

Jurnal Etika Kedokteran Indonesia



Dokter dalam Demonstrasi: Dilema Etis, Batas Kewajiban, dan Tantangan di Indonesia

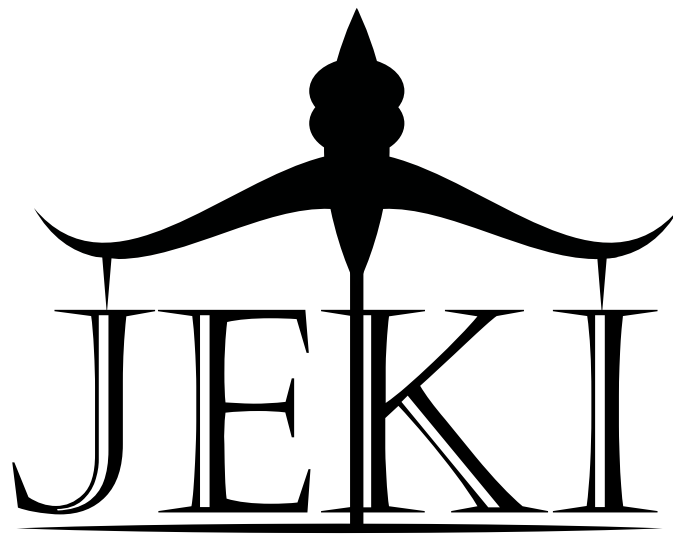
Menuju Praktik Kardiovaskular yang Rasional: Pentingnya Penyusunan *Appropriateness Use Criteria* dalam Intervensi Kardiologi di Indonesia

Aspek Bioetika Penyimpanan Data dalam Rekam Medis Elektronik

Gaya Berkomunikasi dalam Berinteraksi Khususnya dengan Pasien

Kritik dan Etika





Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Kepala Editor

Frans Santosa

Editor

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Anna Rozaliyani

Manajer Jurnal

Pukovisa Prawiroharjo

Editor Kপি

Fadlika Harinda

Tata Letak

Hansel Tenggara Widjaja

Reviewer

Agus Purwadianto

Anindita Santosa

Anna Rozaliyani

Ari Fahrial Syam

Bachtiar Husein

Djoko Widyarto JS

Frans Santosa

Julitasari Sundoro

Prijo Sidipratomo

Pukovisa Prawiroharjo

Putri Dianita Ika Meilia

Rianto Setiabudy

Tenar Zulkarnaen

Wawang S. Sukarya

Sekretariat JEKI

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

vol. 9 no. 3

Oktober 2025



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Teman sejawat yang terhormat,

Assalamu'alaykum Wr. Wb.

Salam Sejahtera, Om Swastiatu, Namó Buddhaya, Salam kebajikan

Teman Sejawat tercinta di seluruh penjuru tanah air.

Puji dan syukur marilah senantiasa kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa. Atas rahmat dan karunia-Nya, Jurnal Etika Kedokteran Indonesia (JEKI) edisi ke-17, kuartal keempat tahun 2025, dapat kembali hadir menyapa para sejawat di seluruh Indonesia.

Edisi ini terbit bertepatan dengan peringatan Hari Dokter Nasional (24 Oktober 2025) dan Hari Sumpah Pemuda (28 Oktober 2025) – dua momentum penting yang mengingatkan kita akan semangat pengabdian, persatuan, dan tanggung jawab moral sebagai insan medis dan anak bangsa.

Tema-tema yang kami sajikan pada edisi ini mencerminkan dinamika dan tantangan profesi dokter di era modern yang semakin kompleks. Mulai dari “Dokter dalam Demonstrasi: Dilema Etis, Batas Kewajiban, dan Tantangan di Indonesia”, yang menyoroti posisi dokter dalam pusaran sosial-politik dan panggilan moralnya; hingga artikel “Menuju Praktik Kardiovaskular yang Rasional: Pentingnya Penyusunan *Appropriateness Use Criteria* dalam Intervensi Kardiologi di Indonesia” yang menekankan pentingnya standar etis dan ilmiah dalam praktik klinis.

Tak kalah penting, edisi ini juga menampilkan pembahasan mendalam mengenai aspek bioetika dalam penyimpanan data rekam medis elektronik, topik yang semakin relevan di tengah digitalisasi layanan kesehatan. Dua tulisan lain, yaitu “Kritik dan Etika” serta “Gaya Berkomunikasi dalam Berinteraksi, khususnya dengan Pasien”, menjadi pengingat bahwa nilai-nilai etika, empati, dan komunikasi efektif tetap menjadi inti dalam setiap relasi dokter-pasien.

Melalui JEKI edisi ke-17 ini, kami berharap para sejawat dapat terus memperkaya wawasan, memperkuat refleksi moral, dan memperteguh komitmen terhadap Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dalam setiap tindakan profesional. Mari kita jadikan momentum Hari Dokter dan Sumpah Pemuda ini sebagai ajakan untuk memperbarui semangat pengabdian, menjaga marwah profesi, dan mengedepankan nilai kemanusiaan dalam setiap langkah pelayanan.

Tim redaksi menyampaikan apresiasi dan terima kasih kepada seluruh penulis, reviewer, dan pembaca yang telah berkontribusi dalam penerbitan edisi ini. Kami terus mengundang sejawat di seluruh Indonesia untuk berbagi pengalaman, refleksi, dan pemikiran etis dalam praktik, pendidikan, maupun penelitian kedokteran, agar JEKI tetap menjadi ruang inspirasi bagi pengembangan etika kedokteran di tanah air. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan rahmat, kesehatan, dan kebijaksanaan kepada kita semua dalam menjalankan tugas mulia sebagai dokter.

Frans Santosa
Kepala Editor

Daftar Isi

Dokter dalam Demonstrasi: Dilema Etis, Batas Kewajiban, dan Tantangan di Indonesia.....	69
Menuju Praktik Kardiovaskular yang Rasional: Pentingnya Penyusunan <i>Appropriateness Use Criteria</i> dalam Intervensi Kardiologi di Indonesia.....	75
Aspek Bioetika Penyimpanan Data dalam Rekam Medis Elektronik.....	81
Gaya Berkomunikasi dalam Berinteraksi Khususnya dengan Pasien.....	87
Kritik dan Etika.....	93

Dokter dalam Demonstrasi: Dilema Etis, Batas Kewajiban, dan Tantangan di Indonesia

Arnold Keane¹, Pukovisa Prawiroharjo¹

¹Bioethics Cluster, Indonesian Medical Education and Research Institute, Faculty of Medicine, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

Kata Kunci

bioetika, demonstrasi, Indonesia, keberatan hati nurani, loyalitas ganda, netralitas medis

Korespondensi

arnoldkeane10@gmail.com

Publikasi

© 2025 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v9i3.93

Tanggal masuk: 1 Juli 2025

Tanggal ditelaah: 1 Agustus 2025

Tanggal diterima: 15 September 2025

Tanggal publikasi: 30 Oktober 2025

Abstrak Demonstrasi merupakan bagian esensial demokrasi, namun di Indonesia kerap diperlakukan sebagai ancaman keamanan, sehingga tenaga medis berada dalam posisi rentan ketika netralitasnya diabaikan melalui penghalangan, kriminalisasi, dan kekerasan. Artikel ini menelaah dilema etis yang dihadapi dokter dan tenaga kesehatan dalam situasi tersebut, mencakup kewajiban menolong tanpa diskriminasi, batas kewajiban karena faktor keselamatan dan keterbatasan sumber daya, serta penolakan hati nurani yang tidak dapat dibenarkan jika didasarkan pada identitas pasien. Lebih lanjut, artikel membahas ketegangan antara kerahasiaan medis dan tuntutan aparat untuk membuka data pasien sebagai bentuk loyalitas ganda yang mengancam kepercayaan publik. Dengan menautkan perspektif bioetika global, hukum nasional, dan realitas politik Indonesia, diajukan konsep “netralitas protektif” di mana tenaga medis tidak hanya imparial tetapi juga aktif melindungi martabat manusia, kerahasiaan pasien, dan akses kemanusiaan. Perlindungan netralitas medis dalam demonstrasi di Indonesia karenanya bukan sekadar isu kesehatan, melainkan ukuran kualitas demokrasi yang menuntut integritas personal, perlindungan hukum eksplisit, solidaritas institusional, dan advokasi publik.

Abstract Demonstrations are a vital feature of democracy, yet in Indonesia they are often treated as security threats, placing medical professionals in a precarious position where their neutrality is disregarded through obstruction, criminalization, and violence. This article examines the ethical dilemmas faced by doctors and health workers in such contexts, analyzing duties of nondiscriminatory care, limits imposed by safety and scarce resources, and the impermissibility of conscientious objection based on patient identity. It further explores the tension between confidentiality and state demands for patient data as a form of dual loyalty, highlighting risks to trust and public health. Situating the discussion within global bioethics, Indonesian law, and political realities, the article proposes a model of “protective neutrality” whereby health professionals not only provide impartial care but actively safeguard human dignity, patient privacy, and humanitarian access. Ultimately, protecting medical neutrality during demonstrations in Indonesia emerges not as a technical health issue but as a democratic imperative requiring individual integrity, explicit legal protections, institutional solidarity, and public advocacy.

Demonstrasi merupakan salah satu mekanisme fundamental demokrasi: sebuah ruang di mana warga negara menyuarakan aspirasi, protes, dan kritik terhadap negara.¹ Namun, dalam praktik, terutama di banyak negara berkembang termasuk Indonesia, demonstrasi sering kali direduksi menjadi ancaman keamanan. Aparat negara merespons dengan tindakan represif, dari penggunaan gas air mata, peluru karet, hingga kekerasan fisik.² Dalam situasi tersebut, dokter, perawat, dan relawan medis berada pada posisi krusial, yaitu memberikan pertolongan medis yang

netral dan imparial. Dalam perannya sebagai agen kemanusiaan seharusnya ditempatkan di atas pertarungan politik, karena menyangkut pemenuhan hak asasi yang paling dasar, hak atas kesehatan dan kelangsungan hidup. Namun, realitas lapangan menunjukkan bahwa netralitas medis kerap tidak dihormati. Relawan medis dihadang, ambulans dihalangi, bahkan tenaga kesehatan sendiri tidak jarang menjadi korban kekerasan aparat.³

Kasus di Solo pada 30 Agustus 2025 memberikan ilustrasi yang gamblang. Raditya, seorang relawan medis, dipukul aparat meski ia

sedang berupaya membuka jalan bagi ambulans untuk mengevakuasi korban gas air mata. Sopir ambulannya, Dika, yang berusaha melindungi, justru ikut dipukul hingga mengalami cedera kepala. Peristiwa ini bukanlah anomali.^{4,5} Aksi mahasiswa tahun 2019 di Jakarta, kerusuhan buruh di Bekasi, hingga unjuk rasa menolak Omnibus Law memperlihatkan pola serupa: tenaga medis yang seharusnya dipandang sebagai humanitarian actors justru diposisikan sebagai pihak yang dicurigai, dihambat, atau bahkan dikriminalisasi.^{3,5}

Artikel ini bertujuan membedah dilema-dilema tersebut dalam bingkai bioetika global yang dikontekstualisasikan pada Indonesia. Dengan menautkan prinsip etika medis, norma hukum internasional, serta pengalaman historis-politik Indonesia, tulisan ini berargumen bahwa perlindungan netralitas medis dalam demonstrasi bukan sekadar isu teknis kesehatan, melainkan juga cerminan kualitas demokrasi dan penghormatan negara terhadap hak asasi manusia. Fokus analisis meliputi: (1) tanggung jawab dokter dan batas kewajiban, (2) bentuk perlindungan yang seharusnya ada bagi tenaga medis, (3) partisipasi dokter dalam demonstrasi dan potensi konflik loyalitas, (4) kerahasiaan medis di bawah tekanan negara, serta (5) refleksi konseptual mengenai netralitas medis sebagai prinsip etik universal.

Kerangka Etik dan Hukum

Konsep netralitas medis memiliki fondasi historis dan normatif yang kuat dalam hukum internasional.⁶ Sejak Geneva Conventions 1949, tenaga medis dipandang sebagai aktor kemanusiaan yang tidak boleh dijadikan sasaran dalam konflik. Prinsip utamanya sederhana, tetapi fundamental: pertolongan medis diberikan semata-mata berdasarkan kebutuhan, tanpa diskriminasi politik, ideologi, atau status hukum. Konvensi ini menegaskan bahwa tenaga kesehatan harus dilindungi, bahwa rumah sakit tidak boleh dijadikan target, dan bahwa ambulans harus dihormati aksesnya.^{7,8}

World Medical Association (WMA) kemudian menegaskan prinsip serupa dalam WMA Regulations in Times of Armed Conflict dan Declaration of Geneva dengan inti yang

serupa: dokter tidak boleh membiarkan pertimbangan non-medis, termasuk politik, agama, atau loyalitas, mengganggu penilaian klinis dan tanggung jawab etiknya.⁹ Dalam konteks Indonesia, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mencakup landasan hukum yang mewajibkan pemerolehan pelayanan kesehatan yang antidiskriminatif, termasuk dalam situasi darurat dan pelayanan rumah sakit yang wajib memberikan pelayanan gawat darurat kepada siapapun.¹⁰ Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) menekankan imparialitas pelayanan, kerahasiaan pasien, dan kewajiban utama untuk menyelamatkan nyawa.¹¹

Namun, terdapat celah signifikan dalam kerangka regulasi Indonesia. Tidak ada aturan eksplisit yang melindungi tenaga kesehatan dalam konteks demonstrasi politik, padahal situasi ini memiliki karakteristik yang berbeda dari gawat darurat biasa. Misalnya, UU tidak memberikan jaminan bahwa relawan medis lapangan tidak akan dikriminalisasi karena membantu korban yang dianggap melawan hukum. Demikian pula, tidak ada instrumen hukum yang melarang aparat menuntut data medis pasien korban demonstrasi, meski hal tersebut berpotensi melanggar kerahasiaan medis.¹²

Akibatnya, dokter dan tenaga medis berada di zona abu-abu: secara etik diwajibkan untuk menolong siapa pun, tetapi secara politik dan hukum berisiko dipaksa memilih pihak. Celah inilah yang menimbulkan dilema bioetik sekaligus membuka peluang politisasi kesehatan. Dalam kerangka inilah, analisis bioetika menjadi penting bukan hanya untuk memberi panduan normatif bagi individu dokter, tetapi juga untuk mendorong reformasi kebijakan kesehatan publik agar lebih selaras dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia.

