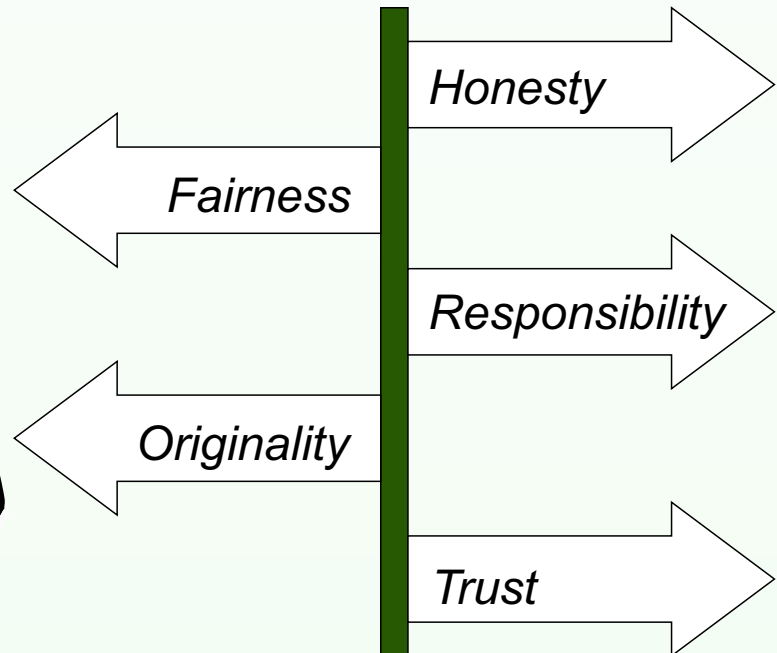


# Jurnal Etika Kedokteran Indonesia



## **INTEGRITAS AKADEMIK DI PERSIMPANGAN JALAN**

**Tinjauan Etika dan Hukum mengenai Praktik Joki dan  
*Ghostwriting* di Lingkungan Pendidikan Kedokteran**

**Quo Vadis Pelayanan Paliatif dan Donasi Organ di  
Indonesia?**

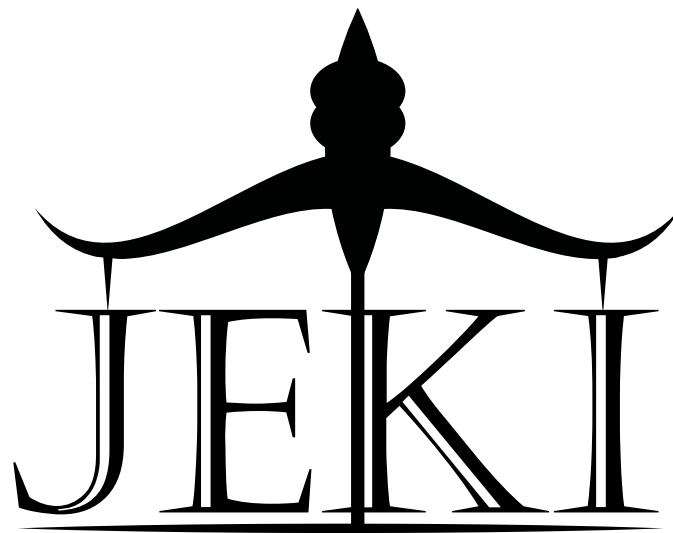
**Memahami Risiko Penggunaan Semaglutide Masa  
Transisi Penggunaan *OffLabel***

**Menyampaikan Berita Buruk kepada Pasien: Suatu Kajian  
Etika**

**Kesalahpahaman Istilah Rujuk Lepas: Tinjauan Etik dan  
Hukum**







# 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

Anna Rozaliyani

Bachtiar Husein

Djoko Widyarto JS

Frans Santosa

Julitasari Sundoro

M. Adib Khumaidi

Muhammad Munawar

Prijo Sidipratomo

Pukovisa Prawiroharjo

Rianto Setiabudi

Ulul Albab

## *Sekretariat JEKI*

Jl. Tebet Barat VIII No. 20  
Jakarta Selatan - Kode Pos 12810  
[www.ilmiahindonesia.id](http://www.ilmiahindonesia.id)

vol. 8 no. 2

Agustus 2024



## Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

**Teman sejawat yang terhormat,**

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatu...

Salam sejahtera bagi kita semua...

Om Swastyastu...

Namo Buddhaya...

Salam kebajikan...

Teman sejawat yang tercinta, di mana pun anda berada di seluruh pelosok tanah air.

“Dirgahayu Indonesia, HUT RI ke 79”

“MERDEKA! MERDEKA! MERDEKA!”

Marilah kita bersama-sama memanjatkan puja dan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas karunia dan izin-Nya, JEKI edisi 14 tahun 2024 dapat terbit tepat secara kuartal di bulan Agustus ini.

Pada edisi kali ini tim JEKI, setelah melewati berbagai pertimbangan, menerbitkan 5 (lima) artikel, yang mudah-mudahan memenuhi harapan teman sejawat sekalian.

Masih dalam pembahasan penggunaan obat “Off-Label”, edisi 14 ini mengangkat bukti bahwa ternyata penggunaan obat “off-label” bisa menjadi “on-label” bila ditemukan “evidenced-based study” pada suatu jenis obat.

Ada obat *anti-diabetic* parental yang terbukti dapat menurunkan berat badan pada penderita diabetes mellitus dengan kelebihan berat badan. Beberapa bulan terakhir, obat yang sama ternyata secara “off-label” sebagai penyubur kehamilan. Kasus ini adalah suatu bukti, bahwa penggunaan obat “off-label” tidak selamanya tidak boleh, selama penggunaannya dikerjakan secara etis dengan tujuan baik dan disertai data studi serta sesuai deklarasi Helsinki, masih dapat dibenarkan.

Menyambut usia JEKI yang ke-7 (tujuh) tahun pada bulan Oktober 2024 mendatang, kami akan menyajikan beberapa topik menarik perihal penegakan integritas akademik, agar para Sejawat benar-benar melakukan penelitian dan/atau publikasi ilmiah secara jujur, profesional, terpercaya, dan bertanggung jawab.

Pada bagian akhir JEKI, kami juga menyampaikan cuplikan isi Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) sebagai pengingat tentang nilai-nilai tanggung jawab profesional dalam profesi kedokteran, khususnya di Indonesia, yang harus senantiasa kita junjung tinggi.

Kami terus menghimbau kepada seluruh Sejawat anggota IDI untuk mendukung JEKI dengan mengirimkan naskah ataupun pengalaman berupa narasi untuk kita publikasikan. JEKI dapat diakses secara gratis (online) melalui tautan <https://ilmiahindonesia.id/>.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa mendampingi kita semua dalam berkarya menjalankan tugas dan kompetensi masing-masing di semua bidang, pendidikan, penelitian dan pelayanan kedokteran. Niscaya Indonesia juga semakin maju di segala bidang.

**Frans Santosa**  
**Kepala Editor**

---

## Daftar Isi

Tinjauan Etika dan Hukum mengenai Praktik Joki dan <i>Ghostwriting</i> di Lingkungan Pendidikan Kedokteran.....	35
Quo Vadis Pelayanan Paliatif dan Donasi Organ di Indonesia?.....	41
Memahami Risiko Penggunaan Semaglutide Masa Transisi Penggunaan <i>Off Label</i> .....	47
Menyampaikan Berita Buruk kepada Pasien: Suatu Kajian Etika.....	51
Kesalahpahaman Istilah Rujuk Lepas: Tinjauan Etik dan Hukum.....	55

# Tinjauan Etika dan Hukum mengenai Praktik Joki dan *Ghostwriting* di Lingkungan Pendidikan Kedokteran

Kevin Tjoa<sup>1</sup>, Reynardi Larope Sutanto<sup>1,2</sup>, Pukovisa Prawirohardjo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bioethics Cluster, Indonesian Medical Education and Research Institute, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Hukum, Ilmu Sosial, dan Ilmu Politik, Universitas Terbuka, Indonesia

## Kata Kunci

etika, ghostwriting, ghost-authorship, joki, penelitian kedokteran

## Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

## Publikasi

© 2024 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v8i2.79

**Tanggal masuk:** 1 Mei 2024

**Tanggal ditelaah:** 1 Juni 2024

**Tanggal diterima:** 1 Juli 2024

**Tanggal publikasi:** 30 Agustus 2024

**Abstrak** Kejujuran merupakan salah satu nilai luhur profesi kedokteran. Akan tetapi, fenomena praktik joki dan ghostwriting dalam penelitian kedokteran memancing pertanyaan mengenai implikasi etik dan kaitannya dengan nilai kejujuran seorang dokter. Meski KODEKI telah menegaskan pentingnya kejujuran, hal ini tidak terlalu eksplisit dalam konteks penelitian. Artikel ini ditulis untuk membahas isu joki dan ghostwriting dari segi etika dan hukum, antara lain dengan melihat rekomendasi internasional dan dasar pidana terhadap praktik tersebut. Selain itu, refleksi etnografi dilakukan untuk memberikan rekomendasi yang mungkin diterapkan bagi regulasi etika penelitian kedokteran. Diperlukan evaluasi mendasar terhadap tempat penelitian dalam pendidikan kedokteran serta adanya deklarasi kontribusi yang lebih transparan.

**Abstract** Honesty is one of the noble values of the medical profession. However, the phenomenon of “joki” and ghostwriting practices in medical research raises questions about the ethical implications and their relationship to a doctor’s honesty. Although the Indonesian Medical Code of Ethics (KODEKI) has emphasized the importance of honesty, it is not very explicit in the context of research. This article is written to discuss the issues of ghostwriting from ethical and legal perspectives, including examining international recommendations and the criminal basis for such practices. Additionally, ethnographic reflections are conducted to provide recommendations that may be applied to the ethical regulation of medical research. A fundamental evaluation of research in medical education and a more transparent declaration of contributions are needed.

Salah satu nilai luhur profesi yang bahkan mendapat tempat tersendiri kode etik kedokteran Indonesia (KODEKI) adalah kejujuran (pasal 8).<sup>1</sup> Akan tetapi, meskipun dunia kedokteran memiliki standar kode etik dalam ranah profesi, masalah kejujuran tidak memiliki panduan etik dalam ranah pendidikan dokter. Dalam dunia modern, seorang dokter lahir sebagai insan akademis melalui pendidikan tinggi formal. Maka, pendidikan kedokteran, yang ditujukan untuk mempersiapkan seorang dokter sebagai seorang profesional, seharusnya menjunjung tinggi etika akademis di samping menanamkan etika profesi. Perlu diingat, pendidikan kedokteran tidak terbatas pada pendidikan dokter umum, tetapi juga spesialis

dan subspesialis. Bahkan pendidikan dokter umum terdiri atas masa preklinik (untuk menjadi sarjana) dan profesi (untuk menjadi dokter). Ketidakejujuran di dunia akademis kedokteran di masa kini semakin terang dengan berkembangnya media sosial dan layanan joki tugas dan penelitian (yang terkadang berkedok asistensi penelitian). Dalam dunia publikasi ilmiah, praktik joki dikenal juga sebagai *ghostwriting* dianggap ketidakejujuran akademis (*academic dishonesty*) yang berpotensi merusak integritas dunia pendidikan.<sup>2</sup>

### **Menyamakan persepsi joki dan Ghostwriting**

Meskipun joki dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merujuk pada orang yang mengerjakan ujian orang lain dengan menyamar sebagai peserta ujian dan mendapatkan imbalan; praktik joki tidak terbatas pada ujian. Dalam pendidikan kedokteran tugas (umumnya terkait keilmiah atau pelayanan) juga menjadi objek. *Ghostwriting* merujuk pada praktik di mana seseorang yang secara substansial mengerjakan (penulisan) karya ilmiah (umumnya publikasi jurnal) tidak menjadi penulis yang direkognisi dan sebagai balasan akan jasa penulisannya ia mendapatkan insentif (umumnya uang). Istilah ini juga merujuk pada kondisi sebaliknya, mereka yang tidak memiliki kontribusi substansial terhadap penulisan karya ilmiah mendapatkan kredit sebagai penulis. Praktik ini juga sinonim dikenal sebagai *ghost-authoring*.<sup>2,3</sup>

Sebuah tinjauan sistematis oleh Stretton<sup>2</sup> mengindikasikan besarnya masalah praktik *ghostwriting* yang mencapai sekitar 50% terutama pada artikel mengenai farmakoterapi dan uji klinis obat. Padahal, sebenarnya terdapat istilah *professional medical writers*, yang memang secara legal digunakan dan terbuka dan disebutkan keterlibatannya dalam publikasi.

### **Tinjauan Etika dalam Praktik Joki dan Ghostwriting**

Meski KODEKI sudah menyebutkan nilai kejujuran sebagai salah satu nilai luhur profesi, aspek kejujuran dalam bidang penelitian tidak begitu eksplisit dibahas. Terdapat setidaknya dua pasal dalam KODEKI yang berkaitan erat dengan peran dokter sebagai peneliti, yaitu pasal 6 yang berbunyi, “setiap dokter wajib senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan atau menerapkan setiap penemuan tehnik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.” serta pasal 21 yang berbunyi, “setiap dokter wajib senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/kesehatan.” Secara lebih rinci, poin 5 dari penjelasan cakupan pasal 6 menyebutkan kewajiban seorang dokter peneliti untuk mengikuti kaidah penelitian yang baik sementara poin 5c dari penjelasan cakupan

pasal 21 justru mendorong seorang dokter untuk “secara aktif melakukan penelitian”<sup>1</sup>. Meski demikian, poin-poin tersebut tidak secara rinci menyebutkan etika apa yang dilanggar ketika menggunakan jasa joki dan *ghostwriting*.

Terlepas dari tidak adanya penyebutan yang eksplisit dari KODEKI, baik pasal 6 maupun 21 mengajak setiap dokter Indonesia untuk menjadi peneliti yang mengamalkan etika penelitian kedokteran. Dalam hemat penulis, terdapat dua isu penting di dunia joki dan *ghostwriting* penelitian kedokteran yang kerap menjadi problematika sehari-hari, yaitu isu kaidah penentuan posisi penulis dan kontributor penelitian sesuai rekomendasi *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* dan isu joki transaksional minim interaksi pada penelitian-penelitian klinis.

