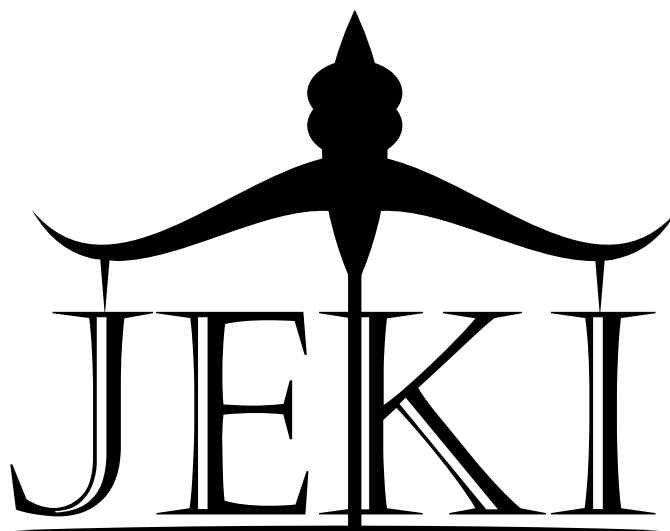


Jurnal Etika Kedokteran Indonesia



1. Etika Pemasaran Rumah Sakit dan *Supply-Induced Demand* dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia: *A Scoping Review*
2. Kriteria dalam Mendefinisikan *Medical Futility* pada Perawatan Intensif dan Perawatan Akhir Kehidupan: *Systematic Literature Review*
3. Etika Otonomi dalam Membuat Keputusan Medis menurut Teori Kantian
4. Mempertanyakan Beberapa Prinsip dalam Etika Kedokteran
5. Etika Kebijakan Publik dalam Pemaknaan Pasal 305 Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Penataan Arsitektur Informasi Sistem Disiplin Profesi Kedokteran untuk Perlindungan Publik



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Kepala Editor

Frans Santosa

Editor

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Putri Dianita Ika Meilia

Manajer Jurnal

Nurfanida Librianty

Editor Kopi

Fadlika Harinda

Tata Letak

Hansel Tenggara Widjaja

Reviewer

Agus Purwadianto

Anindita Santosa

Anna Rozaliyani

Ari Fahrial Syam

Bachtiar Husein

Djoko Widyarto JS

Frans Santosa

Julitasari Sundoro

Prijo Sidipratomo

Pukovisa Prawiroharjo

Putri Dianita Ika Meilia

Rianto Setiabudy

Tenar Zulkarnaen

Wawang S. Sukarya

Sekretariat JEKI

Jl. Tebet Barat VIII No. 20

Jakarta Selatan - Kode Pos 12810

www.ilmiahindonesia.id

Vol. 10 No. 3

Agustus 2026



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Teman sejawat yang terhormat,

Assalamu'alaykum Wr. Wb.

Salam Sejahtera

Om Swastiatu

Namo Buddhaya

Salam kebajikan

Teman Sejawat tercinta di seluruh penjuru tanah air.

Marilah kita bersama-sama memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat, karunia, dan izin-Nya, Jurnal Etika Kedokteran Indonesia (JEKI) edisi ke-20 dapat kembali hadir menyapa teman-teman sejawat di seluruh penjuru tanah air.

JEKI edisi ke-20 diterbitkan pada bulan Agustus 2026, bulan yang memiliki makna khusus bagi bangsa Indonesia. Pada tanggal 17 Agustus 2026, seluruh rakyat Indonesia memperingati Hari Ulang Tahun ke-81 Kemerdekaan Republik Indonesia dengan mengusung tema “Indonesia Berdaulat, Adil, dan Makmur.” Momentum kemerdekaan ini menjadi kesempatan bagi kita untuk kembali merefleksikan makna kedaulatan, keadilan, dan kemakmuran, termasuk dalam konteks kesehatan. Kesehatan yang adil dan merata merupakan bagian penting dari cita-cita pembangunan bangsa, sekaligus menjadi tanggung jawab bersama untuk memastikan setiap masyarakat memperoleh kesempatan yang setara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Di bulan yang sama, terdapat pula berbagai momentum penting dalam bidang kesehatan. Pada tanggal 1 Agustus diperingati sebagai Hari Kanker Paru Sedunia, yang menjadi pengingat akan besarnya tantangan kanker paru sekaligus pentingnya meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai bahaya penyakit tersebut, faktor risikonya, pencegahan, deteksi dini, serta pentingnya pelayanan kesehatan yang tepat. Pada tanggal yang sama juga dimulainya Pekan ASI Sedunia tanggal 1–7 Agustus, yang menjadi momentum untuk terus mendukung pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif serta mengingatkan kembali pentingnya perlindungan dan dukungan bagi ibu dan bayi dalam memperoleh hak atas kesehatan yang optimal.

Berbagai momentum tersebut tidak hanya menjadi bagian dari rangkaian peringatan di bulan Agustus, tetapi juga menghadirkan ruang refleksi bagi kita sebagai insan kedokteran. Kedaulatan, keadilan, dan kemakmuran dalam bidang kesehatan pada akhirnya tidak dapat dilepaskan dari tanggung jawab profesi untuk memberikan pelayanan yang berlandaskan ilmu pengetahuan, etika, kemanusiaan, dan kepentingan terbaik bagi pasien. Perkembangan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks juga menuntut kita untuk senantiasa mempertanyakan kembali bagaimana keputusan medis dibuat, bagaimana kepentingan pasien dilindungi, serta bagaimana profesi kedokteran tetap menjaga integritasnya di tengah perubahan zaman.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Pada edisi ke-20 ini, tim redaksi JEKI kembali menerima dan menerbitkan beberapa tulisan yang menarik dan aktual dalam bidang etika kedokteran. Artikel pertama, “Etika Pemasaran Rumah Sakit dan Supply-Induced Demand dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia: A Scoping Review”, mengangkat persoalan etis yang penting dalam hubungan antara pelayanan kesehatan, pemasaran rumah sakit, dan kemungkinan terjadinya permintaan pelayanan yang dipengaruhi oleh penyedia layanan. Topik ini mengajak kita untuk melihat kembali batas antara pengelolaan pelayanan kesehatan, kepentingan institusi, dan kewajiban untuk tetap mengutamakan kepentingan pasien.

Artikel berikutnya, “Kriteria dalam Mendefinisikan Medical Futility pada Perawatan Intensif dan Perawatan Akhir Kehidupan: Systematic Literature Review”, membahas salah satu persoalan yang tidak mudah dalam praktik kedokteran, yaitu ketika suatu tindakan medis dipertimbangkan tidak lagi memberikan manfaat yang bermakna bagi pasien. Persoalan medical futility tidak hanya berkaitan dengan pertimbangan klinis, tetapi juga menyentuh nilai, harapan, martabat pasien, keluarga, serta tanggung jawab moral dokter dalam menentukan arah pelayanan.

Selanjutnya, tulisan “Etika Otonomi dalam Membuat Keputusan Medis menurut Teori Kantian” mengajak kita untuk kembali memahami salah satu prinsip penting dalam bioetika, yaitu penghormatan terhadap otonomi pasien. Pemikiran Kantian memberikan sudut pandang filosofis yang menarik mengenai manusia sebagai pribadi yang memiliki martabat dan kemampuan untuk menentukan pilihan dalam kehidupannya. Dalam praktik kedokteran, penghormatan terhadap otonomi tersebut menjadi bagian penting dalam membangun hubungan dokter dan pasien yang saling menghargai.

JEKI edisi ini juga menghadirkan tulisan “Mempertanyakan Beberapa Prinsip dalam Etika Kedokteran”. Tulisan ini menjadi ruang untuk melakukan refleksi dan mempertanyakan kembali prinsip-prinsip yang selama ini menjadi landasan dalam etika kedokteran. Etika bukanlah sekadar kumpulan aturan yang harus dihafalkan, tetapi juga merupakan proses berpikir dan mempertimbangkan berbagai nilai ketika seorang dokter menghadapi persoalan dalam praktik sehari-hari.

Sebagai artikel berikutnya, “Etika Kebijakan Publik dalam Pemaknaan Pasal 305 Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Penataan Arsitektur Informasi Sistem Disiplin Profesi Kedokteran untuk Perlindungan Publik” mengangkat isu yang berkaitan dengan kebijakan publik, sistem disiplin profesi, dan perlindungan masyarakat. Pembahasan ini menjadi penting karena sistem etik dan disiplin kedokteran pada akhirnya bukan hanya bertujuan menjaga kehormatan profesi, tetapi juga memastikan bahwa masyarakat memperoleh perlindungan dan pelayanan kesehatan yang aman serta bermutu.

Melalui berbagai artikel yang diterbitkan pada edisi ke-20 ini, kami berharap JEKI dapat terus menjadi tempat untuk berbagi pemikiran, pengalaman, dan refleksi mengenai berbagai persoalan etik yang dihadapi dalam dunia kedokteran. Semoga setiap tulisan yang hadir dapat memberikan manfaat dan menjadi bahan diskusi bagi teman-teman sejawat dalam menjalankan pelayanan, pendidikan, penelitian, maupun dalam kehidupan sehari-hari sebagai dokter.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Tim Redaksi mengucapkan terima kasih kepada seluruh penulis, reviewer, dan semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses penerbitan JEKI edisi ke-20. Kami tetap mengajak dan menghimbau teman-teman sejawat di seluruh Indonesia untuk berkenan mengirimkan tulisan mengenai pengalaman, pemikiran, maupun persoalan etik yang ditemui dalam menjalankan profesi kedokteran, sehingga dapat menjadi pembelajaran bersama bagi kita semua.

Dalam semangat memperingati Hari Ulang Tahun Kemerdekaan Republik Indonesia ke-81, JEKI edisi ini menjadi momentum untuk kembali merefleksikan peran dan tanggung jawab profesi kedokteran dalam membangun kesehatan bangsa. Kemerdekaan juga mengingatkan kita akan pentingnya kebebasan berpikir, menyampaikan gagasan secara bertanggung jawab, serta terus belajar dari pengalaman dan persoalan etik yang dihadapi dalam praktik kedokteran. Semoga semangat kemerdekaan senantiasa meneguhkan pengabdian kita untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermartabat, berkeadilan, dan berorientasi pada kepentingan pasien serta masyarakat.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa memberikan kesehatan, kekuatan, kebijaksanaan, dan karunia-Nya kepada kita semua agar tetap semangat dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai dokter, senantiasa menjunjung tinggi KODEKI, serta menjaga marwah dan kehormatan profesi kedokteran dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan masyarakat. **Dirgahayu Republik Indonesia. Merdeka!**

Kepala Editor
Jurnal Etika Kedokteran Indonesia (JEKI)
Edisi ke-20 – Agustus 2026

Daftar Isi

Etika Pemasaran Rumah Sakit dan <i>Supply-Induced Demand</i> dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia: <i>A Scoping Review</i>	87
Kriteria dalam Mendefinisikan <i>Medical Futility</i> pada Perawatan Intensif dan Perawatan Akhir Kehidupan: <i>Systematic Literature Review</i>	103
Etika Otonomi dalam Membuat Keputusan Medis menurut Teori Kantian.....	111
Mempertanyakan Beberapa Prinsip dalam Etika Kedokteran.....	115
Etika Kebijakan Publik dalam Pemaknaan Pasal 305 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023: Penataan Arsitektur Informasi Sistem Disiplin Profesi Kedokteran untuk Perlindungan Publik.....	119

Etika Pemasaran Rumah Sakit dan *Supply-Induced Demand* dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia: *A Scoping Review*

Rohsaelendrayana¹, Dumilah Ayuningtyas², Zakiah³

¹Program Studi Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

³Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Kata Kunci

pemasaran layanan kesehatan, Supply-Induced Demand, bioetika, indonesia, Moral Hazard, Jaminan Kesehatan Nasional, scoping review

Korespondensi

rohsaelendrayana@ui.ac.id

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.108

Tanggal masuk: 2 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 2 Juni 2026

Tanggal diterima: 1 Juli 2026

Tanggal publikasi: 2 Agustus 2026

Abstrak Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mencakup 278,1 juta individu, praktik pemasaran rumah sakit dan supply-induced demand (SID) memiliki mekanisme dasar yang sama, yaitu asimetri informasi, tetapi masih banyak diteliti secara terpisah. Kedua fenomena ini menimbulkan pertanyaan bioetik fundamental mengenai otonomi pasien, beneficence, non-maleficence, dan keadilan distributif dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Scoping review ini bertujuan memetakan bukti yang tersedia mengenai etika pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam pelayanan kesehatan di Indonesia serta mengidentifikasi irisan antara kedua domain tersebut, serta menganalisis temuan melalui kerangka bioetika yang mencakup empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban fiduciary, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta. Tinjauan ini mengikuti metodologi JBI untuk scoping review dan pedoman pelaporan PRISMA-ScR. Pencarian dilakukan pada tujuh basis data, yaitu PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Garuda, SINTA, dan Neliti, pada 20 Mei 2026 untuk studi empiris yang dipublikasikan sejak tahun 2020. Protokol terdaftar di OSF dengan DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z. Seleksi artikel dilakukan secara independen oleh dua penelaah. Data diekstraksi menggunakan kerangka Information Asymmetry Pathway (IAP) yang terdiri atas tiga domain. Sebanyak 23 studi memenuhi kriteria inklusi. Empat belas studi membahas pemasaran rumah sakit, termasuk pemasaran digital, bauran promosi, word of mouth, dan branding, tetapi hanya satu studi yang menilai kepatuhan etik. Sembilan studi mendokumentasikan indikator SID, termasuk upcoding (10–11,9%), admisi yang berpotensi tidak diperlukan (17,8–18,9%), tingginya angka sectio caesarea, dan tekanan pembiayaan JKN. Tidak ada studi yang secara langsung menguji hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID. Etika pemasaran rumah sakit dan SID di Indonesia masih diteliti dalam dua aliran literatur yang terpisah, meskipun keduanya berbagi mekanisme dasar berupa asimetri informasi. Diinterpretasikan melalui empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban fiduciary, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, kesenjangan ini berimplikasi signifikan pada otonomi pasien, informed decision-making, konflik kepentingan, dan keadilan distributif dalam JKN. Penelitian primer selanjutnya perlu mengkaji secara empiris hubungan antara paparan pemasaran rumah sakit, ekspektasi pasien, dan pola utilisasi layanan.

Abstract In Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) system covering 278.1 million individuals, hospital marketing practices and supply-induced demand (SID) share a common mechanism — information asymmetry — yet remain studied in isolation. Both phenomena raise fundamental bioethical concerns regarding patient autonomy, beneficence, non-maleficence, and distributive justice within a universal health coverage system. This scoping review aimed to map the available evidence on hospital marketing ethics and SID indicators in Indonesian healthcare and to identify how these domains intersect, and to analyze the findings through a bioethical lens encompassing the four principles of biomedical ethics, fiduciary duty theory, and the WHO ethical framework for universal health coverage. Following JBI scoping review methodology and PRISMA-ScR reporting guidelines, seven databases (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Garuda, SINTA, Neliti) were searched on May 20, 2026 for empirical studies published from 2020 onward. The protocol was registered on OSF (DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z). Independent dual-reviewer screening was conducted. Data were charted using a purpose-built Information Asymmetry Pathway (IAP) framework comprising three domains: upstream marketing practices, downstream service delivery behaviors, and intersection mechanisms. Twenty-three studies met inclusion criteria. Fourteen addressed hospital marketing (digital marketing, promotional mix, word of mouth, branding), with only one assessing ethical compliance. Nine documented SID indicators including upcoding (10–11.9%), possible unnecessary admission (17.8–18.9%), elevated caesarean section rates, and JKN financing pressures. No study directly examined the intersection between marketing and SID, representing a critical evidence gap. Hospital marketing ethics and SID in Indonesia are researched in parallel silos despite sharing information asymmetry as their foundational mechanism. Interpreted through the four principles of biomedical ethics, fiduciary duty theory, and the WHO ethical framework for UHC, this evidence gap has significant implications: marketing practices may compromise patient autonomy and informed decision-making (respect for autonomy), fail to serve patients' best clinical interests (beneficence), risk exposing patients to unnecessary interventions (non-maleficence), create conflicts of interest that violate fiduciary obligations, and divert collective JKN resources from those most in need (justice). Future primary research should empirically examine the relationship between hospital marketing exposure, patient expectations, and service utilization patterns.

Layanan kesehatan bukanlah komoditas biasa. Pasien sering mengambil keputusan dalam kondisi sakit, cemas, dan tidak memiliki informasi medis yang setara dengan tenaga kesehatan. Dalam konteks Indonesia, kondisi ini menjadi semakin penting karena sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencakup 278,1 juta jiwa atau 98,45% dari total penduduk Indonesia per Desember 2024, dengan 222,67 juta peserta aktif.¹ Pemanfaatan layanan JKN juga terus meningkat. Pada Juni 2024, utilisasi layanan naik 12,3% dibandingkan Juni 2023, dengan 242,74 juta kunjungan rawat jalan tingkat pertama, 70,01 juta kunjungan rawat jalan tingkat lanjutan, 9,22 juta kunjungan rawat inap tingkat lanjutan, serta peningkatan rujukan sebesar 22,19% menjadi 15,86 juta rujukan.² Pada skala sebesar ini, pesan pemasaran, strategi promosi, dan keputusan klinis rumah sakit tidak hanya berdampak pada pilihan pasien, tetapi juga pada pembiayaan JKN, perlindungan pasien, dan keadilan akses layanan kesehatan.

Selama ini, terdapat dua kelompok literatur yang cenderung berkembang secara terpisah. Kelompok pertama membahas pemasaran rumah sakit, seperti bauran promosi, pemasaran digital, *branding*, *word of mouth*, dan segmentasi pasien, yang umumnya dilihat dari perspektif efektivitas manajerial, kepuasan pasien, dan keputusan memilih layanan. Kelompok kedua membahas *supply-induced demand* (SID), yaitu kondisi ketika penyedia layanan, karena memiliki informasi yang lebih besar dibandingkan pasien, dapat memengaruhi pemanfaatan layanan melebihi kebutuhan yang mungkin dipilih pasien apabila informasi tersedia secara setara.^{3,4} SID dapat muncul dalam bentuk *provider moral hazard*, *upcoding*, *unnecessary admission*, serta peningkatan tindakan diskresioner seperti *sectio caesarea*.^{5,6}

Meskipun keduanya sama-sama berakar pada asimetri informasi, pemasaran rumah sakit dan SID masih jarang dikaji secara terpadu. Pemasaran rumah sakit bekerja pada tahap hulu, yaitu sebelum pasien memasuki proses klinis, dengan membentuk persepsi, ekspektasi, dan pilihan terhadap fasilitas kesehatan. Sementara itu, SID bekerja pada tahap hilir,

ketika keputusan klinis, praktik pengodean, dan mekanisme pembayaran menentukan jenis, volume, serta biaya layanan yang diberikan. Kesenjangan antara kedua literatur ini penting untuk diperhatikan karena konten promosi berpotensi memperkuat asimetri informasi. Ketika pemasaran terlalu menonjolkan citra institusi, kecanggihan teknologi, atau paket layanan tanpa disertai informasi klinis yang seimbang, pasien dapat terdorong untuk memiliki ekspektasi atau preferensi layanan tertentu yang kemudian beririsan dengan struktur insentif penyedia layanan.

Irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID memerlukan analisis yang melampaui perspektif asimetri informasi semata. Dari sudut pandang bioetika, kedua fenomena ini secara langsung menyentuh prinsip-prinsip fundamental etika biomedis: apakah pemasaran rumah sakit menghormati otonomi pasien atau justru melemahkan kapasitas pengambilan keputusan yang terinformasi (*respect for autonomy*); apakah strategi promosi dan pola utilisasi yang ditimbulkannya benar-benar mengutamakan kepentingan terbaik pasien (*beneficence*); apakah tindakan medis yang didorong oleh insentif non-klinis mengekspos pasien pada risiko yang seharusnya dapat dihindari (*non-maleficence*); dan apakah distribusi layanan dalam sistem JKN berlangsung secara adil ketika pemasaran dan SID secara bersamaan memengaruhi pola utilisasi (*justice*).⁷ Selain itu, posisi ganda rumah sakit sebagai promotor layanan sekaligus pemberi rekomendasi klinis menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai kewajiban *fiduciary* dan konflik kepentingan institusional.⁸ Namun, sejauh ini, analisis bioetik terhadap kedua fenomena ini dalam konteks sistem pelayanan kesehatan Indonesia masih sangat terbatas.

Perkembangan regulasi di Indonesia juga menunjukkan pentingnya membaca hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID dalam kerangka etika serta tata kelola layanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab.⁹ Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024

juga memperkuat kewajiban penyelenggaraan kesehatan yang berpihak pada keselamatan dan perlindungan pasien, termasuk dari informasi yang menyesatkan.¹⁰ Selain itu, World Health Organization mencatat bahwa perluasan JKN telah menurunkan pembayaran langsung pasien menjadi 27,5% dari belanja kesehatan berjalan, meskipun rumah tangga masih tetap menanggung beban biaya kesehatan yang tidak kecil.¹¹ Dengan demikian, ketepatan dan efisiensi layanan tidak hanya berkaitan dengan mutu klinis, tetapi juga dengan perlindungan finansial dan keadilan akses bagi pasien.

Sejauh pengetahuan penulis, belum terdapat sintesis yang secara khusus memetakan hubungan antara praktik pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia terlebih dengan analisis bioetik yang eksplisit. Oleh karena itu, *scoping review* ini dilakukan untuk memetakan bukti ilmiah yang tersedia pada kedua ranah tersebut, mengidentifikasi mekanisme pertemuannya, serta menganalisis temuan melalui kerangka bioetika untuk menunjukkan celah penelitian yang masih perlu dikaji lebih lanjut. Tinjauan ini menggunakan kerangka PCC (*Population-Concept-Context*), dengan *Population* mencakup rumah sakit, fasilitas kesehatan, penyedia layanan, dan pasien di Indonesia; *Concept* mencakup etika pemasaran rumah sakit dan indikator *supply-induced demand*; serta *Context* mencakup pelayanan kesehatan di Indonesia dalam sistem JKN, mekanisme pembayaran INA-CBGs, dan kerangka regulasi yang mengatur penyelenggaraan serta promosi layanan kesehatan.

Tujuan *scoping review* ini adalah untuk: (1) memetakan jenis dan luas bukti mengenai praktik pemasaran rumah sakit beserta dimensi etikanya; (2) memetakan bukti mengenai indikator *supply-induced demand*; (3) mengidentifikasi irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID melalui jalur informasi serta mekanisme tata kelola; dan (4) menganalisis implikasi bioetik dari kesenjangan bukti yang teridentifikasi, dengan menggunakan empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban *fiduciary*, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, sebagai dasar bagi agenda penelitian selanjutnya.

Asimetri Informasi dalam Pelayanan Kesehatan

Asimetri informasi merupakan salah satu bentuk kegagalan pasar yang mendasar dalam pelayanan kesehatan. Berbeda dengan barang konsumsi biasa, pasien tidak selalu mampu menilai sendiri kebutuhan, mutu, maupun ketepatan suatu layanan medis. Pemikiran klasik Arrow menjelaskan bahwa pasar pelayanan kesehatan berbeda secara fundamental dari pasar kompetitif karena adanya ketimpangan informasi antara penyedia layanan dan pasien.¹² Asimetri ini menjadi dasar munculnya berbagai persoalan etik dalam pemasaran layanan kesehatan, sekaligus membuka ruang bagi terjadinya *supply-induced demand*.

Di Indonesia, pemasaran layanan kesehatan diatur antara lain melalui Permenkes Nomor 1787 Tahun 2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan, yang membatasi klaim promosi dan menekankan pentingnya informasi yang faktual.¹³ Namun, mekanisme pengawasan masih memiliki keterbatasan, sementara perkembangan kanal pemasaran digital berlangsung jauh lebih cepat dibandingkan kerangka regulasi yang ada. Ketegangan antara efektivitas promosi dan kecukupan informasi menjadi penting karena berhubungan langsung dengan perlindungan pasien, terutama dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Dalam sistem tersebut, pilihan fasilitas yang dipengaruhi oleh pemasaran tidak hanya berdampak pada luaran klinis pasien, tetapi juga pada pembiayaan JKN.