Kewajiban Dokter untuk Menolong Tanpa Diskriminasi

Secara etis, tanggung jawab dokter dalam konteks demonstrasi berangkat dari prinsip universal: menolong setiap orang yang membutuhkan berdasarkan kebutuhan medis semata. Prinsip beneficence menekankan kewajiban untuk memberikan manfaat,

sementara justice menuntut distribusi layanan yang adil tanpa diskriminasi. Dalam kerangka ini, identitas pasien, baik dari aparat, demonstran, maupun orang yang kebetulan terjebak di lokasi, tetap tidak boleh menjadi dasar perlakuan berbeda.^{13,3}

Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) menegaskan bahwa dalam keadaan darurat, dokter tidak boleh menolak pasien yang memerlukan pertolongan.¹¹ Hal ini sejalan dengan pandangan global, misalnya Declaration of Geneva dari World Medical Association (WMA), yang menyatakan bahwa “pertimbangan mengenai usia, penyakit, atau ketidakmampuan; keyakinan, etnis, jenis kelamin, kewarganegaraan, afiliasi politik, ras, orientasi seksual, kelas sosial, atau faktor lain tidak boleh menghalangi dokter dari tugasnya untuk merawat.” Dengan kata lain, tugas dokter adalah merawat bahkan mereka yang dianggap “musuh” dalam konflik politik.⁹

Namun, ideal ini sering berbenturan dengan realitas sosial-politik Indonesia. Demonstran kerap dicap “perusuh,” sementara aparat dipandang “otoritas sah.” Jika dokter dipaksa menginternalisasi dikotomi ini, ia akan kehilangan netralitas profesional. Padahal, netralitas medis bukanlah pilihan moral, melainkan kewajiban etik yang mendefinisikan profesi itu sendiri.¹⁴

Batas Kewajiban Universal

Meski bersifat universal, kewajiban menolong tidak bersifat absolut. Dua batas penting perlu ditekankan.

Pertama adalah keselamatan tenaga medis. Etika kedokteran tidak menuntut dokter menjadi martir. Bila situasi terlalu berbahaya, misalnya ambulans diserang, rumah sakit dikepung, atau gas air mata membuat area tak dapat dimasuki, dokter berhak mundur demi melindungi nyawanya sendiri.^{11,15} Dalam etika kebajikan (virtue ethics), keberanian dokter harus diseimbangkan dengan kebijaksanaan: melangkah sejauh yang aman untuk tetap bisa melanjutkan misi kemanusiaan dalam jangka panjang.^{7,15}

Kedua adalah keterbatasan sumber daya. Dalam kondisi banyak korban, prinsip triase

menjadi pedoman etis sekaligus praktis. Triase bukanlah diskriminasi politis, melainkan upaya mengoptimalkan keselamatan dengan sumber daya terbatas. Dokter harus menolong berdasarkan tingkat urgensi medis, bukan pada status “demonstran” atau “aparat.” Menolong yang paling parah lebih dahulu adalah bentuk keadilan substantif, yang melampaui keadilan formal semata.^{15,16}

Dilema Hati Nurani (*Conscientious Objection*)

Pertanyaan mengenai apakah dokter boleh menolak menolong pihak tertentu dalam demonstrasi adalah isu yang tampak sederhana, tetapi sesungguhnya kompleks. Di satu sisi, ada dorongan moral personal: misalnya, dokter merasa enggan menolong aparat yang baru saja memukul demonstran. Di sisi lain, ada kewajiban etik-profesional yang bersifat universal: menolong setiap orang yang membutuhkan, tanpa diskriminasi.^{17,18}

Dalam literatur bioetika, conscientious objection (CO) biasanya dibahas dalam konteks tindakan medis tertentu, seperti aborsi, euthanasia, atau terapi hormonal, di mana seorang dokter menolak melakukan intervensi tertentu karena bertentangan dengan keyakinan moral atau agama pribadi.¹⁸ Perdebatan di sini berfokus pada tindakan medis (the act), bukan pada siapa pasiennya (the person).^{17,18} Namun, dalam konteks demonstrasi, persoalannya berbeda: yang ditolak bukanlah tindakan medis (misalnya menutup luka, memasang infus, atau resusitasi), melainkan karena identitas pasien. Seorang dokter yang menolak menolong aparat karena aparat dianggap pelaku kekerasan tidak sedang menolak tindakan medisnya, melainkan menolak pasien itu sebagai individu dengan label politik atau moral tertentu. Inilah yang membedakan, dan membuat CO dalam konteks demonstrasi lebih problematis.^{3,7}

Jika diizinkan, bentuk CO semacam ini akan membuka pintu diskriminasi medis: dokter bisa menolak menolong napi narkoba karena dianggap kriminal, menolak pasien LGBT karena dianggap “berdosa,” atau menolak kelompok etnis tertentu karena prasangka. Akibatnya, prinsip justice dan equity dalam

etika kedokteran hancur. Maka, dari perspektif etis, CO berbasis identitas pasien dalam situasi demonstrasi tidak dapat dibenarkan.¹⁸

Netralitas medis justru menuntut imparialitas mutlak. Dokter harus melihat luka, bukan ideologi di baliknya. Bila seorang aparat datang dengan trauma kepala akibat lemparan batu, atau seorang demonstran datang dengan sesak napas karena gas air mata, keduanya adalah pasien dengan kebutuhan medis yang sah. Identitas politik mereka tidak relevan di hadapan etika medis. Dengan demikian, dalam konteks demonstrasi, kebebasan hati nurani tidak dapat dijadikan dasar yang sah untuk menolak pelayanan. Menolak menolong aparat yang terluka sama problematisnya dengan menolak menolong demonstran: keduanya mengingkari inti profesi medis sebagai pelayan kemanusiaan. Dokter boleh saja memiliki pendapat politik, bahkan ikut bersuara di ruang publik, tetapi begitu berada di ruang pelayanan medis, tugas kemanusiaan harus mengatasi preferensi politik.^{3,5,6}

Kerahasiaan vs Kewajiban Melapor

Kerahasiaan pasien adalah fondasi kepercayaan antara tenaga medis dan masyarakat. Dalam konteks demonstrasi, isu ini menjadi kritis, karena pasien seringkali berada dalam posisi rentan secara hukum maupun politik. KODEKI menegaskan bahwa informasi pasien hanya boleh dibuka jika ada izin pasien atau alasan hukum yang sah.¹¹ Namun, tekanan aparat atau regulasi ambigu kerap memunculkan dilema: apakah dokter wajib melaporkan pasien yang diduga terlibat demonstrasi kepada kepolisian atau aparat keamanan?

Jika dokter menyerahkan informasi pasien secara langsung, konsekuensinya bukan sekadar pelanggaran etik individu. Kepercayaan publik terhadap seluruh sistem kesehatan bisa runtuh. Pasien yang sebelumnya akan mencari pertolongan medis menjadi enggan datang, bahkan untuk kasus darurat. Implikasi praktisnya jelas: semakin banyak korban yang tidak tertolong, semakin tinggi risiko komplikasi dan kematian yang sebenarnya bisa dicegah. Dari perspektif bioetika, tekanan untuk melapor menjadi konflik antara kewajiban

moral melindungi pasien dan tekanan hukum atau politik eksternal, atau yang sering disebut *dual loyalty*.^{3,6,15}

Situasi serupa pernah terjadi di berbagai konteks global. Selama kudeta Myanmar 2022, dokter yang merawat demonstran dipaksa menyerahkan data pasien kepada militer. Banyak dokter menghadapi ancaman pidana jika menolak, tetapi melaporkan pasien sama saja dengan mengkhianati prinsip kemanusiaan dan kode etik.^{3,19} Di Sudan 2019, aparat menuntut akses ke rekam medis aktivis bahkan memaksa untuk mengeluarkan yang menimbulkan perdebatan etis serupa. Studi-studi ini menunjukkan bahwa netralitas medis hanya dapat dipertahankan jika kerahasiaan pasien dijunjung tinggi, bahkan di tengah benturan politik dan risiko hukum.²⁰

Konteks Indonesia, meskipun berbeda secara hukum dan struktur politik, menghadirkan pola yang serupa. Tenaga medis yang menghadapi tekanan aparat saat menolong korban demonstrasi berpotensi dikriminalisasi atau didesak untuk melaporkan pasien. Oleh karena itu, kerahasiaan medis bukan sekadar kewajiban etik, tetapi juga strategi perlindungan nyawa pasien.^{9,15}

Menuju Model Etis Baru: Netralitas Protektif

Dalam praktik, sekadar “netral tidak memihak” tidak cukup. Tenaga medis harus mengadopsi netralitas protektif: model etis yang memadukan imparialitas dengan perlindungan aktif terhadap nilai kemanusiaan.^{5,21}

1. Imparialisasi aktif: menolong semua korban berdasarkan kebutuhan medis, terlepas dari identitas politik dan sosialnya. Hal ini menekankan bahwa netralitas bukan posisi pasif, tetapi komitmen aktif untuk menegakkan keadilan dan hak atas kesehatan.^{21,22}
2. Resistensi terhadap politisasi: dokter dan tenaga medis apapun seharusnya menolak intervensi aparat dalam praktik medis, misalnya pemberian data pasien demonstran selama tidak melanggar peraturan yang jelas. Hal ini menjadi pengejawantahan integritas profesi dan proteksi privasi pasien.^{22,23}
3. Solidaritas institusional: organisasi profesi

(IDI, PPNI, IBI) seyogyanya memastikan perlindungan kolektif anggotanya. Solidaritas ini termasuk penyediaan advokasi hukum, dukungan etik, serta pedoman layanan medis khusus untuk situasi demonstrasi.²¹

4. Advokasi publik: menegaskan rumah sakit dan ambulans sebagai zona aman.^{5,8,9}

Dengan netralitas protektif, tenaga medis menjadi aktor moral, bukan sekadar penonton pasif. Mereka melindungi nilai kemanusiaan, mempertahankan hak pasien, dan menegakkan prinsip profesionalisme di tengah konflik sosial-politik.^{3,4}

KESIMPULAN

Kasus Solo menegaskan rentannya tenaga medis di Indonesia ketika bekerja dalam konteks demonstrasi. Analisis bioetika memperlihatkan beberapa prinsip yang harus dijunjung tinggi, sebagaimana dokter wajib menolong semua korban tanpa diskriminasi. Hati nurani tidak dapat dijadikan alasan menolak menolong berdasarkan identitas pasien. Selain itu, negara wajib memberikan perlindungan hukum dan fisik bagi tenaga medis. Rumah sakit dan ambulans serta harus dipandang sebagai zona aman netral. Kerahasiaan pasien juga harus dijaga, meskipun menghadapi tekanan aparat. Netralitas medis harus dipahami sebagai komitmen aktif untuk melindungi hak atas kesehatan dan martabat profesi, sekaligus menegaskan nilai kemanusiaan di tengah konflik sosial.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak memiliki konflik kepentingan pada penulisan artikel ini

REFERENSI

1. Marino M, Donni PL, Bavetta S, Cellini M. The democratization process: An empirical appraisal of the role of political protest. *European Journal of Political Economy* [Internet]. 2020 Jun [cited 2025 Sep 21];63:101881. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S017626802030029X>
2. Amnesty International. Indonesia: Police must be held accountable for repeated unlawful use of force against peaceful protesters • Amnesty International Indonesia [Internet]. Amnesty International Indonesia. 2024 [cited 2025 Sep 21]. Available from: <https://www.amnesty.id/kabar-terbaru/siaran-pers/indonesia-police-must-be-held-accountable-for-repeated-unlawful-use-of-force-against-peaceful-protesters/12/2024/>
3. Lough F. Medical Care during Civil Unrest, Protests and Mass Demonstrations. *Hot topics in acute care surgery and trauma* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Sep 21];479–83. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-34116-9_36
4. Ihsanuddin. Tim Medis di Solo Dipukuli Brimob saat Evakuasi Korban Keriuhan [Internet]. KOMPAS.com. Kompas.com; 2025 [cited 2025 Sep 21]. Available from: <https://regional.kompas.com/read/2025/08/30/000301678/tim-medis-di-solo-dipukuli-brimob-saat-evakuasi-korban-keriuhan>
5. Hall R. “Healthocide”: experts warn of rise in targeting of health services in conflict [Internet]. *the Guardian*. The Guardian; 2025 [cited 2025 Sep 21]. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2025/aug/05/healthocide-doctors-hospitals-targeted-gaza>
6. Abi-Rached JM, Sharara AI, Nasrallah MP, Firass Abiad. Healthocide and medical neutrality: a call for action and reflection. *BMJ Global Health* [Internet]. 2025 Aug 5 [cited 2025 Sep 23];10(8). Available from: <https://gh.bmj.com/content/10/8/e018656>
7. International Committee of the Red Cross. Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflicts and in Situations Not Covered by International Humanitarian Law [Internet]. 2021 May [cited 2025 Sep 23]. Available from: https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/health-care-law-factsheet-icrc-eng.pdf
8. United Nation. Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War (Fourth Geneva Convention) [Internet]. 1949 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.refworld.org/legal/agreements/icrc/1949/en/32227>

9. World Medical Association. WMA Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence [Internet]. WMA.net. The World Medical Association; 2014 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>
10. Kementerian Kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 [Internet]. Aug 23, 2023. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Download/314883/UU%20Nomor%2017%20Tahun%202023.pdf>
11. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) . 2012.
12. Fibrini D. Perlindungan Hukum Terhadap Tenaga Kesehatan Dalam Melakukan Tindak Medis. *Iuris Studia* [Internet]. 2024 May [cited 2025 Sep 23];5(1). Available from: <https://jurnal.bundamedia grup.co.id/index.php/iuris/article/viewFile/621/442>
13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York, N.Y.: Oxford University Press; 2019.
14. Gitiyarko V. Landasan Konstitusional Demonstrasi dan Salah Kaprah Anarkisme [Internet]. Kompas.id. KOMPAS; 2025 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.kompas.id/artikel/landasan-konstitusional-demonstrasi-dan-salah-kaprah-anarkisme>
15. Hawking M, Curlin FA, Yoon JD. Courage and Compassion: Virtues in Caring for So-Called “Difficult” Patients. *AMA Journal of Ethics* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2025 Sep 23];19(4):357–63. Available from: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/courage-and-compassion-virtues-caring-so-called-difficult-patients/2017-04>
16. El Zahran T, Mostafa H, Hamade H, Mneimneh Z, Kazzi Z, El Sayed MJ. Riot-related injuries managed at a hospital in Beirut, Lebanon. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Jan 27];42:55–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675720312110>
17. Gwizdala C. When Personal and Professional Morals Clash: Conscientious Objection in Medicine [Internet]. medicine.yale.edu. 2022 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://medicine.yale.edu/news-article/when-personal-and-professional-morals-clash-conscientious-objection-in-medicine/>
18. Celie KB, Symons X, Kochheiser M, Ayala R, Lakhoo K. Conscientious objection: a global health perspective. *BMJ Global Health* [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Sep 23];9(12):e017555. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11683958/>
19. Head J. Myanmar coup: The doctors and nurses defying the military. *BBC News* [Internet]. 2022 Jan 7 [cited 2025 Sep 23]; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-asia-59649006>
20. Amnesty International. Security officers pursue injured protestors into hospital with blazing guns [Internet]. Amnesty International. 2019 [cited 2025 Sep 23]. Available from: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2019/01/sudan-security-officers-pursue-injured-protestors-into-hospital/>
21. Karunatilake H. Doctor as an activist in the current crisis. *Asian Journal of Internal Medicine* [Internet]. 2022 Aug 16 [cited 2025 Sep 23];1(12). Available from: <https://ajim.sljol.info/articles/53/files/submission/proof/53-1-150-1-10-20220815.pdf>
22. List JM. Medical Neutrality and Political Activism: Physicians’ Roles in Conflict Situations. *Springer eBooks* [Internet]. 2008 Mar 21 [cited 2024 Apr 28];237–53. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-6912-3_14
23. Elhaj H. Sudanese doctors amid conflict: resilience, innovation, and a legacy of political resistance. *Medicine Conflict & Survival* [Internet]. 2025 Jun 17 [cited 2025 Sep 23];1–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13623699.2025.2518751?src=>

