

# Dokter, Teruslah Belajar

---

*Refleksi 70 Tahun Perjalanan*

Zubairi Djoerban

Editor : Nurul Agustina  
Desain : [www.madebyactiv.com](http://www.madebyactiv.com)  
Foto : Zubairi Djoerban

© 2017 [www.zubairidjoerban.org](http://www.zubairidjoerban.org)

# Daftar isi

Tetap Produktif di Usia 70: Sebuah Pengantar	5
Dokter, Teruslah Belajar	9
<i>Telemedicine</i> : Menggagas Pengobatan Jarak Jauh di Indonesia	17
Menjadi Pasien di Era Internet	25
Keamanan Pasien: Tantangan dan Peluang	33
Kepatuhan atau Kemitraan?	45
Prinsip Kerahasiaan dan Perlindungan Terhadap Odha	51
HIV dan Hak Asasi Manusia	61
MEA dan Peluang Besar untuk Kemajuan	71
Izinkan Saya Bersyukur dan Berterima Kasih	80



# Tetap Produktif di Usia 70: Sebuah Pengantar

Mencapai usia 70 tahun adalah keistimewaan. Tapi mencapai usia 70 tahun dan masih diberi kesempatan produktif adalah karunia tiada tara. Sujud syukur panjang ke hadirat Ilahi Rabbi untuk semua ini.

Saya tidak menginginkan pesta mewah atau keriaan sejenisnya yang cenderung sesaat dan setelah itu akan dilupakan orang, bahkan oleh saya sendiri. Saya ingin memanfaatkan momen ini untuk berkontemplasi mengenai apa yang sudah saya lewati dan belum saya kerjakan. Karena itu saya memutuskan untuk menuliskan beberapa refleksi, catatan, pertanyaan-pertanyaan baru, yang berasal dari perjalanan saya selama lebih dari 40 tahun hidup dan berkembang bersama almamater tercinta ini, FKUI.

Dalam kesadaran bahwa saya sudah melewati sebagian besar dari jatah umur yang ditetapkan Allah, saya memutuskan untuk membagi catatan-catatan ini kepada sejawat, murid-murid, dan adik-adik yang lebih muda. Karena kepada kalianlah kami semua yang sudah menyandang predikat senior ini bisa berharap untuk meneruskan apa yang sudah kami lakukan. Tentu saja yang baik dan bermanfaat, dengan cara yang lebih baik.

Sebagai dokter yang juga aktif sebagai staf di fakultas kedokteran, saya merasakan bahwa disiplin ini sangat dinamis dan berkembang cepat. Berbagai temuan teknologi membantu kita mencapai berbagai kemajuan yang seratus tahun lalu mungkin tidak terbayangkan. Bahkan beberapa puluh tahun lalu

ketika kasus HIV pertama ditemukan dan berkembang menjadi epidemi, kita kan juga tidak membayangkan bahwa ternyata infeksi yang dulunya sangat fatal ini sekarang sudah demikian *manageable*, dan harapan hidup mereka yang terinfeksi hampir sama dengan mereka yang tidak terinfeksi.

Namun kita harus mengingat juga bahwa kemajuan teknologi juga membawa perubahan perilaku baik kepada individu maupun masyarakat luas. Termasuk perilaku dalam mencari layanan kesehatan, memahami risiko-risiko yang dihadapi dari pilihan-pilihan yang tersedia, dan pola interaksi dokter-pasien. Kemajuan teknologi informasi telah membuka peluang bagi pasien dengan latar belakang non-medis mencari sendiri informasi ke berbagai sumber. Mereka siap dengan berbagai pertanyaan yang – sepanjang pengalaman saya – kadang membuat dokter kewalahan menjawabnya. Waktu untuk konsultasi semakin panjang karena banyak pasien mencoba membandingkan pengetahuan yang mereka peroleh dari internet dengan informasi yang kita sampaikan sebagai dokter.

Otoritas dokter mendapat tantangan. Lebih lanjut, pada saat terapi akan dimulai, dokter sekarang dituntut untuk menjelaskan alternatif-alternatif yang tersedia karena pasien kian menyadari bahwa mereka memiliki hak atas tubuh mereka sendiri. Dokter adalah mitra, bukan lagi “dewa” yang memutuskan apa yang terbaik bagi pasiennya.

Saya adalah bagian dari generasi analog yang menyaksikan tumbuhnya dunia digital. Perkembangan teknologi digital ini tidak bisa saya tolak, karena bahkan ilmu kedokteran sendiri pun berkembang berkat kemajuan teknologi digital. Maka saya tak punya pilihan kecuali untuk masuk ke dalam arus besar tersebut. Tidak hanya sekadar supaya tetap up to date, tetapi lebih dari itu supaya bisa memberikan pilihan layanan terbaik dan menghindarkan pasien dari risiko-risiko yang tidak perlu.

Penting untuk dicatat bahwa teknologi informasi yang ada saat ini sanggup “melipat” ruang. Maksud saya, perkembangan

apapun yang tengah digagas di belahan dunia lain bisa kita ikuti secara real time dari mana pun selama kita terhubung dengan internet. Dan semakin hari akses ke internet juga semakin mudah, karena pemerintah semakin sadar dan peduli soal ini. Jadi sebenarnya tidak ada alasan bagi dokter sekarang untuk tidak *up to date*. Yang diperlukan tinggal terus-menerus mengasah perilaku belajar dan mencari informasi kita. Saya harus mengakui bahwa teknologi sangat memudahkan dan memungkinkan saya untuk tetap produktif di usia senja ini. Fisik kita akan mengalami kemunduran, namun semangat belajar tak boleh surut.

Kedelapan artikel dalam buku ini adalah sebagian dari hasil kontemplasi saya selama beberapa tahun belakangan menghadapi berbagai perkembangan di dunia medis. Pada waktunya, buku ini mungkin akan dianggap *obsolete* alias ketinggalan zaman. Tetapi semoga pesan yang ingin saya sampaikan akan bertahan lebih lama: untuk menjadi dokter yang baik kita harus tetap rendah hati di hadapan ilmu pengetahuan yang cakrawalanya terus menjauh.

Semoga Allah SWT, Pemilik semua perbendaharaan ilmu di bumi dan langit, senantiasa membimbing kita di jalan yang diridhai-Nya. Aamiin ya Rabb al-'Alamiin.

Jakarta, 22 Februari 2017



*Kedokteran adalah  
sebuah “seni”, yakni  
seni membuat  
keputusan di antara  
banyak bukti ilmiah  
di satu sisi dan  
ketidakpastian  
di sisi lain.*



# Dokter, Teruslah Belajar

*To hope under the most extreme circumstances is an act of defiance that permits a person to live his life on his own terms. It is part of the human spirit to endure and give a miracle a chance to happen.*

- Jerome Groopman, ahli onkologi medik dan penulis di The New Yorker

Sebagai dokter kita pasti pernah mengalami situasi sulit, baik ketika berada di ruang rawat inap maupun di rawat jalan. Dokter yang sedang ditugaskan di daerah terpencil, jauh dari rumah sakit rujukan, tidak memiliki akses pada sarana laboratorium lengkap untuk menunjang diagnosis, punya segudang cerita. Tetapi dokter yang praktik di rumah sakit besar di kota metropolitan seperti Jakarta pun bukannya tidak pernah harus membuat diagnosis ketika pemeriksaan belum lengkap, alias dengan data yang minimal. Misalnya ketika kondisi umum pasien amat tidak baik sementara tindakan harus segera diambil. Di ruang rawat jalan hampir semua pasien baru yang datang menyampaikan keluhan tanpa membawa data laboratorium ataupun radiologi, dan dokter harus memberikan pengobatan membuat resep. Tentu artinya dokter harus menyimpulkan dulu, membuat diagnosis berdasarkan wawancara dan pemeriksaan fisik saja.

Selama kuliah, dokter diajarkan untuk selalu membuat diagnosis banding, artinya memikirkan kemungkinan lain di samping diagnosis awal tersebut. Dan memikirkan kemungkinan lain inilah yang membuat kedokteran adalah sebuah “seni”, yakni seni membuat keputusan di antara banyak bukti ilmiah di satu sisi dan ketidakpastian di sisi lain. Sebagai dokter kita perlu rendah hati mengakui, bahwa ada banyak sekali contoh di mana satu jenis obat cocok dengan sebagian besar pasien tapi menimbulkan masalah pada pasien lain, padahal keluhan atau

gejalanya serupa. Kedokteran sebagai seni semakin jelas pada saat dokter harus membuat diagnosis sebelum data terkumpul lengkap.

Saya ingin mengambil sebuah contoh yang “dekat” dengan saya. Seorang pasien, laki-laki, 69 tahun, dibawa oleh keluarganya ke rumah sakit karena demam tinggi selama tiga hari, disertai sakit kepala hebat dan nyeri di sendi-sendi dan otot betis. Pemeriksaan darah yang dilakukan di rumah sakit menunjukkan trombositnya tinggal 40 ribu. Jauh lebih rendah dari angka normal yang 150 ribu – 400 ribu. Test antibodi demam berdarah positif. Pasien segera diberi infus 3 liter/hari dan diminta minum 2 liter/hari, atau total 5 liter cairan masuk ke tubuhnya setiap hari. Sebelum ke rumah sakit pun pasien sebenarnya sudah mulai minum 3 liter sehari. Yang terjadi, pada hari kedua dirawat pasien mengalami sesak dan gelisah hebat. Untuk tidur pun harus disokong oleh tiga bantal yang ditumpuk jadi satu. Semua gejala yang dirasakan mengarah pada tanda-tanda gagal jantung.

Beruntung pasien dirawat oleh seorang ahli penyakit dalam senior, konsultan hematologi dan onkologi medik senior, yang memiliki kepekaan. Pemeriksaan dada menunjukkan ada ronki basah halus nyaring di paru kanan bagian bawah. Konsultan senior tersebut segera meminta pemeriksaan foto toraks dan menemukan efusi pleura di paru kanan. Langsung setelah data diperoleh infus dan asupan cairan oral dikurangi, dan kondisi pasien perlahan membaik. Sesak berkurang dan gelisah bertahap hilang. Pasien selamat dan sekarang bisa menuliskan catatan ini untuk pembaca sekalian.

Tindakan mengurangi pemberian cairan sama sekali berlawanan dengan standar pengobatan demam berdarah yang normal, yakni pasien tidak membutuhkan pengobatan apapun selain pemberian cairan untuk mencegah terjadinya *hypovolemic*. Namun pada pasien ini jika standar tersebut diberlakukan akibatnya fatal.

Hal kedua yang terjadi pada pasien DB di atas, dokter juga melihat gejala lain yang tidak biasa dan itu terbukti menyelamatkan. Kebocoran plasma yang disebabkan oleh rendahnya trombosit menyebabkan kadar albumin dalam darah juga turun dan karena itu perlu diberikan infus albumin kepada pasien. Untuk diingat, pemberian albumin bukan standar pengobatan untuk demam berdarah. Tapi nyatanya tindakan itu diperlukan untuk kasus ini.

Singkatnya, yang dialami pasien ini adalah karena trombosit turun terjadi *leakage* (bocor) di pembuluh darah. Akibatnya plasma darah keluar dari sirkulasi (pembuluh darah) sehingga bisa menimbulkan oedema paru (efusi pleura) sekaligus turunnya albumin.

Dari kasus ini pembelajaran yang perlu diambil adalah jangan tergantung atau terkesan pada angka-angka. Walaupun angka kematian karena demam berdarah bisa dibilang sangat rendah, tetap ada kemungkinan lain yang perlu diwaspadai. Demam berdarah pada pasien dewasa sebetulnya tergolong kasus mudah. Angka kematian hanya sebesar tiga persen. Karena itu seharusnya dokter harus selalu waspada bahwa akan ada sebagian kecil pasien demam berdarah yang akan masuk kondisi emergensi oleh karena renjatan (*shock*) atau karena perdarahan akibat kadar trombosit yang amat sangat rendah.