Supply-induced demand merujuk pada keadaan ketika penyedia layanan memanfaatkan keunggulan informasi yang dimilikinya untuk memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan melebihi pilihan yang kemungkinan akan diambil pasien apabila informasi tersedia secara setara.^{3,4} Dalam konteks Indonesia, SID menjadi relevan untuk dibaca dalam mekanisme pembayaran prospektif INA-CBGs. Meskipun insentif penyedia dalam sistem ini berbeda dari sistem *fee-for-service*, peluang terjadinya *moral hazard* tetap dapat muncul, misalnya melalui *upcoding*, seleksi kasus, dan tindakan diskresioner seperti *sectio caesarea*.^{5,6} Namun, asimetri informasi saja tidak cukup untuk menganalisis seluruh dimensi persoalan

ini. Diperlukan kerangka normatif yang lebih luas untuk menilai mengapa dan bagaimana pemasaran rumah sakit dan SID menjadi persoalan etik, bukan sekadar persoalan efisiensi pasar.

Kerangka Bioetika: Empat Prinsip, Kewajiban Fiduciary, dan Kerangka Etik WHO

Tinjauan ini menggunakan tiga kerangka normatif yang saling melengkapi untuk menganalisis dimensi etis pemasaran rumah sakit dan SID. Kerangka pertama adalah empat prinsip etika biomedis dari Beauchamp dan Childress, yaitu *respect for autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*.⁷ Kerangka kedua adalah teori hubungan klinisi-pasien dari Emanuel dan Emanuel serta teori kewajiban *fiduciary* dan konflik kepentingan dari Rodwin.^{8,14} Kerangka ketiga adalah kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, yang secara eksplisit menghubungkan prinsip etik dengan tata kelola sistem kesehatan.¹⁵ Penggunaan ketiga kerangka ini dimaksudkan agar analisis etik dalam tinjauan ini tidak hanya bertumpu pada konsep asimetri informasi sebagai kegagalan pasar, melainkan juga menilai dimensi normatif dari hubungan klinis, hak pasien, dan keadilan sistem.

Prinsip pertama, *respect for autonomy*, mensyaratkan bahwa pasien memiliki hak untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang memadai, bebas dari manipulasi, dan sesuai dengan nilai-nilai yang dianutnya. Beauchamp dan Childress menekankan bahwa tindakan otonom mensyaratkan setidaknya tiga kondisi: intensionalitas, pemahaman substansial (*substantial understanding*), dan ketiadaan pengaruh yang mengendalikan (*absence of controlling influences*).⁷ Dalam konteks pemasaran rumah sakit, promosi yang menonjolkan kecanggihan teknologi, testimonial selektif, atau paket layanan tanpa disertai informasi yang seimbang mengenai manfaat, risiko, alternatif, dan keterbatasan layanan dapat melemahkan syarat pemahaman substansial yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang otonom. Dengan demikian, pemasaran yang tidak seimbang berpotensi menggeser pengambilan

keputusan pasien dari model *informed choice* ke arah *persuaded preference*, yaitu pilihan yang secara formal tampak sukarela tetapi secara substantif dipengaruhi oleh informasi yang dirancang untuk menarik, bukan untuk menginformasikan secara seimbang.

Prinsip kedua, *beneficence*, mewajibkan penyedia layanan untuk bertindak demi kepentingan terbaik pasien. Beauchamp dan Childress membedakan *obligatory beneficence*, yaitu kewajiban positif untuk memaksimalkan manfaat dan meminimalkan kerugian, dari *ideal beneficence* yang bersifat aspiratif.⁷ Dalam konteks institusional, prinsip ini tidak hanya berlaku pada tataran keputusan klinis individual, tetapi juga pada tataran bagaimana rumah sakit menyampaikan informasi kepada calon pasien. Ketika strategi pemasaran lebih mengutamakan daya tarik komersial daripada manfaat klinis yang akurat, terjadi ketegangan antara kepentingan institusi dan kepentingan terbaik pasien. Rumah sakit yang memasarkan layanan tanpa menyertakan informasi yang membantu pasien menilai kesesuaian klinis gagal memenuhi kewajiban *beneficence* institusional karena tidak memaksimalkan manfaat informasi sebagai dasar pengambilan keputusan yang tepat.

Prinsip ketiga, *non-maleficence* (*primum non nocere*), mewajibkan penyedia layanan untuk tidak merugikan pasien. Prinsip ini relevan secara langsung dengan SID: tindakan medis yang tidak berdasarkan indikasi klinis yang kuat, seperti *unnecessary admission* atau *sectio caesarea* tanpa indikasi obstetrik, mengekspos pasien pada risiko komplikasi medis yang seharusnya dapat dihindari.⁷ Beauchamp dan Childress menegaskan bahwa *non-maleficence* mencakup kewajiban untuk tidak menimbulkan kerugian dan juga kewajiban untuk tidak menempatkan orang lain pada risiko kerugian yang tidak perlu.⁷ Grady memperluas argumen ini dalam konteks *informed consent* dengan menekankan bahwa kewajiban untuk tidak merugikan dalam pelayanan kesehatan melampaui tindakan langsung dan mencakup kewajiban untuk tidak menciptakan kondisi yang meningkatkan risiko kerugian bagi pasien.¹⁶

Prinsip keempat, *justice*, berkaitan dengan

distribusi manfaat dan beban secara adil dalam sistem kesehatan. Beauchamp dan Childress mengemukakan bahwa prinsip keadilan formal mensyaratkan perlakuan yang setara bagi kasus-kasus yang setara, dan menerapkannya melalui beragam teori keadilan material, termasuk distribusi berdasarkan kebutuhan.⁷ Rawls, dalam teori *justice as fairness*, menegaskan dua prinsip utama: prinsip kebebasan yang setara (*equal liberty principle*) dan prinsip perbedaan (*difference principle*) yang mensyaratkan bahwa ketidaksetaraan sosial dan ekonomi hanya dibenarkan apabila memberikan keuntungan terbesar bagi anggota masyarakat yang paling kurang beruntung.¹⁷ Daniels memperluas gagasan Rawls ke domain kesehatan dengan menunjukkan bahwa layanan kesehatan merupakan *special social good* yang secara langsung mempengaruhi *fair equality of opportunity*, yaitu kemampuan individu untuk berpartisipasi secara penuh dalam kehidupan sosial.¹⁸ Oleh karena itu, akses dan distribusi layanan kesehatan harus tunduk pada standar keadilan yang lebih tinggi dibandingkan komoditas biasa.

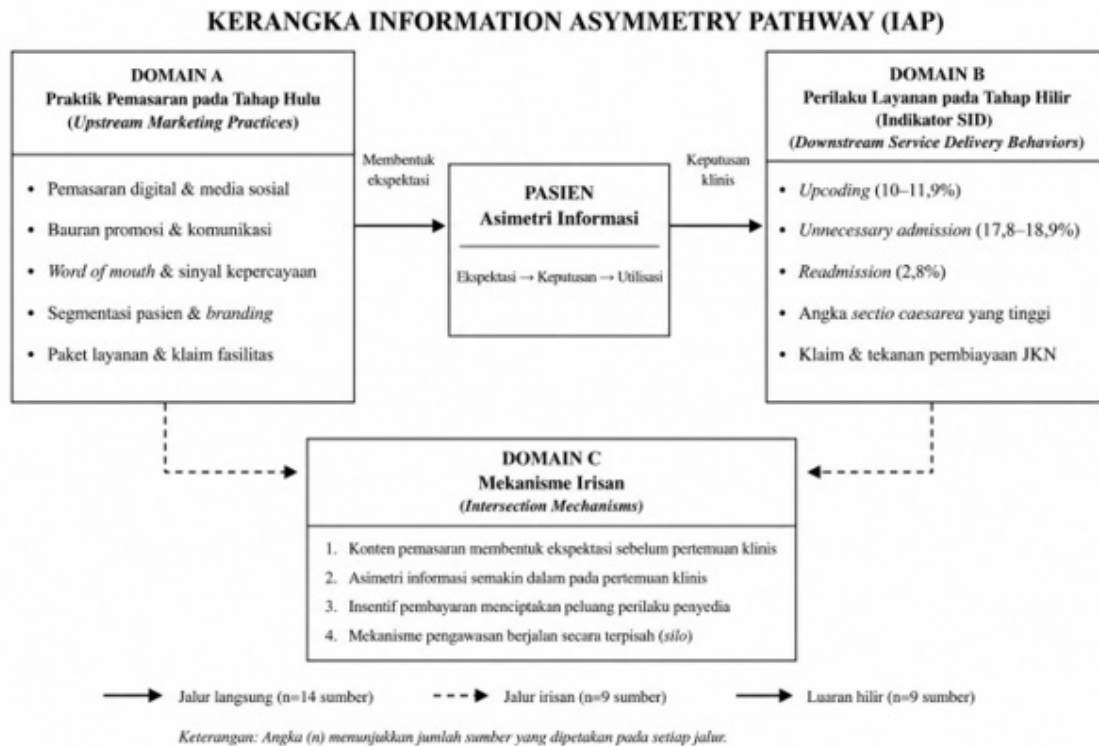
Analisis empat prinsip tersebut diperkuat oleh model relasi dokter-pasien dari Emanuel dan Emanuel, yang mengidentifikasi empat model hubungan klinis: *paternalistic*, *informative*, *interpretive*, dan *deliberative*.¹⁴ Model *deliberative*, yang dianggap paling ideal secara etik, mensyaratkan bahwa dokter menyajikan informasi yang relevan, membantu pasien mengklarifikasi nilai-nilainya, dan bersama-sama mempertimbangkan pilihan terbaik – tanpa bersikap paternalistik maupun instrumental.¹⁴ Dalam konteks pemasaran rumah sakit, model ini menjadi relevan karena konten pemasaran yang terlalu persuasif dapat mendorong hubungan klinis ke arah model *informative* yang sepenuhnya berorientasi konsumen atau bahkan model yang lebih bersifat instrumental, di mana pasien menjadi penerima pasif dari layanan yang dipasarkan alih-alih partisipan aktif dalam pengambilan keputusan klinis yang berdasarkan nilai-nilainya sendiri.

Di luar empat prinsip dan model relasi klinis tersebut, hubungan profesional kesehatan dengan pasien juga dibingkai oleh kewajiban

fiduciary (*fiduciary duty*), yaitu kewajiban untuk bertindak demi kepentingan pihak yang lebih rentan karena adanya ketimpangan pengetahuan dan kekuasaan. Rodwin mendefinisikan konflik kepentingan dalam pelayanan kesehatan sebagai situasi di mana kepentingan sekunder – termasuk pendapatan institusional, target pemasaran, dan insentif pembiayaan – memengaruhi atau berpotensi memengaruhi penilaian profesional mengenai kepentingan primer, yaitu kesehatan dan kesejahteraan pasien.⁸ Rodwin menekankan bahwa konflik kepentingan tidak memerlukan niat jahat atau kerugian aktual untuk menjadi persoalan etik; cukup dengan adanya struktur insentif yang menciptakan risiko bahwa kepentingan sekunder dapat menyimpangkan keputusan klinis.⁸

Pada tingkat sistem, tinjauan ini menggunakan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta (*WHO ethical framework for universal health coverage*) sebagaimana dirumuskan dalam laporan *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*.¹⁵ Kerangka ini menetapkan tiga kriteria etik untuk pengambilan keputusan dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Kriteria pertama adalah *fair priority setting*, yaitu bahwa keputusan mengenai layanan yang dicakup harus didasarkan pada kriteria yang relevan secara etik, termasuk efektivitas biaya, prioritas bagi kelompok yang paling membutuhkan, dan perlindungan terhadap risiko finansial. Kriteria kedua adalah *fair financing*, yaitu bahwa pembiayaan kesehatan harus bersifat progresif dan tidak membebani kelompok miskin secara tidak proporsional. Kriteria ketiga adalah akuntabilitas publik, yaitu bahwa pengambilan keputusan harus transparan, partisipatif, dan dapat dipertanggungjawabkan.¹⁵

Dengan demikian, kerangka bioetik dalam tinjauan ini mengintegrasikan tiga lapisan analisis normatif: (1) pada tataran individual, empat prinsip Beauchamp dan Childress digunakan untuk menilai dampak pemasaran dan SID terhadap hak dan kepentingan pasien; (2) pada tataran relasional, model Emanuel dan Emanuel serta teori *fiduciary* Rodwin digunakan untuk menilai kualitas hubungan klinis dan

Gambar 1. Kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP)

konflik kepentingan institusional; dan (3) pada tataran sistem, kerangka etik WHO digunakan untuk menilai konsistensi praktik pemasaran dan pola utilisasi dengan prinsip keadilan dalam cakupan kesehatan semesta. Pendekatan multilevel ini memungkinkan analisis yang melampaui konsep asimetri informasi sebagai kegagalan pasar dan menjangkau dimensi normatif yang lebih luas.

Kerangka Konseptual *Information Asymmetry Pathway* (IAP)

Tinjauan ini mengorganisasi temuan menggunakan kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP) yang disusun untuk memetakan hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID. Kerangka ini terdiri atas tiga domain utama sebagaimana ditampilkan pada Gambar 1. Domain A, Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu (*Upstream Marketing Practices*), mencakup strategi promosi, komunikasi digital, isi iklan, *branding*, *word of mouth*, dan segmentasi pasien yang digunakan rumah sakit untuk menarik pasien. Domain B, yaitu Perilaku Layanan pada Tahap Hilir (*Downstream Service Delivery Behaviors*), mencakup keputusan klinis, praktik pengodean, pola admisi, angka tindakan, pola klaim, dan perilaku layanan yang

berkaitan dengan mekanisme pembayaran serta dapat menjadi indikator SID. Domain C, yaitu Mekanisme Irisan (*Intersection Mechanisms*), menggambarkan jalur pertemuan antara kedua domain tersebut. Pada domain ini, konten pemasaran dapat membentuk ekspektasi pasien dan pilihan fasilitas kesehatan pada tahap awal. Setelah pasien masuk ke fasilitas kesehatan, ekspektasi tersebut kemudian berinteraksi dengan keunggulan informasi penyedia layanan, keputusan klinis, serta struktur insentif pembiayaan. Interaksi ini dapat memengaruhi jenis, volume, dan biaya layanan yang digunakan pasien. Kerangka IAP dalam tinjauan ini tidak dimaksudkan sebagai model kausal, melainkan sebagai alat pemetaan untuk mengorganisasi bukti yang beragam dari dua aliran literatur yang selama ini cenderung berjalan terpisah.

METODE

Scoping review ini mengikuti metodologi JBI untuk *scoping review* dan dilaporkan sesuai dengan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).^{19,20} Checklist PRISMA-ScR yang telah dilengkapi disajikan sebagai lampiran. Protokol tinjauan telah didaftarkan

pada OSF dengan DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z.

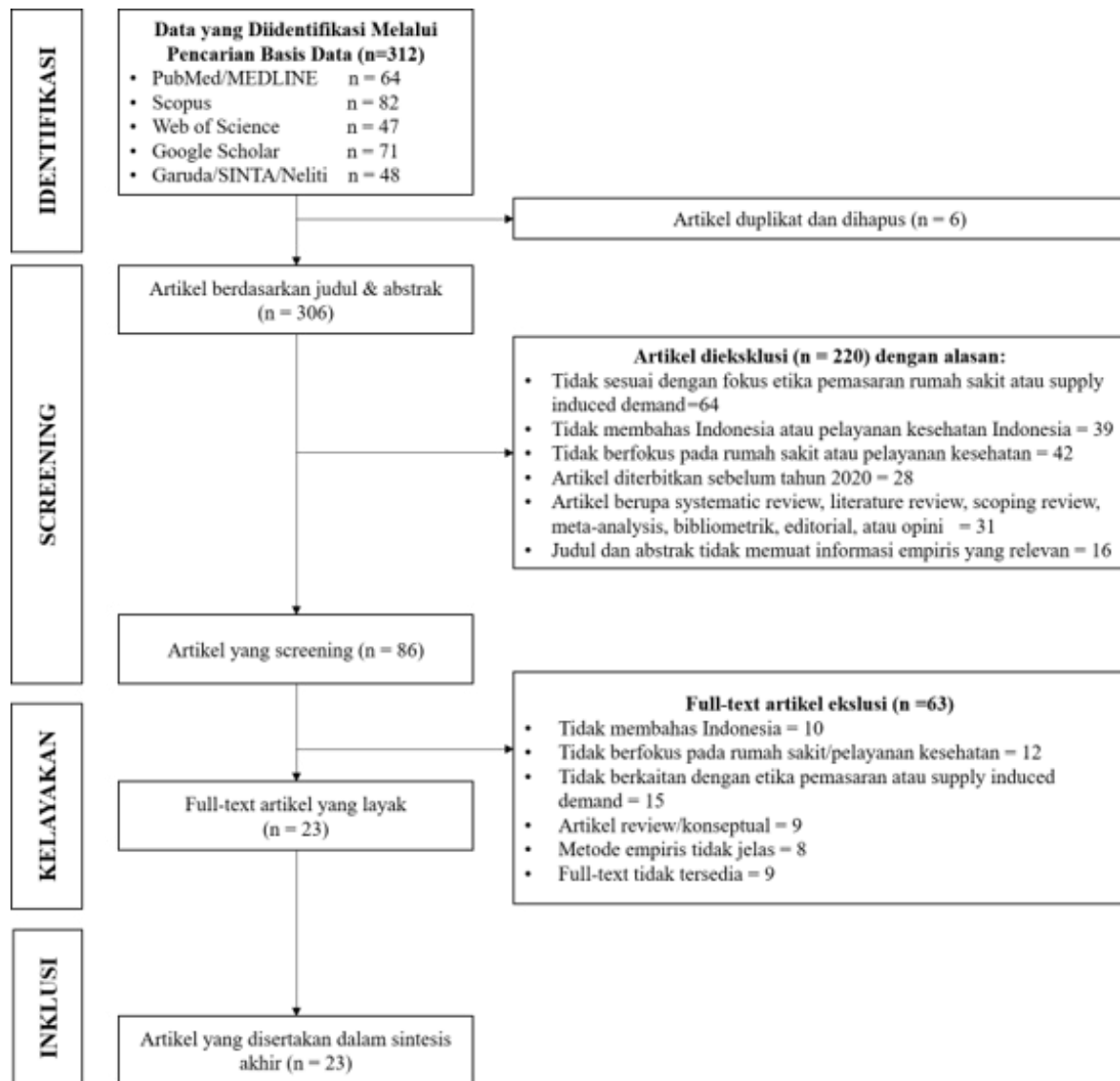
Kriteria inklusi ditetapkan menggunakan kerangka PCC (*Population–Concept–Context*). *Population* mencakup rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. *Concept* mencakup praktik pemasaran rumah sakit, strategi promosi, pemasaran digital, etika iklan layanan kesehatan, *supply-induced demand*, *provider moral hazard*, *upcoding*, *unnecessary admission*, *readmission*, pola klaim JKN, dan angka *sectio caesarea*. *Context* mencakup pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya dalam kerangka sistem JKN, mekanisme pembayaran INA-CBGs, dan regulasi yang mengatur penyelenggaraan serta promosi layanan kesehatan.

Artikel inklusi adalah studi empiris dengan berbagai desain penelitian, diterbitkan sejak tahun 2020, serta ditulis dalam Bahasa Inggris atau Bahasa Indonesia. Batas tahun 2020 digunakan dengan mempertimbangkan adanya perubahan penting dalam tata kelola dan regulasi pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan standar akreditasi STARKES dan terbitnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Artikel tinjauan, editorial, opini, dan artikel konseptual dikeluarkan dari tinjauan ini. Karena tujuan utama tinjauan ini adalah memetakan bukti empiris terkini yang relevan dengan konteks kebijakan Indonesia, strategi pencarian dibuat spesifik pada konteks Indonesia dan periode 2020 ke atas. Dengan demikian, jumlah studi yang terinklusi dapat mencerminkan dua hal sekaligus, yaitu masih terbatasnya penelitian primer pada irisan etika pemasaran rumah sakit dan SID serta sifat strategi pencarian yang sengaja menjaga relevansi konteks.

Strategi pencarian dalam tinjauan ini dirancang secara purposif untuk menjaga spesifisitas konteks, dengan membatasi pada studi empiris dalam konteks Indonesia dan periode 2020 ke atas. Keputusan desain ini memiliki konsekuensi terhadap jumlah studi yang terinklusi. Jumlah akhir 23 studi mencerminkan dua faktor yang saling berkaitan, bukan salah satu saja. Pertama, faktor strategi pencarian: pembatasan pada konteks Indonesia, periode pasca-2020, dan sifat empiris memang

mengeluarkan studi yang mungkin relevan secara tematik tetapi tidak relevan secara konteks kebijakan (misalnya studi SID dari negara lain atau studi Indonesia yang diterbitkan sebelum 2020). Batasan ini diterapkan secara sengaja karena tujuan tinjauan adalah memetakan bukti yang relevan dengan arsitektur tata kelola JKN terkini, bukan kompilasi seluruh literatur global mengenai pemasaran rumah sakit atau SID. Kedua, faktor substantif: bahkan dalam batas pencarian tersebut, ketiadaan studi yang secara langsung meneliti irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID (Domain C) merupakan temuan substantif yang tidak dapat dijelaskan oleh batasan pencarian, karena studi semacam itu juga tidak ditemukan dalam literatur internasional yang lebih luas. Dengan demikian, jumlah 23 studi merupakan kombinasi dari keterbatasan pencarian yang disengaja dan keterbatasan basis bukti yang nyata, dan kedua faktor ini perlu dibaca secara bersamaan untuk memahami lanskap penelitian pada topik ini.

Pencarian literatur dilakukan pada 20 Mei 2026 melalui tujuh basis data, yaitu PubMed/MEDLINE, Scopus, dan Web of Science untuk literatur internasional, serta Google Scholar, Garuda, SINTA, dan Neliti untuk literatur berbahasa Indonesia dan literatur yang terindeks secara nasional. Strategi pencarian menggunakan operator Boolean AND dan OR dengan menggabungkan dua kelompok konsep. Kelompok pertama (Block 1) mencakup istilah pemasaran, yaitu “*hospital marketing*”, “*marketing ethics*”, “*healthcare advertising*”, “*digital marketing hospital*”, “pemasaran rumah sakit”, “etika pemasaran”, “promosi rumah sakit”, dan “komunikasi pemasaran”. Kelompok kedua (Block 2) mencakup istilah SID, yaitu “*supply-induced demand*”, “*provider-induced demand*”, “*physician-induced demand*”, “*moral hazard provider*”, “*upcoding*”, “*unnecessary admission*”, “*readmission*”, “*JKN claims*”, “klaim JKN”, dan “pemanfaatan layanan kesehatan”. Kedua kelompok istilah tersebut dikombinasikan dengan kata “Indonesia” menggunakan rumus pencarian umum: (Block 1 OR Block 2) AND Indonesia. Strategi pencarian lengkap untuk setiap basis data disajikan sebagai materi suplemen.



