

# Tinjauan Etik Layanan Konsultasi Daring dan Kunjungan Rumah Berbasis Aplikasi

Pukovisa Prawiroharjo<sup>1,2</sup>, Julitasari Sundoro<sup>1,3</sup>, Jonathan Hartanto, Ghina Faradisa Hatta, Ali Sulaiman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

<sup>3</sup>The Indonesian Technical Advisory Group on Immunization Communicable Disease Control (ITAGI CDC)

## Kata Kunci

Etik, layanan kedokteran daring, konsultasi daring, kunjungan rumah

## Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

## Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v3i2.33

**Tanggal masuk:** 5 Agustus 2019

**Tanggal ditelaah:** 6 Oktober 2019

**Tanggal diterima:** 13 November 2019

**Tanggal publikasi:** 30 Desember 2019

**Abstrak** Teknologi digital telah merambah berbagai aspek kehidupan, salah satunya adalah jasa layanan kedokteran berbasis aplikasi di gawai baik berupa konsultasi kedokteran maupun fasilitasi kunjungan rumah oleh dokter. Berbagai keuntungan dan kenyamanan dirasakan oleh pasien yang menggunakan layanan ini. Namun, layanan ini memerlukan berbagai adaptasi terutama dalam pertimbangan etik dan regulasi. Perusahaan aplikasi sebagai pihak ketiga dan penyedia layanan, seyogyanya juga mengambil tanggungjawab sebagai “fasilitas layanan kesehatan daring” termasuk menjaga rekam medik, mengelola komplain hingga sengketa medik, serta memiliki tata kelola organisasi layaknya fasilitas layanan kesehatan pada umumnya. Dokter yang menjadi subyek layanan perlu mawas diri dari kekeliruan dalam memberikan simpulan dan konsultasi, terlebih dalam memberikan resep obat. Terutama jangan sampai penyakit yang berpotensi mengakibatkan kematian atau kecacatan tidak teridentifikasi. Pemberian saran dan motivasi kepada masyarakat yang menjadi klien pengguna layanan untuk melanjutkan upaya diagnosis dan penanganan lebih lanjut ke fasilitas layanan kesehatan harus senantiasa dilakukan. Izin praktek dokter perlu diregulasi khusus sehingga dokter yang menjadi subyek layanan terlindung dari aspek hukum administratif. Pemerintah bersama organisasi profesi perlu meregulasi proses-proses yang berkaitan dengan perwujudan hal-hal tersebut.

**Abstract** Digital technology has advanced to a number of aspects in life, not to mention application-based medical services that includes medical consultation or direct physician home visit. Various advantages and conveniences felt by patients using the service. Nevertheless, these services need various adaptations, notably ethical deliberation and regulation. Application companies, being the third party and service provider, are also held responsible as “online health care facility” to keep confidentiality of medical records, to manage complains and medical disputes, also to have organizational governance like the conventional health care facility. Physician in the respected services needs to be self aware from making a mistake in doing consultation and concluding, moreover in prescribing and identifying conditions potentially causes disability and life-threatening situations. Giving advice and motivations to application users to go to health care facilities for further handling and diagnosing means are constantly needed to be done. Medical practice licenses need to be regulated specifically so that physicians who are subject to services are protected from administrative law aspects. The government and professional organizations need to regulate the processes related to the realization of the respected ideas.

Seiring perkembangan zaman, teknologi turut mengalami kemajuan yang signifikan. Perkembangan teknologi digital telah merambah

berbagai aspek kehidupan, termasuk di dalamnya aspek pelayanan kesehatan. Muncullah suatu fenomena baru yang dikenal sebagai “kesehatan

digital”, yang konsekuensinya akan membuat perubahan-perubahan dalam pelayanan kedokteran klasik selama ini.<sup>1</sup>

