pertanggungjawaban pidana. Dalam konteks hukum pidana, pertanggungjawaban untuk menghukum seseorang terkait dengan tindakan yang melanggar hukum dikenal dengan prinsip, bahwa tidak ada pidana tanpa kesalahan. Oleh karena itu, untuk menetapkan apakah terdakwa bersalah atas suatu tindakan, penting untuk menentukan apakah ada kesalahan yang dilakukan oleh terdakwa.⁵

Malapraktik adalah kelalaian yang terjadi

ketika tenaga medis tidak mematuhi standar pelayanan medis yang menyebabkan pasien mengalami luka, cacat, atau kematian. Unsur-unsur malapraktik adalah sebagai berikut:^{5,6}

1. Adanya kelalaian: Kesalahan terjadi karena kurangnya kehati-hatian, pemahaman, atau pengetahuan tenaga medis terhadap profesinya, padahal diharapkan tenaga medis terus mengembangkan pengetahuannya.
2. Tidak sesuai dengan standar pelayanan medis: Ini mengacu pada standar profesi dan prosedur operasional yang harus diikuti dalam memberikan layanan medis.
3. Pasien menderita luka, cacat, atau meninggal dunia: Terdapat hubungan kausalitas yang menunjukkan, bahwa kerugian yang dialami pasien merupakan hasil dari kelalaian tenaga medis. Kerugian tersebut dapat berupa luka (termasuk luka parah), cacat, atau kematian, yang secara langsung disebabkan oleh kelalaian tenaga medis.

Secara alami, setiap individu yang hidup memiliki tanggung jawab terhadap segala tindakan dan perilakunya. Tanggung jawab ini bisa diartikan sebagai kewajiban atau keterikatan terhadap konsekuensi dari tindakan tersebut. Dalam konteks hukum, tanggung jawab mengacu pada keterikatan hukum. Tanggung jawab hukum di sini merujuk pada tanggung jawab pidana. Dalam tanggung jawab hukum pidana, penentuannya sangat bergantung pada adanya kesalahan, baik itu dalam bentuk *dolus* maupun *culpa*.⁵

Ada beberapa macam malapraktik:⁵

(1) Malapraktik Pidana

Malapraktik pidana adalah ketika pasien mengalami kematian atau cacat karena kurangnya kehati-hatian dari tenaga medis dalam memberikan perawatan. Ada tiga bentuk malapraktik pidana:

- a. Malapraktik pidana yang disengaja: Terjadi ketika tenaga medis tidak memberikan pertolongan pada kasus gawat darurat padahal mereka tahu, bahwa tidak ada orang lain yang bisa membantu dan mereka memberikan informasi palsu. Contohnya adalah melakukan aborsi tanpa prosedur medis.
- b. Malapraktik pidana karena kelalaian:

Terjadi ketika tenaga medis melakukan tindakan yang tidak mematuhi standar profesi atau tidak memperoleh persetujuan medis. Contohnya adalah dokter yang tidak hati-hati dalam memasang infus sehingga tangan pasien membengkak karena infeksi, atau melakukan transplantasi organ dengan golongan darah yang tidak sesuai.

- c. Malapraktik pidana karena kealpaan: Terjadi ketika pasien mengalami cacat atau kematian karena kurangnya kehati-hatian atau kelalaian dari tenaga medis. Contohnya adalah seorang bayi yang jari-jarinya terpotong ketika perawat mencoba melepas bidai yang digunakan untuk memperbaiki infus.

(2) Malapraktik Administratif

Malapraktik administratif terjadi ketika tenaga medis melanggar hukum administrasi negara yang berlaku. Contohnya termasuk menjalankan praktik bidan tanpa lisensi atau izin, melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan lisensi atau izin yang dimilikinya, menjalankan praktik dengan izin yang telah kedaluwarsa, dan tidak membuat catatan medis saat menjalankan praktik.

Suatu Tindakan Dokter yang Dapat Dikatakan sebagai Malapraktik

Untuk menilai apakah suatu tindakan medis dapat dikategorikan sebagai malapraktik atau tidak, Hubert W. Smith memaparkan konsep 4D, yang mencakup empat elemen penting:²

1. **Kewajiban (*duty*):**
Tidak akan terjadi kelalaian tanpa adanya kewajiban. Ini mengindikasikan adanya hubungan hukum antara pasien dan dokter/ rumah sakit.
2. **Penyimpangan dalam pelaksanaan tugas (*dereliction*):**
Ini mengacu pada tindakan dokter yang melanggar standar profesi yang berlaku.
3. **Penyimpangan yang mengakibatkan kerusakan (*direct caution*):**
Terdapat kausalitas langsung antara tindakan medis dan kerugian yang diderita pasien.

4. **Dokter menyebabkan kerusakan (damage):** Tindakan medis dokter secara langsung menyebabkan kerugian pada pasien.

Kriteria tindakan medis yang dianggap sebagai malapraktik meliputi:²

1. **Pengaturan hukum:** Adanya aturan hukum yang mengatur praktik medis
2. **Hubungan hukum antara pihak:** Terdapat hubungan hukum antara pasien dan dokter atau rumah sakit
3. **Pelanggaran hak dan kewajiban:** Adanya pelanggaran terhadap hak dan kewajiban yang diatur oleh hukum
4. **Akibat hukum yang ditimbulkan:** Tindakan medis yang menyebabkan kerugian fisik atau mental pada pasien.

Jika tindakan medis memenuhi bentuk wanprestasi atau melanggar hukum, dan mengakibatkan kerugian pada pasien, maka dapat dikenakan tuntutan ganti rugi atau sanksi pidana. Kasus hukum dalam pelayanan medis sering terjadi di rumah sakit, yang dapat dibagi menjadi:²

1. **Pelayanan medis dalam arti luas:** Termasuk kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif
2. **Pendidikan dan pelatihan tenaga medis:** Mencakup penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran.
3. **Pertanggungjawaban hukum rumah sakit:** Badan hukum yang memiliki rumah sakit bisa dituntut atas kerugian yang terjadi, baik secara langsung maupun tidak langsung

Ganti rugi yang diberikan bertujuan untuk memperbaiki keadaan, sering berupa kompensasi finansial yang disesuaikan dengan keadaan dan kemampuan kedua belah pihak. Dalam kasus pertanggungjawaban atas pelayanan medis, tanggung jawab terletak pada dokter dan tenaga medis lain yang terlibat dalam perawatan pasien. Baik tenaga medis yang bekerja di sektor publik maupun swasta memiliki tanggung jawab masing-masing, dengan sanksi yang sesuai jika terjadi kesalahan atau kelalaian dalam tindakan medis.²

Aspek Perlindungan Hukum Pasien yang

Mengalami Malapraktik

1. Sudut Pandang Hukum Positif Indonesia⁷

Perlindungan hukum terhadap individu yang mengalami malapraktik oleh dokter yang diatur dalam KUH Perdata mencakup berbagai bentuk tanggung jawab dokter untuk memberikan ganti rugi kepada individu yang mengalami atas kerugian yang timbul. Ini termasuk:

1. **Cedera Janji (Wanprestasi):** Pasal 1239 KUH Perdata mengatur mengenai wanprestasi, di mana dokter tidak memenuhi perjanjian terapeutik yang telah disepakati. Ini berarti dokter gagal memenuhi kewajibannya untuk memberikan perawatan medis yang dijanjikan kepada pasien.
2. **Perbuatan Melawan Hukum:** Pasal 1365 KUH Perdata mengatur tanggung jawab dokter atas perbuatan melawan hukum. Ini mencakup situasi di mana dokter melakukan tindakan yang melanggar hukum, seperti melakukan operasi tanpa persetujuan pasien atau melakukan prosedur medis yang tidak sesuai dengan standar profesi.
3. **Kelalaian atau Ketidakhati-hatian:** Pasal 1366 KUH Perdata menetapkan tanggung jawab dokter atas kelalaian atau kurang hati-hati dalam bertindak. Ini berlaku jika dokter tidak memenuhi standar perawatan medis yang diperlukan atau tidak bertindak dengan cermat, seperti yang diharapkan dari seorang profesional medis.
4. **Melalaikan Kewajiban:** Pasal 1367 ayat (3) KUH Perdata menegaskan tanggung jawab dokter jika mereka melalaikan kewajiban. Ini termasuk situasi di mana dokter gagal menjalankan kewajibannya untuk memberikan perawatan medis yang wajar dan tepat kepada pasien.

Dengan demikian, KUH Perdata memberikan landasan hukum yang kuat untuk memastikan bahwa individu yang mengalami malapraktik memiliki hak untuk memperoleh ganti rugi atas kerugian yang mereka alami akibat tindakan dokter yang tidak memenuhi standar atau melanggar hukum.

2. Sudut Pandang Undang-Undang Perlindungan Konsumen⁸

Dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, belum secara tegas mengatur mengenai perlindungan terhadap pasien atau individu yang mengalami malapraktik. Meskipun demikian, pasien atau individu yang mengalami malapraktik dapat dianggap sebagai konsumen dalam konteks pelayanan kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 756/MEN.KES/SK/VI/2004 tentang Persiapan Liberalisasi Perdagangan dan Jasa di Bidang Kesehatan, menetapkan bahwa layanan kesehatan termasuk dalam kategori bisnis, dan *World Trade Organization* (WTO) mengakui rumah sakit, dokter, bidan, dan perawat sebagai pelaku usaha.

Perlindungan hukum terhadap individu yang mengalami malapraktik kedokteran sebagai konsumen dapat ditemukan dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Pasal tersebut menyatakan, bahwa pelaku usaha bertanggung jawab untuk memberikan ganti rugi atas kerusakan, pencemaran, dan/atau kerugian konsumen akibat mengonsumsi barang dan/atau jasa yang dihasilkan atau diperdagangkan.

Dengan mengacu pada Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, individu yang mengalami malapraktik sebagai konsumen jasa dapat menuntut ganti rugi atas kerugian yang mereka alami akibat tindakan medis yang dilakukan oleh dokter sebagai pelaku usaha jasa. Ganti rugi yang dapat diminta oleh individu yang mengalami malapraktik menurut Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen meliputi pengembalian uang, penggantian barang dan/atau jasa, perawatan kesehatan, dan/atau pemberian santunan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Dengan demikian, Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen memberikan dasar hukum bagi individu yang mengalami malapraktik untuk menuntut ganti rugi dari dokter sebagai pelaku usaha jasa,

sebagai akibat dari kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan atau malapraktik yang dilakukan oleh dokter, serta memberikan dasar bagi pemberlakuan ketentuan hukum pidana yang disertai dengan pidana tambahan.

3. Sudut Pandang Undang-Undang Kesehatan^{9,10}

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan definisi untuk “tenaga medis”, merujuk pada individu yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, serta memiliki sifat profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan. Kedua undang-undang tersebut juga menetapkan bahwa persetujuan untuk tindakan medis seharusnya diberikan oleh penerima layanan kesehatan, meskipun dalam beberapa kasus di mana penerima layanan tidak kompeten atau berada di bawah pengampuan, persetujuan dapat diberikan oleh keluarga terdekatnya. Praktik tenaga medis didasarkan pada hubungan kepercayaan antara mereka dan penerima layanan kesehatan, dengan fokus pada pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar profesi dan kebutuhan pasien.

4. Sudut Pandang Hukum Pidana¹¹

Dalam konteks malapraktik kedokteran pidana, tindak pidana materiil merupakan unsur yang penting. Tindak pidana materiil adalah suatu perbuatan yang menimbulkan akibat tertentu yang diancam dengan sanksi pidana. Dalam malapraktik kedokteran pidana, akibat yang menjadi unsur pidana meliputi kematian, luka berat, rasa sakit, atau luka yang menghambat tugas dan mata pencaharian.

Kesalahan dalam malapraktik kedokteran pidana umumnya disebabkan oleh kelalaian dokter. Hal ini bisa terjadi karena dokter melakukan tindakan yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Dalam kasus malapraktik kedokteran pidana, pertanggungjawaban pidana harus dibuktikan atas adanya kesalahan profesional, seperti kesalahan diagnosis

atau kesalahan dalam cara pengobatan atau perawatan.

Jika individu yang mengalami luka berat, penyakit, atau mengalami hambatan dalam tugas dan mata pencahariannya akibat malapraktik kedokteran pidana, Pasal 360 KUHP mengatur sanksi pidana. Pasal tersebut menyatakan bahwa seseorang yang karena kesalahannya menyebabkan orang lain menderita luka-luka berat dapat dikenai pidana penjara maksimal lima tahun atau pidana kurungan maksimal satu tahun. Selain itu, jika individu yang mengalami malapraktik mengalami luka yang mengakibatkan penyakit atau hambatan dalam menjalankan pekerjaan, jabatan, atau mata pencaharian, pelaku dapat dikenai pidana penjara maksimal sembilan bulan, kurungan maksimal enam bulan, atau denda maksimal empat ribu lima ratus rupiah.¹²

Tanggung Jawab Hukum Pidana Malapraktik Kedokteran

Tanggung jawab dalam hukum pidana memerlukan pemenuhan unsur-unsur tertentu, termasuk perbuatan melawan hukum, kesanggupan bertanggung jawab, kesalahan berupa kesengajaan atau kelalaian, dan ketiadaan alasan penghapus pidana. Dalam konteks malapraktik kedokteran, dokter yang melakukan kesalahan bertanggung jawab secara hukum, baik itu dalam ranah perdata, pidana, maupun administrasi. Dokter, sebagai profesi yang memiliki kemampuan, keahlian, dan kualitas terkait dengan pelayanan kesehatan, diharapkan menjalankan tugasnya sesuai dengan standar yang ditetapkan. Jika dokter melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan aturan dan peraturan yang berlaku, baik dalam praktik medis maupun dalam hukum, maka dia dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.¹

Pada dasarnya, dokter dianggap memiliki kondisi jiwa atau psikologis yang normal, sehingga memiliki kemampuan bertanggung jawab secara otomatis. Dokter harus memenuhi standar etika dan profesionalisme dalam menjalankan tugasnya. Tidak ada alasan bagi dokter untuk menghindari tanggung jawab hukum atas kesalahan yang dilakukan. Dalam menentukan kemampuan bertanggung jawab

dalam konteks hukum pidana, terdapat beberapa metode seperti metode biologis, psikologis, atau kombinasi dari keduanya. KUHP menganut kombinasi metode tersebut untuk menentukan kemampuan bertanggung jawab seseorang dalam konteks hukum pidana.¹

Jika dokter terlibat dalam malapraktik kedokteran, pertanggungjawaban hukum dapat mencakup tanggung jawab perdata, pidana, dan administrasi. Pertanggungjawaban ini diatur dalam berbagai peraturan, termasuk UU Kesehatan dan UU Praktik Kedokteran. Mediasi penal dapat menjadi salah satu alternatif untuk menyelesaikan sengketa terkait malapraktik kedokteran. Meskipun mediasi dapat mencapai kesepakatan antara dokter dan pasien, hal tersebut tidak menghentikan proses hukum, dan proses penuntutan tetap berlanjut. Diperlukan peraturan yang lebih jelas tentang pelaksanaan mediasi penal dan kekuatan hukum dari kesepakatan mediasi tersebut.¹

Jika pasien tidak puas dengan penyelesaian yang dicapai melalui mediasi atau proses internal rumah sakit, dia memiliki hak untuk melaporkan permasalahan tersebut ke organisasi profesi medis atau ke pengadilan, baik itu pengadilan perdata maupun pidana. Keterlibatan organisasi profesi medis dalam menangani pengaduan terkait malapraktik kadang-kadang menimbulkan konflik kepentingan dan dapat menghambat penyelesaian yang adil bagi pasien. Oleh karena itu, pengadilan menjadi forum terakhir untuk menyelesaikan sengketa terkait malapraktik kedokteran.¹

KESIMPULAN

Peningkatan kasus malapraktik dan kelalaian medis di Indonesia yang menjadi sorotan media menimbulkan pertanyaan mengenai batas antara malapraktik dan kelalaian, terutama karena belum adanya standar profesi kedokteran yang diatur secara jelas. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan hadir memberikan perlindungan lebih komprehensif bagi korban melalui prinsip kepastian, keadilan, dan kemanfaatan hukum. Dalam hukum pidana, pertanggungjawaban ditentukan berdasarkan

konsep kesalahan dengan empat unsur utama, yaitu adanya kewajiban, penyimpangan tindakan, timbulnya kerugian, dan hubungan kausal antara tindakan dokter dan kerugian tersebut. Selain itu, perlindungan hukum juga didukung oleh KUH Perdata, Undang-Undang Perlindungan Konsumen, dan Undang-Undang Kesehatan yang menjadi dasar penuntutan ganti rugi maupun sanksi pidana, sehingga diharapkan dapat meningkatkan akuntabilitas tenaga medis dan kualitas pelayanan kesehatan.

11. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana & Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP & KUHAAP). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023.
12. Siregar R.A. *Hukum Kesehatan Berdasarkan: UU RI No.1 Tahun 2023 tentang KUHP dan UU RI No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Sinar Grafika. Jakarta. September: 2023.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Gilang G., Wiraditya A. *Pertanggungjawaban Pidana dalam Malpraktik Kedokteran dalam Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia*. Fakultas Hukum Universitas Udayana. Jurnal Kertha Desa, Vol.9 (No.1). hlm. 55-68.
2. Sibarani S. *Aspek Perlindungan Hukum Pasien Korban Malpraktik Dilihat dari Sudut Pandang Hukum di Indonesia*. Jurnal Hukum Justitia Et Pax, Vol.33 (No.1). Fakultas Hukum Universitas Atma Jaya Yogyakarta. 2017.
3. Muhaimin. *Metode Penelitian Hukum*. Mataram University Press. Mataram. Juni: 2020.
4. Hidayat S. *Pembuktian Kesalahan: Pertanggungjawaban Pidana Dokter Atas Dugaan Malpraktik Medis*. Scopindo Media Pustaka. Surabaya. Juli: 2020.
5. Yudyamingrum C.P. *Pertanggungjawaban Pidana Pelaku Malpraktik Medis*. Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surabaya. Jurnal Hukum dan Tatanan Sosial, Vol.1 (No.2). Desember: 2022. Page 1-11.
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
7. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Republik Indonesia (*Burgerlijk Wetboek voor Indonesie*).
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen.
9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
10. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

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

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

¹Binawaluya Cardiac Center, Jakarta

²Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta

³RSAU Dr. Isnawan Antariksa, Jakarta

⁴RSPI, Pondok Indah, Jakarta

⁵RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Jakarta

⁶RSUP Hasan Sadikin, Bandung

Kata Kunci

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

Korespondensi

muna286@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.100

Tanggal masuk: 5 November 2025

Tanggal ditelaah: 6 Desember 2025

Tanggal diterima: 21 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mandat MDP, MKEK, dan DEPDS dalam Sistem Akuntabilitas

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

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

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

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

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

Perbandingan Model Pelaporan Internasional

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

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

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

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

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

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

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

Reposisi MKEK dan DEPDS sebagai Simpul Informasi Multisumber

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

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

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

Budaya yang Adil, Under-Reporting, dan Implikasi Kebijakan

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

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

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

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

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

Dalam konteks tersebut, reposisi MKEK dan DEPDS sebagai simpul informasi

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

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

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

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

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

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

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

memiliki dimensi disiplin berpotensi berhenti pada ranah internal organisasi.

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

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

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

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

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

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

KESIMPULAN

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

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan penghargaan dan

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

KONFLIK KEPENTINGAN

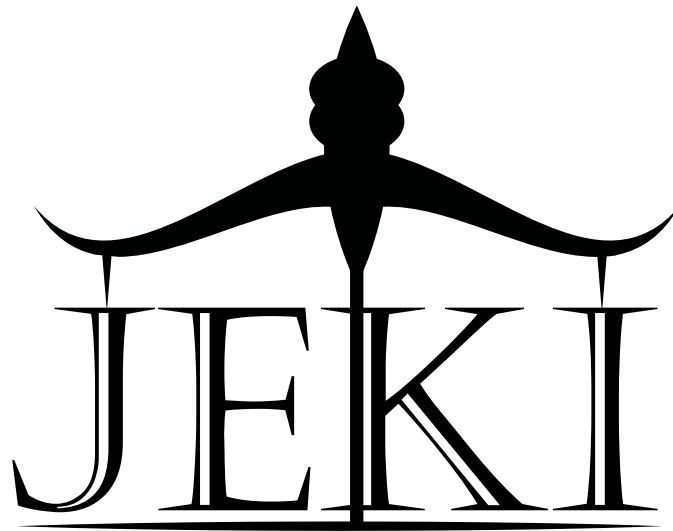
Para penulis menyatakan tidak memiliki konflik kepentingan, baik finansial maupun nonfinansial, terkait dengan publikasi artikel ini.

REFERENSI

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

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

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



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Dilema Etik: Antara *Veracity* dan *Respect for Autonomy*

Viore Benishty¹, Liauw Djai Yen², Martinus David Fortino¹, Aldo Milenio Yohanes Babay¹, Christian Alvin Purwanto¹, Samantha Yaffa Heryadi¹, Maureen Muhaji¹, Jesslyn Fresya Sanusi¹, Raymond William¹, Angeline Michelle Salim¹, Gawri Rati Yogini¹

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

²Departemen Forensik dan Medikolegal, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang

Kata Kunci

dilema etik, kejujuran, komunikasi kedokteran, menghormati otonomi, pengambilan keputusan

Korespondensi

viorebenishty@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.101

Tanggal masuk: 8 November 2025

Tanggal ditelaah: 9 Desember 2025

Tanggal diterima: 23 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Dalam praktik kedokteran, tenaga medis seringkali dihadapkan pada dilema etik yang muncul akibat pertentangan antara prinsip veracity (kejujuran) dan respect for autonomy (menghormati otonomi). Prinsip veracity menuntut tenaga medis untuk menyampaikan informasi medis secara jujur dan transparan, sedangkan respect for autonomy menekankan penghormatan terhadap hak pasien dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya. Konflik antara kedua prinsip ini menjadi permasalahan etis yang kompleks, sehingga dapat menyebabkan kecemasan, ketidakpercayaan, atau bahkan penolakan pasien terhadap tindakan medis yang direkomendasikan.

Kajian ini bertujuan untuk menganalisis dilema etik yang muncul akibat konflik antara veracity dan respect for autonomy dalam praktik medis serta mengeksplorasi solusi yang dapat diterapkan untuk menyeimbangkan kedua prinsip tersebut. Metode yang digunakan adalah literature review dari berbagai sumber yang membahas aspek bioetika dalam komunikasi medis dan pengambilan keputusan klinis. Hasil telah menunjukkan bahwa penerapan komunikasi, pemberian informasi yang disesuaikan dengan kondisi psikososial pasien, serta penggunaan pendekatan shared decision-making (pengambilan keputusan bersama) dapat membantu mengurangi konflik antara kedua prinsip ini. Selain itu, pemahaman mendalam terhadap kondisi pasien, baik dari aspek medis maupun psikologis, menjadi faktor kunci dalam menentukan strategi komunikasi yang paling tepat.

Keseimbangan antara veracity dan respect for autonomy tidak dapat dicapai melalui pendekatan yang seragam, melainkan harus disesuaikan dengan kondisi individu pasien. Diperlukan keterampilan komunikasi yang efektif dari tenaga medis sehingga informasi dapat disampaikan secara jujur tanpa mengabaikan hak pasien untuk mengontrol keputusan terkait kesehatannya. Studi ini menekankan pentingnya pelatihan komunikasi medis bagi tenaga kesehatan guna menghadapi dilema etik yang kompleks ini secara profesional dan etis.

Abstract In medical practice, healthcare professionals often face ethical dilemmas between the principles of veracity (truthfulness) and respect for autonomy (honoring autonomy). The principle of veracity requires medical professionals to provide medical information honestly and transparently. Meanwhile, respect for autonomy emphasizes the importance of honoring patients' rights in decisions-making regarding their health. The conflict between these two principles presents a complex ethical issue, particularly when truthfulness may lead to anxiety, distrust, or even patient refusal of recommended medical interventions. This study aims to analyze the ethical dilemmas that arise from the conflict between veracity and respect for autonomy in medical practice and to explore possible solutions for balancing these principles. We review the literature from various sources discussing bioethical aspects of medical communication and clinical decision-making. The findings indicate that patient-centered communication and a shared decision-making approach can help mitigate conflicts between these principles. Additionally, a deep understanding of the patient's condition, both medically and psychologically, is a key factor in determining the most appropriate communication strategy. Thus, achieving a balance between veracity and respect for autonomy must be adapted to the individual patient's condition. Effective communication skills among medical professionals are essential to ensure that information is conveyed truthfully without disregarding the patient's right to control decisions related to their health. This study highlights the importance of medical communication training for healthcare professionals to navigate these complex ethical dilemmas professionally and ethically.

Dilema etik merupakan salah satu tantangan yang sering muncul dalam praktik kedokteran modern, terutama ketika tenaga kesehatan harus menyeimbangkan berbagai prinsip bioetika dalam pengambilan keputusan klinis. Salah satu konflik yang sering terjadi adalah antara prinsip *veracity* (kejujuran dalam menyampaikan informasi medis) dan *respect for autonomy* (penghormatan terhadap otonomi pasien).¹⁴ Prinsip *veracity* menuntut tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi medis secara jujur, akurat, dan transparan kepada pasien, sedangkan prinsip *autonomy* menekankan hak pasien untuk membuat keputusan terkait kesehatan mereka berdasarkan informasi yang memadai.^{4,7}

Autonomy dan *veracity* adalah dua prinsip etika medis yang sering berinteraksi dan kadang-kadang bertentangan dalam praktik klinis. *Autonomy* mengacu pada hak individu untuk membuat keputusan tentang kesehatannya sendiri berdasarkan informasi yang lengkap dan pemahaman yang cukup. *Autonomy* pasien menekankan penghormatan terhadap keputusan pasien, termasuk hak untuk menerima atau menolak suatu intervensi medis. Prinsip ini mendasari konsep *informed consent*, yaitu persetujuan berdasarkan pemahaman penuh mengenai manfaat, risiko, dan alternatif suatu tindakan medis, sedangkan, *veracity* merupakan kewajiban tenaga medis untuk menyampaikan informasi yang benar, akurat, dan tidak menyesatkan kepada pasien. Prinsip ini mendukung hubungan dokter-pasien yang berbasis kepercayaan dan transparansi dalam pengambilan keputusan medis. *Veracity* berkaitan erat dengan prinsip *non-maleficence* (tidak merugikan), karena informasi yang salah atau tidak lengkap dapat menyebabkan keputusan yang berbahaya bagi pasien.^{3,12}

Dalam praktik klinis konflik antara kedua prinsip ini sering kali muncul ketika informasi medis yang diberikan dapat menimbulkan kecemasan atau ketakutan bagi pasien, sehingga tenaga medis dihadapkan pada pilihan antara menyampaikan kebenaran secara penuh atau membatasi informasi guna melindungi kesejahteraan pasien. Misalnya dalam kasus penyakit terminal,^{16,21} dokter seringkali ragu

untuk memberikan seluruh informasi mengenai prognosis pasien demi menghindari dampak psikologis yang merugikan bagi pasien.¹³ Namun, membatasi informasi dapat dianggap sebagai bentuk paternalistik yang bertentangan dengan hak pasien untuk mengetahui kondisi kesehatannya secara utuh.^{14,21}

Tidak ada prinsip yang secara mutlak lebih utama, karena keduanya harus diterapkan secara seimbang dan kontekstual. Namun, banyak ahli bioetika menempatkan *autonomy*,^{7,14} sebagai prinsip yang lebih fundamental, karena hak pasien untuk membuat keputusan sendiri adalah inti dari praktik medis yang etis. Dalam kasus konflik antara *autonomy* dan *veracity*, tenaga medis harus menilai situasi secara individual. Dalam kondisi dimana pasien mengalami gangguan kognitif atau tidak mampu memahami informasi dengan benar, dokter mungkin mempertimbangkan prinsip *beneficence* sebagai pertimbangan utama.¹⁴

Penilaian apakah seseorang memiliki *autonomy* dalam pengambilan keputusan medis didasarkan pada beberapa kriteria utama yang berkaitan dengan kapasitas kognitif, pemahaman informasi, dan kebebasan dari tekanan eksternal. Seseorang harus memiliki kapasitas mental yang cukup untuk memahami informasi yang diberikan kepadanya. Kapasitas ini dapat dinilai berdasarkan empat aspek utama menurut Appelbaum & Grisso (1995), yaitu seseorang yang mampu memahami, mampu menghargai, mampu menalar, dan mampu mengekspresikan pilihannya. Keputusan pasien harus dibuat tanpa adanya paksaan atau tekanan dari pihak lain, baik itu dari keluarga, tenaga medis, maupun dari pihak eksternal lainnya.^{7,14}

Sejumlah penelitian sebelumnya telah membahas dilema antara kejujuran dan otonomi pasien dalam praktik kedokteran. Beberapa studi menunjukkan bahwa penyampaian informasi secara terbuka dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan memperbaiki hubungan dokter-pasien. Namun penelitian lain menunjukkan bahwa dalam konteks budaya tertentu, keluarga sering kali meminta tenaga kesehatan untuk tidak menyampaikan seluruh informasi kepada pasien, terutama pada kasus penyakit terminal.

^{22,23} Berdasarkan kondisi tersebut, terdapat kesenjangan antara prinsip bioetika yang secara teoritis menekankan transparansi informasi dan penghormatan terhadap otonomi pasien dengan praktik klinis yang sering kali dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, serta kondisi psikologis pasien. Oleh karena itu diperlukan kajian yang lebih mendalam mengenai bagaimana tenaga kesehatan dapat menyeimbangkan kedua prinsip tersebut dalam praktik pelayanan kesehatan.