Menurut ICMJE<sup>4</sup>, seorang pengarang (*author*) atau penulis dalam publikasi penelitian kedokteran, harus memberikan kontribusi yang didasarkan pada empat kriteria sebagai berikut:

1. Kontribusi substansial terhadap konsepsi atau desain karya; atau akuisisi, analisis, atau interpretasi data untuk karya tersebut; DAN
2. Penyusunan karya atau peninjauan secara kritis untuk konten intelektual penting; DAN
3. Persetujuan akhir dari versi yang akan diterbitkan; DAN
4. Kesepakatan untuk bertanggung jawab atas semua aspek karya dalam memastikan bahwa pertanyaan terkait akurasi atau integritas bagian apa pun dari karya tersebut diselidiki dan diselesaikan dengan tepat.

Jika seorang kontributor tidak memenuhi setidaknya satu dari kriteria tersebut, kontributor tersebut seyogianya mendapatkan pengakuan dalam bentuk *acknowledgment* pada karya ilmiah yang dihasilkan. Dalam konteks ini, dapat disimpulkan bahwa ICMJE merekomendasikan adanya tempat pengakuan bagi penulis joki dan *ghostwriting* sebagai *professional medical writers* yang memiliki peran “*participated in writing or technical editing of the manuscript*”. Maka dari itu, para dokter yang menjadi pengguna maupun pegiat jasa joki atau *ghostwriting* sudah seharusnya mengindahkan pedoman ini untuk

melaksanakan kewajiban etik yang tertuang pada KODEKI.

Problematika etik berikutnya adalah isu joki transaksional yang minim interaksi antar penulis. Dalam pengalaman penulis, kerap kali ditemukan kasus di mana pengguna jasa ini tidak begitu memperhatikan hasil akhir yang ditulis oleh para pegiat jasa joki. Interaksi antar penulis yang seharusnya eksis menjadi terganti oleh transaksi pembeli dan penjual tulisan. Hal ini tentu menjadi masalah ketika karya ilmiah yang dihasilkan ternyata memiliki kekeliruan dan penulis yang tercantum, yaitu pengguna jasa joki yang asal menerima hasil, dimintai tanggung jawab oleh masyarakat ilmiah. Patut diingat bahwa selain memiliki implikasi sosial, antara lain terhadap usaha untuk menjadikan dunia akademis sebagai zona inklusif bagi seluruh peneliti dari berbagai latar belakang, penentuan *authorship* atau pencantuman penulis juga memiliki implikasi langsung sebagai bentuk pertanggungjawaban seorang penulis terhadap karya yang ditulis. Dalam konteks kaitan dengan isi KODEKI, hal itu tentu bertentangan dengan frase “berhati-hati” dalam mengumumkan hasil penelitian kedokteran.

### **Tinjauan Hukum dalam Praktik Joki dan Ghostwriting**

Tidak ada hukum yang secara spesifik dan gamblang mengatur mengenai praktik ini, tetapi terdapat beberapa pidana yang dapat dikenakan kepada pengguna jasa dengan berpegang pada dua delik: 1) sebagai pemalsuan surat dan 2) sebagai plagiarisme dan pelanggaran integritas akademik.

#### **1. Pemalsuan surat**

Dalam sebuah karya tulis ilmiah apalagi tugas akhir terdapat pernyataan orisinalitas yang menyatakan bahwa tulisan tersebut adalah karya penulis yang bertandatangan. sebagai satu kesatuan, karya tulis tersebut memiliki nilai dan menimbulkan hak baru, yaitu diperolehnya gelar. jika dicek menjadi tugas-tugas perkuliahan sehari-hari, kita dapat menganggapnya sebagai proses (seperti anak tangga) yang juga berkontribusi dalam menimbulkan hak baru. Berikut adalah redaksional pasal 391 KUHP baru (UU no. 1 tahun 2023):<sup>5</sup>

“Setiap orang yang membuat secara tidak benar atau memalsu surat yang dapat menimbulkan suatu hak, perikatan atau pembebasan utang, atau yang diperuntukkan sebagai bukti dari suatu hal, dengan maksud untuk menggunakan atau meminta orang lain menggunakan seolah-olah isinya benar dan tidak palsu, jika penggunaan surat tersebut dapat menimbulkan kerugian, dipidana karena pemalsuan surat, dengan pidana penjara paling lama 6 tahun atau pidana denda paling banyak kategori VI, yaitu Rp2 miliar.”

Hal yang menarik adalah bagaimana memaknai klausul kerugian. Apa dan sejauh mana domino kerugian yang dapat dipertimbangkan? Apakah ketidakjujuran dalam penyusunan tugas akhir, bagi seorang dokter, berdampak pada keselamatan pasien? Atukah kerugian di pihak penulis asli (joki) karena ia tidak mendapatkan kredit yang seharusnya karena misalkan artikel yang ia tulis akhirnya dipublikasikan di jurnal ternama dan membantu si penulis bernama dalam promosi jabatan?

Mungkin terdengar berlebihan dan cacat logika karena mengaitkan hal yang terlalu jauh. Akan tetapi, kita dapat belajar dari kasus studi *Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research* (VIGOR) untuk melihat bagaimana praktik *ghost-authorship* dapat membahayakan pasien. Studi VIGOR merupakan uji klinis acak tersamar ganda yang membandingkan obat *rofecoxib* (Vioxx) dengan naproksen untuk pasien artritis reumatoid.<sup>6</sup> Studi yang dipublikasi di jurnal prestisius *New England Journal of Medicine* (NEJM) pada tahun 2000 ini “ditulis” oleh Bombardier dkk. yang ternyata tidak pernah (atau sangat sedikit) terlibat dalam pelaksanaan studi. Penulis sebenarnya adalah Merck, perusahaan farmasi produsen *refocoxib*, yang membayar Bombardier dkk. Sayangnya, hal ini baru diketahui setelah Vioxx ditarik dari pasar pada 2004 (4 tahun setelah publikasi awal) karena efek samping negatif terkait kardiovaskular, seperti serangan jantung dan gagal jantung. Dalam artikel publikasinya, Merck memberikan informasi yang keliru dan menyembunyikan informasi, salah satunya dengan tidak menginklusi tiga kejadian infark miokard pada kelompok *refocoxib*

dalam analisis.<sup>7-9</sup>

## 2. Plagiarisme dan pelanggaran identitas akademik

Kontroversi mengenai apakah tindakan joki dan *ghostwriting* tergolong plagiarisme cukup kompleks. Paralikas<sup>10</sup> dalam tulisannya mencoba memberikan beberapa rambu dalam menyikapi *ghostwriting* dalam hubungannya dengan plagiarisme melalui penilaian terhadap 1) ekspektasi pembaca/pendengar dan 2) intensi menipu. Peran lingkungan dan kebiasaan di dalamnya penting untuk menilai apakah sebuah tindakan *ghostwriting* menjadi sebuah plagiarisme dan bersifat illegal.

Praktik ini sebenarnya sudah lama diam di masyarakat. Penulisan pidato, atau bahkan putusan pengadilan adalah beberapa contoh karya yang dihasilkan melalui *ghostwriting*. Akan tetapi, tidak terdapat masalah etis maupun hukum yang timbul karena ekspektasi audiens akan sebuah pidato tidak menekankan pada orisinalitas karya seperti pada karya seni; juga tidak bertujuan untuk menipu. Hal ini juga dipengaruhi normalisasi yang terjadi di lingkungan karena sudah biasanya praktik tersebut dalam masyarakat (*customary*).

Paralikas<sup>10</sup> menyatakan bahwa pada beberapa kasus *ghostwriting* adalah bentuk plagiarisme konsensual. Konsensualitas ini tidak menghilangkan sifat negatif *ghostwriting* karena kemungkinan kesalahan dan ketidakjujuran muncul tidak terbatas pada hubungan penulis sebenarnya dan penulis tercantum saja, tetapi juga pada hubungan penulis-pekerjaan-audiens.

Selain plagiarisme, salah satu integritas akademik yang dicoreng dengan praktik joki dan *ghostwriting* adalah kepengarangan yang tidak sah (pasal 10 Permendikbud 39/2021). Dalam hal ini, terdapat beberapa kondisi yang mungkin terjadi, yaitu mencantumkan atau tidak mencantumkan seseorang sesuai dengan kontribusinya, serta menyuruh orang lain membuat karya tanpa memberikan kontribusi. Seluruh pelanggaran ini diancam dengan berbagai sanksi mulai dari teguran hingga pencabutan gelar akademik.<sup>11</sup>

## Refleksi Otoetnografi Singkat

Praktik joki memang sudah mendarah daging dalam kehidupan akademis di Indonesia. Sebuah studi di Universitas Airlangga mendapati angka 6,75% mahasiswa terlibat dalam praktik joki. Angka ini jauh lebih kecil dari estimasi global yang mencapai 15,7%.<sup>12</sup> Sayangnya, meskipun menjadi praktik yang umum, mendapatkan data objektif terkait praktik ini, terlebih di dunia kedokteran secara spesifik, terbilang cukup sulit karena dianggap tabu dan sensitif. Pada kondisi seperti ini, otoetnografi sebagai metode kualitatif menjadi salah satu cara mengulas lebih dalam masalah perjokian melalui pendekatan observasional personal (atau kelompok yang dikenal sebagai otoetnografi kolaboratif) dalam konteks kultural (lingkungan).<sup>13</sup> Otoetnografi memungkinkan penilaian sebuah fenomena yang sulit dijamah oleh riset kuantitatif (dalam hal ini praktik perjokian di dunia kedokteran) oleh penulis yang secara tidak langsung maupun langsung bersinggungan dengan peristiwa.

Dewasa ini banyak praktik bisnis perjokian yang menutupinya dengan kedok asistensi penelitian. Pada kenyataannya sebagian besar asisten mengerjakan lebih banyak dari yang dikerjakan pemilik tugas. Penelitian memang bukan tugas utama dokter, tetapi dalam posisi sebagai peserta didik, penelitian menjadi bagian dari tugas menurut Tri Dharma perguruan tinggi. Pada dasarnya skripsi, tesis, maupun disertasi adalah serupa sebagai sebuah tugas karya ilmiah akhir, hanya berbeda pada bobot keilmuan dan siapa yang mengerjakan sebagai bentuk tanggung jawab akademik. Sayangnya, joki skripsi lebih banyak disorot negatif, ketimbang tesis atau disertasi. Normalisasi terhadap asisten penelitian pada jenjang pendidikan yang lebih tinggi mengaburkan batas standar etik. Padahal mereka yang berada di jenjang pendidikan yang lebih tinggi melakukan praktik ini bukan lagi sebagai mahasiswa – yang jenjangnya lebih tinggi dengan tanggung jawab moral lebih besar – semata, melainkan juga sebagai dokter, entitas yang tidak dapat dipisahkan.

Pada peristiwa kasuistik, konflik batin juga mungkin terjadi dalam diri *ghostwriter* terutama ketika sebuah tugas/pekerjaan yang ditawarkan

bersifat esensial bagi seorang dokter (atau calon dokter) seperti penulisan rekam medis. Waktu respons untuk tugas-tugas yang sangat berkaitan dengan fungsi sebagai dokter (klinisi) cenderung lebih lama. Sementara para joki cenderung lebih tidak berpikir panjang dan berkonflik saat mengambil pekerjaan terkait penelitian, meskipun sama-sama berasal dari subjek yang sama.

Deklarasi kontribusi mengenai keterlibatan dan bantuan orang lain dalam penulisan karya menjadi sama pentingnya dengan deklarasi konflik kepentingan untuk mengatasi masalah ini. Mengapa dalam halaman ucapan terima kasih, penulis dapat menyebutkan nama petinggi institusi yang mungkin tidak pernah ia temui dan berkontribusi dalam proses penelitian dan penulisan tugas akhirnya, tetapi tidak menyebutkan mereka yang membantu dalam proses penulisan? Beberapa penulis di sisi lain menyebutkan nama asisten penelitian yang membantu dalam pengambilan data, tetapi mengabaikan mereka yang membantu pengolahan statistik hingga penulisan hasil dan pembahasan. Padahal dalam *Contribution Roles Taxonomy* (CRedit), *author* dapat memiliki peran yang beragam mulai dari konseptualisasi, metodologi, *software*, validasi, analisis, kurasi data, penulisan (*drafting* dan *reviewing*), *visualization* dan lainnya yang diakui dalam komunitas ilmiah.<sup>14</sup> Bahkan secara lebih ketat, *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) memberikan definisi *author* yang harus memenuhi empat komponen seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Berkaca dari kondisi ini, pendidikan kedokteran, terutama di tingkat profesi, bahkan pendidikan tinggi secara keseluruhan, perlu mengevaluasi kewajiban penulisan skripsi atau semacamnya sebagai tugas akhir. Pilihan magang dan praktik lapangan untuk mengasah kemampuan teknis ketimbang akademis dan menulis mungkin menjadi alternatif meminimalisasi praktik joki yang tidak sehat bagi dunia akademis. Sayangnya, solusi ini mungkin tidak akan berdampak pada masalah joki yang terjadi di luar tugas akhir.

