

# Jurnal Etika Kedokteran Indonesia



**Kampanye Anti-Vaksin oleh Seorang Dokter,  
Apakah Melanggar Etik?**

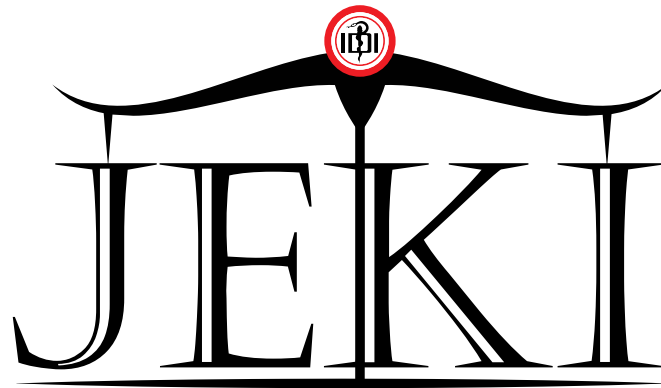
**Penerapan Revisi Sumpah Dokter Terbaru oleh  
*World Medical Association (WMA)* di Indonesia**

**Sponsorship Pendidikan Kedokteran: Batasan  
yang Sering Terabaikan**

**Prinsip Penetapan Sanksi bagi Pelanggaran Etik  
Kedokteran**

**Menjaga Etika Kedokteran pada Masa Tahun  
Politik**

**Benarkah Dokter Spesialis yang Tugas Jaga Pasti  
Melakukan Pelanggaran Etik Jika Sekedar  
Menjawab Konsul per Telepon untuk Pertolongan  
Kegawatdaruratan?**



# Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

vol. 2 no. 1

Maret 2018



# Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

## ***Kepala Editor***

Frans Santosa

## ***Editor***

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Anna Rozaliyani

## ***Manajer Jurnal***

Pukovisa Prawiroharjo

## ***Editor Kপি***

Peter Pratama

## ***Reviewer***

Ali Sulaiman

Yunizaf

Rianto Setiabudi

Agus Purwadianto

Frans Santosa

Prijo Sidipratomo

Broto Wasisto

Julitasari Sundoro

Anna Rozaliyani

Bachtiar Husein

Pukovisa Prawiroharjo

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin Penerbit. Artikel dapat diunduh di <http://ilmiah.id/jeki>. Bila membutuhkan salinan, silakan menghubungi [contact@ilmiah.id](mailto:contact@ilmiah.id).

---

## Daftar Isi

|  |    |
|--|----|
| Kampanye Anti-Vaksin oleh Seorang Dokter, Apakah Melanggar Etik?.....  | 1  |
| Penerapan Revisi Sumpah Dokter Terbaru oleh <i>World Medical Association</i> (WMA) di Indonesia.....   | 7  |
| Sponsorship Pendidikan Kedokteran: Batasan yang Sering Terabaikan.....   | 13 |
| Prinsip Penetapan Sanksi bagi Pelanggaran Etik Kedokteran.....   | 19 |
| Menjaga Etika Kedokteran pada Masa Tahun Politik.....  | 23 |
| Benarkah Dokter Spesialis yang Tugas Jaga Pasti Melakukan Pelanggaran Etik Jika Sekedar Menjawab Konsul per Telepon untuk Pertolongan Kegawatdaruratan?..... | 31 |

# Kampanye Anti-Vaksin oleh Seorang Dokter, Apakah Melanggar Etik?

Julitasari Sundoro<sup>1,2</sup>, Ali Sulaiman<sup>1</sup>, Agus Purwadianto<sup>1,3</sup>, Broto Wasisto<sup>1,4</sup>

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

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

<sup>3</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

<sup>4</sup>Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (Ikkesindo)

## Kata Kunci

Anti-vaksin, kampanye

## Korespondensi

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.8

**Tanggal masuk:** 11 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

**Abstrak** Sejarah terjadinya wabah cacar telah melahirkan era baru dalam upaya pencegahan penyakit infeksi. Pada abad ke-19 mulai diperkenalkan terminologi vaksin dan vaksinasi. Lambat laun, vaksinasi kian populer karena mampu mengeradikasi penyakit cacar dan mampu mengontrol penyakit infeksi lainnya. Namun, perkembangan vaksin tidak serta merta mendapat tanggapan positif. Di tengah masyarakat lahir gerakan antivaksinasi yang vokal menyuarakan bahaya dari vaksinasi. Dokter sebagai garda terdepan di bidang kesehatan sekaligus penanggung jawab pasien memegang peran penting untuk mencerdaskan dan tidak terlibat dalam pusaran propaganda antivaksinasi.

**Abstract** The history of smallpox outbreaks had spawned new era in preventing infectious diseases. In the 19<sup>th</sup> century, the terms vaccine and vaccination were introduced. Steadily, vaccination became increasingly popular due to its ability to eradicate smallpox and control other infectious diseases. However, the development of vaccines does not always get positive responses. In the midst of society, vocal antivaccination movement was born, voicing dangers of vaccination. Doctors as front-liners in the field of health as well as responsibility bearers of patients play important role to educate patients while avoid involvement with antivaccination propaganda.

## PENDAHULUAN

Vaksin secara biologi merupakan suatu bibit penyakit (virus) yang dilemahkan untuk kemudian menghasilkan kekebalan aktif saat dimasukkan ke dalam tubuh manusia. Vaksin dengan segala kemampuannya untuk mencegah morbiditas dan mortalitas terhadap penyakit infeksi merupakan pencapaian terbesar di bidang kesehatan masyarakat.<sup>1</sup> Vaksin memainkan peran penting pada abad ke-20 karena berhasil mengeradikasi penyakit cacar (*smallpox*) pada tahun 1974 dan polio pada tahun 2014.<sup>2</sup>

Perkembangan vaksin tidak serta merta mulus begitu saja. Di saat vaksin semakin populer, maka lahir komunitas dan pemahaman yang menolaknya, yaitu kaum antivaksin. Di internet, gerakan antivaksinasi/imunisasi dalam bentuk apapun cukup

mendapat banyak perhatian.<sup>3</sup> Banyak peneliti menilai bahwa gerakan baru ini muncul saat vaksinasi cacar mulai diperkenalkan dan terus berlanjut hingga saat ini.<sup>3</sup> Metode penyebaran informasinya sudah berubah sejak abad ke-19, namun isu-isu yang disebarkan oleh komunitas antivaksinasi masih mirip hingga sekarang.<sup>3</sup> Bila ditelusuri, jumlah situs internet yang membahas antivaksinasi akan jauh lebih banyak daripada situs yang mempromosikan vaksinasi. Kebanyakan kontennya pun mirip, disalin-ulang dari satu situs ke situs lainnya.<sup>4</sup> Artikel-artikel itu ditulis seakan-akan memang berdasarkan bukti (*evidence based medicine*) karena menampilkan nama-nama pakar dengan data dan angka yang sangat meyakinkan.<sup>4</sup>

Seiring berjalannya waktu, gerakan antivaksin tidak hanya ramai di internet, tapi hingga diadakannya seminar-seminar di

perguruan tinggi. Bahkan pembicaranya adalah dokter.<sup>4</sup> Dokter sebagai seorang 'ahli' dihargai atas keilmuannya, baik dari sisi teori maupun keterampilannya sebagai klinisi, sehingga informasi apapun yang disampaikan oleh seorang dokter akan lebih mudah diyakini oleh seorang pasien. Termasuk hal ini dalam kaitannya dengan propaganda antivaksin.

Salah satu tokoh yang terkenal karena sikapnya menolak vaksinasi adalah Sherri Tenpenny, dokter osteopati dari Ohio, Amerika Serikat.<sup>5</sup> Beberapa terbitan bukunya yang berhubungan dengan antivaksinasi antara lain: (1) *Saying No to Vaccines*, berisi penjelasan mengapa vaksin merugikan kesehatan, termasuk komplikasi vaksin seperti asma, autisme, ADHD, dan gangguan imunitas; dan (2) *FOWL! Bird Flu: It's Not What You Think*, yang memaparkan bagaimana flu burung berkorelasi dengan vaksinasi.<sup>5</sup>

Di dalam negeri, berbagai pendapat terkait vaksinasi banyak disuarakan oleh berbagai lapisan masyarakat, terutama dokter-dokter. Suara-suara tersebut pun terbelah dengan argumentasinya masing-masing.

Salah satu *cuitan* yang cukup mengundang perhatian masyarakat datang dari dr. Susilorini, M.Si.Med, SpPA. Dalam salah satu *platform* media sosialnya, Susilorini aktif menyuarakan pendapatnya terkait vaksinasi. Berikut adalah kutipan dari *cuitan* Susilorini:<sup>6</sup>

*"Kita harus paham dulu prinsip aktivasi sel B. Ketika sel B teraktivasi dia akan berdiferensiasi menjadi Sel B memori dan sel B efektor. Sel B efektor ini akan memproduksi antibodi, antibodi bersifat biodegradable karena dia akan dikatabolisme. Dan sel B efektor juga akhirnya akan dimatikan secara terprogram. Untuk jangka waktu dia dapat bertahan adalah dalam hitungan minggu. Bila dalam jangka bulan si A terinfeksi secara alamiah sebenarnya karena tubuh sudah punya sel memori kita tidak butuh disuntik lagi. Karena memang maksud vaksinasi adalah seperti itu. Kalo diulang disuntik berkali-kali justru bisa timbul toleransi."*

Kubu antivaksinasi Susilorini kemudian didukung oleh dr. Henny Zainal melalui *cuitannya*:<sup>7</sup>

*"Sebagai seorang dokter, saya memahami dengan baik bahwa jika kuman yang disuntikkan dalam tubuh seseorang dengan daya tahan tubuh yang menurun maka kuman/virus tersebut menjadi aktif bahkan menginfeksi tubuh yang menerima vaksin tersebut. Dalam hal ini, siapakah yang berjalan-jalan membawa bahan penyakit dan memiliki resiko memberikan penularan kepada anak lainnya yang sehat?"*

Yang cukup disayangkan, masyarakat awam ternyata banyak yang terpengaruh gerakan anti-vaksinasi. Kesalahan logika pikir dari tiga contoh tersebut kemudian membuat dokter-dokter mulai khawatir dan memberikan klarifikasi melalui cara yang sama, cara yang dekat dengan masyarakat, media sosial.

Dalam akun media sosialnya, dr. Piprim Basariah, SpA(K) menyuarakan, *"Vaksinasi tidak bisa digantikan dengan cara lain seperti herbal, madu, tahnik, bekam, habbats, ASI, dan lain-lain karena vaksinasi meniru kekebalan alami yang ditimbulkan oleh suatu penyakit ganas seperti difteri. Melalui vaksinasi, manusia bisa langsung memperoleh kekebalan spesifik terhadap penyakit ganas tanpa harus mengalami sakit. Hal tersebut muncul sebagai buah dari fungsi akal manusia dalam menghadapi penyakit ganas di alam ini."*<sup>8</sup>

Ahli Vaksin dr. Dirga Rambe Sakti, M.Sc VPCD juga memberikan pernyataannya terkait masih rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya vaksinasi sehingga opini publik menjadi rentan digoyahkan. Gaya hidup masyarakat zaman sekarang yang kurang memperhatikan higienitas dan/atau intensitas migrasi negara yang meningkat membuat masyarakat lebih rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, vaksinasi pada orang dewasa menjadi hal yang perlu untuk dilakukan sebagai bentuk antisipasi.<sup>9</sup>

Pernyataan dr. Dirga kemudian didukung oleh dr. Apin Arifiyanto, SpA, *"Tugas saya sebagai dokter adalah mengupayakan bayi tidak mengalami infeksi berulang untuk mencegah perburukan prognosis pasien dengan upaya perlindungan berupa vaksinasi."*<sup>10</sup>

Dokter lainnya yang turut aktif meluruskan kesalahpahaman masyarakat akibat gerakan antivaksinasi adalah dr. Siti Aisyah Ismail. Melalui tulisannya di laman Dinas Kesehatan

Daerah Kota Depok, Aisyah mengupas isu vaksin terbuat dari bahan dasar yang haram adalah mitos dengan menggunakan berbagai tinjauan sudut pandang termasuk fatwa ulama.<sup>11</sup>

Dokter kini menghadapi kondisi yang dilematis. Vaksin secara medis telah terbukti ampuh dan belum pernah tercatat menimbulkan dampak negatif bagi pemakainya. Namun, jika salah memahami, dokter bisa saja terseret arus paham antivaksinasi dan justru menjadi pelopor gerakan ini di masyarakat. Dampaknya adalah kegagalan program pemerintah untuk mengeradikasi penyakit-penyakit infeksi yang seharusnya dapat dicegah dengan vaksin, seperti wabah difteri yang terjadi di akhir 2017. Lebih jauh lagi, beban terhadap anggaran BPJS Kesehatan menjadi bertambah dan pemerintah harus ekstra kerja keras mengatasi wabah yang sebenarnya tidak perlu terjadi.

Bisa dibayangkan bahwa gerakan antivaksinasi saja sudah cukup merepotkan banyak pihak, apalagi jika gerakan ini melibatkan tenaga kesehatan. Sudah selayaknya dokter mengutamakan kedokteran berbasis bukti sebelum meyakini sebuah informasi medis baru yang bertentangan dengan pemahaman keilmuan umumnya.

Oleh karena itu, pada pembahasan ini akan dibatasi pada hal-hal yang menjelaskan potensi keterlibatan dokter dalam bagian propaganda antivaksinasi. Diskusi ini juga tidak akan membahas sejarah gerakan antivaksinasi dan pro-kontra argumen yang hadir di masyarakat terkait program vaksinasi mandiri maupun yang menjadi bagian dari program pemerintah.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### ***Argumen yang Digunakan Oleh Gerakan Antivaksinasi Terbukti Palsu***

Aktris Amerika yaitu Jenny McCarthy cukup dikenal banyak orang sebagai sosok ibu gerakan antivaksinasi. Sikapnya konsisten terutama terhadap vaksin campak, gondok, dan MMR. Ia meyakini bahwa vaksinlah yang menyebabkan autisme pada Evan, anaknya.<sup>12</sup> Keyakinan ini muncul akibat penelitian Dr. Andrew Wakefield yang dipublikasikan *The Lancet*, jurnal medis Inggris, pada 28 Februari

1998.<sup>12,13</sup> Belakangan, pada 6 Februari 2010 penelitian tersebut ditolak dan ditarik setelah adanya laporan falsifikasi data yang dilakukan oleh Wakefield. Jurnalis investigatif *London's Sunday Times*, yaitu Brian Deer, mengungkap bahwa Wakefield dibayar oleh seorang pengacara dengan nominal lebih dari £400.000 (\$665.000) untuk membuktikan jika vaksin tidak aman.<sup>12</sup>

Ditariknya artikel jurnal tersebut menyebabkan semua argumen yang mengacu pada literatur ini menjadi tertolak. Sehingga apabila terdapat dokter yang masih meyakini kebenaran dari hasil penelitian ini, maka sama saja dengan mengabaikan kaidah penelitian yang benar dan dapat diterima.

### ***Tinjauan Etik***

Dokter terikat oleh lafal sumpah dokter, di mana salah satu poinnya berbunyi bahwa dokter senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat.<sup>14</sup> Artinya bahwa serangkaian tindakan yang dilakukan oleh dokter haruslah dilandaskan pada tujuan tercapainya kesehatan bagi masyarakat.

Pernyataan ini diperkuat oleh pasal 12 pada Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) Tahun 2012 tentang Pelayanan Kesehatan Holistik. Pasal tersebut menyatakan bahwa dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter wajib memperhatikan seluruh aspek pelayanan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif) baik fisik maupun psiko-sosial-kultural pasiennya, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian sejati masyarakat.<sup>14</sup>

Melalui penjelasannya, pasal ini mencakup aspek preventif di mana seorang dokter harus memberikan pelayanan, pendidikan kesehatan, dan perlindungan pencegahan dalam rangka menghindarkan klien dan keluarganya dari risiko penyakit. Pernyataan ini menyiratkan keberpihakan pada kegiatan vaksinasi sebagai upaya preventif untuk tetap mempertahankan kesehatan di masyarakat. Segala bentuk penentangan terhadap pasal ini, maka dokter akan berurusan dengan MKEK dan bisa saja berujung dengan dicabutnya izin untuk berpraktik.<sup>15</sup>

### **Menolak Vaksin Melanggar Hukum**

Menurut Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan Kementerian Kesehatan (Kemkes), UUD 1945, UU Perlindungan Anak, dan UU Kesehatan beserta turunannya menjamin hak anak untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>16</sup> Regulasi ini mengisyaratkan dilakukannya vaksinasi sebagai upaya mencegah penyakit. Lebih dalam lagi, pada pasal 131 Bab VII UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tertera bahwa pemeliharaan kesehatan anak sudah harus dimulai sejak dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai usia 18 tahun.<sup>17</sup> UU no 4 tahun 1984 pasal 14 tentang Wabah juga menyebutkan bahwa upaya menghalangi penanggulangan wabah dapat diancam pidana. Vaksinasi juga diatur dalam Permenkes 12/2017 yang menyebutkan bahwa imunisasi program adalah wajib dan merupakan hak anak. UU No. 19 Tahun 2016 tentang Internet dan Transaksi Elektronik menyebutkan bahwa penyebaran berita bohong dapat diadukan untuk diproses secara hukum.<sup>18</sup> Dokter hendaknya dapat menggunakan media sosial dengan bijak untuk menyebarkan informasi yang berbasiskan bukti medis.<sup>19</sup>

Hal ini jelas menunjukkan bahwa upaya meningkatkan kualitas kesehatan penduduk Indonesia dimulai sejak anak-anak, dalam hal ini dilakukan melalui kegiatan vaksinasi. Artinya, dokter yang mempropagandakan paham antivaksinasi sama saja menghambat upaya penciptaan kesehatan yang sebaik-baiknya bagi rakyat Indonesia, sehingga dokter tersebut dapat dijerat oleh undang-undang tersebut.