Salah satu bentuk dari “kesehatan digital” yang muncul belakangan adalah berkembangnya jasa layanan kedokteran baik sebatas konsultasi daring maupun kunjungan rumah berbasis aplikasi yang melibatkan jasa dokter umum maupun spesialis.<sup>2</sup> Jasa ini hadir sebagai jawaban atas permasalahan di masyarakat terutama golongan menengah ke atas dengan karakter yang ingin serba instan, memiliki tuntutan lebih atas kenyamanan fasilitas kesehatan, serta memiliki keterbatasan waktu akibat kesibukan.<sup>3,5</sup> Selain itu, teknologi ini juga dibuat atas kehendak mengatasi batasan jarak, geografis, serta biaya terkait pada daerah yang terpencil dengan tenaga medis yang kurang.<sup>2,4,5</sup> Hal ini juga sangat erat dengan permasalahan yang ada di Indonesia.<sup>2,4</sup>

Sekilas jasa layanan kedokteran kunjungan rumah ini menguntungkan masyarakat terutama dalam aspek mempermudah akses layanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya mereka yang memiliki imobilitas atau disabilitas.<sup>3,5</sup> Jasa layanan ini juga dapat membantu memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh akses sumber daya di bidang kesehatan serta pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau sebagaimana diamanatkan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 5 ayat 1 dan 2.<sup>6</sup>

Kendati demikian, berbagai kritik pun timbul, termasuk dalam aspek regulasi etik maupun hukum kedokteran, seperti mengenai surat izin praktik (SIP) dokter maupun rekam medis pasien. Di sisi lain, perusahaan aplikasi sebagai pihak ketiga yang mempertemukan dokter dan pasien perlu dikaji pula status etikanya dalam spektrum layanan kedokteran.

#### ***Aspek manfaat (beneficence) layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi***

Tidak dapat dipungkiri bahwa layanan kedokteran kunjungan rumah berbasis aplikasi menawarkan manfaat. Utamanya adalah menyediakan akses kesehatan yang mudah bagi masyarakat, terutama bagi masyarakat dengan

disabilitas dan mobilitas terbatas. Misalnya pasien cacat berat pasca stroke, patah tulang kronik yang tidak bersedia atau memungkinkan ditatalaksana lebih lanjut, pasien terminal dengan pendekatan paliatif, dan sebagainya.<sup>4</sup>

Faktor kenyamanan juga didapatkan pasien dalam menggunakan layanan ini karena tidak perlu beranjak keluar rumah, efisien karena berkurangnya waktu tunggu di RS, dan sebagainya.<sup>7</sup> Manfaat ini juga dirasakan oleh pasien terminal di mana ia dapat sesering mungkin dekat dengan keluarga dan kerabat di sisa waktu hidupnya jika itu yang menjadi kehendak otonominya.

Bagi layanan kunjungan rumah, hubungan dokter-pasien yang terjadi di rumah pasien berpotensi menguntungkan kualitas hubungan tersebut karena berpotensi lebih menghadirkan suasana kekeluargaan yang dapat meningkatkan loyalitas dan kepatuhan berobat pasien.<sup>5,8,9</sup>

#### ***Aspek rahasia medis dalam layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi***

Meski menawarkan berbagai macam keuntungan, beberapa aspek dari layanan ini perlu ditelaah lebih jauh. Salah satunya adalah masalah terkait kerahasiaan medis. Pada layanan kesehatan umumnya, rekam medis yang digunakan dapat berbentuk kertas atau elektronik, namun terbatas penggunaannya di dalam lingkungan RS. Namun, penggunaan rekam medis dengan medium kertas tentunya tidak dapat digunakan dalam layanan konsultasi daring maupun kunjungan rumah berbasis aplikasi. Mengacu pada pasal 5 Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis yang berbunyi “setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”, pada hakikatnya layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah tidak terkecuali dan harus menggunakan rekam medik elektronik.<sup>10</sup>

Apabila menggunakan rekam medis digital, maka perlu jaminan kerahasiaan rekam medis tersebut. Seperti yang tertulis di dalam UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat 2, rekam medis harus dijaga dan disimpan kerahasiaannya

oleh dokter dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.<sup>11</sup> Menjadi masalah apabila rekam medis elektronik tersebut berada bersama-sama dengan informasi lainnya milik penyedia aplikasi yang merupakan pihak ketiga pada server yang sama. Hal ini membuat rekam medis pasien dapat terbuka bagi pihak non-dokter, seperti teknisi dan pekerja IT sehingga menjadi tidak rahasia/*confidential*.<sup>7,12-15</sup>