Literature review ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai perspektif mengenai dilema etik antara *veracity* dan *respect for autonomy* dalam konteks pelayanan kesehatan dari berbagai jurnal yang sudah diterbitkan. Dengan meninjau berbagai literatur, penelitian ini akan menganalisis implikasi dari penerapan kedua prinsip tersebut, serta strategi yang dapat digunakan tenaga medis dalam menyeimbangkan keduanya guna memastikan praktik medis yang etis dan profesional.

Definisi

Autonomy merupakan prinsip etika yang menekankan hak individu untuk membuat keputusan secara bebas, tanpa paksaan atau pengaruh dari pihak lain. Dalam konteks medis, ini merujuk pada hak pasien untuk membuat keputusan terkait dengan pengobatan mereka, termasuk hak untuk menerima atau menolak terapi atau intervensi medis. Dalam beberapa dokumen, seperti pada studi mengenai demencia, otonomi tidak hanya dipahami sebagai kemampuan untuk membuat keputusan rasional, tetapi juga untuk hidup sesuai dengan nilai dan identitas diri individu, meskipun mereka mungkin bergantung pada orang lain untuk melaksanakan keputusan tersebut. *Autonomy* merupakan dasar dari prinsip-prinsip, seperti *informed consent* (persetujuan berdasarkan informasi yang lengkap), kerahasiaan, dan kebenaran dalam penyampaian informasi. Namun, otonomi ini juga sering kali harus dipertimbangkan bersama dengan prinsip-prinsip etika lain, seperti *beneficence* (berbuat untuk kebaikan orang lain) dan *non-maleficence* (tidak menyebabkan kerugian).^{7,20}

Veracity atau kebenaran, adalah prinsip etika yang mengharuskan penyampaian informasi yang akurat dan jujur kepada pasien. Dalam praktik medis, ini berarti bahwa tenaga medis harus memberikan informasi yang benar mengenai kondisi medis pasien, prognosis, dan pilihan pengobatan, tanpa menyembunyikan fakta penting. Dalam beberapa penelitian, termasuk yang membahas pengungkapan diagnosis kanker terminal, *veracity* dianggap sebagai kewajiban moral yang tak bisa diabaikan. Penyembunyian informasi dapat merusak hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, serta merugikan pengambilan keputusan yang tepat oleh pasien.^{1,2,16,21}

Prinsip *autonomy* menekankan hak individu untuk membuat keputusan terkait diri mereka sendiri tanpa paksaan. Dalam konteks medis, ini berarti pasien memiliki hak untuk menentukan pilihan pengobatan berdasarkan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Perkembangan prinsip ini dipengaruhi oleh beberapa faktor historis, seperti Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia tahun 1948, yang menegaskan hak individu atas kebebasan dan martabat. Selain itu, gerakan hak-hak sipil dan peningkatan kesadaran akan hak-hak konsumen di bidang kesehatan turut memperkuat posisi otonomi pasien dalam pengambilan keputusan medis. Sedangkan, prinsip *veracity* berkaitan dengan kewajiban tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi yang jujur dan akurat kepada pasien. Tradisi medis awal sering kali melibatkan pendekatan paternalistik, di mana dokter memutuskan apa yang terbaik bagi pasien tanpa melibatkan mereka secara langsung. Namun, seiring waktu, muncul kesadaran bahwa transparansi dan kejujuran dalam komunikasi antara dokter dan pasien adalah esensial untuk membangun kepercayaan dan memungkinkan pasien membuat keputusan yang tepat mengenai perawatan mereka.^{1,2,15,24}

Selain itu, usia juga berperan penting dalam hak autonomi seseorang. Peraturan Menteri Kesehatan No. 290 Tahun 2008 menyatakan bahwa penjelasan tindakan kedokteran diberikan langsung kepada pasien dan/atau keluarga terdekatnya. Pasien yang kompeten berhak memberikan persetujuan

tindakan medis. Kompetensi pasien dinilai berdasarkan kecakapan (usia) dan kemampuan berkomunikasi. Peraturan ini juga mengakui adanya hak otonomi kepada orang yang telah dewasa atau bukan anak. Namun dalam hal ini, peraturan tersebut tidak menyebutkan kriteria usia kedewasaan di dalamnya.^{16,19}

Penelitian menunjukkan bahwa fungsi kognitif memengaruhi kompetensi pasien dalam membuat keputusan medis. Misalnya, pada pasien skizofrenia, gangguan kognitif dapat menurunkan kapasitas pengambilan keputusan. Penilaian kapasitas ini sering dilakukan menggunakan alat, seperti MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT). Pengaruh eksternal, seperti tekanan dari keluarga, tenaga medis, atau norma sosial juga bisa memengaruhi tingkat *autonomy* seseorang dan *autonomy* juga harus memiliki keseimbangan dengan prinsip *non-maleficence*. Hak *autonomy* seseorang bisa dibatasi jika keputusan yang diambil membahayakan diri sendiri atau orang lain.

Kedua aspek saling berkaitan dan mendukung satu sama lain. *Autonomy* memungkinkan pasien untuk mengambil keputusan berdasarkan nilai dan preferensi pribadi mereka, sementara *veracity* memastikan bahwa keputusan tersebut didasarkan pada informasi yang benar dan lengkap. Tanpa *veracity*, otonomi pasien dapat terkompromi karena keputusan yang diambil mungkin tidak didasari oleh pemahaman yang memadai. Sebaliknya, tanpa penghormatan terhadap otonomi, penyampaian informasi yang jujur pun menjadi kurang bermakna jika pasien tidak diberi kebebasan untuk memilih.^{1,2}

Penggunaan Johnson 4 Box Model Ethics dalam Menghadapi Dilema Etika

A. Indikasi Medis

Kuadran ini merupakan langkah pertama untuk analisis kasus menggunakan pendekatan *Johnson 4 Box Model Ethics*. Penilaian kuadran ini berdasarkan prinsip *beneficence* dan *non-maleficence*. Bagian ini memerlukan tenaga kesehatan untuk meninjau kembali riwayat medis pasien, prognosis, tujuan pengobatan, peluang keberhasilan, dan tindakan yang

diperlukan jika terjadi kegagalan pengobatan. Singkatnya, tujuan kuadran ini ialah agar pasien mendapatkan manfaat yang lebih banyak daripada kerugian dengan perawatan medis.

B. Preferensi Pasien

Kuadran ini mengevaluasi apakah pasien mampu secara mental dan kompeten secara hukum untuk mengartikulasikan preferensi perawatan mereka. Kuadran ini mempertimbangkan apakah pasien telah diberi informasi yang memadai tentang risiko, manfaat, dan alternatif intervensi yang diusulkan, memastikan bahwa persetujuan mereka berdasarkan informasi dan sukarela. Dalam kasus di mana pasien tidak memiliki kapasitas, kotak ini mengeksplorasi peran pengambil keputusan pengganti atau preferensi yang diungkapkan sebelumnya, seperti arahan lanjutan, untuk memandu keputusan perawatan. Selain itu, kuadran ini menilai apakah pengganti mematuhi standar yang tepat untuk pengambilan keputusan dan bertindak sesuai dengan nilai dan keinginan pasien yang diketahui. Kotak ini juga membahas hambatan potensial untuk bekerja sama dengan perawatan, dengan berusaha memahami dan menyelesaikan penyebab penolakan atau ketidakpatuhan yang mendasarinya. Pada akhirnya, kuadran ini memastikan bahwa keputusan medis menghormati otonomi pasien sambil menyeimbangkan pertimbangan etika dan hukum.

C. Kualitas Hidup

Kuadran ini menilai bagaimana intervensi medis memengaruhi kesejahteraan dan fungsi harian pasien secara keseluruhan. Aspek ini menekankan evaluasi subjektif dan objektif terhadap kualitas hidup dengan mempertimbangkan faktor-faktor, seperti kesehatan fisik, kondisi emosional, interaksi sosial, dan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas yang bermakna. Dokter didorong untuk merenungkan apakah perawatan yang diusulkan akan meningkatkan atau mengurangi kualitas hidup pasien, dengan mempertimbangkan potensi manfaat terhadap beban, seperti efek samping atau hilangnya otonomi. Selain itu, penting untuk menyadari bahwa penilaian tentang kualitas hidup dapat

bervariasi bergantung pada penyedia layanan kesehatan atau anggota keluarga, dan bukan hanya mencerminkan pandangan pasien sendiri. Kuadran ini pada akhirnya bertujuan untuk memastikan bahwa keputusan perawatan selaras dengan apa yang pasien anggap sebagai kehidupan yang bermartabat dan memuaskan, terutama dalam kasus-kasus kompleks yang melibatkan penyakit kronis atau perawatan akhir hayat.

D. Fitur Kontekstual

Kuadran ini mengeksplorasi masalah yang lebih luas yang tidak tercakup dalam tiga kuadran lainnya, seperti faktor ekonomi (beban pengasuh akibat biaya medis yang tinggi), agama dan budaya (agama keluarga dan harapan untuk mukjizat), dan masalah kerahasiaan (kolusi), serta dampak faktor-faktor tadi dalam pengambilan keputusan.

Bagaimana Kemajuan Teknologi di Bidang Kesehatan mempengaruhi Prinsip Bioetik Otonomi dan Veracity antara Tenaga Kesehatan dan Pasien

Kemajuan teknologi dalam bidang kesehatan seperti rekam medis elektronik (RME) memiliki dampak positif dan negatif tersendiri. Pasien memiliki hak untuk menyetujui siapa saja yang dapat mengakses rekam medis mereka. Penerapan RME menyebabkan beberapa masalah etika, salah satunya kehilangan otonomi pasien karena memperlihatkan informasi pribadi pasien, status sosioekonomi, dan beberapa masalah kesehatan yang pengaksesannya membutuhkan pernyataan dan persetujuan pasien sehingga membahayakan prinsip otonomi seperti kebutuhan menghargai preferensi, kepercayaan, dan hak kemandirian pasien. Selain itu, kemajuan teknologi juga menyebabkan penurunan kemampuan komunikasi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi kepada pasien terutama dalam menyampaikan berita buruk dan informasi sesungguhnya terkait penyakit pasien sehingga mempengaruhi prinsip veracity. Padahal, penyampaian informasi mengenai pasien yang baik dapat berdampak positif terhadap prognosis, kualitas hidup, menurunkan tekanan emosional, dan menjaga

harapan pasien. Penyampaian informasi yang sebenar-benarnya memastikan informasi yang diberikan akurat dan untuk penentuan terapi pasien selanjutnya.^{1,2,6}

Apakah dokter harus sepenuhnya jujur dengan kondisi pasien atau dokter dapat berbohong demi keputusan terbaik untuk pasien?

Kejujuran dalam dunia medis merupakan prinsip etika yang sangat penting, terutama dalam menghormati hak pasien untuk membuat keputusan yang tepat mengenai perawatan mereka. Dokter memiliki kewajiban moral untuk memberikan informasi yang benar karena kejujuran membangun kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan. Tanpa informasi yang jelas, pasien tidak dapat memberikan persetujuan berdasarkan pemahaman yang penuh, yang pada akhirnya dapat melanggar prinsip otonomi pasien. Selain itu, studi menunjukkan bahwa pasien yang mengetahui kondisi mereka cenderung lebih kooperatif dalam pengobatan dan dapat mempersiapkan diri secara mental serta emosional menghadapi kondisi kesehatan mereka.

Namun, dalam situasi tertentu, dokter mungkin menghadapi dilema moral ketika menyampaikan kebenaran dapat menyebabkan lebih banyak bahaya daripada manfaat. Misalnya, dalam kasus pasien yang sangat rentan secara emosional atau mereka yang berada dalam kondisi kritis, berita yang mengejutkan dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka, contohnya, seorang pasien kritis yang mengalami kecelakaan dan kehilangan keluarganya mungkin lebih baik tidak langsung diberi tahu tentang kematian keluarganya dengan ketidaktahuan tersebut pasien diharapkan tidak terganggu secara emosional dan dapat pulih lebih cepat. Dari perspektif etika konsekuensialisme, keputusan untuk tidak mengatakan kebenaran sepenuhnya dapat dibenarkan jika hal itu menghindarkan pasien dari penderitaan yang lebih besar. Selain itu, dalam beberapa kasus, pasien sendiri mungkin memilih untuk tidak mengetahui seluruh kebenaran tentang kondisi mereka dan lebih memercayakan keputusan kepada dokter atau keluarga.

Oleh karena itu, dokter tidak selalu harus mengatakan kebenaran secara langsung dan menyeluruh, tetapi tetap harus mempertahankan keseimbangan antara kejujuran dan kepedulian terhadap kesejahteraan pasien. Keputusan untuk menyampaikan atau menahan informasi harus dilakukan dengan pertimbangan yang matang, termasuk menilai kesiapan pasien untuk menerima informasi, dampak psikologisnya, serta nilai budaya yang dianut oleh pasien. Dengan pendekatan yang berempati dan komunikasi yang baik, dokter dapat tetap menjaga prinsip moralnya tanpa harus merugikan pasien secara emosional maupun fisik.

Apa saja kebijakan yang dapat diimplementasikan untuk memastikan bahwa prinsip *autonomy*, *beneficence*, *justice*, dan *veracity* dapat dijalankan secara seimbang dalam pelayanan kesehatan? Untuk menyeimbangkan prinsip *autonomy*, *beneficence*, *justice*, dan *veracity* dalam pelayanan kesehatan, kebijakan yang dapat diimplementasikan mencakup peningkatan regulasi terkait *informed consent*, yang memastikan bahwa pasien diberikan informasi yang jelas dan akurat sebelum menjalani perawatan medis. Selain itu, kebijakan ini harus mencakup mekanisme yang melindungi hak pasien untuk menolak atau menerima perawatan tanpa tekanan eksternal.^{1,2,7,14,206}

Kebijakan lain yang dapat diterapkan adalah penyediaan akses kesehatan yang lebih adil, termasuk subsidi atau program bantuan bagi kelompok yang kurang mampu. Hal ini penting untuk memastikan bahwa prinsip *justice* tetap terjaga dalam sistem kesehatan. Selain itu, kebijakan pelatihan bagi tenaga medis mengenai komunikasi etis juga dapat membantu menyeimbangkan antara *beneficence* dan *veracity*, sehingga tenaga medis dapat menyampaikan informasi medis dengan cara yang sensitif dan sesuai dengan kebutuhan pasien.^{1,2}

Terakhir, kebijakan harus mencakup mekanisme pengawasan dan akuntabilitas, sehingga setiap keputusan medis yang diambil dapat dipertanggungjawabkan secara profesional dan etis. Dengan menerapkan

kebijakan yang holistik dan berbasis nilai etika, sistem kesehatan dapat lebih efektif dalam melindungi hak dan kesejahteraan pasien.

Pada konteks perawatan pasien yang menderita penyakit terminal, bagaimana prinsip autonomy dan veracity dapat diterapkan dalam praktik klinis?

Dilema etika antara *autonomy* dan *veracity* muncul dalam konteks perawatan pasien yang menderita penyakit terminal, khususnya ketika pasien menghadapi diagnosis yang mengancam jiwa. *Autonomy* dalam hal ini mengacu pada hak pasien untuk membuat keputusan mengenai pengobatan mereka berdasarkan informasi yang diberikan, termasuk mengenai prognosis penyakit mereka. Prinsip ini menghargai kebebasan individu dalam membuat pilihan mengenai kehidupan dan perawatan medis mereka, termasuk hak untuk mengetahui atau tidak mengetahui kondisi kesehatan mereka.^{1,2,16,21}

Di sisi lain, *veracity* atau kebenaran mengacu pada kewajiban penyedia layanan kesehatan untuk memberikan informasi yang akurat dan jujur mengenai diagnosis dan prognosis pasien, meskipun ini bisa sangat menyakitkan dan berisiko mengurangi harapan hidup pasien. Dalam praktik klinis, dilema ini seringkali terjadi ketika keluarga pasien atau dokter merasa bahwa memberi tahu pasien mengenai kondisi terminal mereka akan merusak kesejahteraan psikologis pasien, mengingat dampak emosional yang besar dari berita buruk tersebut.^{1,2,16,21}

Dampak dilema ini pada praktik klinis sangat signifikan. Ketidakjujuran atau penyembunyian informasi dapat merusak hubungan kepercayaan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, yang penting untuk perawatan yang efektif. Selain itu, pasien yang tidak diberi tahu dengan benar mengenai kondisi mereka mungkin tidak dapat menentukan keputusan yang diinformasikan mengenai pengobatan atau perawatan lanjutan mereka. Sebaliknya, menghormati *autonomy* pasien dengan memberikan informasi yang jujur, meskipun sulit, dapat memungkinkan pasien untuk menentukan keputusan yang lebih baik terkait dengan kualitas hidup mereka

pada tahap akhir.

Secara keseluruhan, meskipun menyampaikan kebenaran dapat sangat sulit, menghormati otonomi pasien dan memberikan mereka hak untuk mengetahui kondisi mereka adalah hal yang sangat penting dalam menyediakan perawatan yang etis dan efektif. Meskipun ada argumen bahwa menyembunyikan kebenaran dapat mengurangi penderitaan pasien, hal ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati karena dapat berisiko mengorbankan otonomi pasien dan kepercayaan dalam hubungan medis.

Bagaimana prinsip veracity dan autonomy saling berinteraksi dalam pengambilan keputusan medis?

Untuk tetap mengutamakan prinsip *veracity* sambil tetap menghormati prinsip *autonomy*, dokter perlu melakukan pendekatan yang hati-hati dan sikap empati. Dapat dimulai dari memberikan

kesempatan kepada pasien untuk menentukan sejauh mana mereka ingin mengetahui informasi medis mereka. Jika mereka ingin mengetahui lebih banyak, dokter harus memberikan informasi secara bertahap dan sensitif, dimulai dari gambaran umum dan kemudian memberikan detail lebih lanjut sesuai kesiapan pasien. Komunikasi yang penuh empati juga sangat penting dalam situasi ini seperti menggunakan metode *breaking bad news* untuk menyampaikan informasi yang sulit dengan cara yang tidak menambah beban emosional pasien.^{1,2}

Jika pasien memilih untuk tidak tahu atau ingin diberitahu oleh anggota keluarga, dokter harus menghormati keputusan tersebut, namun dokter juga harus memastikan bahwa pasien tetap memiliki kendali atas informasi yang mereka terima. Dukungan emosional juga menjadi kunci, dengan menyediakan konseling atau bantuan psikologis untuk membantu pasien mengatasi perasaan yang timbul setelah menerima informasi tersebut. Kemudian, dokter juga harus memberi informasi yang jujur dan akurat. Setiap dokter tetap harus menghormati pilihan pasien untuk tidak mengetahui segala rincian, memastikan bahwa *autonomy* pasien

tetap dihormati tanpa mengorbankan prinsip *veracity*.^{1,2}

Literatur menunjukkan bahwa transparansi informasi kepada pasien secara umum meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan. Penyampaian informasi yang jujur dapat memperkuat hubungan terapeutik antara dokter dan pasien serta meningkatkan partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan medis.²⁴ Namun demikian, beberapa penelitian menunjukkan adanya variasi dalam penerapan prinsip tersebut terutama dalam konteks budaya yang lebih kolektif. Dalam beberapa kasus, keluarga pasien meminta dokter untuk tidak menyampaikan diagnosis secara langsung kepada pasien, terutama pada penyakit terminal. Hal ini menunjukkan adanya ketegangan antara prinsip bioetika universal dengan nilai sosial dan budaya yang berkembang di masyarakat.²⁵

Dalam konteks praktik kedokteran di Indonesia, penerapan prinsip *veracity* dan *respect for autonomy* juga tercermin dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang telah direvisi dalam Mukhtamar IDI di Lombok. KODEKI menegaskan bahwa dokter memiliki kewajiban memberikan informasi medis yang jujur, lengkap, dan dapat dipahami oleh pasien sebelum melakukan tindakan medis, serta menghormati hak pasien dalam menentukan pilihan terhadap tindakan medis yang akan dijalani.²⁶

KESIMPULAN

Dilema etik antara prinsip *veracity* dan *respect for autonomy* merupakan tantangan yang sering muncul dalam praktik kedokteran. Perkembangan teknologi, seperti rekam medis elektronik, turut memperkuat urgensi penerapan kedua prinsip tersebut sekaligus memunculkan tantangan etis baru terkait kerahasiaan dan otonomi pasien. Oleh karena itu, pengambilan keputusan klinis yang etis memerlukan komunikasi yang empatik dan terstruktur, penguatan praktik *informed consent*, serta penggunaan kerangka analisis etik, seperti *Four Box Method*, agar keputusan klinis yang diambil tetap menjaga kepercayaan

pasien, menghormati martabat dan otonomi mereka, serta memenuhi kewajiban moral untuk menyampaikan kebenaran yang relevan bagi perencanaan terapi dan perawatan.

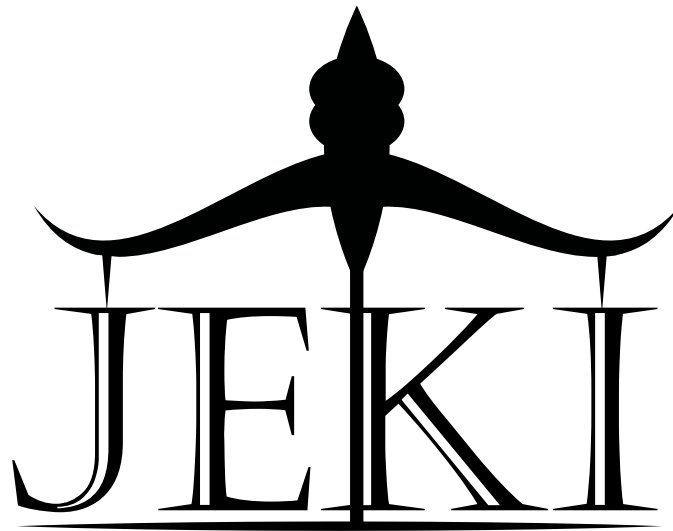
KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan pada penelitian ini.

REFERENSI

1. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119.
2. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. *Malays J Med Sci*. 2018 May-Jun;25(3):135-9. doi: 10.21315/mjms2018.25.3.14.
3. Cheraghi R, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Hassankhani H, Jafarzadeh A. Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nurs*. 2023;22(89). doi:10.1186/s12912-023-01246-4.
4. Majeed IA, Karim K, Mughal FB, Karim K, Ali SS, Mistri N. Veracity or beneficence: Ethical conundrum. *J Clin Res Bioeth*. 2023;14(1):454. doi:10.35248/2155-9627.23.14.454.
5. Karam Din S, Yaqoob A, Assad R, Basharat S. Ethical Dilemma: Autonomy Versus Veracity. *NURSESEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*. 2021;1(01):34-37. doi: 10.54393/nrs.v1i01.3.
6. Afzal S, Arshad A. Ethical issues among healthcare workers using electronic medical records: A systematic review. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*. 2021. doi: 10.1016/j.cmpbup.2021.100030.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
8. Summary of Methodology. Department of Bioethics & Humanities, University of Washington School of Medicine. Accessed April 1, 2025. <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine-bioethics-tools/summary-methodology>
9. Almadori A, Jordan S, Daugherty A, Kim J. The Four-Quadrant Approach to Ethical Issues in Burn Care. *AMA J Ethics*. 2018;20(6):547-553.
10. Lee HY, Mok YM, Ang SY, et al. Ethical dilemmas referred to a clinical ethics committee: a qualitative study using Jonsen's four topics approach. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):123. Published 2020 Dec 17. doi:10.1186/s12910-020-00569-7.
11. Toh HJ, Low JA, Lim ZY, Lim Y, Siddiqui S, Tan L. Jonsen's four topics approach as a framework for clinical ethics consultation. *Asian Bioethics Review [Internet]*. 2018 Mar 1;10(1):37-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s41649-018-0047-y>.
12. Gillon R. Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals”. *J Med Ethics*. 2003;29(5):307-312.
13. Quill TE, Arnold RM, Back AL. Discussing prognosis: “How much do you want to know?” Talking to patients about their prognosis. *JAMA*. 2018;322(8):743-744.
14. Orr RD, Siegler M, Pellegrino ED. Paternalism in medical practice. In: Khushf G, editor. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Dordrecht: Springer; 2013. p. 279-295.
15. Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:21. doi: 10.1186/s12913-015-1217-1.
16. Umam AR. Hak Otonomi Pasien Dalam Menentukan Persetujuan Tindakan Kedokteran Berdasarkan Transaksi Terapeutik. *Jurist-Diction*. 2022;5(5):1625-50.
17. World Medical Association. *Medical Ethics Manual*. 3rd ed. Ferney-Voltaire: WMA; 2015. Available from: <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/>
18. Prawiroharjo P, Meilia PDI, Hatta GF. Etika Menyampaikan Informasi Diagnosis Penyakit Terminal kepada Pasien sesuai Konteks Budaya Indonesia. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*. 2020;4(1).
19. Yen L, Jessica V, Mahardika D, Yantoro F, Junus K, Wijaya R, et al. Otonomi VS Paternalisme: Pengambilan Keputusan Medis pada Pasien dengan Skizofrenia. *Indonesian Journal of Legal and Forensic Sciences (IJLFS)*. 2023 Dec 30;13:78.

20. Amer AB. The ethics of veracity and its importance in the medical ethics. *Open Journal of Nursing*. 2019. doi: 10.4236/ojn.2019.92019.
21. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: Views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics*. 2015;16:65. doi:10.1186/s12910-015-0059-z.
22. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional country. *BMC Med Ethics*. 2015;16:65.
23. Prawiroharjo P, et al. Truth telling and cultural perspectives in medical practice in Indonesia. *Acta Med Indones*. 2020;52(1):75-82.
24. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in healthcare. *Nurs Ethics*. 2018;25(4):417-20.
25. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
26. Ikatan Dokter Indonesia. *Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) – revisi Muktamar IDI Lombok*. Jakarta: IDI; 2022.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Tinjauan Etik dan Diagnosa Radiologi dengan Kecerdasan Buatan

Liauw Djai Yen¹, Natashya Marvelia Sulaiman², Natasha Ivana Tansy², Stephanie Laurensia², Helena Angelica John², Angela Patricia Liestyanto², Agustinus Ega Purwanto², Himawan Gabriel Susetya²

¹Departemen Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) Jakarta

²Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta

Kata Kunci

kecerdasan buatan, radiologi, tinjauan etik

Korespondensi

liauwdjaiyen@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.102

Tanggal masuk: 12 November 2025

Tanggal ditelaah: 15 Desember 2025

Tanggal diterima: 27 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Kecerdasan buatan (Artificial Intelligence, AI) telah menjadi salah satu inovasi paling menjanjikan dalam dunia kesehatan, terutama dalam pemrosesan dan interpretasi gambar medis. AI dalam radiologi meningkatkan efisiensi dan akurasi diagnosis dengan memproses gambar medis secara cepat menggunakan teknik seperti machine learning. Teknologi AI diterapkan dalam berbagai metode pencitraan seperti MRI dan CT scan, berperan sebagai alat bantu, bukan pengganti, yang mendukung radiolog dalam memberikan perawatan yang lebih baik kepada pasien. AI merupakan teknologi yang meniru kecerdasan manusia dan digunakan dalam berbagai bidang, termasuk medis. AI, yang mencakup machine learning (ML) dan transfer learning (TL), memproses data besar (Big Data) dan digunakan dalam analisis gambar medis, seperti pada radiologi, untuk meningkatkan akurasi diagnosis. Namun, penggunaan AI dalam medis menimbulkan kekhawatiran etis, terutama terkait privasi dan keamanan data pasien. Model privasi seperti federated learning dan differential privacy dikembangkan untuk menjaga kerahasiaan data. Penerapan AI dalam radiologi menimbulkan tantangan etis, terutama terkait privasi dan keamanan data pasien. Oleh karena itu, diperlukan standar, regulasi, dan pengawasan ketat untuk menjaga etika penggunaan AI. Meskipun AI mendukung keputusan medis, ahli radiologi tetap bertanggung jawab atas perawatan pasien.

Abstract Artificial Intelligence (AI) has become one of the most promising innovations in healthcare, particularly in the processing and interpretation of medical images. AI in radiology enhances diagnostic efficiency and accuracy by rapidly processing medical images using techniques such as machine learning. AI technology is applied to various imaging modalities, such as MRI and CT, serving as an assistive tool rather than a replacement to support radiologists in providing better patient care. AI is a technology that mimics human intelligence and is applied across various fields, including healthcare. AI, which encompasses machine learning (ML) and transfer learning (TL), processes large-scale data (Big Data) and is used in medical image analysis, particularly in radiology, to enhance diagnostic accuracy. However, the use of AI in healthcare raises ethical concerns, especially regarding patient data privacy and security. Privacy models such as federated learning and differential privacy have been developed to safeguard data confidentiality. The application of AI in radiology presents ethical challenges, particularly related to patient data privacy and security. Strict standards, regulations, and oversight are necessary to ensure ethical implementation. While AI supports medical decision-making, radiologists remain responsible for patient care.