Gambar 2. Diagram PRISMA-ScR

Proses seleksi artikel dilakukan secara independen oleh dua penelaah, yaitu R dan Z, melalui dua tahap: penapisan judul dan abstrak, kemudian penilaian teks lengkap. Perbedaan pendapat diselesaikan melalui diskusi. Apabila perbedaan tidak dapat diselesaikan, penulis ketiga, DA, bertindak sebagai penentu. Data diekstraksi menggunakan formulir standar yang mencakup penulis, tahun publikasi, lokasi atau konteks penelitian, desain studi, temuan utama, dan klasifikasi domain dalam kerangka IAP. Formulir ekstraksi diuji coba terlebih dahulu pada lima sumber dan disempurnakan sebelum digunakan pada seluruh artikel. Sesuai dengan metodologi JBI untuk *scoping review*, penilaian kritis formal terhadap kualitas masing-masing sumber tidak dilakukan.¹⁹

HASIL DAN PEMBAHASAN

Seleksi Sumber Bukti

Pencarian pada tujuh basis data menghasilkan 312 artikel, terdiri atas Scopus sebanyak 82 artikel, Google Scholar sebanyak 71 artikel, PubMed/MEDLINE sebanyak 64 artikel, Garuda/SINTA/Neliti sebanyak 48 artikel, dan Web of Science sebanyak 47 artikel. Setelah dilakukan seleksi studi didapatkan 23 artikel dimasukkan dalam sintesis akhir sebagaimana ditampilkan pada Gambar 2.

Karakteristik Sumber Bukti Inklusi

Sebanyak 23 artikel inklusi dalam tinjauan ini diterbitkan antara tahun 2020 sampai 2025. Lokasi penelitian mencakup rumah sakit

Tabel 1. Pemetaan Artikel Inklusi

No.	Penulis (Tahun)	Objek/Lokasi	Desain	Domain	Temuan Utama
1	Machmud et al. (2020)	RS publik di provinsi rural	Retrospektif; regresi logistik	B	Ditemukan <i>upcoding</i> 10%, <i>readmission</i> 2,8%, dan <i>possible unnecessary admission</i> 18,9%.
2	Maulana (2020)	RS Jantung XYZ, Jakarta	<i>Mixed methods</i>	A	Strategi pemasaran diarahkan melalui <i>sales force</i> , komunikasi korporat, B2B, dan B2C.
3	Nugraheni et al. (2020)	Sistem JKN, nasional	Kualitatif; wawancara	B	Defisit JKN dikaitkan dengan tekanan kapitasi, dugaan fraud, dan lemahnya rujukan balik.
4	Syafrawati et al. (2020)	RS di wilayah rural	<i>Mixed methods</i>	B	<i>Upcoding</i> dalam INA-CBGs menunjukkan perlunya penguatan pengodean klinis dan audit klaim.
5	Astiti & Ilyas (2021)	RS Hermina Karawang	Deskriptif	A	Bauran komunikasi pemasaran diterapkan selama pandemi, tetapi beberapa elemen belum efektif.
6	Atmoko (2022)	RS swasta, Surakarta	Survei; SEM	A	<i>Word of mouth</i> positif dipengaruhi oleh citra rumah sakit dan kepercayaan pasien.
7	Ekawati & Andriani (2022)	RS Yadika Pondok Bambu	Kualitatif	A	Strategi pemasaran pandemi mencakup layanan baru, promosi digital, dan telemedicine.
8	Idris & Anggraini (2022)	Indonesia (IDHS 2017)	<i>Cross-sectional</i>	B	Angka <i>sectio caesarea</i> 17,9%; kelompok ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar.
9	Kartikasari (2022)	RSGM YARSI	Deskriptif kuantitatif	A	Strategi STP dan bauran pemasaran digunakan untuk layanan gigi dan mulut.
10	Maulana et al. (2022)	Rumah tangga peserta JKN	Analisis SUSENAS 2018–2019	B	JKN menurunkan <i>out-of-pocket payment</i> pasien lebih dari 50% di rumah sakit.
11	Nastiti et al. (2022)	Indonesia (IDHS 2017)	<i>Cross-sectional</i>	B	Prevalensi <i>sectio caesarea</i> 17,7%; diperlukan pemantauan terhadap tindakan tanpa indikasi medis.
12	Rahayu et al. (2022)	RS swasta, Tulungagung	Eksperimental pre-post	A	Pelatihan Instagram mengoptimalkan pemasaran digital rumah sakit.
13	Sunaryo et al. (2022)	RS swasta, Batu	Kuasi-eksperimental	A	Pelatihan Instagram meningkatkan pemahaman staf mengenai pemasaran digital.
14	Yuarsa et al. (2022)	RS pemerintah	Kuantitatif; analisis jalur	A	Iklan, promosi penjualan, dan publisitas berpengaruh terhadap pemasaran langsung.
15	Maulana (2023)	RSUD Ciawi	Kualitatif deskriptif	A	Bauran promosi meningkatkan <i>brand awareness</i> .
16	Qurba (2023)	RS terakreditasi STARKES, Bandung	<i>Mixed methods</i> ; PLS	B	Sistem akuntansi manajemen mendukung kinerja manajerial dan tata kelola internal.
17	Ramadia & Oktamianti (2023)	RS X, Jakarta	Kualitatif deskriptif	A	Bauran pemasaran pandemi meliputi produk, harga, promosi digital, kerja sama, lokasi, dan telemedicine.
18	Syafrawati et al. (2023)	RS tipe C	Kuantitatif; Analisis rekam medis	B	Ditemukan <i>possible unnecessary admission</i> 17,8%, <i>upcoding</i> 11,9%, dan <i>readmission</i> 2,8%.
19	Alhudha et al. (2024)	Iklan kesehatan Instagram	Analisis konten kuantitatif	A	Iklan yang efektif menarik perhatian lebih berisiko melanggar Permenkes No. 1787/2010; konten edukatif lebih aman secara etik.
20	Kusharini et al. (2024)	RSI Kota Magelang	Kualitatif	A	Pemasaran digital belum terarah dan memerlukan tim khusus, monitoring, serta evaluasi.
21	Mustofa & Meliala (2024)	Klaim JKN FKRTL Jawa Timur	Analisis data klaim	B	Klaim <i>sectio caesarea</i> mencapai 60,5% dari 837.809 subjek; <i>self-assessment</i> belum optimal.
22	Supriadi et al. (2024)	<i>Medical tourism</i> , Indonesia	Studi kasus kualitatif	A	Pengembangan <i>medical tourism</i> terkendala regulasi, <i>branding</i> , kepercayaan, fasilitas, dan SDM.
23	Tumbelaka et al. (2025)	RS X, Mojokerto	Kuantitatif <i>cross-sectional</i>	A	Facebook berpengaruh bermakna terhadap pilihan layanan rumah sakit, meskipun TikTok dan Instagram lebih banyak digunakan pasien.

publik dan swasta, terutama di Pulau Jawa, dengan keterwakilan wilayah di luar Jawa yang masih terbatas. Jumlah akhir 23 artikel tidak hanya menunjukkan terbatasnya penelitian empiris yang secara langsung relevan dengan irisan etika pemasaran rumah sakit dan SID, tetapi juga mencerminkan penerapan kriteria inklusi yang spesifik, yaitu studi empiris dalam konteks Indonesia dan pada periode regulasi terkini. Ketika dipetakan menggunakan kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP), sebanyak 14 artikel masuk ke dalam Domain A, yaitu *Upstream Marketing Practices*; 9 artikel masuk ke dalam Domain B, yaitu *Downstream Service Delivery Behaviors*; dan tidak ada artikel yang secara langsung masuk ke dalam Domain C, yaitu *Intersection Mechanisms*. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan empiris antara praktik pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam pelayanan kesehatan Indonesia belum diteliti secara langsung. Tabel 1 menyajikan hasil *charting* seluruh artikel inklusi berdasarkan penulis, tahun, objek/lokasi, desain penelitian, domain IAP, dan temuan utama.

Domain A: Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu

Sebanyak 14 sumber mendokumentasikan bagaimana rumah sakit di Indonesia menerapkan strategi pemasaran dan promosi, dengan beberapa subtema utama. Empat sumber membahas praktik pemasaran digital dan menunjukkan bahwa rumah sakit semakin banyak menggunakan Instagram, Facebook, TikTok, media sosial resmi, dan platform digital lain untuk menjangkau calon pasien.²¹⁻²⁴ Dua studi intervensi menunjukkan bahwa pelatihan

dan optimalisasi Instagram dapat meningkatkan kapasitas staf dalam mengelola konten pemasaran digital rumah sakit.^{21,22} Kusharini et al. menunjukkan bahwa pemasaran digital rumah sakit masih dapat terkendala oleh belum adanya arah strategis, tim khusus, monitoring, dan evaluasi yang memadai.²³ Tumbelaka et al. menemukan bahwa meskipun TikTok dan Instagram lebih banyak digunakan oleh pasien, Facebook memiliki pengaruh yang bermakna secara statistik terhadap pilihan fasilitas kesehatan.²⁴

Selain pemasaran digital, Maulana menunjukkan bahwa strategi pemasaran rumah sakit dapat diarahkan melalui *sales force*, komunikasi korporat, pendekatan B2B, dan B2C untuk memperluas permintaan pasar dan pangsa pasar.²⁵ Alhudha et al. melakukan analisis konten terhadap iklan kesehatan di Instagram dan menemukan bahwa konten yang paling menarik perhatian justru paling berisiko melanggar ketentuan etik berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010, sedangkan konten edukatif lebih aman secara etik meskipun cenderung kurang menarik secara promosi.²⁶ Ketegangan antara efektivitas promosi dan kepatuhan etik ini menjadi tantangan utama dalam pemasaran digital rumah sakit.

Lima studi mendeskripsikan strategi bauran promosi yang mencakup periklanan, promosi penjualan, hubungan masyarakat, *personal selling*, dan pemasaran langsung.²⁷⁻³¹ Namun, studi-studi tersebut lebih banyak mendokumentasikan apa yang dilakukan rumah sakit daripada mengevaluasi kualitas etik dari pesan promosi yang disampaikan. Atmoko menemukan bahwa *word of mouth* positif dipengaruhi oleh citra rumah sakit dan

Tabel 2. Peta Kesenjangan Bukti Berdasarkan Domain Kerangka IAP

Domain	Status Bukti	n	Kesenjangan Utama
A: Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu	Bukti deskriptif tersedia; penilaian etik terbatas pada satu studi	14	Belum ada penilaian mengenai bagaimana konten pemasaran memengaruhi ekspektasi klinis pasien atau kesediaan pasien menerima rekomendasi penyedia layanan.
B: Indikator SID pada Tahap Hilir	Indikator empiris tersedia dari lokasi terbatas; generalisasi nasional masih belum kuat	9	Indikator SID terkonsentrasi pada rumah sakit rural dan data klaim FKRTL Jawa Timur; belum ada data memadai dari rumah sakit urban, tersier, atau swasta rujukan yang aktivitas pemasarannya lebih intensif.
C: Mekanisme Irisan	Tidak ada bukti langsung	0	Belum ada studi yang menghubungkan paparan pemasaran dengan luaran utilisasi, keputusan klinis, atau pola klaim.

kepercayaan pasien.³² Kartikasari menunjukkan penggunaan strategi *segmenting*, *targeting*, dan *positioning* atau STP dalam pemasaran layanan gigi.³³ Sementara itu, Supriadi et al. mengidentifikasi bahwa pengembangan *medical tourism* di Indonesia masih menghadapi kendala pada aspek regulasi, branding, dan kepercayaan publik.³⁴ Dari seluruh 14 sumber pada Domain A, temuan paling penting adalah hampir tidak adanya penilaian sistematis mengenai apakah konten promosi rumah sakit telah memberikan informasi klinis yang seimbang. Hanya Alhudha et al. yang secara langsung menilai kepatuhan etik konten promosi.²⁶

Domain B: Indikator SID pada Tahap Hilir

Sebanyak 9 sumber memberikan bukti mengenai perilaku layanan yang berhubungan dengan indikator SID. Machmud et al. menemukan angka *upcoding* sebesar 10%, *readmission* 2,8%, dan *possible unnecessary admission* 18,9% pada rumah sakit publik di wilayah rural.⁵ Syafrawati et al. mengonfirmasi pola serupa, yaitu *upcoding* 11,9% dan *unnecessary admission* 17,8%, serta mengidentifikasi keterbatasan kompetensi pengodean klinis dan lemahnya audit internal sebagai faktor penyebab.^{6,35} Angka-angka tersebut tidak dapat digeneralisasi secara nasional, tetapi merupakan indikator empiris yang kuat mengenai kemungkinan *provider moral hazard* dalam sistem JKN.

Tiga studi membahas pola *sectio caesarea*. Idris dan Anggraini menemukan angka *sectio caesarea* nasional sebesar 17,9% berdasarkan data IDHS 2017, dengan kelompok kuintil ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar dibandingkan kelompok kuintil ekonomi terendah.³⁶ Nastiti et al. menemukan angka nasional sebesar 17,7%.³⁷ Mustofa dan Meliala menganalisis klaim JKN pada FKRTL di Jawa Timur dan menemukan bahwa klaim *sectio caesarea* mencapai 60,5% dari 837.809 subjek penelitian.³⁸ Angka ini merepresentasikan subset fasilitas rujukan tingkat lanjut di satu provinsi sehingga tidak dapat dibandingkan secara langsung dengan angka nasional berbasis populasi. Nugraheni et al. mendokumentasikan defisit JKN sebesar Rp9,7–10,98 triliun yang dikaitkan dengan tekanan kapitasi dan dugaan

fraud.³⁹ Maulana et al. menunjukkan bahwa JKN menurunkan pembayaran langsung pasien atau *out-of-pocket payment* lebih dari 50%.⁴⁰ Qurba menemukan bahwa sistem akuntansi manajemen pada rumah sakit terakreditasi STARKES mendukung kinerja manajerial.⁴¹

Domain C: Mekanisme Irisan — Kesenjangan Bukti Utama

Tidak ada sumber inklusi yang secara langsung meneliti hubungan antara praktik pemasaran rumah sakit dan SID. Ketiadaan bukti langsung ini merupakan temuan utama dalam *scoping review* ini. Namun, bukti yang dipetakan pada Domain A dan Domain B menunjukkan adanya jalur yang dapat ditelusuri: (1) pemasaran membentuk ekspektasi pasien sebelum pertemuan klinis melalui konten persuasif yang dapat lebih menonjolkan daya tarik promosi dibandingkan informasi klinis yang seimbang;^{21–34} (2) asimetri informasi semakin kuat pada saat pertemuan klinis karena penyedia layanan memiliki kendali lebih besar atas keputusan admisi, tindakan, dan pengodean;^{5,6,35} (3) dalam sistem pembayaran prospektif INA-CBGs, insentif terhadap *upcoding* dan seleksi kasus dapat menciptakan peluang spesifik bagi terjadinya SID;^{35,39} dan (4) mekanisme pengawasan terhadap konten pemasaran berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010 dan mekanisme pengawasan utilitas klinis melalui akreditasi serta audit klaim masih berjalan secara terpisah. Tabel 2 merangkum distribusi bukti berdasarkan domain kerangka IAP.

Pembahasan

Scoping review ini memetakan 23 sumber empiris yang membahas praktik pemasaran rumah sakit dan *supply-induced demand* dalam pelayanan kesehatan Indonesia. Bukti yang ditemukan menunjukkan bahwa kedua domain tersebut aktif diteliti, tetapi masih berkembang sebagai dua aliran literatur yang terpisah tanpa kajian empiris mengenai titik temunya. Penelitian pemasaran rumah sakit sangat dominan berfokus pada efektivitas manajerial dengan evaluasi etik yang masih minimal. Ketegangan yang diidentifikasi oleh Alhudha

et al., yaitu bahwa konten promosi yang paling efektif menarik perhatian juga berisiko melanggar ketentuan etik, memiliki implikasi sistemik.²⁶ Ketika strategi promosi lebih mengutamakan daya tarik pasien dibandingkan kecukupan informasi, promosi berpotensi memperkuat asimetri informasi yang menjadi dasar terjadinya SID.

Bukti mengenai indikator SID masih terkonsentrasi pada lokasi dan institusi yang terbatas, terutama rumah sakit publik di wilayah rural dan data klaim JKN pada tingkat provinsi tertentu. Ketiadaan penelitian SID pada rumah sakit urban, swasta, atau tersier menjadi titik buta penting karena fasilitas jenis ini justru cenderung memiliki aktivitas pemasaran yang lebih intensif. Secara internasional, Ikegami et al. menunjukkan adanya *competition-driven physician-induced demand* di Jepang,⁴² Zhou menemukan bukti SID pada rumah sakit publik di China,⁴³ dan Seyedin et al. mengidentifikasi sistem pembayaran *fee-for-service*, lemahnya pengawasan asuransi, dan kesenjangan informasi pasien sebagai faktor pendorong *induced demand*.⁴⁴ Faktor-faktor tersebut juga relevan untuk dibaca dalam konteks Indonesia. Selain itu, Chen et al. menunjukkan secara eksperimental bahwa kompetisi pasar memengaruhi derajat SID, sehingga mendukung hubungan teoretis antara perilaku pemasaran kompetitif dan induksi permintaan layanan.³

Analisis Bioetik: Implikasi Temuan Melalui Tiga Kerangka Normatif

Bagian berikut menganalisis temuan tinjauan secara sistematis melalui tiga kerangka normatif yang telah diuraikan dalam kajian literatur. Analisis ini dimaksudkan untuk menunjukkan bahwa persoalan pemasaran rumah sakit dan SID melampaui isu efisiensi pasar atau kepatuhan regulasi, dan merupakan persoalan bioetik yang fundamental dalam sistem JKN.

Respect for Autonomy dan Informed Decision-Making

Dari 14 sumber pada Domain A, hanya satu studi yang menilai kepatuhan etik konten promosi rumah sakit.²⁶ Ketiadaan evaluasi

etik yang sistematis ini berarti bahwa tidak diketahui sejauh mana pesan pemasaran rumah sakit di Indonesia memenuhi syarat pemahaman substansial (*substantial understanding*) dan ketiadaan pengaruh yang mengendalikan (*absence of controlling influences*) yang dikemukakan Beauchamp dan Childress sebagai prasyarat tindakan otonom.⁷ Temuan Alhudha et al. bahwa konten promosi yang paling efektif juga paling berisiko melanggar ketentuan etik menunjukkan adanya ketegangan struktural antara tujuan pemasaran dan otonomi pasien.²⁶ Merujuk pada model Emanuel dan Emanuel, pemasaran yang terlalu persuasif berpotensi mendorong hubungan klinis ke arah model *informative* yang reduktif atau bahkan instrumental.¹⁴

Beneficence

Prinsip *obligatory beneficence* dari Beauchamp dan Childress mewajibkan institusi kesehatan untuk memaksimalkan manfaat bagi pasien.⁷ Bukti dari Domain A menunjukkan bahwa strategi pemasaran rumah sakit didominasi oleh tujuan manajerial – meningkatkan kunjungan, pangsa pasar, dan *brand awareness* – tanpa evaluasi apakah konten promosi juga berfungsi sebagai sumber informasi yang membantu pasien membuat keputusan sesuai kebutuhan klinis.^{21–34} Pemasaran yang sepenuhnya berorientasi komersial tanpa komponen edukatif dan informatif yang memadai gagal memenuhi dimensi *beneficence* institusional.

Non-Maleficence

Prinsip tidak merugikan memperoleh relevansi langsung dari temuan Domain B. Angka *possible unnecessary admission* sebesar 17,8–18,9%^{5,6} menunjukkan bahwa sebagian pasien yang masuk rumah sakit mungkin mengalami tindakan yang tidak sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan medis, sehingga terpapar pada risiko *iatrogenic* yang seharusnya dapat dihindari. Angka *sectio caesarea* nasional 17,7–17,9%^{36,37} yang melebihi rekomendasi WHO sebesar 10–15% menunjukkan adanya tindakan bedah yang mungkin melampaui indikasi obstetrik. Merujuk pada Grady, kewajiban tidak merugikan melampaui tindakan langsung dan mencakup

kewajiban untuk tidak menciptakan kondisi yang meningkatkan risiko kerugian.¹⁶ Jalur tidak langsung dari pemasaran ke ekspektasi ke tekanan klinis ke tindakan merupakan mekanisme pelanggaran *non-maleficence* yang belum diteliti secara empiris.

Justice dan Keadilan Distributif dalam JKN

Idris dan Anggraini menemukan bahwa kelompok kuintil ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar untuk menjalani *sectio caesarea*.³⁶ Dari perspektif Rawls, ketidaksetaraan ini hanya dapat dibenarkan apabila memberikan keuntungan terbesar bagi kelompok yang paling kurang beruntung – sebuah kondisi yang jelas tidak terpenuhi.¹⁷ Daniels memperkuat: layanan kesehatan sebagai *special social good* menuntut standar keadilan yang ketat.¹⁸

Kerangka etik WHO memberikan dasar tambahan pada tataran sistem. Kriteria *fair priority setting* mensyaratkan alokasi sumber daya berdasarkan efektivitas biaya dan prioritas kebutuhan, bukan daya tarik pemasaran.¹⁵ Kriteria *fair financing* mensyaratkan pembiayaan yang tidak membebani kelompok miskin secara tidak proporsional. Kriteria akuntabilitas publik mensyaratkan transparansi. Ketika pemasaran dan SID bersama-sama memengaruhi pola utilisasi, ketiganya terancam.¹⁵

Konflik Kepentingan dan Kewajiban Fiduciary

Temuan tinjauan ini mengungkapkan problem *dual agency* yang mendasar: rumah sakit sekaligus mempromosikan layanan, memberikan rekomendasi klinis, dan memperoleh manfaat finansial. Rodwin menegaskan bahwa konflik kepentingan tidak memerlukan niat jahat; cukup dengan adanya struktur insentif yang memungkinkan kepentingan sekunder memengaruhi keputusan klinis.⁸ Model Emanuel dan Emanuel memperjelas: pemasaran persuasif dapat mendistorsi hubungan klinis dari model *deliberative* ke arah yang lebih instrumental.¹⁴

Sintesis: Kontribusi Terhadap Literatur Bioetika

Secara keseluruhan, analisis multilevel ini menegaskan bahwa integrasi pengawasan

promosi dan audit utilisasi perlu dipahami sebagai instrumen perlindungan otonomi pasien, pemenuhan kewajiban *beneficence* dan *non-maleficence*, penjagaan kewajiban *fiduciary*, dan keadilan distributif – bukan sekadar mekanisme administratif. Kontribusi utama tinjauan ini terhadap literatur bioetika adalah menunjukkan bahwa pemasaran rumah sakit memerlukan pembacaan bioetik yang eksplisit karena beroperasi pada titik kritis di mana asimetri informasi bertemu dengan kewajiban *fiduciary* dan prinsip keadilan dalam sistem cakupan kesehatan semesta.

Implikasi Kebijakan

Dari sisi kebijakan, pemerintah Indonesia perlu mempertimbangkan integrasi pengawasan konten promosi ke dalam arsitektur tata kelola pelayanan kesehatan, dengan menghubungkan regulasi pemasaran berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010 dengan peninjauan utilisasi klinis melalui akreditasi dan audit klaim. Pengawasan tersebut tidak cukup hanya menilai ada atau tidaknya pelanggaran formal, tetapi juga perlu menilai apakah konten promosi memberi informasi yang memadai bagi *informed decision-making* pasien – sebuah syarat bioetik yang melampaui kepatuhan regulasi semata. Dari perspektif kerangka etik WHO, konten promosi fasilitas JKN perlu dinilai konsistensinya dengan prinsip *fair priority setting* dan penggunaan sumber daya yang efisien. Dari sisi manajemen rumah sakit, strategi promosi perlu mengintegrasikan dimensi *beneficence* dan *non-maleficence* dengan menyertakan informasi klinis yang seimbang. Dari sisi penelitian, kesenjangan utama perlu dijawab melalui studi primer dengan analisis etik eksplisit menggunakan kerangka empat prinsip, kewajiban *fiduciary*, dan kerangka etik WHO.