Aplikasi penyedia layanan meskipun membangun struktur (*platform*) layanannya berbasis enkripsi *end-to-end*, umumnya tetap akan menempuh kebijakan merekam komunikasi baik dalam bentuk video, gambar, maupun audio antara masyarakat pengguna layanan dengan dokter sebagai subyek aplikasi. Hal ini diperlukan agar terdapat bukti aspek-aspek apa saja yang dibicarakan antara kedua pihak, termasuk bukti bahwa masyarakat pengguna layanan memberikan persetujuan (*consent*) terhadap dirinya baik untuk membuka informasi medis dirinya hingga persetujuan untuk mendapatkan tatalaksana selanjutnya termasuk mematuhi saran dokter.<sup>5,14</sup>

Kebijakan merekam komunikasi dapat dikategorikan sebagai kebijakan yang baik dan adil dari aplikasi layanan sebagai asas transparansi untuk melindungi dokter yang merupakan subyek dari layanan sekaligus memperoleh kepercayaan dari masyarakat pengguna layanan tersebut.<sup>14</sup>

Rekaman yang dihasilkan dari komunikasi baik video, gambar, maupun audio di mana masyarakat pengguna layanan membuka dirinya untuk menjabarkan kondisi tubuh dan medisnya pada layanan tersebut, maka sejatinya rekaman tersebut adalah rekam medik.<sup>4,1</sup> Lazimnya sebagian besar masyarakat pengguna layanan tentu tidak menginginkan informasi yang ada dalam komunikasi pada aplikasi tersebut diunggah masif di aplikasi dengan struktur (*platform*) media sosial misalnya. Masyarakat pengguna aplikasi bersedia membuka informasi medik mengenai tubuhnya melalui aplikasi tersebut tentu saja karena membayangkan bahwa informasi tersebut sama terjamin rahasianya seperti saat mereka mengunjungi dokter dan berkonsultasi di dalam kamar praktek yang menjamin privasi dirinya.

Sehingga aplikasi penyedia layanan tidak boleh menganggap rekaman tersebut tidak berbeda dengan data yang ada pada media sosial pada umumnya.<sup>13-15,17-19</sup>

Oleh karena rekaman komunikasi tersebut sejatinya merupakan rekam medik, maka menjadi kewajiban layanan untuk memelihara sekuritas dan otoritas akses terhadap rekam medik tersebut menyesuaikan dengan semangat yang ada dalam UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 47.<sup>7</sup>

Seluruh rantai manajemen pengelolaan rekam medik yang dibangun oleh aplikasi tersebut perlu dipastikan hanya dilakukan oleh profesional yang diangkat sumpah profesi, terikat oleh kode etik profesi, terikat oleh aturan intrinsik perusahaan yang mengedepankan penjaminan sekuritas dan otoritas yang baik, serta terikat oleh aturan hukum dan profesi kedokteran dan kesehatan.

Pada lain sisi, layanan kedokteran kunjungan rumah berbasis aplikasi lebih unggul dalam hal konfidensialitas rekam medis apabila dibandingkan dengan aplikasi yang sebatas konsultasi daring. Layanan tersebut memungkinkan pasien untuk membicarakan hal yang bersifat sangat privasi dan hanya dilakukan saat pasien bertemu fisik di rumahnya. Rekam medik dan persetujuan tindakan (*informed consent*) masih mungkin dilakukan tertulis saat pertemuan fisik di rumah pasien. Secara kontras, isu tersebut lebih rentan untuk tidak terpenuhi pada aplikasi yang hanya terbatas pada konsultasi daring.