Itu baru satu contoh. Ada banyak sekali kasus yang menunjukkan bahwa dokter harus mengambil keputusan pada saat data belum benar-benar lengkap. Artinya dokter harus memikirkan berbagai kemungkinan penyebab keluhan pada pasiennya. Misalnya, keluhan tidak nyaman di perut bagian tengah kiri selain gastroduodenitis, tukak lambung/duodenum, radang kandung empedu, bisa juga merupakan gejala radang pancreas. Atau batuk dan pilek bisa disebabkan karena flu biasa, tapi bisa juga menjadi gejala infeksi tuberculosis yang lebih serius. Atau tersangka TB yang ternyata adalah pasien kanker

*Dokter harus  
cerdas mengambil  
keputusan untuk  
pasien-pasien yang  
“penampilannya”  
berbeda*

paru. Cara berpikir dokter ini yang biasa disebut *differential diagnosis*. Sekali lagi, jika fasilitas penunjang pemeriksaan lengkap dan kondisi pasien “masih bisa menunggu” diagnosis, dokter bisa menyetujui pemeriksaan sebelum menegakkan diagnosis. Namun jika tidak, dokter perlu memikirkan kemungkinan-kemungkinan yang lain. Untuk itu dokter perlu mengomunikasikan dan memberi pengertian kepada pasien jika dipandang perlu untuk konsul lagi.

Contoh lain yang gejalanya sederhana adalah sariawan. Sariawan bisa disebabkan oleh avitaminosis, tapi bisa juga menjadi penanda khas dari infeksi HIV. Tentu saja pemberian vitamin dosis tinggi tidak akan cukup dalam kasus ini. Pasien perlu segera mendapatkan terapi ARV setelah sebelumnya menjalani beberapa pemeriksaan laboratorium. Sariawan juga bisa dialami oleh pasien lupus yang harus mengonsumsi obat-obatan jenis steroid. Seperti diketahui, steroid dosis tinggi yang dikonsumsi dalam jangka waktu lama juga bisa menyebabkan infeksi jamur dan pengeroposan tulang. Karena itu dokter perlu sensitif untuk menentukan penyebab dari infeksi jamur yang

### **No Test is Best**

Demam adalah gejala yang sangat umum dari kondisi sakit. Pasien dengan demam mencapai 39 derajat Celcius dan sakit kepala (yang sebenarnya dialami oleh hampir semua pasien yang demam), dan menjalani tes demam berdarah atau tipoid atau malaria, hasil pemeriksaannya mungkin akan normal, khususnya pada satu sampai tiga hari pertama. Pada pasien demam berdarah, LED rendah normal seharusnya dicurigai disebabkan oleh darah kental dan itu adalah data (clue) untuk mencurigai adanya infeksi DB. Apalagi setelah hari ke-2 dan ke-3, dokter harus memikirkan bahwa demam berdarah memiliki kemungkinan terbesar. Setelah tiga hari tes serologi demam berdarah biasanya positif. Maka data ini dikombinasi dengan jumlah trombosit yang rendah akan menyimpulkan kuat adanya DB.

Statistik itu penting tapi bukan segalanya. Dokter harus cerdas mengambil keputusan untuk pasien-pasien yang

“penampilannya” berbeda. Pada pasien demam berdarah ronki dan sesak nafas, apalagi sampai harus mengambil posisi setengah duduk untuk bisa tidur, bukanlah hal yang normal atau biasa. Kelainan tersebut bisa disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di rongga pleuran akibat ekstra pasasi plasma darah keluar dari pembuluh darah pada DB. Sebagai dokter, pasien tersebut pernah memberikan ceramah tentang demam berdarah di Brazilia yang menekankan untuk tidak memberikan infus trombosit kecuali jika jumlah trombosit kurang dari 5000.

*Untuk menegaskan diagnosis diperlukan banyak data. Semakin banyak data termasuk pemeriksaan laboratorium dan penunjang yang lain, ketajaman penyimpulan (diagnosis) akan semakin baik.*

Untuk diingat kembali, dokter-dokter semestinya memahami bahwa persediaan darah di Palang Merah Indonesia tidak berlebihan. Jadi sangat penting untuk memberikan transfusi trombosit atau transfusi darah merah kecuali bila memang amat diperlukan. Kita harus ingat bahwa transfusi darah tidak seratus persen aman. Selain itu, meski kemampuan PMI untuk menapis darah donor dari kemungkinan menularkan infeksi sudah sangat baik, namun tidak pernah salah untuk berhati-hati dan mengingat mengenai *window period*. Misalnya walaupun serologi HBs Ag negatif, namun kemungkinan infeksi hepatitis B masih ada. Demikian pula tes HIV yang negatif di darah donor bisa berarti belum ada infeksi sampai tiga bulan yang lalu. Saat ini risiko terinfeksi HIV melalui transfusi darah adalah 1:600.000. Sangat kecil, tapi masih ada.

Dokter membuat diagnosis berdasarkan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang atau hasil konsultasi dengan dokter lain. Namun kenyataan menunjukkan bahwa beberapa dokter gagal untuk mengumpulkan informasi sehingga tidak tepat dalam menganalisa. Beberapa kegagalan mengumpulkan data disebabkan karena anamnesis yang tidak tepat, termasuk memberi pertanyaan yang tepat. Itu salah satu sebabnya mengapa di beberapa negara termasuk Amerika Serikat ada ketentuan bahwa mengobati istri, anak dan sahabat adalah tindakan tidak etis. Salah satunya adalah karena kepada keluarga dokter mengajukan pertanyaan yang tidak lengkap, amat jarang periksa fisik apalagi membuat catatan medis. Keadaan akan lebih pelik jika menyangkut beberapa

jenis penyakit yang dianggap “moral laden” seperti penyakit menular seksual. Tidak ada satu tes yang dikatakan terbaik. Untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa data atau tes. Semakin banyak data, termasuk pemeriksaan laboratorium dan penunjang yang lain, *predictive value* akan semakin tinggi dan ketajaman penyimpulan (diagnosis) akan semakin baik. Misalnya kalau pasien datang dengan panas tinggi maka kemungkinannya puluhan penyakit. Tapi kalau pasien bilang panasnya sudah tujuh hari maka kemungkinannya akan lebih sedikit. Misalnya typhoid, TB atau demam berdarah. Walaupun bisa juga disebabkan oleh sebab lain tapi kemungkinannya tiga itu yang terbesar. Apalagi jika disertai dengan pemeriksaan darah yang menunjukkan adanya lekosit rendah dan trombosit rendah maka kemungkinan terbesarnya (belum pasti juga) adalah demam berdarah. Lalu bila semua tes darah normal namun LED-nya tinggi (80), maka kemungkinan untuk tb menjadi lebih besar dan karena itu diperlukan pemeriksaan tambahan yaitu sputum BTA dan ronsen dada. Mungkin kemudian diperlukan juga pemeriksaan *gene expert* dan atau IGRA (serologi antibody TB), atau CT Scan paru.

Sampai di sini, perkenalkan saya untuk mengingatkan terutama pada dokter-dokter muda, adik-adik yang saya sayangi, untuk selalu sadar dan kritis pada cara berpikir kita sendiri. Mengumpulkan informasi atau data sangat penting untuk menegakkan diagnosis. Kita perlu melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, melakukan test yang diperlukan dan berkonsultasi dengan dokter lain. Namun ada dua kecenderungan yang perlu diwaspadai, yakni pertama *kurang percaya diri* yang menyebabkan seorang dokter mengumpulkan data terlalu banyak. Akibatnya, sebagai contoh, dia akan meminta pasien melakukan beberapa test yang sebetulnya mungkin tidak diperlukan.

Kecenderungan kedua yang tak kurang bahayanya adalah *terlalu percaya diri*. Akibatnya seseorang mungkin tidak sadar bahwa masih ada informasi yang perlu digali lebih jauh sebelum diagnosis yang benar ditetapkan. Selain itu dokter yang terlalu percaya diri mungkin juga akan tidak sadar bahwa dia

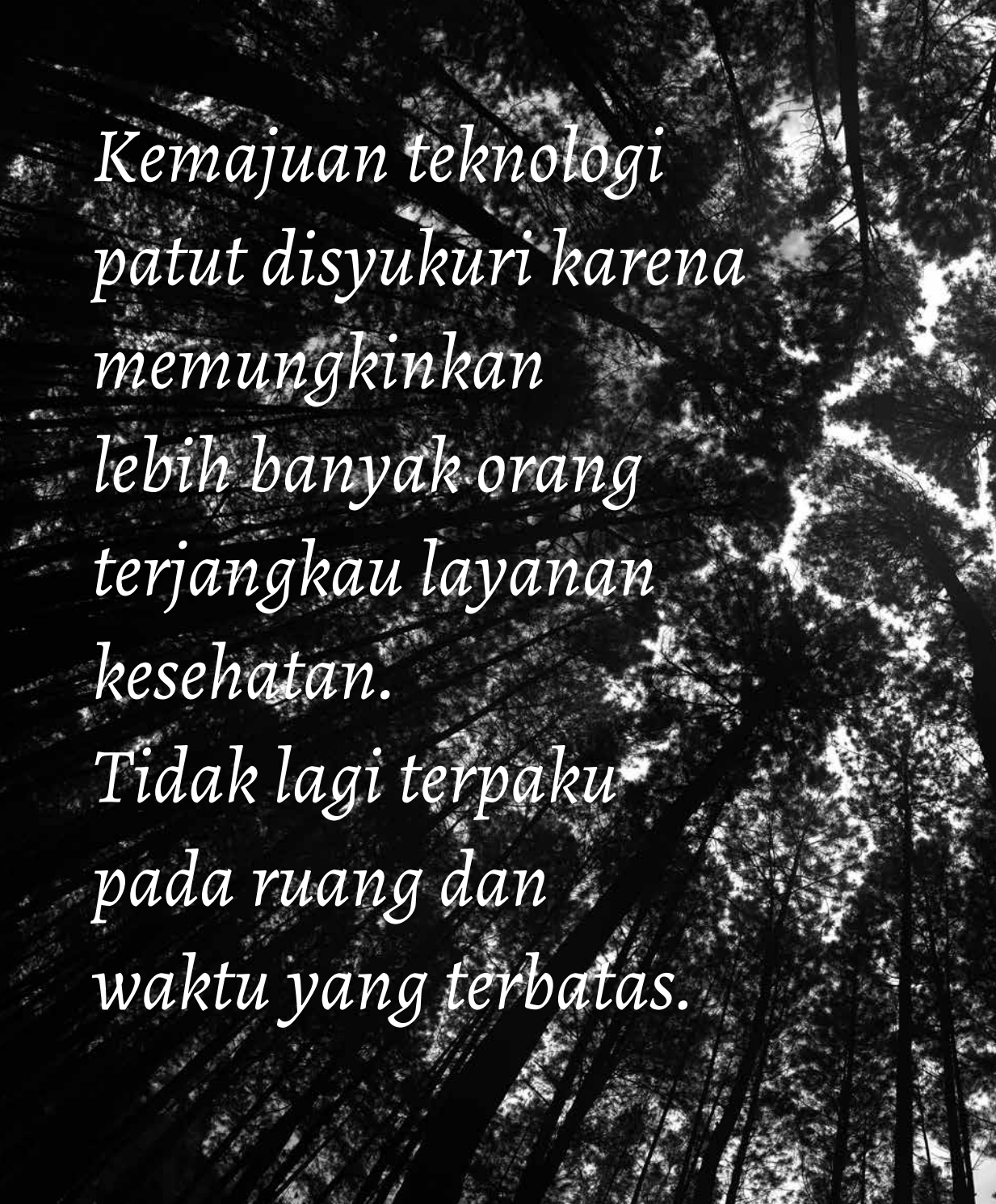
membutuhkan masukan dari dokter lain, sehingga terhindar dari *diagnostic errors*. Intinya kita harus tahu limitasi kompetensi kita. Misalnya, sebagai ahli HOM saya memiliki kompetensi untuk mengobati kanker prostat atau kanker pankreas. Namun karena dalam setahun terakhir saya hanya mengobati satu pasien sudah seharusnya konsultasi kepada sejawat HOM yang lebih banyak menangani kedua jenis kanker tersebut, atau malah merujuknya jika perlu.