### **Penalti bagi Pelanggar Hukum**

Dokter yang menjalankan propaganda antivaksin dapat dijerat dengan berbagai pasal secara hukum. Selain itu, dokter yang bersangkutan juga dapat diberi sanksi berupa pembekuan surat izin praktek dan surat tanda registrasi sebagai seorang dokter oleh IDI.

## **KESIMPULAN**

Munculnya fenomena dokter antivaksinasi di Indonesia perlu diwaspadai karena kasusnya sudah pernah terjadi di luar negeri. Setiap dokter perlu kiranya memperbarui pengetahuannya tentang vaksinasi agar tidak mudah tertipu oleh pernyataan pihak-pihak yang menggencarkan gerakan antivaksinasi. Dokter seyogyanya membekali diri dengan prinsip keilmuan dan konsep kedokteran berbasis bukti. Selain itu, setiap dokter telah disumpah dan mengetahui adanya kode etik yang mengatur wewenang dan tanggung jawab profesinya sebagai seorang tenaga medis. Hal ini didukung dengan adanya regulasi yang mengatur hak-hak anak, dalam hal ini sebagai subyek vaksinasi sehingga segala penentangan terhadap upaya ini dapat disebut sebagai perlawanan terhadap hukum. Oleh karena itu, dokter jelas tidak boleh terlibat dalam propaganda antivaksinasi. Apabila terdapat dokter yang terbukti berperan di dalam gerakan tersebut, maka harus siap-siap berhadapan dengan dua pihak, yaitu MKEK sebagai representasi dari organisasi keprofesian dan Kepolisian sebagai representasi dari lembaga negara penegak hukum.

## **KONFLIK KEPENTINGAN**

Tidak ada konflik kepentingan.

## **REFERENSI**

1. Poland GA, Jacobson RM. Understanding those who do not understand: A brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine*. 2001 Mar;19(17-19):2440-5. doi: 10.1016/S0264-410X(00)00469-2.
2. Maglione MA, Das L, Raaen L, Smith A, Chari R, Newberry S, et al. Safety of vaccines used for routine immunization of U.S. children: a systematic review. *Pediatrics*. 2014 Aug;134(2):325-37. doi: 10.23970/AHRQEPERTA215.
3. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002 Aug;325(7361):430-2. doi: 10.1136/bmj.325.7361.430.

4. Kristyanto RY. Fakta di balik kampanye hitam anti vaksin [internet]. 2012 Jun 20 [disitasi 2018 Mar 7]; Diunduh dari: <https://health.detik.com/ulasan-khas/d-1946498/fakta-di-balik-kampanye-hitam-anti-vaksin>
5. detikNews. Inilah Sherri Tenpenny, dokter “anti vaksin” yang kunjungannya ditolak di Australia [internet]. 2015 Jan 8 [disitasi pada 2018 Mar 7]; Diunduh dari: <https://news.detik.com/australiaplus/2797418/inilah-sherri-tenpenny-dokter-anti-vaksin-yang-kunjungannya-ditolak-di-australia>
6. Susilorini. Vaksinasi [internet]. Jan 2018 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: <http://bundajalancahaya.blogspot.co.id/2018/01/vaksinasi-by-dr-susilorini-sp-pa.html>
7. Zainal H. Jawaban terhadap uraian vaksinasi pertama kali oleh dokter muslim [internet]. Oktober 2011 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: <https://drhennyzainal.wordpress.com/2011/10/17/jawaban-terhadap-uraian-vaksinasi-pertama-kali-oleh-dokter-muslim/>
8. Yanuarso PB. Vaksinasi tak bisa digantikan dengan cara yang... [internet]. 2018 Jan 5 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: <https://www.facebook.com/dokterPiprim/posts/10215255012265074>
9. Haryoko F. Siaran pers - dr. Dirga Rambe, vaksinolog termuda dunia peduli imunisasi dewasa [internet]. 2013 Juli 18 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: [http://www.ui.ac.id/download/siaran\\_pers/dr.Dirga\\_Rambe,Vaksinolog\\_Termuda\\_dunia\\_Peduli\\_Imunisasi\\_Dewasa\\_.pdf](http://www.ui.ac.id/download/siaran_pers/dr.Dirga_Rambe,Vaksinolog_Termuda_dunia_Peduli_Imunisasi_Dewasa_.pdf)
10. Arifianto A. Apakah vaksin efektif dalam mencegah penyakit? Bagaimana membuktikannya? [internet]. 2018 Feb 15 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: <http://arifianto.blogspot.co.id/2018/02/apakah-vaksin-efektif-dalam-mencegah.html>
11. Drachma. dr. Aisyah: Mitos vaksin mengandung babi [internet]. Dinas Kesehatan Kota Depok. Feb 2016 [diakses 2018 Mar 7]. Diunduh dari: <http://dinkes.depok.go.id/?p=1720>
12. Mitschang T. The anti-vaccine movement: Where are we now? 2014 [diakses 2018 Mar 7]; Diunduh dari: [http://www.bstquarterly.com/Assets/downloads/BSTQ/Articles/BSTQ\\_2014-07\\_AR\\_The-Anti-Vaccine-Movement-Where-Are-We-Now.pdf](http://www.bstquarterly.com/Assets/downloads/BSTQ/Articles/BSTQ_2014-07_AR_The-Anti-Vaccine-Movement-Where-Are-We-Now.pdf)
13. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*. 1998 Feb 28;351(9103):637-41. doi: 10.1016/S0140-6736(97)11096-0.
14. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode Etik Kedokteran Tahun 2012. Jakarta; 2012.
15. Ikatan Dokter Indonesia. Pedoman organisasi dan tata laksana kerja Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Jakarta; 2008.
16. Manafe D. Awas, menolak imunisasi bisa dipidana - BeritaSatu.com. [Internet]. 2016 Nov 29 [diakses 2018 Mar 7]; Diunduh dari: <http://www.beritasatu.com/kesehatan/401828-awas-menolak-imunisasi-bisa-dipidana.html>
17. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009.
18. Undang-undang Republik Indonesia nomor 19 tahun 2016 tentang informasi dan transaksi elektronik.
19. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *J Etik Ked Ind*. 2017 Oct 11;1(1):31. doi: 10.26880/jeki.v1i1.7.



# Sox galeri

WE SUPPORT YOUR SOCKS LIFE

NEW



*"Diabetic are encouraged to wear at least some type of socks and avoid going barefoot."*

## diabe+ic

Sox Galeri Diabetic Socks is especially developed and designed to protect your foot from injuries. The structure and material used is essential for providing extra care suited to the needs of a diabetic person.



*"Recommended for people suffering from conditions such as varicose veins, arthritis and leg ulcers."*

## travel

Sox Galeri Travel Socks is especially developed and designed for people who love travel. using these socks help to increase blood circulation and reduce the risk of swelling and DVT (deep vein thrombosis).



### EXTRA CROSS STRETCH (diabe+ic)

COMFORTABLE NON-BINDING FIT  
ALLOWS GOOD CIRCULATION



### NON- IRRITATING TOE SEAM

PREVENTS PRESSURE ON TOES  
COMPUTERIZED STITCH



### COMFORTABLE CUFFS (travel)

KEEP THE SOCKS HIGH AND SECURE  
WITHOUT FEELING TOO TIGHT



### ACTIVE CUSHION SOLE

BETTER SOLE CUSHION FOR MAXIMUM  
ADDED PROTECTION AND COMFORT



### ANTIMICROBIAL PROTECTION

PREVENTS BACTERIAL GROWTH KILLS  
99% OF MICROBES KEEP FEET DRY

# Medical

ANTI BACTERIA TECHNOLOGY

AVAILABLE AT :  
SOX GALERI STORE  
[www.soxgaleri.com](http://www.soxgaleri.com)

Sox galeri  
WE SUPPORT YOUR SOCKS LIFE

# Penerapan Revisi Sumpah Dokter Terbaru oleh *World Medical Association* (WMA) di Indonesia

Agus Purwadianto<sup>1,2</sup>, Broto Wasisto<sup>1,3</sup>, R Sjamsuhidajat<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

<sup>3</sup>Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (Ikkesindo)

## Kata Kunci

dokter, sumpah, revisi, World Medical Association

## Korespondensi

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.9

**Tanggal masuk:** 13 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

**Abstrak** *World Medical Association* (WMA) mengeluarkan revisi sumpah dokter terbaru dalam Deklarasi Geneva tahun 2017. Sumpah dokter di Indonesia tercantum di KODEKI 2012 dan Peraturan Pemerintah (PP) No. 26 Tahun 1960. Sumpah disesuaikan dengan nilai dan keragaman agama di suatu negara. Beberapa revisi tersebut antara lain menghormati otonomi dan keluhuran pasien tanpa mempertimbangkan latar belakang pasien serta menghargai hubungan dengan guru, kolega, dan mahasiswa. Perubahan lainnya adalah menghilangkan kata “sejak konsepsi” pada butir menghormati kehidupan manusia. Butir tambahan adalah dokter akan menjaga kesehatan dirinya, menjalankan profesi sesuai praktis medis, dan akan membagi ilmu yang dimilikinya untuk kepentingan pasien. Untuk penerapannya di Indonesia, diperlukan persetujuan *draft* sumpah WMA yang disesuaikan dengan nilai di Indonesia, kemudian diterjemahkan oleh pihak yang dipilih PB IDI dan ditetapkan menjadi peraturan pemerintah.

**Abstract** World Medical Association (WMA) has launched a revision of Declaration of Geneva in 2017. Doctor's Oath in Indonesia was based on Indonesian Medical Code of Ethics 2012 and government regulation (PP No. 26 Year 1960). The oath is adjusted to Indonesia's diverse value and religion. Some revisions were to respect the autonomy and dignity of patients without considerations of patients backgrounds and to give respect and gratitude to teachers, colleagues, and students. Another modification was deletion of phrase “since conception” in the point of “I will maintain the utmost respect for human life”, that doctor must attend to his own health, practice his profession accordance with good medical practice, and will share his medical knowledge for patient benefit. To be applied in Indonesia, the WMA Oath draft has to be adjusted with Indonesian value, translated, and then declared as government regulation.

## PENDAHULUAN

Berdasarkan Kode Etik Kedokteran Indonesia tahun 2012 pasal 1, setiap dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dan atau janji dokter. Dokter lulusan fakultas kedokteran di Indonesia melafalkannya di depan pimpinan fakultas, sementara dokter lulusan luar negeri atau asing melafalkan sumpah dokter di depan pemimpin IDI. Kalimat-kalimat dalam sumpah dokter telah mengalami perubahan dan penyempurnaan. Sumber pertama sumpah dokter yang diterapkan

di Indonesia adalah Deklarasi Geneva 1948 dan terus disempurnakan hingga tahun 2012 di Muktamar IDI ke-28.<sup>1</sup>

Deklarasi Geneva merupakan sumpah yang diterapkan oleh *World Medical Association* (WMA) yang mencakup seluruh tugas dan prinsip etik profesi dokter, antara lain hubungan dokter-pasien, kerahasiaan medis, dan penghargaan terhadap guru dan kolega. Baru-baru ini, WMA membuat revisi terhadap Deklarasi Geneva pada tanggal 14 Oktober 2017.<sup>2</sup>

Jika kedokteran Indonesia turut menggunakan revisi Deklarasi Geneva, perlu dipertimbangkan relevansi dan prinsip etik yang terdapat pada revisi tersebut.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Sumpah Dokter di Indonesia*

Sumpah sebagai moralitas hukum memiliki dua sifat, yakni promisoris dan asertoris. Sumpah promisoris adalah janji publik luas yang bersifat jangka panjang yang masuk ke ranah pelayanan medik. Sumpah asertoris adalah janji public yang terbatas dan berjangka pendek. Jika masuk ke pengadilan, masuk ke ranah medikolegal. Sumpah dokter merupakan sumpah yang bersifat promisoris. Di Indonesia, terdapat dua jenis sumpah yang dipakai dalam pelantikan dokter, yakni berdasarkan Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012 dan PP 26 tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter. Isi keduanya kurang lebih sama.

Peraturan pemerintah adalah peneguhan sumpah untuk kepentingan publik. Peraturan pemerintah tidak memiliki sanksi hukum. Dokter yang melanggar pasal 1, akan melanggar etik, KODEKI, dan sumpah. Di era *defensive medicine*, pelanggaran terdapat sumpah membuat dokter melanggar etik, sumpah, dan hukum.

Sumpah kedokteran diucapkan sebanyak satu kali kemudian akan mendapat sertifikat yang akan berlaku universal. Sumpah diucapkan di hadapan dekan suatu fakultas kedokteran didampingi pemuka agama sebagai simbol bahwa ucapan oleh calon dokter didengar oleh Tuhan sehingga menjadi suatu dosa jika dilanggar. Sumpah yang diucapkan oleh dokter berbeda dengan sumpah yang diucapkan di pengadilan karena sumpah dokter berhubungan dengan sesuatu yang akan dijalankan.

Sumpah di Indonesia dimuat di dalam Peraturan Pemerintah dan KODEKI (yang berasal dari kesepakatan dokter) sehingga pelanggaran yang dilakukan masuk ke dalam pelanggaran etik dan sumpah sesuai kebijakan majelis. Pelanggaran etik membuat seorang dokter dapat menjadi dokter lagi setelah hukuman selesai dijalankan. Sementara itu,

pelanggaran sumpah membuatnya tidak dapat menjadi seorang dokter lagi, serta dapat masuk ke ranah pidana jika ada undang-undang yang mengaturnya. Akan tetapi, belum ada ketentuan hukuman mengenai pelanggaran sumpah. Masalah lainnya adalah Indonesia merupakan negara dengan bermacam agama sehingga untuk penerapannya apakah perlu mengakomodir semua agama?

### *Deklarasi Geneva*

*World Medical Association (WMA)* menggunakan Deklarasi Geneva 1948 sebagai dasar sumpah dokternya. Deklarasi ini diyakini sebagai Sumpah Hipokrates modern yang diucapkan dokter dalam menjalankan profesinya sesuai komitmen moral.<sup>3</sup>

Deklarasi Geneva merupakan salah satu sumpah selain Sumpah Hipokrates yang banyak digunakan dalam profesi dokter. Di setiap negara, sumpah disesuaikan dengan kondisi negaranya. Sumpah dokter Indonesia, tercantum dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia, menggunakan Deklarasi Geneva tahun 1948 sebagai sumber pertama. Sumpah dokter Indonesia terus mengalami pembaharuan kalimat yang disesuaikan dengan kebutuhan.<sup>1,4</sup>

Selain sebagai sumpah, Deklarasi Geneva juga digunakan sebagai kode etik profesi kedokteran. Selama 67 tahun, Deklarasi Geneva sudah mengalami beberapa perubahan minor. Dibandingkan dengan Sumpah Hipokrates, Deklarasi Geneva hanya menyinggung penghormatan murid terhadap gurunya. Sementara itu, Sumpah Hipokrates menyinggung adanya hubungan timbal balik guru dan murid dalam proses pendidikan seorang dokter. Menghargai pertimbangan pasien, suatu isu yang sudah berkembang saat ini, juga belum disebutkan dalam Deklarasi Geneva.<sup>3</sup>

Perubahan kehidupan kedokteran terus terjadi seiring perubahan kondisi demografik dan sosioekonomi masyarakat serta perkembangan dunia medis dan teknologi. Perubahan-perubahan yang terjadi harus mempertimbangkan tujuan atau akibat yang lebih baik disertai prinsip moral. Prinsip moral tersebut menjadi jangkar penting untuk tetap

dimasukkan dalam sumpah dokter.<sup>3</sup>

### **Perubahan yang Terjadi pada Revisi Declaration of Geneva**

Revisi terhadap Deklarasi Geneva disetujui oleh negara yang hadir. Akan tetapi, PB IDI tidak mengirimkan perwakilan sehingga belum ada persetujuan apakah akan mengikuti revisi tersebut. (Tabel 1)

Perubahan Deklarasi Geneva dibuat oleh seluruh negara anggota dengan memperhatikan latar belakang, benua, budaya, dan agama yang beragam. Pertimbangan dalam revisi disesuaikan dengan faktor lingkungan yang akan atau telah terjadi dengan tetap mempertahankan prinsip dasar moral untuk mempertahankan semaksimal mungkin norma universal.<sup>3</sup>

Prinsip etik yang terdapat pada lafal sumpah tersebut adalah: kerahasiaan, menghargai kolega dan profesi, menghargai kehidupan manusia, acuan standar untuk perilaku pribadi, menolak diskriminasi, menghargai pasien, *beneficence*, kemanusiaan, menghargai otonomi, kesetaraan, dan kesehatan, menghargai guru, *non-maleficence*, menghargai hak asasi manusia, keadilan, dan menghargai murid.<sup>4</sup>

Perubahan yang terjadi pada Deklarasi Geneva 2017 adalah dicantumkannya *autonomy* dan *dignity* sebagai butir “*I will respect the autonomy and dignity of my patient*” sebagai simbol profesionalisme, yang diletakkan di bagian awal dan menunjukkan bahwa hak pasien adalah yang utama, untuk kemudian diikuti dengan kewajiban profesi. Dalam KODEKI, sumpah dokter mengenai penghargaan hak pasien tercantum dalam poin keempat dan keenam.<sup>1,2</sup>

Selain itu, dokter juga diharapkan dapat menghormati orientasi seksual pasien yang terdapat dalam butir “*I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing, or any other factor to intervene between my duty and my patient*”

Butir lainnya yang diubah adalah “*My colleagues will be my sisters and brothers,*” menjadi “*I will give to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due*”. Di butir ini, konsep kesejawatan bergeser. Butir ini menekankan bahwa dokter adalah insan atau

mahluk yang bermartabat yang menghormati hubungan dengan kolega, guru, dan mahasiswa. Butir yang menjaga hubungan dokter dan mahasiswanya ini dimaksudkan supaya terjadi transfer ilmu pengetahuan terhadap generasi selanjutnya (*andragogi*) dan mencegah *bullying*. Pada sumpah dokter KODEKI poin kesembilan dan kesepuluh, terdapat sumpah mengenai hubungan dokter dengan kolega dan murid terhadap guru. Akan tetapi, tidak tercantum sumpah mengenai hubungan guru terhadap murid.<sup>1,2</sup>

Butir “*I will maintain the utmost respect for human life*” menghilangkan “*respect for human life, from the time of conception*”. Penghapusan ini menimbulkan masalah akibat kemajuan teknologi (IVF dan *stem cell*) yang dapat bertentangan dengan tanda kehidupan dimulai (pada embriolik *stem cell*). Oleh sebab itu, diperlukan kesepakatan sejak kapan kehidupan dimulai dengan mempertimbangkan keragaman agama dan kepercayaan di Indonesia tentang waktu dimulainya kehidupan.