Keterbatasan

Tinjauan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah studi yang diikutsertakan terbatas (n=23). Hal ini mencerminkan kombinasi dari strategi pencarian yang purposif spesifik dan keterbatasan basis bukti empiris yang nyata, sebagaimana telah diuraikan pada bagian metode. Kedua, pencarian

dibatasi pada tujuh basis data sehingga masih mungkin terdapat literatur abu-abu Indonesia yang belum terjaring. Ketiga, sesuai metodologi JBI, penilaian kritis formal terhadap kualitas setiap sumber tidak dilakukan. Keempat, desain studi yang heterogen membatasi komparabilitas antarartikel. Kelima, bukti SID masih terkonsentrasi secara geografis, dan angka *sectio caesarea* 60,5% merupakan temuan pada subset FKRTL di Jawa Timur, bukan angka nasional populasi.³⁸ Keenam, strategi pencarian belum ditelaah oleh pustakawan menggunakan pendekatan PRESS. Ketujuh, analisis bioetik dalam pembahasan ini bersifat interpretatif berdasarkan temuan yang dipetakan; analisis ini menunjukkan di mana persoalan etik berpotensi muncul, tetapi belum dapat menggantikan kajian empiris langsung mengenai dampak etis pemasaran dan SID terhadap pasien.

KESIMPULAN

Etika pemasaran rumah sakit dan *supply-induced demand* dalam pelayanan kesehatan Indonesia yang dianalisis melalui tiga kerangka normatif menunjukkan kesenjangan bukti yang memiliki implikasi bioetik yang signifikan pada tiga tataran. Pada tataran individual, praktik pemasaran yang tidak memberikan informasi klinis yang seimbang berpotensi melemahkan otonomi pasien dan mereduksi pengambilan keputusan dari *informed choice* menjadi *persuaded preference* (*respect for autonomy*); strategi promosi yang berorientasi komersial tanpa komponen informatif gagal memaksimalkan manfaat bagi pasien (*beneficence*); dan indikator SID seperti *unnecessary admission* dan tingginya angka *sectio caesarea* menunjukkan pasien mungkin terpapar pada risiko *iatrogenic* yang seharusnya dapat dihindari (*non-maleficence*). Pada tataran relasional, posisi ganda rumah sakit menciptakan konflik kepentingan struktural yang mengompromikan kewajiban *fiduciary* dan berpotensi mendistorsi hubungan klinis dari model *deliberative* ke arah yang lebih instrumental. Pada tataran sistem, pola utilisasi yang tidak merata bertentangan dengan kriteria *fair priority setting*, *fair financing*, dan akuntabilitas publik dalam kerangka etik WHO (*justice*).

Kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP) yang diajukan dalam tinjauan ini dapat menjadi struktur awal untuk penelitian primer selanjutnya, khususnya untuk menguji secara empiris jalur dari paparan pemasaran rumah sakit menuju pola utilisasi klinis, dengan analisis bioetik yang eksplisit pada setiap titik jalur. Sebelum bukti empiris tersebut tersedia, kebijakan kesehatan di Indonesia perlu memprioritaskan pengawasan yang lebih terintegrasi antara regulasi konten promosi dan peninjauan utilisasi klinis. Integrasi ini penting untuk melindungi pasien pada dua titik utama rantai informasi – yaitu sebelum pasien memilih layanan dan setelah pasien masuk ke dalam proses pelayanan klinis – serta untuk menjamin bahwa otonomi pasien, kewajiban *fiduciary* institusi kesehatan, dan keadilan distributif dalam JKN terlindungi secara sistematis.

KONFLIK KEPENTINGAN

Seluruh penulis menyatakan tidak memiliki konflik kepentingan terkait publikasi ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, atas dukungan akses basis data jurnal selama proses penyusunan artikel ini. Penelitian ini tidak menerima hibah khusus dari lembaga pendanaan mana pun.

REFERENSI

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Laporan Kinerja Program JKN Kuartal IV Tahun 2024. Jakarta: DJSN; 2025.
2. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Laporan Kinerja Program JKN Kuartal II Tahun 2024. Jakarta: DJSN; 2024.
3. Chen Y, Pan Y, Ding Y. How Does Market Competition Affect Supplier-Induced Demand? An Experimental Study. *Front Public Health*. 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1024337
4. Karunadasa M, Sieberg KK, Jantunen TTK. Payment Systems, Supplier-Induced Demand, and Service Quality in Credence Goods: Results from a Laboratory Experiment. *Games* (Basel).

- 2023;14(3). doi:10.3390/g14030046
5. Machmud R, Syafrawati S, Aljunid PSM, Semiarty R. Does Moral Hazard Occur in the Implementation of Social Health Insurance? Evidence from Public Hospitals in a Rural Province of Indonesia. *Asia Pacific Fraud Journal*. 2020;5(1):24–32. doi:10.21532/apfjournal.v5i1.133
6. Syafrawati S, Machmud R, Aljunid SM, Semiarty R. Incidence of Moral Hazards Among Health Care Providers in the Implementation of Social Health Insurance Toward Universal Health Coverage: Evidence from Rural Province Hospitals in Indonesia. *Front Public Health*. 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1147709
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
8. Rodwin MA. *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York: Oxford University Press; 1993.
9. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Pemerintah Republik Indonesia. Jakarta, Indonesia; 2023.
10. Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Pemerintah Republik Indonesia. Indonesia; 2024.
11. World Health Organization. Indonesia's Success in Achieving 90 Percent Coverage and Minimizing Out-of-Pocket Expenses Through National Health Insurance Expansion. World Health Organization [daring]. Geneva; 2023. Diunduh dari: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/indonesia-s-success-in-achieving-90-percent-coverage-and-minimizing-out-of-pocket-expenses-through-national-health-insurance-expansion>
12. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev*. 1963;53(5):941–73.
13. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1787/Menkes/Per/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. Indonesia; 2010.
14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221–6. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038
15. World Health Organization. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva; 2014.
16. Grady C. Enduring and Emerging Challenges of Informed Consent. *N Engl J Med*. 2015;372(9):855–62. doi:10.1056/NEJMr1411250
17. Rawls J. *A Theory of Justice*. Revised Edition. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
18. Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
19. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020 Oct 1;18(10):2119–26. doi:10.11124/JBIES-20-00167 PubMed PMID: 33038124.
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Sep 4;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850
21. Rahayu DN, Arif AIM, Fitriyari N. Instagram Optimization as Hospital Digital Marketing Tool. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2022;32(1):79–84. doi:10.21776/ub.jkb.2022.032.01.15s
22. Sunaryo NC, Indriani W, Fitriyari N. Instagram Optimization as Digital Marketing Media: Study at a Private Hospital in Batu City. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2022;32(1):75–8. doi:10.21776/ub.jkb.2022.032.01.14s
23. Kusharini OY, Hidayat D, Widjaja YR. Strategi Manajemen Pemasaran Digital pada Rumah Sakit Islam Kota Magelang. *ProBisnis: Jurnal Manajemen*. 2024;15(6):409–20.
24. Tumbelaka R V, Chalidyanto D, Purnomo W. Development of Digital Marketing Utilization Based on Analysis of Digital Marketing Implementation in the Marketing Strategy of X Hospital Mojokerto. *Qanun Medika - Medical Journal Faculty of Medicine Muhammadiyah Surabaya*. 2025;9(02). doi:10.30651/jqm.v9i02.26088
25. Maulana N. Menelusik Strategi Pemasaran Rumah Sakit Menggunakan Market Based-Management. *Jurnal Manajemen Bisnis*. 2020;17(3):374–95. doi:10.38043/jmb.v17i3.2527

26. Alhudha AA, Setyonugroho W, Pribadi F. Health Advertising on Instagram: Is It Effective While Following Ethical Guidelines? *Indonesian Journal of Health Administration*. 2024;12(1):150–61. doi:10.20473/jaki.v12i1.2024.150-161
27. AstitiSH, IlyasY. Implementasi Bauran Komunikasi Pemasaran RS Hermina Karawang di Era Pandemi COVID-19. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr Soetomo*. 2021;7(2):162–74. doi:10.29241/jmk.v7i2.619
28. Maulana MI. Bauran Promosi RSUD Ciawi Kabupaten Bogor dalam meningkatkan Brand Awareness. *Jurnal Penelitian Sosial Ilmu Komunikasi*. 2023;7(1):11–20. doi:10.33751/jpsik.v7i1.7854
29. Yuarsa TA, Narulita S, Ariyani N. Strategi Komunikasi Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Pemerintah untuk Masyarakat Umum. *Jurnal Lensa Mutiara Komunikasi*. 2022;6(2):344–58. doi:10.51544/jlmk.v6i2.3681
30. Ekawati S, Andriani H. Strategi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Yadika Pondok Bambu pada Masa Pandemi COVID-19. *Jurnal Medika Utama*. 2022;3(02 Januari):2073–83.
31. Ramadia O, Oktamianti P. Gambaran Strategi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit X di Jakarta Selama Pandemi COVID-19. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*. 2023;8(3):2153–62. doi:10.36418/syntax-literate.v8i3.11547
32. Atmoko WB. Word of Mouth: Strategi Komunikasi Legal Mempromosikan Rumah Sakit. *Jurnal Performa: Jurnal Manajemen Dan Start-up Bisnis*. 2022;7(3):358–75. doi:10.37715/jp.v7i3.411
33. Kartikasari N. Analisis STP dan Strategi Marketing Mix Pelayanan Gigi dan Mulut selama Masa Pandemi COVID-19 di RSGM Yarsi. *Jurnal Medika Utama*. 2022;3(02 Januari):2159–68.
34. Supriadi, Al Aufa B, Nurfikri A, Koire II. Exploring the Potential of a Multi-Level Approach to Advance the Development of the Medical Tourism Industry in Indonesia. *Health Serv Insights*. 2024;17. doi:10.1177/11786329241245231
35. Syafrawati S, Machmud R, Aljunid SM, Semiarty R. Incidence and Root Cause of Upcoding in the Implementation of Social Health Insurance in Rural Province Hospital in Indonesia. *Asia Pacific Fraud Journal*. 2020;5(1):56–61. doi:10.21532/apfjournal.v5i1.135
36. Idris, Anggraini. Highest Economic Status Increases Risk of Cesarean Section in Women of Childbearing Age. *Universa Medicina*. 2022;41(2):129–38. doi:10.18051/UnivMed.2022.v41.129-138
37. Nastiti AA, Triharini M, Santika NKA, Dewi YS, Barnawi NA, Arifin H. Determinants of Caesarean Section Delivery: A Nationwide Study in Indonesia. *Br J Midwifery*. 2022;30(5):282–9. doi:10.12968/bjom.2022.30.5.282
38. Mustofa TR, Meliala A. Sectio Caesarean Delivery Claims of National Health Insurance Patients at Advanced Referral Health Facilities in East Java Region. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*. 2024;4(1):51–65. doi:10.53756/jjkn.v4i1.188
39. Nugraheni WP, Zahroh AH, Hartono RK, Nugraha RR, Chun CB. National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution. *Glob J Health Sci*. 2020;12(13):58–66. doi:10.5539/gjhs.v12n13p58
40. Maulana N, Soewondo P, Adani N, Limasalle P, Pattnaik A. How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Coverage Influences Out-of-Pocket (OOP) Payments by Vulnerable Populations in Indonesia. *PLOS Global Public Health*. 2022;2(7). doi:10.1371/journal.pgph.0000203
41. Qurba GL. Management Accounting System Dimensions as Mediating the Effect of Decentralization and Environmental Uncertainty on Managerial Performance. *Coopetition Jurnal Ilmiah Manajemen*. 2023;14(1):19–28.
42. Ikegami K, Onishi K, Wakamori N. Competition-Driven Physician-Induced Demand. *J Health Econ*. 2021;79. doi:10.1016/j.jhealeco.2021.102488
43. Zhou M. Supply-Induced Demand for Medical Services Under Price Regulation: Evidence from Hospital Expansion in China. *China Economic Review*. 2021;67. doi:10.1016/j.chieco.2021.101609
44. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador RC. The Main Factors of Supplier-Induced Demand in Health Care: A Qualitative Study. *J Educ Health Promot*. 2021;10(49). doi:10.4103/jehp.jehp_68_20

Kriteria dalam Mendefinisikan *Medical Futility* pada Perawatan Intensif dan Perawatan Akhir Kehidupan: *Systematic Literature Review*

Al Mazida Fauzil Aishaqeena¹, Alfadz Kholifah Akbar¹, Hafizh Auliyah Sodali¹, Muhammad Afiful Jauhani², Suryono², Nugraha Wahyu Cahyana²

¹Department of Surgery, Medical Faculty of Jember University, Jember.

²Medical Faculty of Jember University, Jember

Kata Kunci

critical care, end-of-life care, intensive care unit, medical futility, non-beneficial treatment

Korespondensi

almazida.aishaqeena@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.109

Tanggal masuk: 3 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 4 Juni 2026

Tanggal diterima: 3 Juli 2026

Tanggal publikasi: 3 Agustus 2026

Abstrak Medical futility merupakan kondisi ketika suatu intervensi medis tidak lagi memberikan manfaat yang bermakna bagi pasien. Hingga saat ini belum terdapat kriteria yang disepakati secara universal dalam menentukan medical futility pelayanan Intensive Care Unit (ICU) dan end-of-life care. Penelitian ini menggunakan Systematic Literature Review (SLR) berdasarkan pedoman PRISMA 2020. Penelusuran literatur dilakukan pada PubMed, Scopus, dan EBSCOhost terhadap artikel berbahasa Inggris yang dipublikasikan selama 2021-2026. Sebanyak 10 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dianalisis menggunakan sintesis naratif. Hasil telaah menunjukkan bahwa medical futility ditentukan melalui kombinasi probabilitas keberhasilan klinis, kualitas hidup, prognosis penyakit, nilai dan preferensi pasien, faktor budaya dan agama, ketersediaan sumber daya, serta pertimbangan etika. Dua dimensi utama yang ditemukan adalah quantitative futility dan qualitative futility. Penentuan medical futility memerlukan pendekatan multidimensional yang mengintegrasikan aspek klinis, etika, sosial, budaya, dan nilai pasien untuk mendukung pengambilan keputusan yang konsisten dan berpusat pada pasien.

Abstract Medical futility refers to a condition in which a medical intervention no longer provides meaningful benefit to the patient. No universally accepted criteria currently exist for determining medical futility in the Intensive Care Unit (ICU) and end-of-life care. This study employed a Systematic Literature Review (SLR) following the PRISMA 2020 guidelines. Literature was searched in PubMed, Scopus, and EBSCOhost for English-language articles published between 2021 and 2026. Ten eligible studies were included and analyzed using narrative synthesis. The review found that medical futility is determined by the integration of clinical prognosis, probability of treatment success, quality of life, patient values and preferences, cultural and religious factors, resource availability, and ethical considerations. Two major dimensions were identified: quantitative futility and qualitative futility. Determining medical futility requires a multidimensional approach integrating clinical, ethical, social, cultural, and patient-centered considerations to support consistent clinical decision-making.

Intensive Care Unit merupakan lingkungan pelayanan kesehatan yang kompleks karena sebagian besar pasien mengalami gangguan fungsi organ yang berat, membutuhkan pemantauan intensif, dan memiliki risiko kematian yang tinggi. Seiring meningkatnya angka harapan hidup dan prevalensi penyakit kronis, jumlah pasien yang memerlukan perawatan kritis pada fase akhir kehidupan juga terus meningkat. Dalam situasi tersebut, tenaga kesehatan sering menghadapi keputusan sulit mengenai apakah terapi penunjang hidup perlu dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan. Keputusan tersebut tidak hanya melibatkan pertimbangan medis, tetapi juga mempertimbangkan aspek etika,

hukum, sosial, budaya, serta preferensi pasien maupun keluarganya.²

Perawatan akhir kehidupan di ICU saat ini tidak lagi dipandang sebagai proses yang hanya berfokus pada kematian pasien. Pendekatan modern menekankan pentingnya keseimbangan antara upaya memperpanjang kehidupan dan menjaga kualitas hidup pasien. Integrasi *palliative care* dalam pelayanan ICU semakin banyak direkomendasikan karena terbukti membantu pengambilan keputusan klinis yang lebih berpusat pada pasien. Pendekatan ini memungkinkan tenaga kesehatan mengevaluasi manfaat dan beban terapi secara lebih komprehensif, terutama pada pasien dengan

prognosis yang sangat buruk atau kondisi yang tidak dapat disembuhkan.³

Salah satu isu yang paling sering muncul dalam konteks tersebut adalah penggunaan terapi penunjang hidup yang dinilai tidak lagi bermakna. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa keputusan terkait *withholding treatment* maupun *withdrawal of life-sustaining treatment* merupakan salah satu tantangan etik terbesar dalam praktik intensive care modern. Meskipun berbagai pedoman telah diterbitkan, implementasi keputusan tersebut masih sangat bervariasi antarnegara, antarinstansi, maupun antartanaga kesehatan. Variasi tersebut dipengaruhi oleh perbedaan nilai budaya, keyakinan agama, kebijakan rumah sakit, regulasi hukum, serta pengalaman profesional tenaga kesehatan.

Literatur terbaru menunjukkan bahwa tidak terdapat keseragaman dalam proses pengambilan keputusan terkait penghentian atau pembatasan terapi penunjang hidup. Sebuah studi mengenai pengalaman dokter dalam menghadapi keputusan *withholding* dan *withdrawal treatment* menemukan bahwa banyak tenaga kesehatan mengalami ketidakpastian dalam menentukan kapan suatu terapi tidak lagi memberikan manfaat yang proporsional bagi pasien. Selain faktor klinis, keputusan tersebut juga dipengaruhi oleh komunikasi dengan keluarga, harapan pasien, serta persepsi mengenai kualitas hidup yang dapat dicapai setelah terapi diberikan.

Selain itu, penelitian mengenai kebijakan rumah sakit terkait *withholding* dan *withdrawal treatment* menunjukkan adanya variasi yang cukup besar dalam pedoman institusional yang digunakan. Beberapa rumah sakit memiliki prosedur yang rinci mengenai penilaian manfaat terapi, sedangkan instansi lain memberikan ruang yang lebih besar bagi penilaian klinis tenaga kesehatan. Perbedaan kebijakan tersebut berpotensi menghasilkan variasi praktik yang signifikan meskipun kondisi klinis pasien relatif serupa.

Faktor budaya juga memiliki pengaruh kuat terhadap proses pengambilan keputusan pada pasien kritis. Di berbagai negara Asia, keputusan terkait penghentian terapi sering

kali melibatkan keluarga sebagai pengambil keputusan utama. Sebaliknya, di banyak negara Barat, otonomi pasien menjadi prinsip yang lebih dominan. Perbedaan pendekatan ini menyebabkan interpretasi mengenai manfaat, beban, dan tujuan terapi menjadi sangat kontekstual. Akibatnya, batas antara terapi yang bermanfaat dan terapi yang dianggap tidak lagi bermanfaat sering kali tidak jelas.

Kompleksitas tersebut semakin meningkat karena perkembangan teknologi medis memungkinkan fungsi organ dipertahankan dalam waktu lama meskipun prognosis pasien sangat buruk. Kondisi ini menimbulkan berbagai dilema etika yang berkaitan dengan prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice*. Tenaga kesehatan dituntut untuk memberikan terapi yang bermanfaat bagi pasien, menghindari tindakan yang dapat menimbulkan penderitaan yang tidak perlu, menghormati preferensi pasien, serta mempertimbangkan penggunaan sumber daya kesehatan secara adil. Ketika keempat prinsip tersebut saling bertentangan, penentuan manfaat terapi menjadi semakin sulit.

Dalam praktik klinis, konsep *medical futility* sering digunakan untuk membantu tenaga kesehatan mengevaluasi apakah suatu intervensi masih layak dipertahankan. Namun demikian, hingga saat ini belum terdapat definisi universal mengenai *medical futility* yang dapat diterapkan secara konsisten pada berbagai situasi klinis. Beberapa pihak menekankan keberhasilan fisiologis sebagai indikator utama, sedangkan pihak lain menilai bahwa kualitas hidup, nilai pasien, penderitaan, dan tujuan perawatan harus menjadi bagian penting dalam proses penilaian. Ketidakeragaman ini menyebabkan penggunaan istilah *medical futility* menjadi beragam dalam praktik maupun penelitian.

Meskipun konsep *medical futility* telah lama dibahas dalam etika kedokteran dan pelayanan kritis, perkembangan literatur dalam lima tahun terakhir menunjukkan bahwa kriteria yang digunakan untuk mendefinisikan kondisi tersebut terus berkembang. Berbagai penelitian melaporkan adanya perbedaan definisi, indikator, dan kerangka pengambilan keputusan yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam

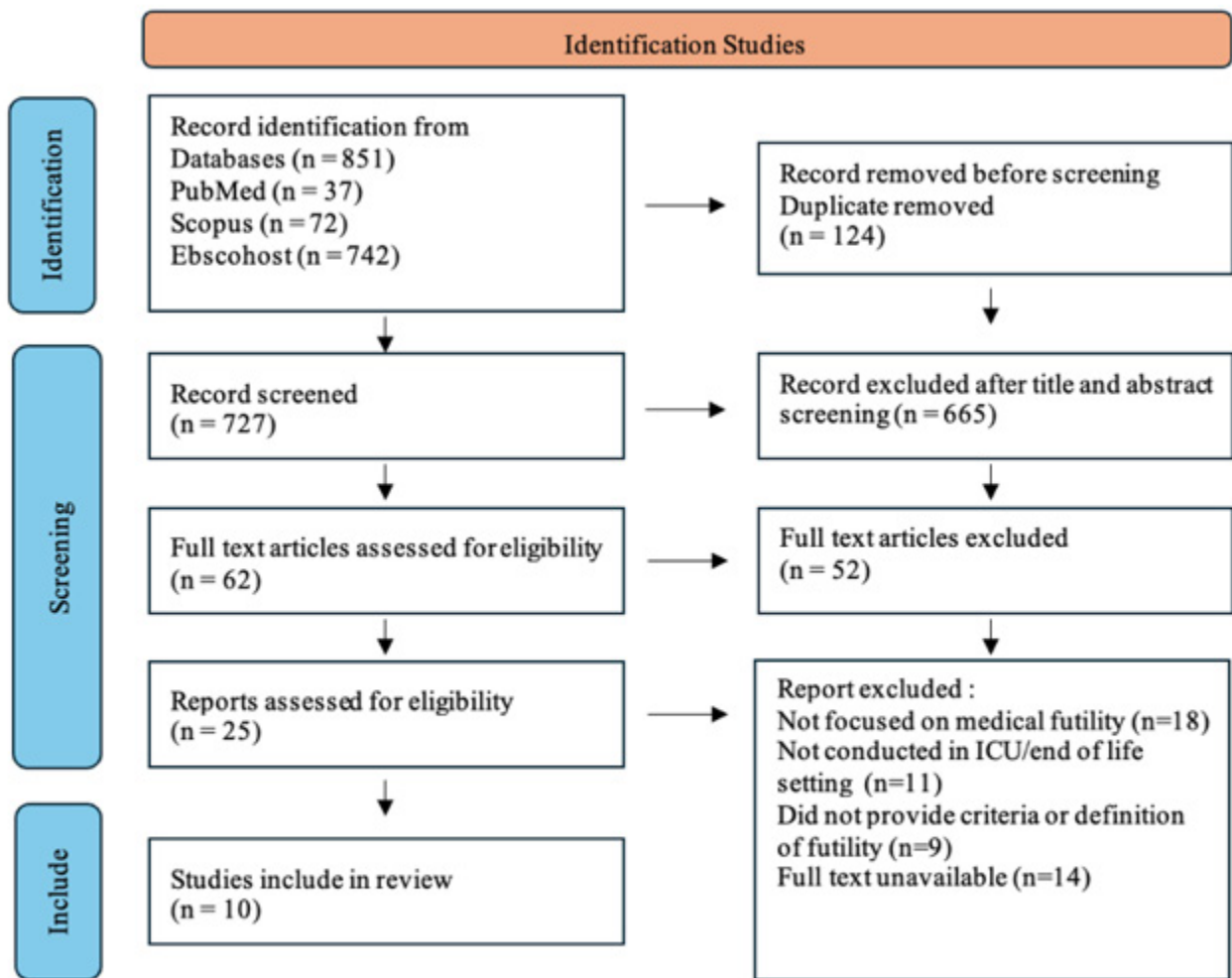


Figure 1. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis (PRISMA) flow diagram of the literature search process in this systematic review

konteks ICU maupun *end-of-life care*. Oleh karena itu, diperlukan sintesis bukti ilmiah yang sistematis untuk mengidentifikasi dan memahami berbagai kriteria yang digunakan dalam mendefinisikan *medical futility* pada pelayanan pasien kritis.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian *Systematic Literature Review* ini bertujuan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mensintesis berbagai definisi, dimensi, serta kriteria yang digunakan dalam menentukan *medical futility* pada pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) dan *end-of-life care*.

