

Jurnal Etika Kedokteran Indonesia



Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika

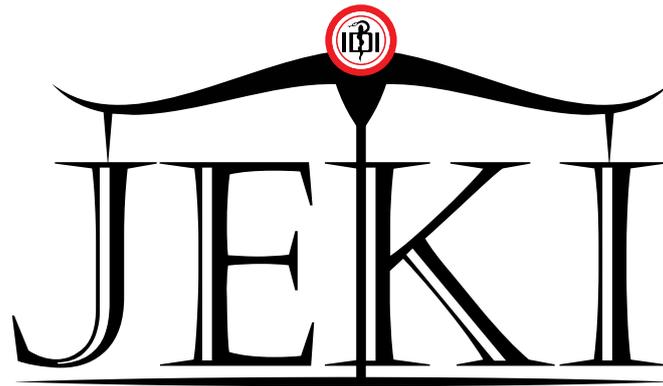
Konflik Kepentingan dalam Profesi Dokter

Sikap Etik Dokter Terhadap Pelayanan Kesehatan Tradisional

Dokter Mogok Kerja: Sebuah Tinjauan Etika

Mengubah Norma dan Tradisi Etik Kedokteran Luhur Indonesia ke Norma Hukum, Apakah Layak Dilakukan?

Etika Melayani Pasien Muslim pada Stadium Terminal



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

*Dipersembahkan oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran PB IDI
dan Perkumpulan Ilmuwan Bioetika dan Humaniora*

vol. 3 no. 1

Februari 2019



Jurnal Etika Kedokteran Indonesia

Kepala Editor

Frans Santosa

Editor

Agus Purwadianto

Prijo Sidipratomo

Anna Rozaliyani

Manajer Jurnal

Pukovisa Prawiroharjo

Editor Kopi

Peter Pratama

Tata Letak

Hansel Tenggara Widjaja

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.

Daftar Isi

Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika	1
Konflik Kepentingan dalam Profesi Dokter	11
Sikap Etik Dokter Terhadap Pelayanan Kesehatan Tradisional	17
Dokter Mogok Kerja: Sebuah Tinjauan Etika.....	23
Mengubah Norma dan Tradisi Etik Kedokteran Luhur Indonesia ke Norma Hukum, Apakah Layak Dilakukan?.....	29
Etika Melayani Pasien Muslim pada Stadium Terminal.....	33

Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika

Pukovisa Prawiroharjo^{1,2}, Peter Pratama, Nurfanida Librianty^{1,3}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

³Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

Kata Kunci

dokter, etika, kedokteran jarak jauh, telemedis

Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.27

Tanggal masuk: 5 Oktober 2018

Tanggal ditelaah: 12 Januari 2019

Tanggal diterima: 16 Januari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Layanan telemedis memberikan kesempatan kepada dokter dan pasien untuk saling berinteraksi dari jarak jauh. Layanan telemedis antara dokter dan dokter telah lama berkembang dalam bentuk konsultasi, dan saat ini telesurgery dan teleradiologi merupakan fitur yang potensial untuk dikembangkan. Sementara itu layanan telemedis dokter-pasien makin berkembang bersama dunia internet, dan harus memperhatikan keterbatasan keyakinan profesional dokter terhadap kondisi klinis pasien, harapan dokter dan pasien dari layanan telemedis, dan aspek konfidensialitas informasi. Layanan telemedis memberikan kesempatan untuk menyelenggarakan praktik kedokteran yang terbebas dari batasan jarak, namun hendaknya tidak diarahkan untuk menggantikan interaksi tatap muka dokter-pasien. Layanan telemedis sebagai bagian dari kemajuan teknologi memang bersifat disruptif, oleh karena itu diperlukan regulasi untuk memastikan perkembangan layanan telemedis sesuai dengan tujuan dan nilai-nilai luhur etika kedokteran berdasarkan Kode Etik Kedokteran dan Sumpah Dokter. Pemerintah, Ikatan Dokter Indonesia, dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran diharapkan dapat mendukung dan mengawal perkembangan layanan telemedis ini ke arah yang baik dan saling bekerja sama dalam audit dan evaluasi layanan-layanan telemedis di Indonesia.

Abstract Telemedicine provides opportunities for doctors and patients to interact remotely. Telemedicine between doctors and doctors has long developed in the form of consultations, and nowadays telesurgery and teleradiology are on promising development. Meanwhile doctor-patient telemedicine is growing together with the internet, yet must consider the limitations of physicians professional beliefs on patients' clinical conditions, doctors and patients' expectations from telemedicine, and aspects of information privacy. Telemedicine provides opportunities to conduct distance-free medical practices, but should never replace doctor-patient face-to-face interactions. Telemedicine as part of technological advance is indeed disruptive, therefore regulations are needed to ensure the development of telemedicine in accordance with the aims and noble values of medical ethics based on the Medical Ethics Code (KODEKI) and the Physician's Pledge. The government, the Indonesian Medical Association, and the Medical Ethics Council of Honor should support and oversee the development of telemedicine, and cooperate in auditing and evaluating all telemedical services in Indonesia.

Telemedis, berasal dari kata “tele-“ yang berarti “jarak jauh”, dan “medis” yang berarti “bersifat kedokteran”. Secara keseluruhan, layanan telemedis berarti “layanan yang menggunakan fasilitas komunikasi elektronik untuk memberikan pelayanan atau dukungan

medis dari jarak yang terpisah (tidak bertatap muka)”.¹ Fasilitas komunikasi yang digunakan bermacam-macam, dapat berupa telepon, panggilan video (*video call*), situs internet, atau alat canggih lainnya. Perlu diperhatikan bahwa layanan telemedis berbeda namun sangat

berkaitan dengan *cybermedicine*, yang merupakan istilah untuk penggunaan teknologi internet dalam menyebarkan informasi klinis dan non-klinis kepada masyarakat umum.^{2,3}

Layanan Telemedis, Layanan yang Semestinya Menjadi Keniscayaan di Indonesia

Kelebihan utama layanan telemedis adalah penggunaan teknologi untuk mengeliminasi batasan jarak dan geografis serta biaya yang terkait, khususnya untuk pelayanan medis di daerah terpencil yang kekurangan tenaga medis.¹ Hal ini sangat relevan dan menjadi keniscayaan di Indonesia, yang memiliki area sangat luas, terdiri dari ribuan pulau, dengan infrastruktur transportasi penghubung masih belum baik, serta memiliki jumlah dokter yang sangat terbatas. Sementara itu, jaringan internet dapat ditunjang melalui satelit ke seluruh pelosok nusantara, melintasi kendala geografis seperti laut, bukit, gunung, hutan, dan sebagainya. Tentu saja dengan demikian pemerintah Indonesia perlu memprioritaskan investasi dalam pengadaan satelit milik negara yang dapat menunjang pelayanan telemedis.

Layanan telemedis dapat dikembangkan mulai dari edukasi, komunikasi/konsultasi, layanan farmasi jarak jauh, supervisi, ekspertisi, hingga pembedahan jarak jauh (*telesurgery*). *Telesurgery* menggunakan teknologi robotik dan komunikasi audiovisual sehingga seorang dokter dapat melakukan pembedahan dari jarak jauh, mengeliminasi batasan jarak dan geografis serta memudahkan operasi di tempat-tempat terpencil yang tidak memiliki tenaga ahli.⁴

Walau demikian, *telesurgery* masih menemui masalah bahkan dengan teknologi terbaik zaman kini akibat adanya jeda waktu antara masukan dan keluaran. Jeda waktu ideal untuk *telesurgery* adalah di bawah 100-200 milidetik; operasi akan mulai mengalami kesulitan bila jeda mencapai 300 milidetik, dan hampir tidak mungkin dilakukan bila mencapai 800 milidetik.^{4,5} Apalagi, untuk mempertahankan jeda waktu di bawah 100 milidetik ini, teknologi terbaik pun masih memerlukan kehadiran hingga 40 teknisi ahli.⁴ Dengan keterbatasan teknologi dan sumber daya yang ada di Indonesia, *telesurgery* nampaknya belum realistis

untuk dapat diwujudkan.

Berdasarkan maksud diselenggarakannya, layanan telemedis dapat digolongkan menjadi untuk komunikasi/konsultasi dan supervisi antara staf medis, untuk ekspertise, dan untuk konsultasi antara dokter dan pasien.¹

Layanan Telemedis dengan Maksud Komunikasi/Konsultasi dan Supervisi antara Staf Medis

Dalam layanan telemedis jenis ini, satu pihak staf medis melakukan interaksi tatap muka langsung dengan pasien, namun melibatkan staf medis lain yang dihubungi melalui layanan telemedis. Umumnya kedua pihak staf medis itu adalah sama-sama dokter atau tim dokter, namun dapat juga antara perawat *home care* dengan dokter. Dalam artikel ini pembahasan akan dibatasi pada komunikasi telemedis antara dokter dan dokter.

Contoh paling sederhana adalah konsul dokter jaga IGD kepada spesialis, atau konsul dokter residen kepada konsultannya. Semangat untuk konsultasi kepada dokter yang lebih ahli ini sangat sesuai dengan yang tertera pada Kode Etik Kedokteran (KODEKI) pasal 14, yang berbunyi "Seorang dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan ketrampilannya untuk kepentingan pasien, yang ketika ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, atas persetujuan pasien/ keluarganya, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian untuk itu."⁶ Dengan melibatkan dokter lain yang lebih kompeten melalui wahana telemedis, maka diharapkan dokter tersebut dapat memberikan pelayanan medis yang lebih berkualitas kepada pasiennya.

Dengan kemajuan teknologi di mana transmisi tidak lagi hanya audio tetapi juga visual melalui video, maka layanan telemedis dapat meningkat tidak hanya konsultasi tetapi juga supervisi. Misalnya seorang dokter umum yang menghubungi dokter spesialis saraf melalui layanan telemedis berupa video, kemudian diminta melakukan pemeriksaan refleks pupil. Spesialis neurologi tersebut kemudian dapat bersama-sama menilai refleks pupil pasien serta melakukan supervisi terhadap teknik

pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter umum tersebut.

Layanan telemedis jenis ini umumnya tidak memiliki masalah etis selama diatur secara jelas peranan dan tanggung jawab masing-masing pihak, pengaturan tarif/renumerasi, serta kejelasan informasi yang diberikan kepada pasien. Pada umumnya, dokter yang bertatap muka tersebut tetap bertanggung jawab atas pelayanan yang sedang terjadi dan menjadi dokter penanggung jawab pasien setidaknya pada saat itu. Jika diperlukan pengalihan tanggung jawab kepada dokter yang dikonsulkan, hal ini dapat diatur baik melalui peraturan instansi/RS atau kesepakatan antara kedua dokter. Pengaturan tarif/renumerasi masing-masing pihak dapat diatur oleh peraturan instansi/RS atau menggunakan jasa penyedia layanan telemedis dengan mengedepankan asas keadilan dan proporsional. *Informed consent* juga perlu diperhatikan karena melibatkan pihak ketiga di luar interaksi klasik dokter-pasien, terutama jika dokter yang dikonsulkan bukan merupakan staf dari instansi yang sama karena umumnya di luar klausul *general consent* yang biasa dilakukan.

Catatan lainnya untuk layanan telemedis jenis ini adalah, hendaknya tidak disalahgunakan dengan pemberian delegasi yang tidak bertanggung jawab, ketika dokter yang bertatap muka sebenarnya bermaksud mengalihkan perawatan kepada yang dikonsulkan karena pasien memerlukan tindakan yang di luar kompetensinya, namun malah diminta melakukan tindakan tersebut oleh dokter yang dikonsulkan.⁷ Hal ini dapat dikecualikan ketika pasien secara praktis tidak mungkin dirujuk ke lokasi dokter dengan kompetensi terkait, misalnya karena di daerah terpencil atau kondisi pasien tidak memungkinkan untuk transportasi.

Layanan Telemedis dengan Maksud Ekspertise

Seperti halnya konsultasi antara dokter dengan spesialis, layanan telemedis dapat digunakan untuk memperoleh ekspertise atas pemeriksaan penunjang tertentu dari ahli atau spesialis terkait. Salah satu yang paling sering digunakan adalah teleradiologi, yakni penggunaan teknologi untuk mengirim data

radiologis ke sentra lain untuk diinterpretasi oleh dokter spesialis radiologi di tempat tersebut. Teknik ini sangat membantu pelayanan medis mengingat jumlah spesialis radiologi yang sangat terbatas.¹ Contohnya adalah Teleradiology Solutions, sebuah klinik asal India yang menerima pekerjaan teleradiologi dari Amerika Serikat, akibat kurangnya radiologis Amerika yang aktif di malam hari (yang berarti siang hari di India). Bukan hanya praktis secara zona waktu, klinik ini juga menawarkan biaya jasa yang lebih murah 35% dibandingkan dengan radiologis asal Amerika. Tentunya, setiap dokter yang menerima teleradiologi tersebut harus terakreditasi dan tersertifikasi di Amerika Serikat.⁸

Layanan Telemedis dengan Maksud Konsultasi antara Dokter dan Pasien

Dalam layanan telemedis jenis ini, terjadi interaksi jarak jauh antara dokter dan pasien. Salah satu contoh klasik adalah layanan darurat seperti layanan 911 di Amerika Serikat, di mana setiap orang dengan akses telepon dapat menghubungi nomor 911 ketika ada kegawatdaruratan termasuk dalam bidang medis.⁹ Layanan telemedis berpotensi untuk memberikan pelayanan triage medis yang cepat, mudah, dan murah, yang dapat mengarahkan pasien gawat darurat ke rumah sakit terdekat, memanggil ambulans, atau sekadar merujuk pasien ke spesialis yang tepat berdasarkan gejalanya.

Contoh klasik lainnya adalah layanan penanganan depresi yang bermaksud mencegah bunuh diri, yang juga ada di Amerika Serikat dan beberapa negara maju namun belum ada di Indonesia.¹⁰

Di era modern ini, semakin bermunculan program tertentu yang menawarkan konsultasi masalah kesehatan melalui internet atau aplikasi ponsel. Jenis inilah yang banyak berkembang di dunia termasuk Indonesia.

Walaupun dimulai dengan tujuan dan maksud yang baik, namun layanan telemedis jenis ini rentan dengan masalah etik, antara lain keyakinan profesional dokter terhadap informasi kondisi pasien yang didapatkan terbatas, perbedaan harapan dokter dan pasien,

dan masalah konfidensialitas.

Keyakinan Profesional Dokter terhadap Kondisi Klinis Pasien yang Didapatkan Terbatas

KODEKI pasal 7 menjelaskan bahwa, "Seorang dokter wajib hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya". Pada cakupan pasal 7 tersebut juga disebutkan pada ayat 1, "Dalam memberikan surat keterangan medis/ahli atau ekspertis dan pendapat ahli apapun bentuk dan tujuannya, dokter wajib mendasarkan isinya pada fakta medis yang diyakininya benar sesuai dengan pertanggungjawaban profesinya sebagai dokter". Salah satu frase kunci pada uraian pasal di atas ialah bahwa dokter dalam memberi pendapat harus berdasarkan kondisi klinis pasien yang "diyakininya benar". Perlu ada keyakinan profesional dari dokter dalam setiap putusan profesional yang dibuat, termasuk di dalamnya penegakan diagnosis dan penentuan tatalaksana.⁶

Dokter perlu menyadari bahwa wahana telemedis memiliki keterbatasan dalam menyajikan keutuhan informasi kondisi klinis pasien. Dokter harus mempertimbangkan apakah informasi kondisi klinis pasien yang tersaji tidak utuh tersebut cukup untuk melahirkan keyakinan profesional secara adekuat sehingga kemudian dapat ditindaklanjuti menjadi penegakan diagnosis dan penentuan tatalaksana kepada pasien.