*Di mana pun kita  
bertugas, seorang  
dokter tidak  
selayaknya  
berhenti belajar.*

*Overconfidence* atau terlalu percaya diri juga menjadi penghambat perkembangan kemampuan seorang dokter. Sebuah artikel yang dimuat di *British Medical Journal*, 25 September 2016, "*Calibrating how doctors think and seek information to minimize errors in diagnostic*", ditulis oleh Ashley N.D. Meyer dan Hardeep Singh, menyebutkan sikap terlalu percaya diri menghalangi dokter untuk terus belajar padahal berbagai informasi baru terus diproduksi, tersedia dan mudah didapatkan. Dokter sendiri bisa beralasan tidak rajin mencari informasi baru karena tidak sempat atau, diam-diam, karena takut tidak dianggap kompeten oleh pasiennya.

Dokter yang bertugas di rumah sakit pendidikan, atau bertugas sebagai staf di lembaga pendidikan, memiliki keuntungan dalam hal ini. Bukan hanya karena mereka memiliki akses ke jurnal ilmiah, penelitian, dan berbagai forum belajar atau bahasan kasus sukar yang menginformasikan dengan segera mengenai perkembangan mutakhir dari suatu penyakit dan teknologi pengobatan. Lebih dari itu mereka juga ditantang terus-menerus oleh berbagai pertanyaan mahasiswa di kelas, atau ketika menerima kritikan sebagai residen atau intern. Kedua, dibanding dokter yang tidak berada di setting akademis, ketika di ruang praktiknya mereka menghadapi kasus yang sulit, bantuan akan lebih mudah diperoleh termasuk dari senior atau sejawat yang lebih berpengalaman.

Namun intinya tetap: di mana pun kita bertugas, seorang dokter tidak selayaknya berhenti belajar. Horison ilmu pengetahuan kedokteran terus meluas. Belajar adalah kewajiban untuk dapat memberikan pelayanan terbaik kepada sesama manusia.



*Kemajuan teknologi  
patut disyukuri karena  
memungkinkan  
lebih banyak orang  
terjangkau layanan  
kesehatan.*

*Tidak lagi terpaku  
pada ruang dan  
waktu yang terbatas.*



# Telemedicine: Menggagas Pengobatan Jarak Jauh di Indonesia

*Melihat statistik yang ada, seharusnya kita bisa paham bahwa bertemu dokter adalah hal istimewa bagi banyak sekali orang Indonesia.*

Sebagai klinisi, mungkin Anda pernah mendapatkan keluhan dari pasien mengenai lamanya mereka menunggu sebelum mendapat giliran berkonsultasi. Tak heran jika begitu masuk mereka akan mengeluarkan keluhannya panjang lebar. Waktu yang disediakan menjadi seolah tak cukup. Apalagi jika mereka datang dari luar kota. Saya yakin ada perasaan tak enak hati bagi dokter untuk memutus omongan mereka, padahal sebenarnya Anda tahu kondisi mereka tidak terlalu buruk atau bahkan baik sekali untuk ukuran penyakit yang mereka alami.

Melihat statistik yang ada, seharusnya kita bisa paham bahwa bertemu dokter adalah hal istimewa bagi banyak sekali orang Indonesia. Pertama rasio dokter per total penduduk, apalagi spesialis per total penduduk, masih jauh dari ideal. Tentu jangan melihat hanya di Jakarta atau kota-kota besar lainnya. Bayangkan mereka yang tinggal jauh dari ibu kota provinsi, atau malah di wilayah-wilayah perbatasan. Masih banyak saudara kita yang belum tersentuh oleh layanan kesehatan yang adekuat. Puskesmas terdekat dengan mereka pun mungkin sekali tidak setiap hari dikunjungi dokter umum, apalagi spesialis. Kondisi geografis Indonesia dan pembangunan yang masih jauh dari merata memang terus menjadi tantangan bagi penyediaan layanan kesehatan yang memadai untuk seluruh warga negara.

Tapi di dunia digital seperti sekarang terdapat pilihan lain yang memanfaatkan teknologi komunikasi dan informasi. Kita mengenal yang disebut dengan *Telemedicine*. Secara sederhana *Telemedicine* diartikan sebagai layanan oleh ahli kesehatan (dokter) yang bertujuan untuk mendiagnosis keadaan klien

(pasien) dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. *Telemedicine* dipakai ketika bertemu dokter secara langsung tidak dimungkinkan karena satu dan lain alasan.

Selain *Telemedicine* orang juga mengenal *mHealth*, *mobile health*, yang sebenarnya salah satu bentuk *Telemedicine* yang menggunakan gawai nirkabel dan telepon genggam. Jadi secara mudah *mHealth* adalah alat, medium, yang dengannya kita bisa melakukan *Telemedicine*. *mHealth* adalah kemajuan yang patut disyukuri karena memungkinkan lebih banyak orang terjangkau layanan kesehatan. Tidak lagi terpaku pada ruang dan waktu yang terbatas.

Kemudian, di luar *Telemedicine* dan *mHealth* ada juga istilah terkait yang mungkin perlu diketahui, yakni *Health Information Technology* (HIT). Secara lugas HIT diartikan sebagai serangkaian upaya untuk mendapatkan dan kemudian mentransmisikan data melalui sistem pencatatan elektronik. HIT umumnya digunakan untuk memudahkan kerja-kerja administratif terkait kesehatan, seperti menyimpan data rekam medik pasien dan memudahkan berbagi informasi di antara anggota tim dokter yang merawat seorang pasien secara bersama. HIT memudahkan kerja *Telemedicine*, tapi tidak menjadi syarat utama untuk memberikan layanan kesehatan jarak jauh.

### **Keuntungan Menerapkan Telemedicine**

Di negara-negara maju seperti di Eropa, Amerika Serikat dan Kanada, *Telemedicine* sudah diterapkan secara luas karena infrastruktur yang memadai. Di negara-negara tersebut masyarakat mulai merasakan manfaat dari *Telemedicine*. Data penelitian yang tersedia menunjukkan bahwa *Telemedicine* memungkinkan keluaran lebih baik pada pasien-pasien dengan kondisi kronis seperti penyakit jantung dan penyakit paru obstruktif kronis menahun (*chronic obstructive pulmonary disease*, COPD). Di Ontario, program Telehomecare menyediakan layanan monitoring jarak jauh dan panduan kesehatan (*health coaching*) untuk pasien dengan dua kondisi tersebut. Pasien mengirimkan data kardiogram kepada dokter melalui telepon cerdas untuk dibaca oleh dokter. Selain itu telepon cerdas yang

dilengkapi fitur untuk mengukur tekanan darah dan fungsi paru juga sangat bermanfaat untuk dokter memonitor kondisi pasien-pasiennya.

Dengan *Telemedicine*, manajemen kesehatan pasien menjadi lebih baik. Akibatnya waktu rawat inap menjadi lebih singkat, angka kunjungan ke IGD (yang sebagian besar sebenarnya sangat bisa dicegah atau malah kurang perlu) menurun signifikan. Demikian pula dengan angka kesakitan dan kematian. Tidak hanya itu. Kualitas hidup pasien-pasien kronik ini meningkat. Demikian pula dengan indeks kebahagiaannya. Tentu saja ini keluaran yang sangat berarti tidak hanya bagi pasien dan keluarganya, tetapi juga dokternya.

*Riset yang dilakukan  
Cisco global  
menunjukkan 74%  
pasien menginginkan  
akses yang lebih  
mudah. Lebih tinggi  
dari kebutuhan  
untuk bertemu secara  
langsung  
dengan dokter.*

Bagaimana itu bisa terjadi? Pertama harus dicatat bahwa perbaikan itu dimungkinkan karena rumah sakit sudah punya data lengkap mengenai pasien. Dengan kata lain, ceritanya akan berbeda jika konsultasi hanya dilakukan per telepon dan dokter belum pernah melihat pasien sama sekali. Kedua, *Telemedicine* terbukti menyebabkan biaya kesehatan bisa ditekan. Termasuk ongkos yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk pergi ke rumah sakit. Kenyamanan seperti ini semakin hari semakin menjadi indikator keberhasilan terapi. Riset yang dilakukan Cisco global menunjukkan 74% pasien menginginkan akses yang lebih mudah. Lebih tinggi dari kebutuhan untuk bertemu secara langsung dengan dokter.

Dari sisi dokter dan asuransi, *Telemedicine* tidak merugikan secara materi karena biaya konsultasi tetap dapat dicakup oleh asuransi. Di AS, Medicare dan Medicaid mencakup pembiayaan *Telemedicine*. Selain itu *Telemedicine* mengurangi risiko pasien gagal hadir di ruang praktik karena berbagai alasan, sementara bagi rumah sakit *Telemedicine* berpotensi mengurangi biaya overhead dan dokter bisa memberikan layanan dari mana saja. Tidak harus dari rumah sakit. Singkatnya, lebih efisien.

Selain itu, beberapa riset mengenai *Telemedicine* dan perilaku pencarian layanan kesehatan (*health-seeking behavior*) menunjukkan peningkatan keterlibatan pasien. Mereka misalnya

lebih peduli dengan jadwal yang telah disepakati dengan dokter. Keterlibatan seperti ini juga terbukti berhasil menurunkan angka obesitas dan penggunaan tembakau. Dengan kata lain pasien lebih bertanggungjawab atas kesehatannya sendiri. Karena prinsip *patient-centered approach*, pasien bisa lebih cepat mengakses layanan (konsultasi) mendesak dan mendapatkan saran yang mendesak diperlukan, dengan cepat.

Sebuah studi menunjukkan bahwa pasien yang memanfaatkan *Telemedicine* lebih jarang mengalami depresi, kecemasan dan stress akibat penyakitnya, selain lebih jarang dirawat. Pengalaman di negara-negara yang sudah lebih dulu menerapkan *Telemedicine*, pasien merasa dokter lebih mudah menghubungi dokter, lebih bebas mengajukan pertanyaan dan menyampaikan keluhan atau tanda-tanda awal yang mereka khawatirkan, dan proaktif menanyakan jadwal konsultasi berikutnya untuk mengetahui apakah pengobatan berjalan ke arah yang benar.

### **Tantangan Menerapkan Telemedicine**

Sebelum membahas mengenai tantangan, pertama-tama dokter dan pasien harus tahu bahwa *Telemedicine* punya keterbatasan. *Telemedicine* bukan berarti konsultasi per telepon lalu dokter mengirim resep. Dokter harus tahu bahwa kewajiban etik, professional, dan aturan legal tidak berubah kendati layanan yang mereka berikan tidak lagi berupa tatap-muka atau in-person. Karena itu dokter harus melakukan asesmen kepada pasiennya sebelum menyetujui untuk melakukan pelayanan *Telemedicine*. Pertanyaannya apakah *Telemedicine* akan memudahkannya memberikan layanan yang memenuhi standar?

Termasuk di dalam pertimbangan awal ini adalah dokter tidak boleh memberikan obat-obatan sejenis morfin atau yang lainnya, yang pemakaiannya harus benar-benar terkontrol. Namun jika tetap harus diberikan, dokter *Telemedicine* harus bekerja sama dengan dokter lain di wilayah tempat tinggal pasien yang bisa mengawasi secara langsung penggunaan obat tersebut.

Mungkin tantangan penting untuk penerapan *Telemedicine* di Indonesia adalah investasi untuk meningkatkan kualitas dan infrastruktur teknologi informasi, dan setelah itu melatihkannya kepada dokter dan perawat yang akan menggunakannya. *Telemedicine* akan membuat kerja rumah sakit menjadi efisien. Bagus di satu sisi, namun artinya kebutuhan staf akan berkurang. Di Alaska, menurut salah satu referensi, dilaporkan bahwa satu perawat bisa memonitor 33 pasien sekaligus dengan menggunakan layanan *Telemedicine*.

Kedua, lebih sedikitnya kesempatan untuk tatap muka membuat beberapa pasien (dan juga dokter!) mengkhawatirkan hasilnya, karena “sentuhan personal” mungkin masih diperlukan selain beberapa prosedur pemeriksaan memang tidak bisa dilakukan secara digital. Namun ada banyak kasus di mana pasien berhalangan bertemu dengan dokter, atau pasien sebetulnya tidak membutuhkan pemeriksaan fisik, *Telemedicine* berpeluang menjadi alternatif konsultasi yang *cost efficient*.