### ***Aspek non-maleficence layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi***

Momentum saat pasien melakukan konsultasi daring atau perkenalan untuk selanjutnya dibuat program kunjungan rumah oleh aplikasi dapat beranjak dari suatu keluhan atau beberapa keluhan tertentu. Dari keluhan yang ada, ilmu kedokteran telah banyak meneliti untuk kemudian menjadikan sebagai identifikasi suatu keluhan cenderung memiliki tanda bahaya (*red flags*). Misalnya keluhan nyeri kepala, tidak boleh dianggap enteng jika awitannya di atas usia 40 tahun, diperberat

dengan mendedan, disertai defisit neurologis, dan sebagainya.<sup>20</sup> Tanda bahaya lainnya terdapat pada keluhan berbeda, misalnya tanda bahaya batuk, tanda bahaya sakit perut, dan sebagainya.

Keterbatasan yang ada dengan menggunakan aplikasi adalah bahwa dokter subyek pengguna aplikasi tidak dapat memeriksa secara langsung, terlebih secara teliti, yang membuat dokter berada di posisi sulit memiliki keyakinan pasti apa yang terjadi sebenarnya pada tubuh pasiennya.<sup>4</sup> Sementara jamak terjadi diskrepansi pemahaman antara dokter dan pasien tentang penjabaran suatu keluhan.<sup>17</sup>

Terlebih di era informasi yang bertubi-tubi datang yang tak jarang terpolusi oleh informasi keliru (*hoax*) di internet, membuat pasien cenderung sudah menyimpulkan dahulu secara prematur apa yang ia alami dan menyodorkan kesimpulan prematur itu ke dokter yang ia ajak berbincang. Posisi seperti ini kadang menjadi beban ekstra bagi dokter untuk sampai pada simpulan tepat, yaitu perlu sabar meluruskan simpulan yang prematur tersebut sambil di saat yang sama menghimpun informasi yang didapatkan untuk memperoleh simpulan yang lebih akurat. Beban ekstra ini lebih sulit ditanggung pada situasi terbatas seperti interaksi daring.<sup>17,18</sup> Bahkan, dengan situasi ini bisa jadi membuat dokter cenderung minim melakukan penilaian silang (*cross-check*) terkait kondisi pasien.<sup>18</sup>

Pada layanan konsultasi daring, penggalian informasi oleh dokter terbatas pada komunikasi verbal (terkadang via video) dan gambar. Dokter pada konteks serba terbatas ini memerlukan kemampuan dan kemauan untuk terus membayangkan adanya diagnosis banding dalam melakukan layanan tersebut. Tak terelakkan pula keharusan untuk memperhitungkan kemungkinan diagnosis banding bersifat gawat yang ternyata dialami oleh pasien.

Jika kemampuan dan kemauan untuk terus membayangkan adanya diagnosis banding tersebut luput dari dokter yang menjadi subyek layanan konsultasi daring, maka layanan kedokteran ini cenderung melanggar kaidah *non-maleficence* dan karenanya juga melanggar asas/prinsip keselamatan pasien (*patient safety*). Untuk menghindari luputnya hal tersebut, maka

beban tanggungjawab tidak hanya dipikul dokter subyek layanan konsultasi daring. Penyedia aplikasi juga memiliki tanggungjawab yang sama untuk membangun sistem *money* (monitor dan evaluasi) terhadap perkembangan klinis pasien.<sup>10,14</sup> Komitmen terhadap hal tersebut harus terus terwujud dan diawasi oleh pemerintah atau lembaga yang berkompeten sebagaimana prinsip keselamatan pasien benar-benar diawasi pelaksanaannya di Rumah Sakit dan fasilitas layanan kesehatan lainnya.

### ***Tinjauan etik pemberian obat kepada pasien menggunakan layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi***

Sebagian dokter berpendapat bahwa seluruh dokter yang ikut dalam aplikasi layanan konsultasi kedokteran daring untuk tidak meresepkan obat apapun menggunakan layanan tersebut. Namun sebagian lain berpendapat masih membolehkan, dengan membatasi pada obat bebas (*over the counter*). Bagaimana tinjauan etik pemberian obat kepada pasien pada layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah?