Sesungguhnya seorang dokter dapat saja menegakkan 2 dari 3 diagnosis hanya berdasarkan kemampuan anamnesis yang baik, namun pemeriksaan fisik akan memberikan 20% informasi tambahan yang mungkin signifikan dan bahkan mengubah arah diagnosis.¹¹ Pemeriksaan fisik yang sifatnya observasional (inspeksi) memang dapat difasilitasi melalui layanan telemedis dengan metode video, namun pemeriksaan fisik lainnya yang non-observasional (palpasi, perkusi, dan auskultasi) atau memerlukan manuver khusus tidak mungkin didapatkan melalui wahana telemedis. Contoh kasus yang bisa mendapatkan keuntungan dari layanan telemedis dengan metode video dan pengambilan gambar ialah

kasus-kasus dermatologi, karena sebagian diagnosisnya dapat ditegakkan melalui inspeksi. Namun ada beberapa hal yang tetap harus diperhatikan seperti pengaruh pencahayaan dan kontras dalam pengambilan gambar, serta kontur tiga dimensi yang sulit diperoleh dari layanan telemedis semata tanpa manuver atau pemeriksaan langsung.

Keterbatasan informasi tersebut berpotensi menyebabkan pelayanan medis menjadi serba terbatas atau bahkan salah mengambil keputusan. Semua dokter yang dikonsultasikan secara telemedis perlu mempertimbangkan untuk mendorong pasien memeriksakan diri ke dokter umum/spesialis terdekat, atau mengirimkan dokter ke rumah pasien untuk kunjungan rumah (*home visit*). Di sisi lain, hal ini wajib menjadi pertimbangan aplikasi yang menyediakan wahana telemedis. Aplikasi tersebut perlu mempertimbangkan masak-masak terkait keterbatasan tersebut jika ingin mengintegrasikan layanan telemedis ini dengan layanan farmasi/apotek jarak jauh, mulai dari persepsian dari dokter, pembelian, hingga pengiriman obat kepada pasien.

Salah satu masalah yang terjadi akibat keterbatasan informasi dan kepercayaan profesional ini adalah kasus yang terjadi di California pada tahun 2007. Seorang dokter telemedis di Colorado mendapat konsultasi melalui formulir daring dari pasien di California mengenai depresi yang dideritanya. Dokter tersebut meresepkan fluoksetin, salah satu antidepresan yang umum digunakan. Beberapa minggu setelahnya, pasien tersebut ditemukan meninggal bunuh diri dengan karbon monoksida. Di dalam darahnya ditemukan alkohol dan fluoksetin. Walaupun hal ini mungkin saja terjadi dalam layanan medis tatap muka klasik, namun risiko tersebut tentunya dapat diminimalisir melalui evaluasi psikiatrik yang komprehensif dan holistik. Mungkin saja pasien tersebut sudah berisiko tinggi bunuh diri saat konsultasi, dan hal ini dapat ditemukan bila interaksi tersebut adalah tatap muka langsung, sehingga dokter tersebut dapat memberikan kombinasi obat psikiatrik, psikoterapi, anjuran rawat inap, dan sebagainya. Dokter dalam kasus tersebut dijatuhi hukuman akibat memberikan

obat berbahaya tanpa pemeriksaan adekuat terlebih dahulu.¹²

Dalam konteks layanan konsultasi telemedis digunakan oleh pasien atau keluarganya untuk kepentingan menggali opini kedua/pembanding pada situasi pasien sedang dalam perawatan di suatu RS, maka dokter yang dihubungi melalui wahana telemedis tersebut harus mempertimbangkan bahwa modalitas informasi yang didapatkan dirinya sejatinya asimetris (tidak seimbang) dibandingkan keutuhan informasi yang didapatkan sejawat yang sedang merawatnya. Secara umum, dokter yang dihubungi melalui wahana telemedis pada konteks ini perlu mengarahkan pasien dan atau keluarganya untuk menanyakan hal-hal tersebut ke dokter atau tim dokter yang sedang merawatnya.

Dokter telemedis juga perlu mengingat bahwa mungkin saja pasien atau keluarga yang mengkonsultkannya merahasiakan bahwa ia sebenarnya dalam perawatan (seperti kasus di atas) dengan maksud membandingkan opini sang dokter telemedis dengan dokter yang merawat. Oleh karena itu, dokter telemedis perlu sangat berhati-hati dan mengingat asimetrisme informasi yang dimilikinya, serta menjauhkan diri dari perkataan dan pendapat yang mendiskreditkan sejawatnya.

Dalam konteks dokter telemedis menangkap bahwa kondisi klinis pasien yang dikonsultkan kepadanya mengarah ke penyakit yang memerlukan pertolongan gawat darurat, maka penyelamatan nyawa/kecacatan pada konteks kegawatdaruratan perlu diutamakan bahkan diunggulkan secara prioritas dibandingkan aturan-aturan yang ada. Dokter dapat memanfaatkan wahana telemedis ini sebaik-baiknya untuk memberi saran terbaik mengenai pertolongan pertama kegawatdaruratan sambil menganjurkan agar pasien segera dibawa ke RS terdekat.

Perbedaan Harapan Dokter-Pasien

Layanan-layanan telemedis yang bereputasi baik dibuat dengan sistem yang didesain dengan memperhatikan keterbatasan seperti yang dimaksud di atas. Umumnya pelayanan

ini memberikan saran medis semata dan tidak bertujuan menggantikan interaksi dokter-pasien yang sesungguhnya. Hal ini kiranya perlu jelas ditekankan dalam tiap pemberian saran, dan tidak semata tertimbun di balik persetujuan pengguna yang terdiri atas puluhan paragraf.

Sayangnya, kadang ada yang kurang memahami tujuan mulia dari layanan-layanan demikian. Misalnya dokter yang menganggap bahwa layanan telemedis merupakan ruang praktik pribadinya, memberikan saran tatalaksana seolah telah memeriksa sendiri pasien tersebut, misalnya menganjurkan konsumsi antibiotik atau obat-obatan berisiko tinggi. Padahal informasi yang dimilikinya sangat terbatas. Hal ini harus selalu diingat dan dicegah oleh pihak penyelenggara melalui edukasi rutin kepada dokter-dokter stafnya.

Dokter yang berkiprah dalam dunia telemedis harus sangat berhati-hati dalam memberikan saran medisnya sebagaimana dalam praktik dunia nyata. Jangan sampai saran ini bersifat keliru (hoax), mengiklankan produk tertentu, atau bahkan mengiklankan dirinya sendiri secara berlebihan.¹³ Dokter tersebut juga harus memperhatikan kemungkinan bahwa sarannya tersebut digunakan pembaca untuk mendiagnosis dirinya sendiri, atau bahkan dijadikan “senjata” bagi pasien tertentu untuk menyerang sejawat lainnya seperti halnya dalam *cybermedicine*.³

Konfidensialitas dan Kerahasiaan Informasi

Dokter bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan medis yang maksimal bagi pasiennya, dan untuk itu ia berhak dan bertanggung jawab memperoleh semua informasi yang menunjang tanggung jawabnya itu. Pelayanan kedokteran tidak akan maksimal bila ada informasi berkaitan yang tidak ditanyakan dokter, atau sebaliknya dirahasiakan oleh sang pasien. KODEKI pasal 16 menjelaskan bahwa, “Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.”⁶ Dalam *setting* dokter tatap muka dengan pasien, hanya ada 4 pihak yang mungkin mengetahui informasi yang mungkin bersifat sangat rahasia

itu: dokter, perawat dan staf medis, pasien sendiri, dan pendamping pasien (yang disetujui pasien untuk ikut mendengarkan). Selain itu, informasi tersebut juga mungkin tertulis dalam rekam medis. Namun dalam *setting* telemedis, ada beberapa pihak lain yang dapat mengetahui informasi tersebut tanpa sepengetahuan dokter dan pasien, misalnya penyedia layanan internet, penyedia layanan *server* perantara, staf lain dari layanan telemedis (termasuk dokter dan teknisi), para peretas (*hacker*), dan bahkan orang-orang lain yang memiliki akses ke instrumen (misalnya komputer, laptop, atau ponsel) yang digunakan pasien untuk layanan telemedis.

Tiap penyedia layanan internet dan penyedia layanan *server* umumnya berjanji akan menjaga kerahasiaan dan tidak akan menyadap data yang digunakan kliennya. Apalagi, mengingat data yang mereka layani berukuran sangat besar, mungkin mencapai jutaan *gigabyte* per detik, agaknya mustahil mereka mampu menyadap data yang spesifik pasien secara kebetulan, belum lagi penjagaan melalui metode enkripsi yang digunakan penyelenggara layanan telemedis. Selain itu, hal ini mudah dicegah dengan menggunakan penyedia layanan internet dan penyedia layanan *server* yang telah dikenal memiliki reputasi yang baik; mereka akan berusaha sepenuhnya untuk menjaga kerahasiaan ini karena pelanggaran dapat berakibat tuntutan hukum dan hilangnya kepercayaan publik.

Demikian pula tiap layanan telemedis umumnya memiliki protokol dan persetujuan konfidensialitas yang menjanjikan keamanan dan kerahasiaan data khususnya dari penyalahgunaan internal. Beberapa layanan telemedis mempublikasikan jawaban atas pertanyaan kesehatan umum di situsnya; tentunya mereka harus sangat berhati-hati memilah mana jawaban yang boleh dipublikasikan dan mana yang tidak, serta harus selalu menyembunyikan identitas pasien termasuk inisial namanya (identitas minimal seperti jenis kelamin dan usia masih diperbolehkan). Masalah lain yang mungkin muncul dapat dicegah dengan hanya menggunakan situs-situs yang memiliki reputasi baik.

Namun, masalah peretas dan orang-orang

yang memiliki akses ke instrumen telemedis tanpa persetujuan (misalnya, teman atau kekasih yang mengetahui kata kunci pelayanan) adalah di luar kemampuan dan tanggung jawab pihak penyelenggara. Pasien harus selalu diingatkan bahwa datanya dapat bocor dari sisi klien. Hal-hal yang dapat dilakukan pasien untuk mencegah hal ini antara lain dengan pembaharuan sistem berkala, memasang program *antivirus* dan *firewall* yang terpercaya, merahasiakan kata kunci pelayanan, dan sebagainya.

Kemungkinan masalah konfidensialitas lain adalah seperti pada layanan telemedis antara dokter dan dokter, yakni orang asing yang mencuri dengar percakapan telepon telemedis atau kebetulan mencuri lihat dari belakang pasien saat berkonsultasi melalui fitur *chatting/forum*. Perbedaannya, staf dan dokter telemedis adalah tenaga berpengalaman yang telah diwanti-wanti mengenai konfidensialitas pasien, bahkan bagi dokter tercantum dalam KODEKI, sementara pasien adalah orang awam yang mungkin kurang memperhatikan hal ini. Selain itu, orang-orang yang tidak bertanggung jawab tersebut akan segera tahu siapa pasien yang dimaksud dalam konsultasi tersebut, yakni tentunya orang yang mereka curi lihat/dengar. Pasien harus selalu berusaha mencegah kemungkinan tersebut, misalnya dengan hanya berkonsultasi di tempat tertutup dan pribadi.

Risiko Layanan Telemedis

Layanan telemedis mengundang berbagai topik yang berpotensi menjadi masalah etik, yang relevan dengan pelaksanaannya di Indonesia antara lain masalah privasi dan konfidensialitas pasien, serta berubahnya interaksi tatap muka dokter-pasien.^{1,14-16}

Peretasan keamanan konfidensialitas data pasien termasuk data teks, audio, dan visual/video adalah salah satu risiko utama sistem telemedis. Hal ini sangat perlu untuk diperhatikan, lebih-lebih bila ada data-data sensitif pasien yang akan sangat merugikan jika terpublikasi, seperti riwayat penyakit menular seksual dan gangguan jiwa. Hendaknya keamanan data yang bersifat konfidensial ini dijaga semaksimal mungkin, misalnya dengan memastikan dokter yang dikonsulkan berada di

tempat yang dapat menjaga kerahasiaan (seperti dalam ruangan pribadi) bila menggunakan telepon, untuk mencegah orang yang mencuri dengar. Atau bila dilakukan dengan aplikasi *chatting* melalui ponsel pintar, hendaknya menggunakan aplikasi yang bereputasi baik dalam hal keconfidentialitas dan mencegah orang yang mencuri lihat.

Data di Amerika Serikat mencatat 1.138 kasus penerobosan data dalam tahun 2009-2017 yang melibatkan 164 juta pasien, dengan rincian 22,2 juta pasien merupakan akibat kasus pencurian perangkat, 20,3 juta pasien akibat akses ilegal, 133,8 juta pasien akibat peretasan, 5,7 juta pasien akibat data hilang, dan 700 ribu pasien akibat pembuangan data yang tidak tepat. Padahal, Amerika Serikat mempunyai *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) yang dicetuskan oleh Departemen Kesehatan dan Layanan Masyarakat Amerika Serikat untuk meregulasi keamanan data kesehatan rakyatnya.¹⁷

Sementara itu, layanan telemedis juga menyebabkan perubahan interaksi tatap muka klasik dokter dan pasien. Secara positif, interaksi ini berarti pasien dapat menjangkau dokternya dengan lebih mudah, cepat, murah, dan sering. Pasien dapat terus mengkonsultasikan keadaan kesehatannya dengan dokter. Secara negatif, keyakinan profesional dokter terhadap kondisi klinis pasien sangat terbatas seperti yang diuraikan di atas.

Perubahan interaksi ini juga menyebabkan ketidakjelasan bila muncul kasus malpraktik, karena layanan telemedis tidak didata oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) maupun pemerintah, demikian juga dokter-dokternya yang tidak memiliki SIP untuk pelayanan tersebut.

Peran Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dalam Layanan Telemedis

Pada dasarnya KODEKI dan peraturan-peraturan yang belaku dapat menjadi inspirasi untuk mengarahkan perkembangan layanan telemedis sebagai wahana penghubung antardokter maupun dokter dengan pasien. IDI dan MKEK hendaknya dapat mengarahkan

perkembangan layanan telemedis untuk dapat dirasakan manfaatnya secara luas, namun tanpa melupakan nilai-nilai luhur profesi kedokteran. Layanan telemedis hendaknya dikembangkan bukan untuk merusak, melainkan memperkuat nilai-nilai luhur etika kedokteran berdasarkan KODEKI dan Sumpah Dokter.

Dengan demikian, IDI dan MKEK perlu mulai memperhatikan layanan-layanan telemedis yang makin menjamur, karena sesungguhnya praktik-praktik ini memberikan saran medis layaknya praktik dokter biasa, dan hingga saat ini belum dikendalikan peraturan apapun; dokter telemedis tidak memerlukan SIP, dan layanannya pun tidak memerlukan izin. Argumen bahwa dokter telemedis tidak perlu regulasi karena tidak memberikan obat tidaklah sepenuhnya tepat, karena tata laksana non-medikamentosa, termasuk saran-saran medis yang diberikan, masih termasuk domain kedokteran. Bahkan sesungguhnya praktik kedokteran sudah dimulai sejak dilakukannya anamnesis, di mana pasien membuka informasi tentang dirinya dan kondisi medisnya kepada dokter.

IDI/MKEK bekerja sama dengan pemerintah perlu mendata dan mengaudit semua layanan semacam ini, baik dari segi protokol pelayanan maupun teknis internet, demi menjamin kualitas pelayanan kesehatan dan keconfidentialitas pasien. Kemudian IDI/MKEK dapat memberikan saran perbaikan untuk pelayanan yang terbukti kurang atau bahkan mengadvokasi penutupan layanan yang bandel. Dokter dan pelayanan telemedis perlu didaftarkan secara terpusat, misalnya dengan pemberian izin praktik telemedis khusus yang diatur dalam regulasi negara. MKEK juga perlu menerbitkan fatwa etik yang sesuai sebagai batasan etik umum bagi dokter-dokter yang menjalankan layanan telemedis. IDI dan MKEK hendaknya tegas kepada pelayanan-pelayanan telemedis yang ditemukan mulai menyimpang, dan memastikan agar interaksi jarak jauh ini tidak menggeser keluhuran interaksi dokter-pasien.