Butir baru “*I will practise my profession with conscience and dignity*” dikuatkan dengan menambahkan “*and in accordance with good medical practice*” untuk meningkatkan standar etik dan profesionalisme dokter sebagai janji publik. Poin ini telah tercantum pada sumpah dokter nomor 2 dan 7.<sup>1,2</sup>

Terdapat butir tambahan, yakni “*I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard*”. Pada butir ini, dokter diharapkan harus tetap menjaga dan memedulikan kesehatannya sendiri. Semua pemangku kepentingan akan dilibatkan akibat adanya butir ini untuk mempertimbangkan beban kerja, stress pekerjaan, dan dampak yang potensial mengakibatkan terjadinya faktor risiko gangguan kesehatan dan kesejahteraan dokter. Begitu strategisnya kemampuan publik dokter, menempatkan dokter untuk bertanggung jawab pula atas dirinya.<sup>1,2</sup>

Butir baru lainnya adalah “*I will share my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare*”. Selain itu, terdapat pernyataan penguatan berupa “*I will foster the honour and noble traditions of the medical profession*”

Tabel 1. Perbandingan Sumpah Dokter berdasarkan Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012, Deklarasi Geneva 1948 amandemen 1968 dan 1983, dan Revisi Deklarasi Geneva.

| <p><i>Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012</i></p>   | <p>Declaration of Geneva, World Medical Association [1948, amended 1968, 1983] (Terjemahan Deklarasi Geneva 1948, amandemen 1968, 1983 sementara)</p>  | <p>Declaration of Geneva Revised (Terjemahan Revisi Deklarasi Geneva sementara)</p>   |
|---|--|---|
| <p>Demi Allah saya bersumpah, bahwa:</p>  | <p>At the time of being admitted as a member of the medical profession (Saat saya diterima menjadi anggota profesi dokter)</p>   | <p>As a member of the medical profession (Sebagai anggota profesi dokter)</p>   |
| <p>Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perike-manusiaan.</p>  | <p>I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity; (Dengan khidmat saya bersumpah akan mengabdikan diri saya bagi pelayanan kemanusiaan)</p>  | <p>I solemnly pledge to dedicate my life to the service of humanity (Dengan khidmat saya bersumpah akan membaktikan diri saya bagi pelayanan kemanusiaan)</p>   |
| <p>Saya akan menjalankan tugas dengan cara yang terhormat dan bersusila sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter.</p> | <p>I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due; (Saya akan senantiasa menghormati dan menghargai guru-guru saya sebagaimana layaknya)</p>  | <p>The health and well-being of my patient will be my first consideration; (Kesehatan dari pasien saya akan menjadi perhatian (perimbangan) yang utama)</p>   |
| <p>Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran.</p>                                   | <p>I will practice my profession with conscience and dignity; (Saya akan menjalankan profesi saya secara jujur dan mulia)</p>  | <p>I will respect the autonomy and dignity of my patient; (Saya akan menghormati otonomi dan kemuliaan/keluhuran pasien)</p>  |
| <p>Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena keprofesian saya.</p>   | <p>The health of my patient will be my first consideration; (Kesehatan dari pasien saya akan menjadi perhatian (perimbangan) yang utama)</p>   | <p>I will maintain the utmost respect for human life; (Saya akan tetap menghormati setinggi-tingginya kehidupan manusia)</p>  |
| <p>Saya tidak akan menggunakan pengetahuan saya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan, sekalipun diancam.</p>    | <p>I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died; (Saya akan menghormati kerahasiaan yang dipercayakan kepada saya bahkan sesudah pasien meninggal)</p>                   | <p>I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing, or any other factor to intervene between my duty and my patient; (Saya tidak akan membuat pertimbangan tentang usia, penyakit atau kecacatan, turunan, asal etnik, jenis kelamin, kebangsaan, afiliasi politik, kesukuan, orientasi kelamin, status sosial, atau faktor lain mempengaruhi kewajiban saya kepada pasien)</p> |
| <p>Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai saat pembuahan.</p>  | <p>I will maintain by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession; (Saya akan menjaga dengan sekuat tenaga kehormatan dan tradisi luhur dari profesi kedokteran)</p> | <p>I will respect the secrets that are confided in me, even after the patient has died; (Saya akan menghormati kerahasiaan yang dipercayakan kepada saya bahkan sesudah pasien meninggal)</p>   |
| <p>Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat.</p>                           | <p>MY colleagues will be my sisters and brothers; (Kolega saya akan menjadi saudara sekandung)</p>   | <p>I will practice my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice; (Saya akan menjalankan profesi saya secara jujur dan mulia sesuai dengan praktik kedokteran yang baik)</p>   |

Tabel 1 (lanjutan).

| <p><i>Kode Etik Kedokteran Indonesia 2012</i></p>  | <p>Declaration of Geneva, World Medical Association [1948, amended 1968, 1983] (Terjemahan Deklarasi Geneva 1948, amandemen 1968, 1983 sementara)</p>  | <p>Declaration of Geneva Revised (Terjemahan Revisi Deklarasi Geneva sementara)</p>   |
|--|--|---|
| <p>Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien.</p> | <p>I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, or social standing to intervene between my duty and my patient; (Saya tidak akan membuat pertimbangan tentang usia, penyakit atau kecacatan, turunan, asal etnik, jenis kelamin, kebangsaan, afiliasi politik, kesukuan, orientasi kelamin, atau status sosial mempengaruhi kewajiban saya kepada pasien)</p> | <p>I will foster the honour and noble traditions of the medical profession; (Saya akan menjaga kehormatan dan tradisi luhur dari profesi kedokteran)</p>  |
| <p>Saya akan memberi kepada guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terima kasih yang selayaknya.</p>   | <p>I will maintain the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity; (Saya akan tetap menghormati setinggi-tingginya kehidupan manusia sejak permulaannya walaupun di bawah ancaman dan saya tidak akan menggunakan pengetahuan kedokteran saya untuk melanggar hak asasi manusia)</p>  | <p>I will give to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due; (Saya akan senantiasa menghormati dan menghargai guru-guru, sejawat, dan mahasiswa saya sebagaimana layaknya)</p>                    |
| <p>Saya akan perlakukan teman sejawat saya seperti saudara kandung.</p>  | <p>I make these promises solemnly, freely and upon my honor. (Saya mengikrarkan sumpah ini secara khidmat dan bebas demi kehormatan saya.)</p>   | <p>I will share my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare; (Saya akan berbagi ilmu kedokteran yang saya miliki untuk kemanfaatan pasien dan kemajuan pelayanan kesehatan)</p>                 |
| <p>Saya akan mentaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indonesia.</p>  | <p>I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard; (Saya akan menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan kemampuan diri agar dapat memberikan pelayanan dengan standar tinggi)</p>  | <p>I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard; (Saya akan menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan kemampuan diri agar dapat memberikan pelayanan dengan standar tinggi)</p> |
| <p>Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.</p>   | <p>I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat; (Saya akan menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan kemampuan diri agar dapat memberikan pelayanan dengan standar tinggi)</p>  | <p>I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat; (Saya akan menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan kemampuan diri agar dapat memberikan pelayanan dengan standar tinggi)</p>         |
| <p>Saya akan mentaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indonesia.</p>  | <p>I make these promises solemnly, freely, and upon my honor. (Saya mengikrarkan sumpah ini secara khidmat dan bebas demi kehormatan saya.)</p>  | <p>I make these promises solemnly, freely, and upon my honor. (Saya mengikrarkan sumpah ini secara khidmat dan bebas demi kehormatan saya.)</p>   |

### **Penerapan Deklarasi Geneva yang Direvisi di Indonesia**

Deklarasi Geneva dibuat untuk memperbaharui Sumpah Hipokrates. Revisi yang dilakukan pada Deklarasi Geneva mempertimbangkan nilai otonomi.<sup>c</sup> Pada penelitian Rheinsberg, Deklarasi Geneva diterapkan oleh pendidikan kedokteran, pembuatan peraturan, dan menteri kesehatan. Pada penelitian tersebut, dikatakan bahwa penggunaan teks sumpah selain Deklarasi Geneva dapat dilakukan karena adanya perbedaan standar etik dokter di setiap negara ditambah dengan adanya globalisasi yang membuat perbedaan latar belakang dan budaya menjadi semakin berkembang. Prinsip utamanya disesuaikan dengan nilai moral, salah satunya adalah tidak diskriminasi terhadap budaya dan agama.<sup>4,5</sup>

Prinsip moral pada Deklarasi Geneva yang direvisi adalah menghormati kolega dan profesi, menghargai otonomi pasien, menghargai kehidupan, dan menolak diskriminasi, yang telah terdapat pada berbagai macam sumpah dokter yang sudah disesuaikan dengan kondisi saat ini.<sup>4</sup>

Untuk penerapannya di Indonesia, perlu disesuaikan dengan nilai dan kepercayaan yang beragam di Indonesia. MKEK perlu melakukan pembuatan draft terjemahan dengan melihat adanya nilai-nilai yang baru atau berubah yang disesuaikan dengan nilai yang dianut. Kemudian, perlu dilakukan penerjemahan oleh pihak yang dipilih oleh PB IDI, lalu diangkat menjadi peraturan pemerintah melalui Menteri Kesehatan dan kabinet.

### **KESIMPULAN**

Perubahan pada Deklarasi Geneva dapat menjadi masukan untuk memperbaharui Sumpah Dokter Indonesia setelah disesuaikan dengan nilai dan agama di Indonesia. Penerapan Deklarasi Geneva yang direvisi memerlukan persetujuan akan nilai yang akan diambil, kemudian diterjemahkan oleh pihak yang ditentukan PB IDI dan diatur dalam peraturan pemerintah.

### **KONFLIK KEPENTINGAN**

Tidak ada konflik kepentingan

### **REFERENSI**

1. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia. 2012. Pasal 1.
2. Parsa-Parsi RW. The revised declaration of Geneva: A modern-day physician's pledge. *JAMA* 2017;318(20):1971-2. doi: 10.1001/jama.2017.16230.
3. Wiesing U, Parsa-Parsi R. The World Medical Association launches a revision of the Declaration of Geneva. *Bioethics*. 2016 Mar 1;30(3):140. doi: 10.1111/bioe.12256.
4. Rheinsberg Z, Parsa R, Kloiber O, Wiesing U. Medical oath: Use and relevance of the Declaration of Geneva. A survey of member organizations of the World Medical Association. *Med Health Care and Philos* 2017. doi: 10.1007/s11019-017-9794-x.
5. Kuroyanagi T. Historical transition in medical ethics: Challenges of the World Medical Association. *JMAJ* 2013;56(4):220-6.

# Sponsorship Pendidikan Kedokteran: Batasan yang Sering Terabaikan

Frans Santosa<sup>1,2</sup>, Muhammad Yadi Permana<sup>1,3</sup>, Mohammad Baharuddin<sup>1,4</sup>

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

<sup>2</sup>Departemen Angiologi Vaskular, Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta

<sup>3</sup>Kelompok Staf Medis (KSM) Bedah RSUP Fatmawati

<sup>4</sup>Departemen Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Bersalin Budi Kemuliaan, Jakarta Pusat

## Kata Kunci

Gratifikasi, suap, sponsor, pendidikan, kedokteran

## Korespondensi

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.10

**Tanggal masuk:** 17 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

**Abstrak** Gratifikasi merupakan momok yang seringkali dikaitkan dengan tindak suap dalam korupsi. Dunia kedokteran nyatanya tidak terlepas dari isu-isu gratifikasi. Mahalnya biaya yang dibutuhkan dalam melaksanakan program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) menjadi salah satu alasan pihak industri dapat masuk dan menawarkan solusi berupa *sponsorship*. Dalam praktiknya, kegiatan ini acap kali lupa memandang koridor etika dengan tidak mengindahkan batasan yang harus diperhatikan dengan berbagai alasan. Seorang dokter tidak diperbolehkan menerima uang tunai sebagai bentuk *sponsorship* tanpa terkecuali. Tidak hanya itu, terdapat regulasi lainnya yang sejatinya perlu diindahkan oleh dokter. Adanya tinjauan etik ini diharapkan mampu mengingatkan kembali atau memberikan pemahaman kepada sejawat dalam praktik sehari-hari.

**Abstract** Gratification is often associated with bribery in terms of corrupt practices. The world of medicine is, in fact, not completely free from gratification issues. The high cost of Continuing Medical Education (CME) program is one among many justifications for pharmaceutical companies to offer sponsorship. In daily basis, sponsorships tend to violate ethical corridor and ignore restrictions that must be considered, for various reasons. Doctor is not allowed to accept cash as form of sponsorship without any exception. There are other regulations that should be considered by doctors as well in terms of CME sponsorship. This ethical review is aimed to remind or provide understanding to fellow doctors in daily practice.

## PENDAHULUAN

Maraknya kasus korupsi di Indonesia telah membuat Indonesia tercatat sebagai negara terkorup ke-13 se-Asia Pasifik dengan indeks persepsi korupsi (IPK) sebesar 37/100 menurut survei yang dilaksanakan oleh *Transparency International*, sebuah organisasi gerakan anti-korupsi global.<sup>1</sup> Pada praktik sehari-hari istilah korupsi begitu dekat dengan dua tindak pidana lainnya, yakni suap dan gratifikasi.

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), gratifikasi diartikan sebagai pemberian uang hadiah kepada pegawai di luar gaji yang telah ditentukan.<sup>2</sup> Sementara itu, suap

didefinisikan sebagai pemberian sesuatu atau janji di mana diketahui atau patut diduga bahwa tujuan pemberian tersebut adalah agar seseorang dapat berbuat sesuatu yang bertentangan dengan kewenangan dan/atau kewajibannya.<sup>3</sup> Dalam artian ini, gratifikasi dapat dianggap sebagai tindak suap apabila berhubungan dengan jabatannya di mana terdapat tendensi substansi atau kepentingan yang berlawanan dengan kewajiban atau tugasnya.<sup>4</sup>

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* Bagi Tenaga Kesehatan, *sponsorship* didefinisikan sebagai pemberian dukungan dalam segala bentuk



bantuan dan/atau kegiatan dalam rangka peningkatan pengetahuan yang dilakukan, diorganisir atau disponsori oleh perusahaan/industri farmasi, alat kesehatan, alat laboratorium kesehatan dan/atau perusahaan/industri lainnya yang dapat dipertanggungjawabkan secara transparan dan akuntabel.<sup>5</sup>

Profesi dokter dituntut untuk tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan melainkan juga untuk terus memperbaharui ilmu agar layanan yang diberikan optimal bagi pasien. Hal inilah yang mendasari kebutuhan dokter untuk ikut serta dalam berbagai simposium kedokteran. Besarnya biaya yang dibutuhkan untuk sebuah simposium kemudian terselesaikan dengan hadirnya berbagai sponsor dari berbagai pihak, seperti perusahaan farmasi dan lain-lain. Lantas, bagaimana kaitan *sponsorship* ini dengan tindak gratifikasi?

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### ***Besarnya Biaya Program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB)***

Menjadi seorang dokter bukanlah sebuah keputusan mudah layaknya jawaban anak ketika ditanyai mengenai cita-citanya. Dokter merupakan sebuah profesi di mana di dalamnya dibutuhkan sebuah dedikasi untuk terus menuntut ilmu bahkan setelah lulus dari bangku kuliah. Hal ini bukan isapan jempol semata. Pendidikan berkelanjutan yang terangkai sebagai Program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) atau *Continuing Professional Development* (CPD) merupakan suatu hal yang wajib diikuti oleh dokter di Indonesia.<sup>6</sup> Salah satu cara IDI untuk memotivasi hal tersebut adalah melalui regulasi Satuan Kredit Profesi (SKP), di mana seorang dokter wajib mengumpulkan 250 SKP dalam 5 tahun dengan proporsi kegiatan pembelajaran sebesar 20-30% dari target SKP atau mencapai 10-15 SKP per tahun.<sup>7</sup> SKP pembelajaran ini diperoleh dengan mengikuti kegiatan simposium kedokteran. Akan tetapi, hal ini kemudian menjadi momok mengingat biaya registrasi dan akomodasi sebuah simposium kedokteran tidaklah sedikit. Belum lagi,

seringnya simposium kedokteran dilaksanakan di ibu kota dan kota-kota besar lainnya sehingga dokter-dokter di area yang jauh dari pusat kota tersebut membutuhkan biaya lebih dalam hal transportasi.

Besarnya biaya yang harus dikeluarkan kemudian membuat sebuah peluang bagi industri untuk memberikan *sponsorship* kepada dokter melalui pembiayaan biaya registrasi, akomodasi, transportasi, bahkan hingga menggelar simposium kedokteran yang gratis diikuti oleh seluruh dokter di Indonesia. Hal ini kemudian menempatkan dokter pada posisi dilema etik mengingat kekhawatiran terkait batas antara *sponsorship* dan gratifikasi yang dinilai masih cukup abu-abu.