## KESIMPULAN

Praktik joki dan *ghostwriting* dalam pendidikan kedokteran merupakan isu serius yang berpotensi merusak integritas akademik dan profesionalisme di bidang kesehatan. Meskipun kejujuran telah lama diakui sebagai nilai luhur dalam profesi kedokteran, penerapan etika ini dalam konteks penelitian masih kurang eksplisit. Praktik ini tidak hanya melanggar prinsip-prinsip etika yang diatur dalam KODEKI dan rekomendasi internasional seperti ICMJE, tetapi juga dapat berimplikasi hukum karena termasuk pemalsuan dan plagiarisme. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi mendasar terhadap peran penelitian dalam pendidikan kedokteran serta penerapan deklarasi kontribusi yang lebih transparan. Langkah-langkah ini penting untuk memastikan bahwa pendidikan kedokteran tidak hanya menghasilkan dokter yang kompeten secara teknis, tetapi juga berintegritas tinggi dalam menjalankan tugas akademik dan profesional mereka.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

## REFERENSI

1. Purwadianto A, Soetedjo, Gunawan S, et al. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2012.
2. Stretton S. Systematic review on the primary and secondary reporting of the prevalence of ghostwriting in the medical literature. *BMJ Open* 2014; 4: e004777.
3. DeTora LM, Carey MA, Toroser D, et al. Ghostwriting in biomedicine: a review of the published literature. *Curr Med Res Opin* 2019; 35: 1643–1651.
4. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. *ICJME*, 2024.
5. Undang-Undang no. 1 tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

6. Bombardier C, Laine L, Reicin A, et al. Comparison of Upper Gastrointestinal Toxicity of Rofecoxib and Naproxen in Patients with Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2000; 343: 1520–1528.
7. Martin D. *Ethics of Medical Ghostwriting*. Worcester Polytechnic Institute, 2015.
8. Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. Expression of Concern: Bombardier et al., “Comparison of Upper Gastrointestinal Toxicity of Rofecoxib and Naproxen in Patients with Rheumatoid Arthritis,” *N Engl J Med* 2000;343:1520-8. *N Engl J Med* 2005; 353: 2813–2814.
9. Gulati A. Exorcising Research Ghosts: The Ethical Issues Associated with Medical Ghostwriting. *Viterbi Conversations in Ethics*; 3.
10. Paralikas A. Can ghostwriting be considered consensual plagiarism? 2022; 63: 67–83.
11. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia no. 39 tahun 2021 tentang Integritas Akademik dalam Menghasilkan Karya Ilmiah.
12. Hartanto AA Alfons Yoshio. Maraknya Praktik Perjokian Akademik, Apa Akar Masalahnya? [tirto.id](https://tirto.id/merebaknya-praktik-perjokian-akademik-gYT8), <https://tirto.id/merebaknya-praktik-perjokian-akademik-gYT8> (2024, accessed 20 August 2024).
13. Poulos CN. Conceptual foundations of autoethnography. In: *Essentials of autoethnography*. Washington: American Psychological Association, pp. 3–17.
14. Alpi KM, Akers KG. CRediT for authors of articles published in the *Journal of the Medical Library Association*. *J Med Libr Assoc JMLA*; 109: 362–364.

# Quo Vadis Pelayanan Paliatif dan Donasi Organ di Indonesia?

Reynardi Larope Sutanto<sup>1,2</sup>, Pukovisa Prawirohardjo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bioethics Cluster, Indonesian Medical Education and Research Institute, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Hukum, Ilmu Sosial, dan Ilmu Politik, Universitas Terbuka, Indonesia

## Kata Kunci

paliatif, donasi organ, etika

## Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

## Publikasi

© 2024 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v8i2.80

Tanggal masuk: 3 Mei 2024

Tanggal ditelaah: 4 Juni 2024

Tanggal diterima: 5 Juli 2024

Tanggal publikasi: 30 Agustus 2024

**Abstrak** Revolusi biomedis membawa dampak besar pada bidang kesehatan, terutama dengan kemajuan teknologi seperti rekayasa genetika, kecerdasan buatan, dan big data. Namun, setiap inovasi juga menghadirkan tantangan etika yang perlu dipertimbangkan. Bioetika muncul sebagai suara moral dalam menghadapi perubahan ini. Meskipun kedua isu ini mungkin terlihat tidak terkait, keterkaitan antara pelayanan paliatif yang terstandar dengan donasi organ dapat memberikan makna yang mendalam bagi pasien dan keluarganya. Tantangan di Indonesia, seperti terbatasnya akses ke perawatan paliatif berkualitas dan masalah hukum serta budaya dalam donasi organ, menunjukkan perlunya advokasi kebijakan kesehatan, pembaharuan kebijakan, dan pelatihan tenaga kesehatan untuk memastikan pelayanan paliatif yang bermartabat dan prosedur donasi organ yang sesuai dengan nilai-nilai moral serta etika.

**Abstract** The biomedical revolution has brought significant impacts to the field of health, particularly with advancements in technologies such as genetic engineering, artificial intelligence, and big data. However, every innovation also presents ethical challenges to consider. Bioethics appears as a moral voice in facing these changes. Although these two issues may seem unrelated, the interconnection between standardized palliative care and organ donation can provide profound meaning for patients and their families. Challenges in Indonesia, such as limited access to quality palliative care and legal and cultural issues in organ donation, show the need for health policy advocacy, policy reform, and healthcare personnel training to ensure dignified palliative care and organ donation procedures that align with moral and ethical values.

Dewasa ini, kemajuan teknologi di berbagai bidang telah memberikan inovasi yang begitu besar bagi seluruh aspek kehidupan manusia. Digitalisasi yang menandakan permulaan Revolusi Industri 4.0 semakin terasa dampaknya di dalam kehidupan sehari-hari, tidak terkecuali pada bidang kesehatan. Kemunculan teknologi rekayasa genetika, kecerdasan buatan, dan *big data*, mendorong perubahan-perubahan yang sebentar lagi akan dirasakan oleh publik di bidang kesehatan, baik dari segi deteksi maupun pengobatan berbagai penyakit.<sup>1,2</sup>

Kemajuan teknologi kerap dipandang sebagai suatu hal yang murni positif. Meski demikian, setiap peradaban patut juga memikirkan implikasi dari setiap inovasi yang ditemukan. Bersamaan dengan meningkatnya angka harapan hidup manusia akibat teknologi-teknologi baru yang ditemukan, perdebatan dan diskursus mengenai dampaknya bagi moral

dan etika akan selalu terjadi secara alamiah.<sup>3,4</sup> Sejarah telah mencatat bagaimana kemajuan ilmu pengetahuan yang tidak diiringi oleh suara moral dan etika dapat menghancurkan kemanusiaan itu sendiri. Pada era Perang Dunia II, praktik-praktik eksperimen tidak etis dan sterilisasi paksa dilakukan para dokter di Jerman serta Jepang atas nama perkembangan ilmu pengetahuan.<sup>5</sup>

## Pelayanan Paliatif dan Donasi Organ

Pelayanan paliatif adalah jenis perawatan medis yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit serius atau terminal. Sejak 2014, *World Health Organization* (WHO) telah mengeluarkan resolusi WHA67.19 yang berisi seruan global agar pelayanan paliatif diakui sebagai salah satu komponen penting dalam program *universal health coverage* (UHC). Donasi organ adalah

proses menyumbangkan organ tubuh seseorang setelah kematian untuk digunakan dalam transplantasi ke pasien lain yang membutuhkan. Meski sekilas tidak tampak terlalu berhubungan, berbagai organisasi kesehatan dunia telah menemukan kaitan erat antara pelayanan paliatif yang terstandar dengan donasi organ. Menurut *Hospice and Palliative Nurses Association*, donasi organ dapat memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarga untuk memberikan makna pada pengalaman yang sulit.<sup>6</sup> Pernyataan *World Medical Association (WMA)* mengenai Donasi Organ dan Jaringan<sup>7</sup> menggambarkan keterkaitan erat antara pelayanan paliatif donasi organ yang etis, dan menghargai keinginan pendonor:

*The WMA considers that the potential donor's wishes are paramount. Relatives and those close to the patient should be strongly encouraged to support a deceased person's previously expressed wish to donate organs and/or tissues. Whenever possible, these conversations should occur prior to the death of the patient.*

(Original)

WMA menganggap bahwa keinginan calon donor adalah yang terpenting. Kerabat dan mereka yang dekat dengan pasien harus sangat dianjurkan untuk mendukung keinginan pasien yang telah meninggal dunia untuk mendonasikan organ dan/atau jaringan. Jika memungkinkan, percakapan ini harus dilakukan sebelum pasien meninggal dunia.

(Terjemahan Bahasa Indonesia dari penulis)

Pelayanan paliatif dapat memainkan peran penting dalam perawatan pasien yang mempertimbangkan menjadi donatur organ. Tim pelayanan paliatif dapat membantu dalam mengelola gejala pasien, memberikan dukungan emosional spiritual kepada pasien dan keluarganya, serta membantu dalam proses pengambilan keputusan tentang donasi organ. Pelayanan paliatif juga dapat membantu dalam memberikan perawatan pasca-kematian yang menghormati kepercayaan, nilai, dan praktik budaya pasien serta keluarganya. Di beberapa negara, seperti Kanada, integrasi pelayanan paliatif dan donasi organ telah menghasilkan hubungan mutualistik antara usaha memberikan makna bagi pasien paliatif serta usaha mendapatkan organ yang dibutuhkan untuk donasi. Sebagai contoh, pada saat seorang calon

donatur organ yang mendapatkan pelayanan paliatif terintegrasi telah didiagnosis mati batang otak, tenaga medis dapat dengan sigap melakukan prosedur donasi organ yang terarah sesuai dengan isi wasiat (*advance directive*) sang calon donatur.<sup>6,8</sup> Deklarasi Venesia<sup>9</sup> dari WMA menyatakan proses ini sebagai salah satu tugas utama pelayan kesehatan dalam melakukan pelayanan paliatif.

*Physician education should help to develop the skills necessary to increase the prevalence and quality of meaningful patient advance care planning for patients with life-threatening illness and the right of patients to use written advance directives that describe their wishes and goals regarding care in the event that they are unable to communicate. Physicians should receive education to encourage their patients to formally document their goals, values and treatment preferences and to appoint a substitute health care decision maker with whom the patient can discuss in advance his or her values regarding health care and treatment.*

(Original)

Pendidikan dokter harus membantu mengembangkan keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan prevalensi dan kualitas perencanaan perawatan lanjutan pasien yang bermakna bagi pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa serta hak pasien untuk menggunakan instruksi tertulis yang menjelaskan keinginan dan tujuan mereka terkait perawatan jika mereka tidak dapat berkomunikasi. Dokter harus menerima pendidikan untuk mendorong pasien mereka agar mendokumentasikan secara resmi tujuan, nilai, dan preferensi perawatan mereka serta menunjuk pengambil keputusan perawatan kesehatan pengganti yang dengannya pasien dapat mendiskusikan terlebih dahulu nilai-nilainya terkait perawatan kesehatan dan pengobatan.

(Terjemahan Bahasa Indonesia dari penulis)

Dalam kasus-kasus tertentu di mana *advance directive* tidak dibuat atau tidak dapat diperoleh, Deklarasi Venesia menyatakan bahwa perhatian khusus harus diberikan agar pengambil keputusan atau pengganti (*surrogate*) dapat mengambil keputusan yang merupakan keinginan pasien.

*Physicians should encourage patients to designate a substitute decision-maker/surrogate to make decisions that are not expressed in an*

*advance directive. In particular, physicians should discuss the patient's wishes regarding the approach to life-sustaining interventions as well as palliative measures that might have the additional effect of accelerating death. Because documented advance directives are sometimes not available in emergency situations, physicians should emphasize to patients the importance of discussing treatment preferences with individuals who are likely to act as substitute health care decision-makers/surrogates. Whenever possible and consented to by the patient, the patient's substitute decision-makers/surrogates should be included in these conversations.*

(Original)

Dokter harus mendorong pasien untuk menunjuk pengambil keputusan/pengganti untuk membuat keputusan yang tidak dinyatakan dalam surat perintah sebelumnya. Secara khusus, dokter harus mendiskusikan keinginan pasien terkait pendekatan terhadap intervensi untuk mempertahankan hidup serta tindakan paliatif yang mungkin memiliki efek tambahan untuk mempercepat kematian. Karena surat wasiat yang terdokumentasi terkadang tidak tersedia dalam situasi darurat, dokter harus menekankan kepada pasien tentang pentingnya mendiskusikan preferensi pengobatan dengan individu yang kemungkinan besar akan bertindak sebagai pengambil keputusan/pengganti pengambil keputusan perawatan kesehatan. Jika memungkinkan dan disetujui oleh pasien, pengambil keputusan/pengganti pasien harus diikutsertakan dalam percakapan ini.

(Terjemahan Bahasa Indonesia dari penulis)

### **Status Quo di Indonesia**

Di Indonesia, pelayanan paliatif masih menghadapi banyak tantangan. Terbatasnya akses ke perawatan paliatif berkualitas, kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya perawatan paliatif, serta masalah perundang-undangan dan kebijakan yang masih perlu ditingkatkan adalah beberapa masalah yang dihadapi. Menurut kajian The Economist, Indonesia duduk di peringkat ke-53 dunia di bidang kualitas pelayanan paliatif, jauh di bawah negara seperti Singapura di peringkat 12.<sup>10,11</sup> Selain itu, dalam konteks donasi organ, Indonesia juga perlu mengatasi permasalahan hukum dan budaya yang mempengaruhi tingkat keberhasilan serta efektivitas program donasi organ. Sebuah studi menemukan bahwa rasio

transplantasi organ ginjal berbanding 1 juta populasi milik Indonesia (1.98) jauh tertinggal daripada negara-negara sekitar, seperti Malaysia (2.58), Vietnam (2.53), Filipina (3.48), Thailand (9.84), dan Singapura (19.07).<sup>12</sup>

Kebijakan perawatan paliatif dan donor organ di Indonesia memiliki sejarah yang cukup panjang. Dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor 812 Tahun 2007 menjadi tonggak awal penerapan pelayanan paliatif nasional. Kebijakan mengenai penentuan kematian dan pemanfaatan organ donor juga telah dibahas dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, Permenkes Nomor 38 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Transplan Organ, serta Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh. Kelahiran Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta PP Nomor 28 Tahun 2024 selaku peraturan turunannya menjadi tonggak sejarah baru dalam sistem pelayanan paliatif dan donasi organ nasional. Undang-Undang (UU) ini secara spesifik menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan komprehensif meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif.

Berdasarkan Pasal 13 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014, pasien yang akan mendonorkan organ masih bisa dipertahankan fungsi kehidupannya dengan menggunakan alat bantu meskipun telah dinyatakan mati otak atau mati batang otak. Adapun keputusan untuk melakukan hal tersebut diserahkan pada persetujuan keluarga terdekat. Meski demikian, hierarki pengambil keputusan tidak disebutkan secara spesifik. Pada UU Nomor 17 Tahun 2023 Pasal 293 Ayat 1, tertulis bahwa:

“Pada prinsipnya yang **berhak memberikan persetujuan adalah pasien yang bersangkutan**. Apabila pasien tidak cakap atau berada di bawah pengampuan (*under curatele*), persetujuan atau penolakan tindakan Pelayanan Kesehatan diberikan oleh keluarga terdekat, antara lain, oleh suami/istri, ayah/ibu kandung, anak kandung, atau saudara kandung yang telah dewasa. Dalam keadaan Gawat Darurat, untuk menyelamatkan nyawa Pasien, tidak diperlukan persetujuan.”