Menuju Praktik Kardiovaskular yang Rasional: Pentingnya Penyusunan *Appropriateness Use Criteria* dalam Intervensi Kardiologi di Indonesia

Muhammad Munawar¹, Dolly Richard Daniel Kaunang², Sunarya Soerianata³, Achmad Fauzi Yahya⁴, Anna Ulfah Rahajoe⁵, Sunu Budhi Raharjo⁵, Pradana Tejasukmana⁶, Lucia Kris Dinarti⁷, Agnes Lucia Panda⁸, Syarif Hidayat⁴, Sasmojo Widito⁹

¹Binawaluya Cardiac Center, Jakarta, ²RSAU dr.Esnawan Antariksa, Jakarta, ³RSPI Pondok Indah, Jakarta, ⁴RSUP Hasan Sadikin, Bandung, ⁵RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, ⁶RS EMC Graha Kedoya, Jakarta, ⁷RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, ⁸RSUP Kandou, Sulawesi Utara, ⁹RSUD Saiful Anwar, Jawa Timur

Kata Kunci

appropriateness use criteria, etika kedokteran, percutaneous coronary intervention, indonesia

Korespondensi

muna286@gmail.com

Publikasi

© 2025 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v9i3.94

Tanggal masuk: 3 Juli 2025

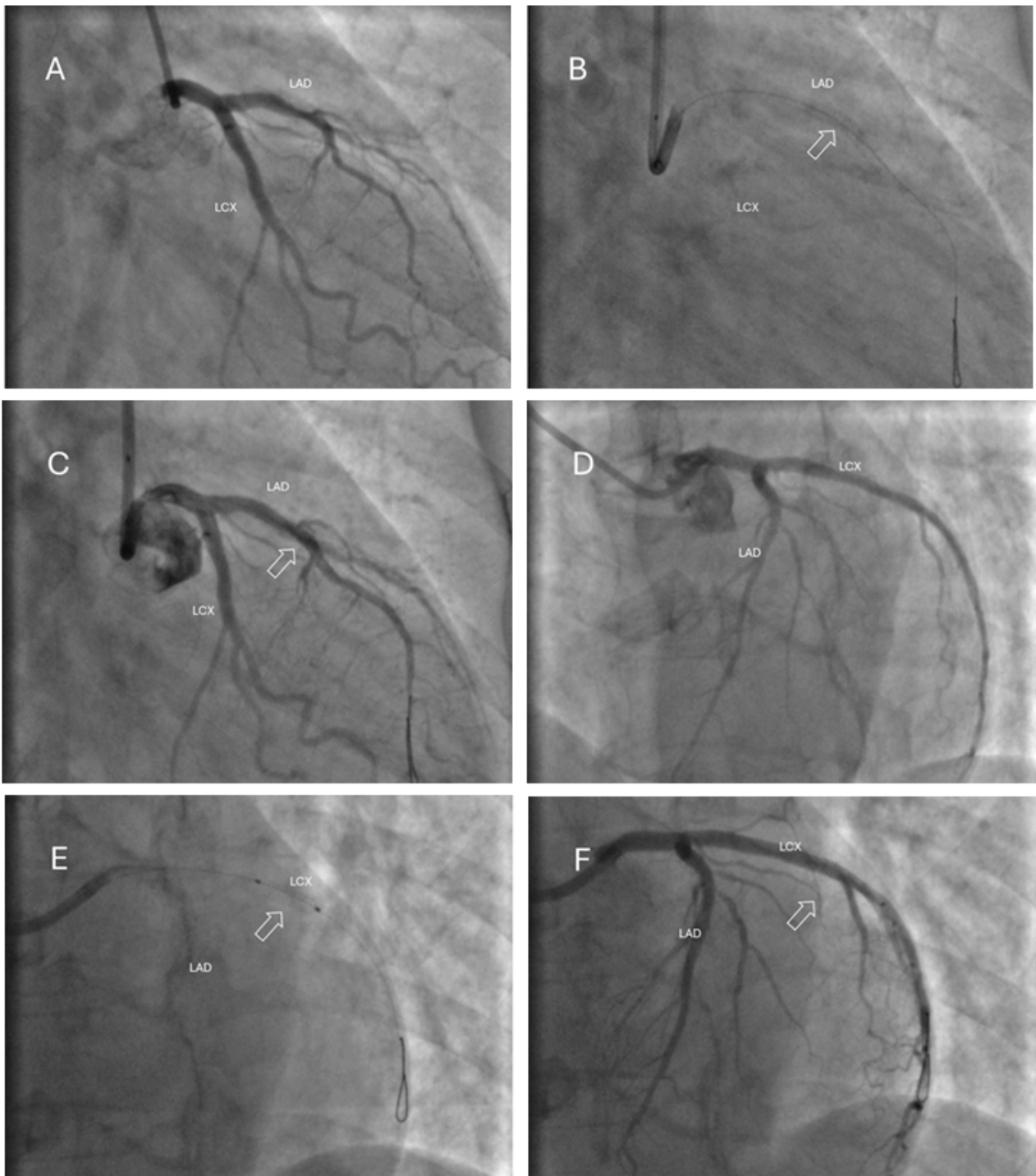
Tanggal ditelaah: 2 Agustus 2025

Tanggal diterima: 1 Oktober 2025

Tanggal publikasi: 30 Oktober 2025

Abstrak LATAR BELAKANG: Intervensi kardiologi di Indonesia berkembang pesat, meningkatkan akses pasien terhadap terapi invasif. Namun, belum adanya Appropriateness Use Criteria (AUC) menimbulkan variasi praktik dan risiko intervensi tanpa indikasi. Dari perspektif etik kedokteran, hal ini melanggar prinsip beneficence, non-maleficence, justice, dan autonomy. ILUSTRASI KASUS: Seorang ibu berusia 64 tahun dengan keluhan sakit dada yang tidak khas, berkonsultasi ke seorang dokter spesialis jantung senior. Tanpa dilakukan pemeriksaan fungsional, pasien langsung dijadwalkan angiografi koroner. Hasil angiografi menunjukkan lesi sangat minimal, namun pasien tetap dilakukan percutaneous coronary intervention (PCI) dengan pemasangan stent. Tindakan ini tidak memiliki indikasi obyektif dan menimbulkan risiko komplikasi serta beban biaya. DISKUSI: Keputusan angiografi maupun PCI harus didasarkan pada bukti obyektif adanya iskemia melalui uji fungsional. Tindakan invasif tanpa data obyektif berisiko merugikan pasien, melanggar prinsip etik, dan membebani sistem kesehatan. Secara internasional, AUC yang disusun oleh ACC/AHA dan diterapkan di Amerika Serikat terbukti menurunkan angka inappropriately PCI. Indonesia menghadapi hambatan berupa keterbatasan fasilitas diagnostik, ketiadaan registri nasional, variasi pelatihan, serta insentif finansial yang tidak selalu selaras dengan praktik berbasis bukti. KESIMPULAN: AUC nasional merupakan kebutuhan mendesak. Pemeriksaan fungsional harus menjadi syarat mutlak sebelum angiografi atau PCI diputuskan. Integrasi AUC dalam regulasi dan sistem pembiayaan, termasuk BPJS, akan menjamin bahwa tindakan invasif hanya dilakukan bila tepat indikasi.

Abstract BACKGROUND: Interventional cardiology has rapidly expanded in Indonesia, improving access to life-saving procedures. However, the absence of nationally endorsed Appropriateness Use Criteria (AUC) has resulted in variability of practice and the risk of inappropriate interventions. From a medical ethics perspective, this contravenes the principles of beneficence, non-maleficence, justice, and autonomy. CASE ILLUSTRATION: A 64-year-old woman with complaining of atypical chest pain consulted a senior cardiologist. Without undergoing functional evaluation, she was directly referred for coronary angiography. Angiography revealed a very minimal lesion, yet percutaneous coronary intervention (PCI) with stent implantation was performed. The procedure lacked objective indication and exposed the patient to procedural risks, potential stent thrombosis, long-term bleeding due to dual antiplatelet therapy, and financial burden disproportionate to the clinical benefit. DISCUSSION: Coronary angiography and PCI should not be performed without objective evidence of ischemia demonstrated by functional testing. International experiences have shown that AUC, developed by the ACC/AHA and implemented in the United States, has significantly reduced inappropriate PCI and improved alignment with evidence-based guidelines. In Indonesia, barriers to AUC adoption include limited availability of diagnostic modalities, absence of a national registry, heterogeneous operator training, and financial incentives that may encourage procedural overuse. CONCLUSION: Developing Indonesian-specific AUC is an urgent necessity. Functional assessment should be a mandatory prerequisite before angiography or PCI. Integrating AUC into clinical practice, professional ethics standards, and healthcare financing—including BPJS—will ensure that invasive procedures are conducted only when appropriate, safeguarding patients and strengthening ethical medical practice..



Gambar 1. Angiografi koroner; A. Angiografi koroner kiri (left main) posisi AP-cranial. Hanya terlihat lesi sangat minimal; B. Pada posisi yang sama terlihat dipasang 2 stent (anak panah kosong); C. Pada posisi yang sama setelah pemasangan 2 stent. Hampir tidak nyata perbedaan dengan sebelum dipasang stent. Bandingkan dengan A; D. Angiografi LAO cranial menunjukkan segmen left circumflex artery tidak terlihat lesi yang bermakna. Hampir normal; E. Terlihat dipasang 1 stent (anak panah kosong); F. Angiografi sesudah pemasangan stent. Praktis tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah dipasang stent.

Tanpa melihat dari sisi etika, tanpa mempertimbangkan manfaat dan manfaat dan risiko terhadap pasien praktek seperti ini tidak hanya membahayakan pasien, juga akan mendorong praktek overuse yang akhirnya akan menggerogoti keuangan negara.

Penyakit jantung koroner adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia, termasuk di Indonesia.^{1,2} Perkembangan intervensi kardiologi, terutama PCI, telah membawa manfaat besar dalam memperbaiki gejala, kualitas hidup, bahkan prognosis pasien tertentu. Akan tetapi, ekspansi layanan ini juga menimbulkan tantangan, khususnya dalam memastikan bahwa intervensi dilakukan hanya bila benar-benar diperlukan.

Untuk menjawab tantangan tersebut, negara-negara maju mengembangkan *Appropriateness Use Criteria (AUC)*. Sejak diperkenalkan oleh American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) tahun 2009 dan diperbarui pada 2017, AUC menjadi kerangka kerja untuk menilai apakah suatu intervensi koroner tepat (*appropriate*), meragukan (*maybe appropriate*), atau tidak tepat (*rarely appropriate*).^{3,4} Penelitian menunjukkan bahwa penerapan AUC menurunkan angka *rarely appropriate PCI* dan menyelaraskan praktik dengan pedoman berbasis bukti.⁵⁻⁷

Sayangnya, di Indonesia belum tersedia AUC nasional. Keputusan intervensi masih sangat bergantung pada subjektivitas operator. Hal ini berpotensi menimbulkan intervensi yang tidak tepat, melanggar prinsip etik kedokteran, dan menambah beban sistem kesehatan.

Naskah ini bukan merupakan *position paper* yang mewakili organisasi profesi, melainkan refleksi dan kajian etik dari kelompok dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang memiliki kepedulian terhadap praktik ad hoc PCI di Indonesia. Tulisan ini bertujuan untuk menyoroti pentingnya penyusunan AUC nasional dari perspektif etik dan kebijakan

Ilustrasi Kasus

Seorang ibu berusia 64 tahun datang dengan keluhan sakit dada yang tidak khas. Pasien berkonsultasi kepada seorang dokter spesialis jantung senior. Tanpa dilakukan evaluasi fungsional—baik melalui *treadmill test*, *thallium perfusion scan*, *cardiac perfusion MRI*, maupun *quantitative flow ratio (QFR)*—pasien langsung dijadwalkan menjalani angiografi koroner.

Hasil angiografi menunjukkan lesi koroner pada *left anterior descending artery (LAD)* tidak bermakna dan *left circumflex artery (LCX)* yang juga tidak bermakna (Gambar 1A dan 1D). Meskipun demikian, tindakan ad hoc *percutaneous coronary intervention (PCI)* tetap dilakukan dengan pemasangan dua stent di LAD dan satu stent di LCX (Gambar 1B dan 1E), dengan hasil angiografi pasca-implantasi yang tidak menunjukkan perbedaan berarti (Gambar 1C dan 1F). Tindakan ini tidak memiliki indikasi obyektif dan tidak memberikan manfaat prognostik maupun simptomatik yang bermakna.

Kasus ini merupakan kasus nyata, di mana tindakan ad hoc PCI dilakukan pada lesi koroner yang tidak signifikan tanpa pemeriksaan fisiologis sebelumnya dan berakhir dengan pemasangan stent. Masalah ini kemudian disampaikan kepada salah satu penulis oleh staf rumah sakit tersebut untuk memperoleh *second opinion* terkait pertimbangan etik dan klinis. Seluruh data klinis dan citra angiografi telah disajikan tanpa mencantumkan identitas pribadi pasien maupun operator.