### ***Tinjauan Hukum Gratifikasi***

Menurut UU Nomor 31 Tahun 1999 tentang Tindak Pidana Korupsi (Tipikor) pasal 13, setiap orang yang memberi hadiah atau janji kepada pegawai negeri dengan mengingat kekuasaan atau wewenang yang melekat pada jabatan atau kedudukannya, atau oleh pemberi hadiah atau janji dianggap melekat pada jabatan atau kedudukan tersebut, akan dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau denda paling banyak 150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).<sup>8</sup> Adapun peraturan ini kemudian diperbaharui melalui UU Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan Atas UU Tipikor. Dalam UU tersebut, pada penjelasan pasal 12B, tertulis bahwa yang dimaksud tindak gratifikasi adalah pemberian dalam arti luas, yakni meliputi pemberian uang, barang, rabat (*discount*), komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya. Gratifikasi tersebut baik yang diterima di dalam negeri maupun di luar negeri dan yang dilakukan dengan menggunakan sarana elektronik atau tanpa sarana elektronik yang berhubungan dengan jabatan atau kewenangan.<sup>9</sup>

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, gratifikasi dikategorikan menjadi dua, yakni *gratifikasi yang dianggap suap* dan

*gratifikasi yang tidak dianggap suap*. *Gratifikasi yang dianggap suap* dijelaskan sebagai gratifikasi yang diterima oleh aparatur yang berhubungan dengan jabatan dan berlawanan dengan kewajiban dan tugas penerima. Sementara itu sebaliknya, *gratifikasi yang tidak dianggap suap* dijelaskan sebagai gratifikasi yang diterima oleh aparatur yang tidak berhubungan dengan jabatan dan tidak berlawanan dengan kewajiban dan tugas penerima.<sup>10</sup>

*Gratifikasi yang dianggap suap* meliputi namun tidak terbatas pada penerimaan *marketing fee* atau imbalan yang bersifat transaksional yang terkait dengan pemasaran suatu produk, *cashback* yang diterima instansi yang digunakan untuk kepentingan pribadi, gratifikasi yang terkait dengan pengadaan barang dan jasa, pelayanan publik, atau proses lainnya, serta *sponsorship* yang terkait dengan pemasaran atau penelitian suatu produk.<sup>10</sup>

Seorang dokter yang bekerja di instansi pemerintah, seperti RSUD, merupakan aparatur negara yang oleh karenanya aturan bahwa aparatur negara bebas gratifikasi juga berlaku.

### **Tinjauan Hukum Sponsorship**

Dalam Permenkes No. 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* bagi Tenaga Kesehatan pasal 4, tercantum bahwa *sponsorship* yang diberikan kepada tenaga kesehatan harus memenuhi 7 prinsip sebagai berikut:

1. tidak mempengaruhi independensi dalam pemberian pelayanan kesehatan;
2. tidak dalam bentuk uang atau setara uang;
3. tidak diberikan secara langsung kepada individu;
4. sesuai dengan bidang keahlian;
5. diberikan secara terbuka;
6. dikelola secara akuntabel dan transparan

Pemberian *sponsorship* tersebut menurut Permenkes harus melalui pihak instansi. Akan tetapi pada pelaksanaannya, di beberapa instansi muncul konflik kepentingan terkait praktik pemberian *sponsorship* P2KB melalui instansi. Sempat ditemukan bahwa adanya konflik kepentingan antara pihak manajemen dengan dokter menimbulkan kurang tepat sarannya *sponsorship* P2KB tersebut dengan

alasan pemerataan hak dokter oleh manajemen rumah sakit.

Adapun honorarium pada *sponsorship* dalam rangka P2KB memiliki aturan tersendiri yang tercantum pada Permenkes No. 58 Tahun 2016 pasal 4. Seorang dokter dapat menerima honor berupa uang tunai bila yang bersangkutan menjadi pembicara dan/atau moderator pada acara P2KB.<sup>5</sup>

### **Tinjauan Etik**

Pertanyaan kemudian timbul terhadap bagaimana regulasi terkait gratifikasi dan *sponsorship* bagi dokter yang berpraktik di instansi bukan milik pemerintah (swasta). Mengingat bahwa seorang dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dokter, serta tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi, seluruh dokter di Indonesia dituntut untuk bersikap transparan dan bebas gratifikasi terkait tawaran sponsor dari industri farmasi maupun tindakan insentif serupa lainnya.<sup>11</sup>

Adapun kontroversi terhadap isi dari Permenkes No. 14 Tahun 2014 pasal 6 ayat (2) poin k – yang menyatakan bahwa kompensasi atau penghasilan atas profesi yang dilaksanakan pada saat jam kerja, dan mendapatkan ijin tertulis dari atasan langsung dan atau pihak lain yang berwenang tergolong ke dalam *gratifikasi yang tidak dianggap suap tidak terkait kedinasan* – turut menambah kesimpangsiuran informasi terkait cakupan gratifikasi.<sup>10</sup>

Terkait *sponsorship* dalam rangka P2KB, pada 11 Juni 2007, Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia dan Pengurus Pusat GP Farmasi Indonesia menyepakati nota kesepahaman tentang “Kesepakatan Bersama Etika Promosi Obat”, sebagai berikut:<sup>12</sup>

- a. seorang dokter dalam melakukan pekerjaan kedokterannya tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi (Hal ini sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia Pasal 3). Kaitannya dengan promosi obat adalah dokter dilarang mengarahkan pasien untuk membeli obat tertentu karena dokter yang bersangkutan

- telah menerima komisi dari perusahaan farmasi tertentu.
- b. Dukungan apapun yang diberikan perusahaan farmasi kepada seorang dokter untuk menghadiri pertemuan ilmiah tidak boleh disyaratkan/dikaitkan dengan kewajiban untuk mempromosikan atau meresepkan suatu produk.
  - c. Perusahaan farmasi boleh memberikan sponsor kepada seorang dokter secara individual dalam rangka pendidikan kedokteran berkelanjutan, yaitu hanya untuk biaya registrasi, akomodasi dan transportasi dari dan ke tempat acara pendidikan kedokteran berkelanjutan.
  - d. Perusahaan farmasi dilarang memberikan honorarium dan atau uang saku kepada seorang dokter untuk menghadiri pendidikan kedokteran berkelanjutan, kecuali dokter tersebut berkedudukan sebagai pembicara atau menjadi moderator.
  - e. Dalam hal pemberian donasi kepada profesi kedokteran, perusahaan farmasi tidak boleh menawarkan hadiah/penghargaan, insentif, donasi, finansial dalam bentuk lain sejenis, yang dikaitkan dengan penulisan resep atau anjuran penggunaan obat/produk perusahaan tertentu.

Sejatinya, dalam KODEKI tahun 2012 telah diatur bahwa dokter dapat menerima bantuan dari pihak sponsor untuk keperluan uang registrasi, transportasi dan akomodasi simposium kedokteran dalam jangka pelaksanaan dan H-1 dan H+1 pelaksanaan kegiatan secara individu tanpa membawa anggota keluarga. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa pemberian sponsor tersebut tidak boleh dalam bentuk uang tunai.<sup>11</sup>

Apabila dalam kondisi mendesak, seorang dokter dapat menerima sponsor dalam bentuk uang dengan transfer melalui bank. Hal ini dapat dipertimbangkan sepanjang masih dalam konteks sponsor untuk keperluan uang registrasi, transportasi dan akomodasi simposium kedokteran dalam jangka pelaksanaan dan H-1 dan H+1 pelaksanaan kegiatan atas nama pribadi tanpa membawa anggota keluarga, mengingat metode transfer bank menyediakan bukti hitam di atas putih yang dapat dipertanggungjawabkan

kemudian.

Bila pada praktiknya terdapat imbal jasa yang harus diberikan kepada pemberi sponsor berupa periklanan suatu produk, dokter harus memperhatikan batasan-batasan seorang dokter dalam beriklan.

Sebuah kajian terhadap dokter beriklan telah dilakukan pada tahun 2017 dengan kesimpulan bahwa dalam beriklan terdapat batas-batas yang harus dokter perhatikan, antara lain:<sup>13</sup>

1. Dokter tidak boleh mengiklankan produk-produk dengan klaim kesehatan dan kecantikan dengan membawa gelar dan atribut kedokteran tanpa terkecuali.
2. Konten iklan tidak boleh mengandung unsur memuji diri, produk, ataupun layanan komersial yang dapat menjatuhkan marwah profesi kedokteran.

Batasan tersebut berlaku dalam segala hal dan kondisi, tanpa memandang metode periklanan yang digunakan. Begitu pula pada *lips-ad* atau promosi via oral seperti pada mimbar simposium, kedua rambu yang disebutkan sebelumnya tetap harus diperhatikan.

### **Solusi Baru terhadap Biaya P2KB**

Abad ke-21 di mana teknologi komunikasi berkembang pesat ternyata mampu menawarkan sebuah solusi. Dengan memanfaatkan sambungan internet, P2KB dapat dilaksanakan dengan lebih efisien dan hemat biaya. Kini, sudah mulai cukup bermunculan *e-symposium* yang diadakan oleh berbagai instansi. Melalui *e-symposium* dokter dapat ikut serta menyaksikan dan mengikuti sesi tanya jawab secara *online* di daerah kediaman masing-masing sehingga menghemat biaya akomodasi dan transportasi.

Meskipun demikian, kemudahan yang ditawarkan ini memiliki sisi *tricky* yang perlu diberi perhatian. Perkembangan sambungan internet berbanding lurus dengan perkembangan media sosial. Angka pengguna media sosial setiap tahunnya pun terus bertambah. Dokter-dokter juga tidak sedikit yang telah memanfaatkan sosial media untuk berbagai kepentingan. Pada pelaksanaannya, terdapat koridor etika dokter di media sosial dan dunia maya yang telah dikaji dan disimpulkan

bahwa keterlibatan konten yang membutuhkan batasan dan sifatnya bukan untuk publik tidak boleh disebarluaskan dalam media sosial dengan tingkat privasi dan keamanan yang kurang. Bila memang diperlukan, dokter dapat mengelola dua akun terpisah di mana satu akun dengan tujuan edukasi kedokteran dan akun lainnya sebagai akun pribadi untuk menyalurkan ekspresi.<sup>14</sup>

## KESIMPULAN

Dokter sebagai praktisi perseorangan yang berbasis pada asas kemanusiaan, wajib menolak pemberian segala bentuk apapun bila dikaitkan atau diduga dikaitkan dengan kapasitas profesionalnya dalam meresepkan obat.

Dalam KODEKI tahun 2012 dinyatakan, bahwa seorang dokter diperbolehkan menerima bantuan dari pihak sponsor tetapi bukan dalam bentuk uang tunai melainkan bentuk langsung seperti pengurusan registrasi atas nama dokter tersebut yang kemudian ditembuskan ke atasan/pemimpin langsung atau organisasi profesi. Penerimaan bantuan dari pihak sponsor tersebut harus sepengetahuan institusi atau profesi terutama karena berkaitan dengan izin meninggalkan tugas. Seorang dokter harus bersikap transparan terkait *sponsorship* ini.

Selain itu bantuan transportasi dan akomodasi simposium kedokteran dalam jangka pelaksanaan dan H-1 dan H+1 pelaksanaan kegiatan juga boleh diterima dengan atas nama pribadi tanpa membawa anggota keluarga. Seorang dokter tidak boleh melakukan imbal jasa berupa mengiklankan produk dengan klaim kesehatan dan kecantikan sekalipun secara oral di mimbar simposium semata.

Solusi lain yang dapat membantu pelaksanaan P2KB adalah digitalisasi pelaksanaan simposium ke dunia maya dalam bentuk *e-symposium* dengan biaya yang lebih terjangkau. Pelaksanaan simposium jarak jauh via internet tersebut perlu didorong agar lebih cepat berkembang di Indonesia.

Terlepas dari segala batasan atas praktik *sponsorship* dalam rangka P2KB, seorang dokter tidak perlu merasa terbebani. Sepanjang dokter tersebut bersikap jujur dan berada dalam

koridor dengan mematuhi rambu-rambu yang telah disebutkan di atas, dokter tidak perlu khawatir akan munculnya masalah. Dengan demikian diharapkan P2KB bagi dokter dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan kaidah etika dan norma hukum sehingga sebagai hasil akhirnya, pelayanan kesehatan yang terbaik bagi pasien dan masyarakat dapat terwujud.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

## REFERENSI

1. Transparency International. Corruption perceptions index 2016 [internet]. 2016 [diakses 2018 Feb 28]. Diunduh dari: [https://www.transparency.org/news/feature/corruption\\_perceptions\\_index\\_2016](https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016)
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Arti kata gratifikasi - Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online [internet]. 2017 [diakses 2018 Feb 28]. Diunduh dari: <http://kbbi.web.id/gratifikasi>
3. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 11 tahun 1980 tentang tindak pidana suap. 1980.
4. Kusumasari D. Perbedaan antara suap dan gratifikasi [internet]. 2011 [diakses 2018 Feb 28]. Diunduh dari: <http://www.hukumonline.com/klinik/detail/cl3369/perbedaan-antara-suap-dengan-gratifikasi>
5. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 58 tahun 2016 tentang sponsorship bagi tenaga kesehatan. 2016.
6. Ikatan Dokter Indonesia. Pedoman pelaksanaan program pengembangan pendidikan keprofesian berkelanjutan (P2KB). Edisi ke-3. 2017. p.11.
7. Ikatan Dokter Indonesia. Panduan verifikasi kegiatan P2KB dokter tahun 2017. 2017. p.13.
8. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 31 tahun 1999 tentang pemberantasan tindak pidana korupsi. 1999.

9. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 20 tahun 2001 tentang perubahan atas undang-undang nomor 31 tahun 1999 tentang pemberantasan tindak pidana korupsi. 2001.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 14 tahun 2014 tentang pengendalian gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan. 2014.
11. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia; 2012.
12. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kesepakatan bersama etika promosi obat. 2013. Diunduh dari: <http://www.idionline.org/wp-content/uploads/2013/05/MOU-GP-Farmasa.pdf>
13. Prawiroharjo P, Meilia PDI. Dokter beriklan: Sebuah tinjauan menurut kode etik kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*. 2017;1(1);13. doi: 10.26880/jeki.v1i1.4
14. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*. 2017;1(1):31. doi: 10.26880/jeki.v1i1.7

# Prinsip Penetapan Sanksi bagi Pelanggaran Etik Kedokteran

Anna Rozaliyani<sup>1,2</sup>, Putri Dianita Ika Meilia<sup>1,3</sup>, Nurfanida Librianty<sup>1,4</sup>

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

<sup>2</sup>Departemen Parasitologi Klinik, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>3</sup>Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan, Jakarta

<sup>4</sup>Departemen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan

## Kata Kunci

Dokter, etik, pelanggaran, sanksi

## Korespondensi

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.11

**Tanggal masuk:** 22 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

## Abstrak

Sebagai profesi yang menjunjung tinggi hubungan luhur dengan pasien, dokter wajib menjunjung tinggi nilai-nilai etik yang terkandung dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. Pelanggaran etik kedokteran perlu disikapi dengan pemberian sanksi yang sesuai, yang bertujuan sebagai pembinaan terhadap teman sejawat. Prinsip, tujuan, dan ketentuan pemberian sanksi tersebut diatur oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran PB IDI.

**Abstract** As a profession which upholds noble relationship with patients, doctors are obliged to uphold the ethical values as dictated in the Indonesian Medical Code of Ethics (KODEKI) 2012. Medical ethical violations have to be addressed by appropriate sanctions, aimed at educating peers. The principles, objectives, and regulations of such sanctions are governed by the Medical Ethics Council of Honors of Indonesian Doctor's Association.

## PENDAHULUAN

Hubungan dokter dengan pasien adalah hubungan luhur berdasarkan prinsip kepercayaan yang harus didukung sikap profesional. Kaidah untuk hubungan tersebut diatur dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012.<sup>1</sup> Namun, pelanggaran etik kedokteran masih kerap terjadi, mulai dari masalah empati atau komunikasi, konflik etikolegal antarbidang kedokteran, hingga konflik kepentingan, termasuk peran ganda sebagai dokter dan advokat,<sup>2</sup> atau dokter yang ikut mempromosikan produk tertentu.<sup>3</sup>

Pelanggaran tersebut perlu disikapi dengan pemberian sanksi yang sesuai. Tujuan pemberian sanksi bagi pelanggar etik kedokteran sejatinya bersifat pembinaan terhadap teman sejawat sehingga mereka menyadari kekeliruan yang dilakukan tanpa

merasa direndahkan martabatnya. Dalam artikel ini akan dibahas tentang prinsip, tujuan, dan ketentuan pemberian sanksi serta peran Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (MKEK PB IDI) dalam penegakan etik kedokteran di Indonesia.

Penelusuran literatur dilakukan terhadap ketentuan yang terdapat dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran tahun 2004, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), serta literatur terkait lainnya melalui pencarian pangkalan data elektronik. Selain itu, dilakukan wawancara mendalam terhadap beberapa pakar etik kedokteran di Indonesia untuk memperoleh wawasan lebih mendalam terkait pemberian sanksi yang mendidik.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Prinsip Sanksi*

Hal pertama yang harus diingat bahwa sanksi yang diberikan adalah hasil keputusan manusia dan bukan semata reaksi sebab-akibat dari alam, sehingga harus ada individu atau institusi yang memiliki kuasa yang lebih dominan dibandingkan pelaku. Sanksi dapat berupa pencabutan atau pembekuan hak pelaku yang bersifat sementara. Berat ringannya sanksi biasanya ditentukan pemilik kuasa berdasarkan kerugian atau beban yang dialami pihak korban. Dalam hal ini syarat pemberian sanksi adalah dianggap bersalah oleh pemilik kuasa, meskipun dapat saja bukan benar-benar bersalah pada kenyataannya. Hal itu menyebabkan sanksi dapat menjadi salah satu buah kekuasaan yang dapat disalahgunakan.<sup>4</sup>

### *Tujuan Pemberian Sanksi*<sup>5</sup>

Secara umum, pemberian sanksi memiliki empat tujuan utama, yaitu:

1. Sebagai hukuman bagi orang yang melakukan pelanggaran  
Pelanggaran terhadap suatu aturan tentunya memiliki konsekuensi tertentu. Bentuk dan beratnya hukuman harus disesuaikan dengan beratnya pelanggaran yang terjadi dan dampak yang dihasilkan
2. Sebagai sarana untuk mendidik dan melakukan rehabilitasi  
Agar dapat memberikan manfaat di kemudian hari, perlu diberikan umpan balik kepada pihak yang melakukan pelanggaran sehingga pelaku memahami dengan tepat kesalahan yang dilakukannya sekaligus mengetahui cara menghindari terjadinya pengulangan pelanggaran
3. Untuk melindungi masyarakat  
Pemberian sanksi perlu dilakukan untuk melindungi masyarakat terhadap dampak negatif pelanggaran aturan. Integritas kelompok yang memiliki aturan tersebut juga perlu dilindungi dengan mencegah pelanggaran yang dapat merusak harkat profesi

4. Sebagai panutan bagi anggota lain dalam kelompok yang sama dan terikat aturan yang sama.

Pemberian sanksi bagi pelanggar diharapkan dapat mencegah pelanggaran berulang oleh anggota lain dalam kelompok, sekaligus mengingatkan tentang norma atau peraturan yang tidak boleh dilanggar.