Peran Pemerintah Dalam Layanan Telemedis

Sistem telemedis sesungguhnya berpotensi

besar bagi pemerintah Republik Indonesia dalam menjangkau kesehatan rakyatnya yang berjumlah sangat besar. Misalnya adalah dengan penggunaan layanan telemedis oleh dokter keluarga atau Puskesmas untuk memonitor kesehatan masyarakat setempat dan memberikan edukasi kesehatan.

Sistem telemedis yang dikembangkan dengan baik akan mengatasi ketimpangan jumlah dokter di kota besar dan daerah terpencil, khususnya spesialis-spesialis tertentu. Layanan telemedis ini dapat berupa komunikasi telemedis dokter-dokter maupun dokter-pasien. Sayangnya hingga kini, layanan telemedis dokter-pasien yang berkembang di Indonesia adalah berupa layanan forum atau *chatting* dan berbasis forum atau aplikasi ponsel, sehingga menyulitkan masyarakat di daerah terpencil yang belum atau kurang terjangkau internet dan tidak memiliki ponsel pintar yang mampu mengoperasikan aplikasi-aplikasi tersebut. Akibatnya, layanan telemedis yang awalnya dimaksudkan untuk mengatasi batasan jarak dan geografis justru dibatasi lagi oleh jarak.

Alternatifnya adalah dengan membangun sistem telemedis berbasis pemerintah yang menggunakan media telepon, misalnya digabungkan dengan layanan darurat lainnya menyerupai 911 di negara maju, karena jaringan telepon lebih menjangkau daerah terpencil dibandingkan internet. Alternatif lainnya dapat dirundingkan dengan IDI sebagai organisasi profesi kedokteran setelah melihat dan menilai fasilitas dan infrastruktur lokal.

KESIMPULAN

Layanan telemedis memberikan kesempatan untuk menyelenggarakan praktik kedokteran yang terbebas dari batasan jarak, namun hendaknya tidak diarahkan untuk menggantikan interaksi tatap muka dokter-pasien. Layanan telemedis sebagai bagian dari kemajuan teknologi memang bersifat disruptif, oleh karena itu diperlukan regulasi untuk memastikan perkembangan layanan telemedis sesuai dengan tujuan dan nilai-nilai luhur etika kedokteran berdasarkan KODEKI dan Sumpah Dokter. Pemerintah, IDI, dan MKEK

diharapkan dapat mendukung dan mengawal perkembangan layanan telemedis ini ke arah yang baik dan saling bekerja sama dalam audit dan evaluasi layanan-layanan telemedis di Indonesia.

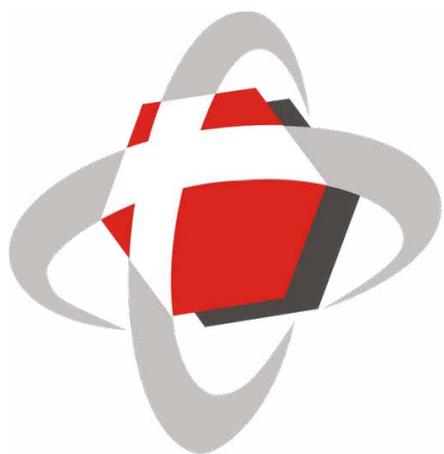
KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan; penulis tidak mempunyai konflik kepentingan terhadap bisnis telemedis yang ada di Indonesia.

REFERENSI

1. Institute of Medicine. Telemedicine: A guide to assessing telecommunications in healthcare. Field MJ, editor. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996. 288 p.
2. Eysenbach G, Sa ER, Diepgen TL. Shopping around the internet today and tomorrow: Towards the millennium of cybermedicine. *BMJ*. 1999 Nov 13;319(7220):1294-1294. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7220.1294>.
3. Santosa F, Purwadianto A, Sidipratomo P, Pratama P, Prawiroharjo P. Sikap etis dokter terhadap pasien yang “mendiagnosis” diri sendiri menggunakan informasi Internet pada era cyber medicine. *J Etik Ked Ind*. 2018 Jun 12;2(2):53. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i2.16>.
4. Choi PJ, Oskouian RJ, Tubbs RS. Telesurgery: Past, present, and future. *Cureus*. 2018 May 31; <https://doi.org/10.7759/cureus.2716>.
5. Xu S, Perez M, Yang K, Perrenot C, Felblinger J, Hubert J. Determination of the latency effects on surgical performance and the acceptable latency levels in telesurgery using the dV-Trainer® simulator. *Surg Endosc*. 2014 Sep 27;28(9):2569-76. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3504-z>.
6. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.

7. Prawiroharjo P, Mulyana RM, Sidipratomo P, Purwadianto A. Benarkah Dokter Spesialis yang Tugas Jaga Pasti Melakukan Pelanggaran Etik Jika Sekedar Menjawab Konsul per Telepon untuk Pertolongan Kegawatdaruratan? *J Etik Ked Ind.* 2018 Mar 19;2(1):31. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.13>.
8. Chandran K. Teleradiology paves way for remote medicine [Internet]. 2008 [disitasi 2019 Jan 12]. Diunduh dari: <https://www.reuters.com/article/us-teleradiology-india/teleradiology-paves-way-for-remote-medicine-idUSTRE49E01920081015>
9. Federal Communications Commission. 911 and E911 services [Internet]. 2018 [disitasi 2019 Jan 11]. Diunduh dari: <https://www.fcc.gov/general/9-1-1-and-e9-1-1-services>
10. National Suicide Prevention Lifeline [Internet]. 2005 [disitasi 2019 Jan 12]. Diunduh dari: <https://suicidepreventionlifeline.org/>
11. Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations.* 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990.
12. Kline JA. *Hageseth v. Superior Court*, 150 Cal. App. 4th 1399 (Cal. Ct. App. 2007), California Court of Appeal. California; 2007.
13. 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. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.4>.
14. Moghbeli F, Langarizadeh M, Ali A. Application of ethics for providing telemedicine services and information technology. *Med Arch.* 2017;71(5):351. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.351-355>.
15. Kaplan B, Litewka S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. *Cambridge Q Healthc Ethics.* 2008 Oct 26;17(04). <https://doi.org/10.1017/S0963180108080535>.
16. Stanberry B. Legal and ethical aspects of telemedicine. *J Telemed Telecare.* 2006 Jun 24;12(4):166-75. <https://doi.org/10.1258/135763306777488825>.
17. Jiang J (Xuefeng), Bai G. Evaluation of causes of protected health information breaches. *JAMA Intern Med.* 2018 Nov 19; <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5295>.



TELKOMSEL

Konflik Kepentingan dalam Profesi Dokter

Rianto Setiabudy^{1,2}, Julitasari Sundoro^{1,3}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Departemen Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

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

Kata Kunci

dokter, disclaimer, etika, kepentingan, konflik

Korespondensi

contact@ilmiah.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.28

Tanggal masuk: 15 Oktober 2018

Tanggal ditelaah: 12 Januari 2019

Tanggal diterima: 17 Januari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Sebagaimana halnya dengan pekerjaan profesional lainnya, dokter juga sering terpapar terhadap masalah konflik kepentingan (KK) dalam pekerjaannya sehari-hari. Ada banyak contoh pelanggaran etika oleh dokter yang timbul akibat masalah KK ini. Sebagian dilakukan dengan kesengajaan, sebagian lagi dilakukan tanpa sadar seolah-olah perilaku itu adalah sesuatu yang biasa dilakukan dan tidak ada yang salah dengan itu. Setidaknya ada dua pasal dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang memberi rambu etika terkait masalah KK ini. Untuk menghindari dampak negatif KK ini ada beberapa tindakan yang dapat dikerjakan, antara lain penghindaran yang menyeluruh, pengungkapan, pengambilan sikap netral, dan penggunaan bantuan pihak luar.

Abstract Like the other professionals, doctors are frequently exposed to the problem of conflict of interest (COI) in their daily job. There are ample of ethical violation examples done by the doctors related to this issue. Some of them are conducted intentionally, but some are not because these violations are so commonly done that it they are no longer recognized as ethical violations. In the Indonesian Ethical Codes (KODEKI) at least there are two articles giving guidelines related to the issues of COI. To avoid the negative impact of COI there are some preventive measures to be executed, which include total avoidance, disclosure, recusal, and seeking assistance of an independent body.

Konflik Kepentingan (*conflict of interest*) adalah masalah yang melekat dalam pekerjaan sehari-hari dalam kehidupan sehari para profesional, termasuk dokter. Masalah ini juga melekat pada pemegang kekuasaan misalnya anggota DPR, camat, lurah, polisi, badan pengawas pemilihan umum, dll. Khusus untuk bidang kesehatan, yang banyak menghadapi masalah Konflik Kepentingan (KK) ialah dokter yang memiliki kekuasaan untuk memutuskan kebijakan publik, *key opinion leaders*, direktur rumah sakit, kepala bagian pembelian, dsb.

Di negara-negara maju masalah KK selalu disoroti dengan teliti dan sedapat mungkin dijaui. Di Indonesia masalah ini masih kurang mendapat perhatian. Banyak dokter yang malah tidak merasakan adanya pelanggaran etika ketika mereka melakukan perbuatan tidak terpuji terkait masalah KK ini.

Pemahaman mengenai Konflik Kepentingan

KK adalah suatu keadaan di mana seorang profesional (atau pejabat) yang mempunyai **kewajiban primer** (*primary interest*)—yaitu bahwa ia harus menjalankan kewajibannya secara baik, adil, dan jujur—dalam kondisi tertentu melalaikan kewajibannya itu karena adanya pengaruh dari luar, yaitu adanya **kepentingan sekunder** (*secondary interest*).¹

Kepentingan sekunder biasanya berkaitan dengan adanya keuntungan pribadi. Profesi dokter pun tidak luput dari masalah semacam ini, apalagi bila dokter yang bersangkutan dipercaya memegang jabatan yang penting, misalnya direktur rumah sakit, anggota tim untuk pembelian obat rumah sakit, renovasi rumah sakit, pengadaan alat laboratorium, pembelian alat radioterapi, dll. Profesionalisme bertumpu pada dua pilar yaitu *judgment* dan integritas. Kedua pilar ini dapat dirusak oleh KK, bias, dan ketidakjujuran.²

Dampak Negatif dari Konflik Kepentingan

Adanya KK sebenarnya belum berarti telah terjadi suatu pelanggaran atau tindak pidana, namun KK itu terletak amat dekat dengan perbuatan tidak terpuji sehingga dewasa ini di negara-negara maju KK dianggap sebagai masalah serius yang harus dihindari. Dua tahun yang lalu seorang dokter (yang juga dosen) yang bekerja di suatu Fakultas Kedokteran negeri ternama di Jakarta ditugaskan institusinya mengurus program pendidikan mahasiswa di suatu fakultas kedokteran di Papua. Semuanya ini adalah dalam rangka program pengampunan. Ketika menjalankan tugasnya di Papua itu, dosen itu saling jatuh cinta dengan salah satu mahasiswinya. Untuk mengambil hati, dosen itu membocorkan soal-soal ujian kepada pacarnya itu. Perbuatan yang tidak terpuji ini kemudian terungkap dan berakhir dengan pencopotan tugas dosen yang bersangkutan karena ia telah gagal menjalankan tugas profesionalnya sebagai dosen. Contoh ini terjadi akibat adanya konflik kepentingan.

Contoh lain menyangkut promosi suatu obat golongan bifosfonat untuk mengatasi osteoporosis di suatu RS besar di wilayah Tangerang. Dalam promosi itu dijanjikan bahwa setiap dokter yang meresepkan suatu obat golongan bifosfonat sampai mencapai target tertentu akan dapat ikut wisata gratis ke Thailand. Dampaknya luar biasa karena pemberian resep produk bifosfonat tersebut lalu melonjak hebat dalam waktu dua bulan, padahal kasus osteoporosis tidak bertambah. Persediaan obat itu di apotek RS habis dalam waktu hanya beberapa hari sehingga harus segera dipesan lagi. Namun ketika wisata sudah selesai, banyak obat itu mengendap di apotek menjadi *dead stock* karena tidak ada lagi dokter yang meresepkannya. Fenomena ini jelas menunjukkan bahwa lonjakan frekuensi pemberian resep yang terjadi selama 2 bulan itu terjadi sebagai akibat KK.

Beberapa Contoh KK pada Profesi Dokter

1. Berbagai perhimpunan profesi sering harus menyusun konsensus atau *guideline*, atau *clinical pathway* mengenai penatalaksanaan penyakit tertentu. Agar tidak terganggu

oleh tugas sehari-hari, kegiatan ini biasanya diselenggarakan di luar kota. Seluruh anggota perhimpunan ini akan masuk ke dalam KK bila mereka mendapat bantuan tiket pesawat, biaya hotel, makan, wisata, souvenir, dll. Sponsor biasanya berminat memberi dana untuk kegiatan seperti ini karena mereka berharap agar obatnya masuk dalam tatalaksana penyakit terkait. Praktik ini akan menjadi yang lebih buruk lagi ialah ketika dokter mau menggunakan *draft guideline* yang disusun oleh industri farmasi yang mensponsori pertemuan itu

2. Seorang dokter berkewajiban untuk memilih obat yang efektif, aman, bermutu, dan terjangkau untuk kepentingan pasiennya (*primary interest*). Namun karena menerima hadiah dari industri farmasi, pilihan obat untuk pasiennya akhirnya didasarkan kepada pabrik farmasi yang paling banyak memberi hadiah atau komisi. Praktik yang lebih buruk lagi terjadi bila bukan pabrik farmasi yang menawarkan hadiah, tapi dokternya yang menekan industri farmasi agar memberi hadiah.

Yang juga sangat meresahkan dari segi etika kedokteran ialah ketika seorang dokter ikut dalam kegiatan *multi-level marketing* (MLM) dalam praktiknya, maka ia akan memengaruhi pasien menggunakan produk suplemen makanan dll. yang harganya mahal namun khasiat dan keamanannya tidak jelas demi mendapatkan bonus lebih banyak. Bila dokter tersebut ikut MLM untuk dirinya sendiri tentu tidak ada masalah etika, namun ketika ia mengikutsertakan pasiennya, maka ia melakukan perbuatan tidak terpuji akibat terjadinya KK.

3. Dokter yang bekerja di institusi pendidikan sering kali diminta menyajikan ceramah ilmiah mengenai pengobatan penyakit tertentu. Sebagai seorang ilmuwan ia mempunyai kewajiban primer untuk berbicara secara objektif. Namun ketika ia sudah menerima *speaker fee* dalam jumlah besar, atau berbagai macam hadiah lainnya dari sponsor, maka materi yang disajikan dalam presentasinya menjadi berat sebelah. Ia terlalu banyak memuji produk yang dibuat

oleh sponsor, mengecilkan efek samping, atau sengaja menghapus bagian tertentu yang bisa mengurangi merugikan penjualan produk sponsornya. Praktik yang lebih buruk lagi ialah bila *slides* presentasinya pun dibuatkan oleh sponsor. Nama dagang yang seharusnya tidak boleh muncul dalam suatu presentasi ilmiah ternyata muncul berkali-kali.