Tantangan ketiga adalah bagaimana mempertahankan kualitas rekam medis yang lengkap dan mudah diakses kembali, namun tetap menjaga kerahasiaan pasien. Jika pasien ditangani oleh tim, siapa yang bertanggungjawab menuliskan rekam medis? Bagaimana dengan syarat dari asuransi untuk membuka diagnosis pasien supaya mereka bisa mengajukan klaim? Artinya mekanisme ini perlu disepakati oleh banyak pihak. Tidak hanya oleh dokter dan manajemen rumah sakit sendiri.

Terakhir, terkait masalah pembiayaan dan reimbursement. Perkembangan teknologi saat ini rasanya tidak mungkin ditahan, dan *Telemedicine* yang di luar negeri berkembang sangat pesat juga akan segera menjadi trend di sini. Pihak klinik dan rumah sakit tentu ingin mempromosikan praktik-praktik terbaik yang mereka dapatkan dari mengimplementasikan *Telemedicine*, namun ini harus dibarengi oleh inisiatif dari pihak asuransi agar aksesibilitas terhadap *Telemedicine* berjalan

seiring dengan mekanisme pembayaran dan reimbursement oleh pihak penjamin (asuransi atau BPJS).

### **Siapa berhak mengawasi?**

Seperti dijelaskan sebelumnya, dokter dan perawat yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan *Telemedicine* membutuhkan beberapa pelatihan untuk mampu menegakkan diagnosis dan memberikan terapi secara tepat. Teknologi penting, tetapi *the man behind the technology* itu lebih penting. Karena itu selain pelatihan sejumlah aturan juga perlu ditetapkan.

Belajar dari Kanada, satu aturan dasar yang pertama ditegakkan adalah menunjuk badan yang akan mengawasi layanan *Telemedicine*. Dokter-dokter yang memberikan layanan *Telemedicine* harus terdaftar dan dipastikan mereka memahami peraturan-peraturan terkait. Ini penting untuk meminimalkan risiko terjadinya perselisihan (*dispute*) dengan klien mereka.

Badan ini juga harus memastikan bahwa dokter dan pasien memahami bahwa mereka menggunakan teknologi yang standar, terakreditasi, dan mampu menjaga kerahasiaan pasien. Selain itu, badan ini juga memastikan bahwa identitas dokter dan pasien sama-sama jelas. Pasien juga didorong untuk mengetahui lokasi dokter, dan yakin bahwa izin praktik dokternya masih berlaku. Ini juga untuk membantu pasien mengajukan klaim ke perusahaan asuransinya.

Kembali ke pertanyaan siapa yang berhak mengawasi, mungkin sementara ini kita perlu menyerukan kepada pihak-pihak yang bakal terkait – Kemenkes RI, IDI, ikatan profesi, BPJS dan asosiasi asuransi, serta lembaga konsumen – untuk duduk bersama dan membahas prosedur dan peraturan yang diperlukan. Semoga bisa segera terlaksana.





*Perlu dicatat bahwa  
kedokteran bukanlah  
ilmu yang statis.*

*Perkembangan terjadi  
di semua bidang medis  
dengan sangat cepat.*



# Agar tak Sesat di Belantara Informasi Menjadi Pasien di Era Internet

*Saya sadar di luar  
sana banyak beredar  
informasi yang  
tidak tepat, salah,  
dan bahkan bisa  
membahayakan  
pasien.*

Siapa di antara Anda yang belum pernah mengakses informasi kesehatan melalui internet? Saya kira jawabannya sangat jarang, atau bahkan tidak ada. Sekarang, setiap kali bertemu pasien di ruang praktik, saya sering dikonfrontir dengan pertanyaan pasien yang sebagian besar didasarkan pada keterangan yang mereka bisa dapatkan dari situs atau portal berita yang menyediakan informasi kesehatan. Mulai dari artikel kesarjanaan (ilmiah) hingga artikel populer yang “siap pakai”.

Untuk saya sebagai dokter, ini perkembangan yang menggembirakan dan mengkhawatirkan sekaligus. Menggembirakan, karena teknologi internet telah membuka peluang bagi demokratisasi informasi sehingga setiap orang bisa mengakses pengetahuan yang selama ini dimonopoli oleh sedikit saja orang. Internet juga mempengaruhi pola interaksi antara pasien (klien) dan dokter sebagai penyedia jasa layanan. Jika sebelumnya komunikasi antara dokter dan pasien lebih banyak dipandang sebagai komunikasi satu arah di mana dokter berbicara dan pasien hanya mendengarkan dan patuh, maka dengan datangnya era internet komunikasi di antara keduanya lebih interaktif dan “*taylor made*” (d disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien).

Tapi juga mengkhawatirkan, karena sebagai dokter yang ingin selalu memperbarui pengetahuan, saya sadar di luar sana banyak beredar informasi yang tidak tepat, salah, dan bahkan bisa membahayakan pasien. Termasuk informasi melalui jaringan sosial seperti WA (WhatsApp) yang seringkali keliru dan diteruskan begitu saja oleh orang yang tidak mengetahui benar-salahnya informasi tersebut.

*Risiko mengambil keputusan salah karena didasarkan pada informasi yang tidak jelas sangat besar. Apalagi mengingat saat ini diperkirakan ada lebih dari 50 juta orang di planet ini yang mengakses informasi kesehatan secara online, dan lebih dari 70 ribu daring yang menyediakan informasi kesehatan.*

Risiko mengambil keputusan salah karena didasarkan pada informasi yang tidak jelas sangat besar. Apalagi mengingat saat ini diperkirakan ada lebih dari 50 juta orang di planet ini yang mengakses informasi kesehatan secara online, dan lebih dari 70 ribu daring yang menyediakan informasi kesehatan.

Tak semua kanal menyediakan informasi yang bertanggungjawab. Siapapun bisa membuktikan pernyataan ini. Jika sedang berselancar dengan mesin pencari, cobalah misalnya memasukkan kata kunci “pengobatan kanker payudara”, lalu amati informasi yang muncul di sana. Bisa dipastikan bahwa lima sumber informasi teratas terkait dengan pengobatan alternatif yang efektivitasnya sangat mungkin belum teruji dengan uji klinis yang terstandarisasi. Obat herbal atau alternatif tidak “haram”. Beberapa pasien saya memakainya sebagai obat penunjang misalnya untuk mengatasi efek samping kemoterapi. Tapi lain soalnya jika obat-obat herbal tersebut diiklankan memiliki efektivitas yang luar biasa, padahal belum terbukti melalui uji klinis yang melibatkan subyek penelitian dalam jumlah besar.

Sebagai klinisi sudah banyak saya melihat kasus pasien yang datang ke dokter setelah kondisinya parah, atau kankernya sudah memasuki stadium lanjut bahkan terminal, setelah mereka “shopping around” dengan berbagai metode yang diklaim sangat manjur dan bebas efek samping tersebut. Sekadar untuk diketahui, dibanding kanker lain, kanker payudara adalah kanker yang teknologi pengobatannya paling berkembang dan itu salah satu sebab kemungkinan kesembuhannya paling besar.

### **Kedokteran: Ilmu yang Terus Berkembang**

Perlu dicatat bahwa kedokteran bukanlah ilmu yang statis. Perkembangan terjadi di semua bidang medis dengan sangat cepat. Ambil contoh pemahaman selama ini mengenai pentingnya suplemen kalsium untuk kelompok lanjut usia yang memang rentan terhadap osteoporosis. Dulu kita menganggap hal ini sangat penting. Namun penelitian terus berkembang, hingga ada bukti kuat sekarang pemberian suplemen kalsium bisa membahayakan terutama untuk laki-laki lanjut usia.

Sebuah penelitian prospektif yang dilakukan oleh National Institutes of Health, dimulai tahun 1995-1996 dan berlangsung selama 12 tahun di Amerika Serikat, melibatkan 388.229 perempuan dan laki-laki berusia antara 50 – 71 tahun yang berasal dari beberapa negara bagian (California, Florida, Louisiana, New Jersey, North Carolina, Pennsylvania, serta dua wilayah metropolitan (Atlanta, Georgia, dan Detroit, Michigan), menyimpulkan bahwa suplemen kalsium berkorelasi dengan meningkatnya risiko penyakit kardiovaskular pada laki-laki, meski tidak pada perempuan (<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1568523#METHODS>)

Contoh kedua, berbeda dari pemahaman populer bahwa kopi sebaiknya dihindari oleh wanita yang sedang hamil muda, menyebabkan gangguan irama jantung dan menyulitkan mengontrol hipertensi, para peneliti medis sekarang menyimpulkan bahwa belum cukup data untuk melarang perempuan yang hamil muda minum kopi karena kekhawatiran bayinya akan lahir dengan berat badan rendah ([http://www.cochrane.org/CD006965/PREG\\_effects-of-restricted-caffeine-intake-by-mother-on-fetal-neonatal-and-pregnancy-outcomes](http://www.cochrane.org/CD006965/PREG_effects-of-restricted-caffeine-intake-by-mother-on-fetal-neonatal-and-pregnancy-outcomes)). Masih banyak contoh yang lain, namun yang ingin disampaikan di sini adalah internet telah membawa kita pada era banjir informasi yang sangat perlu untuk disikapi dengan hati-hati. Sebuah penelitian yang dilaporkan pada 1999 oleh Abelhard dan Obst menyebutkan bahwa lebih dari setengah situs informasi kesehatan mengandung informasi yang validitasnya tidak bisa dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

Selanjutnya Cline dan Haynes (2001), menyebutkan bahwa pada 1997 hanya empat dari 41 situs yang menyajikan informasi mengenai tatalaksana demam pada anak di rumah, yang benar-benar dekat dengan panduan medis yang berdasarkan pada bukti (*evidence-based medicine*). Contoh lain, pada 1998 dilaporkan bahwa hanya 12 dari 60 artikel mengenai diare pada anak, yang sesuai dengan rekomendasi tatalaksana diare yang dikeluarkan oleh American Academy of Paediatrics. Contoh yang lain dengan mudah akan kita dapatkan terkait kanker, urologi, dan tiroid.

### **Kemampuan Menilai**

Informasi kesehatan di internet dapat diibaratkan kotak Pandora, yang mudah dibuka namun akan membahayakan jika tidak disikapi dengan hati-hati. Sebagai konsumen informasi kesehatan (ingat bahwa dokter dan pekerja kesehatan lain pun termasuk konsumen dalam hal ini, jadi bukan hanya pasien), kemampuan untuk menelaah literatur ilmiah secara kritis, mengidentifikasi kekeliruan yang diidap sebuah penelitian, serta menginterpretasikan dengan benar implikasi dari sebuah laporan penelitian, sangat diperlukan. Dokter atau sarjana kesehatan masyarakat mendapatkan pendidikan untuk menilai informasi kesehatan, namun sayangnya tidak demikian dengan masyarakat umum yang adalah konsumen kesehatan.

Akibatnya, pembaca non-medis cenderung untuk:

1. Tidak melihat bahwa ada informasi penting yang hilang dari sebuah artikel atau laporan.
2. Tidak dapat membedakan mana artikel yang mengandung bias dan mana yang tidak.
3. Tidak dapat membedakan klaim yang berbasis bukti (*evidence-based*) dan mana yang tidak berbasis bukti (*non-evidence-based*), dan
4. Memahami secara keliru informasi yang memang sebenarnya ditujukan untuk kalangan profesional (*Cline dan Haynes, 2001*).

Tapi hambatan informasi bagi konsumen kesehatan tidak hanya berhenti di situ. Akses terhadap informasi juga terhambat justru karena jumlahnya yang terlalu banyak (*overload*) dan tidak teratur. Internet, kata seorang ahli, mirip sebuah perpustakaan di mana setiap orang menyumbangkan buku tetapi meletakkannya secara random di sembarang rak. Parahnya lagi, tidak ada sistem penomoran atau klasifikasi yang jelas untuk mengarahkan pembaca awam mendapatkan informasi yang dibutuhkan. Semakin lama semakin parah, karena semakin banyak “buku” yang dimasukkan ke dalam “perpustakaan” tersebut.