Artificial Intelligence (AI) adalah istilah dalam komputasi yang merujuk pada kemampuan program komputer untuk melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan kecerdasan manusia, seperti penalaran, pembelajaran, adaptasi, pemahaman sensorik, dan interaksi.¹ Belakangan ini, peningkatan jumlah pasien, berkembangnya penyakit kronis,

dan adanya keterbatasan sumber daya manusia telah memberikan dampak signifikan pada sistem pelayanan kesehatan. Secara bersamaan, penggunaan teknologi digital juga semakin meningkat terutama dengan berkembangnya AI. Apabila dimanfaatkan dengan baik, kemajuan teknologi ini dapat berpotensi mengatasi tantangan yang dihadapi oleh sistem pelayanan

kesehatan.²

AI telah menjadi salah satu inovasi paling menjanjikan dalam dunia kesehatan, terutama dalam pemrosesan dan interpretasi gambar medis. AI dalam radiologi meningkatkan efisiensi dan akurasi diagnosis dengan memproses gambar medis secara cepat menggunakan teknik seperti *machine learning* (ML). Teknologi ini mendeteksi pola-pola yang sulit dilihat oleh mata manusia, mempercepat proses diagnostik, dan memungkinkan radiolog fokus pada tugas bernilai tambah seperti konsultasi klinis. Teknologi AI diterapkan dalam berbagai metode pencitraan, seperti MRI dan CT scan, sebagai alat bantu (bukan pengganti), yang mendukung radiolog dalam memberikan perawatan yang lebih baik kepada pasien.³

Meskipun perkembangan AI dalam radiologi menunjukkan potensi besar dalam meningkatkan efisiensi dan akurasi diagnosis, perkembangan teknologi ini sering kali berjalan lebih cepat dibandingkan dengan perkembangan regulasi dan kerangka etik yang mengaturnya. Artikel ini akan membahas tinjauan etika penggunaan AI dalam praktik layanan radiologi.

Hasil pencarian literatur awal menghasilkan sejumlah artikel berbahasa Inggris yang relevan dalam kurun waktu 10 tahun terakhir dari pangkalan data PubMed dan Google Scholar dengan kata kunci utama "*Ethical consideration*", "*using AI*", "*radiology*", dan "*EMR*". Setelah dilakukan proses penyaringan berdasarkan judul, abstrak, serta kesesuaian dengan topik penelitian, sejumlah artikel yang tidak membahas implementasi AI dalam kesehatan atau tidak memiliki keterkaitan dengan aspek etika dieliminasi. Artikel yang tersisa kemudian dianalisis secara lebih mendalam untuk mengidentifikasi isu-isu etika utama terkait penggunaan AI dalam radiologi dan pengolahan data kesehatan. Sebagian besar literatur yang ditemukan membahas tiga tema utama, yaitu:

1. Penerapan AI dalam analisis citra medis,
2. Keamanan dan privasi data pasien dalam rekam medis elektronik, serta
3. Tanggung jawab profesional dalam penggunaan sistem berbasis AI.

Salah satu penelitian yang memberikan gambaran implementasi AI dalam analisis citra medis adalah studi yang dilakukan oleh Shie et al. mengenai penggunaan *transfer learning* (TL) untuk klasifikasi Otitis Media (OM). Studi ini dipilih sebagai contoh implementasi karena menunjukkan bagaimana model AI dapat dilatih menggunakan dataset besar untuk mengklasifikasikan gambar medis dengan akurasi yang cukup tinggi.¹⁶

Artificial Intelligence

Penggunaan AI atau kecerdasan buatan banyak berkembang, salah satunya di bidang medis. AI sendiri merupakan penggabungan ilmu dan rekayasa yang memungkinkan komputer bertindak dengan cara yang sebelumnya dianggap membutuhkan kecerdasan manusia.⁷ Istilah lain yang digunakan merupakan *machine learning* (ML), yang merupakan divisi dari AI, di mana AI dibuat sedemikian rupa mampu melakukan pembelajaran mendalam (*deep learning*) dari *Big Data*, sehingga dapat digunakan dalam berbagai aplikasi dalam kehidupan sehari-hari.^{8,9} Sementara itu, *transfer learning* (TL) didefinisikan sebagai suatu proses mengimplementasikan model yang dilatih menggunakan suatu jenis data pada jenis data lainnya, dan merupakan salah satu metode yang digunakan dalam AI.⁵ AI memiliki beberapa model dalam bentuk privasi, melalui:¹⁰

1. *Federated learning* (pembelajaran terdistribusi di mana beberapa klien bekerja bersama untuk membuat sebuah model, dengan menjaga kerahasiaan dari data *input*-nya.
2. *Differential privacy* (pendekatan matematis dengan menambahkan keacakan atau *noise* pada data yang sensitif untuk melindungi kontribusi setiap partisipan.
3. *Cryptographic techniques* (teknik enkripsi dari data sebelum *training* dan *testing*)
4. *Hybrid Privacy-Preserving Techniques* (penggabungan keempat metode untuk menjaga keamanan data pada setiap domain biomedik.

Beberapa tahun terakhir jumlah AI yang tersedia secara komersial terus bertambah khususnya di bagian radiologi. Terdapat penelitian yang meneliti bukti ilmiah yang

mendukung produk-produk AI di Eropa, terdapat 100 produk AI yang ditujukan pada bagian neuroradiologi, radiologi dada, diikuti dengan payudara, muskuloskeletal radiologi. didapatkan bahwa dari 100 AI yang diteliti, hanya 34 produk AI yang didukung dengan beberapa publikasi dan sebagian besar berfokus pada akurasi diagnostik. hal ini dikarenakan produk AI radiologi yang tersedia saat ini masih dalam tahap awal.¹¹

Penggunaan AI juga telah dikembangkan untuk menganalisis data RME. RME berisi informasi riwayat kesehatan pasien, mulai dari riwayat masuk pasien, pemeriksaan fisik, hasil tes darah, pengobatan, operasi, dan pengeluaran medis. Penggunaan AI dalam menganalisis data RME memiliki beberapa kendala, seperti perlunya data skala besar dan perlunya suatu “standar” untuk *big data*. AI dianggap penting seiring peningkatan kebutuhan terapi yang disesuaikan dengan kondisi pasien, serta manfaat yang dapat diraih menggunakan AI. Upaya standarisasi data kesehatan nasional sedang dilakukan terutama di Korea, berupa pembentukan pedoman sebagai standar *input data*.¹² AI bermanfaat, selain untuk mendapatkan terapi yang sesuai dengan kondisi pasien, juga dapat digunakan untuk pengembangan pengobatan, serta memprediksi kejadian penyakit khusus. Penggunaan AI dengan data RME membantu menganalisis gambar dan data medis RME, serta memberikan layanan yang sesuai pada setiap pasien.¹³

Etika pada Rekam Medis Elektronik

RME diakui dapat meningkatkan kualitas, aksesibilitas dan efisiensi biaya dalam perawatan kesehatan dibandingkan dengan catatan kertas tradisional. Namun dibalik keuntungannya, terdapat beberapa kekhawatiran etis yang signifikan. Pertama, menjaga privasi dan kerahasiaan informasi pasien menjadi prioritas utama, di mana data hanya boleh diakses dengan izin pasien dan dikontrol melalui hak akses berbasis peran. Tanpa kebijakan privasi yang kuat, pasien mungkin enggan membagikan informasi penting, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas perawatan. Selain itu, insiden pelanggaran keamanan

menggarisbawahi perlunya penerapan langkah-langkah keamanan canggih seperti enkripsi dan jejak audit untuk mencegah akses tidak sah. Implementasi RME yang efektif juga bergantung pada keterlibatan klinisi dan antarmuka yang mudah digunakan, sehingga penting bagi klinik untuk standardisasi alur kerja sebelum mengadopsi sistem ini. Ketidakkuratan data, yang dapat timbul dari kesalahan entri atau pencurian identitas medis, juga berisiko mengancam keselamatan pasien. Oleh karena itu, diperlukan sistem yang dapat meminimalkan kesalahan data agar keputusan perawatan lebih tepat dan sesuai. Secara keseluruhan, menangani isu-isu ini sangat penting untuk memastikan keberhasilan dan efektivitas RME, terutama di negara seperti India yang sistem kesehatannya terus berkembang.¹⁴

Kecerdasan Buatan dalam Radiologi untuk Diagnosis

Pada bidang kedokteran, salah satunya dalam bidang radiologi, ML digunakan dalam menentukan diagnosa berdasarkan hasil radiologi. Penggunaan data awal “*Big Data*” yang meliputi data dengan karakteristik “*volume, variety, and velocity*”, membantu mesin mendeteksi data radiologi berupa laporan dan gambar bervolume besar, variasi modalitas dan format pencitraan, yang segera dianalisis secara *real time* atau mendekati *real time*.⁹ Mesin kemudian dapat menampilkan hasil analisis data baru, berdasarkan *Big Data* yang diterima. Oleh karena itu, dalam bidang radiologi ML dianggap bermanfaat, terutama dalam mendeteksi lesi awal dan pembuatan diagnosis banding, yang dapat membantu ketelitian radiologis.⁹ Namun dalam implementasinya, masih banyak pertanyaan etik yang muncul akibat penggunaan AI dalam proses diagnosis.

Implementasi TL untuk Diagnosis

Sebuah penelitian yang dilakukan Chuen-Kai Shie et al. menggunakan pendekatan *transfer learning* untuk pengembangan sistem klasifikasi otomatis, dengan fokus pada studi kasus OM. Pendekatan ini tidak mengandalkan pengetahuan domain untuk mengekstraksi fitur, melainkan menggunakan data yang tidak

relevan dengan OM, yaitu dataset *ImageNet* yang terdiri dari 15 juta gambar objek umum.¹⁶

Penelitian ini mencakup empat langkah kunci:¹⁶

1. Pembentukan kodebook secara tidak terawasi: Peneliti membangun kodebook dari *ImageNet* yang berisi elemen-elemen dasar gambar. Proses ini dilakukan tanpa melibatkan informasi dari gambar OM.
2. Pengkodean gambar OM: Setiap gambar OM dikodekan menjadi kombinasi berbobot dari elemen-elemen dalam *kodebook*. Hasilnya adalah vektor pembobotan yang menjadi representasi fitur dari gambar OM.
3. Pembelajaran yang diawasi: Fitur-fitur hasil TL digunakan untuk melatih sebuah klasifikator menggunakan algoritma *Support Vector Machine* (SVM) pada *dataset* OM yang terdiri dari 1.195 gambar yang dilabeli.
4. Fusi fitur: Peneliti juga menggabungkan fitur-fitur yang dihasilkan secara heuristik dari penelitian sebelumnya dengan fitur hasil TL, dan menunjukkan bahwa akurasi deteksi dapat ditingkatkan.

Melalui eksperimen, pendekatan TL ini menghasilkan akurasi deteksi OM sebesar 88,5% dengan sensitivitas 89,63% dan spesifisitas 86,9%, lebih baik daripada pendekatan sebelumnya yang menggunakan fitur manual yang dihasilkan oleh pakar medis. Hasil eksperimen menunjukkan bahwa fitur yang dipelajari dari TL lebih unggul daripada fitur manual yang dihasilkan oleh pakar. Akurasi terbaik diperoleh dari fitur yang diambil dari lapisan fc6, dengan akurasi 88,5% tanpa menggunakan segmentasi. Segmentasi yang sebelumnya membantu meningkatkan akurasi pada metode manual, tidak memberikan peningkatan yang signifikan pada TL. Penggabungan vektor fitur hasil TL dengan fitur manual, serta fusi pada level klasifikator memberikan sedikit peningkatan akurasi yang tidak signifikan secara statistik, menunjukkan bahwa fitur manual tidak memberikan kontribusi yang besar.¹⁶

Hasil eksperimen juga menunjukkan bahwa semakin banyak data yang digunakan untuk TL, semakin baik akurasi klasifikasi. Selain itu, keragaman data juga terbukti membantu

menghasilkan fitur yang lebih diskriminatif. TL menawarkan solusi yang menjanjikan untuk menganalisis data medis dengan keterbatasan data dan pengetahuan domain. Pendekatan ini mencapai akurasi deteksi yang lebih baik daripada metode sebelumnya yang mengandalkan fitur manual.¹⁶

Masalah Etis Pembuatan Diagnosa Radiologi Menggunakan AI

Privasi dan kerahasiaan data pasien

Privasi dan kerahasiaan data pasien merujuk pada hak individu untuk memegang kontrol terhadap informasi kesehatannya, sementara kerahasiaan merujuk pada tanggung jawab dari pihak yang dipercayakan untuk menjaga kerahasiaan data pasien.¹⁷ Penggunaan data yang didapatkan dan hasil analisis bertambah dan disimpan dalam jangka waktu panjang. Penyimpanannya data elektronik yang berkepanjangan menjadi perhatian karena risiko penyalahgunaan privasi. Pembuatan anonimitas data tidak menjamin keamanan data karena penggabungan data dan identifikasi ulang dapat digunakan untuk mendapatkan data pasien.¹⁸

Beberapa langkah keamanan siber yang direkomendasikan untuk implementasi RME meliputi penggunaan *firewall*, kriptografi, perangkat lunak antivirus, dan langkah-langkah lainnya. *Firewall*, seperti *packet filtering*, *status inspection*, dan *application level gateways*, penting untuk melindungi data dari akses yang tidak sah. Kriptografi juga memainkan peran krusial dalam melindungi data kesehatan sensitif saat ditransfer. Selain itu, perangkat lunak antivirus membantu mendeteksi dan menghapus perangkat lunak berbahaya yang dapat membahayakan sistem. Penilaian risiko awal diperlukan untuk mengidentifikasi ancaman potensial dan mengambil langkah-langkah mitigasi yang tepat. Implementasi tanda tangan digital pada dokumen juga meningkatkan keamanan administratif dengan memastikan dokumen tidak dapat diubah tanpa otorisasi. Pelatihan personil dalam pemulihan bencana dan pengurangan antarmuka antara sistem kritis sangat penting agar staf dapat merespons insiden keamanan dengan lebih efektif. Penggunaan *Radio Frequency Identification* (RFID)

juga direkomendasikan untuk melindungi perangkat fisik yang menyimpan data kesehatan dari pencurian atau akses tidak sah.¹⁵

Dibandingkan dengan RME, dalam era di mana AI semakin mendominasi berbagai aspek kehidupan, menjaga privasi data pengguna menjadi sangat penting. Salah satu pendekatan yang efektif untuk mencapai hal ini adalah melalui penerapan *Federated Learning*. Metode ini bekerja dengan cara mengkomunikasikan hanya pembaruan minimum yang diperlukan untuk membangun model, tanpa harus mengumpulkan data pribadi dari pengguna. Dengan demikian, *Federated Learning* menawarkan keuntungan privasi yang signifikan dibandingkan dengan metode pembelajaran mesin konvensional yang seringkali mengharuskan pengumpulan data terpusat. Selain itu, penting juga untuk memahami niat dan metode yang mungkin digunakan oleh penyerang. Dengan menganalisis potensi ancaman ini, kita dapat merancang strategi perlindungan yang lebih efektif untuk aplikasi AI, sehingga mengurangi risiko kebocoran data. Pendekatan yang komprehensif ini, yang menggabungkan teknik *Federated Learning* dengan pemahaman mendalam mengenai ancaman, menjadi kunci dalam menjaga integritas dan privasi data di dunia digital yang semakin kompleks.²¹

Pihak yang bertanggung jawab

Penggunaan AI secara etis dalam radiologi harus menghormati hak asasi manusia dan kebebasan individu, termasuk menjaga martabat dan privasi. Teknologi ini juga harus transparan untuk mengurangi potensi bias dalam pengambilan keputusan dengan tetap memastikan akuntabilitas berada pada perancang atau operatornya. Regulasi saat ini masih lebih berfokus pada pengelolaan data kesehatan secara umum dan belum secara spesifik mengatur penggunaan teknologi AI dalam proses diagnostik radiologi, termasuk aspek akuntabilitas, transparansi algoritma, serta potensi bias dalam pengambilan keputusan berbasis AI. Kode etik dan pedoman praktik untuk penggunaan AI perlu mulai dirumuskan untuk mendukung penggunaan radiologi dalam pembuatan diagnosa. Mengembangkan

peraturan, standar dan kode etik ini bertujuan untuk memastikan AI yang etis dengan mempertimbangkan keseimbangan tanggung jawab moral yang tepat. Alat AI dalam radiologi harus diuji dan dievaluasi oleh otoritas yang sah sebelum diimplementasikan.²⁰

Selain itu, sebagian besar literatur mengenai AI dalam radiologi berfokus pada aspek teknis seperti peningkatan akurasi diagnosis dan performa algoritma, sementara kajian yang secara khusus membahas implikasi etis dari penggunaan AI dalam konteks praktik klinis masih relatif terbatas. Hal ini menimbulkan kesenjangan antara perkembangan teknologi AI yang pesat dengan kesiapan kerangka etik dan regulasi yang mengatur penggunaannya dalam praktik medis.

Peraturan, standar, dan kode etik harus disepakati dan terus diperbarui. Kunci dari kode etik ini adalah penekanan yang berkelanjutan untuk transparansi, perlindungan pasien, dan kontrol yang kuat terhadap versi dan penggunaan data. Pemantauan pasca implementasi yang berkelanjutan untuk konsekuensi yang tidak diinginkan dan hilangnya kualitas harus ditegakkan, dengan protokol yang tersedia untuk menentukan penyebab dan menerapkan tindakan perbaikan.²⁰

Isu-isu etika baru akan muncul dengan cepat dan teratur, dan apresiasi kita terhadap isu-isu tersebut akan berubah seiring berjalannya waktu. Oleh karena itu, meskipun penting untuk mempertimbangkan etika AI dalam radiologi saat ini, penting juga untuk menilai kembali topik ini berulang kali seiring dengan meningkatnya pemahaman kita tentang dampak dan potensinya, serta kembali ke alat AI yang digunakan dalam radiologi untuk menilai apakah alat tersebut telah memenuhi peraturan dan standar yang telah diperbarui.²⁰

Ahli radiologi pada akhirnya akan tetap bertanggung jawab atas perawatan pasien dan perlu memperoleh keterampilan baru untuk melakukan yang terbaik bagi pasien dalam ekosistem AI yang baru. Komunitas radiologi membutuhkan kerangka kerja etis untuk membantu mengarahkan pengembangan teknologi, memengaruhi cara berbagai pemangku kepentingan merespons dan

menggunakan AI, serta mengimplementasikan perangkat ini untuk membuat keputusan dan tindakan terbaik bagi, dan semakin banyak, pasien. Kami berharap pernyataan ini dapat memperjelas prinsip-prinsip inti yang menjadi dasar kerangka kerja ini di setiap komunitas.²⁰

KESIMPULAN

AI memiliki peran yang signifikan dalam bidang medis, terutama dalam radiologi. Dengan kemampuan ML dan *deep learning*, AI dapat menganalisis data besar untuk mendukung diagnosis yang lebih cepat, lebih akurat dan personal. Meskipun demikian, Ahli radiologi tetap harus bertanggung jawab atas perawatan pasien, sementara AI menjadi alat pendukung yang memperkaya keputusan medis. Penerapan AI menimbulkan tantangan etis seperti privasi data pasien, keamanan informasi, dan akuntabilitas dalam proses diagnosis. Untuk menjaga integritas dan etika penggunaan AI, diperlukan standar, regulasi, serta pengawasan ketat. Meskipun pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 mewajibkan fasilitas kesehatan untuk menerapkan sistem rekam medis elektronik, risiko seperti peretasan, kebocoran data, serta masalah otentifikasi dan akses data tetap menjadi masalah utama. Pengembangan sistem keamanan yang memadai untuk melindungi data pasien juga membutuhkan biaya yang signifikan, memperbesar tantangan dalam implementasi teknologi ini.

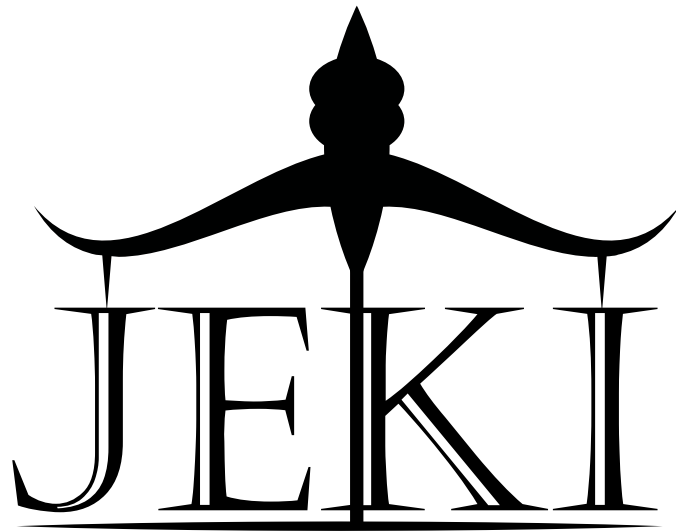
KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Miller DD, Brown EW. Artificial intelligence in medical practice: the question to the answer? *Am J Med.* 2018;131(2):129-33. doi:10.1016/j.amjmed.2017.10.035.
2. Morley J, Floridi L. An ethically mindful approach to AI for health care. *SSRN Electron J.* 2020;254-5. doi:10.2139/ssrn.3830536.
3. Pesapane F, Codari M, Sardanelli F. Artificial intelligence in medical imaging: threat or opportunity? *Eur Radiol Exp.* 2018;2(1):35. doi:10.1186/s41747-018-0061-6.
4. Brunese L, Mercaldo F, Reginelli A, Santone A. Explainable deep learning for pulmonary disease and coronavirus COVID-19 detection from X-rays. *Comput Methods Programs Biomed.* 2022;226:107161. doi:10.1016/j.cmpb.2022.107161.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Fasyankes wajib terapkan rekam medis elektronik [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022 Sep 9 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220909/0841042/fasyankes-wajib-terapkan-rekam-medis-elektronik/>
6. Kuntardjo C. Dimensions of ethics and telemedicine in Indonesia: enough of Permenkes number 20 year 2019 as a frame of telemedicine practices in Indonesia? *Soepa J Huk Kesehat.* 2020;6(1):1-13. doi:10.24167/shk.v6i1.2606.
7. American College of Radiology. Ethics of AI in radiology: European and North American multisociety statement [Internet]. Reston (VA): American College of Radiology; 2019 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Informatics/Ethics-of-AI-in-Radiology-European-and-North-American-Multisociety-Statement-6-13-2019.pdf>
8. European Commission. AI, robotics and autonomous systems [Internet]. Brussels: European Commission; 2019 [cited 2024 Sep 26]. Available from: https://www.unapcict.org/sites/default/files/2019-01/EC_AI%20Robotics%20and%20Autonomous%20Systems.pdf
9. Geis JR, Brady AP, Wu CC, Spencer J, Ranschaert E, Jaremko JL, et al. Ethics of artificial intelligence in radiology: summary of the joint European and North American multisociety statement. *J Am Coll Radiol.* 2019;16(7):877-84. doi:10.1016/j.jacr.2017.11.035.
10. Yadav N, Pandey S, Gupta A, Dudani P, Gupta S, Rangarajan K. Data privacy in healthcare: in the era of artificial intelligence. *Indian Dermatol Online J.* 2023;14(6):788-92.
11. Van Leeuwen KG, de Jong J, van Ginneken B, et al. Current landscape of commercially available artificial intelligence software for radiology: an overview and assessment of scientific evidence. *Eur Radiol.* 2021;31(7):3797-804. doi:10.1007/s00330-021-07892-z.
12. Shin SY. Adoption of certification system for upgrading electronic medical records (EMR). *HIRA Policy Trend.* 2018;12:17-23.

13. Lee S, Kim HS. Prospect of artificial intelligence based on electronic medical record. *J Lipid Atheroscler*. 2021;10(3):282-90. doi:10.12997/jla.2021.10.3.282.
14. Ozair FF, Jamshed N, Sharma A, Aggarwal P. Ethical issues in electronic health records: a general overview. *Perspect Clin Res*. 2015;6(2):73-6. doi:10.4103/2229-3485.153997.
15. Joukar A, Jahanbakhsh M, Sanati HR. Cyber security challenges in electronic health records: a systematic literature review. *J Med Syst*. 2018;42(12):247. doi:10.1007/s10916-017-0778-4.
16. Shie CK, Chuang CH, Chou CN, Wu MH, Chang EY. Transfer representation learning for medical image analysis. In: *Proceedings of the 37th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC); 2015 Aug 25-29; Milan, Italy*. Milan: IEEE; 2015. p. 711-4. doi:10.1109/EMBC.2015.7318461.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency preparedness for older adults: HIPAA, privacy and confidentiality [Internet]. Atlanta (GA): CDC; [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/aging/emergency/legal/privacy.htm>
18. Choudhury S, Fishman JR, McGowan ML, Juengst ET. Big data, open science and the brain: lessons learned from genomics. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:239. doi:10.3389/fnhum.2014.00239.
19. Brady AP, Neri E. Artificial intelligence in radiology: ethical considerations. *Diagnostics (Basel)*. 2020;10(4):231. doi:10.3390/diagnostics10040231.
20. Jha S, Topol EJ. Adapting to artificial intelligence: radiologists and pathologists as information specialists. *Radiology*. 2019;292(3):513-4. doi:10.1148/radiol.2019191586.
21. Prabowo R, Anggraini D, Rahmawati E. A review of artificial intelligence in security and privacy: research advances, applications, opportunities, and challenges. *Indones J Sci Technol*. 2023;8(1):1-12. doi:10.17509/ijost.v8i1.52709.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Tantangan Seorang Dokter Menjadi *Influencers*: Sebuah Tinjauan Literatur

Liauw Djai Yen^{1,3}, Albert Jefferson Kurniawan², Rafaele Thalya Wangsaputri², Meisy Finnegan², Charin Sahira Aurelia², Frederica Verena², Lady Virginia Jeanette Wurangian², Hans Widyatomo², Samantha Wang², Kiara Larasati Putri Komala², Angelita Astrid Mustika Rosimin²

¹Departemen Forensik dan Medikolegal, Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang, Banten, Indonesia

²Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) Jakarta

Kata Kunci

dokter, etika, influencer, konflik

Korespondensi

albertjefferson88@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i2.103

Tanggal masuk: 26 Maret 2026

Tanggal ditelaah: 2 April 2026

Tanggal diterima: 10 April 2026

Tanggal publikasi: 27 April 2026

Abstrak Perkembangan media sosial memperluas peran dokter dari praktisi klinis menjadi komunikator kesehatan digital. Dokter sebagai influencer dapat meningkatkan literasi kesehatan, tetapi juga menimbulkan tantangan etik dan hukum terkait batas antara edukasi, promosi, dan konsultasi medis. Ketidakjelasan batas ini berisiko memicu konflik kepentingan, komersialisasi profesi, serta mengganggu keselamatan pasien dan kepercayaan publik. Tinjauan literatur ini menilai peran dokter influencer, menganalisis batas edukasi dan promosi dalam regulasi kedokteran Indonesia, serta merumuskan rekomendasi penggunaan media sosial yang bertanggung jawab. Sumber dipilih berdasarkan relevansi terhadap profesionalisme, etika kedokteran, promosi diri, dan penggunaan media sosial oleh dokter. Hasil studi menunjukkan dokter influencer dapat melawan disinformasi dan memperluas akses informasi berbasis bukti, tetapi juga berisiko menimbulkan konflik kepentingan, pelanggaran kerahasiaan medis, memburuknya hubungan dokter-pasien, dan komersialisasi layanan kesehatan. Konten edukasi yang bercampur promosi komersial atau konsultasi daring tanpa standar dapat menurunkan profesionalisme dan membahayakan pasien. Penggunaan media sosial oleh dokter perlu dibatasi pada edukasi umum berbasis bukti, menghindari diagnosis individual di ruang publik, mengungkap konflik kepentingan secara transparan, serta mematuhi profesionalisme dan kerahasiaan pasien. Pedoman etik yang adaptif diperlukan untuk menjaga integritas profesi, keselamatan pasien, dan kepercayaan masyarakat.

Abstract The rise of social media has expanded physicians' roles into digital health communicators. While physician influencers may improve public health literacy, they also raise ethical and legal concerns over the boundaries between education, promotion, and medical consultation, with risks to professionalism, patient safety, and public trust. This literature review analyzes these issues under Indonesian medical regulations and proposes recommendations for responsible social media use. Sources were selected based on relevance to professionalism, medical ethics, self-promotion, and physicians' social media use. The results show that influencer physicians play a role in correcting misinformation and increasing access to evidence-based health information, but they also risk creating conflicts of interest, worsening doctor-patient relationships, violating medical confidentiality, and medicalizing and commercializing health services. Educational content mixed with endorsements or online consultations without standard practices can reduce professionalism and endanger patients. Physician must use social media cautiously by limiting content to evidence-based general education, avoiding individual diagnoses in public spaces, transparently disclosing conflicts of interest, and adhering to the principles of professionalism and patient confidentiality. Strengthening adaptive ethical guidelines is necessary to ensure that the use of social media maintains professional integrity, patient safety, and public trust.