4. Dokter sangat dipercaya oleh masyarakat. Kata-katanya dianggap sebagai kebenaran yang tidak perlu disangsikan lagi. Karena itu seorang dokter yang ikut kegiatan promosi akibat dibayar oleh sponsor menimbulkan keprihatinan yang mendalam. Dewasa ini kita masih bisa melihat dokter yang ikut dalam siaran di radio maupun televisi yang mempromosikan kalung kesehatan, sabun mandi, air mineral, suplemen makanan, dan lain-lain. Keprihatinan ini makin mendalam ketika ia muncul dengan jas dokter, stetoskop, dll. Terkadang ia tidak menggunakan atribut dokter namun dalam percakapan ia dipanggil dengan sebutan "dokter".
5. Di dalam organisasi IDI, ada beberapa dokter yang menyandang gelar sarjana hukum. Banyak di antara mereka sangat dihormati oleh para dokter karena mau mendedikasikan pengetahuan mereka untuk menolong teman sejawat yang sedang terjerat kasus hukum. Namun di wilayah DKI pernah terjadi kasus di mana beberapa dokter dituduh polisi melakukan perbuatan melawan hukum, kemudian seorang dokter tertentu yang bergelar sarjana hukum tidak membantu sebagaimana layaknya yang diharapkan dari seorang petugas IDI. Ia malah menggiring para dokter yang sedang ketakutan itu ke kantor *law firm* yang ternyata adalah miliknya sendiri. Di sana dokter-dokter itu ditakut-takutinya dan dijanjikan akan dibela di pengadilan bila mau membayar biaya ratusan juta rupiah.
6. Dalam suatu sesi ilmiah di Mukhtar IDI ke-30 yang berlangsung di Samarinda bulan Oktober 2018, ada seorang dokter yang memberi ceramah mengenai suatu penyedap makanan. Dalam ceramah itu ia tidak

melakukan *disclosure* mengenai ada tidaknya masalah KK. Selain itu materi ceramah itu dirasakan kurang objektif karena seluruh materi presentasinya hanya mengutarakan segi positif dari penyedap masakan tersebut. Tidak ada disinggung mengenai dampak negatif potensial yang mungkin timbul. Seyogyanya dari seorang dokter diharapkan lahir informasi yang objektif, informatif, dan mampu menambah pengetahuan bagi pendengarnya. Penceramah harus dapat memberikan informasi secara berimbang.

Namun, ini hanyalah contoh kecil dari demikian banyaknya informasi bias yang muncul demikian banyak di berbagai acara ilmiah yang disponsori industri farmasi. Sering sekali terjadi semua *slides* yang disampaikan oleh penceramah dibuatkan oleh sponsor. Penceramah asing yang didatangkan sponsor dari luar negeri pun juga sering kali tidak berbicara objektif. Mereka biasanya tidak menyampaikan data dan fakta yang bisa mengurangi potensi penjualan produk terkait. Sering juga mereka tidak menyampaikan masalah *disclosure* mengenai KK. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Cherla et al,³ dilaporkan bahwa dalam laporan penelitian yang punya masalah KK, peneliti sering melaporkan hasil yang menguntungkan produk sponsor.

7. Amat sering terjadi ketika suatu RS akan merayakan ulang tahun, direktornya (biasanya seorang dokter) mencari dana dengan menghubungi berapa industri farmasi. Pabrik yang mau menyumbang untuk acara ulang tahun itu diberi balas jasa oleh direktur dengan memasukkan produk obat-obat sponsor ke dalam daftar formularium RS yang bersangkutan. Walaupun tidak untuk kepentingan pribadinya, praktik seperti ini amat tidak etis karena mencari uang dengan masuk ke masalah KK. Sangat disayangkan bahwa praktik ini dilakukan secara rutin tiap tahun. Direktornya pun tidak merasakan ada sesuatu yang salah dalam tindakan itu. Padahal dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 14 Tahun 2014 telah disebutkan bahwa pemberian uang, barang,

rabat, komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya yang berhubungan dengan jabatan atau kewenangan tidak dibenarkan karena sudah termasuk tindak gratifikasi.⁴⁵

Apa yang Digariskan oleh KODEKI?⁶

- Pasal 2:
“Seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi tertinggi”. Pasal ini menjelaskan bahwa standar profesi tertinggi harus diterapkan dalam pelayanan bagi pasien dan ini tidak boleh di-downgrade akibat dokter yang bersangkutan mau menerima hadiah yang tidak wajar.
- Pasal 3:
“Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi”. Senada dengan Pasal 2 tersebut di atas, pasal ini dengan jelas menjelaskan bahwa profesionalisme seorang dokter tidak boleh dicerai oleh faktor eksternal yang memberi keuntungan material bagi dokter yang bersangkutan atau kerabatnya.

Bagaimana Mengurangi Dampak Negatif Konflik Kepentingan?⁷

1. Removal (penghindaran total)

Mekanisme ini adalah yang terbaik dan tersering digunakan orang yang menghadapi masalah KK. Misalnya, seorang dokter anggota MKEK di IDI yang diikutsertakan menangani kasus dugaan pelanggaran etika yang dilakukan oleh seorang dokter yang kebetulan adalah adiknya sendiri. Maka dalam kasus ini amat terpuji bila ia menolak ikut dalam divisi kemahkamahannya untuk kasus tersebut. Dalam hal ini tentu ia harus menjelaskan alasan penolakannya itu.

Contoh lain ialah bila ada seorang dokter yang menjadi dosen dan pada suatu saat ia diminta menjadi anggota tim penyusun soal ujian. Anakanya kebetulan adalah mahasiswa yang akan ikut menempuh ujian tersebut.

Maka dalam hal ini ia wajib menolak tugas itu dengan menjelaskan alasannya.

2. Disclosure (pengungkapan)

Mekanisme ini digunakan bila mekanisme pertama di atas tidak dapat diterapkan. Misalnya, seorang dokter diminta memberi ceramah dalam suatu acara ilmiah mengenai suatu masalah medis yang menjadi bidang keahliannya. Acara ilmiah itu disponsori oleh suatu pabrik farmasi yang pernah mensponsori penceramah itu menghadiri suatu acara ilmiah di luar negeri. Dalam kasus ini ia tentu tidak perlu menggunakan mekanisme *removal*. Cukup bila ia menggunakan mekanisme *disclosure* dengan menjelaskan dalam *slide* presentasinya, detail bantuan apa saja yang pernah diterimanya dari pabrik obat terkait. Bila paparannya objektif, penghargaan orang terhadapnya tidak akan berkurang sedikitpun.

3. Recusal (abstain)

Ada kondisi tertentu di mana seseorang tidak bisa menarik diri dari kewajiban yang sudah melekat padanya (biasanya dalam kaitan tugas struktural). Maka ia ketika menghadapi masalah KK, ia bisa menggunakan mekanisme abstain ini. Sebagai contoh seorang dokter ditunjuk menjadi penanggung jawab renovasi rumah sakit. Dari lima perusahaan yang ikut tender, salah satunya ialah perusahaan yang dimiliki keluarganya. Maka dalam hal ini ia bisa tetap menjadi ketua tim tersebut tapi sama sekali tidak ikut memutuskan perusahaan mana yang dipilih sebagai pemenang tender. Tugas ini diserahkan kepada anggota lain dalam tim yang tidak punya KK.

4. Penggunaan pihak ketiga

Ketika seorang dokter harus membuat keputusan yang di mana terdapat kemungkinan besar dapat terjadi KK yang melibatkan bukan lagi individu, tapi tim secara keseluruhan maka sebaiknya digunakan pihak ketiga. Sebagai contoh, di suatu rumah sakit dibentuk tim menyusun formularium. Untuk ini dibentuk suatu tim. Ketika harus menentukan pilihan untuk obat anti diabetes, mereka melihat

ada empat pilihan obat gliptin (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin). Para klinisi yang membutuhkan obat golongan ini ternyata berbeda pendapat mengenai obat mana yang harus dipilih. Tim penyusun formularium sendiri tidak yakin mana yang sebaiknya dipilih karena keterbatasan pengetahuan mereka. Maka dalam hal ini sebaiknya diminta pendapat pihak ketiga yang tidak punya KK dan mempunyai pengetahuan yang memadai untuk itu, misalnya bantuan tim yang memahami farmakologi klinik untuk membuat pilihan yang tepat dan bersih dari masalah KK.

Menurut Sloans,⁸ semuanya ini akhirnya ditentukan oleh pribadi seorang dokter: apakah ia mementingkan integritas dan kemuliaan profesinya atau ia lebih mengejar gratifikasi yang menguntungkan pribadinya. Hati nuraninya yang akan menentukan.

KESIMPULAN

Baik dari segi struktural maupun profesional, dokter sering kali menghadapi masalah KK. Di Indonesia masalah ini sering dianggap tidak penting, bahkan sering menyeret dokter melakukan perbuatan tidak terpuji. Yang lebih memprihatinkan lagi, banyak dokter yang memegang posisi pimpinan dalam institusinya, melakukan pelanggaran etika terkait KK tanpa menyadari bahwa perbuatan itu tercela. Dampak negatif akibat KK ini akhirnya harus dipikul oleh pasien dan masyarakat. Mereka sering harus membeli obat yang lebih mahal namun mutunya buruk, atau formularium rumah sakit mengikutsertakan obat-obat yang tidak bermanfaat.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak mempunyai konflik kepentingan dalam menulis artikel ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis memberikan ucapan terima kasih kepada Fadlika Harinda yang telah membantu penulis dalam merealisasikan tulisan ini.

REFERENSI

1. Lichter AS. Conflict of interest and the integrity of the medical profession. *JAMA*. 2017;317(17):1725-6.
2. Stead WW. The complex and multifaceted aspects of conflicts of interest. *JAMA* 2017;317:1765-7.
3. Cherla DV, Viso CP, Holihan JL, Bernardi K, Moses ML, Mueck KM *et al*. The effect of financial conflict of interest, disclosure status, and relevance on medical research from the US. *J Gen Intern Med*. 2019 Jan 2 (in press)
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan. 2014.
5. Santosa F, Permana MY, Baharuddin M. Sponsorship pendidikan kedokteran: batasan yang sering terabaikan. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*. 2018;2(1):13-7. doi: 10.26880/jeki.v2i1.10.
6. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia; 2012.
7. Australian Medical Association Guidelines for Doctors on Managing Conflicts of Interest in Medicine 2018
8. Sloans ST. Inducement of pharmaceutical companies: the elephant in the room. *Indian Paediatrics* 2018:649-51.



ilmiah

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

Sikap Etik Dokter Terhadap Pelayanan Kesehatan Tradisional

Agus Purwadianto^{1,2}, Soetedjo^{1,3}, R. Sjamsuhidajat¹

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

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

³Departemen Neurologi, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi, Surakarta, Jawa Tengah

Kata Kunci

etika, herbal, jamu, kedokteran, tradisional

Korespondensi

contact@ilmiah.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.29

Tanggal masuk: 20 Oktober 2018

Tanggal ditelaah: 12 Januari 2019

Tanggal diterima: 18 Januari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Pelayanan kesehatan tradisional adalah salah satu ciri budaya dan kearifan lokal Indonesia. Pada saat ini, sebanyak 69.6% orang Indonesia menggunakan pelayanan kesehatan tradisional, baik berupa ramuan maupun keterampilan. Dalam sistem kesehatan di Indonesia, pelayanan kesehatan tradisional sudah diakui dengan disahkannya undang-undang/peraturan dan pohon keilmuan Sistem Kesehatan Tradisional Indonesia (SISKESTRAINDO). Tenaga medis dan tenaga kesehatan tradisional sudah selayaknya bekerja secara sinergis dalam pelayanan kesehatan, sehingga dibutuhkan panduan mengenai sikap etik sebagai seorang tenaga medis. Pelayanan kesehatan tradisional yang murah, mudah, dan mujarab harus didukung karena memiliki manfaat besar bagi masyarakat. Di sisi lain, pelayanan kesehatan tradisional yang tidak memenuhi syarat-syarat tersebut, terlebih memberikan dampak buruk pada pasien, harus ditolak dengan tegas metode, klaim, dan prakteknya.

Abstract Traditional medicine is one of Indonesian's biocultural diversity. Currently, 69.6% of households in Indonesia use traditional medicine, either in the form of herbal medicine or manual techniques. Indonesia has formally accepted traditional medicine by integrating it in law and creating tree of knowledge of traditional health system (SISKESTRAINDO). Both conventional and traditional medical society should be working in synergy, therefore we need an ethical guideline about how the conventional medical society should respond toward the traditional medical society. Inexpensive, accessible, and effective traditional medicine should be supported because of its huge benefit toward the society. On the contrary, those which are expensive, inaccessible, and ineffective should be rejected because of the risks posed to the society.

Di dunia, selain pelayanan kesehatan konvensional juga dikenal pelayanan kesehatan tradisional. *World Health Organization* (WHO) sendiri mengakui pelayanan kesehatan tradisional dan mendukung melalui strategi 2014-2023 yang memiliki target untuk meningkatkan integrasi pelayanan kesehatan tradisional terhadap kebijakan nasional; meningkatkan keamanan, efikasi, dan kualitas dari pelayanan kesehatan tradisional; meningkatkan akses baik secara ketersediaan maupun harga dari pelayanan; serta meningkatkan penggunaan rasional pengobatan tradisional dalam usaha meningkatkan kualitas kesehatan secara

umum.¹ Dalam Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia, pelayanan kesehatan konvensional sudah diakui dan mendominasi karena dijalankan oleh dokter, perawat, bidan, dan tenaga medis profesional lainnya. Sebuah tantangan saat ini adalah pelayanan kesehatan tradisional yang semakin kuat dengan diakuinya tenaga kesehatan tradisional sebagai salah satu tenaga kesehatan sesuai dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan tergabung dalam Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) bersama tenaga kesehatan lain di luar dokter dan dokter gigi.² Selain itu juga telah dipopulerkan

saintifikasi jamu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2010³ dan disahkannya pohon keilmuan Sistem Kesehatan Tradisional Indonesia (SISKESTRAINDO),⁴ serta ditunjuknya beberapa rumah sakit untuk melakukan pelayanan kesehatan tradisional. Pemerintah juga telah menugaskan direktorat pelayanan kesehatan tradisional di Kementerian Kesehatan untuk mengembangkan dan menata pelayanan kesehatan sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional. Pelayanan kesehatan tradisional meliputi pelayanan jenis keterampilan, ramuan, dan kombinasinya. Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014,⁵ pemerintah berupaya pula untuk melindungi pelayanan kesehatan tradisional yang terbukti secara ilmiah menyehatkan masyarakat dan secara bertahap disinergikan dengan budaya dan kearifan lokal yang berguna.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, pengguna pelayanan kesehatan tradisional dalam rumah tangga di Indonesia mencapai 69.6% dengan 77.8% menggunakan keterampilan tanpa alat dan 49% menggunakan ramuan.⁶ RISKESDAS 2018 menunjukkan 98.5% pelayanan kesehatan dilakukan oleh penyehat tradisional, sedangkan 2.7% dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional.⁷

Peran Pelayanan Kesehatan Tradisional

Peran pelayanan kesehatan tradisional ditujukan kepada klien/pasien sebagai manusia yang terdiri dari dua sisi, yakni sisi sehat dan sisi sakit. Hal ini sejalan dengan pengertian manusia sebagai makhluk biopsikospiritososioikultural (BPSSK). Seperti namanya, sisi sehat (klien) adalah keadaan tubuh terbaik yang mungkin dicapai secara jasmani, kejiwaan dan sosial sesuai dengan pengertian WHO akan sehat.⁸ Sisi sakit (pasien) adalah saat seseorang memiliki sebuah sakit/penyakit tertentu yang menimbulkan penderitaan akibat penurunan produktifitas, kecacatan, atau bahkan kematian. Pelayanan sisi sehat dan sisi sakit perlu dilakukan bersama-sama untuk mencapai definisi sehat menurut WHO, dan terdiri atas pendekatan biomedik dan biokultural. Pelayanan kesehatan tradisional lebih menekankan pendekatan

biokultural sesuai dan memandang manusia sebagai BPSSK dibandingkan dengan pengobatan konvensional.⁵ Relevansi saling memengaruhi pendekatan biomedik dan biokultural akan semakin dijumpai pada penanggulangan penyakit tidak menular yang hanya akan terkontrol secara efektif dan efisien melalui perubahan perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini untuk menanggulangi penyakit tidak menular yang menurut RISKESDAS akan semakin banyak dijumpai karena bersumber dari perilaku manusia.