### *Ketentuan Pemberian Sanksi*

Pemberian sanksi secara umum dilakukan dengan tiga tahap:<sup>6</sup>

**Tahap pertama** adalah merumuskan tujuan sanksi yang diberikan. Sanksi harus bertujuan mendidik pelaku dengan nilai yang sesuai, mempertimbangkan kondisi pelaku dan masyarakat secara luas. Pemberian sanksi juga harus disertai penjelasan dan penegasan agar pelaku mengerti bahwa terdapat peraturan yang harus ditaati. Sanksi juga harus diberikan secara spesifik dan menghindari pertimbangan tidak relevan yang dapat mengalihkan perhatian dari pelanggaran etik itu sendiri (*non-issue*).

**Tahap kedua** adalah menentukan berat ringannya sanksi berdasarkan beberapa pertimbangan: jenis pelanggaran, berat ringannya pelanggaran berdasarkan konsensus atau ketentuan yang berlaku, riwayat pelanggaran, dan faktor-faktor penyerta lain. Selain itu harus dilakukan upaya menyeimbangkan antara sanksi aktif dan pasif. **Jenis pelanggaran** yang dimaksud adalah pemberian sanksi dengan penjelasan dan penegasan terhadap tindakan yang dibuat, bukan terhadap suatu klausul peraturan semata, misalnya "Anda melanggar karena Anda mencuri" bukan sekedar mengatakan "Anda melanggar peraturan nomor 5" tanpa menjelaskan lebih rinci isi peraturan tersebut. Hal itu bertujuan agar pelaku mengerti jenis pelanggaran dan dampak yang mungkin timbul, bukan hanya menyebutkan klausul/peraturan pelanggaran yang terjadi. **Berat ringannya pelanggaran** ditentukan berdasarkan konsensus atau keputusan pihak berwenang dengan mempertimbangkan berbagai kondisi. Keributan yang ditimbulkan seseorang di perpustakaan memiliki sanksi berbeda dibandingkan dengan keributan di kelas. Bermain telepon genggam pada saat

pemeriksaan imigrasi memiliki dampak berbeda dibandingkan dengan bermain telepon genggam di bioskop. **Riwayat pelanggaran** berkaitan dengan jumlah pelanggaran sebelumnya yang pernah dilakukan pelaku, baik pelanggaran serupa maupun tidak. **Faktor penyerta** yang perlu dipertimbangkan misalnya niat, keadaan individu pada saat kejadian, tingkat kemudahan kerjasama pelaku pada proses peradilan, pengaruh alkohol atau obat-obatan terlarang. Sanksi juga perlu diberikan dengan mempertimbangkan **kombinasi sanksi pasif** (berupa pembekuan hak) **maupun aktif** (berupa pemberian kewajiban) yang dapat memberikan dampak positif terhadap pelaku dan masyarakat sekitarnya.

**Tahap ketiga** adalah pelaksanaan sanksi yang konkrit dan terawasi. Sanksi yang telah diberikan harus dievaluasi bila terdapat pengulangan pelanggaran atau hambatan ketika sanksi sedang dijalankan.

### **Penegakan Etik Kedokteran di Indonesia**

Etika kedokteran Indonesia merupakan sekumpulan nilai dan moralitas profesi kedokteran yang tercantum dalam KODEKI, fatwa-fatwa etik, pedoman dan kesepakatan etik lainnya dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Etika kedokteran secara umum dibuat untuk meningkatkan profesionalisme, pengetahuan, pemahaman, penghayatan, pengamalan kaidah dasar bioetika dan etika kedokteran dalam profesinya sebagai seorang dokter. Secara khusus, etika kedokteran dirumuskan untuk menjaga keluhuran profesi, meredam konflik etikolegal, penjeratan sekunder perilaku kurang etis, dan menjaga hubungan antara dokter dan pasien sebagai hubungan kepercayaan.

### **Peran MKEK dalam Penegakan Etika Kedokteran di Indonesia<sup>7</sup>**

Penegakan, pengawasan, dan perumusan etik praktik kedokteran dilakukan oleh MKEK sebagai badan otonom IDI yang dibagi menjadi tingkat pusat, wilayah, dan cabang. Majelis ini memiliki hak untuk menyampaikan pertimbangan pelaksanaan etika kedokteran dan mengusulkan secara lisan atau tertulis, diminta atau tidak diminta kepada pengurus IDI

mengenai setiap permasalahan etika kedokteran di wilayah yurisdiksinya masing-masing.

Penetapan kategori berat ringannya kesalahan didasarkan atas kriteria akibat yang ditimbulkan terhadap keselamatan pasien, kehormatan profesi, kepentingan umum, serta itikad baik teradu dalam turut menyelesaikan kasus, motivasi yang mendasari timbulnya kasus, serta situasi lingkungan yang mempengaruhi timbulnya kasus. Selain itu pendapat dan pandangan Biro Hukum, Pembinaan dan Pembelaan Anggota (BHP2A) juga menjadi salah satu pertimbangan.

### **Mekanisme Pemberian Sanksi sesuai Pedoman Organisasi dan Tata Laksana Kerja (ORTALA) MKEK<sup>7</sup>**

Dalam ORTALA MKEK, pemberian sanksi terhadap dokter terhukum/pelanggar etik dapat berupa penasihatan, peringatan lisan, peringatan tertulis, pembinaan perilaku, pendidikan ulang (*re-schooling*), hingga pemecatan keanggotaan IDI, baik secara sementara atau pun permanen. Pada umumnya sanksi etik tersebut bersifat pembinaan, kecuali pemecatan keanggotaan yang bersifat permanen atau pencabutan keanggotaan seumur hidup.

Mekanisme pemberian sanksi oleh MKEK diawali dari masuknya pengaduan yang sah, dilanjutkan dengan proses penelaahan kasus yang diadakan. Pada akhir penelaahan, Ketua MKEK menetapkan kelayakan kasus untuk disidangkan oleh majelis pemeriksa yang akan melakukan sidang kemahkamahannya hingga tercapai keputusan MKEK. Bila terbukti terdapat bukti pelanggaran etik, maka majelis akan menetapkan sanksi sesuai dengan berat ringannya kesalahan dokter teradu. Pelaksanaan sanksi dilakukan oleh Divisi Pembinaan Etika Profesi MKEK untuk dan atas nama pengurus IDI setingkat.

## **KESIMPULAN**

Pelanggaran etik kedokteran perlu disikapi dengan pemberian sanksi yang sesuai. Tujuan pemberian sanksi etik sejatinya bersifat pembinaan terhadap teman sejawat. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran PB IDI telah



menetapkan prinsip, tujuan, dan ketentuan pemberian sanksi dalam upaya penegakan etik kedokteran di Indonesia.

### KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

### REFERENSI

1. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode Etik Kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.
2. Purwadianto A, Meilia PDI. Tinjauan etis rangkap profesi dokter-pengacara. JEKI. 2017; 1(1): 1-6. doi: 10.26880/jeki.v1i1.2.
3. Prawiroharjo P, Meilia PDI. Dokter beriklan: sebuah tinjauan menurut Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. JEKI. 2017; 1(1): 13-7. doi: 10.26880/jeki.v1i1.4.
4. Bedau, Adam H, Kelly E. Punishment [internet]. 2015 [diakses 2018 Mar 10]. Diunduh dari: <https://plato.stanford.edu/entries/punishment/>.
5. American Speech-language Hearing Association's Board of Ethics. How ASHA's Board of Ethics sanctions individuals found in violation of the code of ethics [internet]. 2016 [diakses 2018 Mar 10]. Diunduh dari: <https://www.asha.org/practice/ethics/sanctions/>.
6. Olshak R. A guide for effective sanctioning: From theory to practice. Illinois: Illinois State University. 2008.
7. Purwadianto A, editor. Pedoman organisasi dan tata laksana kerja Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Jakarta: Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia; 2008.

# Menjaga Etika Kedokteran pada Masa Tahun Politik

Pukovisa Prawiroharjo<sup>1,2</sup>, Anna Rozaliyani<sup>1,3</sup>, Agus Purwadianto<sup>1,4</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, Jakarta

<sup>3</sup>Departemen Parasitologi Klinik, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>4</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

## Kata Kunci

Politik, pemilu, dokter

## Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.12

**Tanggal masuk:** 25 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

**Abstrak** Di tahun politik ini, dokter sebagai warga negara tidak mungkin dilepaskan dari hasrat dan haknya untuk berpolitik. Namun, dalam ekspresi politiknya seorang dokter harus selalu berhati-hati dan mengingat tradisi luhur profesi kedokteran. Tulisan ini akan membahas bagaimana sikap dokter dalam memelihara etika kedokteran dan profesionalisme di tahun politik khususnya dalam konteks hubungan dokter-pasien, serta bagaimana pihak rumah sakit/klinik dan organisasi profesi kedokteran membuat regulasi terkait ekspresi politik tersebut, ditinjau dari Sumpah Dokter dan peraturan-peraturan lain yang berlaku.

**Abstract** In this political year, doctors as citizens are bound to their passion and right to politics. However, in terms of political expression, a doctor must always be careful and uphold the noble tradition of medical profession. This paper will discuss what should a doctor do to maintain medical ethics and professionalism in a political year, especially in the context of doctor-patient relationships, as well as what regulations should hospitals/clinics and medical professional organizations make regarding political expression, based on the Doctors' Oath and other related regulations.

## PENDAHULUAN

Indonesia sudah memasuki tahun politik, yang sesuai dengan pembuatan artikel ini adalah rangkaian kegiatan Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) di tahun 2018 hingga pemilihan pasangan presiden dan wakil presiden Republik Indonesia serta anggota legislatif di tahun 2019. Sebagai negara terbesar ketiga di dunia yang menganut sistem demokrasi sebagai mekanisme pergantian kepemimpinan dan memilih anggota parlemen, pergulatan politik Indonesia niscaya menjangkau luas ke seluruh lapisan masyarakat dan berimbas juga pada ranah publik. Pesta demokrasi di Indonesia menjadi lebih seru dan bising karena dilakoni banyak partai politik. Hal itu sangat kontras bila dibandingkan dengan dua negara demokratis berpopulasi lebih besar dari Indonesia, yaitu Amerika Serikat dan India, yang jumlah partai dan afiliasi politiknya tidak

sebanyak dan sekompleks Indonesia. Maka mari kita legawa mengucapkan selamat datang kepada momentum kenduri rakyat yang penuh kebingungan dan tarikan kepentingan.

Salah satu ciri kemanusiaan adalah hasrat mengungkap fitrahnya sesuai dengan adagium zoon politicon. Hak politik setiap warga negara dilindungi konstitusi dan mendapatkan perlindungan yang sama dengan kebebasan asasi lain, misalnya dalam hal memilih dan mempraktekkan agama. Hak politik seluruh warga negara Indonesia dinyatakan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28E.<sup>1</sup> Sebagai manusia biasa, seorang dokter juga memiliki hak dan kewajiban politik yang sama sebagai warga negara, sehingga suatu keniscayaan dokter berpolitik. Hal itu mencakup memilih, dekat, atau berafiliasi pada suatu partai atau kandidat politik, atau sebaliknya, tidak memilih entitas politik mana pun.

Dokter dalam kehidupan berbangsa dan bernegara sesungguhnya merupakan salah satu pionir dan pilar kokoh dalam perjuangan kemerdekaan dan pembangunan bangsa. Sebut saja dr. Wahidin Soedirohoesodo, penggagas berdirinya organisasi Budi Utomo, yang walaupun tidak berpolitik namun menjadi cikal bakal usaha kemerdekaan Indonesia (tanggal berdiri Budi Utomo, 20 Mei, hingga kini diperingati sebagai Hari Kebangkitan Nasional). Belum lagi dr. Cipto Mangunkusumo, dr. Soetomo, dan dr. Moestopo, yang hingga kini namanya dihormati dan diabadikan sebagai nama rumah sakit besar di Indonesia.

Berafiliasi pada suatu organisasi/partai politik merupakan bagian dari hak politik seorang dokter. Semua pihak harus menghormati hal itu dan tidak boleh menghalanginya. Namun dalam hal mengekspresikan hak politik pada ruang publik, inilah yang perlu diatur, termasuk di dalamnya diatur oleh Etika Kedokteran. Tulisan ini tidak semata membahas aspek hak dan kewajiban politik dokter karena bukanlah ruang lingkup pembahasan Etika Kedokteran yang menjadi koridor jurnal ini. Tulisan ini lebih berkonsentrasi membahas bagaimana sikap dokter dalam memelihara etika kedokteran dan profesionalisme di era tahun politik khususnya dalam konteks hubungan dokter-pasien, serta bagaimana pihak rumah sakit/klinik, serta organisasi profesi kedokteran membuat regulasi terkait ekspresi politik tersebut.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Frase “Politik” pada Sumpah Dokter Indonesia*

Frase politik dapat ditemui dalam redaksi Sumpah Dokter Indonesia yaitu pada butir 8 sesuai yang dimuat dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) 2012 pasal 1 sebagai berikut:

“Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien.”<sup>2</sup>

Demikian pula Sumpah Dokter versi World Medical Association (WMA; Asosiasi Medis

Dunia) yang menyebutkan sebagai berikut:<sup>3</sup>

“Saya TIDAK AKAN MEMBIARKAN pertimbangan usia, penyakit dan kecacatan, keyakinan, etnis, gender, kebangsaan, afiliasi politik, ras, orientasi seksual, kedudukan sosial, atau faktor lainnya mempengaruhi kewajiban dan pasien saya.”

Selain versi Indonesia, terdapat beberapa versi Sumpah Dokter di dunia, antara lain versi Hippocrates (versi pertama dunia), versi Soviet, versi modern dr. Lasagna, dan versi Weinstein.<sup>4</sup> Sementara itu, versi lainnya tidak menyebutkan hal ini secara eksplisit, melainkan hanya menekankan betapa pentingnya memperlakukan pasien dengan sebaik mungkin.

Mari membahas narasi Sumpah Dokter Indonesia terutama poin 8 yang menyebutkan frase “politik”. Penjelasan lebih dalam tentang narasi itu belum disebutkan dalam KODEKI, namun dari kalimat sumpah ini, menurut hemat penulis dapat ditafsirkan sebagai berikut:

1. Politik disebut bersama-sama dengan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, kedudukan sosial, dan jenis penyakit. Penyebutan bersama-sama ini dapat ditafsirkan bahwa entitas setiap individu, baik dokter maupun pasien, memiliki hak dan afiliasi politik sama riilnya dengan entitas beragama, berbangsa, bersuku, bergender, dan berkedudukan sosial. Entitas itu tidak dapat dipungkiri atau dinegasikan.
2. Maksud kalimat dalam sumpah tersebut bukanlah menihilkan hak politik seorang dokter. Jika diambil simpulan dokter tidak boleh berpolitik, maka kalimat tersebut akan melahirkan simpulan fatal: dokter tidak berhak beragama, berbangsa, bersuku, bergender, dan berkedudukan sosial. Kita tidak dapat memaknai kalimat tersebut sebagai penghilangan hak politik dokter. Dengan kata lain, dokter tetap sah memiliki hak politik dan memperjuangkan hak politiknya, termasuk mengajukan diri sebagai anggota legislatif, anggota/kader partai politik, mengikuti kontestasi pemimpin daerah, maupun presiden dan wakil presiden.

3. Kerangka konteks dari pernyataan politik tadi tak dapat dilepaskan pada keterangan yang ada pada ujung kalimat "... dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien." Sehingga lebih tepat penafsiran kerangka "keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit" adalah sepanjang pada wilayah konteks "... dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien" pada redaksi sumpah tersebut.
4. Implikasi yang perlu disadari dalam sumpah tersebut adalah, dokter harus tetap bekerja profesional dan dilarang berbuat tidak adil apalagi melakukan kezaliman pada saat menunaikan kewajibannya terhadap pasien, meskipun terdapat perbedaan afiliasi politik. Sasaran kezaliman yang dimaksud dalam poin 4 tentu dalam konteks hubungan dokter-pasien.

Dalam pembahasan terkait frase "politik" dalam Sumpah Dokter Indonesia, yang jelas terlarang adalah perlakuan diskriminatif dan zalim/tidak adil yang didasari motif politik ketika seorang dokter menjalankan hubungan dokter-pasien. Jika ada kasus dokter bersikap tidak adil kepada pasien/keluarga pasien karena pertimbangan politik, maka hal itu jelas melanggar etika kedokteran. Begitupula jika sasaran ketidakadilannya adalah dokter, perawat, tenaga kesehatan, karyawan rumah sakit/klinik tempatnya bekerja, sepanjang hal itu terkait dengan hubungan dokter-pasien. Misalnya, ada pasien yang menjadi pendukung partai A datang ke dokter yang merupakan pendukung partai B, maka harus dipastikan perlakuan kepada pasien itu sama adilnya dengan perlakuan kepada pasien yang memiliki afiliasi politik sama.