Desain Studi

Penelitian ini menggunakan metode *Systematic Literature Review* (SLR) untuk mengidentifikasi dan mensintesis berbagai kriteria yang digunakan dalam mendefinisikan *medical futility* pada pelayanan *Intensive Care Unit*

(ICU) dan *end-of-life care*. Proses pelaksanaan tinjauan sistematis dilakukan dengan mengikuti pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020 yang digunakan untuk meningkatkan transparansi dan konsistensi kualitas pelaporan penelitian tinjauan sistematis.¹⁰

Strategi Penelusuran Literatur

Penelusuran literatur dilakukan pada bulan Juni 2026 menggunakan tiga basis data elektronik, yaitu (PubMed), Scopus, dan EBSCOhost.

Pencarian artikel dilakukan menggunakan kombinasi kata kunci yang berkaitan dengan konsep *medical futility* dan konteks penerapannya dalam pelayanan pasien kritis. Kata kunci yang digunakan meliputi “*medical futility*”, “*futile treatment*”, “*futile care*”, “*non-beneficial treatment*”, “*potentially inappropriate*

treatment”, “intensive care unit”, “critical care”, dan “end-of-life care”. Penelusuran dibatasi pada artikel berbahasa Inggris yang dipublikasikan pada periode 2021 hingga 2026.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Artikel yang dimasukkan dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: (1) penelitian primer, studi kualitatif, *systematic review*, atau *meta-synthesis*; (2) dipublikasikan dalam bahasa Inggris; (3) diterbitkan pada periode tahun 2021–2026; (4) membahas konsep *medical futility*, *futile treatment*, *non-beneficial treatment*, atau *potentially inappropriate treatment*; (5) dilakukan pada konteks ICU, critical care, atau *end-of-life care*; dan (6) menjelaskan definisi, kriteria, faktor penentu, atau proses pengambilan keputusan terkait *medical futility*.

Artikel dikeluarkan apabila: (1) hanya membahas aspek ekonomi atau biaya pelayanan kesehatan; (2) berfokus pada triase pandemi atau alokasi sumber daya tanpa membahas konsep *medical futility*; (3) berupa editorial, *letter to the editor*, *conference abstract*, atau artikel tanpa akses teks lengkap; (4) hanya membahas *advance directives*, *palliative care*, atau *withholding treatment* tanpa menjelaskan konsep *medical futility*; dan (5) merupakan artikel duplikat.

Seleksi Studi

Proses seleksi studi dilakukan secara bertahap sesuai alur PRISMA 2020 yang meliputi identifikasi, penyaringan, penilaian kelayakan, dan inklusi artikel. Seluruh artikel yang diperoleh dari basis data diekspor ke perangkat lunak manajemen referensi untuk mengidentifikasi dan menghapus artikel duplikat. Selanjutnya dilakukan penyaringan berdasarkan judul dan abstrak untuk menilai kesesuaian dengan tujuan penelitian. Artikel yang memenuhi kriteria awal kemudian menjalani penilaian full text berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Artikel yang memenuhi seluruh kriteria dimasukkan ke dalam sintesis akhir.

Ekstraksi Data

Data dari artikel yang memenuhi kriteria

diekstraksi secara sistematis menggunakan lembar ekstraksi data yang telah disusun sebelumnya. Informasi yang dikumpulkan meliputi nama penulis, tahun publikasi, karakteristik studi, konteks penelitian, definisi *medical futility* yang digunakan, kriteria penentuan *medical futility*, serta temuan utama yang relevan dengan tujuan penelitian.

Sintesis Data

Data yang telah diekstraksi dianalisis menggunakan pendekatan sintesis naratif (*narrative synthesis*). Analisis dilakukan dengan mengelompokkan temuan berdasarkan tema-tema yang muncul dalam literatur, kemudian membandingkan persamaan dan perbedaan definisi, dimensi konseptual, faktor penentu, serta kriteria yang digunakan untuk menentukan *medical futility* pelayanan ICU dan *end-of-life care*. Hasil sintesis disajikan dalam bentuk tabel karakteristik studi dan uraian naratif untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai konsep *medical futility* dalam praktik pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil pencarian awal, diperoleh 851 artikel, terdiri atas 37 artikel dari PubMed, 72 artikel dari Scopus, dan 742 artikel dari EBSCOhost. Hasil proses seleksi studi menunjukkan bahwa 10 artikel memenuhi seluruh kriteria dan dimasukkan ke dalam sintesis akhir. Artikel-artikel tersebut digunakan untuk mengidentifikasi definisi, dimensi, dan kriteria yang digunakan dalam menentukan *medical futility* pada pelayanan ICU.

Konseptualisasi Kriteria Medical Futility dalam Intensive Care dan End-of-Life Care

Medical futility atau kesia-siaan medis merupakan konsep yang digunakan untuk menggambarkan kondisi ketika suatu intervensi medis tidak lagi memberikan manfaat yang bermakna bagi pasien. Istilah ini sering digunakan dalam pengambilan keputusan pada pasien kritis yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) maupun pada pasien yang berada pada fase akhir kehidupan (*end-of-life care*). ICU merupakan unit pelayanan rumah sakit yang menyediakan pemantauan dan terapi intensif bagi pasien dengan kondisi yang

Tabel 1. Temuan literatur.

No	Nama Author	Tahun	Judul	Temuan Utama
1	Jamie Jay-May Lo, dkk.	2022	<i>A systematic review defining non-beneficial and inappropriate end-of-life treatment...</i>	Menetapkan kerangka kerja di mana kesia-siaan terjadi jika beban terapi melebihi manfaatnya bagi pasien non-kanker.
2	Piroska K. Kopar, dkk.	2022	<i>Addressing Futility: A Practical Approach</i>	Membedakan kesia-siaan kuantitatif (fisiologis) dan kualitatif (berbasis nilai) sebagai panduan pengambilan keputusan.
3	Maria Damps, dkk.	2022	<i>Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units</i>	Mengidentifikasi kriteria klinis spesifik: gagal jantung NYHA III/IV, kanker metastasis, dan kegagalan 2+ organ.
4	Teva D. Brender, dkk.	2026	<i>How ICU clinicians document 'Futility': A 10-year analysis of critical care notes...</i>	Mengidentifikasi 8 tema utama dalam dokumentasi medis yang mendefinisikan konteks penggunaan istilah "futility".
5	Hye Ri Choi, dkk.	2024	<i>Futile life-sustaining treatment in the intensive care unit – nurse and physician experiences...</i>	Ditemukan bahwa kriteria kesia-siaan sangat dipengaruhi oleh nilai budaya (<i>filial duty</i>) dan pemaknaan agama atas penderitaan.
6	Esra Aksoy & Ilhan Ilkilic	2024	<i>Medical futility at the end of life: ethical decision-making methods among Turkish doctors</i>	Menunjukkan dominasi "nurani dokter" dan ketakutan hukum sebagai penentu kriteria kesia-siaan dalam praktik klinis.
7	Polychronis Voultzos, dkk.	2021	<i>The medical futility experience of nursing professionals in Greece</i>	Mendefinisikan kesia-siaan melalui indikator penderitaan fisik, kerusakan citra tubuh, dan hilangnya martabat pasien.
8	Monica Escher, dkk.	2021	<i>Physicians' perspective on potentially non-beneficial treatment... for ICU admission</i>	Menyoroti penggunaan "jalan pintas" mental dan tekanan eksternal dalam menentukan kriteria kesia-siaan saat triase ICU.
9	Patrick Odongo, dkk.	2026	<i>Voices from the ICU: a qualitative study of healthcare providers' decision-making...</i>	Mengungkapkan kriteria kesia-siaan di Uganda yang dipengaruhi oleh kapasitas finansial keluarga dan kelangkaan sumber daya.
10	Shibu Sasidharan & Harpreet Dhillon	2025	<i>Ethics of Futile Care: Who Decides When Enough Is Enough?—A Commentary From India...</i>	Menekankan rekalisasi kriteria kesia-siaan berdasarkan konsep dharma, karma, dan tanggung jawab keluarga di India.

mengancam jiwa, sedangkan end-of-life care merujuk pada perawatan yang diberikan kepada pasien dengan prognosis terbatas menjelang kematian. Meskipun konsep *medical futility* telah digunakan selama beberapa dekade, hasil telaah menunjukkan bahwa belum ada definisi universal yang diterima secara luas. Sebaliknya, definisi tersebut berkembang melalui aspek klinis, etika, sosial, budaya, dan ketersediaan sumber daya.¹¹⁻²⁰

Salah satu temuan utama dalam literatur adalah pembagian *medical futility* ke dalam dua domain besar, yaitu *quantitative futility* dan *qualitative futility*. *Quantitative futility* mengacu pada situasi ketika suatu tindakan medis memiliki kemungkinan yang sangat kecil untuk mencapai tujuan fisiologis yang diharapkan. Dalam kondisi ini, terapi dianggap tidak efektif secara biologis karena hampir tidak memiliki

peluang untuk memperbaiki kondisi pasien. Sebagai contoh, tindakan resusitasi jantung paru pada pasien dengan kegagalan multi organ yang ireversibel mungkin tetap dapat dilakukan secara teknis, tetapi peluang keberhasilannya sangat rendah sehingga dianggap sia-sia secara kuantitatif. Pendekatan ini berfokus pada probabilitas keberhasilan klinis yang dapat diukur melalui data objektif dan bukti ilmiah.¹²

Sebaliknya, *qualitative futility* menekankan kualitas hasil yang dicapai setelah terapi diberikan. Dalam konsep ini, tindakan medis dapat berhasil mempertahankan fungsi fisiologis tertentu, tetapi tidak menghasilkan kondisi kehidupan yang dianggap bermakna oleh pasien atau keluarganya. Misalnya, ventilasi mekanik mungkin mampu mempertahankan pernapasan pasien, namun pasien tetap berada dalam kondisi ketergantungan total

tanpa kesadaran atau tanpa kemungkinan pemulihan fungsi yang signifikan. Oleh karena itu, diperkenalkan istilah *non-beneficial treatment* atau terapi yang tidak bermakna. Penilaian manfaat dalam konteks ini tidak hanya didasarkan pada kelangsungan hidup, tetapi juga mempertimbangkan kualitas hidup, kemampuan fungsional, kenyamanan, serta kesesuaian dengan nilai dan preferensi pasien.¹¹

Selain definisi konseptual, sejumlah penelitian mengidentifikasi kriteria klinis dan prognostik yang sering digunakan dalam praktik untuk menentukan *medical futility*. Beberapa kondisi berhubungan kuat dengan kemungkinan terjadinya kesia-siaan medis, antara lain gagal jantung berat dengan klasifikasi New York Heart Association (NYHA) kelas III atau IV, penyakit keganasan metastatik, serta kegagalan fungsi pada dua atau lebih organ tubuh. Kegagalan multi organ merupakan kondisi ketika beberapa sistem organ vital seperti jantung, paru, ginjal, dan hati mengalami gangguan fungsi secara bersamaan sehingga peluang pemulihan menjadi sangat rendah. Dalam situasi tersebut, terapi intensif sering kali hanya memperpanjang proses kematian tanpa memberikan perbaikan yang bermakna.¹³

Analisis dokumentasi klinis menunjukkan bahwa tenaga kesehatan tidak hanya menggunakan parameter medis objektif ketika menilai kesia-siaan terapi. Istilah *futility* dalam catatan medis sering dikaitkan dengan beberapa tema utama, yaitu prognosis yang buruk, kualitas hidup yang rendah, tingginya beban terapi, risiko komplikasi, serta ketidaksesuaian antara manfaat dan penderitaan yang ditimbulkan oleh tindakan medis. Temuan ini menunjukkan bahwa konsep *medical futility* dalam praktik sehari-hari jauh lebih kompleks dibandingkan sekadar perhitungan peluang hidup atau angka mortalitas.¹⁴

Telaah ini juga menemukan bahwa faktor sosial, budaya, dan agama memainkan peran penting dalam membentuk definisi *medical futility*. Di Korea Selatan, keputusan untuk menghentikan terapi penunjang hidup sering dipengaruhi oleh konsep *filial duty* atau kewajiban moral anak terhadap orang tua. Dalam budaya tersebut, mempertahankan terapi meskipun

prognosis sangat buruk sering dianggap sebagai bentuk penghormatan dan tanggung jawab keluarga. Akibatnya, kriteria kesia-siaan tidak hanya ditentukan oleh pertimbangan medis, tetapi juga oleh norma sosial yang berlaku.¹⁵

Fenomena serupa ditemukan di India. Pemahaman masyarakat mengenai penderitaan, makna kehidupan, serta keyakinan spiritual memengaruhi keputusan terkait penghentian terapi. Dalam beberapa kasus, keluarga menganggap bahwa mempertahankan pengobatan hingga akhir hayat memiliki nilai spiritual tersendiri meskipun manfaat medisnya sangat terbatas. Oleh karena itu, definisi *medical futility* menjadi sangat kontekstual dan tidak dapat dilepaskan dari latar belakang budaya tempat keputusan tersebut dibuat.²⁰

Aspek pengelolaan sumber daya juga muncul sebagai salah satu dimensi penting dalam konsep *medical futility*. Dokter yang melakukan seleksi pasien untuk masuk ICU sering mempertimbangkan prognosis jangka panjang, status fungsional, dan kemungkinan manfaat yang diperoleh pasien dari perawatan intensif. Ketika peluang keberhasilan sangat rendah, terapi dapat dianggap tidak memberikan manfaat yang sebanding dengan sumber daya yang digunakan. Pada negara dengan keterbatasan fasilitas kesehatan, pertimbangan ini menjadi semakin penting. Penelitian di Uganda menunjukkan bahwa ketersediaan ventilator, tempat tidur ICU, serta kemampuan ekonomi keluarga dapat memengaruhi keputusan untuk melanjutkan atau menghentikan terapi.^{18,19}

Dimensi etika profesional juga menjadi komponen penting dalam menentukan *medical futility*. Perawat cenderung menilai kesia-siaan berdasarkan martabat dan tingkat penderitaan yang dialami pasien. Terapi dianggap sia-sia apabila hanya memperpanjang proses kematian tanpa memberikan kesempatan pemulihan yang realistis. Sementara itu, banyak dokter masih mengandalkan penilaian moral pribadi atau suara hati nurani ketika menghadapi kasus-kasus yang tidak memiliki pedoman yang jelas. Kondisi ini menunjukkan bahwa *medical futility* bukan sekadar konsep klinis, melainkan juga konsep etika yang melibatkan pertimbangan

manfaat, keadilan, otonomi pasien, martabat manusia, dan tanggung jawab profesional.^{16,17}

Secara keseluruhan, hasil telaah menunjukkan bahwa kriteria *medical futility* tidak dapat ditentukan berdasarkan indikator tunggal. Penetapannya merupakan hasil integrasi antara probabilitas keberhasilan klinis, kualitas hidup yang diharapkan, nilai dan preferensi pasien, faktor budaya dan agama, ketersediaan sumber daya, serta pertimbangan etika profesional. Temuan ini menegaskan perlunya kerangka penilaian multidimensional agar keputusan terkait terapi yang dianggap sia-sia dapat dilakukan secara lebih konsisten, transparan, dan berpusat pada pasien.

KESIMPULAN

Penentuan *medical futility* memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berpusat pada pasien melalui integrasi bukti klinis, prinsip etika, komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarga, serta pertimbangan nilai yang dianut oleh seluruh pihak yang terlibat. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan kerangka penilaian atau pedoman yang lebih terstandar agar proses pengambilan keputusan mengenai terapi yang dianggap tidak lagi memberikan manfaat dapat dilakukan secara lebih konsisten, transparan, dan akuntabel dalam berbagai konteks pelayanan kesehatan. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan instrumen atau konsensus berbasis bukti mengenai kriteria *medical futility* yang dapat diimplementasikan dalam praktik klinis, khususnya pada pelayanan ICU dan *end-of-life care*, dengan mempertimbangkan perbedaan budaya, sistem pelayanan kesehatan, serta aspek etik dan hukum di masing-masing negara.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh dokter dan dosen pengampu mata kuliah Filsafat, Etik dan

Hukum Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

REFERENSI

1. Wiesen J, Donatelli C, Smith ML, Hyle L, Mireles-Cabodevila E. Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas in the intensive care unit. *Cleve Clin J Med*. 2021;88(9):516-527. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.14126>
2. Pan H, Shi W, Zhou Q, Chen G, Pan P. Palliative Care in the Intensive Care Unit: Not Just End-of-life Care. *Intensive Care Research*. 2023;3:77-82. <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>
3. Cortegiani A, Ippolito M, Mercadante S. End-of-life Care in the Intensive Care Unit and Ethics of Withholding/Withdrawal of Life-sustaining Treatments. *Anesthesiol Clin*. 2024;42(3):407-419. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2024.02.008>
4. Ketchaikosol N, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, et al. Physicians' experiences and perceptions about withholding and withdrawal life-sustaining treatment. *BMC Palliat Care*. 2024;23:206. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01511-6>
5. Piscitello GM, Lyons PG, Koch VG, Parker WF, Huber MT. Hospital Policy Variation in Addressing Decisions to Withhold and Withdraw Life-Sustaining Treatment. *Chest*. 2024;165(4):950-958. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.12.028>
6. Chang SO, Kim D, Cho YS, Oh Y. Care of patients undergoing withdrawal of life-sustaining treatments: an ICU nurse perspective. *BMC Nurs*. 2024;23:153. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01801-7>
7. Yong HJ, Kim D. End-of-life care in the intensive care unit: the optimal process of decision to withdrawing life-sustaining treatment based on the Korean medical environment and culture. *Acute Crit Care*. 2024;39(2):321-322. <https://doi.org/10.4266/acc.2024.00675>
8. Zeng J, Wang L, Xu D, Liu W. Research Progress on Withdrawal of Life-sustaining Treatment in ICU Hospice Care. *Medicine & Philosophy*. 2024;45(9):50-53. <https://doi.org/10.12014/j.issn.1002-0772.2024.09.11>
9. Becerra-Bolaños Á, Ramos-Ahumada DF, Herrera-Rodríguez L, Valencia-Sola L, Ojeda-Betancor N, Rodríguez-Pérez A. Withdrawal/Withholding of Life-Sustaining Therapies: Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(9):1461. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2024.09.011>

- [org/10.3390/medicina60091461](https://doi.org/10.3390/medicina60091461)
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 11. Lo JJM, Graves N, Chee JH, Hildon ZJL. A systematic review defining non-beneficial and inappropriate end-of-life treatment in patients with non-cancer diagnoses: theoretical development for multi-stakeholder intervention design in acute care settings. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01071-7>
 12. Kopar PK, Visani A, Squirrell K, Brown DE. Addressing futility: a practical approach. *Crit Care Explor*. 2022;4(7). <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000706>
 13. Damps M, Gajda M, Stolltny L, Kowalska M, Kucewicz-Czech E. Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2022;54(3):279-284. <https://doi.org/10.5114/ait.2022.119984>
 14. Brender TD, Stumpf N, Vossler K, Kim S, Mills H, Lee A, et al. How ICU clinicians document “futility”: a 10-year analysis of critical care notes using natural language processing. *J Crit Care*. 2026;94:155526.
 15. Choi HR, Ho MH, Lin CC. Futile life-sustaining treatment in the intensive care unit: nurse and physician experiences: a meta-synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(1):36-46. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004123>
 16. Aksoy E, Ilkilic I. Medical futility at the end of life: the first qualitative study of ethical decision-making methods among Turkish doctors. *BMC Med Ethics*. 2024;25(1):122. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01120-1>
 17. Voultsos P, Tsompanian A, Tsaroucha AK. The medical futility experience of nursing professionals in Greece. *BMC Nurs*. 2021;20(1):254. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00770-7>
 18. Escher M, Nendaz MR, Cullati S, Hudelson P. Physicians’ perspective on potentially non-beneficial treatment when assessing patients with advanced disease for ICU admission: a qualitative study. *BMJ Open*. 2021;11(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046268>
 19. Odongo P, Kamugisha F, Kutuyabami P, Sewankambo NK. Voices from the ICU: a qualitative study of healthcare providers’ decision-making experiences during the provision of life-sustaining treatment in intensive care units of public and private referral hospitals in Uganda. *BMC Med Ethics*. 2026;27(1):4.
 20. Sasidharan S, Dhillon H. Ethics of futile care: who decides when enough is enough? A commentary from the Indian context on moral distress in ICU staff. *Dev World Bioeth*. 2025;25(1).

Etika Otonomi dalam Membuat Keputusan Medis menurut Teori Kantian

I Gede Eka Agung Agastya Punia^{1,2}, Pukovisa Prawiroharjo²

¹Program Studi Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mahasaraswati Denpasar, Denpasar

²Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Depok

Kata Kunci

bioetika, Immanuel Kant, imperatif kategoris, informed consent, otonomi

Korespondensi

agastya@unmas.ac.id

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.110

Tanggal masuk: 4 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 5 Juni 2026

Tanggal diterima: 4 Juli 2026

Tanggal publikasi: 5 Agustus 2026

Abstrak Prinsip autonomy (otonomi) merupakan salah satu pilar utama bioetika kedokteran modern yang diwujudkan melalui proses informed consent. Namun, implementasi otonomi sering kali menghadapi kerentanan akibat faktor empiris. Kondisi ini memunculkan pertanyaan mendasar mengenai sejauh mana kehendak bebas pasien benar-benar bersifat otonom ketika kapasitas rasionalnya terganggu, serta seberapa besar risiko pengorbanan otonomi individu demi pertimbangan utilitarian. Teori Kantian memberikan penjelasan tentang konsep ini. Menurut Kant, otonomi bukan sekadar kebebasan memilih melainkan kapasitas rasional manusia untuk bertindak berdasarkan imperatif kategoris dan prinsip moral universal. Menurut Kant, manusia harus selalu diperlakukan sebagai tujuan pada dirinya sendiri, bukan sarana semata. Pendekatan Kantian ini menawarkan kerangka etis yang kokoh untuk menangani kasus pasien tidak cakap, dengan menekankan representasi kehendak rasional melalui keluarga atau wali tanpa mengabaikan martabat manusia.

Abstract The principle of autonomy is a cornerstone of modern medical bioethics, realized through the process of informed consent. However, the implementation of autonomy is often rendered vulnerable by empirical factors. This situation raises fundamental questions regarding the extent to which a patient's free will is truly autonomous when their rational capacity is impaired, as well as the risk of sacrificing individual autonomy for utilitarian considerations. Kantian theory explains this concept. According to Kant, autonomy is not merely the freedom to choose but the human rational capacity to act in accordance with the categorical imperative and universal moral principles. Kant posits that human beings must always be treated as ends in themselves, never merely as means. This Kantian approach provides a robust ethical framework for addressing cases involving patients lacking decision-making capacity, emphasizing the representation of rational will through family members or guardians without compromising human dignity.