Di beberapa negara seperti Cina dan India, pelayanan kesehatan tradisional telah didampingkan dengan pelayanan kesehatan konvensional dan sama-sama diakui keberadaannya serta dapat menjadi pilihan dari masyarakat.¹ Dalam pelayanan kesehatan tradisional integrasi, untuk menjaga sisi sehat klien, dokter dan tenaga kesehatan tradisional sebaiknya bekerja sama sesuai dengan keilmuannya masing-masing. Apabila suatu saat seorang klien menjadi sakit, maka demi keselamatan pasien, orientasi sisi sakit lebih diprioritaskan dan seharusnya ditangani oleh dokter. Dalam keadaan pasien masih sehat atau memiliki penyakit yang terkontrol dan tidak dalam keadaan gawat darurat, maka dokter dan tenaga kesehatan tradisional dapat bekerja sama di fasilitas pelayanan kesehatan.

Secara sederhana, kontinum pelayanan kesehatan tradisional empirik, komplementer, integrasi dan pelayanan kesehatan konvensional dapat ditunjukkan seperti **gambar 1**.



Gambar 1. Diagram pembagian peran pada kedua sisi.

Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional

Tenaga kesehatan tradisional dapat dibagi menjadi 3 jenis, yakni tenaga kesehatan tradisional empiris, komplementer, dan

integrasi. Tenaga kesehatan tradisional empiris didefinisikan sebagai tenaga kesehatan tradisional yang ilmunya terbukti secara empiris, meliputi keterampilan dan/atau ramuan. Tenaga kesehatan tradisional empiris disebut sebagai penyehat tradisional. Tenaga kesehatan tradisional komplementer adalah tenaga kesehatan tradisional yang menggunakan ilmu biokultural dan biomedis, serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah. Tenaga kesehatan tradisional komplementer dapat menggunakan moda teknik manual, terapi energi, terapi olah pikir, atau ramuan dari tanaman, hewan, mineral, maupun sarian khas Indonesia dengan tujuan meningkatkan indeks kebugaran. Tenaga kesehatan tradisional komplementer merupakan tenaga kesehatan yang memperoleh ilmu dan keterampilannya melalui pendidikan tinggi di bidang kesehatan paling rendah Diploma 3 yang saat ini sudah diakui kewenangan praktiknya melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.⁹ Pelayanan kesehatan tradisional integrasi adalah kombinasi dari tenaga kesehatan selaku penanggung jawab dengan tenaga kesehatan komplementer. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁵ Pemerintah saat ini berupaya untuk membuka pendidikan tinggi kesehatan tradisional Indonesia berbasis akademik profesional setingkat Sarjana 1 dan kelak lebih tinggi.

Kesamaan Konsep Filosofis

Perkembangan ilmu kedokteran di Indonesia saat ini dapat ditilik berdasarkan Undang-undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran¹⁰ yang membagi ilmu kedokteran ke dalam empat pilar yaitu biomedik, klinis, kesehatan masyarakat, dan bioetika humaniora kesehatan. Kesamaan ilmu kedokteran konvensional dengan kesehatan tradisional akan mencakup keempat pilar tersebut, namun titik persamaannya lebih banyak di bioetika dan humaniora kesehatan. Secara ontologis paradigma konvensional mendefinisikan keadaan patologis sebagai

sesuatu yang objektif (ditentukan oleh pemberi pelayanan terpisah dari persepsi pasien). Perkembangan mutakhirnya mengarah ke *4P medicine* (*personalized, preventive, predictive, dan participatory*) yang ingin menjelaskan bahwa patologis objektif akan berinteraksi dengan subjektifitas pasien. Ini sejalan dengan konsep manusia sebagai BPSSK yang dianut oleh pelayanan kesehatan tradisional. Secara epistemologis cara pembuktian ilmiah konvensional menggunakan epidemiologi, uji klinik, dan luaran klinis yang bertumpu pada ukuran objektif, yang akan dilengkapi dengan pembuktian secara kuantitatif dan kualitatif berupa studi kasus, studi observasi klinis, penggunaan luaran klinis yang bersifat objektif. Dengan 4P, subjektivitas (*patient reported outcome*) dan kualitas hidup pasien akan menjadi penilaian bersama. Secara aksiologis, cara memakai ilmu kedokteran konvensional mengedepankan modalitas intervensi sebagai piranti penyembuhan yang lebih banyak berguna untuk penyakit akut dan gawat darurat. Sedangkan, pendekatan tradisional lebih mengedepankan interaksi utuh penuh kepercayaan (*dyadic*) antara penyembuh dan pasien dengan penguatan sisi sehatnya agar terjadi keseimbangan dan bahkan mengatasi sisi sakit pasien.⁴

Pelayanan kedokteran dengan konsep *evidence-based medicine* pada dasarnya lebih mengutamakan produk/standar yang diakui melalui hasil-hasil penelitian, sehingga seringkali terjadi produk/standar mengonstruksi pemberi layanan dan pasien sekaligus. Sedangkan, pada pelayanan kesehatan tradisional produk didesain berdasarkan kebutuhan bersama antara penyehat/tenaga kesehatan tradisional dengan klien sesuai kepentingan terbaik klien.⁴

Sikap Dokter Terhadap Pelayanan Kesehatan Tradisional

Dokter seharusnya memiliki pikiran positif dalam bekerja bersama dengan para tenaga kesehatan tradisional untuk mempertahankan sisi sehat seorang klien. Upaya ini sebenarnya selaras dengan tujuan preventif dan promotif seorang dokter dalam masyarakat. Selain itu, dokter seharusnya memahami bahwa pelayanan

kesehatan tradisional adalah wujud salah satu ciri budaya dan kearifan lokal masyarakat yang harus dilestarikan, apalagi negara kita terkenal dengan biodiversitasnya, dan sekaligus dikembangkan. Selayaknya dokter berlaku bijak dan adil dalam menyikapi pendekatan biokultural untuk pelayanan penyakit-penyakit yang bersifat *emik* (didalilkan oleh komunitas setempat), apalagi bila secara konvensional tidak terdefiniskan dengan baik, contohnya adalah masuk angin atau panas dalam. Pelayanan kesehatan tradisional juga dapat menjadi salah satu sumber pendapatan masyarakatnya, berupa penggunaan dan pengolahan bahan jamu dan obat tradisional dari dalam negeri. Secara makro, bahan bakunya semestinya dari bahan alam dapat diolah menjadi produk berkhasiat skala rumah tangga atau skala industri sehingga akan menambah devisa negara. Pelayanan spa medik yang dilakukan dalam rangka pariwisata berpotensi menarik lapangan kerja sekaligus pemberi jasa tipe keterampilan bersama tipe ramuan. Di sisi lain, secara budaya masih terdapat fakta bahwa masyarakat penggemar jamu menjadi korban dan belum sepenuhnya terlindung dari pelayanan dan/atau penggunaan produk kesehatan tradisional, apalagi bila dicampur dengan bahan kimia obat.

Dalam menyikapi bercampurnya pelayanan konvensional dan pelayanan kesehatan tradisional, seorang dokter seharusnya memiliki beberapa pertimbangan yang dapat dijadikan patokan untuk menentukan etis tidaknya suatu pelayanan kesehatan tradisional:

1. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan klaim kuratif terhadap penyakit-penyakit yang telah memiliki pengobatan baku emas dan terbukti secara nasional maupun internasional, termasuk dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan (PNPK) atau Panduan Praktik Klinis (PPK), serta sudah diakui dan dibiayai oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Contoh dari kasus ini antara lain lupus eritromatosus sistemik dan infeksi *human immunodeficiency virus*. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional

tersebut.

2. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan klaim kuratif terhadap penyakit-penyakit akut, bersifat gawat darurat, atau mengancam nyawa yang sebenarnya dapat diintervensi dengan sempurna secara medis, serta memiliki periode emas dalam pengobatannya, maka seorang dokter harus menentang dengan tegas atas dasar kepentingan pasien demi keselamatannya. Contoh dari kasus ini antara lain serangan jantung dan stroke. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional tersebut.
3. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan diagnosis menggunakan alat diagnostik konvensional di luar kompetensinya. Contoh dari kasus ini antara lain seorang tenaga kesehatan tradisional memesan dan menginterpretasi sendiri hasil *Computed Tomography* (CT) scan atau *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional tersebut.
4. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan terapi menggunakan metode terapi konvensional di luar kompetensinya. Contoh dari kasus ini antara lain penggunaan obat golongan obat keras, psikotropika, atau bahkan narkotika yang memerlukan resep. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional tersebut.
5. Apabila ditemukan suatu pelayanan kesehatan tradisional berupa jamu atau ramuan yang dicampurkan dengan obat-obatan konvensional atau disebut sebagai bahan kimia obat (BKO). Dalam hal ini, dokter harus menolak dengan tegas BKO yang dicampurkan tetapi tidak serta merta menolak jamu atau ramuan tradisional yang telah terbukti secara empirik.
6. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional tidak memiliki bukti efektivitas,

tidak murah, tidak mudah, atau mengklaim kompetensi yang dimiliki oleh praktik kedokteran. Contoh dari kasus ini antara lain menawarkan paket-paket pengobatan tradisional berbayar di muka, praktik *multilevel marketing* yang tidak jelas khasiatnya, ataupun meminta tarif dengan harga yang eksploitatif sehingga dapat menimbulkan kerugian ekonomi pasien. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional tersebut.

7. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional tidak sesuai dengan perizinan yang dimiliki sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) nomor 103 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Nasional. Penyehat tradisional yang hanya melakukan klaim atas promotif dan preventif harus memiliki Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT). Tenaga kesehatan tradisional yang melakukan klaim kuratif harus memiliki Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan Tradisional (STPTKT) dan Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT). Hal ini sama seperti seorang dokter harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) sebelum dapat melakukan praktek kedokteran. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang tidak berizin tersebut.^{5,10}
8. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan klaim yang berlebihan, belum diterima oleh masyarakat kedokteran dan/atau kesehatan karena manfaat dan keamanannya diragukan atau belum terbukti. Dalam hal ini, seorang dokter harus menolak dengan tegas klaim, metode, dan praktik pelayanan kesehatan tradisional tersebut.¹²
9. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional melakukan klaim kuratif secara biokultural terhadap penyakit yang tidak berbahaya, tidak darurat, dan tidak ada baku emas pengobatannya, contohnya masuk angin dan panas dalam, dalam hal ini seorang dokter berlapang dada menerima

pelayanan kesehatan tradisional tersebut, dengan cara mendukung saintifikasi dan bila terbukti efektif mendorong pemakaiannya dan memasukkannya ke dalam indikasi medis serta bila perlu masuk ke dalam JKN.

10. Apabila suatu pelayanan kesehatan tradisional mudah, murah, dan mujarab, terutama pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan metode-metode yang khas Indonesia dengan memanfaatkan sumber daya alam Indonesia sehingga memiliki kekhususan tersendiri. Dokter harus menerima dan mendukung pelayanan kesehatan tradisional tersebut karena selain bermanfaat tetapi juga memiliki nilai jati diri, ekonomi, sosial, budaya, sebagaimana sudah dicanangkan pemerintah dalam Undang-undang Nomor 5 Tahun 2017 tentang Pemajuan Budaya.¹³
11. Seorang dokter harus menghormati pilihan pasien apabila memang ingin menggunakan obat-obatan yang tergolong /jenis pelayanan yang tergolong dalam obat tradisional dengan cara yang bijak dan tidak mencela teman sejawat yang memang mendalami dan dengan menggunakan pendekatan ekletik holistik untuk kepentingan terbaik pasien, mengembangkan kesehatan tradisional dengan etiket baik untuk memajukan bangsa, mencegah ketergantungan obat ataupun alat kesehatan dari luar negeri serta untuk kepentingan promotif dan preventif.
12. Seorang dokter terdorong untuk mensupervisi sesama tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan tradisional dalam interkolaborasi mengusung paradigma sehat (gerakan masyarakat sehat, Perilaku Hidup Bersih Sehat, dan mengentaskan kemiskinan) sebagai sumber dari rendahnya derajat/status kesehatan masyarakat.
Dokter dan pelayanan kesehatan tradisional sebaiknya bekerja sama dengan membuat sebuah tempat terlokalisir atau kordinasi secara regional agar dapat memudahkan proses supervisi, edukasi, konsultasi, dan penelitian. Proses supervisi artinya praktik pelayanan kesehatan tradisional harus dalam batas yang sesuai dengan kemampuannya, tidak melakukan klaim-klaim

atau tindakan yang tidak sesuai kompetensi sesuai perizinannya. Proses edukasi artinya dilakukan pelatihan agar praktik pelayanan kesehatan tradisional semakin terstandarisasi, tidak membahayakan, serta para tenaga kesehatannya dapat mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit yang berada pada ranah konvensional. Proses konsultasi artinya tenaga kesehatan tradisional dapat berkonsultasi dengan dokter dengan mudah ketika menemukan suatu kasus yang rancu. Proses penelitian adalah proses saintifikasi suatu metode pelayanan kesehatan tradisional sehingga nantinya dapat dibuktikan secara *evidence-based medicine*.

KESIMPULAN

Pengobatan konvensional dan tradisional harus bekerja secara sinergis dan sesuai porsinya dengan memperhatikan kondisi dari klien atau pasien. Dokter harus menyadari kalau pengobatan tradisional adalah salah satu kekayaan budaya dan berpotensi secara ekonomi. Dokter juga selayaknya dapat membuat keputusan apakah suatu pengobatan tradisional adalah etis atau tidak dengan kaidah-kaidah yang sesuai. Bentuk kerjasama yang dapat dilakukan antara seorang dokter dengan pengobat tradisional antara lain dalam hal supervisi, edukasi, konsultasi, dan penelitian.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Hong Kong: WHO Press; 2013.
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2010 tentang Saintifikasi Jamu.
4. Siswanto. Pengembangan kesehatan tradisional Indonesia: konsep, strategi, dan tantangan. Jurnal Penelitian dan

- Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2017; 1(1): 17-31.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar 2013.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar 2018.
8. Constitution of the World Health Organization 1946.
9. International Bioethics Committee. Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications. Paris: UNESCO; 2013.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer
11. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1787/MENKES/PER/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan.
13. Undang-undang Nomor 5 Tahun 2017 tentang Pemajuan Budaya.

Dokter Mogok Kerja: Sebuah Tinjauan Etika

Azharul Yusri¹, Putri Dianita Ika Meilia^{2,3}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Wilayah Riau

²Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

³Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan, Jakarta

Kata Kunci

demo, dokter, etika, mogok kerja

Korespondensi

contact@ilmiah.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.30

Tanggal masuk: 31 Oktober 2018

Tanggal ditelaah: 13 Januari 2019

Tanggal diterima: 20 Januari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Mogok kerja adalah tindakan pekerja secara bersama-sama menghentikan atau memperlambat pekerjaan sebagai akibat gagalnya perundingan atas tuntutan atau pelaksanaan hak normatif. Namun, profesi dokter dan tenaga kesehatan lainnya merupakan profesi yang luhur, yang memiliki kewajiban moral yang lebih “tinggi”. Paradigma populer di masyarakat adalah “Dokter tidak boleh mogok melayani pasien karena menyangkut jiwa manusia”. Aksi dokter mogok sesungguhnya melanggar berbagai prinsip dan hukum, termasuk kode etik dan sumpah Dokter. Kepentingan pasien (dan masyarakat) semestinya didahulukan dibandingkan kepentingan pribadi atau golongan. Selaku kaum intelektual, dokter seharusnya merasa memiliki bargaining power yang cukup sehingga tidak perlu mengambil jalan mogok kerja untuk menyampaikan aspirasinya. Jika, dan hanya jika, semua strategi musyawarah telah dilaksanakan dan gagal, maka mogok kerja mungkin dapat dipertimbangkan dengan ketentuan semua kasus gawat darurat tetap harus ditangani, mogok kerja bertujuan untuk memperjuangkan kepentingan pasien (bukan kepentingan pribadi atau golongan) sebagai tujuan akhirnya, dan semua dokter yang berpartisipasi yakin secara moral bahwa memang tidak ada jalan lain untuk memperjuangkan kepentingan pasien tersebut.