Kesulitan lain yang mungkin dihadapi oleh konsumen awam informasi kesehatan adalah bahasa yang terlalu teknis, atau

malah tidak menguasai kata kunci yang seharusnya diletakkan di mesin pencari. Akibatnya ia akan mudah “tersesat” dan justru menemukan informasi-informasi yang membahayakan. Juga, jika pertanyaan kita tidak spesifik, informasi yang diterima tidak akan sesuai dengan kebutuhan dan bahkan berisiko.

Untuk itu, kita semua harus berpikir logis dengan didasarkan pada bukti-bukti yang cukup. Dalam ilmu kedokteran, sebuah penelitian dianggap valid antara lain jika melibatkan banyak subyek (di atas 5000 orang). Jika bukti efektivitas hanya pada satu-dua orang, itu yang disebut sebagai *anecdotal data/evidence*.

Ketika dokter mengetahui ada seorang pasien demam berdarah yang oleh keluarganya diberi jus jambu lantas sembuh, maka sebenarnya itu bukan karena jus jambu, tetapi karena demam berdarah adalah *self-limiting disease* yang akan sembuh tanpa obat. Demam berdarah pada prinsipnya hanya memerlukan cairan, yang bisa diberikan lewat oral (minum) atau kalau trombosit rendah ya harus lewat infus. Pasien demam berdarah tidak boleh diberikan antibiotika ataupun transfusi trombosit, karena malah membahayakan dan memicu komplikasi yang lain, sehingga masa perawatan menjadi lebih lama. Transfusi trombosit hanya diperlukan jika kadarnya di bawah 5000 atau masa perdarahan yang panjang. Pasien demam berdarah dewasa rata-rata memerlukan 10 hari atau paling lambat 2 minggu untuk sembuh total.

### **Sumber Informasi untuk Konsumen**

Lantas apakah dengan itu semua berarti pasien tidak berhak mencari informasi terkait kesehatannya sendiri? Tentu saja tidak begitu. Konsumen sebaiknya tidak berhenti menambah pengetahuan terkait kondisi yang dialaminya, karena itu akan membantunya untuk berkomunikasi dengan dokter. Sebaliknya, dari pihak dokter, pasien yang “canggih” adalah *sparrring partner* yang menguntungkan karena akan memacu dokter untuk terus belajar dan memperbarui pengetahuan dan metode-metode pengobatan terbaru dengan bukti-bukti ilmiah termutakhir.

Sebagai dokter, saya mengusulkan beberapa situs yang sejauh pengamatan saya cukup bisa diandalkan validitasnya, jika pasien ingin mencari informasi terkait penyakit yang ia atau keluarganya alami:

1. <http://www.cochrane.org/>. Di sini kita bisa mencari bukti-bukti terbaru mengenai berbagai jenis penyakit dan cara penanganannya, atau *evidence-based medicine*. Cochrane memiliki banyak “ruang” yang bisa kita jelajahi seperti <http://www.cochrane.org/evidence>, dan <http://www.cochranelibrary.com/>.
2. National Institutes of Health (<http://www.nih.gov/>)
3. National Cancer Institutes (<http://www.cancer.gov/>), yang memiliki tautan <http://www.cancer.gov/publications/pdq> yang lebih mudah dipahami oleh kalangan non-medis.
4. Untuk pengetahuan termutakhir mengenai HIV dan AIDS, kita bisa merujuk pada <http://hivinsite.ucsf.edu/>, atau website UNAIDS,
5. <http://www.healthypeople.gov/> atau Healthy People 2020, adalah situs yang menyajikan informasi-informasi teranyar baik mengenai system kesehatan maupun penyakit. Katalog alfabetis memudahkan kita mencari informasi yang kita butuhkan.

Situs lain yang juga sering saya jadikan rujukan adalah:

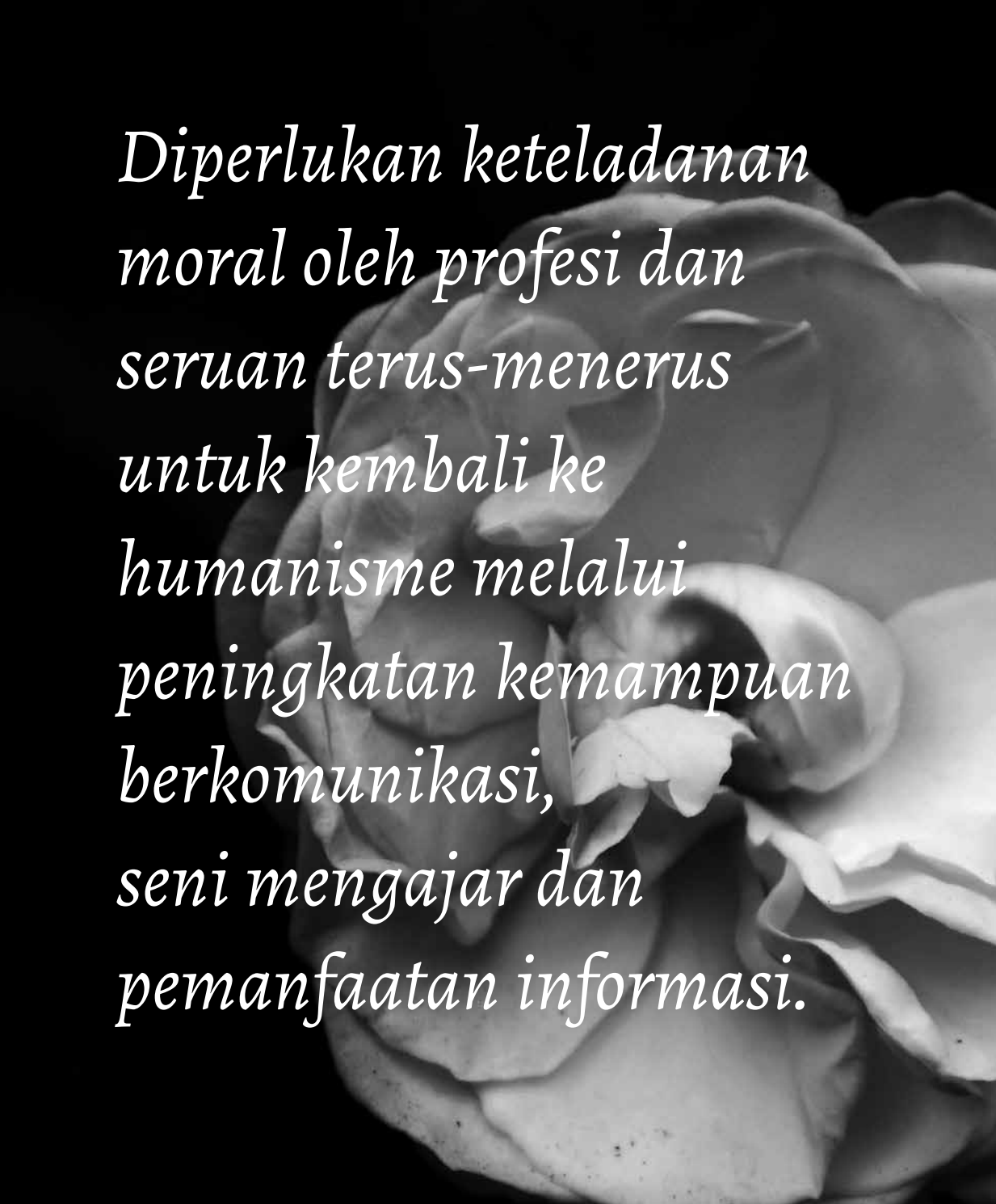
1. <http://www.guideline.gov/>
2. Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov/>)
3. Center for Disease Control (<http://www.cdc.gov/>), terutama untuk penyakit-penyakit menular. Bahkan untuk hot topic saat ini, MERS (Middle East Respiratory Syndrome), perkembangannya bahkan per hari. Demikian pula dengan perkembangan terbaru mengenai multi-drug resistant tuberculosis (MDR TB) dan extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB) bisa dicari di sini .
4. British Medical Journal (<http://www.bmj.com/>)
5. Medscape (<http://www.medscape.com/>). Selain update mengenai berbagai jenis kondisi seperti kanker tiroid dan

kanker payudara, Medscape juga menyediakan conference coverage, yang isinya liputan berbagai konferensi di bidang kesehatan. Apa yang terjadi hari ini di sebuah konferensi bisa langsung diketahui oleh publik. Pengalaman mengikuti berbagai konferensi internasional yang menyediakan puluhan bahkan ratusan sesi paralel dalam satu hari, dengan peserta ribuan orang, membuat peserta tidak bisa mengikuti semua sesi. Hanya sangat sedikit yang bisa dijangkau meski kita hadir secara fisik di sana. Dalam hal ini liputan yang disediakan Medscape sangat membantu kita mengetahui apa yang terjadi di arena konferensi.

6. <http://www.clinicaloptions.com/>. Disini banyak sekali informasi yang benar dan terbaru tentang hepatitis, kanker, HIV, kardiologi, diabetes, imunologi, transplantasi dan urologi bisa diakses.

Namun sangat penting diperhatikan adalah komunikasi dengan dokter. Hasil *browsing* sebaiknya tetap di-print dan tetap dikomunikasikan dengan dokter yang merawat Anda, karena dengan demikian dokter bisa menjelaskan lebih baik mengenai hal-hal yang mungkin luput dari perhatian Anda terkait informasi yang Anda peroleh, dan bersama Anda akan mengambil keputusan terbaik menyangkut kondisi yang Anda atau keluarga alami.

Selamat berselancar di dunia maya, mencari dan mendapatkan informasi yang bisa dipertanggungjawabkan.



*Diperlukan keteladanan  
moral oleh profesi dan  
seruan terus-menerus  
untuk kembali ke  
humanisme melalui  
peningkatan kemampuan  
berkomunikasi,  
seni mengajar dan  
pemanfaatan informasi.*



# Keamanan Pasien: Tantangan dan Peluang

<i>Tantangan kedokteran saat ini adalah memberikan layanan kesehatan dengan kualitas terbaik, komprehensif dan berkesinambungan (Continuum of Care) kepada setiap pasien.</i>	<p><i>"A world in which patients are treated as partners in efforts to prevent all avoidable harm in health care. Patients for Patient Safety calls for honesty, openness and transparency, and aims to make the reduction of health-care errors a basic human right that preserves life around the world."</i></p> <p><i>- London Declaration, 2005</i></p> <p>Pada Februari 2015 lalu kita dikejutkan oleh berita meninggalnya dua pasien di sebuah rumah sakit di kawasan Karawaci, Tangerang, menyusul kesalahan dalam pemberian obat anestesi. Hasil pemeriksaan sementara menunjukkan Buvanest Spinal yang diberikan ternyata bukan berisi Bupivacaine yang merupakan obat bius yang seharusnya, tetapi berisi asam traneksamat golongan antifibrinolitik yang bekerja mengurangi pendarahan. Akibatnya tentu saja fatal.</p> <p>Pertanyaannya: bagaimana hal ini bisa terjadi, padahal pihak rumah sakit mengaku sudah melakukan tindakan operasi sesuai prosedur? Pemeriksaan masih terus berlanjut, tapi yang jelas prosedur anestesi yang seharusnya aman berakhir dengan tragis. Tampaknya karena masalah label dan kemasan obat. Itu hanya satu contoh. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) menunjukkan bahwa di negara maju morbiditas dan mortalitas yang dikaitkan dengan anestesia rendah angka kejadiannya.</p> <p>Di Australia dan Eropa misalnya, angka kematian yang bisa dihindari (<i>avoidable mortality</i>) bervariasi, sekitar 1 berbanding 10.000 sampai 1:85.000, dengan kecenderungan risiko yang terus menurun.</p>
---	---

Penurunan angka risiko anestesia di banyak negara secara bermakna terjadi setelah ada perbaikan dalam pelatihan, peralatan dan obat-obatan, serta dimulainya penerapan standar dan protokol anestesia. Termasuk penerapan standar baku monitor anestesia dengan *pulse oximetry* dan kapnografi. Sayangnya perbaikan ini belum dinikmati secara merata. Masalah yang dihadapi di beberapa negara berkembang masih jauh lebih serius. Angka mortalitas yang bisa dihindari mencapai 1:3000 di Zimbabwe, 1:1900 di Zambia, 1:1500 di Malawi, dan 1:1150 di Togo.