Kemudian Ayat 7 juga menyatakan bahwa:

“Yang dimaksud dengan “yang mewakili”, antara lain, adalah suami/istri, anak kandung yang cakap, ayah/ibu kandung, atau saudara kandung.”

Selain kedua produk hukum tersebut, terdapat pula KMK yang diterbitkan satu tahun sebelumnya mengenai pelayanan paliatif, yaitu KMK Nomor HK.01.07/MENKES/2180/2023. Berbeda dari kedua produk hukum sebelumnya, KMK ini menyajikan gambaran serta pedoman yang lebih komprehensif terhadap lanskap pelayanan paliatif dan donasi organ di Indonesia. KMK ini juga secara eksplisit menyebutkan eksistensi *advance directive* atau wasiat untuk dipertimbangkan dalam penentuan tindakan medis bagi pasien dalam pelayanan paliatif. Meski demikian, status hukum KMK yang tidak jelas apakah memiliki sifat penetapan (*beschikking*) atau mengatur (*regeling*) membuat legalitas dan penerapan KMK ini belum praktis di tengah masyarakat. Dalam praktik sehari-hari, tenaga kesehatan dan keluarga pasien masih kerap mengalami dilema dalam menentukan perawatan paliatif pasien. Hal ini tentu berbeda dengan situasi di rumah sakit pada negara-negara maju yang sudah sangat fasih menyusun dan menerapkan *advance directive* untuk menjadi jembatan antara pelayanan paliatif dan donasi organ.

Permasalahan berikutnya terjadi pada aspek pembiayaan. Pelayanan paliatif tidak disebutkan dalam Perpres No. 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Dengan demikian, timbul pertanyaan krusial mengenai bagaimana pembiayaan pelayanan paliatif saat ini. Meski dalam berbagai regulasi Kementerian Kesehatan telah disebutkan bahwa anggaran terhadap pelayanan ini ditanggung oleh pemerintah, regulasi resmi yang menyebutkan secara eksplisit penanggung jawab pembiayaan pelayanan paliatif dibutuhkan agar regulasi yang ada tetap dapat terlaksana. Jika tidak, akan banyak keraguan dalam pelaksanaan di lapangan, khususnya mengenai pembagian beban pembiayaan antara penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah daerah, dan pasien atau keluarga pasien itu sendiri.

### **Kesempatan dan Tantangan**

Ada beberapa kesempatan maupun tantangan yang perlu diperhatikan dalam konteks perkembangan pelayanan paliatif dan donasi organ di Indonesia. Advokasi kebijakan kesehatan terkait hal ini bertujuan untuk mengangkat diskursus dan kesadaran para pemangku jabatan maupun masyarakat mengenai pentingnya isu ini.

#### **a. Pembaharuan Kebijakan**

Pemerintah perlu melakukan pembaharuan kebijakan yang mendukung pengembangan pelayanan paliatif yang lebih baik dan meningkatkan efektivitas program donasi organ. Ini termasuk penyusunan peraturan yang lebih jelas dan mendukung serta pengawasan yang ketat terhadap praktik-praktik yang melanggar etika. Keberadaan UU Nomor 17 Tahun 2023 yang memperbaharui banyak aspek peraturan kesehatan nasional perlu didukung oleh peraturan-peraturan turunan yang berbasis bukti dan bermoral etika.

#### **b. Kesadaran Masyarakat**

Sebagai isu yang akan mempengaruhi pelayanan kesehatan banyak orang, penting untuk terus meningkatkan kesadaran masyarakat tentang keberadaan pelayanan paliatif maupun integrasinya dengan donasi organ. Kampanye edukasi dan sosialisasi perlu ditingkatkan untuk menghilangkan stigma serta meningkatkan dukungan publik. Diskursus yang mengajak tokoh-tokoh masyarakat, khususnya para rohaniawan dan tokoh bioetika, akan turut diangkat guna meningkatkan kesadaran masyarakat.

#### **c. Pelatihan Tenaga Kesehatan**

Tenaga kesehatan perlu menerima pelatihan yang memadai dalam memberikan pelayanan paliatif berkualitas dan dalam prosedur donasi organ. Pelatihan akan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang layak dan prosedur donasi organ berjalan dengan lancar. Dari segi nonmedis, mispersepsi dari tenaga kesehatan juga perlu diluruskan agar pelayanan paliatif dan donasi organ yang etis dapat berjalan dengan baik.

## KESIMPULAN

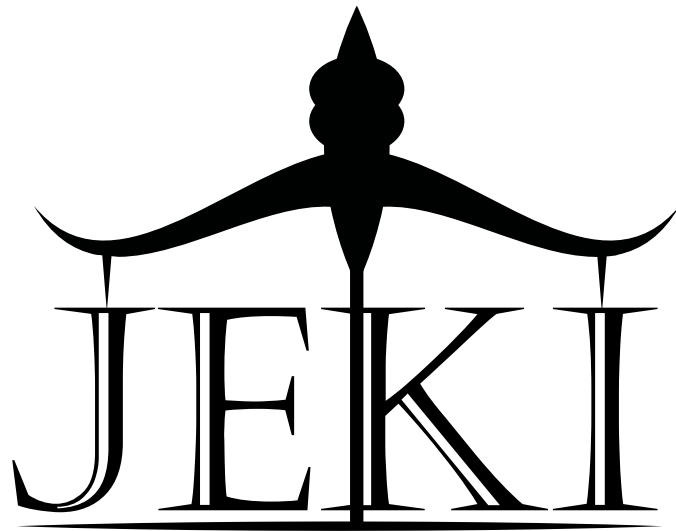
Pelayanan paliatif dapat memainkan peran penting dalam perawatan pasien yang ingin menjadi donatur organ. Berbeda dengan situasi di negara-negara maju yang sudah mengintegrasikan wasiat atau *advance directive* sebagai jembatan antara pelayanan paliatif berkualitas dan donasi organ, kepastian hukum di Indonesia perihal hal ini masih menjadi suatu hal yang abu-abu. Untuk itu, diperlukan usaha aktif untuk memberikan kepastian hukum maupun pedoman etika mengenai problematika nyata ini. Dengan atmosfer kesadaran masyarakat yang meningkat, pembaharuan kebijakan, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengkajian bioetika yang mendalam, negara dapat memastikan bahwa pasien menerima perawatan paliatif yang bermartabat serta prosedur donasi organ berjalan dengan lancar.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

## REFERENSI

1. Watters KE, Kirkpatrick J, Palmer MJ, et al. The CRISPR revolution and its potential impact on global health security. *Pathog Glob Health*. 115:80-92.
2. Cortés ME, Cortés É, Cortés ME, et al The future is now: The Fifth Industrial Revolution has reached the biomedical and health sciences. *Rev Médica Chile*. 2022;150:1545-6.
3. Callahan D. Bioethics and The Future: Can progress be tamed? [Internet]. Harvard Medical School. 2020 [diakses pada 2023 Nov 8]. Diunduh dari: <https://bioethics.hms.harvard.edu/journal/bioethics-balancing-harms>
4. Scher DS, Kozłowska DK. The rise of bioethics: a historical overview. in: *rethinking health care ethics* [Internet]. Palgrave Pivot; 2018 [diakses pada 2023 Nov 8]. Diunduh dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543570/>
5. Baroness JA. *Medicine against society: lessons from the third reich*. *JAMA*. 1996;276:1657-61.
6. The Hospices and Palliative Nurses Association. The role of palliative care in donation for transplantation. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21:E16.
7. WMA statement on organ and tissue donation. Chicago: The World Medical Association; 2022.
8. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M, et al. The experiences of family members of deceased organ donors and suggestions to improve the donation process: a qualitative study. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2022;194:E1054-61.
9. WMA declaration of venice on end of life medical care. Berlin: The World Medical Association; 2022.
10. Putranto R, Mudjaddid E, Shatri H, et al. Development and challenges of palliative care in Indonesia: role of psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*. 2017;11:29.
11. Arisanti N, Sasongko EPS, Pandia V, et al. Implementation of palliative care for patients with terminal diseases from the viewpoint of healthcare personnel. *BMC Res Notes*. 2019;12:217.
12. Chan-on C, Sarwal MM. A comprehensive analysis of the current status and unmet needs in kidney transplantation in southeast asia. *Front Med* [Internet]. 2017 [diakses pada 2023 Nov 8];4. Diunduh dari: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00084>



*Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*

# Memahami Risiko Penggunaan Semaglutide Masa Transisi Penggunaan *Off Label*

Julitasari Sundoro<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Pusat, Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup>The Indonesian Technical Advisory Group on Immunization Communicable Disease Control (ITAGI CDC)

## Kata Kunci

obesitas, off-label, semaglutide

## Korespondensi

julitasari.sundoro@gmail.com

## Publikasi

© 2024 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v8i2.81

**Tanggal masuk:** 5 Mei 2024

**Tanggal ditelaah:** 6 Juni 2024

**Tanggal diterima:** 8 Juli 2024

**Tanggal publikasi:** 30 Agustus 2024

**Abstrak** Penting untuk memahami bahwa penggunaan obat off-label tidak bersifat ilegal. Penggunaan obat off-label dapat dipertimbangkan bila bertujuan baik, sesuai dengan pedoman dalam deklarasi Helsinki, dan didasarkan pada data atau bukti ilmiah yang kuat. Beberapa obat resep dan obat bebas yang digunakan dalam cara off-label memberikan hasil yang baik, bahkan menyelamatkan nyawa bagi beberapa pasien sehingga preskripsi off-label tidak selalu buruk. Meskipun demikian, dalam beberapa kasus, penggunaan off-label dapat menjadi masalah, terutama jika terdapat data yang tidak memadai mengenai keamanan dan efektivitas obat untuk penggunaan off-label tersebut. Penggunaan Semaglutide untuk menurunkan berat badan berasal dari tekanan masyarakat dan budaya diet yang mendorong penurunan berat badan dan ukuran tubuh yang lebih kecil. Akan tetapi, masih terdapat kekurangan data mengenai efektivitas dan keamanan penggunaan obat tersebut untuk jangka panjang dengan tujuan penurunan berat badan kosmetik pada pasien non-diabetik.

**Abstract** It is important to understand that off-label drug use is not illegal. Off-label drug use can be considered if it has good intentions, follows the Helsinki Declaration, and is based on strong scientific data. Some prescription and over-the-counter medications used in an off-label manner provide good, even life-saving results for some patients so off-label prescription is not always considered a bad thing. However, in some cases, off-label use can be problematic, especially if there is insufficient data regarding the safety and effectiveness of the drug for that off-label use. The use of Semaglutide for weight loss stems from societal pressure and a diet culture that encourages weight loss and smaller body size. However, there is still a lack of data regarding the effectiveness and safety of the long-term use of these drugs for cosmetic weight loss in non-diabetic patients.

Artikel ini merupakan kelanjutan dari artikel yang sebelumnya telah dimuat dalam JEKI Edisi 13 Tahun 2024, tentang penggunaan di luar label (off-label) di mana pada penggunaan obat farmasi untuk indikasi, kelompok usia, dosis, atau rute administrasi yang belum disetujui oleh badan pengawas dan tidak disebutkan dalam informasi preskripsi obat tersebut. Sebuah badan pengawas (misalnya, Drugs Controller General of India, United States Food and Drug Administration [USFDA], atau Badan Pengawas Obat dan Makanan [BPOM]) menyetujui suatu obat untuk indikasi tertentu, dalam dosis tertentu, formulasi dosis, dan rute administrasi berdasarkan data dari uji klinis yang telah diserahkan dan diperiksa oleh badan pengawas. Kendati penggunaan off-label

memiliki tempatnya dalam praktik medis, perlu ditekankan bahwa penggunaan off-label harus didukung oleh dasar medis yang kuat dan bukti ilmiah.<sup>1,2</sup>

## *Penggunaan off-label pada obat Semaglutide*

Salah satu contoh penggunaan off-label yang paling populer di berbagai negara adalah pemakaian obat semaglutide, glucagon-like peptide-1 receptor agonist (GLP-1 RA) yang menyerupai hormon alami tubuh yang dilepaskan di usus saat makan. Ozempic® adalah nama dagang untuk semaglutide yang merupakan obat dengan sediaan injeksi yang diproduksi oleh perusahaan farmasi Novo Nordisk untuk digunakan dalam pengobatan diabetes mellitus tipe 2 (DM tipe 2). Meskipun

semaglutide hanya disetujui oleh FDA untuk mengobati diabetes pada tahun 2017, penggunaannya secara off-label sebagai obat penurunan berat badan semakin populer dalam 5 tahun terakhir di Amerika.<sup>3,4</sup> Pada 8 Maret 2021 US Food and Drug Administration (US-FDA) telah menyetujui semaglutide sediaan dosis 2,4 mg (dengan nama dagang Wegovy®) sebagai obat untuk mengurangi risiko kardiovaskuler, serangan jantung, dan stroke pada orang dewasa dengan obesitas yang disertai penyakit kardiovaskuler. Obat ini disebutkan dapat menurunkan HbA1c hingga <7 pada 4 dari 5 pasien, memiliki 26% penurunan risiko kardiovaskular, dan 39% penurunan risiko stroke, serta penurunan berat badan hingga 6.5 kg. Berikut adalah beberapa mekanisme aksi GLP-1 RA:<sup>5</sup>

- Merangsang pankreas untuk memproduksi lebih banyak insulin
- Menghentikan hati dari melepaskan terlalu banyak gula ke dalam aliran darah
- Memperlambat pengosongan lambung

Melalui mekanisme tersebut GLD-1 RA membantu menurunkan kadar gula darah pada orang dengan diabetes. Adanya perlambatan pengosongan lambung menimbulkan sensasi lebih kenyang sehingga nafsu makan menurun dan terjadi penurunan berat badan. Ditambah lagi, kadar GLP-1 yang tinggi menjadi stimulus terhadap bagian otak yang memberi rasa kenyang.