Abstract Job strike is an action where workers jointly stopping or slowing down works as a result of failed negotiations over demands or implementation of normative rights. However, the profession of doctors and health workers are noble professions, with “higher” moral obligations. The popular paradigm in the community is “Doctors should not strike to serve patients because it involves human life”. When doctors go on a strike, it actually violates various principles and laws, including the code of ethics and the Doctor’s Pledge. The interests of patients (and society) should take precedence over personal or group interests. As intellectuals, doctors should acknowledge that they have sufficient bargaining power so they do not need a strike to convey their aspirations. If, and only if, all mediatory strategies have been implemented and failed, then a strike may be considered provided that all emergency cases must be taken care of, the strike aims to fight for patients’ interests (not personal or group interests) as ultimate goal, and all doctors who participate are morally convinced that there is no other way to fight for the patients’ interests.

Mogok kerja adalah tindakan pekerja secara bersama-sama menghentikan atau memperlambat pekerjaan sebagai akibat gagalnya perundingan atas tuntutan atau pelaksanaan hak normatif. Mogok kerja diakui sebagai salah satu hak dasar pekerja/ buruh secara universal,

sebagai wujud dari hak atas kebebasan berserikat dan perlindungan atas hak berorganisasi. Pada tataran global, mogok sebagai hak tercantum pada pasal 23 ayat (4) Universal Declaration of Human Rights yang menjamin hak setiap orang untuk membentuk dan menjadi anggota

serikat buruh guna melindungi kepentingannya. Pengaturan mengenai mogok kerja diatur khusus pada Pasal 137 sampai Pasal 145 dalam Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Peraturan pelaksanaan mogok kerja diatur oleh Kepmenakertrans No. 232/MEN/2003 tentang Akibat Hukum Mogok Kerja Yang Tidak Sah.¹

Paradigma populer di masyarakat adalah “Dokter tidak boleh mogok melayani pasien karena menyangkut jiwa manusia”. Profesi kedokteran merupakan profesi yang tertua dan dikenal sebagai profesi yang mulia karena ia berhadapan dengan hal yang paling berharga dalam hidup seseorang yaitu masalah kesehatan, kehidupan dan kematian.² Hal ini berbeda dampaknya bila buruh yang mogok, maka hanya berdampak matinya mesin produksi.^{1,3}

Menurut Pasal 1 butir 11 Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Dengan kata lain profesi bukanlah pekerjaan biasa. Pekerjaan profesi (*professio* berarti pengakuan) merupakan pekerjaan yang memerlukan pendidikan sesuai standar, mengutamakan panggilan kemanusiaan, berlandaskan etik profesi yang mengikat seumur hidup, legal memerlukan perizinan, belajar sepanjang hayat, dan anggotanya bergabung dalam satu organisasi profesi.^{2,4,5}

Baru-baru ini kita dihebohkan oleh surat dari Perhimpunan Dokter Spesialis Bedah Indonesia (IKABI) Korwil Riau yang menghimbau kepada seluruh anggota IKABI Korwil Riau untuk menghentikan pelayanan operasi elektif dan poliklinik hingga waktu yang tidak ditentukan. Mogok ini didasari sebagai aksi solidaritas karena ditahannya tiga orang dokter spesialis bedah oleh Kejaksaan Negeri Pekanbaru. Apakah dokter yang melakukan mogok menghentikan pelayanan pasien dapat dikategorikan telah melakukan pelanggaran etika kedokteran? Tulisan ini bertujuan menelaah aspek etika dan hukum tindakan

mogok oleh dokter.

Hak Pasien

Rumusan hak pasien tidaklah sekali jadi, tetapi melalui tahap-tahap perkembangannya. Dalam UUD RI 1945 Amandemen 2 pasal 28H ayat (1) disebutkan: Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Hak Pasien dicantumkan dalam pasal 52. Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai hak: (a) mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 45 ayat 3. (b) meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain. (c) mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis. (d) menolak tindakan medis. (e) mendapatkan isi rekam medis. Hal ini jelas menunjukkan bahwa aksi dokter mogok adalah pelanggaran HAM dan melanggar hukum.^{5,6}

Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi pasal 3 ayat (2) huruf (p) disebutkan: Pelanggaran Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari 28 bentuk: ... (p) menolak atau menghentikan tindakan/asuhan medis atau tindakan pengobatan terhadap pasien tanpa alasan yang layak dan sah sesuai dengan ketentuan etika profesi atau peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pasal ini menyiratkan bahwa segala bentuk penolakan dan penghentian pelayanan kedokteran tanpa alasan yang layak dan sah adalah bentuk pelanggaran disiplin profesional dokter.⁷

Kewajiban Dokter

Dalam menjalankan tugasnya bagi dokter berlaku “*Aegroti Salus Lex Suprema*” yang berarti keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi (yang utama).² Dalam Undang Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 51 dinyatakan bahwa kewajiban dokter atau dokter gigi antara lain adalah memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan

standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien, melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali jika ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya, serta menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.⁵

Tinjauan Etik

Dokter terikat oleh lafal sumpah dokter, di mana penulis mencermati dalam kaitan mogok kerja dokter ini ada beberapa poin sumpah dokter yang dilanggar:^{4,8}

1. Bahwa dokter akan membaktikan hidupnya guna kepentingan perikemanusiaan, Artinya bahwa tindakan dokter haruslah untuk kepentingan perikemanusiaan;
2. Bahwa dokter akan menjalankan tugas dengan cara terhormat dan bersusila, artinya seorang dokter yang meninggalkan tugasnya menjadi seseorang dokter yang hilang atau berkurang sifat terhormat dan bersusilanya;
3. Bahwa dokter itu wajib memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran, artinya bahwa apapun perilaku dokter haruslah menjaga martabat bahwa profesi dokter ini adalah profesi yang luhur; dan
4. Bahwa dokter senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat, artinya bahwa serangkaian tindakan pelayanan kedokteran harus mengutamakan pasien dan masyarakat secara umum.

Pernyataan ini diperkuat oleh Kewajiban Umum Dokter dan Kewajiban Dokter Terhadap Pasien. Pada pasal 8 pada KODEKI Tahun 2012 tentang profesionalisme, pasal tersebut menyatakan bahwa dalam setiap praktik medisnya seorang dokter wajib memberikan pelayanan secara berkompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia. Melalui penjelasannya, pasal ini mewajibkan seorang dokter untuk menjalankan praktik profesi yang bertanggung jawab dan bermutu. Ada 3 tanggung jawab profesi yakni: (a) kepada diri sendiri (*responsibility*) dalam rangka menjalankan

kebebasan teknis profesi berdasar kompetensi masing-masing, (b) kepada teman sejawat dan lingkungan kerja (*accountability*), dan (c) kepada klien/pasien sebagai pihak ketiga (*liability*). Profesionalisme dihasilkan dari tanggung jawab moral sepenuhnya, adanya kasih sayang dan penghormatan hak asasi manusia karena pasien merupakan wujud insan bermartabat. Pernyataan ini menyiratkan bahwa aksi mogok kerja adalah bentuk penentangan terhadap pasal ini, maka dokter akan berurusan dengan MKEK.^{2,4,8}

Pada pasal 10 pada KODEKI tahun 2012 tentang penghormatan hak-hak pasien dan sejawat, pasal tersebut menyatakan bahwa dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter wajib senantiasa menghormati hak-hak pasien, teman sejawatnya, dan tenaga kesehatan lainnya, serta wajib menjaga kepercayaan pasien. Melalui penjelasannya, pasal ini mewajibkan seorang dokter untuk menjalankan praktik profesi yang mengedepankan adanya panggilan nurani menolong pasien sebagai manusia yang tengah menderita sebagai kewajiban tertinggi dokter sebagai pengabdian profesi. Penghormatan hak-hak pasien dan teman sejawat yang merupakan bagian dari kewajiban dokter akan menjaga kepercayaan pasien, agar dapat mempercepat kesembuhannya. Pernyataan ini menyiratkan juga bahwa aksi mogok kerja dokter adalah bentuk penentangan terhadap pasal ini, di mana menghormati hak-hak pasien adalah sebagai kewajiban tertinggi seorang dokter.⁸

Situasi Global

Peristiwa mogok kerja (*strike*) oleh dokter, dan tenaga kesehatan secara umum, tidak hanya terjadi di Indonesia dan bukan merupakan fenomena baru. Berbagai kondisi kerja, sistem kesehatan, sistem pembiayaan layanan kesehatan, atau pun situasi sosial-politik di berbagai negara pernah menyebabkan kalangan dokter melakukan mogok kerja, misalnya di Inggris, Amerika, Kanada, India, Pakistan, dan lain-lain.⁹ Pandangan para ahli tentang aspek etika dan hukum mogoknya dokter dan tenaga kesehatan pun berbeda-beda. Namun, secara umum pendapat yang dominan adalah sebagai berikut:¹⁰⁻¹² Profesi dokter, dan tenaga

kesehatan lainnya, merupakan profesi yang luhur, yang memiliki kewajiban moral yang lebih “tinggi”. Kepentingan pasien (dan masyarakat) merupakan kepentingan yang *overriding*, yaitu yang semestinya didahulukan dibandingkan kepentingan pribadi atau golongan. Sekalipun dirancang agar tidak mengganggu pelayanan (misalnya, hanya menolak kasus elektif/non-gawat darurat) tetap ada kepentingan pasien yang dikorbankan. Padahal, profesi dokter memiliki “kontrak kinerja” dengan pasien berupa *clinical privilege*. Dengan demikian, mogok kerja bukanlah bentuk respons yang dapat dibenarkan terhadap suatu masalah, dan justru dapat mengubah dokter yang seharusnya bersifat *beneficent* menjadi dokter yang *maleficent*.

Tindakan Alternatif

Strategi mogok kerja pada umumnya terpaksa diambil dalam situasi di mana terdapat ketimpangan yang jauh antara sang pemberi kerja (*employer*) dengan sang pekerja (*employee/labourer*). Dalam situasi tersebut, pekerja tidak memiliki *bargaining power* yang cukup untuk membuat pemberi kerja mendengarkan dan memenuhi permintaannya. Dengan melakukan mogok kerja, pekerja berharap dapat memberikan tekanan kepada pemberi kerja dengan “mengorbankan” kepentingan pihak ketiga, yang diharapkan turut menekan pemberi kerja. Dalam profesi kedokteran, yang terpaksa dikorbankan adalah kepentingan pasien selaku pihak ketiga yang “tak berdosa”, dan yang notabene merupakan pemberi *clinical privilege*, sehingga menimbulkan dilema etik.¹³ Selain itu, dapat timbul kemarahan dan kekecewaan dari pihak pasien, dan masyarakat secara umum, karena merasa dirugikan sehingga justru tidak simpati dengan aspirasi yang hendak disampaikan oleh dokter melalui aksi mogok kerja.

Selaku kaum intelektual, dokter seharusnya merasa memiliki *bargaining power* yang cukup sehingga tidak perlu mengambil jalan mogok kerja untuk menyampaikan aspirasinya. Jalan yang dapat ditempuh dapat berupa dialog, musyawarah, mediasi, atau arbitrase, baik secara personal maupun antar lembaga terkait. Jika, dan hanya jika, semua strategi musyawarah

telah dilaksanakan dan gagal, maka mogok kerja mungkin dapat dipertimbangkan dengan ketentuan sebagai berikut:¹¹

1. Semua kasus gawat darurat tetap harus ditangani,
2. Mogok kerja bertujuan untuk memperjuangkan kepentingan pasien (bukan kepentingan pribadi atau golongan) sebagai tujuan akhirnya, dan
3. Semua dokter yang berpartisipasi dalam mogok kerja yakin secara moral bahwa memang tidak ada jalan lain untuk memperjuangkan kepentingan pasien tersebut.

Dengan kemampuan *leadership* dan manajerial yang dimilikinya, dokter semestinya mencari alternatif strategi yang lebih kreatif, etis, dan elok. untuk mencapai *win-win solution* untuk semua pihak.

KESIMPULAN

Munculnya fenomena dokter melakukan mogok kerja dengan berbagai alasan perlu disikapi karena kasusnya menunjukkan tren peningkatan dan berpotensi mencederai martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran. Dokter seyogyanya kembali mengingat sumpah dokter dan berpedoman kepada Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). Aksi mogok kerja yang dilakukan oleh dokter sendiri-sendiri atau bersama-sama adalah bentuk pelanggaran Etika Kedokteran. Tidak ada pemenang dari aksi mogok kerja, yang ada hanya kemarahan, rasa tidak simpati, dan pengorbanan kepentingan. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) perlu menerbitkan fatwa/ Pernyataan sikap terkait aksi dokter mogok kerja ini untuk menjaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 232/MEN/2003 tentang Akibat Hukum Mogok Kerja yang Tidak Sah. 2003.
2. Hanafiah MJ. Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan. 5th ed. Jakarta: EGC; 2016.
3. Farianto W. Hak Mogok Kerja dalam Perspektif Yuridis dan Sosiologis. *J Huk Ius Quia Iustum*. 2014;21(4):632-54.
4. Dewi AI. Etika dan Hukum Kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Book Publisher; 2008.
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2004.
6. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Amandemen IV. 2002.
7. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi. 2011.
8. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode etik kedokteran Indonesia. Jakarta; 2012.
9. Davies M. Is it ethical for doctors to strike? *BMJ*. 2015;351:h5597.
10. Baelz P. The right to strike by the caring professions. *J Med Ethics*. 1977;3:150.
11. Toynbee M, Al-Diwani AAJ, Clacey J, Broome MR. Should junior doctors strike? *J Med Ethics*. 2016;42(3):167-70. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-103310>.
12. Park JJ, Murray SA. Should doctors strike? *J Med Ethics*. 2014;40(5):341-2. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101397>.
13. Glick SM. Physicians' strikes - a rejoinder. *J Med Ethics*. 1985;11:196-7.



ilmiah

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

Mengubah Norma dan Tradisi Etik Kedokteran Luhur Indonesia ke Norma Hukum, Apakah Layak Dilakukan?

Prijo Sidipratomo^{1,2}, Pukovisa Prawiroharjo^{1,3}, Broto Wasisto^{1,4}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

³Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

⁴Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (Ikkesindo)

Kata Kunci

etika, hukum, kedokteran, norma, tradisi

Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.31

Tanggal masuk: 1 Desember 2018

Tanggal ditelaah: 13 Januari 2019

Tanggal diterima: 20 Januari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Profesi kedokteran Indonesia telah membangun tradisi etik kedokteran luhur dan dijalankan dengan baik dari segi pembuatan aturan yang cukup detil, hingga menjadi lembaga penjaga dan pengadilnya di organisasi profesi kedokteran yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK). Di sisi lain, Indonesia adalah negara hukum. Dalam diskusinya, ada pendapat yang menginginkan seluruh norma dan tradisi yang telah berjalan di masyarakat agar sedapat mungkin dibakukan dalam aturan hukum, tak terkecuali tradisi etik kedokteran di dalamnya. Namun di sisi lain, ketika tradisi etik ini berubah menjadi norma hukum, maka akan berubah implikasi dari pelanggaran dari sanksi etik yang mayoritas bersifat pembinaan perilaku menjadi sanksi hukum. Di sisi lain, standarisasi hukum oleh negara semestinya disertai dengan upaya negara memberi dan menjamin hak dari upaya pemenuhan kewajiban tersebut. Pertimbangan ini perlu menjadi sikap dan pemikiran dari upaya mengubah khususnya dari suatu tradisi etik kedokteran menjadi norma hukum.