Pemberian obat sebagai bagian dari mata rantai layanan kedokteran perlu berdasarkan keyakinan diagnosis yang baik. Maka dokter perlu menyadari bahwa saat ia memutuskan memberikan obat pada layanan konsultasi daring maupun kunjungan rumah, di mana informasi dengan menggunakan layanan ini jauh lebih terbatas dibandingkan tatap muka, maka hal itu harus didasarkan pada keyakinan profesional dirinya terkait kondisi medis pasien.

Dokter juga perlu memahami bahwa terdapat obat yang sangat khas ditujukan pada suatu penyakit tertentu. Misalnya obat antiretroviral, obat anti tuberkulosis, obat ambeien, obat impotensi, obat epilepsi, psikofarmaka, obat diabetes, dan sebagainya. Jenis-jenis obat seperti ini perlu disadari secara tidak langsung membuka kondisi medis pasien. Hal ini dapat menjadi masalah apabila kondisi medis tersebut memiliki stigma di masyarakat dan berpotensi menyebabkan masalah sosial dan keluarga. Jika mengandaikan proses bisnis dari aplikasi konsultasi daring dalam memberikan obat adalah dengan mengirim obat ke kediaman pasien, maka setidaknya

ada potensi informasi yang tidak diinginkan tersebut terbuka ke pihak pengantar obat (jasa kurir) dan pihak penerima di luar diri pasien itu sendiri yang kebetulan tinggal di kediaman pasien. Dalam perspektif ini, isunya bukan obat bebas atau bukan, tetapi melihat obat sebagai bagian dari identitas medis yang perlu dijaga rantai distribusinya penuh kerahasiaan dan memastikan hanya pasien yang membuka paket antar obat tersebut. Tentu saja jika hal ini diinginkan sebagai bagian dari proses bisnis penyedia layanan konsultasi daring, penyedia harus bertanggung jawab penuh atas rantai distribusi yang aman. Dalam hal ini, layanan kunjungan rumah lebih memperhatikan keamanan di mana dapat diorganisasi bahwa kurirnya yang datang ke rumah adalah dokter atau tenaga kesehatannya sendiri, yang dapat memastikan obat itu diserahkan kepada pasien secara langsung.

Hal lain yang menjadi wacana ikutan dari pemberian obat menggunakan layanan konsultasi daring adalah perlunya dihindari persepsi masyarakat pengguna layanan bahwa dirinya merasa cukup dengan obat yang diberikan tanpa perlu tindak lanjut ke fasilitas layanan kesehatan. Hal ini terutama sangat merugikan dan berbahaya apabila kasusnya ternyata berpotensi jatuh kepada kegawatan medis. Hal ini dapat direfleksikan pada kasus psikiatri yangmana walaupun konsultasi dilakukan dengan video dan audio sekalipun, sangat sulit untuk menentukan dengan pasti keparahan kondisi seorang pasien yang mungkin adalah suatu kegawatdaruratan yang dapat mengakibatkan kematian. Hal ini sangat memungkinkan untuk mengancam kaidah bioetik *non-maleficence* pada praktiknya.<sup>4,21,22</sup>

Misalnya seorang lansia menggunakan layanan konsultasi daring mengeluhkan tentang nyeri kepala yang ia derita. Tanpa disadari ternyata nyeri kepala yang dikeluhkan pasien adalah merupakan manifestasi dari perdarahan subaraknoid yang volumenya kian hari kian bertambah sehingga saat volumenya membesar, daya kompensasi ruang otak tidak lagi memadai sehingga pasien jatuh pada kondisi tekanan intrakranial meningkat yang gawat dan dapat mematikan. Mari membayangkan apabila

setelah diberi analgesik, pasien merasa membaik di hari-hari pertama sehingga memutuskan untuk menunda akses ke rumah sakit? Dalam contoh kasus ini, perlu disadari pemberian obat simtomatik karena menekan keluhan pasien dapat berisiko mengakibatkan pasien mengalami penanganan kegawatan yang terlambat.