Jenis Semaglutide yang disetujui FDA pada tahun 2021 untuk menurunkan berat badan menggunakan nama dagang spesifik. Namun, obat tersebut mahal dan tidak ditanggung oleh asuransi, sedangkan Semaglutide dengan nama dagang lain ditanggung asuransi dengan label tujuan pengobatan DM tipe 2. Itulah sebabnya Semaglutide dengan nama dagang lain tersebut sering kali diresepkan untuk tujuan di luar label.

Semaglutide dengan nama dagang tersebut tersedia dalam sediaan dosis 0,25, 0,5, 1,0, atau 2,0 mg dengan frekuensi sekali seminggu untuk pengobatan DM tipe 2. Adapun semaglutide 2,4 mg dosis sekali seminggu disetujui untuk penurunan berat badan pasien dengan obesitas (BMI>30 kg/m<sup>2</sup>) atau pasien kelebihan berat

badan (BMI 27-30 kg/m<sup>2</sup>) dengan setidaknya satu penyakit penyerta seperti hipertensi, dislipidemia, dan DM tipe 2. Semaglutide dapat diberikan dengan peningkatan dosis secara bertahap, yaitu 0.25 mg (4 minggu pertama), 0.5 mg (minimal 4 minggu selanjutnya), dan 1 mg (kontrol glikemik tambahan), yang diberikan seminggu sekali dengan atau tanpa makan.

Terdapat beberapa studi Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity (STEP) yang didukung oleh Novo Nordisk tentang penggunaan Semaglutide sebagai obat penurunan berat badan. Studi pada tahun 2021-2022 menyebutkan bahwa pemberian 2,4 mg Semaglutide sekali seminggu selama 68 minggu pada individu dengan kelebihan berat badan atau obesitas, baik dengan maupun tanpa DM tipe 2, berkaitan dengan pengurangan berat badan dan relevan secara klinis. Namun demikian, beberapa efek samping berat dilaporkan lebih banyak terdapat pada partisipan yang mendapatkan semaglutide 2.4 mg dibandingkan plasebo, dengan efek samping terbanyak pada kasus gastrointestinal dan penyakit kandung empedu (umumnya kolelitiasis).<sup>6,9</sup>

### ***Penggunaan Off Label Semaglutide sebagai Pengobatan Fatty Liver***

Beberapa studi lain menunjukkan penggunaan semaglutide sebagai pengobatan fatty liver. Pada tahun 2024, data studi dari National Institutes of Health dan Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) di Denver, Colorado menyebutkan bahwa suntikan semaglutide setiap minggu aman dan dapat mengurangi jumlah lemak di hati sebesar 31% pada orang dengan HIV (ODHIV) dan metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). MASLD merupakan penumpukan lemak berlebih di hati yang bukan disebabkan oleh konsumsi alkohol atau virus hepatitis. MASLD sebelumnya dikenal sebagai nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). Pada uji klinis fase 2b tersebut, sebanyak 49 OD-HIV berusia >18 tahun dengan undetected viral load diberikan semaglutide seminggu sekali.<sup>10</sup>

Studi Volpe tahun 2022 di Italia juga menunjukkan bahwa Semaglutide memiliki peranan terapeutik pada pasien NAFLD dengan DM tipe 2. NAFLD umumnya terdapat pada pasien DM tipe 2. Pada studi tersebut, sebanyak 48 pasien diberikan Semaglutide subkutan sebagai tambahan metformin selama 52 minggu. Setelah kunjungan awal (T0), tindak lanjut dijadwalkan setiap tiga bulan (T3, dan T6) dan kemudian pada 12 bulan terapi (T12). Dalam setiap kunjungan, komposisi tubuh dianalisis dengan phase-sensitive bio-impedance, dan NAFLD didiagnosis dengan USG. Biomarker pengganti NAFLD juga dihitung dan diikuti dari waktu ke waktu. Hasil studi menunjukkan penurunan signifikan dalam parameter antropometrik dan glukometabolik, resistensi insulin, enzim hati, dan indeks laboratorium steatosis hati selama pengobatan. Demikian pula, massa lemak dan visceral adipose tissue (VAT) menurun seiring waktu lebih banyak dibandingkan otot rangka dan massa lemak bebas. Steatosis hati membaik pada sebagian besar pasien (70%) yang menunjukkan penurunan setidaknya satu kelas pada penentuan stadium semikuantitatif dengan USG. Studi tersebut menyimpulkan bahwa selain kontrol glukosa dan perbaikan komposisi tubuh, semaglutide efektif dalam mengurangi gejala klinis dan keparahan NAFLD pada pasien DM tipe 2.<sup>11</sup>

### ***Potensi Risiko terkait Penggunaan Off Label pada Semaglutide***

Meskipun GLP-1 RA dapat ditoleransi dengan baik oleh pasien dengan DM tipe 2 dan telah menunjukkan sifat kardioprotektif dan hepatoprotektif pada pasien dengan morbiditas terkait jantung, penggunaan GLP-1 RA bukanlah tanpa risiko. Berikut adalah beberapa efek samping serius lainnya dari Semaglutide, antara lain pankreatitis, gagal ginjal, penyakit kandung empedu, gangguan penglihatan, hipoglikemia, dan reaksi alergi. Efek samping lain yang umum adalah masalah gastrointestinal, termasuk mual, muntah, diare, sembelit, dan sakit perut. Efek samping lainnya melibatkan beberapa laporan tentang keinginan bunuh diri (suicidal behaviour) pada dosis semaglutide yang lebih tinggi, sehingga FDA

merekomendasikan pemantauan oleh tenaga kesehatan yang meresepkan obat ini.

Masalah keamanan lainnya melibatkan pasar gelap (black market) untuk obat ini. Saat ini, terdapat kekurangan logistik obat semaglutide, dan pembelian tanpa resep adalah ilegal dan berbahaya. Obat resep apa pun harus digunakan di bawah pengawasan tenaga kesehatan untuk memastikan keamanannya.

Selain itu, tidak semua orang mengalami penurunan berat badan selama penggunaan obat ini, dan beberapa orang mungkin mencapai titik di mana mereka berhenti menurunkan berat badan atau bahkan menambah berat badan saat tubuh mereka menyesuaikan diri dengan obat tersebut. Obat ini juga dibuat untuk penggunaan dalam jangka panjang. Untuk mempertahankan penurunan berat badan, pasien tidak dapat berhenti meminum obat, yang berarti mungkin terdapat berbagai efek samping yang dapat terjadi. Ketika pasien menghentikan penggunaan obat ini, berat badan juga dapat bertambah kembali dengan cepat.

## KESIMPULAN

Penggunaan Semaglutide untuk menurunkan berat badan berasal dari tekanan masyarakat dan budaya diet yang mendorong penurunan berat badan dan ukuran tubuh yang lebih kecil. Media saat ini berkontribusi terhadap stigma berat badan dan rasa malu terhadap bentuk tubuh. Hal ini bisa sangat merugikan individu yang menderita gangguan makan dan bagi mereka yang sedang dalam masa pemulihan dari gangguan makannya. Hal penting lainnya adalah masih terdapat kekurangan data mengenai efektivitas dan keamanan jangka panjang terhadap penggunaan obat tersebut untuk penurunan berat badan kosmetik pada pasien obesitas non-diabetik, dan terlebih lagi pada pasien non-obesitas non-diabetik.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Rizky Andreasari yang telah memberikan dukungan literatur selama penulisan.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak memiliki konflik kepentingan dalam penulisan dan pembuatan artikel dengan pihak manapun.

## REFERENSI

1. Gota V, Divatia JV. Off-label use of drugs: An evil or a necessity? *Indian J Anaesth*. 2015 Dec;59(12):767-8.
2. Neels P, Southern J, Abramson J, Duclos P, Hombach J, Marti M, et al. Off-label use of vaccines. *Vaccine*. 2017 Apr 25;35(18):2329-37.
3. Falconberry K. Understanding the Risks of Off-Label Use of Ozempic: What You Should Know [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 4]. Available from: <https://www.selahhouse.com/resources/understanding-the-risks-of-off-label-use-of-ozempic/>
4. Han SH, Safeek R, Ockerman K, Trieu N, Mars P, Klenke A, et al. Public Interest in the Off-Label Use of Glucagon-like Peptide 1 Agonists (Ozempic) for Cosmetic Weight Loss: A Google Trends Analysis. *Aesthet Surg J*. 2023 Dec 14;44(1):60-7.
5. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet*. 2018 Feb 10;391(10120):541-51.
6. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med*. 2021 Mar 18;384(11):989-1002.
7. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, Pakseresht A, Pedersen SD, Perreault L, et al. Semaglutide 2.4 mg once a week in adults with overweight or obesity, and type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 2021 Mar;397(10278):971-84.
8. Kadowaki T, Isendahl J, Khalid U, Lee SY, Nishida T, Ogawa W, et al. Semaglutide once a week in adults with overweight or obesity, with or without type 2 diabetes in an east Asian population (STEP 6): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3a trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2022 Mar;10(3):193-206.
9. Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, et al. Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022 Jan 11;327(2):138.
10. National Institute of Health. National Institutes of Health (NIH). 2024 [cited 2024 May 6]. Semaglutide reduces severity of common liver disease in people with HIV. Available from: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/semaglutide-reduces-severity-common-liver-disease-people-hiv>
11. Volpe S, Lisco G, Fanelli M, Racaniello D, Colaianni V, Triggiani D, et al. Once-Weekly Subcutaneous Semaglutide Improves Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes: A 52-Week Prospective Real-Life Study. *Nutrients*. 2022 Nov 4;14(21):4673.

# Menyampaikan Berita Buruk kepada Pasien: Suatu Kajian Etika

Rianto Setiabudy<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Pusat, Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup>Departemen Farmakologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

## Kata Kunci

berita buruk, dilema etik, dokter

## Korespondensi

rianto.setiabudy@ui.ac.id

## Publikasi

© 2024 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v8i2.82

**Tanggal masuk:** 9 Mei 2024

**Tanggal ditelaah:** 10 Juni 2024

**Tanggal diterima:** 12 Juli 2024

**Tanggal publikasi:** 30 Agustus 2024

**Abstrak** Penerapan etik bersifat dinamis. Praktis tidak ada suatu pun pedoman yang harus diterapkan secara mutlak. Etika, sebagai bagian dari ilmu filsafat, bisa mempertanyakan segala sesuatu (dogma, teori, pedoman, prinsip, peraturan, dll.) sampai keakar-akarnya. Dengan demikian selalu bisa terjadi adanya prima facie yang saling berkonflik. Dalam kondisi demikian prima facie yang kedudukan terlemah dapat dikalahkan oleh yang lebih kuat. Ketika seorang dokter harus menyampaikan berita buruk kepada pasien, dokter perlu mempertimbangkan kondisi pasien tersebut. Dalam keadaan di mana pasien diperkirakan tidak akan cukup kuat untuk menerima informasi tersebut, maka dokter punya beberapa pilihan antara lain dengan menahan sebagian informasi, mengatakannya secara tersamar, menunggu saat yang tepat untuk menyampaikannya kepada pasien. Di sisi lain, dokter juga harus menghormati pasien yang menolak untuk mendengarkan berita buruk.

**Abstract** The application of ethics is dynamic. Practically there are no guidelines that must be applied absolutely. As part of philosophy, ethics can question everything (dogma, theory, procedures, principles, regulations, etc.) to its roots. Thus, there can always be prima facie conflicts. In such conditions, the weakest can be defeated by the stronger one. To deliver bad news to patients, physicians need to consider the patient's condition. In such a situation where the patient is seen as not strong enough to receive the information, the physicians have several options, including withholding some information, saying it in disguise, or waiting for the right moment to convey it to the patient. On the other hand, physicians must also respect patients' decision to refuse to listen to the bad news.

Dalam menjalankan tugas sebagai dokter sering kali kita harus menyampaikan berita buruk kepada pasien terkait prognosis penyakitnya atau informasi lain yang mungkin sekali akan menimbulkan pukulan batin yang amat berat bagi pasien. Dokter sering berhadapan dengan dilema etik terkait dengan masalah menyampaikan kebenaran (*telling the truth*). Sebagai ilustrasi kasus: sebuah mobil mengalami kecelakaan di jalan tol. Mobil itu berisi sepasang suami istri dengan tiga orang anak. Seisi mobil tewas semua di tempat kejadian kecuali Si Suami yang mengalami koma dengan kontusio serebri, tetapi masih bisa bertahan hidup. Pada hari ke-tiga ia mulai sadar dan pertanyaan pertama yang keluar dari mulutnya ialah "Bagaimana nasib istri dan

anak-anaknya?". Etika normatif yang kita kenal selama ini mengatakan bahwa seorang dokter tidak boleh berbohong. Namun dalam kondisi fisik dan mental yang demikian lemah, bila diberitahu bahwa seluruh anggota keluarganya sudah meninggal, betapa hebatnya trauma yang akan dialami oleh pasien ini. Dengan berita buruk tersebut pasien itu juga mungkin tidak mampu bertahan hidup. Etiskah kalau dokternya berbohong kepada pasien ini?

## Dilema Etika

Bila kita berbicara dalam konteks hubungan dokter-pasien, saling percaya adalah sesuatu yang mutlak harus ada (*conditio sine qua non*). Pasien yang menyembunyikan suatu informasi penting mengenai penyakitnya bisa berakibat

fatal. Sebaliknya dokter yang berbohong kepada pasiennya menyebabkan hilangnya kepercayaan pasien kepada dokter. Oleh karena itu, berbohong kepada pasien merupakan suatu perbuatan yang terlarang bagi seorang dokter. Namun sebagai makhluk yang mampu bernalar kita juga harus menggunakan akal sehat dan berani untuk mempertanyakan: adakah sesuatu ketentuan, peraturan, dogma atau apa pun namanya yang tidak ada pengecualiannya? Filsafat, sebagai dasar dari segala ilmu, mengajarkan bahwa manusia sebagai makhluk yang mampu bernalar harus mencari kebenaran dengan mempertanyakan segala sesuatu sampai ke dasarnya.