Kasus ini disajikan semata-mata untuk tujuan pembelajaran etik dan peningkatan kualitas praktik klinis, tanpa bermaksud menilai atau mengidentifikasi individu atau institusi yang terlibat. Penulisan dan penyajian data pasien dalam naskah ini telah mengikuti pedoman etik publikasi ilmiah dari *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* dan sesuai dengan deklarasi Helsinki.

DISKUSI

Kasus ini menyoroti pentingnya bukti obyektif sebelum dilakukan angiografi maupun PCI. Angiografi koroner memberikan informasi anatomis mengenai derajat penyempitan arteri, namun tidak selalu mencerminkan signifikansi fungsional lesi tersebut terhadap aliran darah miokard. Karena itu, evaluasi fisiologis dengan uji fungsional merupakan prasyarat penting sebelum keputusan intervensi dibuat.

Pentingnya Evaluasi Fungsional Sebelum PCI

Berbagai studi besar telah menegaskan bahwa pendekatan berbasis fisiologi memperbaiki luaran klinis dan mengurangi tindakan yang tidak tepat. FAME Trial menunjukkan bahwa strategi *fractional flow reserve* (FFR)-guided PCI menurunkan angka kejadian kardiovaskular mayor dibanding strategi berbasis angiografi semata⁸. DEFINE-FLAIR⁹ dan iFR-SWEDEHEART¹⁰ mengonfirmasi bahwa *instantaneous wave-free ratio* (iFR) non-hyperemic dapat menjadi alternatif aman terhadap FFR dalam menilai signifikansi lesi. IROS-FFR serta validasi quantitative flow ratio (QFR)¹¹ memperkuat bahwa penilaian fisiologis berbasis citra dapat digunakan secara luas bahkan tanpa kawat sensor tekanan.

Temuan-temuan tersebut menegaskan bahwa setiap intervensi koroner harus didasari bukti obyektif adanya iskemia miokard. Tindakan invasif tanpa dasar fisiologis tidak hanya tidak memberi manfaat, tetapi juga dapat menimbulkan risiko komplikasi seperti trombosis stent, perdarahan akibat terapi antiplatelet ganda, komplikasi vaskular, dan infark miokard peri-prosedural.

Dimensi Etik dalam Intervensi Kardiology

Dari sudut pandang etik kedokteran, tindakan invasif tanpa indikasi obyektif melanggar empat prinsip utama: beneficence (pasien tidak memperoleh manfaat bermakna), non-maleficence (pasien terekspos risiko yang tidak proporsional), justice (sumber daya kesehatan digunakan secara tidak efisien), dan autonomy (hak pasien untuk mendapat informasi obyektif diabaikan).

Selain itu, praktik seperti ini menimbulkan dilema etik yang diperburuk oleh sistem pembiayaan berbasis *fee-for-service* (FFS). Model FFS dapat menciptakan konflik kepentingan karena kompensasi dokter tergantung pada volume tindakan, bukan kualitas atau relevansi klinis. Sejumlah publikasi menyoroti bahwa sistem FFS berpotensi mendorong *overuse* intervensi medis¹². Oleh karena itu, evaluasi etik harus mencakup dimensi kebijakan dan ekonomi kesehatan.

Implikasi Sistemik dan Kebijakan

Penerapan *Appropriateness Use Criteria* (AUC) terbukti efektif menurunkan angka *inappropriate PCI* di berbagai negara. Di Amerika Serikat, penerapan AUC oleh ACC/AHA sejak 2009 menurunkan tindakan yang tidak tepat dari sekitar 12% menjadi di bawah 4%⁵. Di Jepang, integrasi AUC ke dalam registri nasional meningkatkan kesesuaian dengan pedoman klinis dan memperbaiki mutu pelayanan¹³. Di Eropa, *European Society of Cardiology* (ESC) menekankan *Heart Team Approach* yang mengutamakan keputusan berbasis bukti dan diskusi multidisiplin¹⁴. Sementara di beberapa negara Asia Pasifik tantangan serupa masih dihadapi karena keterbatasan fasilitas diagnostik dan insentif finansial yang belum selaras dengan praktik berbasis nilai¹⁴.

Di Indonesia, hambatan implementasi AUC meliputi: keterbatasan akses terhadap modalitas uji fungsional, ketiadaan registri nasional PCI, variasi kualitas pelatihan operator, sistem remunerasi FFS yang mendorong kuantitas tindakan.

Rekomendasi Kebijakan dan Reformasi Etik

Untuk memperbaiki situasi tersebut, beberapa langkah strategis dapat dipertimbangkan:

1. Pembentukan Tim Nasional AUC Intervensi Kardiology di bawah koordinasi organisasi profesi (PERKI/PIKI).
2. Adaptasi AUC ACC/AHA menggunakan metode *Delphi consensus* agar sesuai konteks sumber daya Indonesia^{15,16}.
3. Pilot project di rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan nasional untuk menguji kelayakan penerapan AUC.
4. Integrasi AUC dalam sistem klaim BPJS melalui *checklist appropriateness* dan mekanisme *pre-authorization*.
5. Audit etik periodik terhadap tindakan PCI guna memastikan kepatuhan terhadap standar etik dan klinis.

Dengan demikian, AUC tidak hanya berfungsi sebagai pedoman klinis, tetapi juga sebagai instrumen etik dan kebijakan kesehatan yang melindungi pasien, profesi, dan sistem pembiayaan nasional.

Keterbatasan dan Arah Penelitian Lanjutan

Tulisan ini tidak bermaksud menggeneralisasi seluruh praktik PCI di Indonesia. Kasus yang disajikan hanya menggambarkan potensi risiko etik dari praktik *ad hoc* PCI tanpa evaluasi obyektif. Penelitian lanjutan diperlukan untuk menilai prevalensi, determinan sistemik, serta pengaruh model pembiayaan terhadap rasionalitas intervensi kardiologi di Indonesia.

KESIMPULAN

Angiografi koroner dan *percutaneous coronary intervention* (PCI) tidak boleh dilakukan tanpa bukti obyektif adanya iskemia miokard. Pemeriksaan fungsional seperti *treadmill test*, *thallium perfusion scan*, *cardiac perfusion MRI*, *fractional flow reserve* (FFR), atau *quantitative flow ratio* (QFR) harus menjadi syarat mutlak sebelum tindakan invasif diputuskan. Ketiadaan *Appropriateness Use Criteria* (AUC) nasional di Indonesia membuka peluang terjadinya intervensi yang tidak tepat indikasi, berpotensi merugikan pasien, melanggar etik profesi, dan membebani sistem pembiayaan kesehatan nasional.

Dari perspektif etik kedokteran, praktik intervensi tanpa dasar obyektif melanggar prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, *justice*, dan *autonomy*. Oleh karena itu, penyusunan dan penerapan AUC nasional merupakan keharusan moral dan profesional bagi komunitas kardiologi Indonesia.

Selain menjadi pedoman klinis, AUC harus berfungsi sebagai instrumen etik dan kebijakan kesehatan yang melindungi pasien, profesi, serta keberlanjutan sistem pembiayaan. Dalam konteks Indonesia, integrasi AUC dalam regulasi profesi dan sistem asuransi nasional—termasuk BPJS Kesehatan—akan memastikan bahwa tindakan invasif hanya dilakukan ketika tepat indikasi, berbasis bukti, dan selaras dengan nilai etik kedokteran.

KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan terkait penelitian, penulisan, maupun publikasi manuskrip ini

REFERENSI

1. RI KK. Laporan Nasional RISKESDAS 2018.
2. Organization WH. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO. In; 2021.
3. Patel MR, Calhoun JH, Dehmer GJ, Grantham JA, Maddox TM, Maron DJ, Smith PK, Wolk MJ, Patel MR, Dehmer GJ, et al. ACC/AATS/AHA/ASE/ASNC/SCAI/SCCT/STS 2017 appropriate use criteria for coronary revascularization in patients with stable ischemic heart disease: A report of the American College of Cardiology Appropriate Use Criteria Task Force, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society of Thoracic Surgeons. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2019;157:e131–e161. doi: 10.1016/j.jtcvs.2018.11.027
4. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW, Smith PK, Spertus JA. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 Appropriateness Criteria for Coronary Revascularization: A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology: Endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *Circulation.* 2009;119:1330–1352. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191768
5. Chan PS, Patel MR, Klein LW, Krone RJ, Dehmer GJ, Kennedy K, Nallamothu BK, Weaver WD, Masoudi FA, Rumsfeld JS, et al. Appropriateness of percutaneous coronary intervention. *JAMA.* 2011;306:53–61. doi: 10.1001/jama.2011.916
6. Hannan EL, Samadashvili Z, Walford G, Holmes DR, Jr., Jacobs AK, Stamato NJ, Venditti FJ, Sharma S, Fergus I, King SB, 3rd. Comparison of outcomes for patients receiving drug-eluting versus bare metal stents for non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2011;107:1311–1318. doi: 10.1016/j.amjcard.2010.12.043

7. Kohsaka S, Miyata H, Ueda I, Masoudi FA, Peterson ED, Maekawa Y, Kawamura A, Fukuda K, Roe MT, Rumsfeld JS, et al. An international comparison of patients undergoing percutaneous coronary intervention: A collaborative study of the National Cardiovascular Data Registry (NCDR) and Japan Cardiovascular Database-Keio interhospital Cardiovascular Studies (JCD-KiCS). *Am Heart J.* 2015;170:1077–1085. doi: 10.1016/j.ahj.2015.09.017
8. Tonino PA, De Bruyne B, Pijls NH, Siebert U, Ikeno F, van' t Veer M, Klauss V, Manoharan G, Engstrom T, Oldroyd KG, et al. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med.* 2009;360:213–224. doi: 10.1056/NEJMoa0807611
9. Davies JE, Sen S, Dehbi HM, Al-Lamee R, Petraco R, Nijjer SS, Bhindi R, Lehman SJ, Walters D, Sapontis J, et al. Use of the Instantaneous Wave-free Ratio or Fractional Flow Reserve in PCI. *N Engl J Med.* 2017;376:1824–1834. doi: 10.1056/NEJMoa1700445
10. Gotberg M, Christiansen EH, Gudmundsdottir IJ, Sandhall L, Danielewicz M, Jakobsen L, Olsson SE, Ohagen P, Olsson H, Omerovic E, et al. Instantaneous Wave-free Ratio versus Fractional Flow Reserve to Guide PCI. *N Engl J Med.* 2017;376:1813–1823. doi: 10.1056/NEJMoa1616540
11. Westra J, Tu S. Overview of Quantitative Flow Ratio and Optical Flow Ratio in the Assessment of Intermediate Coronary Lesions. *US Cardiol.* 2020;14:e09. doi: 10.15420/usc.2020.09
12. Chalmers K, Smith P, Garber J, Gopinath V, Brownlee S, Schwartz AL, Elshaug AG, Saini V. Assessment of Overuse of Medical Tests and Treatments at US Hospitals Using Medicare Claims. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e218075. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8075
13. Inohara T, Kohsaka S, Ueda I, Yagi T, Numasawa Y, Suzuki M, Maekawa Y, Fukuda K. Application of appropriate use criteria for percutaneous coronary intervention in Japan. *World J Cardiol.* 2016;8:456–463. doi: 10.4330/wjc.v8.i8.456
14. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, Banning AP, Budaj A, Buechel RR, Chiariello GA, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2024;45:3415–3537. doi: 10.1093/eurheartj/ehae177
15. Niederberger M, Koberich S, members of the DeWiss N. Coming to consensus: the Delphi technique. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2021;20:692–695. doi: 10.1093/eurjcn/zvab059
16. Falzarano M, Pinto Zipp G. Seeking consensus through the use of the Delphi technique in health sciences research. *J Allied Health.* 2013;42:99–105.

Aspek Bioetika Penyimpanan Data dalam Rekam Medis Elektronik

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

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

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

Kata Kunci

bioetika, rekam medis elektronik

Korespondensi

agastya@unmas.ac.id

Publikasi

© 2025 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v9i3.95

Tanggal masuk: 10 Juli 2025

Tanggal ditelaah: 9 Agustus 2025

Tanggal diterima: 2 Oktober 2025

Tanggal publikasi: 30 Oktober 2025

Abstrak Penerapan rekam medis elektronik berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 telah menggantikan sistem konvensional berbasis kertas di fasilitas pelayanan kesehatan, namun memunculkan tantangan etika baru terkait keamanan data. Penelitian ini membahas penerapan kaidah *Autonomy*, *Benevolence*, *Nonmalevolence*, dan *Justice* dalam pengelolaan data rekam medis elektronik. Prinsip *Autonomy* menekankan hak pasien atas persetujuan, akses, dan pengelolaan data pribadi secara transparan. *Benevolence* memastikan data disimpan untuk kebaikan pasien dan mendukung pelayanan kesehatan yang cepat dan akurat. *Nonmalevolence* menuntut keamanan data melalui enkripsi, kontrol akses, dan pencegahan penyalahgunaan untuk menghindari kerugian pasien. *Justice* menjamin akses setara dan nondiskriminatif terhadap manfaat rekam medis elektronik bagi semua pasien. Dengan demikian, kaidah bioetika menjadi landasan penting untuk menjaga etika dan keamanan data dalam era digitalisasi kesehatan.

Abstract The implementation of electronic medical records, as outlined in Minister of Health Regulation No. 24 of 2022, has replaced traditional paper-based systems in healthcare facilities. However, it introduces new ethical challenges related to data security. This study discusses how the principles of *Autonomy*, *Benevolence*, *Nonmalevolence*, and *Justice* apply to managing electronic medical records. The principle of *Autonomy* emphasizes patients' rights to give consent, access, and transparent handling of their personal data. *Benevolence* ensures data is stored for the benefit of patients and facilitates prompt and accurate healthcare. *Nonmalevolence* requires data security through encryption, access controls, and measures to prevent misuse, thereby avoiding patient harm. *Justice* guarantees equal and non-discriminatory access to the benefits of electronic medical records for all patients. Therefore, bioethical principles serve as a crucial foundation for maintaining data ethics and security in the era of digital health digitalization.

Rekam medis merupakan sebuah kumpulan dari fakta-fakta mengenai kehidupan seseorang dari Riwayat penyakit termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam Upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien¹ Sejak dikeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, Pada pasal 3 ayat 1 dijelaskan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik dimana terdiri dari Tempat praktik dokter mandiri atau tenaga kesehatan lainnya, Puskesmas, Klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium kesehatan.² Sistem Rekam Medis Elektronik ini merupakan sebuah sistem yang baru dilaksanakan di dunia kesehatan dari

sebelumnya kita menggunakan sistem yang konvensional yaitu melalui kertas dimana rekam medis disimpan menggunakan kertas. Dengan adanya perubahan sistem rekam medis dari sistem konvensional ke elektronik maka dunia kesehatan menemui masalah dilema etika baru terutama mengenai keamanan data.