### **Besaran Masalah**

Masalah keamanan pasien (*pasient safety*) sudah cukup lama mendapatkan perhatian dunia medis karena dampaknya yang besar terhadap hasil (*outcome*) pengobatan dan biaya yang harus ditanggung pasien. Secara sederhana keamanan pasien diterjemahkan sebagai terbebasnya pasien dari cedera atau akibat yang dialami selama berada dalam perawatan medis, baik di rumah sakit ataupun klinik. Keamanan pasien bisa berupa efek samping pengobatan, kesalahan klinis yang dilakukan petugas medis baik sengaja ataupun tidak, dan juga kejadian nyaris-mati (*near-miss*) pada persalinan. Untuk pasien, bebas dari cedera atau kejadian tidak dikehendaki selama perawatan penting, terutama terkait dengan asuransi.

Ada banyak jenis kejadian tak diinginkan yang bisa mengancam keamanan pasien ketika berada dalam proses pengobatan. Tidak hanya salah obat seperti kasus di atas, tetapi juga kesalahan dalam penggunaan alat-alat medis, salah identifikasi, salah bedah, infeksi nosokomial atau infeksi karena kuman-kuman yang memang banyak klinik dan rumah sakit, salah dalam pemberian transfusi, hingga pasien terjatuh dari tempat tidur.

Masih dari data WHO, lembaga ini pada 2014 menyebutkan bahwa keamanan pasien masih menjadi ancaman kesehatan masyarakat global yang serius. Estimasi yang ada menunjukkan satu dari 10 pasien mengalami masalah tambahan ketika sedang dirawat. Selain itu dari setiap 100 pasien rawat pada waktu tertentu, sebanyak tujuh pasien di negara maju dan 10

di negara berkembang, mengalami masalah tambahan selama di rumah sakit atau klinik perawatan. WHO menyinyalir ratusan juta pasien di seluruh dunia mengalami masalah ini setiap tahunnya, dan 20-40 persen belanja kesehatan terbuang karena masalah kesehatan tambahan ini.

Keselamatan pasien adalah sistem dan ciri terpenting dari layanan berkualitas. Tata laksananya melibatkan tidak hanya dokter dan petugas kesehatan lainnya, tetapi juga jajaran manajemen rumah sakit, serta pertimbangan-pertimbangan non-klinis menyangkut *cost-effectiveness* pengobatan. Tantangan yang tak kalah besarnya adalah kompleksitas prosedur pengobatan yang meski terstandarisasi juga dipengaruhi oleh pengalaman petugas kesehatan, ketersediaan fasilitas, dan kondisi individual pasien. Situasi ini sering kali harus berhadapan dengan keterbatasan pemahaman pasien dan keluarganya.

Praktik keamanan pasien ini bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien serta menurunkan angka kesakitan (morbiditas). Karena itu Kebijakan Keselamatan Pasien Nasional sangat dibutuhkan.

Kejadian tak diinginkan semakin tak bisa disepelekan karena ternyata cukup sering terjadi. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kejadian tak diinginkan terjadi pada 3 sampai 16 persen pasien yang berada dalam perawatan. Sebuah laporan penelitian di Amerika yang diterbitkan dalam jurnal Ilmu Penyakit Dalam tahun 2003 malah menyebutkan 76 dari 400 pasien yang dilibatkan dalam penelitian (19%) mengalami masalah tambahan segera setelah mereka diperbolehkan pulang. Sebuah penelitian lain malah menyebutkan lebih dari 50 persen pasien mengalami minimal satu kejadian tidak diinginkan selama berada dalam perawatan ("*Cornish PL et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission*". Arch Intern Med. 2005; 165: 424-429). "Untungnya" hanya 6 persen kasus yang berakibat serius, 33 persen berdampak moderat, dan sebagian besar kasus bisa teratasi dengan segera. Data dari Medicare, salah satu program pemerintah Amerika dalam

*Pada tahun 2000 tingkat kejadian tidak diinginkan di*

*Indonesia sangat bervariasi, yaitu 8,0% hingga 98,2% untuk diagnostic error dan 4,1% hingga 91,6% untuk medication error.*

bidang kesehatan dan pemberian layanan, menunjukkan dari 12.500 peserta Medicare 1998-2005, 19% mendapatkan masalah dari layanan kesehatan yang disediakan. Sebanyak dua per tiga dari masalah menimpa pasien rawat jalan atau panti-panti perawatan, bukan di rumah sakit. Selain itu, “Secara keseluruhan, temuan kami menunjukkan bahwa hal itu (cedera medis) menimbulkan risiko yang signifikan terhadap kesehatan dan keselamatan para penerima manfaat Medicare usia lanjut,” (peneliti, *Injury Prevention*, May 28, 2014).

### **Bagaimana di Indonesia?**

Menurut penelitian yang dilakukan Utarini dan kawan-kawan pada tahun 2000 tingkat kejadian tidak diinginkan di Indonesia sangat bervariasi, yaitu 8,0% hingga 98,2% untuk *diagnostic error* dan 4,1% hingga 91,6% untuk *medication error*. Sejak itu, bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun semakin banyak. “Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius. Penelitian pertama dilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik.”(Utarini *et al.*, 2000).

Kesimpulannya jelas, bahwa bagaimanapun pasien berada pada pihak yang dirugikan karena waktu perawatan bisa jadi bertambah lama sehingga biaya pengobatan membengkak. Masalahnya juga pihak asuransi tidak menanggung jika terjadi kesalahan seperti ini, sehingga pasien dan keluarganya rugi biaya dua kali: dari sisi waktu atau lamanya perawatan (dan artinya juga berkurangnya waktu produktif yang seharusnya bisa digunakan untuk bekerja), dan biaya.

### **Mutu Layanan**

Seorang Guru Besar di bidang Kesehatan Masyarakat dari Universitas Harvard, Profesor Lucian Leape, pernah mengatakan bahwa manusia melakukan kesalahan karena sistem, prosedur, dan tugas mereka tidak didesain dengan baik.

Dalam bidang medis, rendahnya mutu layanan dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- **OVERUSE:** yakni obat, tes dan prosedur yang tidak perlu. Tersering, sebagai contoh, pada kasus operasi caesar dan operasi pengangkatan tonsil atau tonsilektomi.
- **UNDERUSE:** hanya sebagian kecil masyarakat yang menerima pelayanan yang sesuai rekomendasi. Masih banyak yang belum mendapat layanan sesuai layanan baku.
- **MISUSE:** termasuk di dalamnya adalah kesalahan dalam menegakkan diagnosa (misdiagnosis), serta kesalahan dalam memberikan obat dan prosedur yang tidak tepat.

Pada saat yang sama di Indonesia sistem pembiayaan yang belum sepenuhnya berjalan dengan baik versus gaji dokter yang rendah, serta kompetensi yang masih harus ditingkatkan, terus menjadi tantangan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berkualitas untuk semua tanpa memandang status ekonomi-sosial pasien. Kita akan membahas masalah ini di artikel berikutnya.

Di dunia medis internasional sudah ada protokol keselamatan pasien yang memiliki enam tujuan, disebut International Patients Safety Goals (IPSG), masing-masing:

- IPSG 1: Mengidentifikasi pasien secara benar – termasuk risiko sedasi, disorientasi, dan risiko akibat tukar (pindah) kamar.
- IPSG 2: Memperbaiki komunikasi efektif, untuk memastikan informasi yang diberikan tidak hanya akurat tetapi juga dimengerti. Komunikasi melibatkan komunikasi lisan atau verbal, tertulis, per telpon, atau melalui SMS, WhatsApp, dan sebagainya.
- IPSG 3: Meningkatkan keamanan dalam High Alert Medication – atau meningkatkan keamanan penggunaan obat-obat risiko tinggi seperti NaCl 3%, KCl, serta prosedur penyimpanan di ruang farmasi.
- IPSG 4: Memastikan sikap, prosedur, dan pasien secara benar. Termasuk Memastikan Benar Lokasi, Benar Prosedur,

Benar Identitas Pasien Operasi. Yang diperlukan untuk tujuan ini adalah:

1. Komunikasi anggota tim operasi dan tanda lokasi operasi dengan melibatkan persetujuan pasien.
  2. Verifikasi lokasi, prosedur dan kondisi pasien.
  3. Memastikan dokumen dan foto diberi label.
  4. *Time-out*
- IPSG 5: Mengurangi risiko infeksi akibat pemberian layanan, seperti pada penggunaan kateter, ventilasi rumah sakit untuk kasus pneumonia, dan memastikan kebersihan tangan dengan menerapkan prosedur cuci tangan yang benar.
  - IPSG 6: Mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh, termasuk mengevaluasi risiko jatuh pasien dengan memperhatikan riwayat jatuh, riwayat penggunaan alkohol dan obat-obat terlarang, dan memastikan pengawasan dilakukan.

### **Patient Safety dan Hubungan Personal Dokter-Pasien**

Pengobatan dan perawatan juga menyangkut kompleksitas psikologis yang mempengaruhi hubungan dokter dan pasien, dan pada ujungnya mempengaruhi pula kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Data di negara maju seperti Amerika dulu menunjukkan hal-hal “menarik” yang seharusnya tidak terjadi:

- Di negara bagian Iowa, tahun 1993, 4 persen pasien anak “di-dokter-i” oleh orangtuanya sendiri, dan dua per tiga di antara dokter-orangtua tersebut menuliskan resep untuk anak mereka.
- Tahun 1991, 99% dokter yang dilibatkan dalam survey mengatakan keluarganya pernah meminta saran kesehatan, diagnosa, dan pengobatan. Dan 83 persen mengaku pernah meresepkan obat untuk keluarga. Alasannya nyaman, menghemat pengeluaran, dan keyakinan bahwa “Saya memberikan perawatan terbaik.”
- Lima persen dokter di RS merawat sendiri orang-orang yang mereka sayangi, dan sembilan persen bahkan melakukan operasi kepada keluarga sendiri.
- Paling sering dokter meresepkan antibiotik, pil KB, analgesik, obat antidepresan, sedatif, obat nyeri berbahan narkotika.

Praktik-praktik tersebut mulai dibatasi seiring dengan terbitnya Kode Etik Kedokteran Asosiasi Kedokteran Amerika tahun 1993. Bahkan jauh sebelumnya, tahun 1847, Asosiasi ini sudah menjelaskan bahwa kecemasan dan kekhawatiran yang dirasakan oleh dokter terkait sakit yang dialami istri dan anak cenderung mengaburkan penilaiannya dan menyebabkan keraguan serta ketidakmampuan untuk mengambil keputusan yang tepat terkait pekerjaannya.

Bias yang ditimbulkan oleh hubungan yang terlalu dekat antara dokter dan pasien, misalnya anak, bisa menimbulkan isu etika yang sangat krusial. Oleh karena itu otoritas kesehatan di manapun membuat berbagai aturan yang intinya mencegah dokter memasuki hubungan ganda dokter-sekaligus-keluarga atau dokter-sekaligus-teman.

Di Amerika dan beberapa negara lain etika dokter tidak boleh mengobati diri sendiri atau keluarga inti mereka, karena risiko berbagai “perangkap”. Mulai dari tidak membuat rekam medik, kegagalan untuk menanyakan hal-hal sensitif seperti kondisi kesehatan di masa lalu (misalnya pada kasus infeksi menular seksual), situasi tidak menyenangkan yang dihadapi pasien, menghindarkan diri dari pemeriksaan fisik yang penting, kurangnya obyektivitas profesional, konflik batin akibat pertentangan peran-peran yang dijalankan jika pengobatan tak berjalan sebaik yang diinginkan, melakukan praktik di luar keahlian, kemungkinan pasien tidak akan rajin datang, atau informed consent dan persetujuan tidak diberikan oleh pasien, atau tidak dibuatkan rekam medis.