Salah satu komponen dari bioetika kedokteran adalah otonomi.¹ Konsep otonomi memiliki permasalahan yang disebabkan oleh kondisi patologis, tekanan psikologis, dan keterbatasan informasi yang sering mengaburkan kapasitas pasien atau keluarga pasien dalam mengambil sebuah keputusan yang otonom. Secara umum, prinsip otonomi dalam kedokteran modern direalisasikan melalui proses *informed consent*, yakni proses komunikasi etis antara pasien dengan tenaga kesehatan yang membicarakan diagnosis, jenis tindakan yang dilakukan, risiko dan manfaatnya, alternatif dari terapi, hingga akibatnya apabila tidak dilakukan. Dari *informed consent*, diharapkan pasien memahami informasi tersebut dan secara sukarela menyetujui atau menolak tindakan

medis.² Akan tetapi, permasalahan seperti (1) penyakit serebrovaskular dengan pemahaman informasi yang diterima pada saat *informed consent* dari pasien dan keluarganya³ atau (2) *do-not-resuscitate* (DNR) dan eutanasia pasif.⁴ Keterbatasan ini menimbulkan pertanyaan, yakni sejauh mana kehendak bebas pasien benar-benar otonom?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, kita perlu kembali kepada hakikat otonomi itu sendiri. Otonomi adalah sebuah landasan dari konsep *informed consent* yang membuktikan bahwa pasien telah menerima informasi yang cukup untuk membuat keputusan secara berdaya penuh dan sadar.¹ Akan tetapi, keterbatasan seperti gangguan kognitif atau tekanan eksternal dari tenaga medis ataupun

keluarga sering membuat otonomi ini rapuh, yang berakhir pada ketidakpastian etika. Dalam mempelajari kerapuhan otonomi pasien akibat gangguan kognitif atau tekanan eksternal, terkadang pada akhirnya pasien melakukan pendekatan utilitarian atau konsekuensial, sering kali untuk mengorbankan otonomi individu demi manfaat yang lebih besar. Hal ini membuat *informed consent* menjadi sebuah formalitas prosedural. Oleh karena itu, kita perlu memahami makna otonomi bukan hanya secara ontologis, dalam hal ini otonomi sebagai esensi bawaan manusia sebagai makhluk rasional yang bebas dari determinisme alamiah, akan tetapi juga secara epistemologis, yaitu bagaimana pengetahuan tentang kehendak bebas ini dapat diakses dan diakui dalam praktik medis.

Ketika otonomi menjadi rapuh akibat tekanan empiris, kita membutuhkan kompas moral yang tidak tergoyahkan oleh perhitungan utilitarianis. Salah satu filsuf yang menekankan makna otonomi adalah Immanuel Kant. Kant menegaskan bahwa otonomi bukan hanya kemampuan memilih, melainkan juga kemampuan manusia untuk bertindak berdasarkan hukum moral yang ia berikan pada dirinya sendiri melalui akal budi. Menurut Kant, manusia adalah tujuan pada dirinya sendiri dan tidak pernah boleh diperlakukan hanya sebagai alat.⁵ Penelitian ini akan menjawab pertanyaan fundamental terkait otonomi, terutama dari teori Immanuel Kant.

Otonomi Secara Kaidah Bioetika dan Permasalahannya

Bioetika merupakan landasan etika kedokteran yang memiliki titik awal dari hasil analisis tentang data biologis, ilmiah dan medis. Kajian bioetika mengacu kepada keabsahan campur tangan manusia dikaji berdasarkan etika.⁶ Menurut penjelasan oleh Beauchamp dan Childress, salah satu kaidah bioetika adalah otonomi. Menurut Beauchamp dan Childress, prinsip otonomi menjunjung tinggi hak-hak pasien sebagai manusia, terutama hak mereka untuk menentukan nasib perawatan mereka sendiri. Prinsip ini menegaskan pentingnya menghargai pilihan pasien, tidak hanya dalam mengetahui kondisi kesehatannya,

tetapi juga dalam menerima atau menolak terapi berdasarkan nilai-nilai, keyakinan, dan preferensi pribadinya.¹

Kaidah otonomi dalam hal ini menekankan hak-hak pasien sebagai seorang manusia, terutama hak otonomi pasien. Otonomi menekankan bahwa pasien bukanlah objek medis, melainkan subjek yang memiliki martabat dan kebebasan. Secara operasional, prinsip ini mewajibkan tenaga medis untuk menghormati nilai-nilai, kepercayaan, dan pilihan hidup pasien, memberikan informasi yang jujur, akurat, dan lengkap agar pasien dapat membuat keputusan yang sadar, dan menghindari segala bentuk paksaan atau manipulasi dalam proses pengobatan.⁷ Otonomi terwujudkan di dalam *informed consent* yang merupakan manifestasi dari konsep otonomi. Etika ini menekankan bahwa setiap individu yang kompeten memiliki hak untuk mengambil keputusan tentang apa yang terjadi pada tubuhnya dan menerima atau menolak prosedur medis atau partisipasi dalam penelitian setelah memahami sepenuhnya risiko, manfaat, alternatif, dan konsekuensi yang terkait. Tanpa adanya *informed consent* yang sah, otonomi individu tidak dihormati dan tindakan medis atau penelitian dapat dianggap tidak etis atau bahkan ilegal.⁸

Akan tetapi, otonomi amat sering mengalami masalah. Contohnya, pada pasien dengan penyakit serebrovaskular/stroke yang mengalami penurunan kognitif sehingga dianggap tidak cakap secara hukum atau dalam kasus keluarga yang meminta DNR serta eutanasia pasif bagi pasien yang tidak sadarkan diri di ICU. Jika merujuk pada inti otonomi bahwa pasien adalah subjek yang bermartabat, maka apakah pengalihan pengambilan keputusan kepada pihak ketiga secara otomatis mereduksi martabat pasien sebagai manusia? Sejauh mana kebebasan individu tetap ada ketika kapasitas rasionalnya memudar di persimpangan antara hidup dan mati?

Teori Kant Terkait Otonomi

Immanuel Kant merupakan salah satu filsuf yang memiliki pemikiran tentang kebebasan. Menurut pandangan Kant, konsep moral berpusat pada otonomi individu. Otonomi

ini merupakan sebuah inti dari kebebasan. Kebebasan tidak berarti kemampuan bertindak sesuka hati, akan tetapi kebebasan merupakan kemampuan untuk bertindak sesuai hukum moral yang ditentukan oleh rasionalitas (pikiran). Kebebasan sejati harus selaras dengan kewajiban moral yang dibentuk oleh akal sehat. Tindakan moral harus didasarkan kepada prinsip yang berlaku secara universal. Tindakan yang bermoral adalah tindakan yang dapat dilakukan oleh setiap orang tanpa melanggar prinsip moral yang sama.⁹

Inti dari pemikiran Kant mengenai otonomi terletak pada konsep imperatif kategoris. Imperatif kategoris merupakan sebuah konsep yang menuntut setiap individu untuk bertindak hanya berdasarkan maksim/prinsip subjektif yang dapat dikehendaki menjadi hukum universal. Dalam pelayanan medis, otonomi adalah sebuah kapasitas rasional pasien untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan hukum moral yang objektif, bukan berarti pasien bebas memilih tanpa landasan rasional. Kant menegaskan bahwa manusia harus selalu diperlakukan sebagai tujuan pada dirinya sendiri dan tidak pernah menjadi sarana atau alat.¹⁰

Etika otonomi dalam keputusan medis menurut teori Kant adalah kapasitas rasional seorang individu untuk menentukan tindakan berdasarkan prinsip moral universal. Otonomi tidaklah hak untuk memilih atau bertindak sesuka hati. Seluruh tindakan medis yang bermoral harus dilandasi oleh imperatif kategoris. Penerapan teori Kant dalam dunia medis berarti pasien harus memiliki kemampuan untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan hukum moral yang objektif, sehingga setiap keputusan medis yang diambil harus memenuhi prinsip bahwa manusia adalah tujuan bagi dirinya sendiri, bukan menjadi alat.¹¹

Akan tetapi, saat pasien tidak cakap atau tidak mampu memberikan *informed consent*, teori Kant menghadapi tantangan serius. Menurut Kant, manusia harus diperlakukan sebagai tujuan pada dirinya sendiri, tidak hanya sebagai sarana semata, sehingga setiap tindakan medis harus mempertimbangkan martabat dan kehendak rasional dari pasien. Kant juga

menangani peranan keluarga atau wali yang dapat mewakili kehendak rasional pasien, akan tetapi harus memastikan bahwa keputusan yang diambil tidak melanggar prinsip moral universal. Pada kasus pasien yang tidak cakap, teori Kant menuntut adanya prosedur etis yang memastikan keputusan medis tetap didasarkan pada prinsip otonomi dan moral universal dan melibatkan pihak yang dapat mewakili kehendak rasional pasien tanpa mengabaikan martabatnya.

Gangguan otonomi dalam teori Kant banyak sekali. Salah satunya adalah ketika dokter menjelaskan kepada pasien di unit gawat darurat bahwa pasien ini perlu tindakan. Proses penjelasan dokter tersebut sebenarnya tidak merusak otonomi. Kondisi kedaruratannya inilah yang menjadi penyebab gangguan otonomi pasien. Hal tersebut membuat pasien mengalami gangguan berpikir jernih dalam membuat keputusan bagi tubuhnya sendiri. Kant selalu menekankan bahwa manusia harus diperlakukan sebagai tujuan pada dirinya sendiri. Bila dokter memberikan informasi secara jujur demi membantu pasien mengambil keputusan, dokter tersebut sedang menghormati otonomi pasien. Akan tetapi, ketika dokter sengaja memanipulasi atau memanfaatkan kepanikan pasien untuk mengikuti kehendak dokter, tindakan dokter tersebut baru melanggar prinsip otonomi pasien menurut Immanuel Kant.

Contoh lainnya adalah keputusan *Do Not Resuscitate*. Menurut Kant, keputusan ini harus dilandaskan pada pertimbangan moral yang objektif dan penghormatan terhadap martabat manusia. Tindakan ini tidak boleh berlandaskan keinginan sepihak dari dokter atau keluarga, permasalahan beban ekonomi, atau kalkulasi matematis atas rendahnya angka harapan hidup. Karena pasien sudah tidak mampu menyatakan kehendaknya, proses *informed consent* harus tetap dilakukan melalui perwakilan. Perwakilan ini bertugas memastikan keputusan yang diambil benar-benar mencerminkan nilai moral dan kehendak rasional pasien yang tidak dapat didikte oleh kepentingan pragmatis-utilitarianis pihak luar.¹²

KESIMPULAN

Implementasi prinsip otonomi yang sering terhambat oleh kondisi empiris menimbulkan pertanyaan tentang sejauh mana kehendak pasien tetap otonom ketika kapasitas rasionalnya terganggu. Pendekatan Kantian menawarkan kompas moral dengan menekankan otonomi sebagai kapasitas rasional untuk bertindak sesuai imperatif kategoris, yakni prinsip moral universal yang menjunjung martabat manusia sebagai tujuan, bukan sarana. Oleh karena itu, dalam pengambilan keputusan medis, terutama pada pasien yang tidak cakap, dapat diwakili oleh keluarga atau wali dengan tetap menghormati martabat dan kehendak rasional pasien tersebut sehingga tidak mengabaikan prinsip etis universal.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

REFERENSI

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
2. Setiawan D, Sari R. Etika dan hukum dalam praktik kedokteran di era modern. J Bioetik Hukum Kesehat. 2021;6(2):67-75.
3. Ebrahimi H, Sadeghian E, Seyedfatemi N, Mohammadi E, Crowley M. Contextual factors affecting autonomy for patients in Iranian hospitals: a qualitative study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21:261-270. doi:10.4103/1735-9066.180388.
4. Kurnaesih E, dkk. Implementation of patient autonomy principle in end-of-life decision-making: a case study at KH. Daud Arif Regional General Hospital, Kuala Tungkal. J Eduhealth. 2024;15(4). doi:10.54209/eduhealth.v15i04.
5. Jilan S, dkk. Prinsip otonomi moral dalam filsafat hukum Immanuel Kant: analisis terhadap konsep kebebasan dan kewajiban. Praxis J Filsafat Terap. 2025;2(1):1-25. doi:10.11111.
6. Sundoro J, Setiabudy R. Etik penelitian kedokteran Indonesia. J Etika Kedokt Indones. 2022;6(1):15-23.
7. Pujiono E. Tanggung jawab hukum pidana pelanggaran otonomi pasien. J Huk Etika Kesehat. 2022;2(1).
8. Widjaja G, dkk. Kewajiban tenaga kesehatan dalam memberikan informed consent: kajian literatur etika dan hukum. Zahra J Health Med Res. 2025;5(2):1-11.
9. Rato D. Pengaruh teori Kant dalam pengembangan pemikiran filsafat hukum universal. J Huk Pidana. 2023;1(2):34.
10. O'Neill O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
11. Yusriyanto, dkk. Pemikiran Immanuel Kant tentang otonomi dan kebebasan: implikasi filosofis dalam pendidikan moral. J Midwifery Nurs Stud. 2025;7(1).
12. Campbell L. Kant, autonomy and bioethics. Ethics Med Public Health. 2017;3(3):381-392. doi:10.1016/j.jemep.2017.05.008.

Mempertanyakan Beberapa Prinsip dalam Etika Kedokteran

Rianto Setiabudy¹

¹Departemen Farmakologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Kata Kunci

dogmatisme, etika kedokteran, otonomi pasien, penalaran moral, prima facie

Korespondensi

muna286@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.111

Tanggal masuk: 6 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 7 Juni 2026

Tanggal diterima: 6 Juli 2026

Tanggal publikasi: 6 Agustus 2026

Abstrak Prinsip dalam etika kedokteran berfungsi sebagai pedoman mendasar yang bersifat dinamis dan terbuka untuk ditinjau kembali. Namun, penerapan prinsip yang terlalu kaku berisiko mengubahnya menjadi dogma—suatu kepercayaan mutlak yang tidak boleh dipertanyakan pembuktiannya. Tulisan ini bertujuan untuk membangkitkan sikap kritis terhadap berbagai norma yang dianggap baku dalam ranah etika biomedis. Pendekatan analisis deskriptif-kritis digunakan untuk mengevaluasi beberapa prinsip etika yang sudah sangat dikenal selama ini, seperti *primum non nocere*, paternalisme medis, otonomi pasien, penjagaan kerahasiaan medis, dan kewajiban kejujuran mutlak dalam komunikasi dengan pasien. Hasil pembahasan menunjukkan bahwa penerapan prinsip secara harfiah kerap tidak relevan dengan kompleksitas praktik medis modern. Sebagai solusinya, pertimbangan risiko-manfaat, penalaran moral (*moral reasoning*), serta pendekatan *prima facie* menjadi sarana penting untuk menyelaraskan pilar-pilar etika ketika terjadi dilema medis. Diskusi ini menyimpulkan bahwa pengungkapan rahasia, pembatasan otonomi, hingga penundaan penyampaian kabar buruk dapat dibenarkan secara etis demi keselamatan publik atau perlindungan pasien. Kesimpulannya, filsafat etika harus dimanfaatkan secara kritis untuk mencegah perubahan prinsip etika menjadi dogma etika.

Abstract Medical ethics principles serve as fundamental guidelines that are dynamic yet open to re-examination. However, applying these principles too rigidly risks transforming them into dogma—an absolute belief whose validity is beyond question. This paper aims to foster a critical perspective of norms considered standard within biomedical ethics. A descriptive-critical analytical approach is employed to evaluate well-established ethical principles, such as **primum non nocere**, medical paternalism, patient autonomy, the preservation of medical confidentiality, and the obligation of absolute honesty in patient communication. The discussion reveals that the literal application of these principles is often ill-suited to the complexities of modern medical practice. Consequently, risk-benefit analysis, moral reasoning, and **prima facie** approaches serve as vital tools for reconciling ethical pillars when medical dilemmas arise. The discussion concludes that actions such as disclosing confidential information, limiting autonomy, or delaying the delivery of bad news can be ethically justified in the interest of public safety or patient protection. Ultimately, ethical philosophy must be applied critically to prevent ethical principles from devolving into ethical dogma.

Dalam dunia kedokteran ada beberapa pedoman yang dipegang teguh dan dijadikan landasan bagi dokter untuk membuat keputusan medis. Dalam konteks ini, kita perlu membedakan pengertian antara prinsip dan dogma. Prinsip adalah asas, kebenaran dasar, atau pedoman fundamental yang dijadikan landasan berpikir, bertindak, atau mengambil keputusan. Pada dasarnya, prinsip bersifat dinamis serta terbuka terhadap kritik maupun

perbaikan. Prinsip dapat diubah jika ada argumen yang lebih relevan. Adapun dogma adalah ajaran, kepercayaan, atau prinsip yang dianggap sebagai kebenaran mutlak dan tidak boleh dipertanyakan kebenarannya walaupun tidak ada buktinya.¹

Prinsip yang dipegang terlalu kuat akan kehilangan kelenturannya terhadap koreksi, pertanyaan, dan kritik sehingga berubah menjadi dogma. Di antara pengertian prinsip dan dogma

ini ada daerah kelabu yang sering menyulitkan orang untuk membedakan kedua pengertian ini. Dunia ilmu pengetahuan (termasuk ilmu kedokteran) bersifat dinamis dan selalu terbuka terhadap perubahan. Oleh karena itu, berbagai prinsip yang dianggap sudah baku tetap boleh dipertanyakan agar tidak berkembang menjadi dogma.

Etika adalah subbidang ilmu filsafat yang mempelajari baik-buruknya atau benar-salahnya tindakan manusia. Oleh karena itu, meski suatu dogma dianggap sebagai “kebenaran yang tidak boleh dipertanyakan”, tetap sangat etis jika ada ilmuwan yang berani mempertanyakan kebenarannya. Sebagai contoh, Galileo (1564-1642) adalah ilmuwan yang berani mempertanyakan dogma gereja yang mengatakan bahwa bumi itu datar dan bahwa matahari setiap hari mengelilingi bumi. Galileo mengatakan bahwa Bumi itu bulat dan bukan Matahari yang mengelilingi Bumi, melainkan sebaliknya. Untuk mengatakan hal ini pada abad ke-15, dibutuhkan keberanian yang amat besar. Tidak heran ia kemudian dihukum menjadi tahanan rumah hingga akhir hidupnya. Kini, ternyata pendapat Galileo benar.

Dulu orang sangat percaya bahwa wabah atau bencana alam adalah peringatan dari Tuhan agar manusia memperbaiki perilaku, bertobat, dan melakukan introspeksi. Celakanya, sampai sekarang pun masih banyak orang yang mempercayai ini. Contoh lain dari prinsip yang hidup di masyarakat ialah bahwa kita, sebagai orang Indonesia, wajib melestarikan budaya bangsa. Untunglah prinsip ini tidak kita pegang teguh. Coba kita bayangkan andaikata para pemimpin Indonesia sejak zaman purba sampai sekarang konsisten memegang prinsip ini, maka masyarakat Indonesia sekarang ini masih hidup di zaman batu, menyembah berhala, hidup dari berburu, dan tinggal di gua. Ini konsekuensi logis dari prinsip “melestarikan budaya bangsa”. Logika dan nalar yang benar akan mengatakan bahwa budaya tidak mungkin dilestarikan. Antara budaya yang satu dengan yang lainnya selalu ada interaksi. Kebijakan terbaik yang bisa digunakan terhadap budaya yang datang dari luar ialah: ambillah yang baik dan buanglah yang buruk. Di dalam praktik kedokteran

juga hidup berbagai dogma dan prinsip yang kemudian dapat diperbaiki.

Tulisan ini dibuat untuk membantu pengembangan sikap kritis terhadap berbagai prinsip yang sering dianggap sudah baku dalam ranah etika kedokteran.

Mengapa dogma berkonotasi buruk?

Dogma telah banyak dipelajari orang dan berikut ini adalah ringkasan dari segi negatif dogmatisme:

1. sering bertentangan dengan pemikiran kritis
2. mengembangkan sikap kaku, intoleran, dan tidak mau menerima informasi baru
3. memicu terjadinya konflik sosial
4. menurunkan kemampuan pengambilan keputusan yang berkualitas
5. menghalangi kemajuan ilmu pengetahuan
6. menghalangi pemikiran alternatif
7. cenderung bersifat otoriter dan arogan

Prinsip di ranah etika kedokteran

Beberapa prinsip dalam bidang kedokteran yang perlu dikaji dengan kritis ialah:

1. *Per primum non nocere* yang berarti: pertamata-ma, janganlah mencelakakan.²

Secara harfiah, ini berarti tindakan medis atau penelitian medis apa pun yang berpotensi mencelakakan pasien tidak boleh dikerjakan. Sementara itu, dalam dunia kedokteran sudah lama diketahui bahwa semua intervensi medis (terapi obat, pembedahan, penyinaran, uji klinis, dll.) selalu berisiko. Jadi, prinsip dasar *per primum non nocere* adalah sesuatu yang perlu dipertanyakan. Di zaman modern ini, pedoman yang harus kita pegang ketika mau melakukan intervensi medis bertumpu pada tiga prinsip etika yaitu :

- a. Menimbang risiko-manfaat intervensi tersebut. Bila manfaatnya lebih besar dari risikonya maka dipertimbangkan untuk dapat dikerjakan
- b. Melakukan upaya maksimal untuk menekan risiko sambil meningkatkan manfaatnya
- c. Meminta *informed consent* dari pasien terkait (bila risikonya relatif besar)

Jadi, prinsip etika yang seharusnya berlaku sekarang ialah menekankan pertimbangan

risiko-manfaat, tidak lagi bertumpu pada prinsip bahwa bila ada kemungkinan mencelakakan, langsung dilarang.

2. Pengobatan paternalistik. Ada banyak orang yang berpendapat bahwa yang paling tahu cara terbaik untuk menangani masalah kesehatan pasien adalah dokter yang menangani kasus tersebut. Oleh karena itu, pendapat atau rencana pengobatan dokter tidak boleh dibantah. Ini adalah refleksi dari paham paternalistik.³ Untunglah, dalam etika pengobatan di zaman modern ini, pada sebagian besar kasus, pola pengambilan keputusan paternalistik telah digantikan oleh pengobatan berbasis otonomi pasien. Sekarang banyak orang berpendapat bahwa di antara berbagai prinsip, otonomi pasien harus diprioritaskan.⁴ Namun, pendapat ini juga harus dipertanyakan kebenarannya karena dari keempat pilar etika biomedis (otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*) tidak ada ketentuan yang menyatakan bahwa prinsip otonomi harus selalu dimenangkan atas prinsip etika yang lainnya.

Dalam kondisi ketika terjadi benturan antara keempat prinsip etika ini maka penyelesaiannya ialah dengan pertimbangan moral (*moral reasoning*). Konflik antara keempat prinsip etik ini dikenal sebagai '*prima facie*'. Dalam kondisi dilematis ini, dokter dan tenaga medis lainnya harus menimbang prinsip etik mana yang diutamakan sebagai kewajiban moral tertinggi sesuai dengan konteks kejadiannya.^{5,6}

Otonomi pasien umumnya dapat dibatasi dalam dua kondisi. Pertama, bila keputusan yang mau diambil pasien berpotensi membahayakan kesehatan atau keselamatan orang lain. Misalnya, pasien yang menolak tindakan isolasi padahal ia menderita infeksi yang membahayakan orang lain (misalnya pasien dengan infeksi Covid-19). Kedua, dalam kondisi darurat medik yang memerlukan tindakan penyelamatan jiwa, padahal kondisi pasien tidak memungkinkannya untuk memberi pendapat, misalnya dalam keadaan syok atau tidak sadar. Dalam kondisi seperti ini, dokterlah yang harus mengambil keputusan, namun ia wajib mengingat bahwa ia harus membuat keputusan yang sesuai dengan kepentingan pasien, bukan sesuai dengan sudut pandangnya.