### **Kajian dari Sudut Etika**

Imperatif kategoris adalah suatu etika normatif yang dikembangkan oleh seorang filsuf Jerman (Immanuel Kant, 1724-1802) yang mengatakan orang harus melakukan sesuatu yang punya moralitas yang baik, dan ini adalah suatu keharusan yang tidak bisa ditawar. Misalnya jangan menyakiti orang lain, jangan mencuri, tepatilah janji, maafkanlah kesalahan orang lain, dan seterusnya. Bila akibat yang timbul dari perbuatan baik itu tidak sesuai dengan apa yang diharapkan semula, itu tidak mengurangi kemuliaan dari perbuatan yang berasal dari niat baik itu. Aliran filsafat ini punya pengaruh yang amat kuat sampai sekarang ini. *Telling the truth* ada dalam ranah imperatif kategoris. Menurut aliran etika deontologi, menyampaikan sesuatu kebenaran adalah sesuatu yang mutlak harus dilakukan. Namun, dari contoh di atas kita melihat bahwa kalau ini dilakukan dampaknya akan sangat destruktif terhadap kondisi pasien yang buruk itu.

Sementara itu ada paham etika normatif lain yang berseberangan. Aliran filsafat ini disebut konsekuensialisme yang menyatakan bahwa suatu perbuatan dikatakan etis bila hasil akhirnya bermanfaat bagi masyarakat banyak. Paham etika ini dikembangkan oleh seorang filsuf Inggris (Jeremy Bentham, 1748-1832) yang juga punya pengaruh yang sangat besar di seluruh dunia sampai sekarang. Di sini kita melihat bahwa hasil akhir yang bermanfaat

bagi manusia menjadi sesuatu tolok ukur yang penting, dan dari sudut etika, ini juga benar. Sebagai contoh pemerintah Cina pernah menjalankan Kebijakan Satu Anak dari tahun 1978-2015 karena mereka menduga bahwa salah satu faktor yang menghambat pertumbuhan ekonomi negara itu ialah pertambahan jumlah penduduknya yang terlalu cepat. Kebijakan ini dilakukan secara keras, kalau perlu dengan aborsi paksa. Diperkirakan kebijakan ini berhasil mengurangi pertumbuhan penduduk sebanyak 400 juta orang sepanjang kurun waktu tersebut. Memang benar, terlihat peningkatan kemakmuran yang amat bermakna seiring dengan pengendalian pertumbuhan populasi. Walaupun metode yang diterapkan pada waktu itu tidak etis, dari sudut pandang utilitarianisme 'Kebijakan Satu Anak' ini adalah etis karena hasil akhirnya membahagiakan orang banyak.

Kalau kita kembali pada contoh kasus kecelakaan mobil di atas, *telling the truth* akan menjadi sesuatu perbuatan yang tidak etis karena ia pasti akan menimbulkan pukulan mental amat berat bagi pasien yang masih dalam kondisi yang kritis itu.

Sekarang timbul pertanyaan, yang mana dari kedua norma etik ini yang harus kita pilih: menjelaskan sesuai dengan kebenaran (sesuai dengan kategorisme imperatif) atau menyampaikan informasi bohong (sesuai dengan etika konsekuensialisme)?

Untuk menjawab pertanyaan ini, mungkin kita bisa melihat pemikiran W.D. Ross (1877-1971), seorang filsuf dari Skotlandia. Ross mengatakan bahwa dalam etika ada tujuh kewajiban etik utama yang disebut *the 7 (seven) prima facie duties* yaitu:

1. *Fidelity*: memegang janji terhadap orang lain, menjaga kejujuran
2. *Reparation*: memperbaiki dampak negatif yang terjadi karena suatu perbuatan yang salah
3. *Gratitude*: memperlihatkan rasa terima kasih terhadap perbuatan baik yang kita terima
4. *Justice*: melakukan sesuatu dengan adil
5. *Beneficence*: berbuat sesuatu yang baik dan bermanfaat bagi orang lain
6. *Non-maleficence*: tidak melakukan sesuatu yang merugikan orang lain

7. *Self-improvement*: upaya untuk memperbaiki kemampuan diri sendiri agar menjadi lebih baik dari sebelumnya

Antara ke tujuh kewajiban ini dapat terjadi konflik satu sama lain. Misalnya seorang dokter spesialis ortopedi berjanji kepada istri dan anak-anaknya untuk berwisata ke Bali di awal bulan Juli. Tetapi pada awal bulan itu terjadi gempa bumi di suatu daerah di Maluku yang mengakibatkan banyak orang meninggal, luka, dan fraktur. Ia diminta segera berangkat ke tempat bencana untuk membantu mengobati korban di tempat kejadian gempa.

Ia membatalkan janjinya kepada keluarganya dan pergi ke Maluku menolong korban gempa. Dalam hal ini ia melanggar prinsip *Fidelity* demi mendahulukan prinsip *Beneficence*. Dari sudut pandang etika ini adalah perbuatan terpuji karena dampak negatif akibat pembatalan wisata itu jauh lebih kecil dibandingkan dengan keputusan yang sebaliknya. Jadi, Ross mengatakan bahwa ketika terjadi konflik antara 2 prinsip etik, orang diperbolehkan melanggar atau meniadakan prinsip etik yang kepentingannya lebih lemah. Ini tentunya dilakukan setelah membuat pertimbangan yang seksama. Dua prinsip etika yang bertentangan ini disebut *the conflicting prima facie*. Dalam kondisi demikian harus dilakukan pertimbangan yang seksama untuk kasus demi kasus dan diputuskan pilihan yang dampak negatifnya paling sedikit dan manfaatnya terbesar.

Kalau kita melihat ke Kodeki (Kode Etik Kedokteran Indonesia), konflik ini juga terlihat. Misalnya Kodeki Pasal 9 mengatakan “Setiap dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, .....dst.”, namun pasal 5 mengatakan “Setiap perbuatan atau nasihat dokter yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik, wajib memperoleh persetujuan pasien/keluarganya dan hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien tersebut”. Jadi jelas kita harus menggunakan nalar untuk mencari jalan keluar dalam situasi yang membingungkan ini.

### Jalan Keluar

Terkait masalah *telling the truth* yang ada dalam kondisi dilematis, dapat dipertimbangkan beberapa jalan yaitu:

1. Menyampaikan berita buruk itu secara tersamar. Sebagai contoh seorang penderita kanker dalam stadium terminal menanyakan kepada dokternya mengenai prognosis penyakitnya. Jika pasien itu bukan seorang yang tegar, dokter yang etis tidak akan menjelaskannya dengan gamblang bahwa pasien itu akan segera meninggal, tetapi ia akan menyampaikannya dengan cara tersamar misalnya dengan mengatakan kondisi penyakitnya serius, pengobatannya sulit, meskipun demikian tim dokter akan tetap berupaya semaksimal mungkin untuk mengobatinya. Walaupun tidak mengatakan bahwa akan meninggal, pasien akan sangat mudah mengerti keseriusan penyakitnya dan bisa mempersiapkan dirinya secara bertahap sehingga ketika saat kematian itu datang, ia bisa menerimanya dengan baik.
2. Menahan sebagian informasi yang diperkirakan bila disampaikan akan menurunkan kemauan hidup pasien. Sebagai contoh seorang pasien dengan kanker paru. Dokter bisa menjelaskan penyakitnya itu telah bermetastasis namun ia tidak menjelaskan bahwa telah terjadi anak sebar ke otak agar tidak terjadi kehancuran semangat hidup pasien.
3. Dalam keadaan sangat khusus di mana *telling the truth* dapat menyebabkan konsekuensi yang buruk sekali (misalnya upaya bunuh diri), maka dokter dapat melakukan tindakan pembohongan. Di sini terjadi benturan antara dua prinsip dasar etika yang sama pentingnya (*prima facie* yang berkonflik) yaitu menghormati otonomi pasien versus *beneficence* (berbuat sesuatu yang baik). Dalam kondisi demikian secara etis dapat diterima bahwa dokter terpaksa berbohong demi menyelamatkan pasien dari upaya bunuh diri. Pada saat yang tepat ia dapat menyampaikan berita buruk itu kepada pasien yang bersangkutan.
4. Menyampaikan berita buruk itu tidak kepada pasien terkait, tapi kepada keluarga

terdekat.

5. Menunggu sampai kondisi pasien cukup kuat untuk mendengarkan berita buruk itu

Hal lain yang tidak boleh dilupakan adalah ada banyak pasien yang tidak ingin mendengar berita buruk. Ia mungkin berkata pada dokternya bahwa ia menyerahkan sepenuhnya penatalaksanaan penyakitnya kepada dokter dan tidak bersedia diberi informasi apa pun mengenai prognosis penyakitnya. Ini juga adalah keinginan pasien yang harus dihormati oleh dokter. Dalam kondisi demikian, tidak etis kalau dokter terus mendesak agar pasien yang bersangkutan mau mendengarkan berita buruk tersebut.

### KESIMPULAN

Dari diskusi di atas terlihat bahwa penerapan etik bersifat dinamis. Praktis tidak ada suatu pun pedoman yang harus diterapkan secara mutlak. Saat terjadi *prima facie* yang saling berkonflik, *prima facie* yang kedudukannya terlemah dapat dikalahkan oleh yang lebih kuat. Oleh karena itu, ketika seorang dokter harus menyampaikan berita buruk kepada pasien yang diperkirakan tidak akan cukup kuat untuk menerimanya, maka dokter perlu mempertimbangkan berbagai opsi dalam penyampaian berita tersebut disesuaikan dengan kondisi pasien. Selain itu, dokter juga harus menghormati pasien yang menolak untuk mendengarkan berita buruk. Dalam keadaan yang sangat ekstrim, dokter bahkan dapat mempertimbangkan melakukan pembohongan demi keselamatan pasien yang bersangkutan. Namun harus juga diingat bahwa pembohongan yang dilakukan oleh dokter kepada pasien akan sangat menggerus kepercayaan pasien kepada dokter. Makin sering ini dilakukan, maka makin rapuhlah kepercayaan pasien kepada dokter.

### KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan

### REFERENSI

1. Ross WD. The right and the good. Edited by Philip Stratton-Lake. New York: Oxford University Press; 2002.
2. Bertens K. Etika. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama;2002. Hal 254.
3. Rosen F. Classical utilitarianism from hume to mill, New York:Routledge;2003. Hal 132.
4. Kagan S. Does consequentialism demand too much? recent work on the limits of obligation. *Philosophy & Public Affairs*. 1984;13: 239-54.
5. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288:1597-99.
6. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64:1975-78.
7. Magnis-Suseno F. Berfilsafat dari konteks. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama;1991.

# Kesalahpahaman Istilah Rujuk Lepas: Tinjauan Etik dan Hukum

Irandi Putra Pratomo<sup>1</sup>, R. R. Diah Handayani<sup>1</sup>, Hario Baskoro<sup>1</sup>, Tutug Kinasih<sup>2</sup>, Ramdinal Aviesena Zairinal<sup>3</sup>, Annisa Rahmania Yulman<sup>4</sup>, Noor Hafidz<sup>5</sup>, Natasya Prameswari<sup>6</sup>, Aris Ramdhani<sup>7</sup>, Assifa Swasti Anindita<sup>8</sup>, Adityo Wibowo<sup>9,10</sup>

<sup>1</sup>Departemen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>2</sup>Kelompok Staf Medis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>3</sup>Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Neurologi, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>4</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Ilmu Kesehatan Anak, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>5</sup>Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Anestesiologi dan Terapi Intensif, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>6</sup>Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>7</sup>Departemen Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia - Kelompok Staf Medis Ilmu Bedah, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>8</sup>Manajemen Pelayanan Medis, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>9</sup>Departemen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Bandar Lampung, Indonesia

<sup>10</sup>Juntendo University Graduate School of Medicine, Tokyo, Jepang

## Kata Kunci

keselamatan pasien, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, perpindahan pasien, profesionalisme dokter

## Korespondensi

irandiputra@ui.ac.id

## Publikasi

© 2024 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v8i2.83

**Tanggal masuk:** 17 Mei 2024

**Tanggal ditelaah:** 20 Juni 2024

**Tanggal diterima:** 23 Juli 2024

**Tanggal publikasi:** 30 Agustus 2024

**Abstrak** Perbuatan “rujuk lepas” merupakan istilah yang terbentuk dari perilaku oknum petugas kesehatan yang menghentikan perawatan dan mengeluarkan pasien dari perawatan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dengan harapan akan ada fasyankes lain yang akan melanjutkan perawatan pasien tersebut. Istilah “rujuk” ini menyesatkan, karena tidak terjadi pelaksanaan dan pembuktian pelimpahan wewenang dan tanggung jawab secara timbal balik antara fasyankes pengirim dengan penerima pasien. Keadaan ini lebih tepat disebut sebagai “perpindahan pasien secara tidak pantas,” merujuk istilah dari Undang-undang Federal Amerika Serikat Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act (EMTALA) tahun 1986 yaitu “improper patient transfer”. Perpindahan pasien secara tidak pantas memiliki risiko mencederai pasien karena tidak dilakukan persiapan peralatan medis yang menyokong tatalaksana pasien ketika berpindah. Demikian pula, perpindahan pasien seperti itu tidak disertai keterangan data medis yang memadai, yang merupakan bentuk bukti komunikasi dan pengalihan tanggung jawab medis antar fasyankes. Edukasi tidak memadai pasien dan keluarga pasien di fasyankes asal juga mengakibatkan transfer informasi medis yang tidak sesuai kepada pasien sehingga timbul keputusan medis yang tidak tepat, yaitu perpindahan pasien secara tidak pantas. Perilaku tidak profesional seperti itu, bila dilakukan

oleh seorang dokter, bertentangan dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012 yang mengatur perilaku seorang dokter Indonesia melakukan pelayanan kesehatan dan memperlakukan pasiennya dan sejawatnya. Undang-undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, terlepas dari pro dan kontranya, juga secara umum telah mengatur bagaimana petugas kesehatan dan fasyankes menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada keselamatan pasien, sehingga perpindahan pasien secara tidak pantas tidak boleh dibenarkan.