### ***Regulasi administratif yang diperlukan layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi***

Hal lain yang perlu diperhatikan dalam layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi adalah regulasi administratifnya supaya tidak menabrak aturan perundang-undangan yang ada. Salah satunya adalah mengenai SIP dokter. Menurut UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 37 ayat 2 dan 3, SIP hanya diberikan untuk paling banyak tiga tempat dengan satu SIP hanya berlaku untuk satu tempat praktik. Namun, dokter yang bekerja dengan layanan ini tentunya akan bekerja dari rumah ke rumah yang berbeda. Dengan demikian, dokter tersebut akan terhitung “praktek” di lebih dari tiga tempat praktik.<sup>12</sup> Oleh karena itu, regulasi administratif perlu dilakukan secara progresif.

Penyedia aplikasi sudah semestinya ikut bertanggungjawab kepada publik seperti fasilitas layanan kesehatan pada umumnya serta demi memenuhi aspek keadilan dan terhindar dari persepsi hanya menjadikan dokter “sapi perah” bisnisnya tanpa mau tanggung jawab jika terjadi tuntutan/ sengketa medik di kemudian hari, maka dapat saja diatur oleh regulator bahwa aplikasi tetap harus memiliki lokalisasi yang jelas pada suatu fasilitas layanan kesehatan dan tunduk pada aturan perundangan yang berlaku. Dokter yang “berpraktek” pada aplikasi tersebut baik yang terbatas pada konsultasi daring maupun kunjungan rumah akan teregistrasi salah satu SIP nya di lokasi fasilitas layanan kesehatan yang menjadi “home base” aplikasi tersebut. Peraturan serupa juga mengikat klinisi di Amerika Serikat karena secara umum, penyedia layanan kesehatan harus dilisensikan di negara di mana pasien yang menerima layanan berada sehingga sedang marak untuk dokter memperoleh SIP pada lebih dari satu

negara bagian, bahkan hingga mencapai SIP pada 50 negara bagian.<sup>23</sup>

### **Tanggungjawab tata kelola organisasi perusahaan aplikasi penyedia layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi**

Perusahaan aplikasi sebagai pihak ketiga, perlu menyusun tata kelola organisasi pada aspek layanan kedokterannya yang mirip dengan tata kelola organisasi fasilitas layanan kesehatan. Misalnya memiliki divisi-divisi penting seperti komite medik, kredensial, komite etik, komite farmasi (apabila meresepkan obat), dan komite rekam medik. Di samping tata kelola organisasi khas yang diperlukan seperti divisi teknologi informasi dan sebagainya.

Dokter dan tenaga medis lainnya yang bekerja di aplikasi tersebut harus melalui proses kredensial yang layak demi kepentingan masyarakat. Hal tersebut juga diatur oleh *American Medical Association* dalam operasional telemedis.<sup>13</sup> Jangan sampai dokter atau tenaga medis yang palsu gelarnya atau sedang dalam proses sanksi etika atau disiplin berat, sebagai bagian dari tanggung jawab moral aplikasi dalam menjaga kepercayaan dan keselamatan masyarakat kemudian menjadi subyek di aplikasi tersebut. Aplikasi juga dilarang keras mencatat nama dokter tanpa seizinnya yang diklaim bekerja pada aplikasi tersebut. Pada dasarnya, potensi risiko dalam telemedis tidak hanya memicu kekhawatiran terhadap verifikasi identitas dan *consent* pasien, melainkan juga menyangkut identitas dan surat izin praktik praktisi. Dalam hal ini penting untuk mempertimbangkan kerangka kerja regulasi suatu penyelenggara telemedis. Setiap negara memiliki peraturan tersendiri terhadap telemedis, dari aspek perizinan praktik, standarisasi, dan penyediaan pelatihan.<sup>24</sup>

Kontrak kesepakatan antara dokter dan aplikasi juga harus jelas dalam bentuk tertulis dan kontrak tersebut harus bersifat adil kepada seluruh pihak termasuk masyarakat pengguna. Termasuk jangan sampai dokter bekerja secara berlebihan (*over time*). Kelelahan (*fatigue*) merupakan faktor yang dapat membahayakan keselamatan pasien sehingga berpotensi

melanggar kaidah bioetik *non-maleficence*.<sup>24</sup> Mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 81 Tahun 2004 serta nilai-nilai yang terkandung dalam KODEKI pasal 2 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Yang Baik dan pasal 13 tentang Kerjasama, jumlah maksimum jam kerja memang tidak secara tegas dinyatakan, namun dapat diketahui rata-rata jam kerja yang diperkenankan adalah 8 jam sehari selama 5 hari kerja per minggu dengan mempertahankan perilaku profesional demi kepentingan dan keselamatan pasien.<sup>25-27</sup>