Sebaliknya, jika ada pasien pendukung kandidat politik A datang ke dokter yang memiliki afiliasi sama, kemudian terjadi pembicaraan politik untuk menghangatkan rapport dengan pasien, tentu tidak mengapa karena membina rapport memang dianjurkan dalam hubungan dokter-pasien. Namun jika pembicaraan politik itu dibumbui pernyataan dokter yang merendahkan atau melukai pihak lain yang berbeda afiliasi politiknya, maka

hal itu melanggar etika kedokteran karena masih pada kerangka hubungan dokter-pasien. Adapun jika hal itu dilakukan di luar konteks hubungan dokter-pasien, misalnya dokter dan pasien ini kebetulan makan di satu restoran yang sama dan membicarakan politik di sana, maka ini bukanlah lingkup yang dimaksud pada Sumpah Dokter.

Dalam arti luas selain didasarkan pada hubungan dokter-pasien yang sedang berlangsung, mencakup juga hubungan sebelum dan sesudahnya yang diperkirakan masih mempengaruhi pertimbangan dokter menjadi diskriminatif. Cakupan ini bisa ditarik dari lafal Sumpah Dokter maupun pasal KODEKI yang mewajibkan dokter menyimpan rahasia pasien, bahkan hingga pasien tersebut meninggal dunia (pasal 16).<sup>4</sup> Prinsip tersebut mewajibkan dokter untuk berhati-hati ketika mengalihkan hubungan dokter-pasien dari ranah privat ke ranah publik yang menjadikan dirinya atau orang lain yang mengikuti pendapatnya bersikap diskriminatif secara politis. Hal itu bertolak dari perubahan posisi dokter secara prima facie menjadi warga negara di luar konteks hubungan dokter-pasien, yang harus tunduk kepada hukum dan perundangan yang berlaku.

### ***Regulasi terkait Ekspresi Politik di Rumah Sakit dan Klinik***

Dokter memiliki hak politik yang harus dihargai, namun di sisi lain dokter juga harus menyadari bahwa hak politik juga dimiliki pasien, tenaga kesehatan yang membantunya, serta seluruh masyarakat yang berinteraksi dengan dokter tersebut. Dalam mengekspresikan hak politik dokter pada ruang publik, termasuk rumah sakit atau klinik, maka acuannya adalah aturan hukum perundangan secara umum. Rumah sakit atau klinik dapat membuat peraturan internal terkait pengaturan ekspresi hak politik pasien dan dokter. Hal itu demi mencapai tujuan dan kepentingan yang lebih tinggi, yaitu memelihara ketertiban menuju kesembuhan pasien yang optimal. Peraturan internal terkait pembatasan mengekspresikan afiliasi politik demi penyelenggaraan upaya medis yang optimal tentu harus didukung

semua pihak. Peraturan internal tersebut tentu tidak boleh dibuat berlebihan sehingga dianggap memangkas hak politik yang dijamin konstitusi, dan sebaliknya jangan pula melampaui batas.

Setidaknya acuan yang telah diatur hukum perundangan dan KODEKI dapat dijadikan pegangan. Rumah sakit dan klinik harus memastikan diri bahwa sebagai institusi publik, maka kebijakannya harus netral, tidak boleh mengekspresikan kepentingan politik tertentu, apalagi mengorganisasi karyawan, dokter, dan tenaga kesehatan lain untuk memilih afiliasi politik tertentu, atau sebaliknya, membenci afiliasi politik tertentu. Hal ini sama tercelanya dengan kondisi apabila rumah sakit atau klinik sebagai instansi dan kebijakannya secara sengaja menghambat karyawan, dokter, tenaga kesehatan, maupun pasien mengekspresikan haknya beragama untuk beribadah sesuai tuntunan agama yang dianutnya. Rumah sakit atau klinik dapat dianggap melakukan hal tercela apabila secara sengaja menghambat karyawan, dokter, tenaga kesehatan, maupun pasien untuk mengekspresikan hak beribadah sesuai tuntunan agamanya. Salah satu contoh ketika rumah sakit menghimbau tenaga medis atau karyawan yang beragama Islam untuk menanggalkan kerudung pada saat bekerja di lingkungan rumah sakit. Sama tidak patutnya ketika rumah sakit atau klinik yang tetap memberikan tugas juga kepada karyawan, dokter, atau tenaga kesehatan yang ingin merayakan hari besar agamanya, padahal tidak ada keterbatasan sumber daya manusia untuk mengatur piket jaga tersebut.

Dalam penyelenggaraan pemungutan suara, rumah sakit perlu berpartisipasi aktif dengan memberi kebebasan seluas-luasnya kepada dokter/tenaga kesehatan, karyawan, pasien, dan keluarganya untuk dapat menyalurkan hak pilihnya. Rumah sakit dapat berinisiatif untuk aktif berkomunikasi dan bekerjasama dengan Komisi Pemilihan Umum (KPU) untuk menyelenggarakan pemungutan suara bagi pasien yang tidak mampu pergi ke tempat pemungutan suara (TPS) terdekat seperti yang tercantum dalam Peraturan KPU nomor 10 tahun 2015 (pasal 82).<sup>5</sup> Namun demikian, rumah sakit dan klinik harus menjaga netralitas

dalam pesta politik, diantaranya dengan tidak memasang atribut politik seperti yang tercantum dalam Peraturan KPU nomor 12 tahun 2016 (pasal 30 ayat 3).<sup>6</sup>

Beberapa dokter di rumah sakit yang ditentukan pemerintah juga akan berperan dalam melaksanakan fit and proper test (tes kesehatan dan kelayakan) terhadap tokoh-tokoh politik. Dalam hal ini, hendaknya dokter dapat bersikap seobjektif mungkin untuk melaksanakan pemeriksaan sesuai dengan standar profesinya, tanpa dipengaruhi oleh afiliasi politik. Memberikan kesaksian palsu bahwa seorang tokoh adalah sehat padahal jelas memiliki penyakit yang berpotensi mengganggu jabatannya kelak, atau sebaliknya menyatakan seorang tokoh tidak mampu menjalankan jabatan tersebut padahal jelas-jelas mampu, adalah pelanggaran etik serius yang harus dihindari.

### ***Bolehkah Dokter Mengekspresikan Afiliasi Politiknya pada Ranah Publik ?***

Dalam bagian pendahuluan telah dijelaskan bahwa sebagai warga negara biasa, dokter memiliki hak politik yang harus dihormati dan dilindungi konstitusi. Namun dalam mengekspresikan afiliasi politiknya pada ranah publik di luar hubungan dokter-pasien, maka hal itu diatur sesuai hukum dan perundangan yang berlaku. Ekspresi afiliasi politik seorang dokter yang menjadi anggota TNI/POLRI dibatasi ketentuan yang mengikat identitasnya, sebagaimana diatur dalam UU nomor 34 tahun 2004 pasal 39 (Prajurit dilarang terlibat dalam kegiatan menjadi anggota partai politik; kegiatan politik praktis; kegiatan bisnis; dan kegiatan untuk dipilih menjadi anggota legislatif dalam pemilihan umum dan jabatan politis lainnya).<sup>7</sup> Dokter yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) juga harus mengikuti batasan terkait identitasnya sebagai PNS sesuai dengan PP nomor 37 tahun 2004 pasal 2 (Pegawai Negeri Sipil dilarang menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik. Pegawai Negeri Sipil yang menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik diberhentikan sebagai Pegawai Negeri Sipil).<sup>8</sup>

Hal yang harus diperhatikan pada saat dokter mengekspresikan afiliasi politiknya mencakup aktivitasnya berpendapat di forum yang menempatkannya sebagai profesional medis, termasuk di media sosial. Seorang dokter sering diundang sebagai narasumber seminar ilmiah maupun seminar awam tentang isu kesehatan yang relevan dengan kompetensinya. Jika undangan tersebut merupakan penghargaan publik dan panitia acara terhadap aspek profesionalitasnya sebagai dokter, maka dia harus menjaga diri dari kemungkinan mengekspresikan afiliasi politiknya di forum tersebut. Ekspresi politik tersebut dapat berupa dukungan kepada suatu partai atau kandidat politik tertentu, atau sebaliknya, berupa hujatan atau upaya merendahkan pilihan partai atau kandidat politik lainnya. Sangat tidak etis bila forum ilmiah atau seminar awam yang menghargai profesi kedokteran tersebut dicemari ekspresi afiliasi politik dokter narasumbernya.

Jika forum yang mengundang dokter tersebut adalah bagian dari rangkaian kampanye politik dan penyelenggaranya adalah partai atau kandidat politik, maka dokter harus mawas diri bila ia diundang ke aktivitas tersebut karena kehormatan profesionalnya sebagai dokter. Meskipun jelas nyata-nyata ada di dalam suasana kampanye, dokter yang diundang untuk ikut berpartisipasi di layanan kesehatan harus tetap menjaga diri dari promosi partai/kandidat politik. Dokter harus memastikan dirinya sebatas menjaga rapport saja serta fokus pada amanah profesional yang diberikan sebagai penghargaan penyelenggara kegiatan tersebut. Prinsip ini disebut imparial objektif, di mana dokter harus menegaskan perannya sebagai narasumber medis secara eksplisit, kemudian menjalankan peran tersebut terlepas dari afiliasi politiknya.

Dokter harus menghitung risiko sejauh mana keterlibatannya dalam aktivitas politik, dan tetap menjaga diri jangan sampai profesionalitasnya disalahgunakan. Jangan sampai dokter jatuh pada luapan emosi berlebihan dalam pembelaannya terhadap suatu entitas politik sehingga melanggar norma profesi kedokteran. Dokter juga harus menjauhkan

diri dari isu diskriminasi suku, agama, ras, dan antargolongan pada konstelasi politik yang seringkali menjadi topik hangat.

Dalam mengekspresikan afiliasi politiknya di media sosial, seorang dokter hendaknya memiliki akun terpisah, yang berbeda dengan akun aktivitas profesionalnya dalam upaya mencerdaskan publik melalui kesehatan promotif maupun preventif. Hal itu untuk menghindari bias pemahaman dan potensi konflik yang mungkin terjadi dengan berbagai pihak. Jika sampai muncul saling blokir, maka dokter perlu merenung bukankah idealnya upaya kesehatan promotif dan preventif itu mampu diakses sebanyak mungkin orang dengan berbagai latar belakang? Maka sejatinya tindakan blokir akun pengikut (follower) bertentangan dengan misi upaya kesehatan promotif tersebut. Pengaturan pertemanan pada dua akun terpisah tersebut juga diatur, misalnya akun dengan misi kesehatan disiarkan ke publik dengan tidak memilah dan memilih tawaran pertemanan. Sementara itu akun untuk menyalurkan kebebasan berpendapat pribadi dibatasi penyiarannya hanya kepada teman yang telah diterima pada akun tersebut, serta dilakukan pemilihan pertemanan yang lebih ketat. Di luar hal tersebut, aktivitas media sosial tetap tunduk pada aturan hukum dan perundangan yang berlaku.<sup>9</sup>

### ***Bolehkah Dokter Mengajukan Diri sebagai Kandidat Politik dan Bagaimana Ketentuan Etiknya?***

Sebagai warga negara yang memiliki kebebasan berpolitik, dokter berhak mengajukan diri sebagai kandidat politik dalam lingkup apa pun, termasuk di dalamnya pemilihan legislatif, pemilihan kepala daerah, dan pemilihan presiden. Bahkan kesan semakin termarginalisasinya peran politik dokter dalam keputusan-keputusan penting di Indonesia membuat kemunculan dokter yang memiliki idealisme politik dan visi nasional menjadi sangat dinantikan. Peran membenahi kondisi kesehatan bangsa dalam kontes politik yang memerlukan kerjasama lintas sektor menjadi sangat mungkin dilakukan bila dirigennya adalah dokter.

Seorang dokter berhak mengikuti kegiatan politik dalam rangka kampanye atas dirinya atau menjadi tim sukses kandidat/partai politik agar masyarakat memilihnya atau memilih kandidat/partai politik yang ia promosikan. Kesadaran pertama yang harus dibangun terkait hal itu adalah kampanye politik tidak boleh dikaitkan dengan profesinya sebagai dokter. Seorang dokter yang aktif dalam organisasi profesi kedokteran juga tidak boleh mengaitkan kampanye politiknya dengan organisasi profesi tempatnya mengabdikan. Sebagaimana batasan etika dalam beriklan, dokter secara normatif harus menanggalkan gelar maupun atribut profesinya untuk seluruh kegiatan politik yang tidak berkaitan dengan profesinya sebagai dokter.<sup>10</sup> Hal yang diperbolehkan sebatas ketentuan yang diizinkan pada aturan KPU, diantaranya terkait penulisan gelar pada media kampanye dan kertas suara. Dokter yang menjadi kandidat politik juga tidak boleh menggiring opini untuk menjual latar belakang profesinya di masyarakat dengan cara yang tidak proporsional, tidak santun, serta cara-cara lain yang dapat merugikan marwah kehormatan profesi kedokteran yang luhur.

Seorang dokter yang sedang mengikuti kampanye politik pada masa yang ditentukan KPU hendaknya mengajukan pengunduran diri/meminta berhenti sementara dalam aktivitasnya sebagai dokter selama masa kampanye tersebut. Dengan sendirinya hak, wewenang, dan kewajibannya juga berhenti sementara selama masa kampanye berlangsung. Hal itu bertujuan untuk menghindari konflik kepentingan selama masa kampanye serta menjaga marwah kehormatan profesi dokter dengan sebaik-baiknya. Proses pengunduran diri atau pemberhentian sementara seorang dokter sebagai pengurus aktif di organisasi profesi kedokteran juga akan menyebabkan hak, wewenang, dan kewajibannya sebagai pengurus juga berhenti sementara. Hal itu dilakukan untuk menghindarkan dirinya dari penyalahgunaan kewenangan dalam organisasi profesi maupun mencegah fitnah akibat konflik politik yang dapat berimbas kepada organisasi profesi kedokteran.

Meskipun seorang dokter telah berhenti sementara dari profesi dan segala aktivitasnya dalam organisasi profesi kedokteran selama masa kampanye, hendaknya ia menyadari bahwa meraih kekuasaan bukanlah tujuan utama apalagi tujuan akhir. Tradisi luhur profesi kedokteran harus selalu dilaksanakan kapan dan di mana pun. Dengan demikian dokter yang mengajukan diri sebagai kandidat politik tidak akan menempuh langkah menghalalkan segala cara demi kekuasaan, atau pun menggunakan adab-adab buruk selama berkampanye.

### ***Bolehkah Organisasi Profesi Kedokteran Mengekspresikan Afiliasi Politik?***

Lain etika yang mengikat dokter, lain pula etika organisasi profesi kedokteran. Organisasi profesi kedokteran di level mana pun dan dalam bidang/spesialisasi apa pun, harus bersikap netral dan menjaga diri dari afiliasi politik. Hal itu bukan berarti organisasi profesi abai terhadap proses politik. Organisasi profesi boleh saja turut mengapresiasi atau mengkritisi konsep pembangunan kesehatan yang diajukan partai atau kandidat politik, terutama bila dianggap signifikan menciptakan perubahan wajah pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Organisasi profesi kedokteran harus memastikan bahwa netralitas sikap politik itu telah dimusyawarahkan secara memadai dengan semua pihak terkait. Organisasi profesi juga harus konsisten untuk tidak menunjukkan keberpihakannya kepada partai atau kandidat politik mana pun. Pada saat melakukan penilaian konsep pembangunan kesehatan, organisasi profesi tidak boleh ikut-ikutan mempromosikan atau sebaliknya mendiskreditkan suatu partai atau kandidat politik tertentu. Organisasi profesi tidak boleh mengeluarkan pernyataan publik, menggiring opini publik atau kalangan profesi untuk memilih partai atau kandidat politik tertentu, meskipun nyata-nyata proposalnya sangat baik untuk bidang kesehatan. Demikian pula sebaliknya, organisasi profesi tidak boleh mendiskreditkan partai atau kandidat politik tertentu meskipun nyata-nyata proposalnya berbahaya dan kontroversial. Hendaknya tinjauan kritis terhadap proposal tersebut dilakukan secara obyektif dan berbasis bukti.

Pada akhirnya organisasi profesi harus berpegang teguh pada prinsip netralitas politik dan profesionalisme dengan menunjukkan sikap untuk tidak berpihak kepada partai atau kandidat politik dalam aspek apa pun; mulai dari menjaga jangan sampai simbol organisasi tampak mendukung kandidat atau partai politik tertentu, hingga memilih pernyataan yang tepat pada saat penyampaian opini/wawancara media terkait momentum politik ini. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) perlu menerbitkan fatwa terkait batasan aktivitas dokter di masa-masa politik sebagai acuan untuk dokter agar selalu menjaga kehormatan profesi kedokteran di masyarakat dengan baik.

## KESIMPULAN

Hak dokter dalam berpolitik sama dengan hak warga negara lain sesuai dengan hukum dan perundangan yang berlaku. Frase politik dalam Sumpah Dokter Indonesia bermakna tidak melakukan kezaliman, ketidakadilan, dan tindakan diskriminatif lain yang didasarkan atas motif politik dalam konteks hubungan dokter-pasien. Pada kegiatan ilmiah maupun umum yang menghormati tradisi luhur profesi kedokteran, setiap dokter harus menunjukkan netralitas politik dan tidak boleh mengekspresikan afiliasi politiknya secara berlebihan kecuali sekedar membangun rapport dengan pasien atau audiens. Dalam aktivitas media sosial, dokter hendaknya memiliki dua akun terpisah untuk menyampaikan pendapat pribadi termasuk ekspresi politik, serta akun lain untuk menjalankan tugas profesinya di bidang kesehatan. Rumah sakit dan klinik sebagai institusi publik harus memastikan bahwa kebijakannya netral, tidak mengekspresikan kepentingan politik tertentu. Organisasi profesi kedokteran hendaknya konsisten menjaga netralitas politik dengan tidak menunjukkan keberpihakannya kepada partai atau kandidat politik mana pun. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) perlu menerbitkan fatwa terkait aktivitas dokter di masa-masa politik sebagai acuan untuk menjaga keluhuran marwah profesi kedokteran.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Pukovisa Prawiroharjo merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS) fungsional Dosen, tidak menjadi anggota dan pengurus partai politik, serta tidak pernah mengajukan diri dalam pemilihan legislatif, pemilihan kepala daerah, maupun pemilihan presiden.