Untuk Indonesia saran tersebut (yaitu tidak mengobati keluarga, teman dekat serta diri sendiri) belum menjadi standar. Karena itu para dokter yang mengobati diri sendiri dan keluarga serta teman dekat perlu menyadari kekurangannya dengan membuat rekam medis (status), melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang benar dan memahami prinsip-prinsip keamanan pasien.

### **Langkah-langkah dan Sanksi**

Kembali ke masalah keamanan pasien, meski relatif sering terjadi, bukan berarti prinsip keamanan pasien tidak bisa diterapkan. Secara umum ada beberapa langkah yang penting dilakukan oleh penyedia jasa layanan kesehatan, masing-masing tentu dengan tahapan dan prosedur yang cukup kompleks:

1. Membangun budaya aman di lingkungan rumah sakit.
2. Memberikan contoh dan dukungan kepada semua staf rumah sakit.
3. Mengintegrasikan manajemen risiko ke dalam semua aktivitas.
4. Mempromosikan sistem pelaporan yang baik.
5. Melibatkan dan membangun komunikasi baik dengan pasien maupun masyarakat umum.
6. Mengembangkan mekanisme belajar dari kesalahan dan berbagi pelajaran.
7. Mengimplementasikan solusi untuk mencegah cedera, baik untuk pasien maupun petugas kesehatan.

Pemerintah Indonesia sebenarnya sudah memiliki seperangkat UU dan Peraturan untuk memastikan keamanan dan keselamatan pasien, seperti UU Perlindungan Konsumen no 8/1999, UU Praktik Kedokteran no 29/2004, UU Praktik Keperawatan no 38/2014, Peraturan Menteri Kesehatan 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit yang intinya mewajibkan setiap rumah sakit memiliki tim keselamatan pasien.

Selain itu setiap organisasi profesi kedokteran juga memiliki standar pelayanan medik untuk memastikan setiap konsumen kesehatan menerima pelayanan terbaik dan terhindar dari risiko yang tidak perlu. Sejauh ini standar pelayanan medik sudah dikeluarkan oleh, antara lain, Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI, Standar Profesi Dokter Spesialis Penyakit Dalam), Persatuan Dokter Mata Indonesia (Perdami, Panduan Manajemen Klinis), Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik (PDS Patklin, Standar Profesi & Sertifikasi Dokter Spesialis Patologi Klinik Indonesia), Perhimpunan Ahli Bedah Indonesia (PABI, Pedoman Pelayanan Medik Dokter Spesialis Bedah Umum), Perhimpunan Kardiovaskular Indonesia (PERKI,



Pedoman Tata Laksana Penyakit Kardiovaskular di Indonesia), dan Standar Profesi Dokter Spesialis Gizi Klinik (PDGKI).

Ikatan Dokter Indonesia juga sudah mengesahkan sejumlah Panduan Praktik Klinis – yang pelaksanaannya diadaptasi sesuai fasilitas setempat – untuk tata laksana penyakit demam berdarah Dengue, pneumonia, kanker serviks dan kanker nasofaring. Di samping itu sudah ada clinical pathways instrumen yang digunakan untuk memastikan kualitas dan standarisasi perawatan – untuk stroke iskemik, sectio Caesarea, Tetralogi Fallot dan HIV, leukemia limfoblastik akut, kemoterapi induksi LAM VIII dan limfoma non-Hodgkin.

Yang diperlukan bukan hanya kepatuhan dan penegakan hukum, namun yang terpenting adalah pendidikan untuk tenaga kesehatan untuk menguasai benar prosedur penanganan penyakit. Juga mendidik pasien untuk memahami bahwa prosedur pengobatan adalah sesuatu yang rumit dan melibatkan banyak faktor dan pihak – yang sering tidak mereka jumpai secara langsung selama mereka dirawat – untuk keberhasilannya.

Sanksi tentu saja adalah bagian penting dari penerapan prosedur yang tepat. Berkaca pada pengalaman di Amerika, Medicare telah menerapkan sanksi bagi rumah sakit yang banyak melakukan kesalahan yang merugikan pasien, padahal sebenarnya kesalahan itu bisa dihindari (*hospital acquired conditions*, HACs). Rumah sakit yang terkena sanksi akan dikurangi pembayaran tagihannya oleh Medicare sebanyak 1 persen dalam satu tahun fiskal (October 2014 – September 2015).

Untuk menetapkan sanksi Medicare membuat skala 1- 10 (10 yang paling buruk), untuk tiga jenis HACs, yakni:

1. Central-line Associated Bloodstream Infections (CLABSIs)
2. Catheter Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs)
3. Komplikasi serius yang ditetapkan berdasarkan delapan jenis cedera, termasuk penggumpalan darah, luka baring, dan jatuh.

Sejauh ini Medicare sudah menjatuhkan sanksi bagi 721 RS yang pasiennya paling banyak mengalami infeksi dan kesalahan medis lainnya. Medicare juga memotong pembayaran pada setengah jumlah RS pendidikan nasional di negara itu dan beberapa institusi lain. Di antaranya adalah Intermountain Medical Center di Utah, Ronald Reagan UCLA Medical Center di Los Angeles, the Cleveland Clinic, Geisinger Medical Center di Pennsylvania, Brigham and Women's Hospital di Boston, NYU Langone Medical Center and Northwestern Memorial Hospital di Chicago. Semua dikurangi pembayarannya 1% sampai September tahun ini. Secara keseluruhan RS akan kehilangan keuntungan sebesar 373 juta dollar AS, menurut perkiraan Medicare.

### **Kesimpulan**

- Kejadian tak diinginkan sering terjadi tidak hanya di Indonesia, tetapi juga di negara maju seperti Amerika. Di seluruh dunia tingkat kejadiannya mencapai 3-16 persen menurut WHO.
- Kejadian tak diinginkan ini merugikan pasien dan keluarga dari segi biaya dan waktu produktif yang hilang karena perawatan yang lebih lama.
- Namun sebenarnya ia bisa dicegah atau minimal dikurangi.
- Undang Undang, Peraturan, *Guidelines* sudah ada. Yang diperlukan adalah sosialisasi antara lain ke rumahsakit-rumahsakit, serta perhimpunan-perhimpunan profesi, dan tentunya kepada masyarakat sebagai konsumen kesehatan.
- Tantangan kedokteran saat ini adalah memberikan layanan kesehatan dengan kualitas terbaik, komprehensif dan berkesinambungan (*Continuum of Care*) kepada setiap pasien.
- Diperlukan keteladanan moral oleh profesi dan seruan terus-menerus untuk kembali ke humanisme melalui peningkatan kemampuan berkomunikasi, seni mengajar dan pemanfaatan informasi.





*Dokter perlu kreatif  
dalam menyampaikan  
pesan karena setiap  
pasien memiliki cara  
yang unik untuk  
memahami kondisinya.*

## Menuju Keberhasilan Pengobatan

# Kepatuhan atau Kemitraan?

*Perilaku non-compliance masih terus menjadi masalah besar bagi dunia kedokteran.*

Beberapa dokter mungkin pernah menghadapi situasi anekdotal seperti ini: Tak lama setelah pasien datang dan ditanya, “Kapan terakhir minum obat?” pasien menjawab “Kemarin.” Sepuluh menit kemudian ditanya lagi, ia akan menjawab, “Minggu lalu, Dok.” Ketiga kalinya, pasien mulai tampak ragu dan menjawab, “Yaah, sudah beberapa minggu yang lalu sih sebenarnya, Dok.”

Peliknya hubungan psikologis antara dokter dan pasien sering kali menyebabkan beberapa pasien tidak ingin “mengecewakan” dokternya dan memilih berbohong. Pasien mungkin saja bermaksud menyenangkan dokternya dengan memberikan jawaban palsu, sembari (tidak) menyadari ada konsekuensi yang harus ditanggungnya. Atau, kalau tidak, ya karena memang pasien yang bersangkutan tidak rajin mencatat saja.

Masalah “ketidakpatuhan” (*non-compliance*) dalam dunia medis sudah lama ditengarai sebagai penyebab utama kegagalan pengobatan beberapa jenis penyakit yang membutuhkan waktu panjang untuk *outcome* (hasil pengobatan) terbaik. Dokter-dokter Penyakit Dalam yang menangani pasien diabetes punya segudang cerita mengenai pasien yang tidak teratur meminum obatnya. Demikian pula dengan pasien yang pengobatannya seumur hidup seperti sakit hipertensi, pasien diabetes, lupus (SLE), tuberkulosis, atau orang dengan HIV/AIDS (odha). Padahal obat-obat untuk penyakit-penyakit tersebut sudah tersedia, murah (obat anti TB dan ARV untuk odha malah gratis untuk lini satu dan dua), dan ada banyak pilihan. Jika pasien tidak cocok dengan satu jenis obat karena efek sampingnya, misalnya, dokter dengan mudah akan memilihkan obat lain yang lebih ringan efek sampingnya.

Perilaku *non-compliance* masih terus menjadi masalah besar bagi dunia kedokteran. *Non-compliance* menyebabkan resistensi obat, meningkatkan angka morbiditas dan bahkan mortalitas yang sesungguhnya tidak perlu terjadi, dan tentu saja meningkatkan biaya kesehatan. Ambil misal penyakit TB. Terapi pengobatan yang ada untuk lini satu adalah dengan rifampisin, isoniazid, pirasinamid dan etambutol. Sejak beberapa tahun lalu pemerintah sudah memutuskan untuk menyediakan obat ini secara gratis di puskesmas di seluruh Indonesia. Secara teoretis, jika seorang pasien mengonsumsi obat itu dalam waktu enam bulan, sembilan bulan atau setahun (tergantung kasusnya), maka ia akan sembuh total dan tentunya tidak akan menularkan basil TB kepada orang lain. Dengan demikian jumlah infeksi baru bisa ditekan.

Namun kenyataannya di Indonesia TB masih menjadi penyebab kematian tersering di Indonesia. Kasus TB yang resisten terhadap pengobatan lini pertama atau dikenal dengan istilah multidrug-resistant TB (MDR-TB) sudah mencapai 2 persen dari keseluruhan kasus baru. Artinya, yang ditularkan oleh pasien yang putus obat adalah basil yang sudah tidak mempan diobati oleh pengobatan lini pertama. MDR-TB juga ditemui di antara mereka yang sudah diobati. Angkanya mencapai 20 persen.

Selain menyebabkan resistensi kuman pada kasus TB dan HIV/AIDS yang dapat berakibat kematian, putus obat juga menyebabkan komplikasi yang berat pada organ-organ penting pada kasus diabetes dan hipertensi. Kita sering mendengar atau menemui seseorang yang mengalami gagal ginjal, stroke atau serangan jantung yang berakibat fatal, dan lain sebagainya akibat kegagalan minum obat antihipertensi atau antidiabetes secara teratur, di samping diet dan olah raga yang memang harus dijalankan. Pasien lupus/SLE yang menghentikan pengobatan sendiri juga seringkali mengalami *flare-up* atau lupusnya kambuh.

### **Kemitraan Dokter-Pasien-Keluarga**

*Compliance* lebih memfokuskan pada apa yang harus dilakukan oleh pasien. Dokter, di sisi yang berseberangan dengan pasien,

akan memastikan bahwa pasien memahami bahwa keputusan yang diambil dokter adalah benar dan terbaik untuk pasien. Dengan demikian jika terjadi putus obat maka pasien adalah satu-satunya pihak yang harus disalahkan. Konsep compliance ini sekarang sudah ditinggalkan.

Belum terlalu lama kalangan medis akhirnya menyadari bahwa ada banyak sekali faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien untuk mengonsumsi obat yang diresepkan dokter. Jika dulu kepatuhan hanya berarti pasien melakukan apa yang diperintahkan dokter, maka dalam konsep “kepatuhan” yang baru, *adherence*, yang lebih ditekankan adalah keterlibatan aktif pasien dan kemitraan yang lebih kuat antara dokter dan pasien serta keluarga untuk mencapai hasil maksimal pengobatan. Dengan menggunakan perspektif *adherence*, maka sikap *non-adherence* akan dilihat sebagai peluang untuk memperbaiki pola komunikasi antara dokter dan pasien, untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan sikap tersebut, dan membuat rencana pengobatan yang disepakati bersama.