Demikian pula aplikasi tidak boleh lalai melakukan pembaruan data (*update*) di mana dokter yang awalnya bergabung kemudian memutuskan tidak lagi bergabung. Jika hal itu terjadi, maka aplikasi sebagai entitas hukum dapat diproses secara hukum ataupun mendapat sanksi sosial dari organisasi profesi.

### **Kesadaran perlunya keterampilan khusus dokter subyek pengguna layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah berbasis aplikasi**

Perusahaan aplikasi perlu menyadari bahwa karena pola interaksi dokter-pasien menggunakan aplikasi yang dibuat adalah berbeda dengan interaksi yang klasik, di mana seluruh dokter di Indonesia tidak pernah diajarkan dalam kurikulum pendidikan kedokteran sampai saat ini untuk berpraktek di aplikasi konsultasi daring maupun kunjungan rumah, maka penyedia aplikasi perlu menetapkan rencana strategis penyiapan serta peningkatan kompetensi bagi dokter yang tergabung dalam layanan mereka. Kemudian direksi dan komite medik yang dibentuk penyedia aplikasi melakukan langkah-langkah pemeliharaan dan pengawasan mutu layanan konsultasi daring dan kunjungan rumah yang dilakukan dokter-dokter tersebut.

Kemampuan-kemampuan khusus tersebut di antaranya adalah seni memilih modalitas komunikasi kapan menggunakan cukup komunikasi teks, audio, gambar, dan video; membayangkan kasus dengan keterbatasan informasi; kemampuan diagnosis banding; kemampuan prognosis medis dari keterbatasan; mengedukasi pasien agar melanjutkan upaya

diagnostik dan terapi di fasilitas layanan kesehatan; kemampuan edukasi agar pasien senantiasa mawas diri; kemampuan melakukan klarifikasi suatu pemahaman prematur pasien mengenai kondisi medis dirinya; kemampuan melakukan move khasiat maupun efek samping obat dalam keadaan serba terbatas; serta kemampuan mengantisipasi informasi sesat (*hoax*) yang masif beredar di internet mengingat bahwa pengguna aplikasi hampir semuanya melek dan sering menggunakan internet.

## KESIMPULAN

Layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah memiliki aspek positif terutama memenuhi kaidah beneficence di samping banyak tantangan yang perlu disadari di antaranya adalah kerahasiaan medis dan rekam medis, aspek non maleficence yang dapat ditimbulkan akibat keterbatasan komunikasi dokter pasien. Penyedia layanan aplikasi perlu memperhatikan betul tata kelola organisasi sebagaimana tata kelola RS di luar sistem aplikasi yang ada. Dokter dan aplikasi penyedia layanan harus menyadari perlunya keterampilan khusus yang mesti dijaga mutunya dalam menjalankan konsultasi daring. Layanan kunjungan rumah memiliki kelebihan dalam mengatasi kelemahan layanan yang hanya terbatas pada konsultasi daring. Diperlukan dukungan regulasi administratif dari seluruh pihak terkait agar layanan ini dapat bekerja dengan aman, baik, dan memberikan manfaat luas sesuai harapan.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Seluruh penulis tidak memiliki konflik kepentingan terhadap layanan kedokteran konsultasi daring dan kunjungan rumah.