Anna Rozaliyani merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS) fungsional Dosen, tidak menjadi anggota dan pengurus partai politik, serta tidak pernah mengajukan diri dalam pemilihan legislatif, pemilihan kepala daerah, maupun pemilihan presiden.

Agus Purwadianto merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS) fungsional Dosen, tidak menjadi anggota dan pengurus partai politik, serta tidak pernah mengajukan diri dalam pemilihan legislatif, pemilihan kepala daerah, maupun pemilihan presiden.

## REFERENSI

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Amandemen IV, pasal 28E. 1945.
2. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.
3. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Geneva: The Physician's Pledge. 2017. Diunduh dari: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>
4. Association of American Physicians and Surgeons. Various physicians oaths [Internet]. Diunduh dari: <http://www.aapsonline.org/ethics/oaths.htm>
5. Peraturan Komisi Pemilihan Umum nomor 10 tahun 2015 tentang pemungutan dan penghitungan suara pemilihan gubernur dan wakil gubernur, bupati dan wakil bupati, dan/atau walikota dan wakil walikota. 2015.



6. Peraturan Komisi Pemilihan Umum Republik Indonesia nomor 12 tahun 2016 tentang perubahan atas Peraturan Komisi Pemilihan Umum nomor 7 tahun 2015 tentang kampanye pemilihan gubernur dan wakil gubernur, bupati dan wakil bupati, dan/atau walikota dan wakil walikota. 2016.
7. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 34 tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia. 2004.
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 37 tahun 2004 tentang larangan Pegawai Negeri Sipil menjadi anggota partai politik. 2004.
9. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *J Etik Ked Ind.* 2017 Oct 11;1(1):31. doi: 10.26880/jeki.v1i1.7.
10. Prawiroharjo P, Meilia PDI. Dokter beriklan: Sebuah tinjauan menurut Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. *J Etik Ked Ind.* 2017 Oct 11;1(1):13. doi: 10.26880/jeki.v1i1.4.

# Benarkah Dokter Spesialis yang Tugas Jaga Pasti Melakukan Pelanggaran Etik Jika Sekedar Menjawab Konsul per Telepon untuk Pertolongan Kegawatdaruratan?

Pukovisa Prawiroharjo<sup>1,2</sup>, Radi Muharris Mulyana<sup>1,3</sup>, Prijo Sidipratomo<sup>1,4</sup>, Agus Purwadianto<sup>1,5</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, Jakarta

<sup>3</sup>Instalasi Gawat Darurat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

<sup>4</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

<sup>5</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

## Kata Kunci

Jaga, spesialis, konsul, gawat, darurat

## Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

contact@ilmiah.id

## Publikasi

© 2018 JEKI/ilmiah.id

## DOI

10.26880/jeki.v2i1.13

**Tanggal masuk:** 27 Februari 2018

**Tanggal ditelaah:** 10 Maret 2018

**Tanggal diterima:** 11 Maret 2018

**Tanggal publikasi:** 19 Maret 2018

**Abstrak** Dalam praktik kedokteran sehari-hari, seringkali dokter spesialis dikonsul oleh dokter jaga untuk kasus gawat darurat, dan seringkali pula spesialis tersebut hanya memberikan instruksi per telepon tanpa datang memeriksa pasien. Bila kemudian terjadi kecacatan apalagi kematian pada pasien tersebut, apakah dokter spesialis ini pasti telah melakukan malpraktik etik dan pidana? Tulisan ini akan membahas etika dokter spesialis dalam kegawatdaruratan, khususnya sebagai bagian dari keseluruhan manajemen di Instalasi/Unit Gawat Darurat dan rawat inap di Rumah Sakit, ditinjau dari Kode Etik Kedokteran Indonesia dan berbagai peraturan terkait. Situasi dan kategori tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang dimaksud harus benar-benar dipertimbangkan, dan kerja sama yang erat antara dokter spesialis dan dokter jaga diperlukan untuk menjamin keselamatan pasien.

**Abstract** In daily practice, often specialists are consulted by doctors on duty for emergency cases, and most often these specialists only give per-phone instructions without actually coming and examining the patient. If then the patient suffered disabilities or even death, does the specialist commit sure ethical and criminal malpractice? This paper will discuss the ethics of specialists in emergencies, particularly as part of overall management of Emergency Department and hospital, in terms of Indonesian Medical Code of Ethics and related regulations. The situations and categories of emergency responses should be thoroughly considered, and good cooperation between specialists and doctors on duty is necessary to ensure patient safety.

## PENDAHULUAN

Mulai beredar potongan presentasi sebagai kritik dari sejawat senior yang baik hati dan memiliki latar belakang sebagai spesialis bedah kepada kita semua. Kritik ini menuai reaksi dari banyak sejawat. Potongan presentasi yang menjadi kritik tersebut tertulis sebagai berikut:

“Seorang dokter spesialis yang tugas jaga, yang tidak bersedia datang untuk memeriksa penderita gawat darurat yang dikonsul kepadanya dan kemudian penderita meninggal dunia, maka dokter bukan saja dianggap telah melakukan

malpraktik etik, tetapi juga malpraktik pidana, karena kelalaiannya menyebabkan seseorang meninggal dunia. Instruksi dokter mengenai pemeriksaan dan pengobatan per telepon juga dianggap pelanggaran, karena pelayanannya di bawah standar pelayanan medik.”

Potongan presentasi ini dimaksudkan kemungkinan sebagai bagian dari penafsiran etika dokter pada kegawatdaruratan, khususnya sebagai bagian dari keseluruhan manajemen di Instalasi/Unit Gawat Darurat dan rawat inap di Rumah Sakit. Tulisan ini membahas bagaimana relevansi kritik tersebut ditinjau dari Kode Etik

Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan UU atau Peraturan terkait, dan dari sisi tinjauan lapangan yaitu situasi manajemen kegawat daruratan di Rumah Sakit.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Paparan KODEKI tentang Pertolongan Kegawatdaruratan Medik*

Kode Etik Kedokteran Indonesia telah mengatur khusus tentang kegawat daruratan medik pada pasal 17 dengan dinyatakan sebagai berikut: “Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu wujud tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.” Dan salah satu cakupan pasal 17 butir 6 dinyatakan sebagai berikut: “(6) Setiap dokter yang melakukan pertolongan darurat maka kewajiban etis ini mengalahkan pertimbangan-pertimbangan etika lainnya. Dalam menjalankan kewajiban etis ini, dokter tersebut harus dilindungi dan dibela oleh teman sejawat, mitra bestari dan/atau organisasi profesi, pemerintah dan/atau masyarakat.”<sup>1</sup>

Dalam penjelasan pasal 17 juga dinyatakan sebagai berikut: “Pertolongan darurat yang dimaksud pada pasal di atas adalah pertolongan yang secara ilmu kedokteran harus segera dilakukan untuk mencegah kematian, kecacatan, atau penderitaan yang berat pada seseorang. Seorang dokter wajib memberikan pertolongan keadaan gawat darurat atas dasar kemanusiaan ketika keadaan memungkinkan. Walau tidak saat bertugas, seorang dokter wajib memberikan pertolongan darurat kepada siapa pun yang sakit mendadak, kecelakaan atau keadaan bencana. Rasa yakin dokter akan ada orang lain yang bersedia dan lebih mampu melakukan pertolongan darurat seyogyanya dilakukan secara cermat sesuai dengan keutamaan profesi, yakni untuk menjunjung sikap dan rasa ingin berkorban profesi untuk kepentingan pertolongan darurat termaksud.”<sup>1</sup>

Lalu pada penjelasan cakupan pasal 17 butir 3 dinyatakan sebagai berikut: “Kewajiban pada pasal di atas ini mengamanahkan kepada dokter untuk selalu bersedia melakukan pertolongan darurat kapanpun dan di manapun. Baik di

dalam masa dinas ataupun tidak.”<sup>1</sup>

### *Analisis Paparan KODEKI tentang Kegawatdaruratan Medik*

Frase kunci yang relevan dengan kritik yang disampaikan setidaknya ada dua, pertama tentang kesadaran etik bagi seluruh dokter dalam hal melakukan pertolongan kegawatdaruratan, dan kedua adalah klausa kalimat “...kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya”. Untuk frase kunci pertama, merupakan hal yang tak dapat ditawar lagi bahwa dokter harus menyadari ia memiliki kesadaran tanggungjawab moral yang besar untuk melakukan pertolongan kegawatdaruratan. Bahkan pada situasi ia tidak berdinas saja, tanggung jawab moral itu melekat, sebagaimana dijelaskan pada penjelasan cakupan pasal 17 butir 3 “Kewajiban pada pasal di atas ini mengamanahkan kepada dokter untuk selalu bersedia melakukan pertolongan darurat kapanpun dan di manapun. Baik di dalam masa dinas ataupun tidak.” Tentu apalagi jika dokter tersebut memang saat dinas yang dijadwalkan dan ditentukan RS tempat ia bekerja. Jadi kaidah umumnya, menolak melakukan pertolongan kegawatdaruratan di masa tidak berdinas, apalagi dalam masa berdinas, dapat dikategorikan sebagai pelanggaran etik.

Namun frase kunci kedua tak dapat dipisahkan dari frase kunci pertama, karena disebutkan dalam satu entitas kalimat yang sama, yaitu “...kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya”. Kata “yakin”, “bersedia” dan “mampu” perlu digarisbawahi. Penafsiran terbaik pada kata “yakin” dalam pasal 17 yang dimaksud adalah sebagaimana yang termaktub pada penjelasan pasal 17 yang menyatakan “...Rasa yakin dokter akan ada orang lain yang bersedia dan lebih mampu melakukan pertolongan darurat seyogyanya dilakukan secara cermat sesuai dengan keutamaan profesi...” Jadi keyakinan harus dibangun dari sikap cermat dan sesuai dengan keutamaan profesi.

Adapun “bersedia” dan “mampu”, hal ini dialamatkan pada orang lain (dokter selain pribadi dokter tersebut). Terkait dengan kritik yang disampaikan mengambil konteks pelayanan

di UGD atau rawat inap Rumah Sakit, maka paling tepat kata “bersedia” dan “mampu” dialamatkan pada dokter jaga yang dinas di tempat UGD dan rawat inap Rumah Sakit, dan atau dokter spesialis lain yang kebetulan ada di lingkungan RS atau bersedia datang ke RS saat dibutuhkan untuk melakukan pertolongan kegawatdaruratan. Analisis tentang “mampu”, tentu saja harus didasarkan pada penilaian sejauh mana kewenangan klinis yang dibangun atas dasar kompetensi profesional, diberikan kepada dokter jaga yang dinas di tempat UGD dan rawat inap Rumah Sakit. Sedangkan analisis tentang “bersedia” ialah kembali ke keyakinan pribadi dokter jaga untuk bersedia mengambil tanggungjawab moral pada suatu pertolongan kegawat daruratan dengan menggantikan kehadiran atau menerima delegasi dari dokter spesialis untuk menjalankan instruksi medis yang diamanahkan kepadanya. Tentu secara umum, pada situasi dokter jaga “tidak bersedia” dan atau “tidak mampu”, maka tanggungjawab etik beralih menjadi dipikul SMF Spesialis yang dikonsulkan tersebut.

#### ***Paparan UU dan Peraturan lainnya tentang Kegawatdaruratan Medik***

Hingga saat tulisan ini dibuat, belum ada peraturan hukum yang secara spesifik mengatur tentang dokter jaga spesialis dan pendelegasian wewenangnya kepada dokter jaga umum. Walau demikian, dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, pasal 51a menyebutkan bahwa dokter harus “memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional...”. Maka baku rancang standar profesi di Pedoman Praktek Klinis misalnya dan standar prosedur operasional di regulasi internal RS, secara detil perlu menginventarisasi tindakan pertolongan kegawatdaruratan mana saja yang dapat menjadi kewenangan klinis dokter jaga UGD yang sebagian besar adalah dokter umum, tindakan pertolongan atas supervisi, dan tindakan pertolongan yang menjadi wewenang khusus dokter dan SMF spesialis. Pasal 51d memiliki isi yang kurang lebih mirip dengan KODEKI pasal 17 tentang pertolongan gawat darurat, seperti

yang telah dibahas di atas.<sup>2</sup>

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia nomor 4 tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi, dalam pasal 3 ayat 2c disebutkan bahwa “mendelegasikan suatu pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut” adalah pelanggaran disiplin profesional dokter.<sup>3</sup>

#### ***Situasi Lapangan Penanganan Kegawatdaruratan di Rumah Sakit***

Pasien yang datang ke Unit Gawat Darurat atau ruang perawatan darurat lainnya di RS terdiri atas spektrum kasus yang luas, mulai dari kasus tidak berdiferensiasi dengan gejala klinis tertentu (misalnya nyeri, penurunan kesadaran, atau lemas) hingga kasus yang terdiferensiasi jelas di bidang keilmuan tertentu. Pasien dapat berusia ekstrim dari baru lahir hingga usia tua, dengan kondisi kritis hingga tidak ada kegawatdaruratan, atau kasus tunggal sederhana hingga kasus multipel yang rumit.

Tujuan penanganan kegawatdaruratan adalah keselamatan pasien dengan mengatasi kondisi kegawatdaruratan yang diketahui. Pasien perlu ditangani segera dengan waktu respon yang cepat, dan perlu penanganan yang tepat dengan kompetensi yang memadai. Dengan demikian kunci penanganan kegawatdaruratan di RS adalah pembuatan keputusan klinis yang cepat dan tepat dengan didukung sarana penatalaksanaan pasien yang memadai sesuai layanan RS sesuai tingkatan.

Situasi yang mungkin terjadi adalah ketidakmampuan seorang dokter umum untuk melakukan penilaian pasien (asesmen awal) dengan akurat. Hal ini tentu memberikan potensi masalah ketika pelaporan kepada Spesialis saat proses konsultasi. Pada kondisi lain penilaian pasien dapat dilakukan dengan baik akan tetapi ada hambatan komunikasi dengan Spesialis sehingga penatalaksanaan pasien menjadi terhambat. Hambatan komunikasi dapat terjadi akibat tidak terhubung dengan Spesialis atau respon dari Spesialis tidak adekuat baik terlambat atau tidak menjawab.

Pada RS dengan jumlah dokter spesialis yang berlimpah, tentu dapat membuat kebijakan spesialis yang jumlah kasusnya besar pada RS tersebut agar melaksanakan dinas malam secara *standby* (jaga langsung di tempat), dan diberikan apresiasi remunerasi yang baik. Pada situasi demikian, tentulah kritik yang disampaikan terkait dokter spesialis tidak hadir dan memeriksa pasien yang membutuhkan pertolongan kegawatdaruratan menjadi tidak relevan, karena sistemnya sudah memadai dan mumpuni untuk menghadirkan dokter spesialis melaksanakan dinas malam secara *standby*. Keberadaan dokter spesialis yang *standby* juga dapat menjamin waktu respon yang sesuai dengan kondisi kegawatdaruratan pasien.. Menjadi cita-cita suatu saat seluruh RS di Indonesia dapat menghadirkan sistem seperti ini, sehingga kekhawatiran sebagaimana yang diungkapkan pada kritik yang membangun tersebut, tidak lagi menjadi masalah.

Namun permasalahannya adalah sebagian besar RS di Indonesia mengalami keterbatasan jumlah dokter spesialis, sehingga sebagian besar RS memberlakukan jaga *on call* untuk dokter spesialis, dan hanya menempatkan dokter umum sebagai jaga *standby* di UGD dan Ruang rawat inap. Di sinilah letak permasalahannya saat dokter spesialis yang dinas jaga *on call*, dihubungi oleh dokter jaga, dan memberi instruksi medis via media yang diperkenankan tanpa datang langsung ke RS memeriksa pasien jika merasa tidak terlalu dibutuhkan.

Adapun media komunikasi antara dokter jaga dan dokter spesialis yang diperkenankan adalah melalui jalur privat, dapat dengan per telepon, atau dengan media sosial jenis privasi tinggi dan terenkripsi *end-to-end user* sangat baik. Wajib dihindari menggunakan media sosial yang bersifat publik atau dengan fitur privasi dan enkripsi rendah.<sup>4</sup>

Sebagian besar situasi lapangan penanganan kegawatdaruratan di Instalasi/Unit Gawat Darurat dan di rawat inap di Rumah Sakit di Indonesia secara umum terbagi dua dari sisi waktu, yaitu dinas pada hari dan jam kerja, serta dinas malam (di luar jam kerja) atau hari libur. Dinas pada hari dan jam kerja umumnya terdapat dokter yang berdinas *standby*

penuh bertempat di UGD, biasanya memiliki kualifikasi dokter umum/spesialis dengan persyaratan tertentu, dan karena pada hari dan jam kerja pada umumnya banyak dokter yang berada di lingkungan Rumah Sakit. Sementara dinas malam serta hari libur, tetap ada dokter yang berdinas penuh bertempat di UGD, biasanya dokter umum dengan persyaratan tertentu, dan ada amanah dinas jaga *on call* (tidak di tempat) bagi dokter-dokter spesialis sesuai keahliannya masing-masing.

Dokter yang jaga UGD baik di dalam maupun di luar hari dan jam kerja, umumnya dibekali suatu kompetensi kegawatdaruratan yang baik. Tentu kompetensi ini ada batasannya. Kompetensi tersebut juga secara umum terbagi dua dalam penerapannya, yaitu kompetensi penilaian terhadap kasus dan kompetensi melakukan tindakan kegawatdaruratan. Kedua jenis kompetensi ini memiliki batasannya pada kewenangan klinis dokter jaga UGD. Pada kasus yang memiliki profil klinis di luar kompetensi penilaian terhadap suatu kasus, dokter jaga UGD umumnya akan menelepon dokter spesialis yang relevan dan kompeten terhadap kasus tersebut. Dokter jaga meminta saran, pendapat, dan instruksi medis dari dokter spesialis yang lebih kompeten.