Keamanan dan Privasi data merupakan sebuah hal yang sangat penting dalam era rekam medik elektronik ini. Terdapat beberapa kejadian yang memungkinkan terjadi kebocoran data baik secara internal dan eksternal³ beberapa hal seperti infrastruktur teknologi informasi yang kurang baik, vunerabilitas perangkat lunak, akses yang tidak diizinkan dari sebuah database merupakan hal-hal yang disebut sebagai *internal breeches* sedangkan Hacking

dan ransomware/malware merupakan hal yang disebut *external breeches*. Berdasarkan sebuah penelitian dalam tahun 2009-2020 secara global penyebab dari kebocoran data disebabkan oleh human error (33,5%), Penyalahgunaan data (29,5%), pencurian (16,3%), Hacking (14,8%) dan Malware (10,8%). Sekitar 3.705 kali pembobolan data sudah terjadi dalam rentang tahun tersebut.⁴ Di Indonesia sejauh ini belum ada angka pastinya akan tetapi sudah terjadi pembocoran data dalam skala besar sekali seperti pembobolan data di Pusat Data Nasional Tahun 2024.⁷ Kasus-Kasus tersebut dapat menimbulkan beberapa dilema bioetika. Prinsip yang secara langsung dilanggar adalah *Beneficience* dan *Non-maleficience* muncul dilema karena pada saat pengumpulan data, data digunakan demi kebaikan pasien akan tetapi apabila data itu tersebar maka prinsip *beneficience* dilanggar pada kasus ini pasien tidak mendapatkan kebaikan dari data yang dikumpulkan melainkan sebuah keburukan dan secara langsung melanggar kaidah *non-maleficience* yang membuat kondisi pasien ini menjadi lebih rentan terhadap pencurian identitas dan jual beli data di *dark web*.⁸

Dalam menghadapi kedua hal tersebut penelitian ini akan mengkaji Kaidah bioetika yang selama ini diikuti dalam kedokteran perlu juga diperkuat dengan etika keamanan komputer dalam menghadapi era elektronik yang baru ini. Penelitian ini akan membahas Kaidah Bioetika terhadap data rekam medis elektronik

Kaidah Bioetika Terhadap Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Bioetika merupakan sebuah etika rasional yang memiliki titik awal dari hasil analisis tentang data-data ilmiah, biologis, dan medis dimana keabsahan campur tangan manusia dikaji berdasarkan etika. Nilai transdental manusia disoroti dalam hal sebuah perlakuan dengan kaitan dengan sang pencipta sebagai pemegang nilai mutlak.⁵ Menurut penjelasan oleh Beauchamp dan Childress, Kaidah bioetika dapat dibagi menjadi 4 yakni:⁶

a. Prinsip Otonomi (*Autonomy*), yang meliputi menghargai hak-hak pasien sebagai seorang

manusia terutama dalam hak otonomi pasien. Prinsip otonomi menekankan pentingnya penghargaan terhadap hak-hak pasien dalam membuat keputusan terkait perawatan mereka sendiri. Prinsip ini tidak hanya mencakup hak untuk mengetahui kondisi kesehatan mereka akan tetapi juga hak mereka untuk memilih atau menolak pengobatan berdasarkan preferensi pribadi, nilai-nilai, dan keyakinan mereka. Otonomi pasien adalah landasan dari konsep *informed consent* yang membuktikan bahwa pasien diberi informasi yang cukup untuk membuat keputusan yang berdaya penuh.

b. Prinsip keuntungan (*Beneficience*) merupakan prinsip moral yang mengutamakan dari segala tindakan yang ditujukan untuk kebaikan pasien. Prinsip *beneficience* menekankan pada kewajiban bagi tenaga medis untuk bertindak demi kebaikan pasien baik dengan cara memberikan perawatan yang akan memberikan manfaat maksimal bagi pasien secara fisik ataupun Psikis. Prinsip ini menekankan konsep bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan harus semaksimal mungkin untuk meningkatkan kesehatan pasien dan mencegah kerugian.

c. Prinsip Tidak Merugikan (*Nonmaleficience*) merupakan prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk dari keadaan pasien saat ini. Prinsip *nonmaleficience* berfokus pada kewajiban profesional medis untuk tidak menyebabkan bahaya atau merugikan pasien. Setiap tindakan yang ditawarkan kepada pasien harus direncanakan dengan hati-hati untuk menghindari efek samping ataupun hal-hal yang tidak diinginkan serta apabila ada risiko tertentu, maka harus dijelaskan secara transparan kepada pasien.

d. Prinsip Adil (*Justice*) merupakan prinsip moral dimana prinsip ini mementingkan keadilan. Prinsip *Justice* dalam konteks medis mengacu pada pemberian perawatan yang setara dan adil bagi semua pasien, tanpa memandang status sosial, ekonomi, agama, ras, atau faktor lainnya. Konsep ini menuntut bahwa setiap individu mendapat

kesempatan yang sama untuk menerima layanan medis yang berkualitas dan tidak ada diskriminasi dalam pemberian layanan kesehatan.

Dalam hal keamanan data, Prinsip kaidah bioetika dapat digunakan dalam menjaga standar etika dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Konsep *Autonomy* Terhadap Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Kaidah *Autonomy* dalam hal ini menghargai hak-hak pasien sebagai seorang manusia terutama dalam hak otonomi pasien. Dapat dilihat mengenai persetujuan pasien dalam hal pemberian consent terhadap penyimpanan data. Sebuah perjanjian antara fasilitas pelayanan kesehatan selaku penyimpan data dan pasien sebagai seorang subyek hukum yang akan memberikan datanya harus secara lengkap menjelaskan bagaimana data pasien disimpan. Penjelasan juga harus diberikan serinci mungkin kepada pasien bagaimana data pasien dapat disimpan. Selain itu pasien juga harus setuju tanpa paksaan dalam menjaga data pasien.

Autonomy juga mengatur mengenai hak pasien dalam mengakses dan mengelola data pribadinya sehingga sebuah rekam medis elektronik harus memberikan akses dan hak kepada pasien dalam melihat data medis dari pasien, Meminta koreksi atas data yang salah dan juga mengunduh atau memindahkan datanya. Selain mengakses datanya pasien juga harus memiliki hak untuk menolak berbagi data dimana pasien berhak menolak untuk data dibagikan kepada pihak ketiga seperti asuransi, peneliti, institusi lain atau Penggunaan data mereka dalam riset jika mereka tidak setuju.

Autonomy juga mengatur mengenai transparansi dalam sistem dimana sistem penyimpanan data harus menjelaskan secara transparan dan mudah dipahami oleh seluruh pihak mengenai kebijakan privasi dari penyimpanan data, durasi penyimpanan serta penghapusan data apabila diminta oleh pemilik data, dimana dalam hal ini adalah pasien.

Akan tetapi dalam konteks kebocoran data maka prinsip *autonomy* dapat menjadi sebuah dilema. Pasien memberikan informasi mengenai

kondisi dirinya secara volunter kepada tenaga kesehatan dan setuju datanya akan disimpan di rekam medik. Akan tetapi dengan kebocoran data akan menimbulkan suatu disrupti pada konsep *autonomy* seperti ketidakpercayaan pasien terhadap data yang disimpan di rekam medik yang membuat terganggunya pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, Fasilitas pelayanan kesehatan harus meyakinkan pasien bahwa mereka bertanggung jawab apabila terjadi kebocoran data demi menjaga kepercayaan pasien dalam memberikan informasi medis mereka secara sukarela.

Konsep *Beneficience* Terhadap Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan prinsip *Beneficience* dimana prinsip moral yang mengutamakan dari segala tindakan yang ditujukan untuk kebaikan pasien dalam hal ini berarti penyimpanan data rekam medik elektronik yang disimpan dilakukan demi tujuan kebaikan pasien. Penyimpanan data elektronik ini ditujukan untuk menyembuhkan pasien dari penyakit atau menyimpan informasi mengenai kondisi pasien. Hasil anamnesis, tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium dan sebagainya disimpan demi tujuan baik untuk pasien dimana seluruh data yang disimpan dapat digunakan oleh tenaga medis sebagai referensi untuk perkembangan kondisi kesehatan dari pasien.

Dalam hal pelayanan kesehatan dokter dan pasien, prinsip *Beneficience* juga menekankan agar rekam medis elektronik menjamin akses data yang cepat dan akurat. *Quality of service* (QoS) dari rekam medis merupakan hal penting karena membantu pasien mendapatkan perawatan yang lebih cepat, tepat, dan aman sehingga dapat mempercepat pasien maupun keluarga dalam memutuskan tindakan medis. Dari segi para dokter, rekam medis elektronik harus Meningkatkan koordinasi lintas antar tenaga kesehatan dan Fasilitas pelayanan kesehatan seperti kolaborasi dari dokter dan perawat maupun dari rujukan pasien antar dokter di dalam atau di luar fasilitas kesehatan.

Dalam kasus kebocoran data, prinsip *beneficience* secara langsung dilanggar. Konsep ini menekankan segala tindakan yang ditujukan

untuk kebaikan pasien. Kebocoran data dimana dalam hal konteks ini fasilitas kesehatan bertanggung jawab merupakan sebuah hal yang dapat memperburuk kondisi pasien. Meskipun tindakan ini tidak dikehendaki oleh tenaga kesehatan, Selama data disimpan dalam fasilitas kesehatan maka segala hal yang digunakan dari data tersebut harus dilakukan demi kebaikan pasien. Kebocoran data dapat mengubah tujuan tersebut seperti data tersebut diperjualbelikan ataupun data tersebut digunakan untuk *social engineering* yang secara jelas tidak demi kebaikan pasien.

Konsep Nonmaleficience Terhadap Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan prinsip *Nonmaleficience* dimana prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk dari keadan pasien saat ini, Hal ini sangat terkait pada keamanan data, pencegahan kesalahan medis dan kepatuhan terhadap regulasi. Di era digital, data merupakan sebuah hal yang penting dimana kebocoran data dari pasien dapat menyebabkan kondisi pasien itu memburuk dengan kemungkinan terjadinya kasus *social engineering* terhadap pasien yang datanya disimpan.

Nonmaleficence menuntut agar penyedia layanan kesehatan tidak menyebabkan kerugian kepada pasien, termasuk kerugian nonfisik yang meliputi pencurian data pribadi dan penyalahgunaan informasi medis, Sehingga sistem RME harus dirancang dengan keamanan tinggi enkripsi data, *firewall*, kontrol akses, dan audit log. Selain dari segi infrastruktur, *Nonmaleficence* juga menekankan mengenai Privasi dan Kerahasiaan Informasi. Apabila data pasien bocor atau diakses tanpa izin, itu merupakan bentuk kerugian yang bertentangan dengan prinsip *nonmaleficence* karena secara tidak langsung dapat memberikan kondisi bahaya kepada pasien. Hal ini dapat diimplementasikan dengan cara *authorisasi* dimana hanya tenaga medis yang berwenang yang dapat mengakses data tertentu, Menggunakan sistem *role-based access control* (RBAC) dan Menghindari akses data rekam medis elektronik di perangkat pribadi.

Permasalahan *Nonmaleficience* yang lebih

umum adalah Menggunakan data pasien untuk riset, pelatihan, atau analisis tanpa persetujuan jelas karena berpotensi merugikan pasien secara sosial, psikologis, atau hukum. Sehingga perlu diterapkan Implementasi *informed consent* digital dan Anonimisasi data jika digunakan untuk keperluan non-klinis.

Dalam penyimpanan data, Apabila data tersebut tersebar maka secara tidak langsung konsep *Nonmaleficience* dapat menjadi masalah seperti Pelanggaran privasi, Kesalahan pengolahan data, Serangan cyber, dan keterbatasan akses. Agar mencegah hal tersebut terjadi pertama fortifikasi dari luar dapat menggunakan Teknik enkripsi yang lebih lanjut seperti SHA-256 ataupun Teknik kriptografi lainnya yang juga dapat diintegrasikan ke algoritma lanjut seperti Lagrangian atau Gaussian. Sedangkan dari dalam setiap tenaga medis harus dijelaskan secara detail bagaimana rekam medis elektronik bekerja ke seluruh tenaga medis dan mungkin perlu dilakukan kredensialing demi menjaga prinsip *Nonmaleficience*.

Konsep Justice Terhadap Keamanan Data Rekam Medis Elektronik

Kaidah *Justice* merupakan prinsip moral dimana prinsip ini mementingkan keadilan. Keadilan dalam konteks ini Adalah pemberian pelayanan dimana seorang tenaga medis harus memberikan perlakuan sama rata. Dalam hal ini akses dari rekam medis elektronik harus dapat diakses yang sama terhadap manfaat dari rekam medis elektronik. Seluruh pasien dari semua latar belakang baik dalam status ekonomi maupun usia harus memiliki dalam setara. Terdapat tantangan dalam mengembangkan rekam medis elektronik antara lain Adalah Ketimpangan digital di daerah terpencil dan Keterbatasan literasi digital pasien lansia atau berpendidikan rendah sehingga diperlukan edukasi pasien tentang akses rekam medis elektronik, menyediakan dukungan teknis di fasilitas pelayanan dasar, dan pengembangan sistem yang ramah pengguna dan inklusif

Dalam hal penggunaan data dan distribusi manfaat, Kaidah *Justice* menekankan pada data pasien tidak boleh digunakan dalam

hal Menolak asuransi atau perawatan karena riwayat penyakit atau memberikan stigma pasien berdasarkan kondisi tertentu sehingga membuat kondisi pasien mengalami diskriminatif yang membuat kehilangan kepercayaan pasien dalam memberikan data pribadinya. Prinsip justice menuntut perlakuan yang non-diskriminatif terhadap semua pasien, terlepas dari data yang ada dalam Rekam Medis Elektronik. Selain itu apabila data pasien digunakan untuk Penelitian medis, Pengembangan kebijakan, dan Perbaikan layanan manfaatnya juga harus dirasakan secara adil oleh semua kelompok pasien, bukan hanya kalangan tertentu.

Prinsip *Justice* dalam penyimpanan data juga memiliki dilema etis. Kita ingat bahwa Indonesia negara kepulauan dan dalam situasi di mana sistem kesehatan digital yang digunakan tidak semua individu mempunyai akses yang memadai ke perangkat atau koneksi internet yang dibutuhkan untuk mengakses data medis mereka. Seperti yang berada di daerah terpencil atau yang kurang mampu dalam membuat infrastruktur EMR. Ini dapat menciptakan ketidakadilan dalam distribusi informasi kesehatan.