Transformasi digital telah mengubah pola komunikasi kesehatan secara signifikan. Media sosial kini menjadi sumber utama informasi kesehatan, sehingga memperluas peran dokter tidak hanya sebagai pemberi layanan medis, tetapi juga sebagai komunikator dan edukator di ruang publik. Kehadiran dokter di media sosial berpotensi meningkatkan literasi kesehatan, memperluas akses informasi ilmiah, dan meningkatkan kesadaran masyarakat secara cepat dan luas.¹ Secara umum, tidak terdapat kriteria formal yang secara khusus mendefinisikan seseorang sebagai *influencer* seperti pada profesi dengan standar kompetensi tertentu. Namun, dalam praktik komunikasi digital, terdapat karakteristik yang biasanya dimiliki oleh individu sebagai *influencer*. Karakteristik tersebut seperti kepemilikan *audiens* yang aktif dan relevan dengan tingkat keterlibatan (*engagement*) yang baik, juga konsistensi dalam menghasilkan konten dengan tema yang jelas.^{2,3} Selain itu, keberadaan bidang khusus, seperti edukasi kesehatan oleh dokter, turut berperan dalam membangun identitas dan fokus konten.^{3,4} Kredibilitas menjadi aspek penting yang dipengaruhi oleh keakuratan informasi yang disampaikan dan latar belakang profesional.⁴ Aspek etika dan tanggung jawab tetap penting, termasuk menghindari informasi menyesatkan serta menjaga transparansi dalam kerja sama komersial demi mempertahankan kepercayaan publik.^{2,5,6}

Peran dokter sebagai *influencer* di media sosial menghadirkan tantangan etik dan hukum⁷. Dalam praktik komunikasi kesehatan digital, dokter dapat melakukan edukasi, promosi, maupun konsultasi, yang masing-masing memiliki batasan berbeda. Edukasi kesehatan bersifat umum, objektif, dan berbasis bukti ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tanpa ajakan persuasif maupun kepentingan komersial. Sebaliknya, promosi bertujuan membangun citra diri atau institusi, memperkenalkan layanan, atau mendorong penggunaan produk tertentu, sehingga berpotensi menurunkan martabat profesi. Di sisi lain, konsultasi medis merupakan interaksi profesional yang bersifat individual, kontekstual, dan hanya dapat dilakukan melalui mekanisme

praktik kedokteran yang sah^{8,9}. Dalam praktiknya, batas antara edukasi, promosi, dan konsultasi di media sosial sering kali tumpang tindih, sehingga berpotensi menimbulkan konflik kepentingan dan komersialisasi profesi. Selain itu, karakteristik media sosial yang menuntut konten singkat, visual, dan menarik dapat mendorong penyederhanaan berlebihan informasi medis, penyebaran disinformasi, swadiagnosis, dan swaterapi yang berisiko membahayakan keselamatan pasien^{2,5}.

Praktik dokter di Indonesia terikat pada prinsip etika profesi dan peraturan perundang-undangan. Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menegaskan bahwa setiap dokter wajib menjalankan praktik sesuai dengan standar profesi dan etika kedokteran. Ketentuan ini diperkuat oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menekankan kewajiban tenaga medis untuk menjaga profesionalisme serta melindungi masyarakat dari informasi kesehatan yang menyesatkan. Selain aspek hukum, kode etik profesi juga memberikan batasan yang jelas. Menurut KODEKI secara tegas melarang dokter melakukan promosi diri dan komersialisasi profesi yang dapat menurunkan martabat kedokteran. Namun, perkembangan media sosial membuat situasi sekarang belum dijelaskan secara praktis, sehingga batas edukasi, promosi, dan konsultasi sering kali menimbulkan interpretasi yang berbeda-beda. Maka itu, penyampaian informasi kesehatan melalui media sosial menjadi tantangan baru bagi profesionalitas seorang dokter^{8,10,11}.

Fenomena dokter sebagai *influencer* juga menimbulkan risiko penyebaran disinformasi dan penyederhanaan berlebihan (*oversimplifikasi*) informasi medis. Karakteristik media sosial yang menuntut konten singkat, visual, menarik, dan berpotensi memicu respons emosional yang membuat penyampaian informasi kesehatan secara sensasional termasuk penggunaan humor yang provokatif atau ungkapan yang tidak senonoh supaya meningkatkan *audiens*. Pendekatan tersebut memang dapat meningkatkan pemahaman dan partisipasi masyarakat, terutama usia muda. Selain itu,

hal ini juga dapat mendorong masyarakat melakukan swadiagnosis dan swaterapi sendiri tanpa pemeriksaan medis yang memadai, sehingga berisiko membahayakan keselamatan pasien dan bertentangan dengan prinsip *non-maleficence* dalam etika kedokteran^{2,5}. Kondisi ini juga berpotensi menimbulkan konsekuensi hukum apabila saran medis yang diberikan menyebabkan kerugian, sekaligus melanggar prinsip kehati-hatian (*prudence*) dalam praktik kedokteran^{5,12}. Dalam penyampaian pengalaman klinis atau studi kasus di media sosial, meskipun telah dianonimkan, tetap berpotensi memungkinkan identifikasi pasien secara tidak langsung. Tindakan ini bertentangan dengan kewajiban menjaga rahasia kedokteran yang merupakan prinsip fundamental profesi medis dan diatur secara tegas dalam kode etik serta peraturan perundang-undangan^{2,6,12}.

Oleh karena itu, perlu pemahaman yang lebih komprehensif mengenai batasan etik dan hukum dokter dalam memanfaatkan media sosial, khususnya dalam membedakan antara edukasi kesehatan, promosi layanan, dan konsultasi medis. Batasan yang tidak jelas tersebut berpotensi menimbulkan pelanggaran profesionalisme, konflik kepentingan, serta risiko keselamatan pasien akibat interpretasi informasi medis yang tidak tepat. Tinjauan literatur ini bertujuan untuk menilai peran dokter sebagai *influencer* di media sosial, menganalisis batasan edukasi dan promosi dalam kerangka regulasi kedokteran di Indonesia, mengidentifikasi implikasi terhadap profesionalisme dan kepercayaan masyarakat, dan merumuskan rekomendasi praktik penggunaan media sosial yang sejalan dengan prinsip kehati-hatian, keselamatan pasien, dan integritas profesi kedokteran.

Tinjauan literatur ini menganalisis batasan etik dan hukum penggunaan media sosial oleh dokter, khususnya terkait edukasi kesehatan, promosi diri, profesionalisme, kerahasiaan pasien, dan komunikasi kesehatan. Hasil studi ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi tenaga medis dalam menggunakan media sosial secara bertanggung jawab dan menjadi referensi dalam pengembangan pedoman praktik profesional di ruang digital.

Peran praktik dokter sebagai influencer di media sosial

Dokter yang aktif dan punya pengaruh di media sosial sering disebut sebagai *doctor influencer*, yaitu tenaga medis yang memanfaatkan platform digital untuk menjangkau masyarakat luas, memberikan edukasi kesehatan, sekaligus membangun citra profesional di ruang publik secara daring.³ Praktik dokter sebagai *influencer* di media sosial menunjukkan transformasi peran profesional medis dalam era digital, yang menunjukkan dokter tidak lagi terbatas pada ruang klinik, tetapi juga hadir sebagai komunikator kesehatan bagi masyarakat luas. Dokter dapat meluruskan disinformasi, mengoreksi mitos yang tidak berbasis bukti ilmiah, serta mengurangi stigma terhadap berbagai kondisi kesehatan.³ Selain itu, dokter berperan sebagai penerjemah ilmu kedokteran dengan menyampaikan informasi medis dalam bahasa yang lebih mudah dipahami, sehingga mampu meningkatkan pengetahuan kesehatan dan mendorong masyarakat untuk lebih terbuka dalam membicarakan isu kesehatan.⁴

Di balik peran tersebut, aktivitas dokter di media sosial mencakup spektrum yang beragam, termasuk konsultasi daring (*telemedicine*), edukasi kesehatan dan promosi kesehatan. *Telemedicine* merupakan pelayanan kesehatan jarak jauh yang melibatkan interaksi dua arah antara tenaga kesehatan dan pasien atau antar fasilitas pelayanan kesehatan untuk tujuan diagnosis, terapi, dan pencegahan penyakit¹³. Sementara itu, edukasi kesehatan adalah proses penyampaian informasi yang membantu masyarakat memahami cara menjaga kesehatan dan mengambil keputusan yang tepat terkait perilaku sehat¹⁴. Edukasi kesehatan bersifat informatif dan preventif, ditujukan kepada masyarakat luas tanpa menasar individu tertentu, sehingga relatif aman secara etik karena tidak melibatkan penilaian klinis personal.^{4,15} Berbeda dengan itu, promosi kesehatan memiliki cakupan yang lebih luas karena tidak hanya berfokus pada penyebaran informasi, tetapi juga bertujuan memberdayakan masyarakat agar memiliki kendali atas kesehatan mereka dengan mempertimbangkan faktor lingkungan, sosial, dan gaya hidup. Dalam hal

ini, edukasi kesehatan merupakan salah satu komponen dari promosi kesehatan¹⁴. Meski demikian, praktik promosi kesehatan di media sosial perlu dilakukan secara hati-hati, karena ketika hal tersebut bercampur dengan promosi komersial (*endorsement*) produk tertentu atau klaim berlebihan, dapat memunculkan potensi konflik kepentingan yang mempengaruhi objektivitas profesional serta menurunkan kepercayaan publik.

Situasi ini menempatkan dokter seperti pedang yang bermata dua. Di satu sisi, media sosial mendorong dokter untuk terlihat lebih personal agar dapat dipercaya dan mudah diterima oleh masyarakat. Namun, pendekatan yang berlebihan berisiko mengaburkan batas profesional serta mempengaruhi objektivitas dalam penyampaian informasi medis. Padahal, profesi kedokteran menuntut penjagaan integritas ilmiah, etika, dan tanggung jawab moral terhadap publik. Oleh karena itu, peran dokter sebagai *influencer* perlu diimbangi dengan pedoman etika yang jelas agar fungsi edukasi dan advokasi tetap terjaga dan tidak bergeser menjadi sekadar sarana promosi komersial yang dapat menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap profesi medis.

Batas edukasi kesehatan & promosi diri dalam regulasi kedokteran di Indonesia

Dalam praktik keseharian dokter untuk menjalankan profesinya, dokter memiliki kewajiban dalam aspek memberikan edukasi kepada masyarakat berupa tindakan promotif dan preventif (KODEKI pasal 12). Namun, pelaksanaan edukasi tersebut dibatasi oleh ketentuan agar tidak bergeser menjadi promosi diri. Larangan memuji diri ditegaskan dalam KODEKI pasal 4, dalam cakupannya menyebut bahwa informasi mengenai kompetensi kepada profesi kesehatan maupun publik harus faktual serta wajib menghindari niat menunjukkan kehebatan diri melalui media massa, elektronik, atau sarana komunikasi lainnya (KODEKI pasal 4 cakupan ayat 1). Pembatasan lebih lanjut mencakup larangan penggunaan pernyataan superlatif, klaim sebagai satu-satunya, atau bentuk publikasi lain yang berpotensi menyesatkan serta merendahkan martabat

profesi (KODEKI pasal 4 cakupan ayat 3)⁸.

Selain promosi diri, profesi dokter juga memiliki aturan kemandirian profesi yang diatur dalam KODEKI pasal 3. Pada pasal tersebut dinyatakan bahwa, dalam melakukan pekerjaan kedokterannya dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang menyebabkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi. Penerapannya antara lain berupa larangan untuk melibatkan diri secara langsung atau tidak langsung dalam kegiatan yang bertujuan mempromosikan atau mengiklankan diri, barang, atau jasa guna keuntungan pribadi maupun kelompok (KODEKI pasal 3 cakupan ayat 2 huruf c). Bahkan dalam konteks kehadiran pada temu ilmiah, dokter dilarang mengiklankan diri untuk mempromosikan atau meresepkan produk tertentu tanpa memandang bentuk *sponsorship* yang diterima (KODEKI pasal 3 cakupan ayat 5). Rangkaian pengaturan ini menunjukkan bahwa aktivitas edukasi kesehatan dan promosi diri berada dalam ruang tanggung jawab profesional, tetapi tetap didasari oleh kewajiban menjaga integritas, profesionalisme dan kepercayaan masyarakat terhadap profesi⁸.

Dalam konteks komunikasi publik, termasuk melalui media sosial, dokter juga terikat pada kewajiban menjalankan tugas “dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter” sebagaimana tercantum dalam Sumpah Dokter. Selain itu, dokter wajib mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi (KODEKI pasal 2). Dalam pasal 4 cakupan ayat 1 dan 2 disebutkan bahwa dokter wajib mempertahankan profesionalisme dalam menginformasikan kompetensinya melalui wahana atau media publik serta menghindari segala bentuk komunikasi yang tidak adil, tidak berimbang, atau beritikad buruk. Ketentuan ini menunjukkan bahwa penggunaan bahasa yang tidak bersusila atau bersifat kasar dalam edukasi kepada masyarakat melalui media sosial tidak sejalan dengan kewajiban menjaga martabat dan profesionalisme profesi sebagaimana diatur dalam KODEKI.

Implikasi Fenomena Dokter Influencer terhadap Profesionalisme dan Keselamatan Pasien

Fenomena dokter *influencer* menghadirkan tantangan baru terhadap konsep profesionalisme kedokteran di era digital. Aktivitas dokter di media sosial sering kali menempatkan mereka pada peran ganda sebagai tenaga kesehatan, pendidik publik, sekaligus figur publik atau pemasar. Kondisi ini berpotensi mengaburkan batas profesional dan personal, terutama ketika konten yang dibuat lebih menekankan aspek hiburan atau popularitas dibandingkan akurasi dan kehati-hatian medis. Salah satu fenomena yang muncul adalah keterlibatan dokter dalam membangun citra profesional di media sosial, yang tidak hanya berfokus pada edukasi medis, tetapi juga pada promosi layanan estetika dan produk kecantikan. Kondisi ini mencerminkan proses medikalisasi kecantikan, di mana praktik perawatan yang semula bersifat kosmetik mengalami transformasi menjadi tindakan medis, sehingga legitimasi dan otoritas profesional dokter digunakan untuk memperkuat praktik tersebut. Akun dokter yang mempromosikan prosedur estetika medis melalui platform seperti Instagram dan TikTok berperan dalam fenomena medikalisasi kecantikan, dengan memosisikan aspek kosmetik wajah sebagai kebutuhan medis yang perlu diintervensi. Keberadaan akun-akun ini membawa dampak sosial yang lebih luas, khususnya dalam menciptakan norma-norma baru terkait kecantikan wajah. Studi yang dilakukan oleh Agustin, dkk. menggunakan pendekatan kualitatif dan menganalisis lima akun sosial media dokter *influencer* di bidang kecantikan untuk melihat bagaimana mereka melakukan proses medikalisasi kecantikan menggunakan sosial media sebagai alat untuk membentuk narasi medis¹⁶.

Hasil studi menunjukkan beberapa pola konten yang sering ditayangkan, yaitu dilematik etika kedokteran dengan komersialisasi; edukasi dan kontroversi pada pesan yang disampaikan; narasi kecantikan; hingga interaksi konten dengan penonton. Pertama, dilema etika kedokteran dan komersialisasi tercermin pada konten yang menunjukkan keterlibatan

aktif dokter *influencer* dalam promosi produk, layanan estetika, dan klinik milik pribadi yang dibingkai dengan otoritas profesional medis. Pola ini menimbulkan konflik kepentingan karena peran dokter sebagai edukator kesehatan beririsan dengan kepentingan ekonomi, sehingga mengaburkan batas antara praktik medis dan strategi pemasaran. Kedua, muncul perpaduan konten edukatif dan pesan yang bersifat kontroversial. Edukasi kesehatan sering disampaikan melalui format populer seperti “*unboxing*” (aktivitas membuka kemasan suatu produk untuk pertama kali sambil memperlihatkan isi, kondisi, dan kesan awal terhadap produk tersebut, biasanya melalui konten video atau media sosial), uji laboratorium, dan penjelasan ilmiah sederhana, tetapi kerap disertai klaim keunggulan produk tertentu. Pendekatan yang konfrontatif dan penyederhanaan informasi medis ini berpotensi memicu kontroversi serta menimbulkan miskonsepsi di kalangan *audiens*. Ketiga, konten dokter *influencer* banyak menciptakan narasi kecantikan berbasis kulit “putih”, “cerah”, dan “*glowing*”, yang memperkuat standar kecantikan dominan dan konsep *beauty privilege*. Meski sebagian dokter berupaya menggeser narasi menuju konsep kulit sehat, dualisme ini menunjukkan peran dokter dalam membentuk makna sosial kecantikan. Keempat, interaksi dengan *audiens* dilakukan melalui balasan komentar dalam bentuk video, siaran langsung, dan penggunaan kalimat pembuka yang dirancang untuk menarik perhatian cepat. Strategi ini meningkatkan keterlibatan dan kepercayaan *audiens*, tetapi juga dipengaruhi oleh algoritma media sosial yang berpotensi menaikkan konten sensasional dibandingkan edukatif¹⁶.

Salah satu peran positif maraknya fenomena dokter *influencer* adalah dalam memfasilitasi interaksi dokter dengan pasien dan promosi pengetahuan kesehatan. Suatu laporan kasus menunjukkan bahwa adanya kolaborasi antar dokter dari berbagai negara melalui sosial media membantu mengidentifikasi suatu penyakit yang langka. Sosial media tidak hanya menjadi ruang publik atau promosi, tetapi juga ruang diskusi profesional dan pertukaran

pengetahuan medis. Walaupun demikian, hal ini juga berpotensi menimbulkan masalah dan risiko terutama terhadap privasi dan kerahasiaan data pasien. Penyebaran data, termasuk yang telah dianonimkan, dapat melanggar konfidensialitas dan berdampak negatif pada reputasi pelayanan kesehatan serta menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap profesi kedokteran. Berbagai organisasi profesi kedokteran menegaskan bahwa standar etika dan profesionalisme dokter tetap berlaku di media sosial, khususnya terkait perlindungan privasi dan kerahasiaan pasien¹⁷. Menurut SK MKEK nomor 29 tahun 2021, dalam penggunaan media sosial untuk tujuan konsultasi suatu kasus kedokteran dengan dokter lainnya, dokter harus menggunakan jenis fitur sosial media terenkripsi¹⁸. Selain itu, dalam hal memuat gambar, gambar tidak boleh membuka secara langsung maupun tidak langsung identitas pasien, rahasia kedokteran, dan privasi pasien. Oleh karena itu, pencegahan pelanggaran privasi harus menjadi prioritas dalam penggunaan sosial media oleh dokter¹⁷.

Teknik komunikasi yang digunakan setiap dokter di media sosial cukup beragam. Gaya bahasa yang santai, menggunakan bahasa sederhana, dan mengikuti tren menjadikan konten edukasi lebih edukatif dan ramah bagi penonton. Seorang dokter dituntut untuk bijak dalam menyebarluaskan informasi dengan tetap menjaga kesopanan, menghindari konten kontroversial dan promosi merek tertentu, serta memastikan akurasi data yang disampaikan melalui penggunaan bahasa yang pantas dan dapat diterima oleh publik¹⁹. Meskipun penggunaan tata bahasa yang informal dapat membuat pesan lebih ramah dan mudah dipahami, media sosial juga menghadirkan tantangan serius terhadap profesionalisme medis karena batas antara perilaku profesional dan tidak profesional menjadi semakin kabur di ruang digital. Dalam konteks ini, penggunaan tata bahasa yang vulgar, kasar, atau tidak pantas oleh dokter *influencer* berpotensi menurunkan persepsi profesionalisme serta mengaburkan peran dokter sebagai figur ilmiah dan panutan etika di ruang publik. Gaya komunikasi yang agresif atau merendahkan tidak hanya

mengalihkan perhatian *audiens* dari substansi edukasi medis, tetapi juga dapat memicu salah penafsiran pesan kesehatan, dan menurunkan efektivitas komunikasi. Dalam jangka panjang, normalisasi bahasa yang tidak sopan dalam edukasi kesehatan berisiko merusak kepercayaan masyarakat terhadap profesi kedokteran dan menciptakan kesan bahwa informasi medis disampaikan tanpa kehati-hatian serta tanggung jawab profesional²⁰.

Rekomendasi praktik kedokteran di era digital

Penggunaan media sosial di era digital saat ini banyak digunakan dalam bidang kesehatan baik untuk edukasi maupun konsultasi secara daring. Sebagai dokter dengan penggunaan media sosial untuk tujuan edukasi sebaiknya berbasis bukti ilmiah yang sah, tidak *overclaim*, dan terbatas pada informasi yang bersifat umum tanpa memberikan diagnosis ataupun terapi yang spesifik. Selain itu, dalam konten edukasi dengan media sosial dilengkapi dengan peringatan untuk menghindari interpretasi yang kurang tepat dari masyarakat sehingga tidak menyebabkan pasien salah dalam memahami, mendiagnosis diri sendiri, dan menunda untuk pergi ke fasilitas kesehatan²¹. Studi yang dilakukan Zamora dkk., menunjukkan akses informasi kesehatan melalui media sosial dapat memberdayakan pasien dan meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam mengambil keputusan kesehatan, tetapi juga berpotensi menimbulkan kesalahan informasi dalam komunikasi klinis yang mempengaruhi interaksi dengan tenaga kesehatan²². Saat ini masyarakat sering menggunakan informasi daring untuk mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka sendiri sebelum konsultasi langsung ke dokter²³. Sebagai contoh dokter perlu menghindari pemberian diagnosis, terapi, dan menginterpretasi hasil pemeriksaan melalui kolom komentar melainkan diarahkan untuk berkonsultasi secara langsung melalui pelayanan kesehatan yang sah baik luring maupun daring dengan *telemedicine*.

Kolaborasi komersial maupun *endorsement* wajib diungkapkan secara transparan untuk mencegah terjadinya bias yang menyesatkan. Konflik kepentingan yang gagal diungkapkan dapat memperburuk kredibilitas dan mengurangi kepercayaan antara pasien dan kolega^{24,25}. Dalam penggunaan media sosial oleh dokter, konten yang mengandung *endorsement*, kerja sama sponsor, atau afiliasi dengan produk atau layanan tertentu

harus diungkap secara transparan, seperti adanya peringatan kemitraan berbayar atau pengungkapan hubungan finansial sehingga *audiens* dapat menilai informasi secara lebih kritis dan proporsional. Pemisahan akun profesional dan komersial juga direkomendasikan untuk jaga kepercayaan publik dan menghindari komersialisasi profesi. Hal ini akan membuat jelas perbedaan opini profesional, pandangan pribadi, dan kepentingan komersial untuk menghindari salah tafsir²⁴.

Dalam komunikasi menggunakan media sosial, penggunaan bahasa formal sering kurang efektif, khususnya kelompok usia muda. Gaya bahasa yang lebih kasual dan kontekstual dapat meningkatkan jangkauan edukasi dan mendorong interaksi tenaga kesehatan dan masyarakat di platform daring. Selain itu, media sosial juga menjadi sarana untuk meluruskan informasi yang kurang tepat dengan gaya yang dipahami audiens awam^{5,26}. Studi *systematic review* mengenai profesionalisme digital menunjukkan perilaku tidak profesional di media sosial dapat membuat gambaran batas figur ilmiah dan figur hiburan tidak jelas sehingga dapat menurunkan kepercayaan publik terhadap profesi dokter²⁷. Dokter boleh menggunakan bahasa sederhana dan populer untuk edukasi, tetapi wajib menjaga standar kesopanan serta menghindari ekspresi vulgar ataupun merendahkan untuk memastikan informasi kesehatan disampaikan dengan tanggung jawab secara profesional⁶. Jadi, gaya komunikasi yang adaptif terhadap budaya *audiens* dapat digunakan sebagai strategi kesehatan masyarakat, tetapi penggunaan kata seksual yang eksplisit atau kasar tetap tidak dianjurkan karena dapat merusak citra profesi dan dampak jangka panjang edukasi akan menjadi tidak efektif.

KESIMPULAN

Perkembangan media sosial memperluas peran dokter sebagai praktisi klinis sekaligus komunikator kesehatan digital. Dokter *influencer* dapat meningkatkan literasi kesehatan dan meluruskan disinformasi, tetapi juga menimbulkan tantangan etik ketika edukasi bercampur dengan promosi komersial

atau interaksi menyerupai konsultasi medis sehingga berisiko memicu konflik kepentingan dan menurunkan kepercayaan publik. Meski KODEKI belum mengatur secara khusus, penggunaan media sosial oleh dokter tetap harus berlandaskan kemandirian profesi, kejujuran ilmiah, larangan promosi diri, tanggung jawab kepada masyarakat, dan kerahasiaan pasien.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak memiliki konflik kepentingan pada penulisan artikel ini.

REFERENSI

1. Sapoetri A, Pannindriya ST. Geliat Interaksi Sosial Dokter Masa Kini Melalui Media Sosial Instagram. *Bricolage : Jurnal Magister Ilmu Komunikasi*. 2019;5(2):121-40.
2. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *P T*. 2014 Jul;39(7):491-520. PubMed PMID: 25083128; PubMed Central PMCID: PMC4103576.
3. Hartono P. Medical doctor on social media: skill knowledge and ethical issue: Medical doctor on social media. *Surabaya Medical Journal*. 2025 Jun 14;3(1):1-6. doi:10.59747/smjidisurabaya.v3i1.102
4. Engebretsen M. The role, impact, and responsibilities of health experts on social media. A focus group study with future healthcare workers. *Frontiers in Communication [Internet]*. 2024;Volume 9-2024. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/communication/articles/10.3389/fcomm.2024.1296296>
5. Chretien KC, Kind T. Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. *Circulation*. 2013 Apr 2;127(13):1413-21. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.128017 PubMed PMID: 23547180.
6. World Medical Association. WMA Statement on the Professional and Ethical Use of Social Media [Internet]. 2011. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-professional-and-ethical-use-of-social-media/>
7. O'Neill O. Between professional regulation and market pressures: doctors and advertising. *Journal of Medical Ethics*. 2018;44(3):162-6.

8. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK) Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Jakarta: MKEK IDI; 2012.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1787/Menkes/Per/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan. 2010.
10. Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 2023.
11. Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2004.
12. General Medical Council. Doctors' use of social media [Internet]. 2013. Available from: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/doctors-use-of-social-media>
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2019.
14. de Vries H, Kremers S, Lippke S. Health Education and Health Promotion: Key Concepts and Exemplary Evidence to Support Them: A Global Handbook. In. 2018. p. 489-532. doi:10.1007/978-0-387-93826-4_17
15. Anjelia L, Mulyana D, Suminar JR. The Role of Indonesian Doctors as Content Creators in Fighting Health Hoaxes, Myths, and Stigma on Social Media. *JURNAL KOMUNIKASI INDONESIA*. 2024 Aug 30;13(2). doi:10.7454/jkmi.v13i2.1253
16. Agustin M, Pangestu R, Franadewi W, Limbong HE. Medikalisasi Kecantikan Melalui Akun Tiktok Dokter. *Indonesian Journal of Sociology, Education, and Development*. 2024 Dec 31;6(2):236-58. doi:10.52483/f1rcz038
17. Zengin G. How Influencer Doctors Use Social Media? A Content Analysis on Marketing Communications, Patient Privacy and Ethics. *SUSBED*. 2023 Apr;(50):273-86. doi:10.52642/susbed.1227295
18. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Surat Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2021 tentang Pedoman Perilaku Dokter di Media Sosial. 2021.
19. Hafidhatul Fathany, Nita Novita Sari, Jessica Aura Azaroh. Persepsi Komunikasikan Konten Dokter Kecantikan di Tiktok Dalam Perspektif Etika Profesi Kedokteran. *J Ilkom*. 2024 Oct 1;14(2):90-104. doi:10.15642/jik.2024.14.2.90-104
20. Guraya SS, Guraya SY, Yusoff MSB. Preserving professional identities, behaviors, and values in digital professionalism using social networking sites; a systematic review. *BMC Med Educ*. 2021 Jul 12;21(1):381. doi:10.1186/s12909-021-02802-9 PubMed PMID: 34247617; PubMed Central PMCID: PMC8273947.
21. Safira V, Rahmawati FN. Mitigasi Risiko Self-Diagnose melalui Media Sosial: Pengembangan Model Komunikasi Kesehatan Berbasis Digital. *Jurnal Multidisiplin Indonesia (JOURMI)*. 2025 Mar;3(1):1-23. doi:10.62007/joumi.v3i2.404
22. Zamora GT. Social Media and the Patient - on Education and Empowerment. *Rheumatol Immunol Res*. 2022 Dec 31;3(4):156-9. doi:10.2478/rii-2022-0028 PubMed PMID: 36879840; PubMed Central PMCID: PMC9984928.
23. Vega ES, Zepeda MFP, Gutierrez EL, Martinez M del CC, Gomez SJG, Caldera SD. Internet Health Information on Patient's Decision-Making: Implications, Opportunities and Challenges. *Medical Research Archives*. 2023 Jul 29;11(7.2). doi:10.18103/mra.v11i7.2.4066
24. Giuffrida A, Saia-Owenby C, Andriano C, Beall D, Bailey-Classen A, Buchanan P, et al. Social Media Behavior Guidelines for Healthcare Professionals: An American Society of Pain and Neuroscience NEURON Project. *J Pain Res*. 2024 Nov 5;17:3587-99. doi:10.2147/JPR.S488590 PubMed PMID: 39529946; PubMed Central PMCID: PMC11551221.
25. Ahmed W, Jagsi R, Gutheil TG, Katz MS. Public Disclosure on Social Media of Identifiable Patient Information by Health Professionals: Content Analysis of Twitter Data. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 1;22(9):e19746. doi:10.2196/19746 PubMed PMID: 32870160; PubMed Central PMCID: PMC7492977.
26. Kind T, Patel PD, Lie D, Chretien KC. Twelve tips for using social media as a medical educator. *Med Teach*. 2014 Apr;36(4):284-90. doi:10.3109/0142159X.2013.852167 PubMed PMID: 24261897.
27. Guraya SS, Guraya SY, Yusoff MSB. Preserving professional identities, behaviors, and values in digital professionalism using social networking sites; a systematic review. *BMC Med Educ*. 2021 Jul 12;21(1):381. doi:10.1186/s12909-021-02802-9 PubMed PMID: 34247617; PubMed Central PMCID: PMC8273947.