**Abstract** An Indonesian epithet “rujuk lepas” refers to the behavior of healthcare personnel who discontinue treatment and discharge a patient from a healthcare facility (HF) with the hope that another HF will continue the patient’s care. The word “rujuk” (referral) is deceiving in this context because there is no proper proof of authority transfer and reciprocal responsibility between the sending and receiving HF. Instead, this situation is more appropriately described as “improper patient transfer,” a term derived from the United States Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act (EMTALA) of 1986. Improper patient transfer poses risks to patients because it lacks adequate preparation of medical equipment to support patient transfer. Similarly, such patient transfers lack sufficient medical data documentation for communication and responsibility transfer between HFs. Inadequate patient and family education at the originating HF also leads to inappropriate medical decisions related to patient transfers. Such unprofessional behavior, if exhibited by a doctor, contradicts the Indonesian Medical Code of Ethics (KODEKI) of 2012, which governs the behavior of Indonesian doctors in providing healthcare and treating patients and colleagues. Regardless of its pros and cons, Indonesia’s Health Law No. 17 of 2023 also broadly regulates how healthcare personnel and HF prioritize patient safety, emphasizing that improper patient transfers should not be allowed.

Penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) di Indonesia harus memegang teguh prinsip pelayanan yang berkeadilan, berorientasi kepada pasien, mengutamakan kesetaraan akses dan kualitas layanan, dan menjunjung tinggi nilai profesionalisme. Prinsip ini menekankan pentingnya memastikan bahwa semua warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau geografis, dan diselenggarakan oleh tenaga medis dan paramedis berkompeten, beretika, dan memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi.<sup>1</sup> Praktek pelaksanaan pelayanan fasyankes tentu tidak luput dari hal-hal yang tidak sesuai dengan prinsip tersebut di atas. Salah satu fenomena yang akan disorot dalam tulisan ini adalah “rujuk lepas” yang pada prinsipnya adalah peristiwa perpindahan pasien antarfasyankes dengan tidak terjadi pelimpahan wewenang dan tanggung jawab yang sah secara etika dan medikolegal, atau gablangnya “pembuangan pasien,” sehingga berisiko mengancam keselamatan pasien.

### **Definisi dan Penyebab “Rujuk Lepas” atau “Pembuangan Pasien”**

“Rujuk lepas” tidak memiliki definisi pasti dan pemakaian kata “rujuk” pun sudah tidak tepat. Kata “rujuk” dalam konteks pelayanan kesehatan tidak dicantumkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, tetapi “sistem rujukan” telah didefinisikan di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai “penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal”.<sup>2</sup> “Rujuk lepas” adalah peristiwa perpindahan pasien antarfasyankes yang tidak diiringi pelaksanaan dan pembuktian pelimpahan wewenang dan tanggung jawab secara timbal balik antara fasyankes pengirim dengan penerima pasien. Keadaan ini lebih tepat disebut sebagai “perpindahan pasien secara tidak pantas,” merujuk istilah dari Undang-undang Federal Amerika Serikat Emergency

Medicine Treatment and Active Labor Act (EMTALA) yaitu “improper patient transfer”.<sup>3</sup> EMTALA telah mencantumkan panduan untuk melakukan perpindahan pasien antarfasyankes, yaitu (1) fasyankes pengirim memberikan penatalaksanaan bertujuan mengurangi risiko kesehatan seseorang termasuk janin di dalam rahim ibu hamil; (2) fasyankes penerima dipastikan memiliki ketersediaan tempat, petugas kesehatan yang sesuai kualifikasi yang dibutuhkan, dan setuju untuk menerima dan merawat pasien yang akan dirujuk; (3) fasyankes pengirim mengirim semua dokumen medis yang berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan pasien kepada fasyankes penerima; (4) pengiriman pasien antarfasyankes juga diiringi oleh petugas kesehatan yang berwenang dan alat medis yang sesuai; (5) pasien dengan kondisi klinis tidak stabil tidak bisa dipindahkan kecuali atas permintaan sendiri, telah dikaji, dan diputuskan secara medis dengan pertimbangan manfaat dan risiko perpindahan; dan (6) perpindahan pasien telah memenuhi syarat administratif lainnya sesuai dengan penjaminan pasien tersebut.<sup>3</sup>

EMTALA disusun pada 1986 oleh kongres Amerika Serikat, karena terjadi peristiwa “patient dumping” atau “pembuangan pasien” akibat rumah sakit (RS) pengirim terkendala masalah pembiayaan. Perbuatan ini terutama diamati pada RS swasta di area Chicago, New York, dan Dallas yang membuang pasien ke RS milik pemerintah tanpa memandang status klinis pasien apakah itu kegawatdaruratan atau tidak stabil. Laporan menyebutkan terdapat 4-5% rumah sakit di Amerika Serikat per tahun yang melanggar EMTALA. Jenis RS yang melanggar adalah RS besar, ada di lingkungan perkotaan, for-profit, memiliki pasien yang sebagian besar dijamin oleh Medicaid, dan dilakukan oleh instalasi gawat darurat (IGD). Laporan juga menyebutkan RS for-profit melakukan pelanggaran EMTALA dua kali lipat dibandingkan RS non-profit. Penyebab pelanggaran EMTALA terkait “pembuangan pasien” ini antara lain (1) pertimbangan keterbatasan sumberdaya dan efisiensi biaya bagi fasyankes bila pasien tetap dirawat di tempat tersebut dan tidak dikirim ke fasyankes

lain, (2) RS dan petugas kesehatan acuh tak acuh terhadap peraturan perundangan yang mengatur jaminan keselamatan pasien sebagai prinsip utama pelayanan kesehatan; (3) ketidakjujuran pemberian informasi medis dari fasyankes pengirim sehingga informasi kondisi pasien berbeda dengan yang diterima fasyankes penerima; (4) fasyankes pengirim dan penerima “berdamai” terhadap kelalaian ini sehingga terus menerus terjadi, tidak ada solusi pencegahan jangka panjang, dan demi mempertahankan hubungan baik antarfasyanke; dan (5) tekanan internal fasyankes asal itu sendiri dari dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang tidak mau merawat bila fasilitas tidak memadai apapun kondisi pasiennya.<sup>3</sup>

### **Situasi “Pembuangan Pasien” di Indonesia**

Indonesia belum memiliki data resmi terkait pelanggaran “pembuangan pasien” ini karena definisinya sendiri belum ada. Perbuatan ini pun rancu untuk dapat dikategorikan sebagai insiden keselamatan pasien, karena insiden keselamatan pasien didefinisikan dalam Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien sebagai “setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien”. Peraturan tersebut pada pasal 14 hingga 21 hanya mencakup definisi, identifikasi, investigasi, pelaporan, penanganan, pendataan, evaluasi, dan umpan balik suatu insiden keselamatan pasien yang dilakukan secara internal di suatu fasyankes dan hanya bertanggungjawab kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Peraturan tersebut kemudian pada pasal 22 dan 23 hanya mengatur insidens yang berdampak luas tetapi sebatas yang dianggap sebagai kejadian sentinel, yaitu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Permasalahan “pembuangan pasien” justru terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang kemudian memberat

saat pasien sedang atau sudah berpindah fasyankes, sehingga tidak bisa dikategorikan sebagai KTD atau kejadian sentinel yang terjadi secara internal di suatu fasyankes maupun yang berdampak luas.<sup>4</sup>

Salah satu kasus “pembuangan pasien” yang pernah menjadi sorotan publik adalah peristiwa pembuangan pasien lanjut usia yang terjadi di Lampung pada Januari 2014. Singkat cerita, seorang pasien laki-laki meninggal dunia setelah dibuang oleh RS karena pasien tidak kooperatif selama menjalani perawatan inap. Kronologis kejadian menyebutkan terdapat upaya penghentian perawatan dan pengeluaran pasien dari rawat inap RS tanpa diketahui oleh keluarga pasien, pengiriman pasien ke RS lain tanpa disertai rujukan dan dokumen medis yang lengkap, transportasi pasien yang tidak memadai dari RS pengirim ke RS penerima, dan berujung menjadi penelantaran pasien dari RS pengirim karena pasien dibuang di sebuah gubuk. Pasien pun dinyatakan meninggal dunia ketika dijemput kembali dari gubuk itu dan ditranspor kembali ke RS pengirim. Ini adalah contoh ekstrem kejadian “pembuangan pasien” karena pasien pada akhirnya benar-benar dibuang ke tempat yang bukan fasyankes. Kejadian ini tetap menunjukkan terdapat kelalaian pihak RS pengirim yang tidak melengkapi rujukan dan dokumen medis kepada RS penerima sehingga terjadi ketidaksinambungan perawatan pasien. Narasi berita tersebut juga menunjukkan bahwa terdapat keputusan medis terkait perpindahan pasien ke fasyankes lain yang tidak melibatkan pasien dan keluarga pasien. Kejadian ini berujung menjadi penyelidikan dua pejabat RS dan pendakwaan enam orang dengan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), terkait penelantaran pasien yang berujung meninggalnya pasien dan sehubungan pasien dibuang di sebuah gubuk menggunakan ambulans RS pengirim.<sup>5</sup> Akhir dari insiden ini, hingga tulisan ini dibuat, tidak diketahui apakah terdapat petugas kesehatan atau DPJP yang terlibat dan diperkarakan, dan apakah terselesaikan dengan baik atau tidak secara etik dan medikolegal.

Perbuatan “pembuangan pasien” menjadi sesuatu yang kerap terjadi terutama saat kondisi pandemi COVID-19. Periode yang berlangsung antara Maret 2020 hingga terbit keputusan pemerintah Republik Indonesia yang mencabut status pandemi pada Juni 2023 ini, ditandai dengan banyak fasyankes yang kelimpungan menerima pasien terutama di IGD. Keterbatasan tempat tidur di IGD dan rawat inap, fasilitas penunjang seperti oksigen dan alat pelindung diri, dan sumberdaya kesehatan merupakan hal yang lazim saat kondisi pandemi tersebut.<sup>6,7</sup> Kondisi ini mengakibatkan suasana kacau karena diperparah dengan kedatangan pasien yang tidak kunjung berhenti, termasuk yang merupakan perbuatan “pembuangan pasien” dari fasyankes lain. Sementara itu, amanat undang-undang mengharuskan fasyankes tidak menolak pasien. Beberapa fasyankes dilaporkan langsung membarikade kedatangan pasien di IGD dan langsung mengarahkan pasien untuk ke RS rujukan COVID-19 tanpa melalui sistem rujukan kesehatan, seolah-olah pasien tidak sempat datang ke fasyankes yang dituju dan tidak dilakukan pemeriksaan dan pengobatan awal. Pasien pun karena tidak diperiksa oleh fasyankes pengirim, akhirnya datang ke fasyankes lain dengan kendaraan pribadi maupun kendaraan umum, termasuk ojek daring roda dua dan roda empat.<sup>8</sup> Situasi demikian sangat jauh dari ideal terhadap prinsip pelayanan mengutamakan pasien dan keselamatan pasien, bahkan mengancam keselamatan orang lain dengan risiko infeksi COVID-19. Dalam situasi yang demikian kacau saat pandemi COVID-19 itu, tentu saja pencatatan pasien yang datang ke suatu fasyankes akibat “pembuangan pasien” mustahil dapat dilakukan.

### ***Tinjauan Hukum Keselamatan Pasien terhadap “Pembuangan Pasien”***

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, selanjutnya disebut UU Kesehatan, diharapkan menjadi produk hukum yang kuat yang dapat melindungi hak dan kewajiban seluruh pihak yang berkepentingan dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, termasuk pasien. “Pembuangan pasien” merupakan pelanggaran terhadap

hak yang dimiliki setiap orang yang dijamin UU Kesehatan (pasal 4 dan 276) antara lain hidup sehat secara fisik, jiwa, dan sosial; mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab; mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya; mendapatkan perawatan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan; dan menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.<sup>1</sup> “Pembuangan pasien” merupakan pengalaman pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak aman, tidak sesuai standar pelayanan kesehatan, dan tidak berdasarkan informasi dan edukasi yang baik sehingga terjadi keputusan medis yang tidak disertai penerimaan dan penerimaan informasi yang lengkap. “Pembuangan pasien” pada akhirnya mengakibatkan bertambahnya risiko kesehatan yang mengancam fisik, jiwa, dan sosial seseorang.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab yang dikelola pemerintah pusat dan daerah (UU Kesehatan pasal 19) yang wajib dilaksanakan setiap fasyankes baik pelayanan kesehatan primer maupun lanjutan seperti RS (pasal 32, 39, dan 189). Pengelolaan sistem rujukan tersebut mengharuskan fasyankes tetap melakukan pemantauan kesehatan secara berkesinambungan, dilakukan berdasarkan kebutuhan medis pasien dan kemampuan pelayanan pada setiap fasyankes, didukung dengan teknologi informasi dan komunikasi yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional untuk memastikan proses transfer data dan informasi medis pasien yang diperlukan untuk proses rujukan berlangsung dengan baik (pasal 39) dan mengutamakan keselamatan pasien (pasal 173).<sup>1</sup> “Pembuangan pasien” yang disalah sebutkan sebagai “rujuk lepas,” sekali lagi, merupakan pelanggaran UU Kesehatan dan tidak dapat disebut sebagai proses merujuk pasien, karena tidak terjadi pemantauan kesehatan secara berkesinambungan, tidak

berdasarkan kebutuhan medis, dan tidak melalui proses transfer data dan informasi medis pasien secara tepat yang patut sebagaimana semestinya suatu rujukan. Tentunya, “pembuangan pasien” merupakan perbuatan keji yang mengancam keselamatan pasien.

Fasyankes yang melakukan perbuatan “pembuangan pasien” harus bertanggung jawab kepada pengelola sistem rujukan yaitu pemerintah pusat dan pemerintah daerah, termasuk kepada KNKP. Sebagaimana sejatinya keseluruhan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 Keselamatan Pasien, UU Kesehatan (pasal 176) juga mewajibkan fasyankes untuk menerapkan standar keselamatan pasien dengan cara identifikasi dan pengelolaan risiko, analisis dan pelaporan, serta pemecahan masalah dalam mencegah dan menangani kejadian yang membahayakan keselamatan pasien.<sup>1</sup> Namun hingga tulisan ini dibuat, masih belum terdapat peraturan perundangan turunan UU Kesehatan yang mengatur definisi, pencatatan, pelaporan, pengawasan, evaluasi, dan pembinaan terkait perbuatan “pembuangan pasien” ini.