KESIMPULAN

Rekam medis elektronik telah diwajibkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 untuk diselenggarakan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan, menggantikan sistem konvensional berbasis kertas, namun menimbulkan tantangan etika baru terkait keamanan data yang rentan terhadap kebocoran baik secara internal maupun eksternal. Kaidah bioetika, yang mencakup prinsip *Autonomy*, *beneficence*, *nonmaleficence*, dan *justice*, telah diterapkan untuk menjaga standar etika dalam pengelolaan data rekam medis elektronik. Prinsip otonomi diwujudkan melalui persetujuan pasien, hak akses, dan transparansi penyimpanan data. Prinsip *beneficence* diimplementasikan dengan penyimpanan data untuk kepentingan kesehatan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan medis. Prinsip *nonmaleficence* ditegakkan melalui sistem keamanan tinggi dan pencegahan

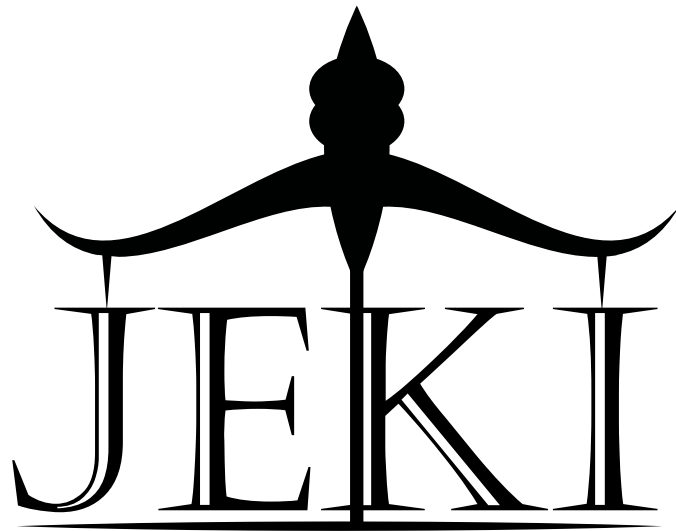
penyalahgunaan data untuk menghindari kerugian bagi pasien. Prinsip *justice* diterapkan dengan memastikan akses setara terhadap rekam medis elektronik serta mencegah diskriminasi berdasarkan data pasien, sehingga manfaatnya dapat dirasakan secara adil oleh semua kelompok pasien. Semua prinsip harus dijaga demi terlaksananya sebuah perjanjian terapeutik dengan baik di era pelayanan medis yang menggunakan rekam medis elektronik.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

REFERENSI

1. Hatta GR. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press; 2011.
2. Republik Indonesia, Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2022 Aug 31. Pasal 3.
3. Eling M, Loperfido N. Data breaches: Goodness-of-fit, pricing, and risk measurement. *Insurance Math Econ.* 2017;75:126–136.
4. Seh AH, Zarour M, Alenezi M, Sarkar AK, Agrawal A, Khan RA, et al. Healthcare data breaches: Insights and implications. *Healthcare (Basel).* 2020;8(2):133.
5. Sundoro J, Setiabudy R. Etik penelitian kedokteran Indonesia. *JEKI.* 2022;6(1):15–23.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
7. Bua TI, Idris NI. Analisis kebijakan keamanan siber di Indonesia: Studi kasus kebocoran data nasional pada tahun 2024. *Desentralisasi: J Hukum Kebijakan Publik Pemerintahan.* 2025;2(2):100–114. doi:10.62383/desentralisasi.v2i2.653.
8. Ozair FF, Jamshed N, Sharma A, Aggarwal P. Ethical issues in electronic health records: A general overview. *Perspect Clin Res.* 2015;6(2):73–76. doi:10.4103/2229-3485.153997. PMID: 25878950; PMCID: PMC4394583.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Komunikasi Efektif dan Etika Berinteraksi dengan Pasien

Wawang Setiawan Sukarya¹, Julitasari Sundoro^{2,3}

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Prof.DR.Hamka

²Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Pusat, Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta

³The Indonesian Technical Advisory Group on Immunization Communicable Disease Control (ITAGI CDC)

Kata Kunci

etika komunikasi, komunikasi efektif

Korespondensi

julitasari.sundoro@gmail.com

Publikasi

© 2025 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v9i3.96

Tanggal masuk: 15 Juli 2025

Tanggal ditelaah: 13 Agustus 2025

Tanggal diterima: 3 Oktober 2025

Tanggal publikasi: 30 Oktober 2025

Abstrak Secara sederhana, komunikasi tidak hanya sekedar menyampaikan pesan melainkan juga menyangkut interaksi antara dua pihak. Pemahaman makna komunikasi secara verbal dan non-verbal dari lawan bicara sangat penting agar tercipta interaksi yang harmonis dan komunikasi yang efektif. Pesan yang disampaikan harus jelas agar mudah diterima dengan baik oleh lawan bicara (komunikator), sehingga tercapai sikap saling menghargai antara komunikator dan komunikan. Dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) edisi revisi tahun 2025 disampaikan bahwa dokter wajib menyampaikan informasi dengan jelas dan santun untuk menjaga psikis dari pasien maupun keluarganya. Meskipun demikian, masalah komunikasi tetap dapat terjadi. Untuk itu, penting agar kita bisa memahami bagaimana cara berkomunikasi yang efektif, santun, dan efisien.

Abstract In general, communication is not just about conveying a message but also involves interaction between two parties. Understanding the meaning of verbal and non-verbal communication from the other person is crucial for creating harmonious interactions and effective communication. The message conveyed must be clear so that it is easily received by the other person (the recipient), thus fostering mutual respect between the communicator and the recipient. The 2025 revised edition of the Indonesian Code of Medical Ethics (KODEKI) states that doctors are required to convey information clearly and politely to protect the psychological well-being of patients and their families. However, communication problems can still arise. Therefore, it is important to understand how to communicate effectively, politely, and efficiently.

Komunikasi adalah proses penyampaian pesan atau informasi dari satu pihak ke pihak lain, melalui lisan, tulisan, maupun isyarat, dengan tujuan menciptakan pemahaman dan kesepakatan antara pihak-pihak yang bersangkutan. Manfaat komunikasi sangat luas, meliputi peningkatan pemahaman, membangun hubungan, memecahkan masalah, hingga meningkatkan kualitas keputusan.¹ Penelitian yang dilakukan oleh Monika AD, dkk melaporkan bahwa komunikasi interpersonal dokter dengan pasien yang baik memiliki peran yang bermakna dalam penerapan saran kesehatan yang optimal.²

Dalam berkomunikasi dapat timbul suatu masalah yang beragam seperti aspek verbal, non-verbal, bahkan faktor-faktor psikologis dan lingkungan. Beberapa masalah umum

yang dapat timbul dalam proses komunikasi antara lain kesalahpahaman, kurangnya atensi, gangguan fisik, dan perbedaan budaya atau bahasa.³ Masalah komunikasi tentu harus dipecahkan karena akan berdampak luas, terutama bila menyangkut etika dalam pelayanan medis.

DISKUSI

Schulz dan Johnson dalam “Management of Hospitals and Health Services” mengatakan bahwa jika kita dapat memecahkan masalah komunikasi, artinya kita sudah memecahkan sebagian besar masalah yang ada pada umumnya. Berbagai solusi pemecahan masalah dapat dimulai dengan memperbaiki cara berkomunikasi. Kesuksesan seseorang tidak

luput dari cara seseorang berhubungan dengan orang lain. Oleh karena itu, hubungan yang baik dengan orang lain perlu dikembangkan. Seberapa jauh dan seberapa dalam terjadinya suatu hubungan, salah satunya ditentukan oleh komunikasi. Adapun tantangan terbesar dalam berkomunikasi adalah bagaimana dapat mengerti pikiran, latar belakang, dan proses berpikir lawan bicara. Adanya harapan dan pesan tersirat juga dapat mengganggu proses suatu komunikasi.⁴ Bagi seseorang yang mempunyai keinginan untuk dapat meningkatkan kemampuan komunikasinya, beberapa pedoman di bawah ini dapat dipakai dan patut diperhatikan dalam meningkatkan komunikasi:⁵

1. Berhenti bicara, menunjukkan sikap ingin mendengarkan, serta bertanya di saat yang tepat

Kita tidak akan dapat mendengar kalau kita terus berbicara. Untuk itu, kita harus berlatih memberi ruang untuk lawan bicara dengan berhenti bicara. Kemudian, cobalah berlatih memusatkan perhatian terhadap

apa yang dijelaskan orang lain sehingga lawan bicara merasa bahwa pendapatnya didengarkan meskipun pendapatnya berbeda dengan pendapat kita. Hindari memotong pembicaraan lawan bicara dan ajukan pertanyaan di saat lawan bicara sudah selesai berbicara.

2. Membuat orang lain bersikap santai

Bila kita menyadari bahwa orang yang akan diajak bicara sedang tegang atau bersifat pemalu, kita perlu berusaha membuat orang tersebut tenang atau membuatnya merasa santai.

3. Bersikap sabar, bertimbang rasa

Hindari menyela orang lain yang sedang berbicara, meskipun anda tahu betul apa yang akan dikatakannya. Bila kita berbicara dengan orang lain, usahakan sebaik-baiknya untuk melihat segala sesuatu dari titik pandang pihak lain tersebut.

4. Jangan berbicara saat marah dan hindari berdebat atau nada mengecam

Bila kita merasa akan marah selagi berbicara dengan orang lain, kendalikan

Tabel 1. Pelanggaran Etika Komunikasi dan Dampaknya⁵⁻⁶

No	Jenis pelanggaran etika	Contoh	Dampak
1	Penyebaran informasi palsu	Menyebarkan berita hoaks di grup kerja	Reputasi rusak dan menurunkan kepercayaan.
2	Bahasa tidak sopan	Menggunakan kata kasar saat rapat	Menimbulkan konflik dan suasana tidak nyaman
3	Tidak menghargai lawan bicara	Memotong pembicaraan orang lain	Menghambat komunikasi dan menyinggung pihak lain
4	Pelanggaran privasi	Membocorkan isi pesan pribadi rekan kerja	Hilangnya kepercayaan dan potensi masalah hukum
5	Ketidakjujuran	Memberi informasi palsu tentang hasil kerja	Menurunkan kredibilitas dan kepercayaan
6	Manipulasi komunikasi	Menyembunyikan fakta untuk keuntungan pribadi	Mengurangi rasa hormat dan menciptakan ketidakadilan
7	Tidak menjaga kerahasiaan	Menceritakan hal rahasia kepada pihak luar	Menciptakan konflik dan sanksi etika
8	Mengabaikan norma budaya	Menggunakan bahasa atau gestur yang menyinggung budaya lain	Menimbulkan kesalahpahaman dan ketegangan
9	Emosi berlebihan	Berteriak atau marah saat diskusi	Komunikasi menjadi tidak kondusif
10	Tidak mendengarkan	Mengabaikan pendapat rekan kerja	Ide tidak tersampaikan dan kerja sama terganggu

kemarahan sampai reda lalu melanjutkan pembicaraan. Jika hal tersebut dirasakan tidak mungkin, sebaiknya pembicaraan ditunda sampai waktu di mana kita dapat berbicara lebih rasional.

5. Sampaikan maksud dan jawab pertanyaan secara langsung dengan penjelasan

Penting untuk menyampaikan pernyataan yang mengarah langsung kepada pokok masalah serta menjawab pertanyaan dengan jawaban yang lugas dan tidak berbelit-belit. Dengan demikian, lawan bicara akan lebih mudah memahami inti pembicaraan yang sedang berlangsung.

Etika Komunikasi

Dalam berkomunikasi kita dituntut untuk tetap memegang prinsip etika. Pelanggaran etika komunikasi adalah tindakan atau perilaku dalam proses komunikasi yang tidak sesuai dengan norma, sopan santun, dan prinsip etika, sehingga menimbulkan kesalahpahaman, konflik, atau kerugian bagi pihak lain. Contoh pelanggaran etika dalam komunikasi secara umum dapat dilihat pada **Tabel 1**.

Ilustrasi Kasus 1

Seorang mahasiswa fakultas kedokteran mendampingi konsulen (dokter spesialis) yang menangani pasien di unit gawat darurat (UGD). Dia melihat interaksi antara dokter pasien sebagai berikut:

Pasien bertanya kepada Konsulen tentang penyakitnya. Pasien ingin mengetahui bagaimana terjadinya penyakit tersebut, apakah berbahaya, apakah harus dirawat, dan lain-lain. Tentunya, pertanyaan tersebut wajar bila muncul dari orang yang sedang sakit, cemas, ketakutan, dan tegang akan penyakitnya. Mahasiswa tersebut kemudian terkejut karena konsulen menjawab pertanyaan pasien dengan nada suara keras, "Buat apa nanyanya, dijelaskan juga Bapak tidak akan mengerti!"

Cara berkomunikasi Konsulen di atas, bertentangan dengan Sumpah Dokter butir 9 (revisi KODEKI yang sudah disetujui Mukhtar IDI ke 32 tahun 2025 di Lombok) yang berbunyi sebagai berikut: "Saya akan senantiasa

mengutamakan kesehatan dan keselamatan pasien, menghormati otonomi, kemandirian, kehormatan dan harga diri pasien". Cakupan Pasal 5 pada KODEKI 2025, tercantum hal sebagai berikut:⁷

- 1) Setiap dokter wajib memberikan informasi yang memadai dengan jujur dan cara yang santun kepada pasien dan/atau keluarganya ketika ia akan memberikan tindakan atau obat.
- 2) Setiap dokter terhadap pasien yang sedang menderita sakit wajib menyampaikan informasi yang dapat melemahkan kondisi psikis pasien secara patut, teliti dan hati-hati dengan perkataan yang tepat.
- 3) Dalam rangka membangun dan/atau menjaga rasa percaya diri pasien, dokter seyogyanya menyampaikan informasi kepada pasiennya, kepada pasiennya yang menderita penyakit berat/parah, kecacatan atau gangguan kualitas hidup tetapi boleh menahan sebagian informasi yang dapat melemahkan psikis pasien dan/atau fisiknya.

Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan sendiri tentang bersedia tidaknya dilakukan pengobatan atau tindakan dan menandatangani *informed consent*, setelah pasien mengerti dan memahami karena mendapat penjelasan yang baik, dengan bahasa yang sederhana, mudah dimengerti, serta tidak menakutkan. Penjelasan tetap harus berbasis bukti. Tidak selayaknya dokter spesialis tersebut berperilaku seperti itu.