Adaptasi *Ethical Toolkit* dari KNMG-Belanda ke Indonesia (Indo-KETIK)

Agnes Bhakti Pratiwi^{1,2}, Ardhini Nugrahaeni², Dick Willems³

¹Department of Medical Education and Bioethics, Faculty of Medicine, Public Health, and Nursing, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

²Center for Bioethics and Medical Humanities, Faculty of Medicine, Public Health, and Nursing, Universitas Gadjah Mada, Indonesia

³Department of Ethics, Law, Humanities, Faculty of Medicine, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Kata Kunci

clinical ethics support, dilemma etik, ethical toolkit

Korespondensi

ardhinin@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i2.104

Tanggal masuk: 27 Maret 2025

Tanggal ditelaah: 3 April 2025

Tanggal diterima: 13 April 2026

Tanggal publikasi: 27 April 2026

Abstrak Pengambilan keputusan etik merupakan bagian integral dari praktik pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan seringkali dihadapkan pada dilema etik dalam proses pelayanan klinis. Oleh karena itu, penggunaan ethical toolkit yang praktis dan mudah digunakan menjadi sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan etik. Salah satu alat yang kami anggap bermanfaat adalah Ethical Toolkit yang dikembangkan oleh KNMG. Artikel ini bertujuan untuk mengadaptasi KNMG Ethical Toolkit sebagai pendekatan dalam pengambilan keputusan etik pada praktik pelayanan kesehatan di Indonesia. KNMG Ethical Toolkit menyediakan tahapan dalam menangani dilema etik, meliputi: mengeksplorasi dilema, merumuskan pertanyaan moral, menganalisis para pemangku kepentingan serta argumen yang ada, mempertimbangkan berbagai argumen, mengambil keputusan, dan mengevaluasi proses pengambilan keputusan. Dalam artikel ini, kami mengadaptasi perangkat (toolkit) tersebut ke dalam Bahasa Indonesia serta menjelaskan secara rinci setiap tahap berdasarkan literatur yang relevan.

Abstract Ethical decision-making is an integral part of healthcare practice. Healthcare professionals are frequently confronted with ethical dilemmas in the course of clinical care. Ethical toolkits that are handy to use can be essential to support ethical decision-making. One that we found beneficial is the use of the Ethical Toolkit developed by KNMG. This article aims to adapt the KNMG Ethical Toolkit as an approach to ethical decision-making in healthcare practice in Indonesia. KNMG Ethical Toolkit provides stages for addressing ethical dilemmas, including exploring the dilemma, formulating the moral question, analyzing stakeholders and existing arguments, weighing arguments, making decisions, and evaluating the decision-making process. In this article we adapt this toolkit into Bahasa Indonesia, and explain the details for each step based on relevant literatures.

Pengambilan keputusan etik merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari praktik pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan sering kali dihadapkan pada situasi dilema etis yaitu, situasi di mana seseorang tidak tahu apa yang secara etika benar dilakukan. Dilema tersebut umumnya melibatkan konflik nilai, antara memprioritaskan otonomi pasien atau memberikan manfaat medis bagi pasien meskipun berbeda dengan preferensi pasien. Kompleksitas ini menunjukkan bahwa pengambilan keputusan klinis tidak hanya didasarkan pada pertimbangan medis semata, tetapi juga memerlukan analisis etika yang sistematis dan reflektif.¹

Seiring dengan meningkatnya kompleksitas

pelayanan kesehatan, berbagai bentuk *Clinical Ethics Support* (CES) telah dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan dalam menghadapi dilema etis yang muncul dalam praktik klinis. CES, yang mencakup antara lain konsultasi etik dan diskusi etik, terbukti dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan klinis, memperkuat akuntabilitas profesional, serta memperbaiki komunikasi antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga pasien.^{2,3} Sebuah studi di Taiwan menunjukkan bahwa konsultasi etik berkontribusi terhadap peningkatan keterampilan tenaga medis dalam berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, serta mendukung pengambilan keputusan yang lebih tepat dan berorientasi pada kepentingan

pasien⁴ Selain itu, beberapa penelitian menegaskan bahwa penggunaan pendekatan terstruktur dalam analisis etik berperan penting dalam menghasilkan keputusan yang lebih etis serta dapat dipertanggungjawabkan, baik secara moral maupun profesional.⁵

Salah satu *ethical toolkit* yang digunakan secara luas di Belanda adalah *ethical toolkit* yang dikembangkan oleh KNMG (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*).² *Ethical toolkit* ini sebagai panduan praktis dalam menghadapi dilema etik pada praktik sehari-hari. Perangkat (*toolkit*) ini berakar pada tradisi etika klinis Belanda yang menekankan refleksi etis, dialog antar profesional, dan analisis kasus secara bertahap, serta mendukung refleksi etis yang berkelanjutan pada tingkat individu dan organisasi pelayanan kesehatan.¹

Perangkat ini menyediakan panduan langkah-demi-langkah untuk menganalisis dilema etik, yang meliputi eksplorasi situasi, perumusan pertanyaan moral, identifikasi pihak-pihak yang terlibat dan argumen yang ada, penimbangan nilai-nilai moral, pengambilan keputusan, serta evaluasi proses pengambilan keputusan. Pendekatan ini dirancang untuk mendorong refleksi etis yang sistematis, transparan, dan dapat digunakan untuk menyelesaikan kasus dilema etis yang konkret (betul-betul terjadi baik di waktu yang lalu maupun saat ini sedang berlangsung). Keunggulan lainnya adalah *ethical toolkit* relatif mudah untuk digunakan, tanpa harus selalu ada ahli etika yang mendampingi saat digunakan. Penerapannya di Indonesia memerlukan adaptasi karena Indonesia memiliki karakteristik yang khas dari segi budaya, sistem kesehatan, maupun nilai sosial dan religius yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan. Dalam konteks budaya Indonesia, pengambilan keputusan tidak hanya melibatkan pasien tetapi juga keluarga ikut memiliki peran penting.⁶ Hal ini berbeda dengan konteks negara barat yang lebih menekankan pada otonomi individu.⁷

Selain itu, sistem kesehatan di Indonesia memiliki tantangan tersendiri seperti keterbatasan sumber daya, akses layanan kesehatan, serta perbedaan tingkat literasi kesehatan masyarakat. Kondisi ini dapat

memengaruhi bagaimana dilema etik dipahami dan diselesaikan dalam praktik klinis sehari-hari. Nilai-nilai religius ikut memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan baik oleh pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan.⁸

Oleh karena itu, dalam artikel ini kami mengadaptasi *ethical toolkit* KNMG sebagai salah satu pendekatan pengambilan keputusan etis dalam praktik pelayanan kesehatan ke dalam konteks Indonesia (Indo-KETIK). Kajian ini dapat memberikan kontribusi terhadap penguatan pemahaman dan penerapan langkah-langkah penyelesaian dilema etis yang sistematis, reflektif, dan sesuai dengan nilai-nilai profesionalisme dalam pelayanan.

METODE

Metode yang digunakan dalam proses adaptasi ini terdiri dari beberapa tahapan sistematis untuk memastikan validitas linguistik dan kesesuaian konteks. *Ethical Toolkit* dari KNMG diterjemahkan menggunakan pendekatan *forward-backward translation*, dimulai dari penerjemahan bahasa Belanda ke bahasa Inggris oleh salah satu peneliti (AN), kemudian ditelaah oleh penutur asli (DW) untuk menjamin keakuratan makna serta kesesuaian penggunaan bahasa. Versi bahasa Inggris selanjutnya diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh dua peneliti (ABP & AN), dan dilakukan *backward review* secara iteratif melalui diskusi tim untuk mencegah pergeseran makna substantif hingga tercapai konsensus. Versi Bahasa Indonesia kemudian divalidasi secara kontekstual dengan mempertimbangkan budaya, sistem pelayanan kesehatan, serta praktik klinis di Indonesia. Perangkat yang telah diadaptasi diuji coba melalui *workshop* yang melibatkan 37 peserta di wilayah Indonesia yang terdiri dari tenaga kesehatan meliputi dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter konsulen, perawat dan tenaga kesehatan lainnya serta akademisi dengan kriteria memiliki latar belakang di bidang kesehatan, pengalaman klinis atau pendidikan kesehatan, serta kesediaan memberikan umpan balik. Data dikumpulkan melalui *focus group discussion* (FGD) dan borang

evaluasi tertulis yang mencakup penggunaan bahasa Indonesia, kejelasan langkah-langkah, dan relevansi klinis dan pendidikan. Selanjutnya, data dianalisis secara deskriptif kualitatif dengan mengelompokkan berbagai masukan ke dalam tema-tema utama, seperti kejelasan terminologi, kesesuaian dengan praktik pendidikan dan pelayanan kesehatan di Indonesia, serta kesesuaian dengan konteks lokal. Seluruh hasil uji coba digunakan untuk melakukan revisi secara iteratif hingga diperoleh versi akhir *Ethical Toolkit KNMG* yang telah diadaptasi (Indo-KETIK) yang sesuai dengan konteks Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ethical Toolkit

Ethical toolkit ini dikembangkan KNMG dan sudah diuji coba dalam pengajaran pendidikan kedokteran. Langkah-langkah dalam menganalisis dilema etika meliputi :

1. Mengeksplorasi Dilema (*Exploring Dilemma*)

“Menciptakan pertanyaan dan mencoba untuk menemukan jawaban.”

Tujuannya adalah untuk mendapatkan gambaran lengkap tentang situasi dengan mengumpulkan fakta. Pada tahap ini hanya mengajukan pertanyaan informatif dan tidak memberikan pendapat.

- Dalam fase ini Anda akan memetakan situasi medis, teknis, biologis, keperawatan dan sosial. Anda mengajukan pertanyaan seperti: Apakah masalah ini jelas? Informasi faktual apa yang hilang? Seperti apa situasinya dari sudut dan perspektif yang berbeda? Apa lagi yang perlu kita ketahui? Dan studi apa yang masih harus dilakukan?
- Jika Anda mengetahui dilema dalam percakapan, Anda melibatkan berbagai disiplin ilmu yang terkait dengan kasus ini. Pikirkan dokter, perawat, pekerja sosial, psikolog dan/atau pengasuh spiritual.
- Jika Anda mengatasi dilema secara individual, cobalah untuk berempati dengan pandangan disiplin yang berbeda. Penting untuk fokus pada fakta, dalam fase

ini tidak ada ruang untuk pendapat Anda sendiri.

Pentingnya fase eksplorasi ini adalah bahwa semua pertanyaan faktual diajukan dan dijawab, dan bahwa para peserta dalam proses percakapan atau pemikiran memiliki pengetahuan yang sama. Sering kali orang cenderung datang dengan dilema moral secara langsung dengan solusi, tanpa memiliki pengetahuan dan wawasan yang cukup tentang kasus ini. Selain itu, mungkin menjadi jelas pada fase ini informasi yang masih kurang, ketidakpastian mana yang masih ada dan studi tambahan mana yang mungkin masih harus dilakukan

2. Merumuskan Pertanyaan Moral

(Formulating a Moral Question)

“Merumuskan pertanyaan moral yang ingin Anda jawab di akhir percakapan atau proses berpikir di mana pertanyaan harus dijawab dengan ya atau tidak.”

Dalam tahap ini penting untuk menentukan kejelasan perawatan atau kemudian tindakan mana yang dipertanyakan dan memungkinkan. Kata-kata yang digunakan harus sangat tepat. Daripada pertanyaan: ‘Apakah kita akan melanjutkan dengan perawatan?’, lebih dipilih pertanyaan berikut: ‘Apakah kita masih berusaha untuk memecahkan masalah A?’. Sebagai contoh: ‘Apakah kita akan melanjutkan ventilasi?’. Ternyata pada tahap ini peserta dapat memiliki pemikiran yang sangat berbeda tentang apa sebenarnya yang menjadi masalah. Salah satunya mungkin memilih pertanyaan: ‘Apakah kita akan melanjutkan dengan pernafasan buatan?’, sementara yang lain memilih pertanyaan berupa: ‘Bagaimana kita berurusan dengan fakta bahwa keluarga menolak penghentian pengobatan?’ Sering kali pula ada beberapa pertanyaan dan tidak semua pertanyaan yang diajukan adalah *moral question*. Kita perlu selalu mencari tahu apa *moral question* yang paling penting dan fokus pada hal ini dalam proses lebih lanjut. Cobalah untuk mengartikulasikan pertanyaan moral dalam hal dilema moral. Ini membantu untuk menyusun diskusi lebih lanjut.

3. Menganalisis pihak-pihak yang terlibat dan argumen yang ada (*Analyzing stakeholders and arguments*)

“Identifikasi siapa yang terlibat dalam situasi ini, apa tanggung jawab masing-masing orang dan argumen apa yang dimiliki pihak-pihak yang terlibat. Tidak hanya pasien, tetapi juga orang yang dicintainya, dokter dan penyedia layanan kesehatan lainnya. Carilah dasar-dasar moral dari argumen, seperti nilai-nilai dan norma yang mendasarinya.”

Dalam tahap ini, pertanyaan moral dan fakta-fakta telah jelas, para peserta dari percakapan kelompok dapat memberikan argumen untuk menerima atau menolak keputusan tertentu atas dasar itu. Cari tahu argumen menggunakan literatur ketika Anda bekerja di luar dilema secara individual (bekerja dalam grup). Untuk tujuan ini, Anda pertama kali memetakan orang-orang yang terlibat dan apa tanggung jawab mereka. Kemudian Anda mengambil stok argumen dari semua yang terlibat. Penting untuk mencari dasar-dasar moral dari argumen, seperti nilai-nilai dan norma yang mendasarinya.

Selain itu, argumen moral sering hanya memiliki makna ketika mereka dibuktikan dengan fakta-fakta dari kasus konkret. Anda mengelompokkan semua argumen dan mencoba untuk membawa nilai-nilai yang mendasari. Anda meminta peserta percakapan kelompok untuk selalu menyertai pendapat mereka dengan argumen. Jadi tidak cukup untuk mengatakan sesuatu seperti, ‘Saya pikir begitu’ atau ‘Itulah yang saya yakini’. Anda juga meminta peserta untuk merumuskan dengan tepat. Misalnya, jika ada kemungkinan kerugian, mereka harus menjawab pertanyaan seperti: ‘Kerugian apa sebenarnya?’, ‘Apakah itu bahaya fisik, psikologis atau lainnya?’, ‘Seberapa serius kerugian itu?’, dan ‘Seberapa besar kemungkinan itu terjadi?’. Ini akan memperkuat argumen dan formulasi untuk langkah selanjutnya.

4. Mempertimbangkan argumen (*Weighing the arguments*)

“Membuat keseimbangan antara argumen yang berbeda dengan cara yang paling sistematis, serta menilai argumen untuk membuat penilaian

yang baik dalam kasus khusus yang sedang dibahas.”

Mempertimbangkan argumen mungkin merupakan fase yang paling penting, tetapi juga yang paling sulit. Terkadang konsensus dapat dicapai, tetapi itu tidak selalu terjadi. Ini adalah tentang menilai argumen dan menimbang apa yang paling penting dalam kasus yang bersangkutan. Teori etika dapat membantu untuk mempertimbangkan konsep-konsep etis, seperti *subsidiarity* dan *proportionality*. Selain itu, dapat juga diterapkan eksperimen pemikiran untuk kasus ini. Misalnya, dengan secara hipotetis mengubah fakta-fakta tertentu, Anda akan memahami aspek-aspek yang relevan dalam kasus ini, mengklarifikasi, dan menimbang argumen dengan lebih baik.

5. Pengambilan Keputusan (*Making a decision*)

Pada akhir percakapan atau proses berpikir, Anda perlu membuat keputusan dan membuat kesepakatan tentang bagaimana keputusan akan dilaksanakan. Anda perlu melihat *moral damage* yang mungkin dihasilkan dari keputusan sekecil mungkin. Ketika membuat keputusan, pemikiran tentang konsekuensi dan tanggung jawab juga harus disertakan. Dalam fase ini Anda tidak hanya membuat keputusan, tetapi Anda juga membuat kesepakatan konkret terkait hal seperti:

- Bagaimana kita bisa meminimalkan efek buruk dari keputusan ini?
- Siapa yang bertanggung jawab?
- Siapa yang akan membahas keputusan dengan pasien atau keluarga?
- Apa tindakan lebih lanjut?

6. Mengevaluasi Proses (*Evaluating the process*)

Terakhir, evaluasi proses berpikir dan diskusi. Apakah ada area untuk perbaikan dan bagaimana Anda melanjutkan ini. Jangan menyalahkan bila efek buruk terjadi, tetapi lihat bagaimana proses ini bisa menjadi lebih baik di lain waktu.

KESIMPULAN

Ethical toolkit yang dikembangkan KNMG merupakan salah satu yang dapat digunakan dalam menyelesaikan dilema etik terkait

kesehatan dan dapat digunakan dalam konteks Indonesia. Sebelum menggunakan 6 langkah dalam perangkat Indo-KETIK, disarankan untuk mengikuti pelatihannya terlebih dahulu agar dapat memahami dengan benar prosesnya, serta berlatih dengan kasus yang nyata pernah dialami dalam *setting* klinis.

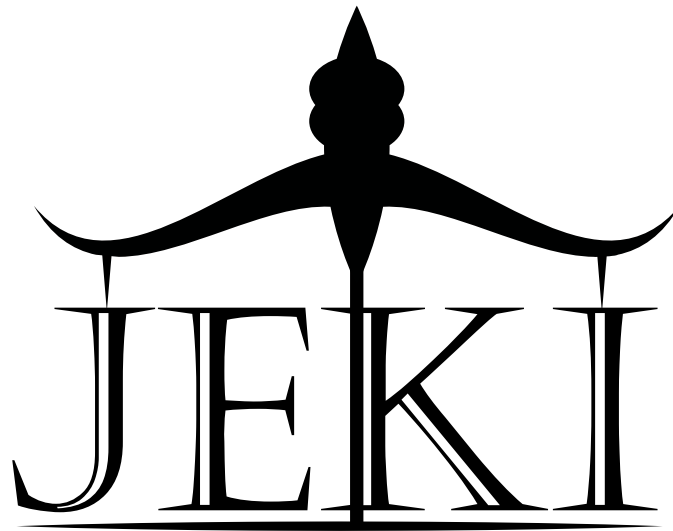
8. Kristanti MS, Kusmaryanto K, Effendy C. Common ethical dilemmas of family caregivers of palliative patients in Indonesia. *Belitung Nurs J.* 2021;7(3):246-250. doi:10.33546/bnj.1457.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik.

REFERENSI

1. Lin YC, Chen YY, Huang LC, Tsai S. The impact of clinical ethics consultation on communication and decision-making in hospital settings. *BMC Med Ethics.* 2025;26(1):1-9. doi:10.1186/s12910-025-01206-4.
2. de Snoo-Trimp K, van Gurp J, Molewijk A. Conceptualizing the impact of moral case deliberation: a multiple-case study in a health care institution for people with intellectual disabilities. *BMC Med Ethics.* 2022;23:1-15. doi:10.1186/s12910-022-00747-2.
3. Benzinger L, Ursin F, Balke WT, Kacprowski T, Salloch S. Should artificial intelligence be used to support clinical ethical decision-making? *BMC Med Ethics.* 2023;24:48. doi:10.1186/s12910-023-00929-6.
4. Royal Netherlands Medical Association. Ethical toolkit: dilemmas begripen [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://www.knmg.nl/ikben-geneeskundestudent-1/ethische-toolkit/dilemmas-begripen>
5. Bell JA, Salis M, Tong E, Nikolaichuk E, Barned C, Bianchi A, et al. Clinical ethics consultations: a scoping review of reported outcomes. *BMC Med Ethics.* 2022;23:9. doi:10.1186/s12910-022-00807-7.
6. Martina D, Kustanti CY, Dewantari R, et al. Opportunities and challenges for advance care planning in strongly religious family-centric societies: a focus group study of Indonesian cancer-care professionals. *BMC Palliat Care.* 2022;21:110. doi:10.1186/s12904-022-01002-6.
7. Alfahmi MZ. Patients' preference approach to overcome the moral implications of family-centred decisions in Saudi medical settings. *BMC Med Ethics.* 2022;23:128. doi:10.1186/s12910-022-00868-8.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Tanggung Jawab Etik Dokter Spesialis Paru dalam Advokasi Kesehatan Lingkungan: Pembelajaran dari Deklarasi WMA tentang Polusi Udara

Nurfanida Librianty¹, Mirsyam Ratri Wiratmoko²

¹Fakultas Kedokteran Militer, Universitas Pertahanan Republik Indonesia, Sentul, Indonesia

²Fakultas Kedokteran dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jakarta, Indonesia

Kata Kunci

advokasi medis, dokter spesialis paru, etika kedokteran, kesehatan lingkungan, polusi udara

Korespondensi

kusmaryanto@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i2.105

Tanggal masuk: 30 Maret 2026

Tanggal ditelaah: 5 April 2026

Tanggal diterima: 15 April 2026

Tanggal publikasi: 17 April 2026

Abstrak Polusi udara merupakan ancaman kesehatan global yang berdampak signifikan terhadap sistem pernapasan. Dokter spesialis paru berada di posisi strategis untuk tidak hanya menangani penyakit akibat polusi, tetapi juga berperan dalam upaya pencegahan dan advokasi kebijakan publik. Kajian ini bertujuan menganalisis tanggung jawab etik dokter spesialis paru dalam konteks peningkatan polusi udara dengan merujuk pada World Medical Association (WMA) Declaration on Prevention and Reduction of Air Pollution to Improve Air Quality (2024) serta prinsip dasar etika kedokteran. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif normatif melalui analisis dokumen, refleksi etik, dan perbandingan kebijakan di berbagai negara. Hasil analisis menunjukkan bahwa prinsip beneficence, non-maleficence, dan justice menuntut dokter untuk secara aktif melindungi masyarakat dari ancaman lingkungan. Keterlibatan dokter spesialis paru dalam advokasi udara bersih tidak bertentangan dengan netralitas profesi, melainkan merupakan wujud tanggung jawab moral terhadap kesehatan publik. Negara seperti Inggris dan Kanada telah mengintegrasikan advokasi lingkungan dalam kebijakan profesi medis, memberikan contoh praktik etika yang dapat diadaptasi di Indonesia. Kesimpulannya, dokter spesialis paru memiliki tanggung jawab etik untuk memperluas peran klinis ke ranah advokasi kebijakan dan edukasi masyarakat demi terwujudnya keadilan lingkungan dan kesehatan berkelanjutan.

Abstract Air pollution is a global health threat with profound effects on the respiratory system. Pulmonologists are in a unique position not only to manage diseases caused by air pollution but also to engage in prevention and public policy advocacy. This paper aims to analyze the ethical responsibilities of pulmonologists in the context of increasing air pollution, referring to the World Medical Association (WMA) Declaration on Prevention and Reduction of Air Pollution to Improve Air Quality (2024) and the fundamental principles of medical ethics. The study employs a normative qualitative approach through document analysis, ethical reflection, and cross-national policy comparison. The findings indicate that the principles of beneficence, non-maleficence, and justice require physicians to actively protect society from environmental threats. The participation of pulmonologists in clean air advocacy is not a violation of professional neutrality but an ethical expression of moral responsibility toward public health. Countries such as the United Kingdom and Canada have integrated environmental advocacy into professional medical guidelines, demonstrating ethical models that can be adapted in Indonesia. In conclusion, pulmonologists carry an ethical duty to extend their clinical role toward policy advocacy and public education to promote environmental justice and sustainable health.

Polusi udara telah lama diakui sebagai salah satu ancaman utama terhadap kesehatan manusia, khususnya terhadap sistem pernapasan. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa lebih dari tujuh juta kematian dini setiap tahun berkaitan langsung dengan paparan jangka panjang terhadap polutan udara seperti PM_{2.5}, ozon, dan nitrogen dioksida.^{1,2} Di negara berkembang, termasuk Indonesia, dampak tersebut semakin nyata dengan meningkatnya prevalensi penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, dan kanker paru yang sebagian besar dikaitkan dengan kualitas udara yang menurun.³ Situasi ini memperlihatkan bahwa isu kesehatan paru tidak dapat dipisahkan dari konteks lingkungan dan kebijakan publik yang mengaturnya.

Sebagai tenaga profesional yang memiliki pemahaman mendalam tentang fungsi respirasi dan dampak polusi udara terhadap sistem pernapasan, dokter spesialis paru menempati posisi strategis dalam menghadapi persoalan ini. Peran mereka tidak hanya sebatas diagnosis dan terapi, tetapi juga mencakup tanggung jawab moral untuk berkontribusi dalam upaya pencegahan dan pengendalian faktor risiko lingkungan.⁴ Dalam konteks ini, etika profesi kedokteran menjadi landasan penting yang mengarahkan bagaimana dokter harus bertindak ketika berhadapan dengan persoalan kesehatan yang bersumber dari degradasi lingkungan. Deklarasi *World Medical Association* (WMA) tahun 2024 tentang “Pencegahan dan Pengurangan Polusi Udara untuk Meningkatkan Kualitas Udara” memberikan penegasan baru bahwa tanggung jawab dokter melampaui batas ruang praktik klinik.¹

Dokter, sebagai penjaga kesehatan masyarakat, diharapkan ikut berperan dalam upaya advokasi dan edukasi publik untuk melindungi kesehatan manusia dari dampak polusi udara. Pernyataan tersebut memperluas ruang lingkup etika profesi medis dari sekadar hubungan dokter-pasien menuju hubungan yang lebih luas antara profesi kedokteran, masyarakat, dan lingkungan hidup. Prinsip-prinsip dasar etika kedokteran—*beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice*—menjadi pijakan utama dalam menilai keterlibatan

dokter terhadap isu lingkungan.^{4,5} Dalam kerangka ini, dokter tidak hanya dituntut untuk mengobati penyakit akibat polusi, tetapi juga bertanggung jawab untuk mencegah penyebabnya. Mengabaikan aspek lingkungan sebagai determinan kesehatan dapat dianggap sebagai bentuk kelalaian moral (*ethical omission*), karena tindakan pencegahan adalah bagian integral dari kewajiban profesi untuk melindungi kehidupan.⁶

Di Indonesia, kesadaran tentang keterkaitan antara etika kedokteran dan isu lingkungan masih berkembang. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) memang menyinggung tanggung jawab sosial dokter terhadap masyarakat dan lingkungan, namun implementasinya dalam konteks polusi udara masih belum optimal.⁵ Dalam praktiknya, dokter sering kali dihadapkan pada dilema etik; di satu sisi mereka menyadari dampak serius polusi udara terhadap pasien, tetapi di sisi lain mereka ragu untuk bersuara karena khawatir dianggap melampaui batas profesi atau terlibat dalam isu politik. Refleksi mendalam mengenai posisi etik dokter, khususnya dokter spesialis paru, dibutuhkan dalam menghadapi krisis lingkungan yang semakin nyata. Pertanyaan mendasar yang perlu dijawab adalah sejauh mana dokter dapat dan seharusnya terlibat dalam advokasi publik mengenai polusi udara, serta bagaimana keterlibatan tersebut dapat dijalankan tanpa menyalahi prinsip netralitas profesi. Tulisan ini berupaya menganalisis peran dokter spesialis paru dalam advokasi lingkungan dari perspektif etika kedokteran, dengan merujuk pada prinsip-prinsip etik universal, deklarasi WMA, dan kebijakan kesehatan global yang relevan.^{1,4,10}

METODE

Tulisan ini disusun sebagai sebuah kajian etik normatif dengan pendekatan kualitatif dan deskriptif-analitis. Pendekatan ini dipilih karena isu keterlibatan dokter spesialis paru dalam advokasi lingkungan lebih berkaitan dengan analisis nilai, prinsip, dan tanggung jawab moral daripada pengukuran empiris. Fokus utama kajian diarahkan pada bagaimana prinsip etika

kedokteran diterapkan dalam konteks polusi udara dan bagaimana peran advokasi dapat dijalankan secara etis tanpa melanggar batas profesionalisme.^{4,5}

Data utama yang dianalisis dalam kajian ini berasal dari sumber sekunder, meliputi dokumen kebijakan internasional dan nasional, literatur ilmiah, serta kode etik profesi kedokteran. Dokumen utama yang menjadi acuan adalah *World Medical Association Declaration on Prevention and Reduction of Air Pollution to Improve Air Quality (2024)*,¹ yang kemudian dibandingkan dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan beberapa publikasi terkait etika lingkungan medis dari jurnal internasional seperti *JAMA Internal Medicine*, *The Lancet Planetary Health*, dan *Journal of Medical Ethics*.^{8,8,10}

Proses analisis dilakukan dalam tiga tahap utama. Pertama, dilakukan identifikasi prinsip etik relevan yang terdapat dalam deklarasi dan kode etik kedokteran, khususnya prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice* sebagai dasar tanggung jawab dokter terhadap lingkungan. Kedua, dilakukan interpretasi kontekstual, yakni menelaah bagaimana prinsip-prinsip tersebut dapat diterapkan dalam situasi nyata dokter spesialis paru di Indonesia yang menghadapi dampak polusi udara terhadap pasien. Ketiga, dilakukan komparasi normatif dengan kebijakan dan praktik di beberapa negara yang telah lebih dahulu mengintegrasikan isu lingkungan ke dalam etika profesi medis.^{11,16} Dalam tahap interpretasi, penulis menggunakan kerangka *ethical reasoning* sebagaimana dijelaskan oleh Beauchamp dan Childress,⁴ yaitu dengan menimbang antara nilai moral yang mendasari tindakan dokter dan konsekuensi sosial yang ditimbulkannya. Dengan kerangka ini, setiap argumen dianalisis bukan hanya dari sisi rasionalitas ilmiah, tetapi juga dari keabsahan moral dan kesesuaian dengan prinsip universal etika kedokteran.