3. Dokter harus merahasiakan segala hal yang ia ketahui tentang pasiennya. Ini juga merupakan prinsip yang batas kebenarannya harus dipertanyakan. Informasi medis seorang pasien memang tidak boleh diungkapkan kepada pihak yang tidak berhak mengetahuinya. Namun, ini tidak seluruhnya benar. Yang benar ialah seluruh data terkait seorang pasien tetap boleh diungkapkan kepada pihak yang berhak mengetahuinya sepanjang identitas pasien tidak dibuka, pasien sudah memberikan *informed consent*, dan pengungkapan informasi itu bertujuan untuk kemajuan ilmu pengetahuan atau untuk menjaga keselamatan orang banyak. Dalam hal ini, pasien tidak dirugikan dalam bentuk apa pun. Selain itu, prinsip ini juga boleh dilanggar dalam kondisi tertentu, misalnya dalam konteks perintah pengadilan atau pencegahan penularan infeksi. Dalam contoh terakhir ini, dasar pertimbangannya ialah pandangan utilitarian yang menyatakan bahwa suatu perbuatan dikatakan etis bila hasilnya paling menguntungkan masyarakat banyak.⁷

4. Dokter harus jujur sepenuhnya terhadap pasiennya: ini merupakan penjabaran dari filsafat deontologi yang menyatakan bahwa kejujuran kepada pasien adalah suatu kewajiban moral yang harus selalu dikerjakan,⁸ tanpa melihat apa pun akibatnya. Walaupun filsafat deontologi ini mengandung nilai etika yang tinggi, ia juga memiliki kelemahan besar. Terkadang ada pasien yang dalam keadaan sangat lemah sehingga ia tidak mampu menerima kabar buruk. Dalam kondisi demikian, apakah etis jika dokter menahan sebagian informasi yang berdampak amat melemahkan pasien?⁹ Atau bagaimana kalau ia menyampaikan kabar buruk itu secara samar? Bukankah ini perbuatan "tidak jujur" yang tujuannya baik?

KESIMPULAN

Di dalam dunia kedokteran juga hidup berbagai prinsip etika kedokteran. Diperlukan sikap kritis dan pemikiran berbasis logika dan etika untuk mencegah agar berbagai prinsip dasar ini tidak berkembang menjadi dogma yang tidak boleh lagi dibantah atau dipertanyakan

dasar pembuktiannya. Filsafat adalah suatu ilmu kritis yang berada pada posisi tepat untuk mempertanyakan berbagai masalah dan dasar pembuktiannya hingga ke akarnya. Etika, yang merupakan bagian dari ilmu filsafat, juga layak untuk membawa sifat ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

REFERENSI

1. Cambridge University Press. Dogma [Internet]. Cambridge Academic Content Dictionary. Cambridge: Cambridge University Press; 2023 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/dogma>
2. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*--first do no harm. *J Clin Pharmacol*. 2005;45(4):371-377. doi:10.1177/0091270004273680
3. Emmanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6
4. Varelus J. The value of autonomy in medical ethics. *Med Health Care Philos*. 2006;9(3):377-388. doi:10.1007/s11019-006-9000-z
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
6. Gillon R. Defending the four principles approach. *J Med Ethics*. 2015;41(1):111-116. doi:10.1136/medethics-2014-102294
7. Sankar P, Mora S, Merz JF, Jones NL. Patient perspectives on medical confidentiality: a review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):659-669. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20823.x
8. Sokol DK. Truth-telling in medicine: a pragmatic guide. *BMJ*. 2006;333(7577):1070-1071. doi:10.1136/bmj.39023.639340.43
9. Kode Etik Kedokteran Indonesia 2025.

Etika Kebijakan Publik dalam Pemaknaan Pasal 305 Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023: Penataan Arsitektur Informasi Sistem Disiplin Profesi Kedokteran untuk Perlindungan Publik

Muhammad Munawar¹, Anna Ulfah Rahayu², Muhammad Baharuddin³, Dolly Richard Kaunang⁴, Sasmojo Widito⁵, Sunarya Soerianata⁶, Ahmad Fauzi Yahya⁷, Andri Andri⁸

¹Rumah Sakit Jantung Binawaluya, Jakarta, Indonesia

²Rumah Sakit Umum Mandaya, Tangerang, Indonesia

³Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta, Indonesia

⁴Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, Jakarta, Indonesia

⁵Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur, Malang, Indonesia

⁶Rumah Sakit Umum Mandaya, Tangerang, Indonesia

⁷Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin, Bandung, Indonesia

⁸Anakaji Perisai Keadilan Law Office, Jakarta, Indonesia

Kata Kunci

asas-asas umum pemerintahan yang baik, disiplin profesi, etika kebijakan publik, keselamatan pasien, pelaporan multisumber, perlindungan publik

Korespondensi

munaz286@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.112

Tanggal masuk: 8 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 9 Juni 2026

Tanggal diterima: 8 Juli 2026

Tanggal publikasi: 8 Agustus 2026

Abstrak Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan membentuk Majelis Disiplin Profesi (MDP). Pasal 305 menyatakan bahwa pasien atau keluarganya yang kepentingannya dirugikan dapat mengajukan dugaan pelanggaran disiplin kepada Majelis. Peraturan pelaksanaan dan sebuah surat MDP kemudian dimaknai sebagai pembatasan hak tersebut hanya pada pasien atau keluarganya, sehingga muncul persoalan etis pada tataran makro kebijakan publik, yaitu tanggung jawab etis negara dan pejabat berwenang dalam merancang sistem yang melindungi masyarakat. Kami melaporkan satu kasus terkait penyelenggaraan manajemen penegakan etika dan profesionalisme kedokteran di Indonesia. Pintu masuk informasi disiplin profesi menyempit secara bertahap melalui empat lapis dokumen: Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, dan Surat Ketua MDP Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026 tanggal 11 Juni 2026 yang diterbitkan sebagai jawaban atas permohonan penegasan dari Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Kasus ditelaah melalui analisis dokumen, penilaian berdasarkan asas-asas umum pemerintahan yang baik, serta perbandingan dengan regulator profesi di Inggris, Australia, Amerika Serikat, dan Kanada. Pasal 305 merupakan norma pemberian hak dan tidak memuat kata pembatas; penyempitan justru lahir dari langkah penyimpulan dalam dokumen pelaksanaannya. Ditinjau dengan asas kecermatan, keterbukaan, kepentingan umum, dan kemanfaatan, langkah tersebut melemahkan fungsi penatalayanan negara dalam menjaga keselamatan masyarakat, karena sebagian besar penyimpangan profesional lebih dahulu dikenali oleh sejawat, komite mutu, rumah sakit, organisasi profesi, dan badan pembiayaan daripada oleh pasien. Seluruh regulator pembanding menerima informasi dari berbagai sumber tanpa mengurangi hak-hak pasien.

Abstract Law Number 17 of 2023 concerning Health established the Professional Disciplinary Council. Article 305 stipulates that patients or their families whose interests have been harmed may lodge complaints with the Council regarding alleged disciplinary violations. However, implementing regulations were subsequently interpreted as restricting this right solely to patients or their families, thereby raising ethical issues at the macro level of public policy—specifically regarding the ethical responsibility of the state and authorized officials to design a system that protects the public. We report a case concerning the enforcement of medical ethics and professionalism in Indonesia. The scope for reporting professional disciplinary matters was progressively narrowed through four layers of documents: Law Number 17 of 2023, Government Regulation Number 28 of 2024, Minister of Health Regulation Number 3 of 2025, and Professional Disciplinary Council Letter Number MD.01/MDP/1127/VI/2026 dated June 11, 2026 (issued in response to a request for clarification from the Ethics Council of the Indonesian Cardiovascular Specialists Association). The case was examined through document analysis, an assessment based on general principles of good governance, and a comparison with professional regulators in the United Kingdom, Australia, the United States, and Canada. Article 305 establishes a right and contains no restrictive language; the narrowing of scope arose instead from interpretive steps taken in the implementing documents. When viewed through the lenses of prudence, transparency, public interest, and utility, this approach undermines the state's stewardship role in safeguarding public safety, given that misconduct is often identified first by peers, quality committees, hospitals, professional organizations, and funding bodies rather than by patients. All the regulatory bodies used for comparison accept information from diverse sources without curtailing patients' rights.

Tabel 1. Dua model penyelenggaraan sistem disiplin profesi

Aspek	Model pengaduan korban	Model perlindungan publik
Tujuan utama	Menyelesaikan pengaduan pasien	Melindungi masyarakat
Orientasi	Sengketa perorangan	Keselamatan publik
Sumber informasi	Pasien dan keluarga	Multisumber
Peran regulator	Menunggu laporan	Menilai risiko secara aktif
Fokus penilaian	Kerugian perorangan	Risiko bagi masyarakat
Pendekatan	Reaktif	Preventif
Keluaran	Penyelesaian kasus	Pembelajaran sistem dan keselamatan pasien
Landasan konseptual	Model pertanggungjawaban	Regulasi responsif dan Just Culture

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan merupakan penataan kelembagaan terbesar dalam tata kelola profesi kesehatan sejak berlakunya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.^{1,2} Salah satu perubahannya adalah pembentukan Majelis Disiplin Profesi (MDP), majelis yang bertugas menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 304.¹ Perubahan ini bukan semata pergantian nomenklatur, melainkan mengubah cara negara menunaikan tanggung jawabnya menjaga mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan.

Pembahasan etika kedokteran lazimnya bertumpu pada tataran mikro, yaitu hubungan antara seorang dokter dan seorang pasien, dengan prinsip menghormati otonomi, berbuat baik, tidak mencederai, dan berlaku adil sebagai pedoman.³ Namun, ketika negara merancang sistem penegakan disiplin, pertanyaan etisnya berpindah ke tataran makro. Subjek moral yang dinilai bukan lagi dokter di hadapan pasiennya, melainkan negara dan pejabat berwenang di hadapan masyarakat. Pada tataran ini berlaku etika kebijakan publik, yang menuntut agar kewenangan dijalankan secara cermat, terbuka, proporsional, dan dapat dipertanggungjawabkan alasannya kepada publik.^{4,5} Dalam hukum administrasi Indonesia, tuntutan etis tersebut telah dipositifkan sebagai asas-asas umum pemerintahan yang baik (AAUPB) dalam Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan.⁶

Pasal 305 Undang-Undang Nomor 17

Tahun 2023 menyatakan bahwa pasien atau keluarganya yang kepentingannya dirugikan akibat tindakan tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat mengadukan hal tersebut kepada Majelis.¹ Rumusan itu kemudian diikuti oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, yang mendefinisikan pengaduan sebagai permohonan pasien atau keluarga pasien atas dugaan pelanggaran disiplin profesi,⁷ dan oleh Surat Ketua Majelis Disiplin Profesi Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026, yang menyimpulkan bahwa yang mempunyai hak untuk melakukan pengaduan kepada Majelis adalah pasien atau keluarganya.⁸ Secara berlapis, rangkaian dokumen tersebut mempersempit akses terhadap informasi mengenai dugaan pelanggaran disiplin.

Di sinilah muncul persoalan yang layak dibicarakan secara terbuka. Sebagian besar penyimpangan profesional tidak pertama kali dikenali oleh pasien. Praktik berlebihan, penyimpangan indikasi tindakan, ketidaksesuaian dengan standar profesi, kelalaian pendokumentasian, maupun penurunan kompetensi umumnya lebih dahulu terdeteksi oleh sejawat, komite medik, komite mutu, organisasi profesi, dan badan pembiayaan. Hal ini merupakan konsekuensi wajar dari asimetri informasi yang melekat pada hubungan terapeutik.^{9,10} Kajian berskala nasional di Australia dan Amerika Serikat bahkan menunjukkan bahwa keluhan dan tuntutan berulang terkonsentrasi pada sebagian kecil praktisi, dan pola itu hanya dapat dikenali apabila regulator memiliki basis informasi yang

cukup luas untuk melihatnya.^{11,12}

Persoalan etis yang dikaji di sini bukan benar atau salahnya tindakan seorang dokter dalam suatu kasus, melainkan cara kebijakan publik menata jalan masuk informasi mengenai dugaan pelanggaran disiplin kepada lembaga yang berwenang. Tulisan ini disusun sebagai laporan kasus mengenai penyelenggaraan manajemen penegakan etika dan profesionalisme dalam bidang kedokteran. Kami memaparkan kronologi pemaknaan Pasal 305, menelaahnya dalam kerangka etika kebijakan publik dan AAUPB, membandingkannya dengan praktik regulator profesi di 4 yurisdiksi, serta menawarkan sejumlah opsi koreksi yang bertingkat. Tulisan ini tidak dimaksudkan untuk menilai keabsahan suatu keputusan administratif–kewenangan itu berada pada lembaga peradilan–melainkan untuk menyediakan penalaran etis yang dapat dipertimbangkan oleh para pemangku kepentingan, termasuk MDP sendiri, dalam menyempurnakan sistem yang sedang dibangun bersama.

Kajian ini berbentuk laporan kasus kebijakan (*policy case report*) dengan penelaahan dokumen. Alur penalarannya disusun menyerupai alur berpikir klinis: pemaparan kasus, penelusuran perjalanan masalah, telaah, dan simpulan yang disertai usulan tindakan.

Bahan telaah terdiri atas 4 kelompok. Pertama, dokumen normatif nasional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/775/2025, dan Surat Ketua MDP Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026.¹ Kedua, putusan Mahkamah Konstitusi yang berkaitan dengan tata kelola profesi kesehatan pasca-Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Ketiga, dokumen resmi regulator profesi di Inggris, Australia, Amerika Serikat, dan Kanada. Keempat, pustaka etika kebijakan publik, teori regulasi, dan keselamatan pasien ditelusuri

melalui PubMed dan Google Scholar dengan kata kunci *professional regulation, mandatory reporting, notification, patient safety, just culture, dan public protection*, tanpa pembatasan tahun terbit, serta dilengkapi dengan penelusuran manual pada daftar pustaka artikel terpilih.

Telaah dilakukan dalam tiga langkah yang dapat ditelusuri kembali oleh pembaca. Langkah pertama adalah rekonstruksi kronologi normatif untuk memetakan pada lapis dokumen mana penyempitan makna terjadi (Tabel 2). Langkah kedua adalah penilaian rangkaian kebijakan tersebut terhadap delapan asas dalam Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014, dilengkapi dengan kerangka akuntabilitas atas penalaran (Tabel 3). Langkah ketiga adalah perbandingan antaryurisdiksi dengan matriks yang seragam (Tabel 4).

Latar kelembagaan

Sebelum tahun 2023, penegakan disiplin kedokteran dilakukan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 membuka pintu pengaduan bagi setiap orang yang mengetahui atau yang kepentingannya dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran.² Frasa “setiap orang yang mengetahui” menempatkan pengetahuan, bukan kerugian, sebagai dasar penyampaian informasi. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengganti majelis tersebut dengan MDP dan merumuskan subjek pengaduan secara berbeda.

Perjalanan kasus

Penyempitan pintu masuk informasi berlangsung secara bertahap melalui 4 lapisan dokumen.

1. Lapis pertama, undang-undang. Pasal 304 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memberi mandat kepada Menteri untuk membentuk majelis yang melaksanakan tugas di bidang disiplin profesi, sedangkan Pasal 305 menyatakan bahwa pasien atau keluarganya yang kepentingannya dirugikan dapat mengadukan dugaan pelanggaran kepada Majelis. Pasal 306 mengatur jenis sanksi disiplin, sedangkan Pasal 307

Tabel 2. Rekonstruksi normatif rangkaian pemaknaan Pasal 305

Lapis dokumen	Rumusan atau isi pokok	Pemaknaan yang berkembang	Catatan telaah
Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 (Pasal 66)	Setiap orang yang mengetahui atau yang kepentingannya dirugikan dapat mengadu	Pintu terbuka	Pengetahuan menjadi dasar penyampaian informasi
Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 (Pasal 305)	Pasien atau keluarganya yang dirugikan dapat mengadu	Belum ada pembatasan tegas	Kata “dapat” tanpa kata “hanya”
Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024	Penerimaan pengaduan sebagai fungsi majelis	Netral terhadap subjek	Memerintahkan pengaturan lebih lanjut
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025	Pengaduan didefinisikan sebagai permohonan pasien atau keluarga pasien	Pembatasan subjek pertama kali dirumuskan	Objek yang dapat dimohonkan uji materiil
Surat Ketua MDP Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026	Butir 1 mengutip norma; butir 2 menyimpulkan pihak yang berhak mengadu	Penegasan pembatasan	Langkah penyimpulan menambah unsur kesatu-satunya

Tabel 3. Penilaian rangkaian kebijakan terhadap asas-asas umum pemerintahan yang baik (Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014)

Asas	Tuntutan asas	Catatan atas kasus
Kepastian hukum	Keputusan bersandar pada aturan yang jelas dan ajek	Perbedaan rumusan antarlapis dokumen menimbulkan keragaman penafsiran
Kemanfaatan	Manfaat bagi masyarakat sebanding dengan beban yang ditimbulkan	Manfaat penyederhanaan administrasi belum sebanding dengan hilangnya sinyal risiko
Ketidakberpihakan	Seluruh kepentingan yang relevan dipertimbangkan berimbang	Kepentingan perlindungan publik perlu memperoleh bobot yang setara
Kecermatan	Keputusan disiapkan dengan mempertimbangkan seluruh fakta relevan	Kebutuhan regulator akan informasi tampak belum terbaca sebagai pertimbangan
Tidak menyalahgunakan kewenangan	Kewenangan digunakan sesuai tujuan pemberiannya	Tidak ditemukan indikasi penyalahgunaan; persoalan terletak pada cakupan penafsiran
Keterbukaan	Kebijakan yang berdampak luas dapat diakses dan ditanggapi	Penyampaian melalui surat balasan kepada satu pemohon menyulitkan pihak lain menanggapi
Kepentingan umum	Kepentingan masyarakat luas didahulukan	Risiko yang timbul dipikul publik, bukan hanya para pihak
Pelayanan yang baik	Prosedur mudah, jelas, dan responsif	Belum tersedia jalur formal bagi informasi dari sumber profesional

mengatur peninjauan kembali. Tidak terdapat ketentuan yang menyatakan bahwa pihak selain pasien dilarang menyampaikan informasi kepada Majelis.¹

2. Lapis kedua, Peraturan Pemerintah. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 menempatkan penerimaan pengaduan, pemeriksaan dugaan pelanggaran, dan penetapan apakah ada atau tidaknya pelanggaran sebagai fungsi MDP, serta memerintahkan pengaturan lebih lanjut melalui peraturan menteri.¹³

3. Lapis ketiga, peraturan menteri. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, yang ditetapkan pada 9 Mei 2025 dan diundangkan pada 19 Mei 2025, mendefinisikan pengaduan sebagai permohonan pasien atau keluarga pasien atas dugaan pelanggaran disiplin profesi tenaga medis atau tenaga kesehatan yang diadukan kepada MDP, dan pada Pasal 5 ayat (1) merumuskan pembatasan yang sama pada tataran operasional. Peraturan yang sama mengatur pemberian kuasa

Tabel 4. Perbandingan sumber informasi disiplin profesi antaryurisdiksi

Yurisdiksi	Pasien	Sejawat	Rumah sakit	Organisasi profesi	Regulator lain	Laporan diri	Kewajiban melapor
Indonesia (pemaknaan saat ini)	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Inggris	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Terbatas
Australia	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Amerika Serikat	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Sebagian	Sebagian
Kanada	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Sebagian

oleh pasien dan/atau keluarga pasien dalam proses pengaduan.⁷ Pada lapis inilah pembatasan subjek dirumuskan dalam bentuk peraturan perundang-undangan.

4. Lapis keempat, surat pimpinan majelis. Pada 2 Juni 2026, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia menyampaikan permohonan penegasan dan klarifikasi terkait mekanisme penyampaian dugaan pelanggaran disiplin profesi kepada MDP. Permohonan tersebut dijawab melalui Surat Ketua MDP Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026 tanggal 11 Juni 2026. Surat itu memuat dua butir. Butir pertama mengutip Pasal 305, yaitu bahwa pasien atau keluarganya yang kepentingannya dirugikan dapat mengajukan aduan kepada Majelis. Butir kedua menyimpulkan bahwa berdasarkan hal tersebut, pihak yang berhak mengajukan pengaduan kepada MDP adalah pasien atau keluarganya.⁸

Temuan pokok

Dari rekonstruksi tersebut, terdapat 4 hal yang menonjol. Pertama, teks Pasal 305 memuat kata “dapat” dan tidak memuat kata pembatas seperti “hanya” atau “semata-mata”. Kedua, pembatasan subjek baru muncul secara tegas pada lapis peraturan menteri, kemudian dipertegas pada lapis surat. Ketiga, tidak ditemukan ketentuan yang secara eksplisit melarang MDP menerima informasi dari sumber lain, sehingga persoalan sesungguhnya terletak pada tiadanya jalur formal, bukan pada adanya larangan. Keempat, pihak yang memohon penegasan justru merupakan perangkat etik organisasi profesi, yaitu simpul yang dalam kepastakaan regulasi profesi lazimnya berperan sebagai sumber informasi awal. Rincian

perbandingan antarlapis disajikan pada Tabel 3.

Perlu dicatat bahwa pembacaan yang berbeda juga hidup di kalangan akademik. Sebagian penulis membaca Pasal 305 ayat (1) sebagai pengaturan yang bersifat limitatif dan memang berbeda dari Pasal 66 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 yang lebih terbuka.¹⁶ Perbedaan pembacaan inilah yang membuat kasus ini layak dibahas secara etis, bukan sekadar diselesaikan secara tekstual.

Letak langkah penyempitan

Susunan surat MDP memperlihatkan dengan jelas di mana penyempitan terjadi. Butir pertama merupakan kutipan norma dan sepenuhnya tepat. Butir kedua merupakan kesimpulan atas kutipan tersebut. Langkah dari “pasien atau keluarganya dapat mengadu” menuju “yang mempunyai hak mengadu adalah pasien atau keluarganya” bukanlah pengulangan norma, melainkan penambahan unsur yang tidak terdapat dalam teks aslinya, yaitu unsur “satu-satunya”.^{1,8} Pengamatan ini tidak dimaksudkan sebagai celaan. Justru sebaliknya: karena penyempitan lahir dari satu langkah penyimpulan yang dapat diidentifikasi secara persis, koreksinya pun dapat dilakukan secara sederhana tanpa membongkar kerangka yang telah dibangun.

Ketidakselarasan di dalam sistem itu sendiri

Penyempitan tersebut menjadi lebih menonjol ketika dibaca bersama ketentuan lain dalam undang-undang yang sama. Pasal 303 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mewajibkan setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya serta memperhatikan keselamatan pasien dan menyatakan bahwa

untuk pelaksanaannya dapat diselenggarakan audit pelayanan kesehatan.¹ Undang-undang yang sama, dengan demikian, memerintahkan diselenggarakannya pengawasan profesional, tetapi tidak menyediakan jalur bagi temuan pengawasan tersebut untuk sampai kepada lembaga yang berwenang guna ditindaklanjuti. Secara etis, meminta suatu pihak menjalankan fungsi pengawasan sekaligus menutup saluran bagi hasil pengawasannya merupakan susunan yang sulit dipertahankan.

Ketidakselarasan serupa juga tampak pada tataran pelaksanaan. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/775/2025 menguraikan jenis pelanggaran disiplin profesi yang menjadi objek penegakan oleh MDP.¹⁴ Di antara jenis yang diuraikan terdapat bentuk-bentuk yang secara inheren sulit dikenali oleh pasien maupun keluarganya, misalnya praktik di luar batas kompetensi, kegagalan merujuk, penyimpangan diagnosis dan tata laksana dari standar profesi, serta pemberian tindakan yang berlebihan (*overtreatment*). Untuk mengenali bahwa suatu tindakan melampaui batas kompetensi pelakunya, diperlukan pengetahuan mengenai batas kompetensi itu sendiri; untuk mengetahui bahwa seseorang seharusnya dirujuk, diperlukan pemahaman atas standar pelayanan. Negara, melalui keputusan tersebut, telah mengakui adanya pelanggaran yang pada umumnya hanya dapat terdeteksi melalui audit klinis, evaluasi sejawat, komite medik, atau komite mutu. Mengakui keberadaan pelanggaran semacam itu sambil menutup satu-satunya jalur yang secara realistis dapat mengungkapkannya menempatkan sistem dalam ketegangan dengan dirinya sendiri.