## REFERENSI

1. Mesko B, Drobni Z, Benyei E, Gergely B, Gyorffy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *Mhealth*. 2017;3:38. <http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2017.08.07>
2. Ping an good doctor and grab form joint venture to deliver transformative o2o healthcare solutions in Southeast Asia [Internet]. 2018 [diakses pada 2019 Jul 13]. Dapat diakses melalui: <https://www.grab.com/sg/press/business/ping-an-good-doctor-and-grab-form-joint-venture-to-deliver-transformative-o2o-healthcare-solutions-in-southeast-asia/>
3. Ensign SF, Baca-Motes K, Steinhubl SR, Topol EJ. Characteristics of the modern-day physician house call. *Medicine*. 2019; 98(8). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014671>
4. Prawiroharjo P, Pratama P, Librianty N. Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika. *JEKI*. 2019;3(1):1-9. <http://dx.doi.org/10.26880/jeki.v3i1.27>
5. Mehta SJ. Telemedicine's potential ethical pitfalls. *Virtual Mentor*. 2014;16(12):1014-1017. <http://dx.doi.org/10.1001/virtualmentor.2014.16.12.msoc1-1412>.
6. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009.
7. Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence*. 2019 Apr 10;13. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S197015>
8. Why improving the patient experience is vital for the health care industry and how to do it [Internet]. 2019 [diakses pada 2019 Jul 13]. Dapat diakses melalui: <https://hbr.org/sponsored/2019/01/why-improving-the-patient-experience-is-vital-for-the-health-care-industry-and-how-to-do-it>
9. Arafaat SM, Andalib A, Kabir R. Progression of doctor patient relationship model in light of time and culture: a narrative review. *International Journal of Perceptions in Public Health*2017;1(2);102-8.

10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. 2008.
11. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. 2004.
12. Kaplan B, Litewka S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. 2008;17:401-16. <http://dx.doi.org/10.1017/S0963180108080535>
13. American Medical Association. 50-state survey: establishment of a patient-physician relationship via telemedicine. 2018.
14. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in telehealth and telemedicine. *JGIM*. 2017;32(10):1136-40. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4082-2>
15. Moghbeli F, Langarizadeh M, Ali A. Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. *Medical Archives*. 2017;71(5):351. <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2017.71.351-355>
16. Santosa F, Purwadianto A, Sidipratomo P, Pratama P, Prawiroharjo P. Sikap etis dokter pada pasien yang “mendiagnosis” diri sendiri menggunakan informasi internet pada era cyber medicine. *JEKI*. 2018;2(2):53-7. <http://dx.doi.org/10.26880/jeki.v2i2.16>.
17. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *JEKI*. 2017;1(1):31-4. <http://dx.doi.org/10.26880/jeki.v1i1.7>.
18. Lambert KM, Barry P, Stokes G. Risk management and legal issues with the use of social media in the healthcare setting. *J Heal Risk Manag*. 2012;31(4):41-7. <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.20103>.
19. Turvey C, Coleman M, Dennison O, Drude K, Goldenson M, Hirsch P et al. ATA practice guidelines for video-based online mental health services. *Telemedicine and e-Health*. 2013;19(9):722-730. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2013.9989>
20. Clinch CR. Evaluation of Acute Headaches in Adults. *Am Fam Physician*. 2001 Feb 15;63(4):685-693.
21. Young JD, Borgetti SA, Clapham PJ. Telehealth: exploring the ethical issues. *DePaul J. Health Care L*. 2017;19(3). <https://via.library.depaul.edu/jhcl/vol19/iss3/2>
22. Clark PA, Capuzzi K, Harrison J. Telemedicine: Medical, legal and ethical perspectives. *Med Sci Monit*, 2010; 16(12): RA261-272. PMID 21119593.
23. Interstate Medical Licensure Compact Commission Issues 3,000th License [Internet]. Federation of State Medical Boards. 2019 [diakses pada 2019 Des 23]. Dapat diakses melalui: <https://www.fsmb.org/advocacy/news-releases/interstate-medical-licensure-compact-commission-issues-3000th-license/>
24. Europe Economics. Regulatory approaches to telemedicine. London: Europe Economics; 2019.
25. Baharuddin M, Lefrandt R, Santosa F. Tinjauan etik regulasi jam kerja dokter di indonesia. *JEKI*. 2017;1(1):25. <http://dx.doi.org/10.26880/jeki.v1i1.6>.
26. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode etik kedokteran Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia. Jakarta; 2012.
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, serta Rumah Sakit. 2004.