Metodologi ini tidak dimaksudkan untuk menghasilkan generalisasi empiris, melainkan untuk menawarkan refleksi etis dan argumentasi normatif yang dapat dijadikan dasar pengembangan kebijakan serta pedoman perilaku profesional di bidang pulmonologi.

Dengan demikian, hasil analisis diharapkan dapat memperkuat pemahaman dokter bahwa tanggung jawab etik mencakup kepedulian terhadap lingkungan sebagai bagian integral dari kesehatan manusia.^{6,10}

HASIL DAN PEMBAHASAN

Relevansi Etika Profesi Kedokteran terhadap Isu Polusi Udara

Polusi udara merupakan ancaman yang semakin nyata terhadap kesehatan masyarakat global, terutama terhadap sistem pernapasan yang menjadi garis depan dalam menanggung beban penyakit akibat degradasi lingkungan. Data WHO menunjukkan bahwa lebih dari tujuh juta kematian dini setiap tahun berkaitan dengan paparan jangka panjang terhadap partikel halus dan gas polutan, seperti PM_{2.5} dan nitrogen dioksida. Di Indonesia, fenomena ini tercermin dari meningkatnya angka kunjungan pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, serta infeksi saluran napas akut yang berkorelasi erat dengan kualitas udara yang memburuk.³

Dalam konteks etika profesi, situasi tersebut menimbulkan pertanyaan mendasar: sejauh mana dokter, khususnya dokter spesialis paru, bertanggung jawab tidak hanya untuk mengobati penyakit akibat polusi, tetapi juga mencegah penyebab utamanya? Pertanyaan ini menjadi relevan karena prinsip *beneficence* (berbuat baik) dan *non-maleficence* (tidak menimbulkan bahaya) secara moral menuntut dokter untuk bertindak terhadap faktor risiko yang membahayakan pasiennya, bahkan ketika faktor itu berada di luar ranah klinis.⁴ Mengabaikan dimensi lingkungan dari penyakit berarti mengabaikan akar masalah kesehatan publik, yang pada gilirannya dapat dipandang sebagai bentuk kelalaian etik (*ethical omission*).⁵ Deklarasi WMA tahun 2024 menegaskan bahwa kesehatan manusia tidak dapat dipisahkan dari kesehatan lingkungan.¹ Pernyataan ini memperluas cakupan tanggung jawab profesional dokter: etika medis kini tidak hanya mengatur hubungan interpersonal antara dokter dan pasien, tetapi juga mencakup tanggung jawab ekologis terhadap masyarakat

dan planet yang menopang kehidupan manusia.

Dokter Spesialis Paru sebagai Penjembatan antara Ilmu dan Kebijakan

Dokter spesialis paru memiliki posisi yang unik dalam lanskap etika kedokteran kontemporer: mereka memahami secara ilmiah bagaimana polutan merusak paru manusia, namun sekaligus menyaksikan langsung penderitaan pasien yang menjadi korban sistem lingkungan yang tidak sehat. Kombinasi antara keahlian klinis dan legitimasi moral ini menjadikan dokter spesialis paru aktor yang ideal untuk memainkan peran advokat kesehatan publik.^{6,7} Penelitian oleh An dan Jang (2021) menunjukkan bahwa peningkatan kadar PM2.5 berkorelasi dengan frekuensi eksaserbasi asma dan PPOK di Korea Selatan,⁶ sedangkan studi di Jakarta menemukan lonjakan kasus serupa saat kualitas udara menurun drastis.¹⁴ Data semacam ini memberikan landasan etika dan ilmiah bagi dokter untuk tidak sekadar mengobati, tetapi juga berbicara lantang mengenai penyebab penyakit yang mereka temui setiap hari. Advokasi terhadap kebijakan udara bersih dapat dipandang sebagai perwujudan prinsip *beneficence* yang diperluas.

Di sisi lain, prinsip *justice* menggarisbawahi dimensi keadilan sosial dari masalah polusi udara. Kelompok masyarakat berpenghasilan rendah, yang umumnya tinggal di kawasan industri atau dekat jalan raya, menanggung beban paparan polusi yang lebih berat dibanding kelompok lain.⁹ Dalam kerangka etika keadilan (*justice as fairness*), situasi ini menuntut keterlibatan aktif dokter untuk memperjuangkan pemerataan hak atas lingkungan yang sehat sebagai bagian dari hak asasi atas kesehatan.⁸ Dengan kata lain, advokasi lingkungan oleh dokter bukan sekadar pilihan moral, tetapi kewajiban profesional yang berakar pada keadilan distributif.

Antara Netralitas dan Keterlibatan: Menimbang Batas Etika

Salah satu dilema klasik yang dihadapi dokter ketika terlibat dalam advokasi publik adalah kekhawatiran akan kehilangan netralitas profesi. Namun, pemahaman modern terhadap etika kedokteran menegaskan bahwa netralitas

tidak identik dengan ketidakpedulian. Sebaliknya, keberpihakan terhadap kebenaran ilmiah dan kepentingan kesehatan masyarakat merupakan bentuk tanggung jawab profesional yang justru memperkuat kepercayaan publik.^{10,11} Hart dan kolega (2021) menekankan bahwa advokasi dokter terhadap isu iklim dan lingkungan harus dilihat sebagai perpanjangan dari peran moral profesi kedokteran, bukan sebagai bentuk aktivisme politik.¹⁰ Selama advokasi tersebut didasarkan pada bukti ilmiah, dijalankan secara transparan, dan tidak berpihak pada kepentingan politik tertentu, maka tindakan tersebut tetap berada dalam batas etika profesional yang sah. Keberanian moral untuk bersuara atas dasar sains merupakan wujud integritas, bukan pelanggaran netralitas. Dalam konteks ini, diam terhadap ancaman kesehatan publik yang nyata justru berpotensi menjadi pelanggaran prinsip *non-maleficence*. Membiarkan masyarakat terus terpapar udara tercemar tanpa upaya advokasi yang memadai dapat diartikan sebagai kegagalan untuk mencegah bahaya yang dapat dihindari.^{4,5} Oleh sebab itu, keterlibatan dokter dalam wacana publik harus dipahami bukan sebagai bentuk keberpihakan politik, melainkan sebagai manifestasi tanggung jawab etik terhadap kehidupan.

Pembelajaran Global: Model Etika Advokasi yang Terinstitusionalisasi

Sejumlah negara telah berhasil mengintegrasikan etika lingkungan ke dalam praktik kedokteran melalui model advokasi yang terstruktur dan terinstitusionalisasi.

a. Amerika Serikat

American Medical Association (AMA) secara terbuka mendukung *Clean Air Act* dan mendorong anggotanya untuk berperan aktif dalam kampanye kesadaran publik mengenai bahaya polusi udara.¹¹ Evaluasi oleh *JAMA Internal Medicine* menunjukkan bahwa partisipasi dokter dalam advokasi udara bersih tidak mengganggu persepsi netralitas profesi, bahkan meningkatkan kepercayaan publik terhadap profesi medis.

b. Uni Eropa

Melalui kebijakan *Health in All Policies*,

Uni Eropa menempatkan kesehatan sebagai pertimbangan lintas sektor dalam setiap kebijakan pemerintah, termasuk transportasi dan industri.¹⁵ Evaluasi selama sepuluh tahun menunjukkan penurunan signifikan dalam mortalitas akibat penyakit pernapasan, menegaskan efektivitas sinergi antara kebijakan publik dan kepemimpinan moral profesi kedokteran.

c. Inggris Raya

Program *Greener NHS* di Inggris menargetkan sistem kesehatan rendah emisi pada 2040. Dalam inisiatif ini, dokter tidak hanya menjadi pelaksana kebijakan, tetapi juga penggerak inovasi keberlanjutan melalui praktik klinik yang ramah lingkungan dan efisien energi.¹⁰ Etika lingkungan menjadi bagian inheren dari profesionalisme medis.

d. Korea Selatan

Melalui pembentukan *Medical Air Quality Council*, dokter spesialis paru di Korea Selatan berperan sebagai penasihat kebijakan kualitas udara bagi pemerintah daerah. Pendekatan kolaboratif ini menurunkan angka rawat inap akibat asma dalam lima tahun terakhir.⁷ Model ini menunjukkan bahwa etika advokasi dapat diintegrasikan dalam sistem kebijakan tanpa kehilangan independensi profesi.

Keberhasilan negara-negara tersebut mengindikasikan bahwa advokasi dokter terhadap isu lingkungan bukanlah penyimpangan, tetapi bagian evolutif dari etika profesi. Ketika dilakukan dengan pendekatan berbasis bukti dan berorientasi pada kepentingan publik, advokasi menjadi sarana untuk memperluas dimensi moral profesi kedokteran.^{10,15}

Keadilan Lingkungan dan Tanggung Jawab Sosial Profesi

Keadilan lingkungan (*environmental justice*) telah menjadi konsep kunci dalam diskursus bioetika kontemporer. Ketimpangan paparan polusi antara kelompok kaya dan miskin, antara pusat kota dan pinggiran, menegaskan bahwa masalah udara bersih bukan sekadar isu teknis, tetapi persoalan etika sosial. Russell (2021) menunjukkan bahwa kelompok berpenghasilan rendah cenderung terpapar polusi lebih tinggi dan memiliki akses lebih rendah terhadap

layanan kesehatan pernapasan.⁹ Situasi ini juga tercermin di Indonesia, di mana daerah industri dengan tingkat polusi tinggi menunjukkan prevalensi PPOK dan kanker paru yang lebih besar dibanding wilayah non-industri.¹⁴

Etika kedokteran menempatkan prinsip *justice* sebagai dasar pemerataan manfaat kesehatan. Dengan demikian, memperjuangkan udara bersih adalah bagian dari tanggung jawab sosial profesi dokter untuk memastikan distribusi risiko dan manfaat kesehatan yang adil di masyarakat.¹² Advokasi lingkungan oleh dokter spesialis paru dengan demikian tidak hanya melindungi individu, tetapi juga memperjuangkan keadilan struktural.

Tantangan Implementasi di Indonesia dan Arah ke Depan

Walaupun kerangka etik dan deklarasi internasional telah tersedia, penerapan konsep advokasi lingkungan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Hambatan utama mencakup keterbatasan pemahaman mengenai etika lingkungan di kalangan dokter, kekhawatiran terhadap stigma politisasi, serta minimnya dukungan kelembagaan dari organisasi profesi.^{5,13}

Untuk mengatasi hal tersebut, organisasi profesi seperti Persatuan Dokter Paru Indonesia (PDPI) dapat memelopori pembentukan komite etik-lingkungan yang berfungsi merumuskan panduan etik bagi anggotanya dalam melakukan advokasi publik. Selain itu, kurikulum pendidikan kedokteran perlu memasukkan materi *eco-medical ethics* dan *planetary health* guna menanamkan kesadaran sejak dini bahwa kesehatan manusia dan lingkungan merupakan entitas yang tidak terpisahkan.^{10,13}

Dari Etika Individu menuju Etika Planet

Perkembangan konsep *planetary health ethics* telah menggeser paradigma kedokteran modern dari fokus individual ke kesadaran ekologis kolektif. Jo dan Song (2025) menegaskan bahwa polusi udara merupakan manifestasi krisis etika global yang menuntut tanggung jawab lintas profesi, termasuk profesi medis.¹³ Dalam kerangka ini, dokter spesialis paru tidak lagi semata berperan sebagai penyembuh, tetapi

juga sebagai penjaga keberlanjutan ekosistem kehidupan.

Tanggung jawab etik seorang dokter kini meluas melampaui ruang praktik klinik, mencakup tindakan kecil namun bermakna seperti mengadvokasi kebijakan udara bersih, memilih terapi yang ramah lingkungan, serta berpartisipasi dalam gerakan keberlanjutan sistem kesehatan. Dengan demikian, etika kedokteran masa depan harus dipahami sebagai etika planet – suatu kesadaran moral bahwa menjaga kesehatan bumi berarti menjaga kesehatan manusia.^{4,10,15}

KESIMPULAN

Polusi udara menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat dan etika kedokteran. Dampaknya pada sistem pernapasan menempatkan dokter spesialis paru di garis depan, tidak hanya dalam tatalaksana klinis tetapi juga dalam tanggung jawab moral untuk melindungi masyarakat dari ancaman lingkungan yang dapat dicegah. Prinsip beneficence, non-maleficence, justice, dan autonomy menuntun dokter untuk tidak hanya mengobati akibat, tetapi juga mencegah penyebab. Deklarasi WMA 2024 menegaskan bahwa kesehatan manusia tidak terpisahkan dari kesehatan lingkungan. Karena itu, dokter spesialis paru memiliki tanggung jawab etik untuk terlibat dalam edukasi publik, penelitian, dan advokasi kebijakan udara bersih yang adil. Keterlibatan dokter dalam advokasi lingkungan bukan pelanggaran netralitas profesi, melainkan keberpihakan pada kehidupan. Tanggung jawab etik kedokteran kini perlu dipahami secara lebih holistik, mencakup relasi dokter-pasien sekaligus hubungan manusia dengan bumi yang menopangnya.

SARAN

- PDPI dan IDI perlu menyusun pedoman etik advokasi lingkungan dan kesehatan udara sebagai panduan dokter menyuarakan kepentingan publik tanpa melanggar netralitas profesional.
- Pendidikan kedokteran perlu memasukkan

materi *eco-medical ethics* dan *planetary health* dalam kurikulum untuk memperkuat kapasitas akademik dan moral dokter menghadapi isu lingkungan.

- Penelitian multidisipliner antara kedokteran, kesehatan lingkungan, dan kebijakan publik harus diperkuat guna menyediakan dasar ilmiah bagi advokasi medis.
- Pemerintah dan lembaga kesehatan perlu memperkuat pemantauan kualitas udara serta komunikasi risiko agar masyarakat memperoleh informasi akurat dan terkini.
- Dokter spesialis paru dan organisasi profesi dapat menjadi mitra strategis dalam menerjemahkan data ilmiah menjadi edukasi publik yang mudah dipahami.
- Setiap dokter perlu menyadari bahwa tanggung jawab etik tidak berhenti di ruang praktik, tetapi juga mencakup ruang publik dan kebijakan demi melindungi kehidupan manusia secara biologis, sosial, dan ekologis.

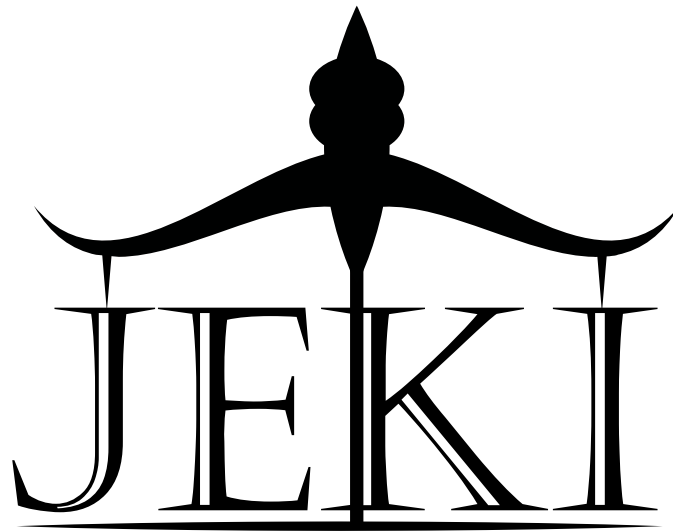
KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak memiliki konflik kepentingan pada penulisan artikel ini.

REFERENSI

1. World Medical Association. *Declaration on Prevention and Reduction of Air Pollution to Improve Air Quality*. WMA; 2024.
2. World Health Organization. *Air Pollution and Health: A Global Review*. Geneva: WHO; 2023.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI; 2024.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. Komite Etik IDI. *Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)*. Jakarta: PB IDI; 2022.
6. An J, Jang J. Association between Air Pollutants and COPD Exacerbations in Korea: A Time-Series Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6543.

7. Ko S, Kyung SY. Public Health Implications of Air Pollution Control: Role of Pulmonologists in Korea. *Korean J Med Ethics*. 2022;25(3):178-186.
8. Miller JE. Environmental Justice and Medical Ethics: Expanding the Principle of Justice. *J Med Ethics*. 2020;46(5):312-318.
9. Russell K. Air Inequality: Environmental Justice in Respiratory Health. *Lancet Planet Health*. 2021;5(9):e601-e609.
10. Hart JL, Smith RJ, Greene CM. Physicians and Climate Change: Ethical Responsibilities and Professional Identity. *JAMA Intern Med*. 2021;181(11):1460-1466.
11. American Medical Association. *AMA Policy Statement on Air Pollution and Health*. Chicago: AMA; 2023.
12. Rawls J. *A Theory of Justice*. Revised Edition. Harvard University Press; 1999.
13. Jo H, Song JY. Air Pollution and Interstitial Lung Disease: Emerging Challenges for Pulmonologists. *Chest*. 2025;167(2):289-297.
14. Suryani T, Hadi S, et al. Ambient Air Pollution and Hospital Admissions for COPD in Jakarta: A Retrospective Study. *Indones J Respir Sci*. 2023;8(4):201-210.
15. European Commission. *Health in All Policies and Air Quality Strategy: 10-Year Review Report*. Brussels: EC Directorate-General for Health and Food Safety; 2024.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia dalam Praktik Kedokteran di Rumah Sakit Universitas Andalas dan Faktor yang Mempengaruhinya

Taufik Hidayat^{1,2}, Siswanto Sastrowijoto², CB. Kusmaryanto³

¹Departemen Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Indonesia
²Program Studi Magister Bioetika Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia
³Fakultas Teologi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, Indonesia

Kata Kunci

etik, etika kedokteran, KODEKI

Korespondensi

taufikhidayat@med.unand.ac.id

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i2.106

Tanggal masuk: 1 April 2026

Tanggal ditelaah: 7 April 2026

Tanggal diterima: 17 April 2026

Tanggal publikasi: 27 April 2026

Abstrak Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dan menentukan faktor dominan yang mempengaruhi penerapan kode etik Kedokteran (KODEKI) oleh dokter yang berpraktik di Rumah sakit Universitas Andalas. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain potong lintang dan pendekatan campuran. Total sampel adalah 56 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Data diambil dengan kuesioner penelitian yang valid dan reliabel. Data dianalisis secara bivariat dan multivariat regresi logistik untuk menentukan faktor-faktor yang berpengaruh dalam penerapan KODEKI oleh dokter rumah sakit Universitas Andalas. Tingkat penerapan KODEKI oleh dokter rumah sakit Universitas Andalas adalah baik (80.4%). Uji chi-square mendapatkan faktor jenis kelamin ($p=0.543$), lama menjadi dokter ($p=0.673$), lama konsultasi ($p=0.03$), jenis kompetensi ($p=0.517$), jenis dokter penanggungjawab pelayanan ($p=0.076$) dan pernah atau tidak pernah mengikuti pelatihan etik ($p=0.426$) dan analisis regresi logistik mendapatkan tingkat kekuatan hubungan yang terbesar adalah faktor jenis dokter penanggung jawab pelayanan ($RR=13.843$). Kesimpulan tingkat penerapan KODEKI oleh dokter rumah sakit Universitas Andalas baik dan dipengaruhi oleh faktor lama konsultasi dan jenis dokter penanggungjawab pelayanan.

Abstract The objective of this study was to identify factors associated with, and to determine the dominant factors influencing, the implementation of the Indonesian Code of Medical Ethics (KODEKI) among physicians practicing at Universitas Andalas Hospital. This study was an observational study with a cross-sectional analytical design. The total sample were 56 respondents who met the inclusion and exclusion criteria. The data were collected using a valid and reliable research questionnaire. Data were analyzed using bivariate and multivariate logistic regression to determine the factors that influence the application of kodeki by the Universitas Andalas hospital's doctors. The level of application of KODEKI by Universitas Andalas hospital's doctors was good (80.4%). Chi square test got the factors of gender ($p = 0.543$), duration of being a doctor ($p = 0.673$), duration of consultation ($p = 0.03$), type of competence ($p = 0.517$), type of doctor in charge of services ($p = 0.076$) and had or never attended ethics training ($p = 0.426$) and logistic regression analysis found that the statistically significant factor was the type of doctor in charge of services ($RR = 13.843$). The conclusion was the level of application of KODEKI by Andalas University hospital doctors was good and were influenced by the length of the consultation and the type of doctor in charge of the service.

Di dalam profesi kedokteran *ethos* profesi berarti nilai-nilai luhur dan sifat-sifat baik yang terkandung dalam profesi medis. *Ethos* profesi ini bisa ditelusuri sampai ke sumpah Hippocrates di zaman Yunani kuno (abad ke-5 SM). *Ethos* suatu profesi sebagian besar tercermin dalam kode etik untuk profesi bersangkutan.

Dalam hal ini kode etik kedokteran Indonesia (KODEKI) seperti juga dengan kode etik kedokteran dinegara-negara lain mempunyai kaitan erat dengan sumpah dokter tadi. *Ethos* kedokteran diharapkan dimiliki oleh semua dokter. Tidak bisa disangkal, *ethos* profesi medis ini tidak bisa dicocokkan dengan cukup banyak

sifat dan sikap yang barangkali dapat diterima dalam *ethos* profesi lain. Kode etik sebetulnya tidak merupakan hal yang baru. Sudah lama diusahakan untuk mengatur tingkah laku moral suatu kelompok khusus dalam masyarakat melalui ketentuan-ketentuan tertulis yang diharapkan akan dipegang teguh oleh seluruh kelompok itu. Di dalam dunia kedokteran, sumpah *Hippocrates* merupakan kode etik pertama untuk profesi dokter^{1,2,3,4}

Meskipun etik yang diterapkan pada praktik medis berasal dari peradaban kuno dengan kepatuhan simbolik yaitu sumpah *Hippocrates*, namun kode etik dan hukum yang mengatur profesi kedokteran dirancang dan diperbarui dari waktu ke waktu. Prinsip dasar moral atau yang dikenal juga dengan istilah kaidah dasar bioetika dikemukakan oleh *Beauchamp* dan *Childress* didalam bukunya *Principle of Biomedical Ethics*. Prinsip tersebut menjadi landasan etik di dalam praktik kedokteran. Keempat prinsip tersebut adalah *respect for autonomy*, *beneficence*, *nonmaleficence* dan *justice*. Di Indonesia, landasan etik praktik kedokteran adalah sumpah dokter dan KODEKI. KODEKI menjadi pedoman bagi dokter dalam melaksanakan praktik kedokteran dan disesuaikan dengan kondisi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta dinamika etik global. KODEKI adalah rangkaian norma untuk menuntun praktik dokter di Indonesia.^{5,6}

Secara garis besar, KODEKI 2012 terdiri dari kewajiban umum dokter (pasal 1 sampai 13), kewajiban dokter terhadap pasien (pasal 14 sampai 17), kewajiban dokter terhadap teman sejawat (pasal 18 dan 19) serta kewajiban dokter terhadap diri sendiri (pasal 20 dan 21). Kaidah dasar bioetika atau prinsip etika biomedis menurut *Beauchamp* dan *Childress* (2013) merupakan salah satu landasan etik umum dalam pelayanan kedokteran. Pasal-pasal yang terdapat di dalam KODEKI 2012 mengacu kepada 4 kaidah dasar bioetika yaitu *respect for autonomy*, *nonmaleficence*, *beneficence* dan *justice*. Penelitian terkait masalah penerapan KODEKI dalam praktik kedokteran dan studi kuantitatif mengenai faktor determinan penerapan KODEKI di rumah sakit pendidikan di Indonesia masih sangat terbatas sehingga dengan penelitian

diharapkan mampu memberikan kontribusi khususnya penerapan KODEKI oleh dokter yang berpraktik di Rumah Sakit Universitas Andalas, Sumatera Barat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dan menentukan faktor dominan yang mempengaruhi penerapan KODEKI oleh dokter yang berpraktik di Rumah sakit Universitas Andalas.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian metode campuran dengan desain potong lintang di mana analisis kuantitatif kemudian diikuti oleh pendekatan kualitatif melalui wawancara ke beberapa responden terkait jawaban mereka terhadap beberapa pernyataan di dalam kuesioner penelitian. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Universitas Andalas yang merupakan rumah sakit pendidikan dari Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, yang seharusnya bisa memberikan teladan dan lahan pembelajaran bagi peserta didik dalam penerapan KODEKI. Penelitian ini menggunakan teknik *total sampling*, yaitu seluruh dokter yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Rumah Sakit Universitas Andalas selama periode penelitian diikutsertakan sebagai responden, yaitu sebanyak 56 orang responden.

Variabel bebas yaitu, jenis kelamin, usia, jenis lama praktik, lama konsultasi, jenis kompetensi dokter, jenis dokter penanggung jawab pasien, pernah atau belum mendapatkan pelatihan etik. Variabel terikat adalah hasil penerapan KODEKI dalam praktik kedokteran. Penelitian ini menggunakan lembar data pribadi dan modifikasi kuesioner dari Kuesioner Refleksi KODEKI (KRK) yang dikembangkan oleh Afandi dkk. (2011) yang dilakukan kembali uji validitas dan reliabilitasnya.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan kuesioner secara langsung kepada responden. Sebelum pengisian kuesioner, responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan diminta memberikan persetujuan untuk berpartisipasi. Pengisian kuesioner dilakukan secara mandiri dan anonim

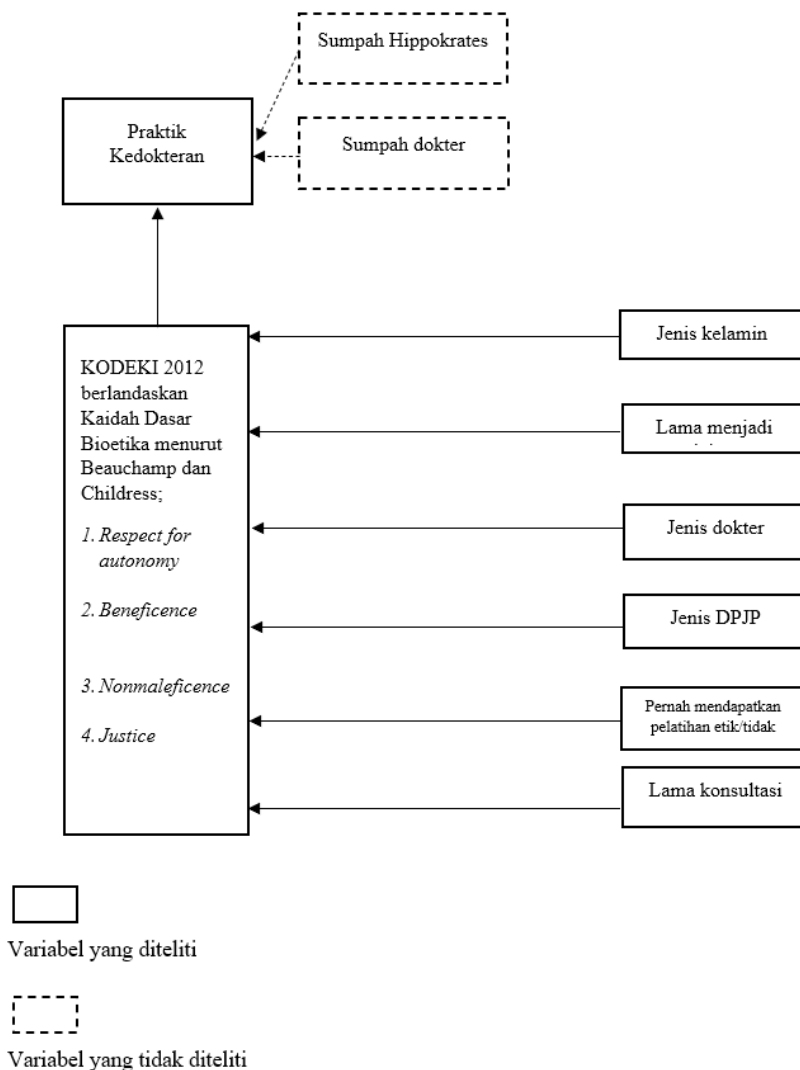
untuk menjaga kerahasiaan data responden.

Data akan dianalisis dengan SPSS 20.0 untuk melihat hubungan antara faktor-faktor yang memengaruhi tingkat penerapan KODEKI oleh dokter rumah sakit Universitas Andalas dalam praktik kedokteran. Kategori penerapan KODEKI terbagi atas: kurang (<50%), sedang (50%-75%) dan baik (>75%) dari skor total. Dilakukan analisis bivariat dengan uji *Chi-square* atau *Fisher's Exact Test* untuk mengobservasi kekuatan perbedaan antar pernyataan dari kelompok variabel yang diteliti. Hubungan dikatakan bermakna secara statistik jika $p < 0.05$. Dilakukan analisis multivariat regresi logistik untuk menilai kekuatan perbedaan antar variabel bebas terhadap variabel terikat. Dilakukan analisis data kualitatif yang didapatkan dari hasil wawancara terhadap

beberapa responden terkait jawaban mereka dalam kuesioner. Penelitian ini mendapatkan persetujuan dari komite etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Andalas no. 134/KEP/FK/2020.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kuesioner penelitian disebarkan ke seluruh responden (dokter) yang berpraktik di Rumah Sakit Universitas Andalas, namun tidak semua responden bersedia dan mengembalikan kuesioner. Dari jumlah total sebanyak 92 orang dokter, hanya 56 responden (*response rate* sebesar 60.86%) yang bersedia dan mengembalikan kuesioner penelitian. Jumlah responden dokter umum laki-laki adalah 10 orang (17.85%) dan jumlah responden dokter umum perempuan



Gambar 1. Kerangka konseptual sederhana penelitian

adalah 20 orang (35.71%). Jumlah responden dokter spesialis laki-laki adalah 11 orang (19.64%) dan jumlah responden dokter spesialis perempuan adalah 15 orang (26.78%). Sebaran data subyek penelitian seperti terlihat pada tabel 1.