Sebaliknya, beberapa ketentuan justru menunjukkan bahwa kerja MDP tidak dirancang untuk sepenuhnya bergantung pada pengaduan pasien. Pasal 304 merumuskan tugas Majelis untuk menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin profesi, tanpa menggantungkan tugas tersebut pada adanya pengaduan, sedangkan Pasal 308 mengatur permintaan rekomendasi Majelis dalam proses hukum yang diajukan oleh pihak lain.¹ Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 111/PUU-

XXII/2024 bahkan memaknai keikutsertaan masyarakat dalam pengawasan penyelenggaraan kesehatan sebagai keikutsertaan yang melibatkan kolegium, majelis disiplin profesi, perwakilan pemerintah, organisasi kemasyarakatan terkait, akademisi, dan para pakar.¹⁵ Keahlian profesional, dengan kata lain, telah ditempatkan sebagai bagian dari pengawasan; yang belum tersedia adalah salurannya.

Telaah rumusan Pasal 305

Secara teknis dalam penyusunan peraturan perundang-undangan, kata “dapat” lazim digunakan untuk membentuk norma yang bersifat fakultatif, yaitu norma yang membuka kemungkinan bagi subjek hukum untuk bertindak tanpa menciptakan kewajiban maupun eksklusivitas. Apabila pembentuk undang-undang bermaksud membatasi, tersedia rumusan yang lazim dan tegas, seperti “hanya” atau “hanya dapat”. Ketiadaan rumusan pembatas dalam Pasal 305 memberi ruang bagi pembacaan bahwa yang diatur adalah jaminan akses bagi pasien, bukan penutupan akses bagi pihak lain. Penjelasan pasal tersebut menyatakan “cukup jelas”, sehingga tidak tersedia keterangan resmi mengenai maksud pembentuk undang-undang di luar rumusan pasal tersebut.¹ Hal ini patut dicatat karena kategori “setiap orang yang mengetahui” yang sebelumnya terdapat dalam Pasal 66 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tidak dipertahankan, tanpa penjelasan mengenai alasannya.²

Satu pembedaan perlu dijaga agar pembahasan tidak kabur. Yang diatur dalam Pasal 305 adalah pengaduan, yaitu tindakan formal yang menempatkan seseorang sebagai pengadu dengan hak prosedural tertentu; sifat tersebut dipertegas oleh ayat (2) yang mensyaratkan identitas pengadu serta alasan pengaduan.¹ Yang tidak diatur adalah keseluruhan cara MDP memperoleh informasi mengenai dugaan pelanggaran. Membaca ketentuan tentang pengaduan sebagai ketentuan yang sekaligus menutup jalur informasi berarti memperluas jangkauan pasal melampaui apa yang dirumuskannya. Usul kami pun terbatas pada pintu masuk informasi, bukan pada standar pembuktian maupun hak prosedural pihak

yang diadukan: setiap informasi yang masuk tetap harus diverifikasi dan diperiksa melalui mekanisme yang sama, sehingga perlindungan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan tidak berkurang.

Dalam hukum administrasi, setiap tindakan pemerintahan harus bersandar pada kewenangan yang jelas dan pembatasan hak warga hanya sah apabila memiliki dasar yang memadai.⁶ Norma yang memberikan hak umumnya ditafsirkan secara luas, sedangkan norma yang membatasi hak ditafsirkan secara sempit.¹⁷ Kami menyadari bahwa pembacaan sebaliknya juga dapat dipertahankan, yaitu bahwa penyebutan subjek tertentu dengan sendirinya menyingkirkan subjek lain.¹⁶ Kami tidak berpretensi untuk menutup perdebatan itu. Yang ingin kami kemukakan adalah bahwa di antara dua pembacaan yang sama-sama mungkin, pembacaan yang lebih memungkinkan negara melindungi masyarakat memiliki bobot etis yang lebih besar sehingga lebih pantas dipilih.

Penilaian dengan asas-asas umum pemerintahan yang baik

Penilaian rangkaian kebijakan dalam kasus ini terhadap kedelapan asas dalam Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 disajikan pada Tabel 4.⁶ Tiga asas paling menonjol. Asas kecermatan menuntut agar keputusan disiapkan dengan mempertimbangkan seluruh fakta dan kepentingan yang relevan; dalam kasus ini, kepentingan perlindungan publik dan kebutuhan regulator akan informasi tampaknya belum terbaca sebagai bagian dari pertimbangan. Asas kepentingan umum menuntut agar kepentingan masyarakat luas didahulukan atas kemudahan administratif; penyempitan pintu masuk memang menyederhanakan beban administrasi, tetapi menanggung risiko yang harus dipikul publik. Asas keterbukaan menuntut agar kebijakan yang berdampak luas disampaikan melalui saluran yang dapat diakses dan diuji; penyampaian melalui surat balasan kepada satu pemohon menyulitkan pihak lain untuk mengetahui, memahami, dan menanggapi kebijakan tersebut.

Perlu ditegaskan bahwa kami tidak

menemukan indikasi penyalahgunaan kewenangan. Persoalan terletak pada cakupan penafsiran dan pada mutu prosedur, bukan pada iktikad. Dalam kerangka akuntabilitas atas penalaran, menerbitkan pedoman terbuka mengenai penanganan informasi dari sumber profesional akan sekaligus memperkuat pemenuhan asas keterbukaan dan asas pelayanan yang baik.⁶

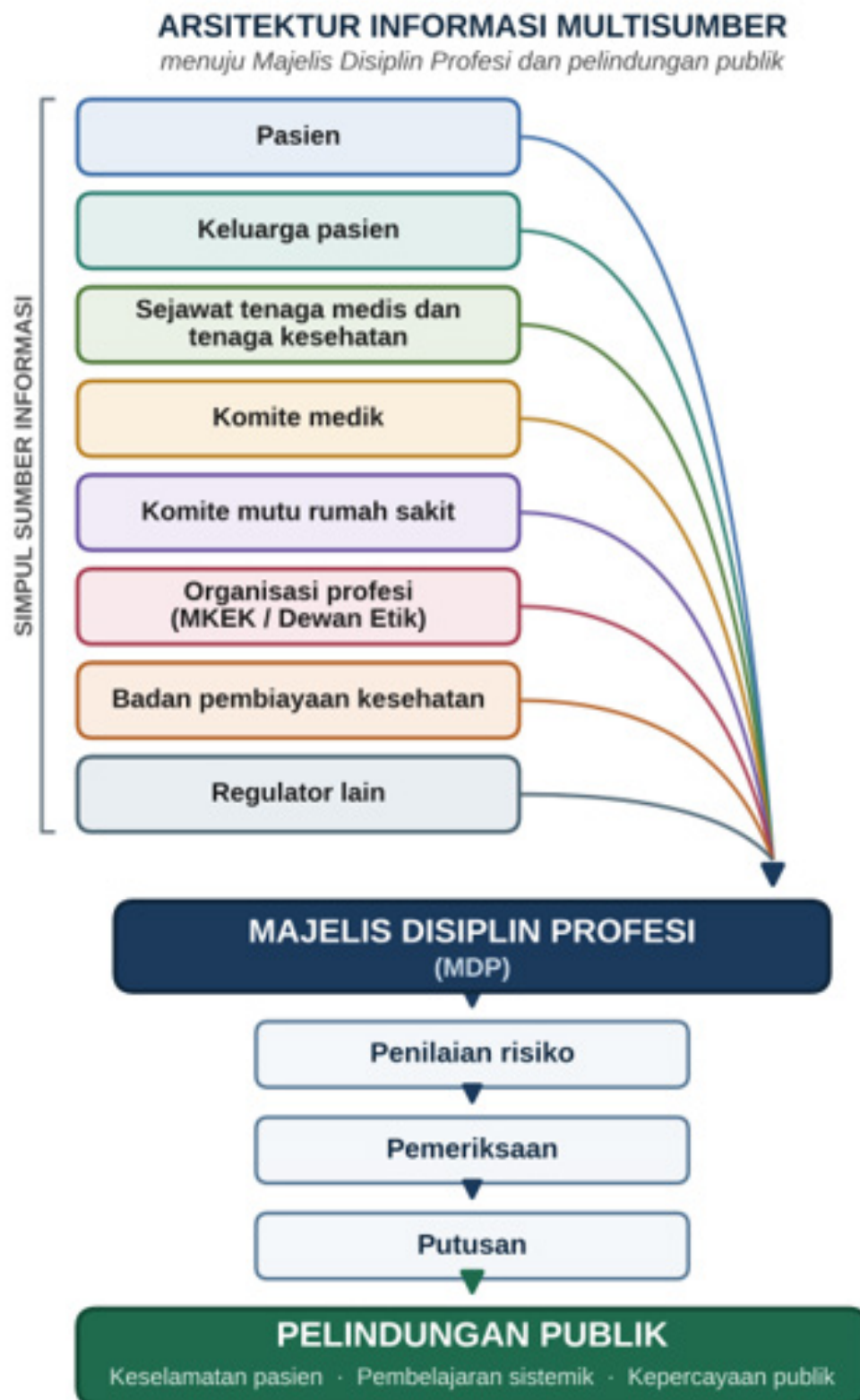
Implikasi bagi perlindungan publik

Karena rangkaian dokumen ini masih relatif baru, dampaknya belum dapat diukur secara empiris. Namun, dari desain sistemnya dapat diantisipasi bahwa Majelis Kehormatan Etik Kedokteran, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis, komite medik, komite mutu rumah sakit, badan pembiayaan kesehatan, dan sejawat tidak memiliki jalur formal untuk menyampaikan temuan mereka kepada MDP. Konsekuensi yang wajar diperkirakan adalah pelaporan yang kurang dari yang semestinya, berkurangnya kemampuan regulator dalam membaca pola risiko, serta hilangnya kesempatan pembelajaran sistemik. Alur informasi yang kami usulkan digambarkan pada Gambar 1.

Reposisi organisasi profesi sebagai simpul informasi

Kajian kami sebelumnya menunjukkan bahwa Majelis Kehormatan Etik Kedokteran dan Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis tetap memiliki fungsi strategis setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, bukan sebagai regulator disiplin negara, melainkan sebagai penjaga etik profesi sekaligus simpul informasi.¹⁸ Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 111/PUU-XXII/2024 dan Nomor 182/PUU-XXII/2024, yang diucapkan pada 30 Januari 2026, menegaskan kembali kedudukan kolegium sebagai lembaga ilmiah yang mandiri, kedudukan Konsil Kesehatan Indonesia yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, serta perlunya wadah tunggal bagi organisasi profesi.¹⁵ Penataan tersebut menunjukkan bahwa perangkat profesi tetap diperhitungkan dalam arsitektur tata kelola kesehatan nasional.

Apabila jalur informasi profesional dibuka, perangkat etik profesi dapat berperan sebagai simpul yang menghimpun, memverifikasi, dan



Gambar 1. Arsitektur informasi multisumber menuju Majelis Disiplin Profesi dan perlindungan publik. Berbagai simpul dalam sistem pelayanan kesehatan—pasien dan keluarga, sejawat, komite medik, komite mutu rumah sakit, organisasi profesi termasuk Majelis Kehormatan Etik Kedokteran dan Dewan Etik Perhimpunan, badan pembiayaan kesehatan, serta regulator lain—menyampaikan informasi kepada Majelis Disiplin Profesi. Majelis menindaklanjutinya melalui penilaian risiko, pemeriksaan, dan putusan, dengan perlindungan publik sebagai tujuan akhir, yaitu keselamatan pasien, pembelajaran sistemik, dan kepercayaan publik.

Tabel 5. Opsi koreksi yang tersedia menurut objek dan daya tahanannya

Opsi	Pemangku kewenangan	Objek dan dasar	Daya tahan hasil
Pedoman internal MDP	Majelis Disiplin Profesi	Praktik penanganan informasi; kewenangan pengaturan teknis pelaksanaan	Dapat berjalan segera; bergantung pada kebijakan pelaksana
Penyempurnaan peraturan menteri	Menteri Kesehatan	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025	Lebih kuat; tetap terikat pada rumusan undang-undang
Upaya administratif dan gugatan tata usaha negara	Pihak yang dirugikan	Keputusan atau tindakan administrasi; Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 dan Undang-Undang Peradilan Tata Usaha Negara	Terbatas pada keputusan atau tindakan yang digugat
Hak uji materiil	Mahkamah Agung	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, bukan surat; Pasal 24A UUD 1945, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2009, PERMA Nomor 1 Tahun 2011	Menghapus rumusan pada peraturan; rumusan undang-undang tetap; pemeriksaan ditunda selama pengujian undang-undang berjalan
Pengujian undang-undang	Mahkamah Konstitusi	Pasal 305 ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023; Pasal 24C UUD 1945	Menutup satu pembacaan pada tataran norma; paling tahan lama

menyaring informasi sebelum diteruskan kepada MDP apabila memenuhi kriteria pelanggaran disiplin. Peran demikian tidak mengurangi kewenangan MDP untuk memeriksa dan memutus, dan justru meningkatkan mutu informasi yang diterimanya. Pembagian peran ini juga menghindari tumpang tindih: organisasi profesi menjalankan fungsi pembinaan etik, sedangkan MDP menjalankan fungsi penegakan disiplin.

Opsi koreksi kebijakan yang tersedia

Tersedia beberapa opsi koreksi dengan objek dan daya tahan yang berbeda, sebagaimana dirangkum dalam Tabel 5. Dua di antaranya bekerja pada tataran pelaksanaan dan dapat ditempuh dengan cepat, satu bekerja pada tataran keputusan administrasi, sedangkan dua lainnya bekerja pada tataran norma dan menghasilkan hasil yang lebih tahan lama. Perlu dikemukakan bahwa terdapat perbedaan pandangan mengenai cukup tidaknya koreksi pada tataran pelaksanaan; kami uraikan perbedaan tersebut pada bagian akhir subbagian ini.

Ketiga forum yang disebut di bawah ini dibedakan menurut objeknya, dan pembedaan tersebut menentukan ke mana masing-masing persoalan harus diarahkan. Keputusan atau tindakan administrasi pemerintahan yang

bersifat individual dan konkret ditempuh melalui upaya administratif dan pengadilan tata usaha negara; peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang diuji ke Mahkamah Agung berdasarkan Pasal 24A ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; sedangkan undang-undang diuji terhadap Undang-Undang Dasar ke Mahkamah Konstitusi berdasarkan Pasal 24C ayat (1).³⁶ Istilah hak uji materiil dalam naskah ini kami gunakan secara khusus untuk kewenangan Mahkamah Agung, sesuai dengan peristilahan yang dipakai Mahkamah Agung sendiri, sedangkan kewenangan Mahkamah Konstitusi kami sebut sebagai pengujian undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar.

1. Penegasan kebijakan internal. MDP dapat menerbitkan pedoman yang membedakan pengaduan formal, yang tetap menjadi hak pasien dan keluarganya sesuai Pasal 305, dari penyampaian informasi profesional awal yang dapat berasal dari sumber lain dan ditindaklanjuti melalui penilaian risiko. Opsi ini tidak memerlukan perubahan peraturan apa pun dan dapat dilaksanakan dalam waktu singkat.
2. Penyempurnaan peraturan menteri. Menteri Kesehatan dapat menyempurnakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 dengan menambahkan

kategori informasi profesional atau laporan institusional di samping definisi pengaduan yang sudah ada.⁷ Opsi ini memberikan kepastian hukum yang lebih kuat dan tetap berada dalam kewenangan pembentuk peraturan.

3. Upaya administratif dan gugatan tata usaha negara. Bagi pihak yang merasa dirugikan oleh suatu keputusan atau tindakan administrasi pemerintahan, tersedia upaya administratif berupa keberatan dan banding administratif, serta gugatan ke pengadilan tata usaha negara.⁶
4. Permohonan hak uji materiil ke Mahkamah Agung. Pasal 24A ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 memberi kewenangan kepada Mahkamah Agung untuk menguji peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang terhadap undang-undang. Kewenangan tersebut dirinci dalam Pasal 20 ayat (2) huruf b Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009, Pasal 31 dan Pasal 31A Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2009, serta Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2011 tentang Hak Uji Materiil. Suatu peraturan dapat dinyatakan tidak sah apabila bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau apabila pembentukannya tidak memenuhi ketentuan yang berlaku.¹⁹ Dalam kasus ini, objek yang memenuhi syarat sebagai peraturan perundang-undangan adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, bukan surat pimpinan majelis, karena surat tersebut merupakan tanggapan atas permohonan seorang pemohon dan bukan kaidah hukum yang mengikat secara umum.^{7,8} Perbedaan ini penting agar upaya hukum yang ditempuh tepat sasaran. Perlu ditambahkan bahwa jalur ini dan jalur berikutnya tidak berjalan sepenuhnya sejajar. Pasal 55 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003, sebagaimana dimaknai dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 93/PUU-XV/2017, menentukan bahwa pengujian peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang yang sedang dilakukan Mahkamah Agung ditunda pemeriksaannya

apabila undang-undang yang menjadi dasar pengujian peraturan tersebut sedang dalam proses pengujian di Mahkamah Konstitusi sampai ada putusan.²⁰⁻¹ Karena rumusan yang dipersoalkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 bersumber pada Pasal 305 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang sedang diuji, permohonan hak uji materiil secara praktis akan menunggu putusan Mahkamah Konstitusi terlebih dahulu.

5. Pengujian undang-undang ke Mahkamah Konstitusi. Pasal 24C ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 memberi kewenangan kepada Mahkamah Konstitusi untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar.³⁶ Yang relevan bagi kasus ini bukan pembatalan Pasal 305, melainkan model putusan bersyarat, yaitu pernyataan bahwa suatu norma bertentangan dengan konstitusi sepanjang tidak dimaknai secara tertentu, sehingga hak pasien tetap utuh, sementara pembacaan yang menyempitkan ditutup. Model ini telah diterapkan Mahkamah terhadap sejumlah ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 sendiri.¹⁵

Perbedaan pandangan yang kami sebutkan di awal terletak pada pertanyaan berikut: apakah koreksi pada tataran pelaksanaan sudah cukup? Pandangan pertama menyatakan cukup karena tidak ada larangan tegas dalam undang-undang, sehingga ruang penafsiran masih terbuka bagi pembentuk peraturan dan MDP. Pandangan kedua menyatakan bahwa hal itu tidak cukup, dengan dua alasan yang menurut kami serius. Pertama, selama rumusan undang-undang tidak berubah, setiap pelaksana berikutnya dapat kembali bersandar pada rumusan yang sama, sehingga koreksi administratif bersifat sementara dan bergantung pada siapa yang sedang menjabat. Kedua, kekosongan yang diperlihatkan pada subbagian sebelumnya—undang-undang memerintahkan audit tetapi tidak menyediakan saluran bagi temuannya—berada pada norma, dan peraturan pelaksanaan tidak dapat mengisinya tanpa melampaui undang-undang. Kami memandang kedua

pandangan ini tidak saling meniadakan: koreksi pada tataran pelaksanaan tetap bernilai karena dapat segera dilaksanakan, sedangkan koreksi pada tataran norma menentukan daya tahannya. Karena itu, keduanya lebih tepat dipandang sebagai langkah yang berjalan berdampingan daripada sebagai pilihan yang saling menggantikan.

Perlu kami sampaikan secara terbuka bahwa sebagian penulis naskah ini merupakan pemohon dalam permohonan pengujian Pasal 305 ayat (1) yang diajukan kepada Mahkamah Konstitusi dan masih berjalan pada saat naskah ini ditulis. Keterangan selengkapnya kami cantumkan dalam pernyataan konflik kepentingan. Uraian pada subbagian ini kami susun sebagai pemetaan opsi yang tersedia, bukan sebagai dukungan atas hasil tertentu, dan penilaian atas permohonan tersebut sepenuhnya merupakan kewenangan Mahkamah.

Keterbatasan

Kajian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diungkapkan secara jujur. Pertama, telaah bersifat dokumenter dan belum disertai data empiris mengenai jumlah, jenis, dan sumber pengaduan yang diterima MDP, sehingga dampak yang diuraikan bersifat antisipatif dan bukan hasil pengukuran. Kedua, surat pimpinan majelis yang menjadi titik tolak merupakan tanggapan atas permohonan seorang pemohon dalam konteks tertentu, sehingga penerapannya secara umum masih dapat berkembang. Ketiga, persoalan ini sedang diajukan kepada Mahkamah Konstitusi dan belum diputus, sehingga uraian kami bersifat akademik dan dapat menjadi tidak relevan atau perlu ditinjau ulang setelah putusan dijatuhkan; pembaca perlu pula memperhatikan bahwa sebagian penulis merupakan pemohon dalam perkara tersebut sebagaimana dinyatakan pada bagian konflik kepentingan. Keempat, pembaca alternatif yang memahami Pasal 305 sebagai ketentuan limitatif tetap merupakan pendapat yang sah dan patut diuji lebih lanjut. Kelima, perbandingan antaryurisdiksi tidak dapat diterapkan secara langsung tanpa penyesuaian konteks. Penelitian lanjutan berupa kajian empiris atas pola pengaduan dan

penelaahan pengalaman lembaga pembinaan etik profesi akan sangat bermanfaat untuk menguji argumen yang kami ajukan.

KESIMPULAN

Hak pasien mengadu sebaiknya dimaknai sebagai jaminan minimum, bukan pembatasan maksimum atas sumber informasi lainnya. Koreksi dapat ditempuh secara bertahap, mulai dari penegasan kebijakan internal MDP, penyempurnaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025, hingga—apabila diperlukan—permohonan hak uji materiil atas Peraturan Menteri Kesehatan ke Mahkamah Agung dan pengujian Pasal 305 ayat (1) terhadap Undang-Undang Dasar ke Mahkamah Konstitusi.

KONFLIK KEPENTINGAN

Sebagian penulis merupakan anggota Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia dan/atau aktif dalam perangkat etik organisasi profesi, sedangkan surat yang menjadi titik tolak kajian ini terbit atas permohonan Dewan Etik perhimpunan tersebut. Yang terpenting diketahui pembaca, sebagian penulis juga merupakan pemohon dalam pengujian Pasal 305 ayat (1) terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang masih berproses di Mahkamah Konstitusi, sehingga memiliki kepentingan langsung terhadap persoalan yang dibahas.

Naskah ini bukan dokumen pendukung permohonan tersebut dan tidak ditujukan untuk memengaruhi pemeriksaan perkara, yang sepenuhnya merupakan kewenangan Mahkamah. Penulis tidak menerima manfaat finansial apa pun sehubungan dengan penulisan naskah ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada para sejawat yang telah memberikan masukan dalam diskusi penyusunan naskah ini, serta kepada para penelaah yang saran-sarannya sangat memperkaya arah dan susunan

tulisan. Penulisan naskah ini tidak menerima pendanaan dari lembaga mana pun.

REFERENSI

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
4. Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007.
5. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *J Law Med Ethics*. 2002;30(2):170-8. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x>
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.
8. Surat Ketua Majelis Disiplin Profesi Nomor MD.01/MDP/1127/VI/2026 tanggal 11 Juni 2026 perihal Tanggapan atas Permohonan Penegakan dan Klarifikasi mengenai Mekanisme Penyampaian Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi.
9. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994;272(23):1851-7. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039>
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
11. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(7):532-40. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001691>
12. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med*. 2016;374(4):354-62. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1506137>
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/775/2025 tentang Uraian Jenis Pelanggaran Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2025.
15. Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 111, 182/PUU-XXII/2024.
16. Andrianto W. Secarik catatan untuk Majelis Disiplin Dokter [Internet]. Depok: Fakultas Hukum Universitas Indonesia; 2025 [dikutip 1 Agustus 2026]. Tersedia pada: <https://law.ui.ac.id/secarik-catatan-untuk-majelis-disiplin-dokter-oleh-dr-wahyu-andrianto-s-h-m-h/>
17. Alexy R. A theory of constitutional rights. Rivers J, translator. Oxford: Oxford University Press; 2002.
18. Munawar M, Baharuddin M, Kaunang DRD, Soerianata S, Rahayu AU, Yahya AF. Reposisi peran Mahkamah Kehormatan Etik Kedokteran, Dewan Etik Perhimpunan Dokter Spesialis dan Majelis Disiplin Profesi pasca Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023: dari model pengaduan tunggal menuju arsitektur informasi multisumber. *J Etika Kedokt Indones*. 2026;10(1):17-25.
19. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2009 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1985 tentang Mahkamah Agung. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 3.
20. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020.
21. Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 93/PUU-XV/2017.