Abstract Indonesian medical profession has established noble tradition of medical ethics which has been well carried out in terms of detailed development and fair enforcement in professional organization, namely the Medical Ethics Council of Honor (MKEK). On the other hand, Indonesia is a state of law. There are ideas to standardize all norms and traditions into laws, including the tradition of medical ethics. However, when ethical traditions are converted into legal norms, their violations will have different consequences, from merely behavioral guidance into law penalties. On the other side, this standardization into law should be accompanied by governmental efforts to grant and guarantee the rights to fulfill said obligations. These considerations have to be kept in mind, in efforts to change tradition of medical ethics into legal norms.

Kedokteran adalah salah satu profesi tertua di Indonesia yang memiliki solidaritas yang tangguh serta tradisi etik kedokteran luhur yang kaya. Solidaritas dan tradisi yang berurat akar inilah yang mengantarkan dokter di Indonesia meraih penghormatan di tengah masyarakat. Penghormatan ini misalnya diselaraskan dalam bentuk sapaan “Dok”, yang cukup khusus dan jarang ditemukan penghormatan semacam ini oleh masyarakat kepada profesi lainnya.

Tradisi etik kedokteran luhur ini secara umum dipraktikkan dengan baik di Indonesia. Mulai dari Sumpah Dokter yang kini terus mengalami penyempurnaan, disarikan nilai-nilai luhur profesi dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia, mulai dari kajian-kajian bioetika, etika kedokteran, dan sebagainya.^{1,2} Jika tradisi ini secara individual tidak dilaksanakan, maka tidak ada sanksi hukuman yang sifatnya pidana kurungan atau denda, yang ada adalah sanksi etika dengan sebagian besar bentuknya adalah

ringan, mendidik, dan membina perilaku.^{3,4}

Tradisi penjagaan nilai-nilai luhur profesi kedokteran juga bergerak dinamis merespon segala perilaku manusia terhadap dokter di dalamnya misal: etika dokter yang menggunakan media sosial,⁵ beriklan,⁶ kampanye politik,⁷ dan perilaku-perilaku lainnya yang terus berkembang. Tradisi ini juga bergerak dinamis merespon perkembangan fenomena situasional yang dijumpai dalam keseharian praktik kedokteran,^{8,9} perkembangan bioteknologi yang semakin pesat, ataupun merespon perkembangan dinamika hukum dan perundangan¹⁰ agar tetap menjaga profesi dengan baik.

Upaya menjaga tradisi profesi kedokteran luhur ini juga dilakukan dengan pendekatan kelembagaan melalui organisasi profesi kedokteran. Organisasi profesi melayani dengan tulus mendidik serta membina teman sejawat yang mendapatkan sanksi etika melalui proses yang adil di kemahkamahannya etika yang diselenggarakan oleh MKEK di berbagai tingkatan pusat hingga cabang kepengurusan Ikatan Dokter Indonesia (IDI).⁴ Demikian gambaran singkat mekanisme penegakkan etika yang berlangsung secara internal pada profesi kedokteran di Indonesia.

Namun di sisi lain, Indonesia adalah negara hukum dan menganut sistem legislasi hukum. Legislatur dan pemerintah juga memiliki target kinerja, dan salah satunya adalah membuat aturan hukum. Karena Indonesia adalah negara hukum, maka sebagian berpendapat sebaiknya seluruh aturan-aturan yang ada di masyarakat itu dapat dibakukan.

Pandangan di atas tepat dalam konteks bahwa hukum penting menyerap aspirasi dari norma-norma atau nilai-nilai yang ada di masyarakat, termasuk kalangan profesi kedokteran. Norma yang menjadi tradisi di masyarakat akan berubah sifatnya setelah dibakukan menjadi aturan hukum. Dengan demikian, sanksinya berubah menjadi kewajiban mengatasnamakan negara yang jika dilanggar akan dikenai sanksi hukum pidana/perdata/administrasi.

Perubahan ini berdampak sangat besar bagi dokter anggota IDI. Pertimbangan perubahan

status aturan umum menjadi hukum melalui proses legislasi di DPR sangat perlu untuk diketahui oleh dokter yang mewakili organisasi profesi kedokteran dan mengikuti proses legislasi perubahan aturan masyarakat menjadi produk hukum. Pada saat diundangkan, harus sudah disiapkan mekanisme penyeimbang sehingga tidak selalu menambah beban kewajiban dokter. Hal itu terkait dengan kewajiban dokter untuk taat sehingga tidak terjadi pelanggaran. Oleh karena itu, negara perlu memberikan fasilitas penyelenggaraan dengan sebaik-baiknya untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme dari dokter.

Negara juga memiliki visi untuk meningkatkan kualitas dokter dan karenanya telah menerbitkan aturan hukum terkait hal itu sebagai Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran,¹¹ antara lain “melakukan pembinaan bersama terhadap dokter dan dokter gigi mengenai pelaksanaan etika profesi yang ditetapkan organisasi profesi dan melakukan pencatatan terhadap dokter dan dokter gigi yang dikenakan sanksi oleh organisasi profesi atau perangkatnya karena melanggar ketentuan etika profesi”.

Dibandingkan dengan mandat negara kepada guru dalam UU Nomor 14 Tahun 2005 pasal 20 poin b,¹² negara memiliki visi untuk meningkatkan kualitas guru dengan mewajibkan mereka untuk meningkatkan kompetensinya. Dengan segala hormat pada profesi guru, namun realita yang ada secara kuantitatif saat aturan dibuat, tradisi meningkatkan kompetensi di kalangan guru secara berkala masih sangat jarang. Namun aturan itu tetap dibuat dan implikasinya memiliki sifat memaksa kepada guru-guru seluruh Indonesia. Dalam hal ini, negara dinilai cukup adil memiliki sifat memaksa karena di sisi lain, penganggaran untuk kegiatan ini diamanatkan pula di UUD 1945 pasal 31 ayat 4 yang menyatakan anggaran pendidikan negara minimal 20 persen,¹³ bersama dengan peraturan-peraturan lainnya. Jika difasilitasi oleh negara sudah diberikan, maka faktornya relatif lebih banyak tinggal kemauan guru untuk meningkatkan kompetensi dirinya sekaligus menaati hukum yang ada di Indonesia.

Perbedaan konteks dengan profesi guru saat aturan akan dibuat adalah tradisi etika kedokteran bagi dokter untuk terus dapat meningkatkan kompetensinya pasca lulus – sesuai dengan Kode Etik Kedokteran pasal 21 – melalui serangkaian program Pengembangan Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (P2KB) yang tanpa pembiayaan dari negara,² relatif lebih baik dan mayoritas dokter menjalankan tradisi luhur itu dengan baik dan penuh tanggung jawab profesional agar kualitas pelayanan kedokterannya terpelihara dengan baik.

Perbedaan yang mencolok dan menjadi masalah adalah bersamaan dengan aturan itu dibuat, sudah selayaknya negara mengupayakan dengan memfasilitasi memasukkan pembiayaan kegiatan ini ke dalam rancangan APBN (baik dokter pemerintah maupun swasta). Alasan yang sempat mengemuka adalah karena ini sudah tradisi di kedokteran, dan hukum hanya memformalkan tradisi yang sudah ada dan berjalan dengan baik. Seorang dokter yang tidak menjalankan P2KB dengan baik, katakanlah karena kesulitan finansial atau karena berbakti di pelosok negeri yang terpencil sehingga diharapkan sisi akomodasi dan transportasi dianggarkan di dalamnya.

Bila norma etika kedokteran diubah seluruhnya menjadi norma hukum maka akan terjadi peralihan besar dari mekanisme pengambilan keputusan dan eksekusinya yang semula internal oleh sejawat sendiri melalui Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan berbagai tingkatan serta organ-organ lain yang sesuai seperti Biro Hukum Pembinaan dan Pembelaan Anggota (BHP2A), berubah menjadi tanggung jawab dan wewenang aparat hukum.

Perbandingan antara dua kasus di atas semoga menjadi catatan pertimbangan bagi setiap dokter yang kelak akan dimintakan pendapat atau bahkan ikut dalam bagian pengambil keputusan dalam proses legislasi, agar tidak menyederhanakan masalah dan tergesa-gesa bahwa suatu tradisi etik kedokteran luhur yang berjalan dengan baik di kalangan profesi kedokteran dapat dengan mudah diubah menjadi norma hukum. Saat mengubah menjadi norma hukum, maka imajinasikanlah

segala kondisi yang mungkin pada seorang dokter untuk menaati norma hukum itu, dan bijaklah untuk memberikan catatan-catatan pengecualian yang juga diundangkan bersama-sama dengan norma hukum yang dibangun. Sertakanlah pembebanan kewajiban yang imbang pada pihak lain selain dokter sehingga penyelenggaraan kewajiban tersebut memang lebih banyak hanya bersandar pada itikad dokter, dan bukan ditentukan oleh kesulitan finansial, prosedural, dan pengorbanan lain yang tidak kecil untuk hal yang dapat dibuat menjadi lebih mudah.

KESIMPULAN

Tradisi luhur etika kedokteran Indonesia perlu terus dijaga, dilestarikan, dan bergerak dinamis merespon berbagai perkembangan perilaku, keilmuan, penerapan keilmuan, dan perkembangan situasi lainnya. Dalam upaya menjadikan tradisi luhur ini menjadi norma hukum resmi, perlu secara bijaksana ditimbang implikasinya yang menjadikan dokter sebagai subjek hukum norma tersebut akan dapat dijatuhi hukuman pidana, perdata, maupun administrasi. Perlu pula mempertimbangkan berbagai situasi yang dapat dialami dokter Indonesia sebagai subjek hukum, termasuk mempertimbangkan situasi dokter yang mengabdikan di daerah terpencil dengan segala keterbatasannya. Penting juga mempertimbangkan kehadiran negara meminta kewajiban untuk dilaksanakan dokter dalam konstruksi norma hukum dengan membuat hukum dan perundangan di satu sisi, agar selaras dengan kehadiran negara dalam mengupayakan advokasi untuk membantu dokter mampu melaksanakan kewajibannya dengan baik dalam ukuran profesionalisme yang setinggi mungkin.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

REFERENSI

1. Purwadianto A, Wasisto B, Sjamsuhidajat R. Penerapan revisi sumpah dokter terbaru oleh World Medical Association (WMA) di Indonesia. *J Etik Ked Ind.* 2018 Mar 19;2(1):7. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.9>.
2. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Kode etik kedokteran Indonesia. Jakarta; 2012.
3. Rozaliyani A, Meilia PDI, Librianty N. Prinsip penetapan sanksi bagi pelanggaran etik kedokteran. *J Etik Ked Ind.* 2018 Mar 19;2(1):19. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.11>.
4. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia. Pedoman organisasi dan tatalaksana Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. 2018.
5. Prawiroharjo P, Librianty N. Tinjauan etika penggunaan media sosial oleh dokter. *J Etik Ked Ind.* 2017 Oct 11;1(1):31. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.7>.
6. 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):13-7. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.4>.
7. Prawiroharjo P, Rozaliyani A, Purwadianto A. Menjaga etika kedokteran pada masa tahun politik. *J Etik Ked Ind.* 2018 Mar 19;2(1):23. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.12>.
8. Prawiroharjo P, Mulyana RM, Sidipratomo P, Purwadianto A. Benarkah dokter spesialis yang tugas jaga pasti melakukan pelanggaran etik jika sekedar menjawab konsultasi per telepon untuk pertolongan kegawatdaruratan? *J Etik Ked Ind.* 2018 Mar 19;2(1):31. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.13>.
9. Baharuddin M, Lefrandt R, Santosa F. Tinjauan etik regulasi jam kerja dokter di Indonesia. *JEKI.* 2017;1(1):25-9. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.6>.
10. Soetedjo, Soendoro J, Prawiroharjo P. Tinjauan etika: Dokter sebagai eksekutor hukuman pidana yang menyebabkan kematian, kecacatan, atau gangguan kesehatan. *JEKI.* 2017;1(1):19-23. <https://doi.org/10.26880/jeki.v1i1.5>.
11. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2004.
12. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen. 2005.
13. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Amandemen IV. 2002.

Etika Melayani Pasien Muslim pada Stadium Terminal

Hadjat S Digdowirogo¹, Darmawan Budi Setyanto^{1,2}, Pukovisa Prawiroharjo^{1,3}

¹Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

³Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Kata Kunci

etika, Islam, kematian, Muslim, talkin, terminal

Korespondensi

pukovisa@ui.ac.id

Publikasi

© 2019 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v3i1.32

Tanggal masuk: 15 Januari 2019

Tanggal ditelaah: 16 Januari 2019

Tanggal diterima: 11 Februari 2019

Tanggal publikasi: 25 Februari 2019

Abstrak Semua orang pasti akan mati. Bagi muslim, mati dalam keadaan Islam adalah tujuan terpenting akhir hidup karena hal itu diperintahkan oleh Allah SWT dalam Al-Quran. Sakaratul maut merupakan saat kritis peralihan dari kehidupan ke kematian. Saat tersebut sangat penting bagi pasien muslim dan keluarganya. Bila pada saat terakhir kehidupan, seseorang mengucapkan kalimat tauhid 'Laailahailallah' maka terbuka peluang masuk surga. Mengucapkan kalimat tauhid saat sakaratul maut bukan hal yang mudah. Untuk itu perlu dibimbing dan dituntun oleh keluarga pasien stadium terminal, suatu upaya yang disebut talkin. Rumah Sakit sebagai penyedia layanan kesehatan paripurna, perlu memberikan fasilitas dan kemudahan kepada pasien stadium terminal dan keluarganya untuk melakukan talkin sesuai kepercayaannya tersebut. Adanya perhatian pihak rumah sakit terhadap hal itu akan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan pasien

Abstract Every human being will face death eventually. For moslems, having that final moment in Islamic faith is the essential purpose as it is mentioned by Allah SWT in Al-Quran. Sakaratul maut or final moment before passing away is the critical moment from life to death for moslem patients and their family. Within that final moment, if a moslem praised Allah SWT with tauhid, 'Laailahailallah', it is possible for him/her to reach heaven in afterlife. Nevertheless, praise tauhid during that defining moment is difficult. Guidance by family members is compulsory, and the effort is called 'talkin'. Hospital as a provider of comprehensive medical service needs to provide facilities to help families in guiding or performing talkin, to increase trust and satisfaction of patients and families.

Masuk rumah sakit baik untuk berobat jalan apalagi untuk rawat inap pada umumnya tidak dikehendaki oleh siapapun. Meskipun semua pasien berkeinginan untuk pulang dalam keadaan sembuh, tetapi tidak ada rumah sakit maupun dokter yang berani memberi jaminan kesembuhan kepada pasiennya. Kalau tidak sembuh berarti pulang dengan meninggalkan gejala sisa (*sequelle*) atau yang paling tidak dikehendaki dan ditakuti adalah pulang mati. Padahal sudah diketahui bahwa semua orang pasti akan mati. Selanjutnya kajian akan dikupas sesuai dengan agama Islam.

Sepanjang kehidupan manusia di dunia, ada 3 titik penting yang sangat bermakna yaitu kelahiran, pernikahan dan kematian. Yang kedua, tidak semua orang mengalaminya, namun yang pertama dan ketiga semua orang pasti mengalaminya.