Pada tabel 2 berikut dapat dilihat sebaran jawaban responden terhadap 19 buah pernyataan dalam kuesioner. Pembagian jawaban berdasarkan pada skala *Likert* yang dimodifikasi.

Pada tabel 3 ditampilkan analisis bivariat yang dilakukan antara masing-masing variabel terikat yaitu variabel jenis kelamin, lama menjadi dokter, lama konsultasi, jenis kompetensi, jenis dokter penanggungjawab pelayanan dan pernah atau tidaknya mengikuti pelatihan etik dengan variabel bebas hasil penerapan KODEKI.

Pada tabel 4 tampak hasil analisis multivariat regresi logistik antara 2 variabel terikat yang memenuhi persyaratan analisis regresi logistik dengan variabel bebas hasil penerapan KODEKI.

Penelitian ini memiliki keterbatasan, alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner yang dimodifikasi dari KRK oleh Afandi dkk. (2011) yang hanya mampu menilai sikap subjek penelitian dan tidak menggambarkan perilaku dokter sehari-hari terhadap dalam hubungannya dengan pasien. KODEKI dikembangkan berdasarkan empat prinsip dasar moral dari *Beauchamp* dan *Childress* yaitu, *respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence* dan *justice*. Pernyataan pada kuesioner tentang penerapan KODEKI oleh dokter di Rumah Sakit Universitas Andalas khususnya yang terkait hubungan dokter dengan pasien terdiri dari 19 buah pernyataan yang bisa dikelompokkan berdasarkan keempat kaidah dasar bioetika. Prinsip *respect for autonomy* terdapat pada pernyataan 1-4, prinsip *beneficence* terdapat pada pernyataan nomor 5-12, prinsip *nonmaleficence* terdapat pada pernyataan nomor 13-17 dan prinsip *justice* terdapat pada pernyataan nomor 18-19.

KODEKI merupakan norma atau aturan yang bersifat deontologi. Sebagai acuan moralitas diharapkan dokter sangat setuju dengan nilai-nilai yang terkandung dalam

Tabel 1. Sebaran data subyek penelitian

Variabel	n	%
Jenis kelamin		
• Laki-laki	21	37.5
• Perempuan	35	62.5
Usia		
• ≤ 25 tahun	6	10.7
• 26-30 tahun	24	42.9
• 31-35 tahun	10	17.9
• 36-40 tahun	11	19.6
• 41-45 tahun	2	3.6
• 46-50 tahun	3	5.4
Lama berprofesi sebagai dokter		
• < 5 tahun	11	19.6
• ≥ 5 tahun	45	80.45
Rata-rata lama konsultasi dengan pasien baru		
• < 10 menit	12	21.4
• ≥ 10 menit	44	78.6
Jenis kompetensi dokter		
• Dokter umum	30	53.6
• Dokter spesialis	26	46.4
Jenis Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)		
• Utama	36	64.3
• Penunjang	20	35.7
Pernah mengikuti pelatihan etika setelah tamat dokter		
• Tidak pernah	13	23.2
• Pernah	43	76.8
Tingkat penerapan KODEKI		
• Baik (>75%)	45	80.4
• Sedang (50%-75%)	11	19.6
• Kurang (<50%)	0	0

Tabel 2. Sebaran jawaban subjek penelitian berdasarkan pernyataan dalam kuesioner penelitian

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
		n	n	n	n
1	Selalu memberikan informasi dan meminta persetujuan pasien/keluarga saat akan melakukan tindakan medis	48	8	0	0
2	Selalu melibatkan pasien/keluarga dalam proses pengambilan keputusan dan pengobatan	37	18	1	0
3	Menghormati setiap keputusan yang dibuat oleh pasien/keluarga terkait alternatif pengobatan yang dipilih	34	21	1	0
4	Selalu memberikan kesempatan kepada pasien untuk berinteraksi dengan keluarga/penasihatnya, termasuk dalam beribadat dan penyelesaian masalah lainnya selama proses pengobatan	35	21	0	0
5	Niat menjadi dokter murni untuk menolong sesama demi kemanusiaan	27	27	2	0
6	Tidak selalu mengharap apa pun sebagai balasan apabila saya menolong pasien	22	30	4	0
7	Bersedia setiap saat dipanggil ke rumah pasien saat dalam keadaan gawat darurat	13	30	12	1
8	Selalu merujuk pasien yang bukan kompetensi saya ke dokter/dokter spesialis yang sesuai	43	13	0	0
9	Bersedia menolong pasien gawat darurat walaupun keselamatan diri saya terancam	1	19	33	3
10	Bersedia memberikan nomor telepon pribadi yang dapat dihubungi setiap saat oleh pasien	3	21	31	1
11	Selalu menyediakan waktu untuk memberikan edukasi pada tiap pasien saya	22	34	0	0
12	Di dalam mengobati pasien, tidak melakukan polifarmasi	11	34	11	0
13	Di dalam melakukan praktik kedokteran selalu menghindari tindakan yang melanggar etika dan hukum	40	16	0	0
14	Menghormati setiap bentuk kehidupan manusia	46	10	0	0
15	Akan memberitahukan dan melaporkan teman sejawat yang melakukan malapraktik medis (baik pasangan maupun senior saya)	4	28	24	0
16	Akan mengatakan dengan jujur kepada pasien jika tidak tahu tentang informasi yang ditanyakan pasien	17	37	2	0
17	Bersedia mengatakan dengan jujur kepada pasien dan bertanggungjawab apabila saya melakukan kesalahan medis meskipun tidak fatal	6	43	7	0
18	Di dalam melakukan pelayanan medis tidak membedakan pasien berdasarkan ras, agama, pilihan politik dan kedudukan sosial	43	13	0	0
19	Bersedia ditempatkan praktik didaerah mana saja (termasuk daerah konflik)	3	19	33	1

Keterangan: SS=sangat setuju; S=setuju; TS=tidak setuju; STS=sangat tidak setuju

Tabel 3. Hubungan antara tingkat penerapan KODEKI dengan lama menjadi dokter, lama konsultasi dengan pasien baru, kompetensi dokter, jenis DPJP, pernah/tidak mendapat pelatihan tentang etika kedokteran

Variabel	Tingkat penerapan		<i>p value</i>
	Baik	Sedang	
Jenis kelamin			0.543
• Laki-laki	16	5	
• Perempuan	29	6	
Usia			0.355
• ≤ 25 tahun	3	3	
• 26-30 tahun	19	5	
• 30-35 tahun	8	2	
• 36-40 tahun	10	1	
• 41-45 tahun	2	0	
• 46-50 tahun	3	0	
Lama berprofesi sebagai dokter			0.673
• < 5 tahun	8	3	
• ≥ 5 tahun	37	8	
Rata-rata lama konsultasi dengan pasien			0.030*
• < 10 menit	7	5	
• ≥ 10 menit	38	6	
Jenis kompetensi dokter			0.517
• Dokter umum	23	7	
• Dokter spesialis	22	4	
Jenis Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)			0.076
• Utama	26	10	
• Penunjang	19	1	
Pernah mengikuti pelatihan etika setelah tamat dokter			0.426
• Tidak pernah	33	10	
• Pernah	12	1	

KODEKI. Pernyataan sangat setuju akan menghasilkan tingkat refleksi yang baik. Pada penelitian ini didapatkan prevalensi tingkat penerapan KODEKI yang baik sebesar 45 (80.4%). Temuan ini menunjukkan bahwa pada umumnya dokter di Rumah Sakit Universitas Andalas sudah sangat setuju terhadap KODEKI dan nilai-nilai yang terkandung di dalamnya.

Untuk variabel jenis kelamin tidak didapatkan hubungan yang bermakna secara statistik antara dokter laki-laki dengan dokter perempuan dalam penerapan KODEKI ($p=0.543$). Penelitian Hariharan dkk. (2006) mendapatkan hasil yang serupa bahwa tidak didapatkan perbedaan yang bermakna secara statistik antara hubungan jenis kelamin dengan etik dalam pelayanan kesehatan. Untuk variabel lama menjadi dokter tidak didapatkan hubungan bermakna secara statistik dengan tingkat penerapan KODEKI ($p=0.673$). Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa lamanya menjadi dokter akan mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku dokter yang bekerja di rumah sakit terhadap masalah etik.⁷

Menurut penelitian Afandi, dkk. (2011) didapatkan hasil bahwa lama menjadi dokter memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan refleksi dokter terhadap KODEKI. Menurut penelitian Imran, dkk. (2014), di Pakistan, dokter junior dan dokter internship lebih sering menghadapi persoalan terkait etik dalam pelayanan dan hal ini dihubungkan dengan seringnya kedua kelompok tersebut bersinggungan dengan pasien atau kurangnya pelatihan etik yang mereka terima⁸

Untuk variabel lama konsultasi didapatkan dokter dengan lama konsultasi di bawah 10 menit sebanyak 12 orang (21.4%) dan di atas 10 menit berjumlah 44 orang (78.6%). Didapatkan hubungan yang bermakna antara lama konsultasi dengan tingkat penerapan KODEKI ($p=0.030$). Pada penelitian ini, peneliti membagi lama konsultasi dokter dengan pasien baru adalah di bawah 10 menit dan di atas 10 menit. Peneliti menetapkan batasan 10 menit karena pada penelitian sebelumnya oleh Afandi, dkk. (2011) didapatkan angka rerata 10.5 menit. Hal ini mempunyai kelemahan karena dapat

Tabel 4. Hasil analisis multivariat regresi logistik

Variabel	Koefisien	P	RR (IK 95%)
Lama konsultasi	-2.329	0.012	0.097 (0.016-0.603)
Jenis DPJP	2.628	0.033	13.843 (1.231-155.732)

merupakan bias pengamat karena kita tidak dapat mengetahui secara pasti berapa lama waktu konsultasi antara pasien dengan dokter (tidak termasuk waktu untuk pemeriksaan fisik). Didapatkan data lama konsultasi pasien di beberapa negara Eropa seperti Jerman 7,6 menit, Spanyol 7,8 menit, Inggris 9,4 menit, dan Belanda 10,2 menit menunjukkan bahwa lama konsultasi akan memengaruhi kualitas komunikasi dokter dan pasien. Lama konsultasi rerata pada penelitian ini kurang lebih sama dengan lama konsultasi optimum antara dokter dan pasien pada penelitian lain

Untuk variabel tingkat kompetensi dokter, sebagian besar kompetensi dokter di Rumah Sakit Universitas Andalas yang mengikuti penelitian ini adalah dokter umum sebanyak 30 orang (53.6%) dan dokter spesialis sebanyak 26 orang (46.4%). Dari uji statistik yang dilakukan untuk variabel ini didapatkan hubungan yang tidak bermakna ($p=0.517$). Penelitian Afandi dkk. (2011) mendapatkan hasil bahwa tidak didapatkan hubungan yang bermakna secara statistik penerapan KODEKI antara dokter umum dengan dokter spesialis. Hal ini terjadi karena tingkat kompetensi yang dinilai adalah tingkat kompetensi dalam bidang keilmuan, bukan kompetensi dalam hal etik.

Uji statistik terhadap variabel jenis dokter dalam melakukan pelayanan yaitu dokter penanggung jawab pelayanan utama sebanyak 36 orang (64.3%) dan penunjang sebanyak 26 orang (35.7%) didapatkan hubungan yang tidak bermakna ($p=0.076$). Hasil yang sama juga didapatkan pada variabel pernah/tidak mendapat pelatihan tentang etika kedokteran sebagian besar dokter di Rumah Sakit Universitas Andalas menjawab tidak pernah sebanyak 43 orang (76.8%) dan pernah sebanyak 13 orang (23.2%). Dari hasil uji statistik tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara variabel ini dengan tingkat penerapan KODEKI ($p=0.426$). Selain variabel di atas, nilai-nilai intrinsik

dokter kemungkinan besar berpengaruh dalam penentuan sikap atas pernyataan-pernyataan dalam kuesioner. Nilai intrinsik ini merupakan nilai yang melekat pada individu yang sangat bersifat spesifik dan berbeda antara satu individu dengan individu lainnya⁹

Menurut penelitian Unnikrishnan, dkk. (2013) didapatkan bahwa informasi terkait etik didapatkan oleh dari berbagai sumber, terutama selama menjalani pendidikan dokter diikuti pengalaman ketika bekerja, temuan ini sama dengan penelitian Hariharan, dkk. (2006), Chaterjee dan Sarkar (2012) dan Imran, dkk. (2014). Dari tujuh variabel bebas yang dianalisis, hanya dua variabel bebas yang bisa dilakukan analisis multivariat regresi logistik. Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa faktor jenis dokter penanggungjawab pelayanan memiliki kemungkinan 13.8 kali dan faktor lama konsultasi dokter memiliki kemungkinan 0.097 kali dalam penerapan KODEKI oleh dokter yang berpraktik di Rumah Sakit Universitas Andalas^{7,8,10}

Lama konsultasi yang lebih panjang dalam penelitian ini berkaitan erat dengan prinsip *respect for autonomy*, di mana dokter memiliki kesempatan yang lebih luas untuk memberikan informasi yang adekuat serta melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan medis. Prinsip ini menekankan pentingnya penghormatan terhadap hak pasien untuk menentukan pilihan terapi setelah mendapatkan informasi yang cukup⁶. Selain itu, durasi konsultasi juga mencerminkan kualitas komunikasi dokter-pasien yang berperan penting dalam membangun hubungan terapeutik, meningkatkan kepuasan pasien, serta kepatuhan terhadap terapi¹¹. Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa waktu konsultasi yang lebih lama berhubungan dengan komunikasi yang lebih efektif dan hasil klinis yang lebih baik.

Variabel jenis dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) menunjukkan pengaruh yang

kuat dalam analisis multivariat. Hal ini dapat dijelaskan melalui konsep *accountability* dan tanggung jawab etik klinis, di mana DPJP utama memiliki peran sentral dalam pengambilan keputusan medis dan bertanggung jawab langsung terhadap keluaran pasien. Dalam konteks etika kedokteran, tanggung jawab ini mencakup kewajiban untuk menjamin keselamatan pasien (*nonmaleficence*), memberikan manfaat terbaik (*beneficence*), serta bertindak adil (*justice*)⁶. Selain itu, KODEKI juga menegaskan bahwa dokter yang bertanggung jawab dalam pelayanan wajib mengutamakan kepentingan pasien serta mempertanggungjawabkan setiap tindakan medis yang dilakukan¹². Oleh karena itu, posisi DPJP utama secara struktural dan etik mendorong tingkat penerapan KODEKI yang lebih optimal dibandingkan peran penunjang.

KESIMPULAN

Penerapan kode etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dalam praktik kedokteran di Rumah Sakit Universitas Andalas terbanyak adalah tingkat penerapan baik (80.4%) dan sedang (19.6%). Faktor yang mempengaruhi penerapan KODEKI oleh dokter yang berpraktik di Rumah Sakit Universitas Andalas adalah faktor jenis dokter penanggungjawab pelayanan dan faktor lama konsultasi pasien. Penerapan KODEKI oleh dokter yang berpraktik di Rumah Sakit Universitas Andalas tidak dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin dokter, lama menjadi dokter, jenis kompetensi dokter dan pernah atau tidak pernah mengikuti pelatihan etik.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh dokter Rumah Sakit Universitas Andalas yang menjadi responden pada penelitian ini.

REFERENSI

1. Achadiat MC. Dinamika etika dan hukum kedokteran dalam tantangan zaman. Jakarta:

Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2007.

2. Afandi D, Ismail I, Purwadianto A. Refleksi dokter terhadap Kode Etik Kedokteran Indonesia. *Maj Kedokt Indon*. 2011;61(3):107-11.
3. Bertens K. *Etika*. Edisi revisi. Yogyakarta: Kanisius; 2013.
4. Hanafiah MJ, Amir A. *Etika kedokteran dan hukum kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2016.
5. Afandi D. Kaidah dasar bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis. *Maj Kedokt Andalas*. 2017;40(2):111-21.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
7. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 2006;7:7.
8. Imran N, Haider II, Jawaid M, Mazhar N. Health ethics education: knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics among interns and residents in Pakistan. *J Postgrad Med Inst*. 2014;28(4):383-9.
9. Chisholm RM. Intrinsic value. In: Rasmussen TR, Zimmerman MJ, editors. *Recent work on intrinsic value*. Netherlands: Springer; 2005. p.1-10.
10. Chatterjee B, Sarkar J. Awareness of medical ethics among undergraduates in a West Bengal medical college. *Indian J Med Ethics*. 2012;9(2):93-100.
11. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;325(7362):472.
12. Ikatan Dokter Indonesia. *Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012*. Jakarta: IDI; 2012.

Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah di Era Digital: Analisis Etika, Bioetika, dan Regulasi

M. Sudirman¹, Enrico Adhitya Rinaldi¹

¹Magister Administrasi Rumah Sakit, Universitas Yarsi

Kata Kunci

era digital, kode etik, pemasaran, pemasaran digital, rumah sakit, syariah

Korespondensi

m.sudirman321@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i2.107

Tanggal masuk: 3 April 2026

Tanggal ditelaah: 9 April 2026

Tanggal diterima: 19 April 2026

Tanggal publikasi: 27 April 2026

Abstrak Pemasaran di sektor kesehatan khususnya di rumah sakit atau rumah sakit syariah mengalami transformasi yang sangat signifikan apalagi dalam perkembangan teknologi digital yang sangat cepat dan pesat, sehingga harus disiapkan Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit. Penelitian ini bertujuan mengkaji Kode Etik Rumah Sakit Syariah khususnya terkait Pemasaran. Pemasaran yang tidak hanya memenuhi standar profesionalisme, tetapi juga mempertimbangkan aspek moral dan etis yang diatur dalam ajaran Islam. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif didukung dengan penelitian normatif. Hasil penelitian ini memiliki kebaruan dengan mengintegrasikan kerangka bioetika dan maqashid syariah dalam menganalisis dilema etika pemasaran rumah sakit di era digital, serta menawarkan model konseptual kode etik pemasaran yang tidak hanya berbasis regulasi, tetapi juga nilai etika dan syariah secara komprehensif.

Abstract Marketing in the healthcare sector, particularly in hospitals or Shariah hospitals, has undergone significant transformation, especially with the rapid and accelerated development of digital technology. This necessitates the preparation of a Hospital Marketing Code of Ethics. This study aims to examine the Code of Ethics of Shariah Hospitals, specifically related to marketing. The marketing approach discussed not only meets professional standards but also considers the moral and ethical aspects outlined in Islamic teachings. This research employs a qualitative method supported by normative research. The results of this study have novelty by integrating the bioethics framework and maqashid sharia in analyzing the ethical dilemma of hospital marketing in the digital era, as well as offering a conceptual model of a marketing code of ethics that is not only based on regulations, but also on ethical and sharia values comprehensively.

Perkembangan teknologi informasi, pemasaran digital telah mengubah berbagai aspek dalam kehidupan masyarakat, termasuk dalam sektor kesehatan. Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan kini semakin memanfaatkan media digital untuk mempromosikan produk dan layanan kesehatan. Pemasaran produk kesehatan melalui platform digital memungkinkan rumah sakit untuk mencapai audiens yang lebih luas dengan biaya yang relatif lebih rendah dibandingkan dengan pemasaran konvensional. Pemasaran digital dalam industri kesehatan menghadirkan tantangan besar terkait etika dan kepatuhan terhadap norma hukum, baik hukum positif maupun nilai-nilai syariah.

Pemasaran produk kesehatan di rumah sakit syariah tidak hanya memerlukan perhatian

terhadap aspek profesionalisme dan kualitas layanan, tetapi juga harus memperhatikan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip syariah yang mencakup keadilan, kejujuran, transparansi, serta tidak adanya penipuan dan eksploitasi. Kode etik pemasaran yang sesuai dengan ajaran syariah menjadi sangat penting untuk diterapkan sebagai pedoman bagi rumah sakit syariah dalam menjalankan aktivitas pemasaran produk dan layanan kesehatannya.

Seiring dengan meningkatnya penggunaan *platform digital*, pemasaran produk kesehatan kini lebih mudah diakses oleh konsumen melalui berbagai kanal, seperti media sosial, situs web, dan aplikasi kesehatan. Namun, praktik pemasaran ini sering kali tidak mempertimbangkan prinsip syariah dalam penyampaian informasi, promosi produk, dan

hubungan transaksi antara rumah sakit dan konsumen. Salah satu contoh nyata adalah fenomena iklan obat atau alat kesehatan yang mengklaim dapat menyembuhkan penyakit tertentu tanpa bukti ilmiah yang kuat, yang tidak hanya melanggar prinsip syariah, tetapi juga dapat merugikan konsumen secara finansial dan kesehatan. Hal ini menimbulkan kerugian bagi konsumen yang mengandalkan klaim tersebut tanpa menyadari potensi risiko yang ada (Nashir, 2021: 72).

Strategi pemasaran rumah sakit khususnya penerapan promosi dengan menggunakan digital marketing. Perkembangan pelayanan kesehatan secara global di era disrupsi dan pandemi, menjadi tantangan manajemen rumah sakit dalam menentukan langkah strategis untuk bertahan dan mengembangkan pelayanan rumah sakit salah satunya adalah dengan memanfaatkan teknologi. Strategi pemasaran memang identik dengan promosi produk atau bisnis. Namun, dalam pengelolaan rumah sakit, juga sangat penting dilakukan strategi pemasaran. Seperti dalam bidang bisnis yang mengenalkan produk, rumah sakit juga harus mengenalkan layanannya kepada masyarakat.

Tantangan muncul ketika pemasaran digital, yang bersifat cepat dan luas, sering kali menghadirkan potensi untuk penyebaran informasi yang tidak akurat atau promosi yang mengarah pada eksekusi komersial. Hal ini bertentangan dengan prinsip-prinsip syariah yang menekankan pentingnya keadilan dan keberlanjutan, serta menjauhkan praktik yang dapat merugikan konsumen atau memberikan informasi yang tidak benar, sehingga diperlukan kajian yang mendalam mengenai kode etik pemasaran yang tepat dan sesuai dengan nilai-nilai syariah, serta penerapannya di rumah sakit syariah dalam era digital ini.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Vanda Sativa Julianti, Amal Chalik Sjaaf dan Wahyu Sulistiadi Universitas Indonesia, Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia, *The Indonesian Journal of Health Promotion, MPPKI (Maret, 2022) Vol. 5. No. 3*, dengan hasil penelitian Perkembangan *digital marketing* di rumah sakit berkembang semakin pesat pada masa pandemi

COVID-19 ini. Hal ini merupakan tantangan bagi rumah sakit untuk tetap memasarkan produk/ layanan yang diberikan secara *online*, agar tetap dapat mempertahankan eksistensinya. Pandemi ini juga berdampak pada perubahan perilaku konsumen dan cara pemasaran rumah sakit dengan menerapkan integrasi teknologi digital berbasis *Healthcare 4.0*. Prinsip yang dapat diterapkan melalui *digital marketing* ini adalah *contactless services* dan *Integrated Marketing Communication*. Dalam penerapan *digital marketing* ini, rumah sakit dapat melakukan langkah-langkah strategi pemasaran secara digital atau *online* dengan tetap berorientasi pada konsep 4P dan konsep 4C.

Penelitian yang dilakukan oleh Wijaya dan Anhari Achadi Implementasi, Universitas Indonesia, Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSRI) E-ISSN: 2865-6583 Vol. 8 No 4, Oktober 2024, dengan hasil penelitiannya yaitu pemasaran digital di rumah sakit mempengaruhi keinginan pasien untuk berkunjung ke rumah sakit. Hal ini dapat terwujud melalui pembentukan citra rumah sakit yang akan menimbulkan kepercayaan pasien sehingga meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit.

Penelitian Reza Novriwanda dan Sebastian Herman, Institut Agama Islam Tazkia, Imanensi: Jurnal Ekonomi, Manajemen, dan Akuntansi Islam, 9(1), 37-46, Vol. 9, No. 1, Maret 2024, hlm. 37-46, dengan hasil penelitiannya yaitu pemahaman konsumen terhadap konsep syariah dan tingkat religiusitas konsumen memiliki dampak positif yang signifikan terhadap preferensi mereka, menandakan bahwa faktor ini menjadi pendorong utama dalam pemilihan RS syariah. Selain itu, sikap konsumen juga memiliki peran penting untuk dimainkan, karena memiliki pengaruh yang konstruktif dan penting dalam membentuk pilihan yang dibuat oleh konsumen. Studi ini menambah pemahaman kita tentang unsur-unsur yang berdampak pada kecenderungan konsumen terhadap fasilitas Kesehatan yang mengikuti prinsip-prinsip syariah. Secara ilmiah, penelitian ini memberikan wawasan baru dengan menekankan perlunya peningkatan pemahaman konsumen, serta peran kunci

religiusitas dan sikap konsumen dalam memahami preferensi mereka terhadap layanan kesehatan syariah. Kontribusi praktisnya terletak pada rekomendasi strategis untuk RS syariah, termasuk upaya meningkatkan pemahaman, memperkuat pemberdayaan religi, dan melakukan manajemen sikap konsumen guna meningkatkan daya tarik RS syariah.

Bahwa penelitian yang dilakukan oleh Peneliti berbeda dengan penelitian sebelumnya, *novelty* atau kebaruan penelitian dari peneliti adalah fokus untuk melakukan penelitian tentang Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah khususnya terkait dengan Konsep Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah yang sesuai dengan prinsip syariah. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat ditemukan solusi untuk memastikan bahwa pemasaran produk dan layanan kesehatan di rumah sakit atau rumah sakit syariah tetap berjalan dengan baik, adil, transparan, dan sesuai dengan etika syariah yang sesuai dengan ketentuan Al-Qur'an, As-Sunnah/Al-Hadits, Prinsip Syariah dan Tujuan Syariah (Maqoshidu Syariah).

Maqāṣid al-syarī'ah secara terminologis merujuk pada tujuan-tujuan fundamental yang hendak diwujudkan oleh hukum Islam, yaitu untuk menjaga dan mewujudkan kemaslahatan manusia (*jalb al-maṣlahah*) serta mencegah kerusakan (*dar' al-mafṣadah*). Secara klasik, para ulama seperti al-Ghazali dan al-Shatibi mengelompokkan *maqāṣid* ke dalam lima perlindungan utama (*al-darūriyyāt al-khams*), yakni perlindungan terhadap agama (*ḥifẓ al-dīn*), jiwa (*ḥifẓ al-nafs*), akal (*ḥifẓ al-'aql*), keturunan (*ḥifẓ al-nasl*), dan harta (*ḥifẓ al-māl*). Dalam perkembangan kontemporer, konsep ini tidak hanya dipahami sebagai kerangka normatif, tetapi juga sebagai pendekatan analitis untuk mengevaluasi praktik sosial, ekonomi, dan hukum, termasuk dalam konteks Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit Syariah di Era Digital: Analisis Etika, Bioetika, dan Regulasi. Dengan menggunakan perspektif *maqāṣid al-syarī'ah*, penelitian ini menawarkan kebaruan dengan tidak hanya menilai kepatuhan formal terhadap norma, tetapi juga mengkaji sejauh mana praktik tersebut selaras dengan tujuan substantif syariah dalam mewujudkan kemaslahatan yang

berkeadilan dan berkelanjutan.

Penelitian ini bermaksud untuk menganalisis regulasi yang ada tentang kode etik pemasaran di rumah sakit atau di rumah sakit syariah di Indonesia serta peraturan yang relevan dalam konteks syariah, mengidentifikasi tantangan dan peluang dalam pemasaran rumah sakit di era digital, khususnya yang berhubungan dengan prinsip-prinsip syariah, serta memberikan rekomendasi terkait kode etik pemasaran rumah sakit syariah di era digital.

Penelitian ini akan mengacu pada beberapa konsep utama:

1. **Prinsip Syariah dalam Bisnis dan Pemasaran:** Prinsip-prinsip syariah yang terkait dengan pemasaran medis, seperti larangan terhadap praktik *gharar* (ketidakpastian) dan *riba* (bunga), serta kewajiban untuk menjaga kejujuran, transparansi, dan tidak mengeksploitasi pasien.
2. **Kode Etik Pemasaran di Rumah Sakit:** Kode etik pemasaran rumah sakit yang perlu memperhatikan keseimbangan antara keuntungan dan kepatuhan terhadap norma etika, khususnya dalam mempromosikan layanan medis, serta melindungi hak dan privasi pasien.
3. **Era Digital dalam Pemasaran Rumah Sakit:** Analisis ini akan menilai dampak perkembangan teknologi digital, seperti pemasaran melalui media sosial dan situs web, terhadap penerapan prinsip-prinsip syariah dalam pemasaran rumah sakit. Penelitian ini juga akan menilai tantangan yang muncul, seperti informasi yang dapat disalahgunakan atau iklan medis yang berpotensi menyesatkan.