Ilustrasi Kasus 2

Teman Sejawat yang merupakan Pengurus Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) menemui Direktur Rumah Sakit Swasta untuk membicarakan suatu masalah. Sewaktu tiba, Sekretaris Direktur mempersilakan duduk untuk menunggu, karena Direktur masih menerima tamu (sepasang suami istri). Pintu ke kamar direktur itu terbuka. Sejawat tersebut mendengar dan melihat tamu tersebut sedang memaki-maki direktur sambil menunjuk-nunjuk, bahkan menggebrak meja. Apa tanggapan Direktur tersebut? Direktur yang dimaki-maki hanya diam saja, tidak memotong perkataan tamu sedikitpun. Ia duduk dengan badan condong ke

depan sambil mendengar dengan seksama. Kejadian itu agak berlangsung lama. Teman sejawat pun sangat heran melihat kesabarannya. Setelah semua unek-unek suami istri tersebut tersampaikan habis, baru direktur itu menjelaskan permasalahannya dengan sabar. Akhirnya kedua orang tersebut keluar ruangan dengan sika yang tidak marah lagi. Ketika teman sejawat akhirnya diterima di kamarnya, dia bilang ke direktur tersebut. "Anda nih luar biasa, bisa dengan sabar mendengar makian dan gebrakan-gebrakan". Direktur hanya menjawab, "Pak, kalau orang sedang marah begitu, kita tidak dengarkan, dan perkataannya dipotong terus, maka mereka akan makin marah dan masalahnya tidak akan selesai".

Aspek penting dari komunikasi positif adalah umpan balik non-verbal, seperti gerakan dan isyarat tubuh sewaktu seseorang berbicara dan/atau mendengarkan orang lain. Bentuk tanggapan non-verbal sering sekali menentukan kedalaman suatu pembicaraan. Umpan balik yang negatif akan membatasi komunikasi. Sebaliknya, umpan balik yang positif akan meningkatkan dan mendorong terjadinya komunikasi.

Salah satu cara terbaik untuk mendorong terjadinya proses suatu komunikasi adalah dengan cara menunjukkan bahwa kita bersedia untuk mendengarkan. Hal ini mengesankan bahwa kita tertarik terhadap apa yang dikatakannya. Menyampaikan hal ini kepada orang tersebut, merupakan bagian dari pengembangan diri kita tentang adanya suatu keinginan yang tulus dalam memberikan perhatian. Pusatkan pengertian kita terhadap apa yang ingin disampaikan orang tersebut, ketimbang memberikan tanggapan terhadap apa yang disampainya. Fokus yang salah mudah menimbulkan salah pengertian. Terlebih, tidak akan mungkin kita dapat mendengarkan lawan bicara secara efektif bila kita sendiri sibuk untuk merumuskan jawaban kita.⁸

Cerita dan sikap direktur dalam ilustrasi kasus menimbulkan kesan bahwa dia mau mendengar keluh kesah tamu tersebut. Tampak juga dari posisi duduk dia, condong kearah yang berbicara dan fokus terhadap pembicaraannya. Ia tidak menerima telepon maupun menjawab pesan selama komunikasi berlangsung. Bahkan, Direktur menitipkan pesan ke Sekretaris bahwa

untuk sementara jangan ada yang boleh masuk atau mengganggu percakapan yang berlangsung.

Harus diakui bahwa kesulitan umum untuk dapat berkomunikasi adalah bahwa tidak jarang seseorang tidak cukup sabar untuk diam lama mendengar orang lain berbicara. Hal ini seolah umum terjadi sehari-hari di mana seseorang memotong pembicaraan orang lain sebelum orang tersebut selesai berbicara, bahkan dialog tersebut pun dimunculkan dalam drama situasi di televisi. Dampaknya adalah sering terjadi salah paham hingga akhirnya keluar kata-kata kasar yang tidak pantas yang berisiko ditiru oleh para penonton.

Setiap orang akan berkomunikasi dengan cara yang sesuai dengan apa yang dikehendakinya. Penting untuk diperhatikan bahwa hindari menyela orang lain yang sedang berbicara, meskipun anda tahu betul apa yang akan dikatakannya. Hal ini bertujuan agar kita tidak hanya memahami isi pesan pihak lain, tetapi juga meyakinkan kepada lawan bicara bahwa kita menghargai segala sesuatu yang dikatakannya. Tujuan akan tercapai apabila kita dapat bersikap sabar. Oleh karenanya, 'bagaimana kita bersikap' merupakan bagian yang penting dalam komunikasi. Benjamin Disraeli dalam buku *strategy for success* dari Jim Dornan dan John C Maxwell mengatakan bahwa: "Kesabaran adalah satu bagian yang perlu bagi kejeniusan".⁹

Ilustrasi Kasus 3

Muncul pengaduan dari pasien poliklinik RS Pendidikan di Jawa Barat, bahwa seorang dokter peserta program pendidikan dokter spesialis (PPDS) dianggap berkata kasar, karena berkata menggunakan diksi "gua" dan "lu" saat berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya.

Dokter Konsulen Penanggung Jawab Poliklinik, memanggil PPDS tersebut dan terjadilah percakapan sebagai berikut.

- Konsulen: "Kenapa anda ke pasien bicaranya, 'lu - gua?'"
- PPDS: "Maksud saya supaya akrab dok!"
- Konsulen: "Bagaimana jadi akrab, buktinya anda diadukan karena berkata kasar dan pasien tidak terima. Tolong diperbaiki cara komunikasi anda, kalau anda tetap begitu, akan saya bawa

ke komite etik bagian.”

PPDS tersebut kemudian dinasihati lebih lanjut bahwa dalam menjalankan tugas pelayanan, harus selalu menggunakan bahasa sesuai dengan budaya setempat. Kalau tidak bisa bahasa setempat, lebih baik menggunakan Bahasa Indonesia yang baik. PPDS yang bermaksud akrab, dipahami berbeda dengan pasien dan keluarganya karena di Jawa Barat pada orang-orang tertentu, diksi 'lu-gua' itu diterima sebagai bahasa yang kasar.

Demikian pentingnya cara berkomunikasi, sehingga Sayles dan Strauss dalam buku Health Care Management (dalam Shotel dan Kaluzny) mengatakan bahwa terjadinya interaksi komunikasi pada suatu kelompok kerja merupakan hal yang sangat penting.¹ Masalah dasar dari suatu proses komunikasi adalah bahwa pengertian yang diterima seseorang mungkin tidak sama dengan apa yang dimaksud. Ini terjadi karena pembicara dan pendengar merupakan dua individu terpisah yang hidup di geografis dunia berbeda, sehingga bisa terjadi perbedaan makna dari diksi yang digunakan berdasarkan kebudayaan yang mereka lalui sehari-hari.¹⁰

KESIMPULAN

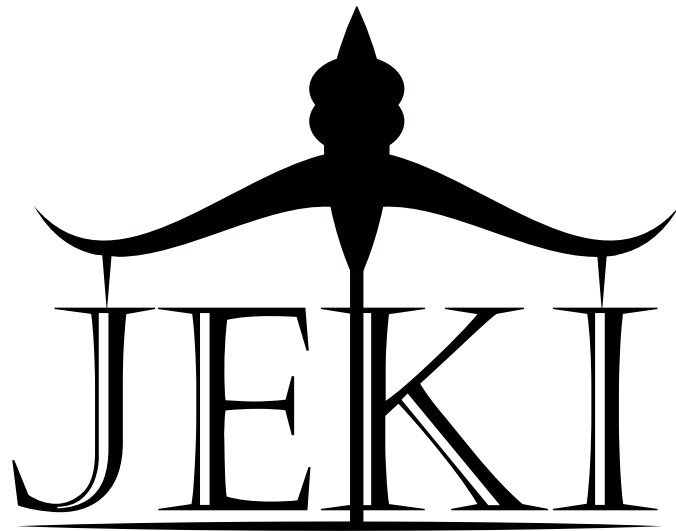
Dalam berkomunikasi dapat timbul beragam masalah mulai dari aspek verbal, non-verbal, bahkan faktor psikologis dan lingkungan. Untuk itu, penting bagi seorang dokter agar memahami langkah komunikasi efektif serta berpedoman kepada etika komunikasi sesuai dengan kode etik profesi yang berlaku agar terhindar dari konflik terutama saat berhadapan dengan pasien dan keluarganya.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam penulisan naskah ini.

REFERENSI

1. Shortell SM, Kaluzny AD. Health care management – A text in organization theory and behavior. Canada : John Wiley & Sons, Inc; 1983.
2. Monika AD, Widiastuti W, Muzni N. Pengaruh komunikasi antar personal dokter dengan pasien pada penerapan gaya hidup sehat di masa pandemi covid-19. Kaganga. 2023;7(2).
3. Morgan CT, King RA. Introduction to psychology. 4th ed. Tokyo : Mc. Graw -Hill Kogakusha, Ltd; 1971.
4. Schulz R, Johnson AC. Management of hospitals and health services: strategic issues and performance. Washington, DC: Academic Press; 2003.
5. Developing effective communication skills. J Oncol Pract. 2007;3(6):314-317.
6. Ahmadi, Putri WTA. Perspektif dosen terhadap etika komunikasi verbal mahasiswa pada perguruan tinggi keagamaan islam dan perguruan tinggi umum di Jawa Timur. Jurnal Penelitian Pendidikan Islam. 2020;15(1).
7. Kode Etik Kedokteran. Edisi Revisi. 2025.
8. Rakich JS, Longest BB, Darr K. Managing health services organizations. 3th ed. Baltimore: Rose Printing Company;1994.
9. Dornan J, Maxwell JC. Strategy for success. Sandiego - USA: Injoy Inc;1996.
10. Sukarya WS. Studi pengaruh iklim kerja terhadap kepuasan kerja pada perawat di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung tahun 1995. Jakarta:Thesis Magister Administrasi Rumah Sakit;1995.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Kritik dan Etika

Rianto Setiabudy¹

¹Departemen Farmakologi FKUI

Kata Kunci

etika, filsafat, keluhan, kritik, strategi tiga lapis

Korespondensi

rianto.setiabudy@ui.ac.id

Publikasi

© 2025 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v9i3.97

Tanggal masuk: 20 Juli 2025

Tanggal ditelaah: 23 Agustus 2025

Tanggal diterima: 10 Oktober 2025

Tanggal publikasi: 30 Oktober 2025

Abstrak Kritik yang etis adalah suatu evaluasi dan analisis yang cermat mengenai suatu kondisi dengan tujuan untuk memperbaiki. Dalam sudut pandang etika, sebuah kritik harus memenuhi tiga unsur, antara lain memiliki tujuan yang baik, disampaikan dengan cara yang baik, serta dilakukan pada situasi dan kondisi yang tepat. Secara umum, kritik yang baik dapat disampaikan dengan strategi tiga lapis. Menurut sudut pandang filsafat, kritik baik bila hasilnya menguntungkan dan membahagiakan meskipun secara deontologi jika hasilnya kebetulan tidak baik, tidak mengurangi kemuliaan yang terkandung di niat awalnya yang baik tersebut. Pihak yang menerima kritik juga perlu menanggapi kritik secara etis. Dengan demikian dapat terbangun hubungan yang baik serta berdampak luas pada kemaslahatan masyarakat.

Abstract Ethical criticism is a careful evaluation and analysis of a situation with the aim of improving it. From an ethical perspective, criticism must fulfill three elements: have a good purpose, be delivered in a good manner, and be carried out under the right circumstances. In general, good criticism can be delivered using a Three Lines of Defence. From a philosophical perspective, criticism is good if the results are beneficial and satisfying. Although deontologically, if the results are not good, it does not diminish the nobility contained in the original good intention. The recipient of the criticism must also respond ethically. This can build good relationships and have a broad impact on the public good.

Kritik merupakan sarana yang sangat berguna untuk memperbaiki defisiensi yang terdapat pada suatu produk, karya seni, pendapat, kebijakan, maupun peraturan. Berbagai perusahaan (antara lain otomotif, kamera, teknologi informasi, hingga peralatan medis) sering mengundang para profesional untuk memberikan kritik dalam rangka menyempurnakan calon produk mereka sebelum dipasarkan. Di negara-negara demokratis, dalam pembuatan peraturan/perundangan, teknik ini juga diterapkan agar produk hukum yang dihasilkan kelak dapat diterapkan secara mulus. Sebaliknya di negara totaliter, sanksi keras diterapkan kepada warganya yang berani melancarkan kritik terhadap kebijakan negara. Tulisan ini bertujuan untuk mendiskusikan aspek etika dalam penyampaian kritik sehingga tujuan kritik dapat mencapai sasaran tanpa menyakiti penerima kritik. Selain itu, manuskrip ini juga akan membahas respons penerima kritik dari sudut etika.

Apa itu kritik?

Kritik adalah suatu evaluasi dan analisis yang cermat mengenai suatu hal, kondisi, karya seni, hingga kebijakan yang biasanya disertai pertimbangan baik dan buruk.¹ Kritik bisa menimbulkan masalah karena di satu sisi ia mampu memberikan perbaikan luar biasa. Namun, di sisi lain, kritik dapat dianggap sebagai gangguan, rong-rongan, bahkan ancaman terhadap pihak yang dikritik.² Negara-negara diktatorial dan fasis melarang segala kritik dalam bentuk apa pun dan ukuran sekecil apa pun terhadap kebijakan pemerintah.³

Kritik yang etis bertujuan baik karena dapat memperbaiki sesuatu yang dirasakan belum memuaskan.⁴ Kritik juga membantu terjadinya proses refleksi dan evaluasi diri dari pihak yang dikritik.⁵ Namun kritik yang bertubi-tubi, terutama terhadap seorang anak yang sedang dalam masa pertumbuhan, juga dapat menimbulkan demotivasi dan apatisme. Kritik yang demikian, bersifat destruktif dalam

konteks perkembangan anak.⁶ Pada orang dewasa atau institusi pun, kritik yang berlebihan dan membabi-butakan akan menimbulkan dampak negatif.⁷ Masalah pokok yang mau dibahas dalam tulisan ini ialah bagaimana menyusun dan menyampaikan kritik dari sudut pandang etika.

Aspek etika menyampaikan kritik

Kritik yang disampaikan dengan etika yang baik sangat penting untuk menjaga hubungan yang sehat dan konstruktif antara pemberi dan penerima kritik.^{1,4} Dari sudut pandang etika, suatu perbuatan dinyatakan baik bila ia memenuhi 3 syarat:

1. Tujuannya baik
2. Caranya baik
3. Dilakukan pada situasi dan kondisi yang sesuai

Dengan demikian, kita dapat mengatakan suatu kritik itu baik bila ia bertujuan positif, disampaikan dengan cara santun, dan pada konteks yang sesuai.