### ***Tinjauan Etika Keselamatan Pasien dan Perilaku Tidak Profesional terhadap “Pembuangan Pasien”***

Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Tahun 2012, selanjutnya disebut KODEKI, pada prinsipnya merupakan penuntun perilaku sehari-hari setiap dokter Indonesia yang dilandaskan pada moralitas kemanusiaan tentu sangat menjunjung tinggi profesionalisme, keselamatan pasien, hubungan dengan pasien, hubungan dengan sejawat, dan kewajiban terhadap kemanusiaan. Aspek profesionalisme kedokteran terkait merujuk pasien ke fasyankes lain diatur perilakunya di dalam KODEKI, yaitu keputusan rujukan tersebut merupakan keputusan dan pendapat sesuai hasil pemeriksaan dan analisis yang baik, benar, jujur, independen, dan berlandaskan kemanusiaan yang dilakukan seorang dokter dengan kompetensi yang sesuai, dan berorientasi keselamatan pasien bila dalam prosesnya mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik (pasal 2, 5, dan 7). Lebih lanjut lagi, KODEKI juga mengatur

perilaku dokter yang merujuk pasien untuk meminta persetujuan pasien atau keluarganya, wajib berkomunikasi dengan teman sejawat dengan cara harus saling menghormati, wajib menuliskan ringkasan medik pasien agar sejawat terujuk dapat memperoleh informasi memadai, dan perlu memastikan bahwa pihak terujuk/terkonsultasikan harus lebih mampu, ahli, dan mau menangani lebih baik (pasal 13, 14, dan 19).<sup>9</sup>

“Pembuangan pasien” merupakan suatu perbuatan yang sangat tidak pantas dilakukan oleh seorang profesi dokter. Pelayanan kesehatan yang berorientasi keselamatan pasien adalah sistem ideal yang dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengurangi KTD dan/atau nyaris cedera, khususnya yang bersifat iatrogenik atau sehubungan dengan praktik kedokteran.<sup>9</sup> Sistem tersebut melibatkan dokter sebagai salah satu pihak yang bertanggungjawab dalam keselamatan pasien. “Pembuangan pasien” berarti dokter tersebut telah menyalahgunakan standar profesi, integritas moral dan kejujuran intelektual karena telah mengambil keputusan yang tidak profesional, tidak mengutamakan pasien, dan tidak sesuai standar pelayanan kedokteran (pasal 2). “Pembuangan pasien” dapat terjadi karena oleh sebab tertentu dokter sebagai DPJP tidak mau melanjutkan untuk merawat pasien walaupun memungkinkan, sementara RS dengan segala keterbatasannya harus melanjutkan perawatan pasien; ini merupakan pelanggaran KODEKI dan selaras dengan apa yang disampaikan dalam laporan EMTALA.<sup>3</sup> Apabila pasien harus dipindahkan ke fasyankes lain, dokter harus memastikan pengambilan keputusan tersebut wajib disertai dengan perilaku profesional terbaik dokter demi kepentingan terbaik bagi pasien dengan tetap mengikuti peraturan perundangan yang berlaku (pasal 2), bukan karena pertimbangan pribadi, suka tidak suka, atau tekanan yang terjadi di dalam fasyankes tempat DPJP bekerja.

Perpindahan pasien melalui proses merujuk akan melibatkan kondisi pasien tidak mendapatkan sokongan pengobatan dan peralatan medis yang optimal terutama saat mobilitas berlangsung menggunakan ambulans. Hal ini secara terukur terjadi pada perujukan

pasien yang sah secara etik dan medikolegal.<sup>3</sup> Rencana perpindahan pasien beserta risiko yang terukur ini perlu disampaikan kepada pasien dan keluarganya oleh dokter dengan jujur dan cara yang santun sesuai KODEKI (pasal 5). Tentunya bila terjadi “pembuangan pasien,” terjadi peningkatan risiko yang semakin tidak terukur dan mengancam keselamatan pasien karena ketiadaan sokongan tersebut, ditambah komunikasi dan transfer hak medis yang tidak lengkap serta tidak patut. Seorang dokter yang berpendapat ahli untuk tujuan perpindahan pasien, wajib mendasarkan keputusannya pada fakta medis yang diyakininya benar sesuai dengan pertanggungjawaban profesinya sebagai dokter dan dibuat dengan penuh kejujuran, kepatutan, ketelitian dan kehati-hatian (pasal 7).<sup>9</sup> Dokter dapat dianggap melakukan “pembuangan pasien” apabila informasi terkait tujuan perpindahan pasien tidak disampaikan secara lengkap sehingga timbul keputusan medis untuk perpindahan pasien tidak matang atau bahkan tidak tepat (pasal 5 dan 7). Hal ini akan semakin tidak pantas apabila pasien kemudian dikeluarkan dari fasyankes dan berpindah ke fasyankes lain menggunakan kendaraan selain ambulans.

KODEKI telah mencantumkan kode etik mengenai konsultasi dan merujuk pasien (pasal 14), yaitu melakukan konsultasi adalah upaya untuk meminta pendapat, saran, dan nasehat dari dokter lain, dalam hal ini di fasyankes penerima, dan menyerahkan pasien kepada dokter lain secara rujukan vertikal atau horizontal sesuai sistem serta peraturan rujukan yang berlaku. Setiap dokter perujuk wajib menuliskan ringkasan medik pasien tersebut secara lengkap dan dua arah sesuai peraturan yang berlaku, agar sejawat terujuk dapat memperoleh informasi yang sepatutnya dan memadai. Keseluruhan tata cara tersebut bertujuan membantu pasien mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Demikian pula, seorang dokter wajib menjelaskan kepada pasien dan keluarga tersebut mengenai kejelasan hubungan pasien - dokter, apabila akan dilakukan alih rawat ke fasyankes lain yang diinformasikan ke dalam dokumen medis (pasal 19). “Pembuangan pasien” berarti dokter

tidak melakukan tata cara tersebut di atas, sehingga pasien tidak mendapatkan pendapat ahli yang sesuai, dikirim ke fasilitas yang tidak sesuai, serta tidak disertai komunikasi medis yang sepatutnya lengkap dan dua arah sehingga mengancam keberlangsungan perawatan pasien maupun keselamatan pasien. Hal ini tentu bertolak belakang dengan nilai kepatutan dan kesejawatan yang telah dicantumkan di dalam KODEKI (pasal 13), yang mewajibkan dokter menaati peraturan dan membina hubungan harmonis dengan manajemen dan petugas lain di fasyankes asal maupun fasyankes penerima pasien.<sup>9</sup>

## KESIMPULAN

“Pembuangan pasien” merupakan perbuatan pengalihan perawatan pasien yang berisiko memutus keberlanjutan perawatan pasien dan mengancam keselamatan pasien. Penggunaan istilah “rujuk lepas” tidak sesuai karena perbuatan ini bukan merupakan suatu peristiwa rujukan yang sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan dan Kodeki. Dokter sebagai DPJP dan fasyankes perlu memahami peraturan perundangan dan kode etik kedokteran untuk tidak turut serta dalam perbuatan “pembuangan pasien” ini dan turut membantu penertiban perbuatan ini demi keselamatan pasien. UU Kesehatan melalui peraturan turunannya harus dapat menyoroti dan mencakupi definisi, pencatatan, pelaporan, pengawasan, evaluasi, dan pembinaan perbuatan ini supaya keberlangsungan perawatan pasien dan sistem rujukan pelayanan dapat berjalan sesuai amanat undang-undang.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam penulisan naskah ini.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis memberikan ucapan terima kasih kepada seluruh petugas kesehatan di Indonesia yang telah bersabar dan berjuang ketika “pembuangan pasien” terjadi selama

memberikan layanan kesehatan khususnya pada masa pandemi COVID-19. Penulis juga memberikan ucapan terima kasih untuk dukungan dan semangat yang diberikan dari Puspita Widyaningrum, dr. Aulia Pranandrari, dr. Thariqah Salamah, Defri Dwiwana Putra, dan Ferdiansyah.

## REFERENSI

1. Undang-undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
3. Warby R, Leslie S, Borger J. EMTALA and patient transfers [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
5. Pratama RB. Terdakwa pembuang pasien dituntut 18 bulan [Internet]. Antaranews. 2014 [diakses pada 2024 Jul 22]. Diunduh dari: <https://www.antaranews.com/berita/440561/terdakwa-pembuang-pasien-dituntut-18-bulan>
6. Mahendradhata Y, Andayani NLPE, Hasri ET, et al. The capacity of the Indonesian healthcare system to respond to COVID-19. *Front Public Heal.* 2021;9:649819.
7. Harapan BN, Harapan T, Theodora L, et al. From Archipelago to pandemic battleground: unveiling Indonesia's COVID-19 crisis. *J Epidemiol Glob Health.* 2023;13(4):591-603.
8. Nugroho A. RS swasta ngaco, rujuk lepas pasien ke RSUD khusus COVID-19 [Internet]. *Relawan Kesehatan Indonesia.* 2021 [diakses pada 2024 Jul 22]. Diunduh dari: <https://rekanindonesia.org/2021/01/15/rs-swasta-ngaco-rujuk-lepas-pasien-ke-rsud-khusus-covid19/>
9. Kode Etik Kedokteran Indonesia. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. 2012.



## Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

# KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA (KODEKI)

### MUKADIMAH (Sebuah cuplikan)

Perumusan norma dan penerapan nyata etika kedokteran pada pasien/klien perseorangan atau komunitas/ masyarakat di segala bentuk fasilitas pelayanan kesehatan/kedokteran, khususnya di Indonesia, didasarkan atas azas-azas ideologi bangsa dan negara, yakni Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Menyadari bahwa pada akhirnya semua pedoman etik di manapun diharapkan akan menjadi penuntun perilaku sehari-hari setiap dokter sebagai pembawa nilai-nilai luhur profesi, pengamalan etika kedokteran yang dilandaskan pada moralitas kemanusiaan akan menjadi tempat kebenaran “serba baik” dari manusia penyandanginya. Para dokter Indonesia selayaknya menjadi model panutan bagi masyarakatnya.

Dokter Indonesia seyogyanya memiliki keseluruhan kualitas dasariah manusia baik dan bijaksana, yaitu sifat Ketuhanan, kemurnian niat, keluhuran budi, kerendahan hati, kesungguhan dan ketuntasan kerja, integritas ilmiah dan sosial, serta kesejawatan dan cinta Indonesia. Dari pancaran kualitas dasariah tersebut pengamalan nilai-nilai etik oleh siapapun dokternya, akan menjadi cahaya penerang peradaban budaya profesi di tanah air tercinta Indonesia, pada situasi dan kondisi apapun, di manapun berada dan sampai kapan pun nanti.

Atas berkat rahmat Tuhan Yang Maha Esa, dengan maksud untuk lebih nyata menjamin dan mewujudkan kesungguhan dan keluhuran ilmu kedokteran sebagaimana yang dimaksudkan di atas, kami para dokter Indonesia yang tergabung dalam Ikatan Dokter Indonesia (IDI), membakukan dan membukukan nilai-nilai tanggung jawab profesional di profesi kedokteran dalam suatu Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)

### **PENJELASAN KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA PASAL DEMI PASAL**

#### Pasal 1: Sumpah Dokter

Setiap dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dan atau janji dokter.

Cakupan pasal:

- (1) Dokter lulusan Fakultas Kedokteran di Indonesia wajib melafalkan sumpah/ janji dokter sebagaimana dimaksud pada Pasal 1, di depan pimpinan fakultas kedokteran yang bersangkutan dalam suasana khidmat.
- (2) Dokter lulusan luar negeri dan/ atau dokter asing yang hendak melakukan pekerjaan profesi di Indonesia wajib melafalkan sumpah/ janji dokter sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 1 di depan pemimpin IDI dan pejabat kesehatan setempat.
- (3) Setiap dokter yang akan menjalankan tugas sebagai anggota tim dokter pemeriksa atau pembuat visum et repertum/surat keterangan ahli wajib menyatakan diri bahwa ia telah/belum melafalkan sumpah sebagaimana dimaksud Pasal 1.
- (4) Bunyi sumpah/ janji sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 cakupan pasal (1) dan (2) sebagai berikut:

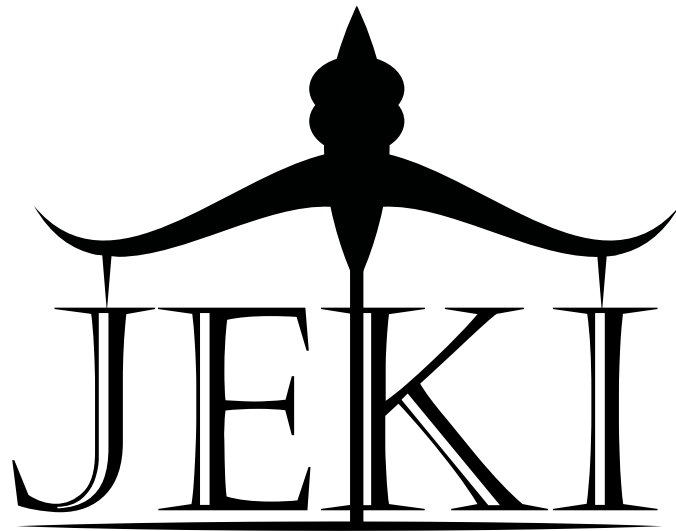


## Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

# SUMPAH DOKTER INDONESIA

Demi Allah saya bersumpah, bahwa:

1. Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan.
2. Saya akan menjalankan tugas dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter.
3. Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran.
4. Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena keprofesian saya.
5. Saya tidak akan menggunakan pengetahuan saya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan, sekalipun diancam.
6. Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai saat pembuahan.
7. Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat.
8. Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien.
9. Saya akan memberi kepada guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terima kasih yang selayaknya.
10. Saya akan perlakukan teman sejawat saya seperti saudara kandung.
11. Saya akan mentaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indonesia.
12. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.



*Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*