Sejak dokter spesialis tersebut menjawab, maka hakikatnya kami sependapat dengan kritik tersebut, bahwa akad hubungan dokter-pasien telah resmi melibatkan spesialisasi yang relevan. Namun ada satu catatan di sini menurut pengalaman lapangan. Dokter spesialis yang menjawab belumlah tentu yang terjadwal berdinas jaga pada malam/hari libur itu. Alasan teknisnya adalah dokter jaga sulit menghubungi dokter spesialis yang terjadwal jaga pada hari itu. Secara etika, ini baik untuk kedua pihak. Ini perbuatan bernilai etika baik pada dokter jaga UGD karena merefleksikan dirinya sangat peduli dengan pasiennya, dan dalam konteks kegawatdaruratan kebutuhan untuk kesegeraan respon menjadi sangat urgen. Di sisi lain, ini juga perbuatan bernilai etika baik bagi dokter spesialis yang menjawab padahal perbuatan itu dilakukan bukan di hari dan jam dinasnya, dan ini juga merefleksikan nilai kesejawatan yang baik antar sesama spesialis yang ada. Lalu

bagaimana dan kepada siapa akad hubungan dokter-pasien ini disematkan? Yang jelas, akad tersebut resmi terjadi pada spesialisasi tersebut yang dalam struktur Rumah Sakit, terwakili pada Staf Medis Fungsional/SMF. Mekanisme dan tanggungjawab selanjutnya pada konteks kegawatdaruratan ini ialah diselesaikan melalui mekanisme pada SMF dan atau peraturan RS tersebut.

### ***Klasifikasi Instruksi Medis dari sisi Kewenangan Klinis Dokter Jaga UGD/Rawat Inap dan Implikasi Etikanya***

Kembali kepada situasi di UGD pasca dokter jaga mendapatkan instruksi medis dari dokter spesialis yang kompeten. Dari instruksi medis yang ada, kemudian dapat dibagi tiga kategori menilik dari kompetensi dan kewenangan klinis dokter jaga di UGD yaitu: 1) apakah instruksi medis itu dapat dikerjakan sepenuhnya oleh dokter jaga dan timnya dalam batasan upaya penanganan kegawatdaruratan (harap tidak diterjemahkan dengan penanganan holistik pada pasien), 2) apakah instruksi medis itu dapat dikerjakan penuh oleh dokter jaga dan timnya dalam supervisi, ataukah 3) instruksi medis tersebut kewenangan klinisnya ada pada spesialisasi dan tak dapat didelegasikan kepada dokter jaga, atau jika didelegasikan, dalam konteks penanganan kegawatdaruratan, akan menurunkan kualitas layanan kegawatdaruratan secara signifikan.

Jika kategori instruksi medis tersebut adalah yang pertama, bahwa instruksi medis yang diberikan dapat dikerjakan sepenuhnya oleh dokter jaga dan dalam pen dele gasian ini tidak menurunkan kualitas layanan kegawatdaruratan secara signifikan, maka tidaklah melanggar etik bila dokter spesialis yang dikonsulkan per telepon itu tidak secara tatap muka langsung memeriksa pasien. Tanggungjawab secara praktek kedokteran untuk kategori pertama ini sepenuhnya ada pada dokter jaga di UGD, dan oleh karenanya kebijakan paling layak dari RS untuk mengapresiasi tanggungjawab penuh ini ialah memberikan jasa medik atas tindakan tersebut sepenuhnya pada dokter jaga di UGD. Namun, tetap menjadi panggilan etik bagi dokter spesialis yang dikonsulkan tersebut

untuk memastikan seluruh instruksi medis yang diberikan memang dikerjakan sesuai standar yang berlaku.

Jika kategori instruksi medis adalah yang kedua, bahwa instruksi medis yang diberikan dapat dikerjakan penuh oleh dokter jaga dan timnya dalam supervisi dokter spesialis yang dikonsul tersebut, maka perlu dicermati kembali bagaimana supervisi yang bertanggungjawab dapat dihadirkan pada situasi ini. Dalam hal ini, kritik tersebut merupakan kritik positif untuk meninjau kembali apakah pola supervisi sudah cukup bertanggungjawab dengan hanya per telepon, bisa jadi hanya sekali itu saja dikerjakan, untuk tindakan medis seperti ini. Maka pendapat kami sebaiknya kategori situasi kedua ini diminimalisasi sejauh mungkin, kalau perlu nyaris tidak ada. Mengapa? Dalam hal ini kami setuju dengan kritik tersebut, karena hal ini menjadi rentan menjadi masalah hukum, disiplin, maupun etika kedokteran. Kerentanan lain juga menyangkut asas keadilan dalam hal pembayaran jasa medik atas tindakan ini dibayarkan atas siapa. Jika dalam supervisi semestinya terbagi secara adil antara dokter jaga dan dokter spesialis yang melakukan supervisi itu, kembali kritik tersebut menekankan seberapa layak dan etis dokter spesialis yang melakukan supervisi dibayar bila supervisi dikerjakan hanya per telepon, dan bagaimana pembagian jasa medik yang dapat dianggap adil?

Bagaimana agar kategori situasi kedua ini diminimalisasi? Tak lain caranya adalah dengan memindahkan sebagian besar kategori kedua ini menjadi kategori pertama, atau diperjelas memindahkan menjadi kategori ketiga. Untuk memindahkan kategori dua menjadi pertama adalah dengan dokter jaga di UGD diberi kewenangan klinis tambahan melalui pelatihan khusus yang dapat diadakan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis ataupun internal Rumah Sakit, sehingga melalui sertifikasi yang baik dari pelatihan itu, dapat diperluas kewenangan klinis dokter jaga di UGD melalui peraturan internal RS. Konsekuensi jika terlampaui banyak tindakan medis kegawatdaruratan yang ada pada zona kedua ini, maka dalam hal ini kritik tersebut relevan dalam rangka membangun *patient safety*. Kelalaian medik menjadi tanggungjawab SMF

spesialis yang bersangkutan, dan selanjutnya jika ada masalah di kemudian hari, SMF ini harus mempertanggungjawabkannya secara layak.

Jika kategori instruksi medis adalah yang ketiga, yaitu bahwa instruksi medis yang diberikan memang tidak dapat dikerjakan oleh dokter jaga tersebut, ataupun jika dikerjakan akan menurunkan mutu layanan secara signifikan, maka kritik ini pantas untuk dialamatkan. Dalam keseharian, instruksi medis jenis ini lebih banyak dan lebih relevan ada pada spesialisasi yang “memegang pisau” seperti Bedah, Obstetri Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, dan sebagainya. Kebetulan latar belakang senior yang mengajukan kritik ini adalah spesialis bedah, yang sering ada pada situasi ketiga tersebut, maka kritik pada paparannya yang menjadi viral tersebut lebih banyak merupakan refleksi etika kedokteran pada keseharian praktek yang dilakukannya, dan kritik ini menjadi masukan yang sangat berharga bagi seluruh profesi dokter.

Pada kategori instruksi medis yang hanya dimiliki kewenangan klinisnya oleh dokter spesialis yang dikonsulkan, maka dokter spesialis memang harus datang memenuhi panggilan kegawatdaruratan, memeriksa, dan melakukan tindakan medis kegawatdaruratan tersebut. Ketidakmauan untuk hadir, sebagaimana kritik tersebut, layak untuk dimaknai sebagai bentuk kelalaian medis dan pelanggaran etik dan disiplin, kecuali SMF spesialisasi yang relevan dapat mengompensasi keberhalangan dokter spesialis yang terjadwal jaga tersebut.

Namun tentu saja, untuk menjadi norma etika umum atau bahkan menjadi regulasi di RS maupun hukum praktek kedokteran, maka perlu untuk melihat lebih luas dari keseluruhan praktek kedokteran yang dijalankan seluruh dokter. Bagi sejawat “tak memegang pisau” seperti SMF Anak, Penyakit Dalam, Neurologi, Kardiologi, Pulmonologi, Psikiatri, dan sebagainya yang sebagian besar lebih banyak mengalami situasi pertama dan kedua, tentu kritik ini menyentak dan meresahkan. Tapi kritik ini bermanfaat agar SMF “tak memegang pisau” ini lebih banyak melakukan pelatihan kepada dokter jaga UGD agar memindahkan sebanyak-banyaknya situasi kedua menjadi

situasi pertama. Di lain pihak, SMF “tak memegang pisau” perlu membuat regulasi internal yang jelas tentang mekanisme supervisi yang dianggap layak, bertanggungjawab, dan memadai untuk situasi kedua. Seandainya situasinya tidak datang, maka bagaimana mekanisme supervisi yang dapat dianggap layak untuk setiap tindakan medis. Dalam hal ini, maksud kritik tersebut adalah agar dipikirkan kembali apakah hanya per telepon saja dapat dianggap ini adalah supervisi yang memadai? Jika tidak, maka kritik tersebut relevan, dokter spesialis pada situasi kedua memang harus datang ke RS dan memeriksa pasien gawat darurat tersebut sendiri.

### ***Waktu Respon dalam Penatalaksanaan Pasien dan Implikasi Etiknya***

Dalam penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan diperlukan waktu respon yang sesuai dengan kondisi pasien untuk mencegah perburukan pada kondisi pasien dan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar.

Waktu respon sesuai dengan kondisi pasien, apakah pasien dalam kondisi kritis, semi kritis, atau tidak kritis. Berbagai metode triase menjelaskan bahwa pasien dengan kondisi kritis harus mendapat penanganan segera dengan waktu respon 0 menit hingga 10 menit sesuai kasus yang dihadapi, pasien semi kritis 30 menit, dan pasien tidak kritis 1-2 jam. Waktu respon ini ditetapkan berdasarkan kondisi kedaruratan pasien, dalam hal ini kondisi pasien akan memburuk bila tidak dilakukan penanganan segera dalam rentang waktu tersebut.<sup>5,6</sup>

Adapun yang dimaksud dengan respon adalah upaya stabilisasi untuk mencegah kematian atau kecacatan yang masih dapat dihindari, bukan penanganan definitif yang umumnya menjadi ranah bidang keilmuan spesialisasi tertentu. Upaya stabilisasi ini memiliki dimensi waktu dan kompetensi. Yaitu ketika dilakukan dengan waktu respon yang benar dan kompetensi yang sesuai maka prognosis pasien akan baik. Contoh kasus-kasus yang *time sensitive* misalnya pada pasien dengan stroke akut, infark miokard akut, atau trauma multipel, prognosis pasien akan lebih baik jika

waktu respon untuk tindakan stabilisasi lebih singkat.<sup>7,8</sup>

Kembali pada situasi ketika dokter jaga IGD melakukan proses konsultasi kepada dokter spesialis. Konsultasi dilakukan pada beberapa kondisi, di antaranya:

1. Dokter jaga IGD sudah melakukan pemeriksaan awal namun belum dapat membuat diagnosis, sehingga memerlukan advis dari dokter spesialis untuk menentukan diagnosis
2. Dokter jaga IGD sudah melakukan pemeriksaan awal dan membuat diagnosis, akan tetapi memerlukan advis dari dokter spesialis untuk terapi definitif dan pelimpahan DPJP kepada dokter spesialis untuk rawat inap
3. Dokter jaga IGD sudah melakukan pemeriksaan awal dan membuat diagnosis, akan tetapi membutuhkan advis segera dari spesialis untuk melakukan terapi dalam rangka stabilisasi pasien di IGD

Beberapa situasi di atas memiliki dimensi kedaruratan yang berbeda. Pada kondisi pertama dan kedua kondisi pasien tidak kritis sehingga faktor waktu respon tidak akan berdampak buruk pada kondisi pasien. Hal yang berbeda pada kondisi ketiga mengingat waktu respon akan menentukan prognosis pasien. Potensi masalah etika akan muncul ketika pasien terlambat ditangani karena komunikasi dan konsultasi ke dokter spesialis mengalami hambatan.

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menghindari permasalahan etika yaitu:

1. Dokter jaga IGD dibekali kompetensi yang cukup untuk melakukan assessment kegawatdaruratan yang akurat dan mampu melakukan tindakan stabilisasi pasien dan tindakan awal yang *time sensitive*
2. Memastikan jalur komunikasi yang paten antara dr umum IGD dengan spesialis *on call* (dengan *reward* dan *punishment* misalnya)
3. Sistem untuk menjamin spesialis memberikan assessment dan saran yang akurat (misalnya PPK, *clinical pathway*)
4. Sistem untuk memastikan pendelegasian wewenang tidak berlebihan atau kurang (*clinical privilege* yang jelas)

Alternatif lain untuk mengurangi potensi permasalahan etika adalah dengan menempatkan dokter spesialis dengan kompetensi khusus untuk menangani kasus kegawatdaruratan di IGD. Dokter spesialis tersebut berperan sebagai DPJP dalam penatalaksanaan kasus secara medis dalam keadaan darurat terutama pada pasien kritis dan mengerjakan tindakan yang *time sensitive* yaitu hasilnya baik bila dikerjakan secara segera. Pada keadaan di mana kondisi pasien telah stabil dan diagnosis telah dapat ditetapkan maka pasien dapat dialihkan kepada DPJP bidang keilmuan yang relevan tanpa khawatir adanya penundaan (*delay*) yang dapat menurunkan kualitas layanan medis kepada pasien.

## KESIMPULAN

Secara umum, dokter spesialis yang dikonsulkan per telepon dokter jaga UGD dan ruangan perihial kegawatdaruratan, saat menjawab konsultasi tersebut telah melakukan perbuatan yang bernilai baik. Selanjutnya jawaban konsultasi per telepon tersebut akan diterjemahkan menjadi instruksi medis.

Benarkah dokter spesialis yang tugas jaga pasti melakukan pelanggaran etik jika sekedar menjawab konsul per telepon untuk pertolongan kegawatdaruratan? Jawaban terhadap pertanyaan ini tidak dapat hitam putih, dan perlu menganalisis situasional serta kategorisasi tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang dimaksud. Pada situasi dimana RS memiliki keterbatasan jumlah dokter spesialis dan tidak memungkinkan membuat kebijakan dokter spesialis berdinam jaga standby penuh di luar hari dan jam kerja, maka menjawab konsul per telepon saja tanpa memeriksa langsung pasien saat dikonsulkan tersebut diperbolehkan sepanjang instruksi medis yang diputuskan secara profesional memenuhi kriteria “yakin dapat didelegasikan” dari sisi dokter spesialis yang dikonsulkan, serta “bersedia” dan “mampu” dari sisi dokter jaga yang dilimpahkan pendelegasian tersebut. Analisis dari sisi “mampu” pada dokter jaga, perlu mengikuti kaidah tiga kategorisasi instruksi medis. Implikasi dari tanggungjawab



etik mengikuti kategorisasi ini.

Jika kategori instruksi medis tersebut dimiliki kewenangan klinisnya oleh dokter jaga secara penuh, maka dokter spesialis boleh hanya memberikan pendapat saja tanpa langsung memeriksa pasien selama situasi kegawatdaruratan pasien secara medis tidak memerlukan perubahan instruksi medis. Pada situasi pendelegasian seperti ini tidak tepat juga dinyatakan sebagai tindakan sub standar (tidak sesuai standar pelayanan medik), karena standar mengacu pada distribusi kompetensi dan kewenangan klinis. Selama sesuai standar kewenangan klinis, maka tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang dilakukan dokter jaga yang memiliki kewenangan klinis atas hal tersebut bukanlah tindakan sub standar. Dan untuk memenuhi asas keadilan, menjadi kebijakan yang adil adalah biaya jasa medik atas tindakan kategori pertama ini oleh RS diberikan sepenuhnya kepada dokter jaga tersebut. Dokter spesialis yang dikonsul tetap memiliki panggilan etik kemanusiaan untuk memastikan seluruh instruksi medis tersebut dilaksanakan dengan baik. RS saja mengapresiasi jawaban konsul dari dokter spesialis tersebut dengan jasa medik khusus sebatas untuk menjawab konsul, yang tentu berbeda dengan visite pasien maupun jasa tindakan.

Jika kategori instruksi medis dapat dimiliki kewenangan klinisnya oleh dokter jaga dalam supervisi dokter spesialis, maka SMF spesialisasi di RS tersebut harus membuat mekanisme supervisi yang layak, bertanggungjawab, dan memadai. Disarankan dan dihindari untuk meminimalisasi instruksi medis yang masuk pada kategori kedua ini dengan cara memindahkan sebanyak-banyaknya ke kategori pertama melalui memberikan perluasan kewenangan klinis pada dokter jaga, atau memperjelas masuk ke kategori ketiga.

Jika kategori instruksi medis hanya dimiliki kewenangan klinisnya oleh dokter spesialis yang dikonsulkan, maka dokter spesialis atau penggantinya sesuai kesepakatan di RS/SMF, memang harus datang memenuhi panggilan kegawatdaruratan, memeriksa, dan melakukan tindakan medis kegawatdaruratan tersebut.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

## REFERENSI

1. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.
2. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran. 2004.
3. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia nomor 4 tahun 2011 tentang disiplin profesional dokter dan dokter gigi. 2011.
4. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *J Etik Ked Ind.* 2017 Oct 11;1(1):31. doi: 10.26880/jeki.v1i1.7.
5. Department of Health and Ageing Australian Government. The Australasian Triage Scale. Dalam: Emergency Triage Education Kit. Canberra: Commonwealth of Australia; p. 9-12.
6. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A. Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care, version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
7. Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184(5):208-12. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00341-9.

8. Diercks DB, Roe MT, Chen AY, Peacock WF, Kirk JD, Pollack C V., et al. Prolonged emergency department stays of non-ST-segment-elevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Ann Emerg Med.* 2007;50(5):489-96. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.03.033.



ilmiah

<http://www.ilmiah.id>  
your journal portal