Apa persamaan dan perbedaan antara kritik dengan keluhan?

Kritik dan keluhan mempunyai persamaan yaitu mengungkapkan rasa tidak puas terhadap suatu keadaan. Namun, ada perbedaan tipis antara kedua istilah tersebut yaitu, **kritik** mengungkapkan ketidakpuasan mengenai suatu hal, memberi penilaian, dan cenderung memberi usulan solusi atau saran perbaikan.³ Sebagai contoh: (1) "Ide tulisanmu baik, tapi kesalahan pengetikannya terlalu banyak"; (2) "Korupsi sudah menjamur di Indonesia, seharusnya pemerintah bersikap lebih tegas terhadap para koruptor". Sedangkan, **keluhan** utamanya mengungkapkan ketidakpuasan dan mengharapkan perbaikan tetapi sifatnya lebih emosional, subjektif, dan cenderung tidak menawarkan solusi.⁴ Sebagai contoh: (1) "Di Indonesia, sepeda motor yang berjalan melawan arus biasanya dianggap lumrah"; (2) "Obat-obatan yang seharusnya bisa digunakan dalam layanan BPJS sering kali tidak tersedia".

Strategi untuk menyampaikan kritik

Banyak psikolog berpendapat bahwa "Strategi Kue Lapis" sering kali dirasakan nyaman untuk menyampaikan kritik.^{1,7} Strategi ini dimulai dengan lapis pertama yaitu memberi pujian terkait masalah yang akan dikritik, misalnya memberi pujian kepada pemerintah yang mau menerapkan kebijakan memberikan makanan bergizi gratis kepada murid sekolah. Pada lapis kedua, diekspresikan kritik yang mau disampaikan, misalnya pemberian makanan gratis itu belum tepat sasaran. Selanjutnya, pada lapis ketiga diajukan saran solusinya, misalnya melakukan studi pendahuluan anak sekolah umur berapa yang memerlukan makan bergizi gratis itu.^{1,3}

Hal lain yang menjadi kontroversi dan perlu diperhatikan pada langkah lapis ketiga ini adalah adanya pendapat ahli etika yang menyatakan bahwa pemberi kritik tidak mempunyai kewajiban moral untuk memberikan usulan solusi.⁴

Kritik dilihat dari sudut pandang filsafat

Terdapat dua aliran filsafat yang dapat digunakan dalam menganalisis sudut pandang dalam melakukan kritik. Utilitarianisme adalah aliran filsafat yang mengatakan bahwa suatu tindakan dikatakan baik bila hasilnya menguntungkan dan membahagiakan masyarakat terbanyak.⁵ Berikut adalah tiga contoh dampak kritik yang dilihat dari sudut utilitarianisme:

- a. Di akhir abad ke 18, Karl Marx, seorang filsuf Jerman menulis kritik dalam bukunya *Das Kapital*. Ia mengkritik eksploitasi kelas pekerja (kaum proletar) oleh para pemilik modal (kaum borjuis) yang terjadi pada sistem kapitalisme di masa itu. Kritik ini menyebabkan lahirnya gerakan sosialisme dan komunisme yang kemudian mendorong perkembangan tatanan dunia yang lebih adil.⁶ Kritik ini menyebabkan nasib buruh sekarang menjadi jauh lebih baik dari apa yang terjadi pada masa lalu.⁵
- b. Pada tahun 1962 Rachel Carson, seorang ahli ekologi Amerika, menulis buku berjudul *The Silent Spring* yang mengkritik penggunaan pestisida diklorodifeniltrikloroetana (DDT)

yang merusak lingkungan hidup untuk burung, reptil, serangga, dan hewan lainnya. Dampak kritik Carson sangat mengesankan karena berhasil mendorong banyak negara untuk berusaha keras mengendalikan penggunaan DDT yang sangat masif pada waktu itu.²

- c. Eduard Douwes Dekker melalui novelnya yang berjudul *Max Havelaar* (1860) mengkritik dengan tajam penderitaan rakyat pribumi akibat pelaksanaan program Tanam Paksa. Kritiknya sangat memengaruhi opini rakyat Belanda sehingga untuk "menebus dosa" mereka meningkatkan kegiatan edukasi untuk pribumi. Ternyata, peningkatan edukasi bagi pribumi ini melahirkan kelompok pribumi terpelajar yang menjadi benih gerakan nasionalisme menuju kemerdekaan Indonesia.⁵

Sementara, Deontologi adalah aliran filsafat yang menyatakan bahwa suatu perbuatan dikatakan baik bila dikerjakan sebagai suatu kewajiban moral untuk melakukan sesuatu sesuai dengan peraturan, niat baik, maupun tujuan baik.^{4,5} Bahkan jika hasilnya kebetulan tidak baik, tidak mengurangi kemuliaan yang terkandung di niat awalnya yang baik itu. Contohnya, banyak orang mengkritik maraknya korupsi di Indonesia sekarang ini. Ini adalah suatu perbuatan yang etis walaupun sampai sekarang hasilnya mengecewakan karena korupsi tetap merajalela di seluruh Indonesia. Contoh lainnya antara lain, banyak pencinta lingkungan hidup mengkritik penggunaan mobil yang menggunakan *combustion engine* karena meningkatkan suhu bumi dan menyebabkan pencairan masif es di antartika. Kritik yang bagus ini sekarang mulai terlihat dampak positifnya walaupun masih dalam skala kecil.

Ciri kritik yang negatif

Kritik yang negatif mempunyai karakteristik sebagai berikut:

1. *Menyerang pribadi*: Ini adalah fenomena yang sering terjadi, padahal yang harus dilakukan sebenarnya adalah mengkritik perilaku, bukan pribadinya.
2. *Tidak berbasis fakta*: Contoh : "Semua

pegawai negeri di Indonesia pasti melakukan korupsi!", tapi datanya tidak ada.

3. *Menggunakan bahasa kasar/menghina*: Contoh "Kalau Anda sebagai mahasiswa doktoral tidak bisa menjawab pertanyaan ini, kembali saja ke sekolah dasar!"
4. *Provokatif*: Contoh: "Ide macam begini adalah hasil pemikiran orang gila. Seharusnya langsung dibuang ke tempat sampah."
5. *Bersifat diskriminatif*: Contoh: "Pertanyaan macam begini hanya akan dikemukakan oleh mereka yang sama sekali tidak punya pengetahuan tentang penyakit jantung."

Cara yang baik dalam mengkritik

- Menggunakan bahasa yang sopan, santun, dan menghargai. Hindari kata-kata kasar, sarkasme, atau sindiran yang dapat menyakiti perasaan orang lain.
- Memperhatikan volume dan nada suara saat menyampaikan kritik, pastikan tidak terdengar menghina, merendahkan, atau menghakimi.
- Bila ada sesuatu yang perlu dihargai maka hal ini perlu dilakukan untuk membuat kritik menjadi lebih berimbang dari hanya mencela saja
- Pemberi kritik harus bertanggung jawab atas kritik yang disampaikannya. Jika ternyata kritiknya salah maka ia wajib meralatnya dan minta maaf.
- Kritik seyogyanya disampaikan di waktu, tempat, dan situasi yang tepat. Tergantung dari konteks, ada kritik yang memang harus disampaikan di depan umum. Misalnya "Program Makanan Bergizi Gratis seharusnya dimulai dengan studi pendahuluan untuk menentukan apakah ia tepat sasaran." Namun, ada kalanya lebih bijak bila menyampaikan kritik langsung kepada orang yang dikritik tanpa dihadiri orang lain. Misalnya "Seyogyanya kamu tadi tidak minta biaya konsultasi Rp 800.000,- dari pasienmu yang tidak mampu itu". Contoh kritik yang terakhir ini akan terasa menyakitkan dan membuat malu bila diutarakan di depan orang banyak, dan memang ini tidak diperlukan.

- Pilih waktu ketika orang yang dikritik dalam keadaan tenang dan terbuka untuk menerima masukan. Kritik yang disampaikan pada waktu orang sedang marah, gugup, bingung, dsb. biasanya sulit diterima dan cenderung menimbulkan reaksi penolakan dari orang yang dikritik.

Apakah kritik harus selalu "membangun"?

- Banyak orang berpendapat bahwa kritik yang baik harus bersifat membangun (konstruktif), karena itu si pemberi kritik juga harus memberikan solusi atau saran perbaikan.^{1,3} Pendapat ini perlu dipertanyakan kebenarannya.
- Menurut pendapat penulis kritik tidak selalu harus disediakan solusinya. Sebagai contoh: masyarakat mengkritik proyek Makanan Bergizi Gratis yang sampai bulan Oktober 2024 sudah menimbulkan keracunan pada 11.000 pelajar. Apakah si pemberi kritik harus memberi solusi bagaimana cara menyediakan makanan yang aman?

Jalan raya yang setiap hari macet berat, setiap kali hujan lebat terjadi banjir, obat BPJS yang sering kosong, dll. Apakah si pemberi kritik harus memberi solusi bagaimana solusinya? Tentu tidak. Kritik ya kritik. Syukur kalau ada usulan solusinya, tapi ini tidak merupakan keharusan. Pemberi kritik hanya bertugas menyampaikan defisiensi yang perlu diperbaiki. Memikirkan dan melaksanakan solusinya adalah tugas dari para eksekutif atau pihak yang dikritik. Untuk itulah mereka digaji.

Sikap etis dari pihak yang dikritik

- Secara etis, langkah pertama yang seharusnya dilakukan oleh penerima kritik adalah mempelajari substansi kritik. Kalau kritik ini benar ia lalu harus memikirkan solusinya, memohon maaf, dan menyampaikan ucapan terima kasih kepada pemberi kritik.^{4,8} Kalau kritik ini diragukan kebenarannya maka ia harus berjanji untuk menyelidikinya dan menepati janjinya dalam tenggang waktu yang wajar. Bukan sekedar janji basa-basi.
- Sebaliknya bila kritik ini tidak benar, pihak yang dikritik tentu boleh memberikan penjelasan untuk meluruskannya. Semuanya

ini disampaikan dengan cara yang santun dan wajar.⁸

- Dalam kenyataannya, yang sering terjadi ialah ketika mendapat kritik, mekanisme pertama yang dilakukan orang ialah rasionalisasi, mencarikan alasan yang logis dan masuk akal untuk membenarkan suatu tindakan, perilaku, atau pendapat yang salah. Kerap kali ini dilanjutkan dengan langkah kedua, menyerang balik baik terkadang dengan kata-kata kasar atau, yang lebih buruk lagi ialah, secara diam-diam melakukan tindakan represif terhadap pemberi kritik.^{7,8}

Dampak negatif dari kritik

Kritik yang terlalu keras dapat menimbulkan rasa marah, terhina, putus asa, terutama bila dilakukan berulang kali pada anak kecil.^{7,8} Dampak negatif lainnya bisa berupa timbulnya tindakan represif.⁵ Korea Utara adalah contoh negara yang melakukan tindakan ini kepada siapa saja yang berani mengkritik penguasa. Bila dilihat dari sudut demokrasi, apa yang dilakukan oleh negara tersebut tergolong kurang baik. Rusaknya hubungan juga bisa menjadi akibat dari kritik. Perlu disadari bahwa kritik dapat berdampak besar pada orang lain. Perasaan dan perspektif mereka yang dikritik harus diperhatikan benar oleh pemberi kritik.^{3,8}

Perilaku etis menghadapi kritik

1. Dengarkan dan beri waktu bicara yang cukup bagi pemberi kritik
2. Kendalikan emosi dan jangan memberi reaksi impulsif
3. Hargai niat baik pemberi kritik
4. Minta penjelasan bila perlu
5. Boleh membantah, tapi bukan asal bantah atau balik menyerang
6. Kritik sangat baik dijadikan bahan introspeksi baik untuk perbaikan diri

KESIMPULAN

Kritik merupakan instrumen yang baik sekali untuk memperbaiki berbagai defisiensi dalam masyarakat. Ketika menyampaikan kritik, cara yang etis harus diterapkan agar tidak terjadi

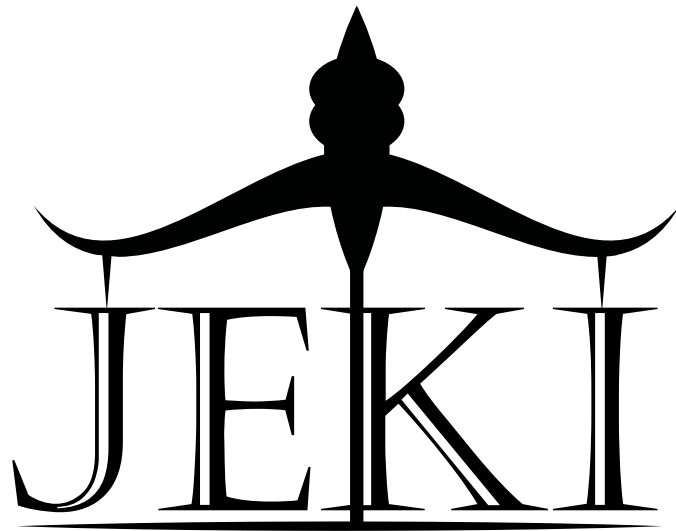
efek yang kontra-produktif. Strategi "tiga lapis" adalah salah satu pendekatan yang dianjurkan. Pihak yang menerima kritik juga perlu bertindak secara etis dalam memberi tanggapan. Kritik yang disampaikan dengan efektif sering kali menghasilkan efek yang bisa mengubah jalannya sejarah dan mengubah dunia.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

REFERENSI

1. Bovee CL, Thill JV. Business communication today. 15th ed. 2021.
2. Carson R. Silent spring. In: *Thinking about the environment*. Routledge: Houghton Mifflin; 2015. p50-155.
3. Covey SR. The 7 habits of highly effective people. United States: Free Press; 2004.
4. Kusmaryanto CB. Bioetika fundamental. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2022.
5. Magnis-Suseno F. Berfilsafat dari konteks. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 1991.
6. Marx K, North P, Reitter P. Capital: a critique of political economy. Vol 1. Princeton: Princeton University Press; 2024. ISBN 978-0-691-19007-5.
7. Robbins SP, Judge TA. Organizational behavior. 19th ed. London: Pearson; 2022.
8. Rosenberg MB. Nonviolent communication: a language of life. 3rd ed. Puddle Dancer Press; 2015.



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