PEMBAHASAN

Pemasaran produk kesehatan di rumah sakit, khususnya dalam era digital yang semakin berkembang, merupakan aspek yang perlu mendapatkan perhatian serius. Tidak hanya dari sisi medis dan hukum, tetapi juga dari perspektif syariah yang mengedepankan prinsip-prinsip keadilan, transparansi, dan tanggung jawab. Teknologi digital yang semakin maju

memberikan kemudahan dalam penyebaran informasi, namun juga membuka peluang bagi penyalahgunaan informasi, termasuk dalam pemasaran produk kesehatan. Rumah sakit, sebagai penyedia layanan kesehatan, wajib memastikan bahwa produk dan layanan yang dipasarkan mematuhi regulasi yang ada dan sesuai dengan nilai-nilai syariah.

Pemasaran dalam Islam memiliki aturan yang ketat, terutama dalam hal transparansi informasi dan keadilan dalam transaksi. Menurut Al-Ghazali (2019: 112), syariah mengharuskan agar setiap kegiatan ekonomi dilandasi oleh niat yang baik dan dilakukan dengan cara yang tidak menipu atau merugikan konsumen. Dalam konteks pemasaran produk kesehatan, prinsip-prinsip syariah menuntut agar informasi yang disampaikan kepada konsumen adalah akurat, tidak menyesatkan, dan tidak mengandung unsur eksploitasi terhadap ketakutan atau ketidakpastian yang dimiliki konsumen terhadap kondisi kesehatan mereka. Sebagai contoh, pemasaran obat atau terapi yang tidak teruji atau tidak sesuai dengan kaidah ilmiah dapat dianggap sebagai penipuan atau bahkan penindasan terhadap konsumen yang mengandalkan informasi tersebut untuk keputusan kesehatan mereka (Aziz & Shahril, 2020: 45).

Regulasi Pemasaran Produk Kesehatan di Indonesia

Di Indonesia, pemasaran produk kesehatan di rumah sakit diatur oleh beberapa regulasi utama. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan menjadi payung hukum utama yang mengatur tentang penyelenggaraan layanan Kesehatan, termasuk di dalamnya adalah pemasaran produk kesehatan oleh rumah sakit., diantaranya dalam Penjelasan Ketentuan Pasal 147 Ayat (1), Yang dimaksud dengan “informasi atau pernyataan yang tidak benar dan/ atau menyesatkan pada informasi produk adalah informasi atau pernyataan yang tidak sesuai yang dicantumkan pada label atau yang disampaikan pada iklan produk.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17

Tahun 2023 Tentang Kesehatan telah mengatur

mengenai promosi produk atau iklan kesehatan. Akan tetapi tidak mengatur atau menyebut secara khusus Kode Etik Pemasaran. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1787/Menkes/Per/XII/2010 Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan telah mengatur mengenai Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan. dan ketentuan yang mengatur mengenai Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

Penerapan terkait ketentuan di atas, masih menghadapi sejumlah tantangan, terutama dalam pemasaran produk kesehatan di era digital. Penyebaran informasi tidak terbatas oleh ruang dan waktu, dan lebih sulit untuk diawasi, karena banyak rumah sakit yang memasarkan layanan dan produk kesehatan melalui platform digital seperti media sosial, website, dan aplikasi Kesehatan, akan tetapi pengawasan yang kurang ketat terhadap penyebaran informasi ini berisiko menimbulkan penyalahgunaan informasi yang bisa merugikan konsumen, serta berpotensi melanggar prinsip syariah yang mengedepankan keadilan dan transparansi. (Budiono, Agus-2021).

Berdasarkan ketentuan-ketentuan tersebut di atas, sampai saat ini belum mengatur secara khusus, lengkap dan jelas tentang Kode Etik Iklan atau Promosi Rumah Sakit atau Rumah Sakit Syariah atau Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit atau Rumah Sakit Syariah

Tantangan Pemasaran Produk Kesehatan di Era Digital

Pemasaran melalui *platform digital* membawa kemudahan, namun juga tantangan besar dalam hal pengawasan dan etika. Rumah sakit yang menggunakan media sosial, iklan online, dan situs web untuk mempromosikan produk kesehatan seringkali menghadapi dilema terkait dengan klaim berlebihan dan ketidakjelasan informasi yang disampaikan. Dalam banyak kasus, produk kesehatan dipromosikan dengan cara yang tidak didasarkan pada bukti ilmiah

Rumah Sakit

Ketentuan Penutup

Prinsip-prinsip syariah dalam pemasaran produk kesehatan mencakup tiga nilai utama yang harus diterapkan oleh rumah sakit, yaitu: **keadilan, transparansi, dan tanggung jawab.**

1. **Keadilan** dalam pemasaran berarti bahwa informasi mengenai produk kesehatan harus disampaikan dengan cara yang tidak menyesatkan dan tidak menguntungkan salah satu pihak secara tidak adil. Rumah sakit tidak boleh memberikan klaim berlebihan mengenai suatu produk atau layanan kesehatan yang tidak dapat dibuktikan.
2. **Transparansi** dalam pemasaran mengharuskan rumah sakit untuk memberikan informasi yang jelas, terbuka, dan dapat dipertanggungjawabkan mengenai produk dan layanan kesehatan. Informasi tersebut harus dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat, dan tidak boleh ada unsur ketidakjelasan yang dapat merugikan konsumen. Rumah sakit harus memastikan bahwa klaim mengenai manfaat produk didasarkan pada bukti ilmiah yang valid.
3. **Tanggung jawab** berarti bahwa rumah sakit harus bertanggung jawab atas dampak dari pemasaran yang dilakukan. Ini termasuk tidak mengeksploitasi ketidaktahuan atau kondisi rentan pasien untuk kepentingan ekonomi semata, serta menjaga agar pemasaran tetap mengedepankan keselamatan dan kesehatan pasien.

Kesenjangan antara Regulasi dan Penerapan Prinsip Syariah dalam Pemasaran Digital

Pemasaran produk Kesehatan sudah diatur dalam hukum positif, namun masih adanya kesenjangan antara regulasi yang ada dan penerapan prinsip syariah masih sangat nyata. Sulaiman (2021) mencatat bahwa sebagian besar regulasi yang ada lebih banyak mengatur pemasaran produk kesehatan secara konvensional dan belum banyak yang mengatur pemasaran digital secara mendalam. Salah satu tantangan utama adalah belum adanya pedoman

yang komprehensif mengenai bagaimana rumah sakit dapat memasarkan produk kesehatan melalui media digital sesuai dengan prinsip syariah.

Kesenjangan ini menciptakan ketidakjelasan bagi rumah sakit dalam mengimplementasikan prinsip syariah dalam pemasaran digital. Banyak rumah sakit yang masih mengandalkan pedoman umum, tanpa penekanan khusus pada aspek syariah yang dapat menjamin keadilan dan transparansi dalam setiap bentuk promosi produk kesehatan. Oleh karena itu, sangat penting untuk memperbarui regulasi agar lebih sesuai dengan perkembangan digital dan prinsip syariah yang berlaku. (Sulaiman, T: 2021).

Pembaruan Regulasi dan Penyusunan Pedoman Pemasaran Syariah

Untuk menjawab tantangan ini, pemerintah dan lembaga terkait perlu memperbarui regulasi yang ada agar lebih komprehensif, mencakup pemasaran produk kesehatan melalui media digital sesuai dengan prinsip syariah. Pembaruan regulasi ini harus mencakup ketentuan yang lebih ketat mengenai pengawasan konten promosi di media sosial dan platform digital lainnya, serta mekanisme perlindungan konsumen berbasis syariah.

Selain itu, rumah sakit juga perlu mengembangkan pedoman pemasaran yang jelas dan terperinci, yang mengutamakan keadilan, transparansi, dan tanggung jawab dalam setiap aktivitas pemasaran digital. Pedoman ini harus memastikan bahwa pemasaran produk kesehatan dilakukan dengan cara yang tidak hanya memenuhi ketentuan hukum yang ada, tetapi juga mencerminkan nilai-nilai syariah yang mengedepankan kepentingan pasien dan masyarakat (Suryanto, F-2022).

Kerangka Bioetika dalam Pemasaran Layanan Kesehatan

Dalam konteks etika kedokteran, pemasaran layanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari prinsip-prinsip bioetika yang menjadi fondasi dalam praktik medis modern. Beauchamp dan Childress (2019) mengemukakan empat prinsip utama bioetika, yang juga relevan dalam

komunikasi dan pemasaran layanan kesehatan.

1. **Prinsip *autonomy* (otonomi)** menuntut agar pasien diberikan informasi yang jujur, lengkap, dan tidak menyesatkan, sehingga dapat mengambil keputusan secara sadar (*informed decision*). Dalam konteks pemasaran digital, hal ini berarti larangan terhadap klaim berlebihan atau manipulatif yang dapat mempengaruhi pilihan pasien secara tidak rasional.
2. **Prinsip *beneficence* (kemanfaatan)** mengharuskan bahwa setiap aktivitas pemasaran harus memberikan manfaat nyata bagi pasien, seperti edukasi kesehatan yang benar, bukan sekadar mendorong konsumsi layanan medis secara komersial.
3. **Prinsip *nonmaleficence* (tidak merugikan)** menekankan bahwa pemasaran tidak boleh menimbulkan dampak negatif, baik secara fisik, psikologis, maupun finansial, termasuk melalui penyebaran informasi yang tidak akurat atau menyesatkan.
4. **Prinsip *justice* (keadilan)** menghendaki adanya akses informasi yang adil dan tidak diskriminatif, serta mencegah praktik pemasaran yang hanya menguntungkan kelompok tertentu atau mengeksploitasi kelompok rentan.

Keempat prinsip ini memiliki keterkaitan erat dengan *maqashid syariah*, khususnya dalam menjaga jiwa (*hifz al-nafs*), akal (*hifz al-'aql*), dan harta (*hifz al-mal*), sehingga integrasi bioetika dan prinsip syariah menjadi landasan penting dalam merumuskan kode etik pemasaran rumah sakit syariah.

Konsep Pembuatan Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit yang Sesuai Syariah

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), khususnya dalam Pasal 10 Tentang Promosi Pelayanan, sudah mengatur tentang Promosi Pelayanan, yaitu:

“Rumah sakit dalam melakukan promosi pelayanan dan/atau pemasaran harus bersifat informatif, benar dan lengkap, berpijak pada dasar yang nyata, tidak komparatif, tidak berlebihan, berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.”

Penerapan kode etik pemasaran yang berbasis syariah sangat penting dalam menjaga integritas rumah sakit dan memastikan bahwa setiap aktivitas pemasaran dilakukan dengan cara yang etis dan sesuai dengan hukum syariah. Beberapa hal penting yang perlu diperhatikan dalam penyusunan kode etik pemasaran rumah sakit berbasis syariah antara lain:

1. **Transparansi dan Kejujuran:** Rumah sakit harus memastikan bahwa setiap klaim mengenai produk dan layanan medis yang dipasarkan tidak berlebihan dan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan bukti ilmiah yang sah.
2. **Larangan Eksploitasi:** Rumah sakit harus menghindari eksploitasi terhadap kondisi pasien yang rentan, serta tidak mengeksploitasi ketidaktahuan atau ketergantungan pasien untuk keuntungan pribadi.
3. **Penggunaan Media Digital:** Dalam era digital, rumah sakit harus mematuhi prinsip syariah dalam menggunakan media sosial dan platform digital lainnya untuk mempromosikan produk kesehatan, dengan menjaga akurasi informasi dan menghindari klaim yang tidak dapat dibuktikan.
4. **Kepatuhan terhadap Regulasi Hukum:** Rumah sakit harus memastikan bahwa mereka mematuhi regulasi yang berlaku, baik itu UU Kesehatan, UU ITE, maupun prinsip-prinsip syariah dalam setiap praktik pemasaran yang dilakukan.

Berdasarkan hal-hal sebagaimana diuraikan di atas, Pemasaran produk kesehatan di rumah sakit pada era digital memerlukan perhatian yang lebih besar dalam hal integritas dan kepatuhan terhadap prinsip syariah. Pembaruan regulasi yang komprehensif, serta penyusunan pedoman pemasaran syariah yang jelas, sangat diperlukan untuk memastikan bahwa pemasaran produk kesehatan dilakukan dengan cara yang adil, transparan, dan bertanggung jawab. Dengan menerapkan prinsip-prinsip syariah dalam pemasaran digital, rumah sakit tidak hanya akan meningkatkan kredibilitas dan kepercayaan masyarakat, tetapi juga memastikan bahwa

setiap tindakan pemasaran dilakukan dengan cara yang mengutamakan kepentingan pasien dan masyarakat secara keseluruhan.

Dilema Etika dalam Pemasaran Rumah Sakit di Era Digital

Perkembangan pemasaran digital dalam sektor kesehatan menimbulkan berbagai dilema etika yang kompleks, khususnya antara kepentingan bisnis dan perlindungan pasien. Salah satu dilema utama adalah antara iklan berlebihan (*overpromotion*) dan kebutuhan akan pengambilan keputusan yang berbasis informasi (*informed decision*).

Di satu sisi, rumah sakit memiliki kepentingan untuk meningkatkan jumlah pasien melalui strategi pemasaran yang menarik, termasuk penggunaan klaim keunggulan layanan, testimoni, dan promosi digital. Namun, di sisi lain, praktik tersebut berpotensi menyesatkan pasien apabila informasi yang disampaikan tidak sepenuhnya akurat atau cenderung dilebih-lebihkan.

Dilema ini menjadi semakin kompleks dalam era digital, di mana informasi dapat dengan mudah disebarluaskan tanpa verifikasi yang memadai. Dalam kondisi ini, pasien berisiko mengambil keputusan medis berdasarkan informasi yang tidak objektif, sehingga berpotensi merugikan secara kesehatan maupun finansial.

Analisis Etika: Perspektif Bioetika dan Syariah

Dilema pemasaran rumah sakit tersebut dapat dianalisis menggunakan pendekatan bioetika modern yang mencakup prinsip *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*, serta dibandingkan dengan prinsip syariah.

1. Autonomy vs Iklan Berlebihan

Prinsip *autonomy* menuntut agar pasien memiliki kebebasan dalam mengambil keputusan berdasarkan informasi yang jujur dan lengkap. Namun, iklan yang berlebihan atau manipulatif dapat mengganggu otonomi pasien karena mempengaruhi persepsi secara tidak objektif. Dalam perspektif syariah, hal ini berkaitan dengan larangan *gharar*

(ketidakjelasan informasi), yang menekankan pentingnya transparansi dalam setiap transaksi.

2. Non-maleficence vs Misleading Information

Prinsip *non-maleficence* mengharuskan tenaga kesehatan dan institusi untuk tidak menimbulkan kerugian. Pemasaran yang menyesatkan, seperti klaim kesembuhan tanpa dasar ilmiah, dapat menyebabkan pasien memilih layanan yang tidak tepat. Dalam syariah, hal ini bertentangan dengan prinsip perlindungan jiwa (*hifz al-nafs*), yang menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama.

3. Beneficence vs Komersialisasi Layanan

Prinsip *beneficence* menekankan bahwa setiap tindakan harus memberikan manfaat bagi pasien. Namun, pemasaran yang terlalu berorientasi pada profit berpotensi menggeser tujuan pelayanan kesehatan dari *care* menjadi *commerce*. Dalam perspektif *maqashid syariah*, pelayanan kesehatan seharusnya berorientasi pada kemaslahatan (*maslahah*), bukan semata keuntungan ekonomi.

4. Justice vs Ketimpangan Akses Informasi

Prinsip *justice* menuntut keadilan dalam akses informasi dan layanan kesehatan. Pemasaran digital yang agresif dapat menciptakan ketimpangan, di mana hanya kelompok tertentu yang memiliki akses terhadap informasi berkualitas. Dalam syariah, prinsip ini sejalan dengan konsep keadilan (*‘adl*) yang menolak diskriminasi dan ketimpangan.

5. Integrasi Bioetika dalam Pemasaran Rumah Sakit Syariah

Penerapan prinsip bioetika dalam pemasaran rumah sakit syariah menunjukkan bahwa etika pemasaran tidak hanya berkaitan dengan kepatuhan hukum dan syariah, tetapi juga dengan perlindungan hak pasien sebagai subjek utama layanan kesehatan. Dalam praktik pemasaran digital, prinsip *autonomy* menuntut transparansi informasi, sehingga rumah sakit tidak diperkenankan menyampaikan klaim yang berlebihan atau tidak berbasis bukti ilmiah. Prinsip ini sejalan dengan larangan *gharar* dalam syariah yang menolak ketidakjelasan informasi.

Selanjutnya, prinsip *beneficence* mengharuskan bahwa pemasaran tidak semata-

mata berorientasi pada keuntungan, tetapi juga memberikan edukasi yang bermanfaat bagi masyarakat. Hal ini selaras dengan tujuan syariah dalam menciptakan kemaslahatan (masalahah). Prinsip *non-maleficence* menegaskan bahwa pemasaran yang menyesatkan, seperti klaim kesembuhan tanpa dasar ilmiah atau eksploitasi ketakutan pasien, merupakan bentuk pelanggaran etika yang dapat merugikan pasien secara langsung maupun tidak langsung. Dalam perspektif syariah, praktik tersebut bertentangan dengan prinsip perlindungan jiwa (hifz al-nafs). Adapun prinsip *justice* menekankan pentingnya keadilan dalam akses informasi dan layanan kesehatan. Pemasaran tidak boleh menciptakan kesenjangan informasi atau memprioritaskan kelompok tertentu secara tidak adil, yang dalam syariah berkaitan dengan prinsip keadilan ('adl).

Dengan demikian, analisis menunjukkan bahwa dilema pemasaran rumah sakit di era digital tidak dapat diselesaikan hanya melalui pendekatan regulasi, tetapi memerlukan integrasi antara prinsip bioetika dan nilai-nilai syariah. Keduanya memiliki titik temu dalam menekankan kejujuran, perlindungan pasien, dan keadilan, sehingga dapat menjadi landasan dalam merumuskan kode etik pemasaran rumah sakit yang lebih komprehensif dan adaptif terhadap perkembangan teknologi.

Praktik Penerapan Kode Etik Pemasaran Rumah Sakit di Negara Islam

Sebagai perbandingan, sejumlah negara dengan mayoritas penduduk Muslim telah mengembangkan regulasi dan praktik etika pemasaran layanan kesehatan yang lebih operasional dan terstandarisasi. Di Malaysia, pengaturan promosi layanan kesehatan tidak hanya diatur dalam Private Healthcare Facilities and Services Act 1998, tetapi juga diperkuat oleh pedoman Malaysian Medical Council (MMC) yang menekankan bahwa komunikasi pemasaran harus bersifat informatif, tidak menyesatkan, tidak komparatif secara tidak adil, serta tidak mengeksploitasi kondisi psikologis pasien. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip ethical healthcare marketing yang menempatkan akurasi informasi dan perlindungan pasien sebagai prioritas utama (Kotler, Shalowitz, &

Stevens, 2021). Dalam konteks syariah, Malaysia juga mengintegrasikan standar kepatuhan syariah dalam operasional rumah sakit, yang mencerminkan nilai kejujuran (sidq), tanggung jawab (amanah), dan keadilan ('adl) sebagai fondasi pemasaran (Wilson, 2012).

Di Uni Emirat Arab (UAE), melalui Ministry of Health and Prevention (MOHAP), seluruh iklan layanan kesehatan—termasuk pada platform digital—wajib melalui proses persetujuan regulator dan dilarang memuat klaim yang tidak berbasis bukti ilmiah maupun testimoni yang berpotensi menyesatkan. Pendekatan ini menunjukkan adanya integrasi antara regulasi modern dan prinsip perlindungan konsumen, yang dalam perspektif maqashid syariah berkaitan erat dengan perlindungan jiwa (hifz al-nafs) dan akal (hifz al-'aql). Studi dalam Journal of Business Ethics menegaskan bahwa transparansi dan kejujuran dalam komunikasi pemasaran kesehatan merupakan determinan utama dalam menjaga kepercayaan publik di era digital (Beauchamp & Bowie, 2004; Vitell & Paolillo, 2003).

Sementara itu, di Arab Saudi, melalui Saudi Commission for Health Specialties (SCFHS) dan Ministry of Health, pemasaran layanan kesehatan diatur secara lebih restriktif dengan melarang praktik komersialisasi berlebihan, termasuk penggunaan diskon agresif, klaim superioritas, maupun eksploitasi emosional pasien. Regulasi ini tidak hanya mencerminkan etika profesi medis, tetapi juga nilai syariah dalam menjaga kehormatan (hifz al-'ird) dan keadilan dalam transaksi layanan kesehatan. Dalam literatur pemasaran Islam, pendekatan ini dikategorikan sebagai value-based marketing, yaitu pemasaran yang tidak semata-mata berorientasi pada profit, tetapi juga pada tanggung jawab moral dan sosial (Hassan, Chachi, & Latiff, 2008; El-Gohary, 2016).

Jika dibandingkan, ketiga negara tersebut menunjukkan pola yang relatif serupa, yaitu: (1) adanya regulasi spesifik terkait iklan kesehatan, (2) mekanisme persetujuan atau pengawasan konten pemasaran, dan (3) integrasi nilai etika (baik profesional maupun syariah) dalam praktik pemasaran. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan kode etik pemasaran rumah

sakit telah berkembang dari sekadar norma etik menjadi sistem regulasi yang implementatif dan terukur.

Sebaliknya, di Indonesia, pengaturan pemasaran rumah sakit masih bersifat umum dan belum secara spesifik mengatur pemasaran digital berbasis syariah. Oleh karena itu, praktik di Malaysia, UAE, dan Arab Saudi dapat dijadikan benchmark dalam merumuskan kode etik pemasaran rumah sakit syariah yang lebih komprehensif, khususnya dengan mengintegrasikan prinsip maqashid syariah ke dalam regulasi operasional. Dengan demikian, penguatan regulasi tidak hanya bersifat legal-formal, tetapi juga mencerminkan nilai keadilan, transparansi, dan perlindungan pasien sebagai inti dari sistem pelayanan kesehatan berbasis syariah.

KESIMPULAN

Pembentukan kode etik pemasaran Rumah Sakit Syariah yang sesuai prinsip dan tujuan syariah (Maqashid Syariah), Al-Qur'an, As-Sunnah, kode etik rumah sakit syariah, serta fatwa DSN-MUI sangat penting untuk menjaga kepercayaan masyarakat, khususnya umat Muslim. Pemasaran layanan kesehatan di era digital harus menjunjung kejujuran, transparansi, dan keadilan, serta menghindari promosi berlebihan, eksploitasi, dan penipuan. Prinsip ini juga mencakup kewajaran harga dan mutu layanan pasien. Di era digital, tantangannya adalah mudah tersebarnya informasi yang tidak akurat atau berlebihan secara daring. Namun, kondisi ini juga menjadi peluang bagi rumah sakit untuk meningkatkan transparansi dan edukasi masyarakat melalui informasi yang benar, proporsional, dan sesuai kaidah Islam.

SARAN

- Bagi rumah sakit, asosiasi rumah sakit, tenaga medis, dan tenaga kesehatan: perlu segera disusun kode etik pemasaran Rumah Sakit Syariah yang jelas dan terstandar sesuai prinsip syariah, Al-Qur'an, As-Sunnah, kode etik rumah sakit syariah,

dan fatwa DSN-MUI. Pedoman ini harus mengatur larangan promosi menyesatkan, eksploitasi, serta penggunaan media sosial secara etis. Selain itu, perlu diadakan pendidikan dan pelatihan pemasaran kesehatan berbasis syariah.

- Bagi Kementerian Kesehatan, DSN-MUI, dan lembaga pengawas: perlu memperbarui regulasi pemasaran digital sesuai prinsip syariah, memperkuat pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit, serta mencegah iklan atau informasi menyesatkan agar pemasaran digital berjalan bertanggung jawab dan sesuai etika Islam.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

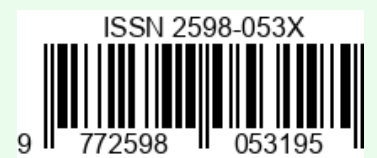
1. Al-Ghazali A. Etika pemasaran dalam perspektif syariah. Jakarta: Al-Muhajir; 2019. p.112.
2. Asikin M. Metode penelitian hukum: teori dan aplikasi. Jakarta: RajaGrafindo Persada; 2021. p.102.
3. Azhar H. Pemasaran syariah: prinsip dan praktik dalam industri kesehatan. Yogyakarta: UMM Press; 2021. p.29.
4. Aziz R, Shahril S. Pemasaran syariah: tantangan dalam industri kesehatan. Jakarta: Pustaka Syariah; 2020. p.45.
5. Beauchamp TL, Bowie NE. Ethical theory and business. Pearson; 2004.
6. Budiono A. Regulasi pemasaran kesehatan di Indonesia: tantangan dan peluang. Jakarta: Penerbit Pranata; 2021. p.88.
7. El-Gohary H. Islamic marketing: insights from a critical perspective. J Bus Res. 2016.
8. Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia. Fatwa No.107/DSN-MUI/IX/2016 tentang pedoman penyelenggaraan rumah sakit berdasarkan prinsip syariah. Jakarta: DSN-MUI; 2016.
9. Hamzah A. Hukum pemasaran produk kesehatan dalam perspektif syariah. Yogyakarta: UGM Press; 2022. p.56.
10. Hidayat S. Hukum kesehatan di Indonesia: regulasi dan praktik. Jakarta: RajaGrafindo;

2022. p.58.
11. Hassan A, Chachi A, Abdul Latiff S. Islamic marketing ethics and its impact on customer satisfaction. *J Islam Mark.* 2008.
 12. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. Keputusan Sidang Organisasi Kongres Luar Biasa PERSI No.003/KLB/PERSI/XI/2022 tentang Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Jakarta: PERSI; 2022.
 13. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI). Jakarta: PERSI; 2022.
 14. Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia. Kode Etik Rumah Sakit Syariah Indonesia (KODERSI Syariah). Jakarta: MUKISI.
 15. Kusumawardhani NQ. RS syariah, apa yang jadi pembeda layanannya? *Republika Online* [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://sharia.republika.co.id/berita/ruxkeb414/rumah-sakit-syariahapa-yang-jadi-pembeda-layanannya-part1>
 16. Kurniawan E, Subekti R. Pemasaran produk kesehatan di era digital: tantangan dan solusi syariah. Yogyakarta: UGM Press; 2022. p.45.
 17. Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. *Strategic marketing for health care organizations.* Wiley; 2021.
 18. Muhammad A. Tantangan pemasaran rumah sakit syariah di Indonesia: praktik dan etika bisnis [tesis]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Jakarta; 2020. p.35-38.
 19. Nashir M. Pemasaran produk kesehatan dalam era digital. Bandung: Alfabeta; 2021. p.72.
 20. Nasution M. Digital marketing in healthcare: a syariah perspective. Bandung: Alfabeta; 2021. p.84.
 21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1787/Menkes/Per/XII/2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
 22. Novriwanda R, Herman S. [judul artikel]. *Imanensi.* 2024;9(1):37-46.
 23. Samsudin I. Etika pemasaran dan perlindungan konsumen dalam era digital. Jakarta: Pustaka Sains; 2022. p.99.
 24. Sulaiman A. Hukum pemasaran dalam ekonomi syariah. Jakarta: Salemba Empat; 2020. p.134.
 25. Sulaiman F. Peraturan pemasaran produk kesehatan dalam perspektif syariah. Bandung: Alfabeta; 2021. p.113.
 26. Sulaiman T. Pemasaran produk kesehatan di era digital dan implikasinya terhadap syariah. *J Huk Syariah.* 2021;15(1):85-95.
 27. Sundjaya H. Faktor-faktor yang mempengaruhi preferensi konsumen muslim dan implikasinya terhadap keputusan pembelian jasa RS Syariah di Kota Bandung. Bandung: UIN Sunan Gunung Djati Bandung; 2023.
 28. Suryanto F. Pentingnya pedoman pemasaran yang sesuai dengan prinsip syariah di rumah sakit. *J Etika Kesehat.* 2022;20(4):220-30.
 29. Undang-Undang No.8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
 30. Undang-Undang No.11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
 31. Undang-Undang No.19 Tahun 2016 tentang perubahan atas Undang-Undang No.11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
 32. Undang-Undang No.27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi.
 33. Undang-Undang No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
 34. Undang-Undang No.1 Tahun 2024 tentang perubahan kedua atas Undang-Undang No.11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
 35. Peraturan Menteri Kesehatan No.290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran.
 36. Peraturan Menteri Kesehatan No.1787/Menkes/Per/XII/2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan.
 37. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.44 Tahun 2018 tentang penyelenggaraan promosi kesehatan rumah sakit.
 38. Peraturan Pemerintah No.46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
 39. Peraturan Pemerintah No.28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan Undang-Undang No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
 40. Pujilestari A, Pasinringi SA, Sangkala S. Daya saing di RS Islam Faisal tahun 2017. *J Kesehat Masy Maritim.* 2018;1(2).
 41. Wijaya, Achadi A. Implementasi [judul artikel]. *J Manaj Adm Rumah Sakit Indones.* 2024;8(4).
 42. Julianti VS, Sjaaf AC, Sulistiadi W. [judul artikel]. *Media Publ Promosi Kesehat Indones.* 2022;5(3).
 43. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application. *Med Princ Pract.* 2021.

44. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *Pharm Ther.* 2014;39(7):491-520.
45. Vitell SJ, Paolillo JG. Consumer ethics: the role of religiosity. *J Bus Ethics.* 2003.
46. Wilson JAJ. The new wave of transformational Islamic marketing. *J Islam Mark.* 2012.



Vol. 10 No. 1 Maret 2026



Vol. 10 No. 2 April 2026