QS 03. *Ali Imran* 185. "Tiap-tiap yang berjiwa akan merasakan mati"

QS 21. *Al-Anbiya* 35. "Tiap yang berjiwa akan merasakan mati. Kami akan menguji kamu dengan keburukan dan kebaikan sebagai cobaan (yang sebenar-benarnya). Dan hanya kepada Kamilah kamu dikembalikan."

QS 29. *Al-Ankabut* 57. "Setiap yang bernyawa akan merasakan mati. Kemudian hanya

kepada Kami kamu akan dikembalikan."¹

Kelahiran umumnya disambut dengan senyum, tawa dan rasa bahagia oleh orang di sekitarnya. Sebaliknya kematian biasanya akan mengundang rasa sedih dan tangis bagi yang ditinggalkan. Bagi seorang muslim, kematian merupakan titik yang sangat penting yang akan menentukan nasibnya dalam kehidupan sesudah kematian. Akhir hidup yang baik (husnul khotimah) akan memberinya kesempatan untuk masuk surga, sedang akhir hidup yang buruk (su'ul khotimah) akan menghilangkan kesempatan masuk surga. Islam mewajibkan seorang manusia dalam keadaan Islam pada saat kematiannya.

QS 03. *Ali-Imran* 102. "Hai orang-orang yang beriman, bertaqwalah kepada Allah dengan sebenar-benar taqwa kepada-Nya, dan janganlah sekali-kali kamu mati melainkan dalam keadaan beragama Islam."¹

Manusia dapat menemui kematian di mana saja, dengan cara apa saja. Salah satu yang sering menjadi tempat kematian adalah rumah sakit, pada pasien dengan stadium terminal oleh berbagai penyakit. Proses peralihan dari kehidupan ke kematian adalah sakaratul maut, yang menjadi satu titik waktu yang sangat penting bagi seorang muslim.

Pelayanan rumah sakit

Rumah Sakit adalah tempat memberi pelayanan kesehatan secara perorangan (individual).² Pelayanan perorangan ini membuat bentuk pelayanan yang diberikan bisa berbeda antara satu pasien dengan pasien yang lain (*tailor made*). Oleh karena itu sumber daya - baik sumber daya manusia (SDM) maupun fasilitas pendukungnya - harus dibekali wawasan dan tingkat perhatian yang memadai dengan pelayanan perorangan tersebut.

Beragam-ragam penyakit memerlukan pula beragam-ragam spesialisasi dokter, perawat, penunjang medis dan lain-lain. perbedaan kelas rumah sakit (A, B, C atau D) dan jenis rumah sakit (umum atau khusus) akan berbeda pula sumber dayanya.³ Tetapi ada aspek yang sama di manapun pasien dirawat dan dengan penyakit beragam. Salah satu yang perlu diperhatikan adalah agama dan keyakinan pasien yang

memerlukan pelayanan dan perlakuan sama. Setiap pasien memiliki hak untuk *didampingi keluarganya dalam keadaan kritis dan menjalankan ibadah* sesuai agama dan keyakinan yang dianutnya selama pasien lain tidak terganggu.

Menurut Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Sumpah Dokter,⁴ keyakinan pasien harus dihormati, ditaati dan difasilitasi. Ini salah satu hak pasien, yang pada saat-saat kritis, pasien dan keluarganya tentu memiliki intens berkomunikasi dengan Tuhan. Pada umumnya rumah sakit sudah menyediakan fasilitas untuk kebutuhan ibadah, misalnya mushola atau masjid, dan ulama, yang tahu dan mampu melayani jiwa pasien.

Rumah sakit membagi ruang rawat inap sesuai fasilitas ruangnya. Pasien di ruang *Very Important Pasien (VIP)* boleh ditunggu keluarga di dalam ruang selama 24 jam sehari, dan boleh menerima kunjungan setiap waktu. Mereka yang dirawat di kelas non-VIP, boleh ditunggu keluarganya, meskipun ada perbedaan berapa orang penunggu dibolehkan di antara rumah sakit. Rumah sakit memberi ijin keluarga tinggal di dalam kamar pasien, tetapi ada rumah sakit yang menyediakan tempat terpisah untuk penunggu. Pada prinsipnya pasien dan keluarganya menginginkan kemudahan komunikasi antar mereka, dan pihak rumah sakit berkewajiban memfasilitasinya.

Bila pasien mengalami perburukan keadaan yang dinilai masih reversibel, maka perlu dipindah ke ruang rawat intensif (*Intensive Care Unit - ICU*) yang peraturannya lebih ketat. Pintu masuk ruang ICU selalu ditutup dan dijaga oleh petugas Satpam (Satuan Pengaman) rumah sakit. Jadwal kunjungan diberlakukan dengan lebih ketat. Pada keadaan seperti ini, timbul perbedaan kepentingan. Keluarga dan pasien lebih kuat keinginannya untuk dekat, di lain pihak dokter dan perawat membutuhkan suasana dan keadaan yang lebih mendukung untuk mengelola pasien dalam keadaan kritis, misalnya untuk mencegah infeksi nosokomial karena sebagian kasus yang dirawat dipandang sebagai populasi pasien yang rentan mengalami infeksi nosokomial tersebut. Selain itu sebagai ruangan tempat merawat pasien dengan penyakit kritis, membutuhkan suasana yang

lapang, sehingga jika terjadi kegawatan maka kelapangan ruang dapat memadai bagi staf medis untuk melakukan pertolongan. Pada keadaan demikian, perlu komunikasi dua arah yang baik antara dokter dengan keluarga pasien. Bila keluarga diberi penjelasan yang adekuat, pada umumnya keluarga akan mengerti dan mematuhi peraturan rumah sakit.

Alasan Keluarga Ingin Bersama Pasien Saat Kritis

“Sesungguhnya Allah masih menerima taubat seseorang selagi belum terdengar dengkurnya (menjelang mati).” (HR. At-Tirmidzi).³ Maksudnya, nyawanya belum sampai tenggorok, saat orang itu melihat kesudahan hidupnya, apakah mendapat rahmat atau kehinaan. Hal ini yang perlu diketahui oleh semua pihak yang terlibat pelayanan rumah sakit. Pasien dan keluarganya menginginkan pulang dari rumah sakit dalam keadaan sembuh dengan kualitas hidup kembali seperti semula. Namun seberapapun majunya ilmu kedokteran dan para dokternya, serta seberapapun lengkap dan baiknya fasilitas suatu rumah sakit, semua ada keterbatasannya. Tidak terhindarkan pasti ada pasien yang meninggal di rumah sakit. Bagi umat Islam semua berkeinginan wafat dalam keadaan Islam. Kebutuhan menjalankan syariat agama di akhir kehidupan seorang pasien perlu dipahami oleh pengelola rumah sakit, sehingga dapat memberikan fasilitas yang memadai.

Sakaratul Maut

Mati dalam keadaan Islam sangat diinginkan oleh semua Muslim. Kualitas keimanan ditentukan oleh bagaimana seseorang saat meninggal. Kesempatan terakhir menjelang kematian, masih ada satu peluang emas yang bisa menjamin seseorang bisa diterima Allah di surga. “Tuntunlah orang yang hendak meninggal dunia di antara kalian supaya mengucapkan kalimat *La ilaha illallah*” (HR Muslim).¹ Kalimat *laa ilaaha illalahu* (kalimat tauhid) adalah kunci kebahagiaan abadi bagi seseorang yang sedang mengalami sakaratul maut. Nabi Muhammad SAW bersabda: “Tidaklah ucapan itu, kecuali pasti masuk surga” (HR. Al-Bukhari).¹

Allah SWT berfirman kepada nabi

Musa: “Wahai Musa, seandainya langit yang tujuh serta seluruh penghuninya, selain Aku, dan ketujuh bumi diletakkan dalam satu sisi timbangan, niscaya kalimat *laa ilaaha illallah* lebih berat timbangannya. (HR Ibnu Hibban dan Al-Hakim)¹

Pasien dalam keadaan sakaratul maut perlu dituntun untuk mengucapkan kalimat tauhid, yang disebut talkin.⁵ Talkin adalah proses/upaya mengingatkan kepada seseorang yang sedang menghadapi sakaratul maut, untuk mengucapkan *laa ilaaha illallah* (cukup satu kali) menjelang dicabutnya nyawa. Temuan-temuan *neuroscience* telah membuktikan bahwa pasien yang sudah berada di stadium terminal, bahkan pasien yang sudah hilang kesadarannya dapat dirangsang melalui stimulus suara dari luar. Dalam keadaan medis tertentu, beberapa jalur kesadaran dan beberapa bagian otak masih utuh dan masih memiliki beberapa fungsi, di antaranya menangkap stimulasi suara.⁶ Keadaan itu antara lain saat hilang kesadaran, selama anestesi umum dan stadium terminal, hingga terapi paliatif. Pada keadaan demikian, stimulasi pendengaran dengan talkin dapat dilakukan. Salah satu anggota keluarga **membisikkan** kalimat tauhid ke telinga pasien secara berulang, sampai terdengar pasien mengucapkannya. Waktu yang dibutuhkan sangat bervariasi, beberapa menit sampai mungkin lebih dari satu jam. Kalau sudah diucapkan, maka tugas keluarga sudah selesai, dan berdoa untuk mengiringi kematian saudaranya.

Menurut Prawiroharjo P, talkin sebaiknya difasilitasi pada beberapa situasi klinis sebagai berikut:⁷

1. Hilang kesadaran, yang dibuktikan dengan tidak adanya respons stimulus visual, verbal dan stimulus nyeri. Hilang kesadaran bisa akibat lesi intrakranial atau oleh gangguan metabolisme atau akibat keadaan toksik.
2. Emergensi kode biru. Wawasan medis Emergensi Kode Biru perlu meliputi sampai ke akhir kehidupan. Bagi dokter dan tenaga kesehatan muslim pelayanan emergensi tidak cukup hanya aspek medis saja, tetapi juga harus mencakup aspek spiritual dan agama pasien. Layanan talkin merupakan respons rumah sakit yang dilakukan dalam

mengamankan kehidupan spiritual pasien. Oleh karena itu talkin perlu dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional Emergeni Kode Biru.

3. Zona merah di Instalasi/Unit Gawat Darurat. Layanan emergensi dapat dibagi menjadi tiga warna zona: hijau, kuning, dan merah. Zona hijau diperuntukkan bagi pasien yang memiliki emergensi paling ringan dan tidak mendesaknya. Zona merah bagi yang pasien dengan keadaan yang mengancam kehidupan sehingga memerlukan observasi dan intervensi intensif. Sedangkan zona kuning, bagi pasien yang keadaannya berada di antara pasien yang di zona hijau dan zona merah. Layanan talkin perlu diberikan kepada pasien dalam zona merah.
4. Selama anestesi umum. Pasien dalam anestesi umum perlu untuk ditalkin karena selama dalam anestesi umum pasien tidak bisa beribadah. Penelitian membuktikan bahwa pasien dalam anestesi umum dapat mendengar dan mampu memberikan respons kognitif jika stimulasi dilakukan berulang-ulang, meskipun tidak memberikan respons verbal.
5. Akhir hidup pada perawatan paliatif. Di beberapa negara, perawatan paliatif pada akhir hidup pasien dilakukan di *nursing home* atau *home care* yang ditunjang oleh kunjungan dan koordinasi dengan tim medis. Negara lain menyelenggarakan pelayanan di rumah sakit karena keterbatasan sumber daya untuk melakukan di luar rumah sakit. Talkin perlu dimasukkan ke dalam protokol pelayanan ini.

Kewajiban Rumah Sakit

Dokter dan perawat memiliki kewajiban memantau perjalanan penyakit pasien. Untuk pasien di ruang rawat inap, biasanya keluarga dapat mengetahui kondisi terminal atau perburukan kondisi pasien ke arah terminal, dan biasanya keluarga pasien melaporkan kondisi tersebut ke perawat atau tim jaga. Bagi mereka yang di rawat di ruang ICU menjadi kewajiban dokter dan perawat memberi informasi kepada keluarga, saat masuk fase terminal.

UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah

Sakit pasal 32 ayat (l) menyatakan bahwa setiap pasien mempunyai hak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis; pada ayat (m) dikatakan bahwa pasien mempunyai hak menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaannya yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya. Sesuai dengan UU No 44 tahun 2009 pasal 29, menjadi kewajiban rumah sakit untuk memberi informasi kepada keluarga pasien bila keadaan pasien sudah masuk ke stadium terminal dan memberi kesempatan dan mengatur ruang untuk pelayanan akhir hidup.⁸

Dalam menyikapi adanya kebutuhan tersebut rumah sakit dengan persetujuan keluarga pasien dapat memberi kebijakan sebagai berikut :

1. Pasien tetap berada di tempat perawatannya, cukup disediakan satu kursi untuk satu orang anggota keluarga secara bergantian menuntun talkin.
2. Jika keadaan memungkinkan dan ada fasilitas, pasien dipindahkan ke ruang terpisah.
3. Kadang keluarga pasien ingin membawa pulang pasien yang dalam keadaan kritis. Mereka menginginkan pasien meninggal di rumah. Masalah muncul jika pasien masih menggunakan peralatan medis yang tidak dapat diberikan di rumah. Dalam keadaan demikian, perlu dibicarakan dengan keluarga pasien.

Upaya menuntun talkin ini bisa berlangsung dalam beberapa menit, tetapi bisa juga lebih dari satu jam. Proses selesai setelah pasien mengucapkan kalimat tauhid satu kali. Sesudah itu anggota keluarga tetap menunggu sambil berdoa, dan menyaksikan pasien meninggal serta menerima kepastian dari dokter tentang meninggalnya pasien.

Proses ini merupakan titik kulminasi tertinggi kepuasan keluarga pasien yang meninggal. Artinya keluarga telah berhasil menutup hidup saudaranya dengan penutup kalimat tauhid, yang merupakan jaminan diterimanya yang meninggal masuk surga. Bagi rumah sakit, pemberian fasilitas saat stadium terminal pasien, menjadi bahan pemasaran positif bagi masyarakat muslim. Selanjutnya keluarga pasien mengikuti peraturan rumah

sakit bagaimana jenazah bisa dibawa pulang.

KESIMPULAN

Talkin merupakan prosedur menuntun kematian umat Islam. Dengan berhasilnya seorang muslim mengucapkan kalimat tauhid sebelum roh dicabut, maka ini merupakan jaminan dia masuk surga. Oleh karena itu rumah sakit perlu mengetahui kapan talkin harus dilakukan dan memberikan kesempatan dan fasilitas kepada pasien dan keluarga untuk melakukannya. Rumah sakit dan fasilitas layanan kesehatan lainnya perlu lebih memperhatikan hak pasien dan keluarganya yang muslim ini dalam bentuk memfasilitasi sebaik mungkin keluarga pasien menjalankan kepercayaannya sebagaimana tuntunan syariat Islam, yaitu dengan membimbing talkin kepada pasien muslim terminal hingga akhir hayatnya.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan

REFERENSI

1. Tim Disbintalad, editor. Al Qur'an terjemah Indonesia. Jakarta: Sari Agung; 2005.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 2014.
3. Al-Qurthubi IS. At-Tadzkirah: Bekal menghadapi kehidupan abadi. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar; 2017.
4. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia. Kode etik kedokteran tahun 2012. Jakarta; 2012.
5. Al-Jaza'iri SABJ. Minhajul Muslim: Konsep hidup ideal dalam Islam. Jakarta: Darul Haq; 2017.
6. Koch C, Massimini M, Boly M, Tononi G. Neural correlates of consciousness: Progress and problems. Nat Rev Neurosci. 2016 May 1;17(5):307-21. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.22>.
7. Prawiroharjo P. Practice of talqeen: Starting, terminating, and hospital policy advocacies for muslim patients in hospital. Dalam: FIMA Year Book 2016: Encyclopedia of Islamic medical ethics - part III. Amman: Jordan Society for Islamic Medical Sciences; 2017.
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2009.



ilmiah

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