Sudah cukup banyak penelitian yang dibuat untuk mencari tahu penyebab perilaku *non-adherence*. Mengejutkan bahwa, setelah ditanyai dengan pertanyaan terbuka, ternyata 50 persen jawaban pasien mengenai perilaku *nonadherence* bersifat situasional. Misalnya lupa membawa obat ketika bepergian, belum sempat menebus resep baru, atau yang juga cukup sering karena ada anggota keluarga dekat yang sedang sakit juga sehingga memfokuskan perhatian pada diri sendiri dianggap sesuatu yang “egois”.

Penyebab *non-adherence* yang juga cukup sering terjadi adalah pasien merasa sudah sembuh sehingga menghentikan obat. Atau pasien merasakan banyak efek samping obat (mual muntah, sakit kepala, gatal), yang tidak dikomunikasikan baik oleh dokter ketika berkonsultasi, atau oleh pasien sendiri, dan secara sepihak pasien menghentikan minum obat.

Karena itulah paradigma *adherence* kini lebih ditekankan. Kegagalan pasien untuk teratur meminum obat sesungguhnya

*Karena itulah paradigma adherence kini lebih ditekankan.*

*Kegagalan pasien*

*untuk teratur meminum obat sesungguhnya*

*disebabkan oleh banyak faktor dan aktor di luar dirinya. Dokter, yang utama, harus*

*memastikan bahwa*

*informasi yang diberikan dipahami oleh setiap pasien.*

disebabkan oleh banyak banyak faktor dan aktor di luar dirinya. Dokter, yang utama, harus memastikan bahwa informasi yang diberikan dipahami oleh setiap pasien. Dokter perlu kreatif dalam menyampaikan pesan karena setiap pasien memiliki cara yang unik untuk memahami kondisinya. Namun lebih dari menyampaikan pesan dan informasi, dokter juga perlu memahami situasi pasiennya dan menengarai masalah-masalah apa yang bisa menjadi penghambat *adherence* pasien.

Komunikasi dokter ke pasien baru bisa dikatakan berjalan baik apabila pasien memahami informasi yang diberikan dokter. Dokter tidak boleh sekadar memberikan informasi tanpa mengecek ulang apakah pasien memahaminya.

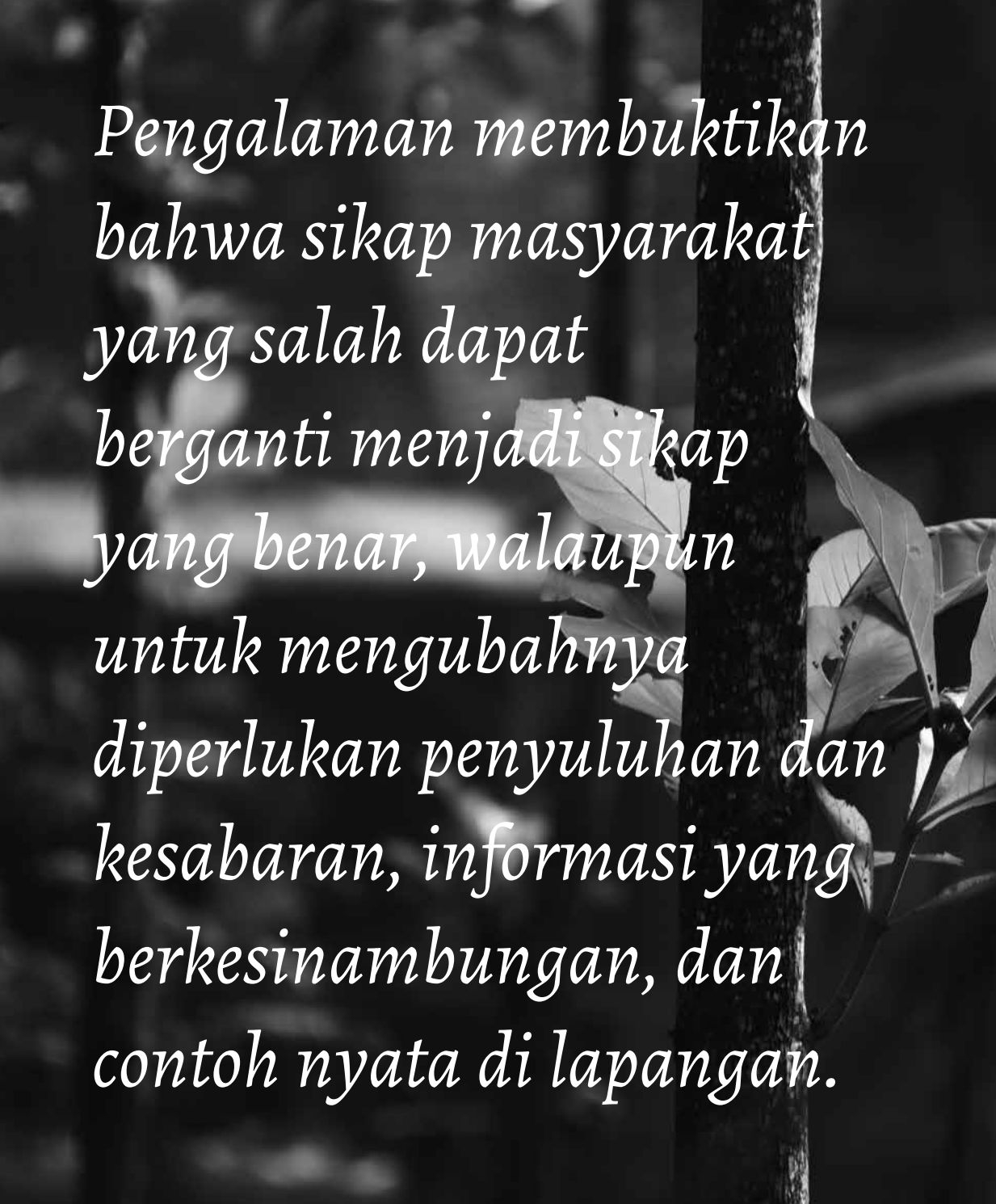
Kedua, kerjasama dengan keluarga pasien juga sangat penting. Pendekatan DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) dalam pengobatan tuberkulosis adalah model yang baik. Namun DOTS saja tidak cukup. SMS, alarm di HP, telpon hotline, BBM, dan Whatsapp perlu dimanfaatkan untuk menjaga adherence yang baik. Komunikasi, dengan kata lain, tidak hanya antara dokter dan pasien, tetapi juga dengan keluarga, buddy atau siapapun yang menjalankan fungsi sebagai pengingat minum obat bagi pasien.

*Pernah dimuat di KOMPAS, Sabtu 9 Mei 2015.*



## **Memperbaiki *Adherence*: Beberapa Tips untuk Petugas Kesehatan**

- Selalu ajukan pertanyaan terbuka kepada pasien, yakni pertanyaan yang jawabannya bukan sekadar ‘ya’ atau ‘tidak’. Dorong pasien untuk memberikan jawaban yang elaboratif.
- Setelah menjelaskan mengenai pentingnya minum obat secara teratur dalam jangka panjang, dokter bisa menyampaikan bahwa *adherence* adalah masalah semua orang, termasuk dokter sendiri. Dokter, misalnya, bisa berempati dengan mengatakan, “Saya juga sering punya masalah minum obat antihipertensi pada waktunya.” Akhiri dengan pertanyaan, “Bagaimana sebaiknya saya membantu Anda?”
- Sarankan pasien untuk menyimpan cadangan obat, dan membawanya di tas jika ia kerap bepergian.
- Sarankan pasien untuk menghubungkan kegiatan minum (menggunakan obat) dengan kegiatan rutinnnya setiap hari. Misalnya setelah sikat gigi pagi, atau setelah makan siang, atau sambal minum segelas air sebelum tidur. Cari tahu tentang rutinitas pasien dan ajukan saran yang kreatif.
- Jangan mengasumsikan bahwa apoteker akan menjelaskan cara menggunakan obat, apalagi menjelaskan efek sampingnya. Dan jangan berasumsi bahwa pasien mengerti instruksi hanya dengan membaca tulisan di label kemasan obat. Dokter harus memastikan.
- Cari tahu apakah ada masalah keuangan yang potensial menghalangi, dan bantu pasien untuk mencari skema penyelesaian yang paling mungkin.
- Yakinkan pasien bahwa minum obat teratur dan memperhatikan kesehatan sendiri dalam jangka panjang BUKAN hal yang egois. Itu justru adalah bentuk kepedulian dan tanggung jawab pasien kepada keluarganya.



*Pengalaman membuktikan bahwa sikap masyarakat yang salah dapat berganti menjadi sikap yang benar, walaupun untuk mengubahnya diperlukan penyuluhan dan kesabaran, informasi yang berkesinambungan, dan contoh nyata di lapangan.*

# HIV dan Hak Asasi Manusia

*Perlindungan HAM  
bagi odha adalah hal  
yang esensial untuk  
menjaga nilai-nilai  
kemanusiaan kita.*

Di dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS, masalah HAM untuk odha (orang dengan HIV/AIDS) telah diatur dengan baik sekali. Namun kenyataan di lapangan – antara lain data ratusan odha yang didukung oleh Yayasan Pelita Ilmu, Jakarta, sejak 1989 – menunjukkan cukup banyak odha yang mendapat perlakuan tidak semestinya. Ada yang dipecat dari pekerjaannya, ada yang diminta mengundurkan diri, ada yang dikucilkan oleh keluarga atau masyarakat sekitarnya, dan ada pula yang ditolak rumah sakit dengan berbagai alasan sewaktu memerlukan rawat inap. Ada juga odha yang status HIV-nya dibuka di media masa – lengkap dengan identitas dan alamatnya – tanpa izin yang bersangkutan. Juga ada odha perempuan yang hamil yang ditolak oleh lingkungannya, sehingga terpaksa pergi ke Jakarta untuk melahirkan karena tidak diperbolehkan melahirkan di desanya ataupun di kota terdekat.

Meskipun sebagian kasus di atas kian jarang terdengar, namun bukan berarti persoalannya sudah selesai. Tahun 2012, sebagian publik Jakarta terutama pengguna media sosial menghebohkan kasus penolakan sebuah sekolah terhadap seorang anak calon murid TK karena status orangtuanya yang HIV positif, sementara anak itu sendiri negatif. Kemudian, awal Januari 2016 lalu sekelompok anak yatim dan yatim piatu (usia balita hingga 12 tahun) yang tertular HIV dari orangtuanya juga terombang-ambing nasibnya setelah keluarga besar menolak merawat mereka pasca meninggalnya orangtua mereka.

Diperkirakan di Indonesia terjadi 70 ribu penularan HIV baru setiap tahun, 20 ribu di antaranya adalah anak-anak yang

tertular dari orangtua. Statistik yang ada menunjukkan sebagian dari anak-anak itu tidak sempat merayakan ulangtahunnya yang ke-5. Tantangan terbesar di Indonesia, menurut UNAIDS, adalah diskriminasi dan stigma. Meski kebijakan di tingkat nasional sudah ada, namun implementasinya di provinsi dan kabupaten masih jauh dari ideal (<http://m.jpnn.com/read/2016/01/08/349307/Anak-Yatim-Penderita-HIV-di-Solo-Ditolak-Masyarakat-Setempat>).

### **Perlindungan HAM = Pengendalian Epidem**

Perlindungan HAM bagi odha adalah hal yang esensial untuk menjaga nilai-nilai kemanusiaan kita. Namun di atas itu, perlindungan HAM bagi odha penting untuk mendukung program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang efektif. Kepentingan kesehatan masyarakat sebetulnya tidak berlawanan dengan perlindungan HAM untuk odha. Sudah terbukti bahwa bila HAM dilindungi maka odha dan keluarganya dapat hidup tenang, lebih sehat, mempunyai harga diri, mampu menghadapi masalah penyakit HIV/AIDS dengan lebih baik, dan berperilaku sehat sehingga memperkecil risiko penularan.

Di sisi lain, anggota masyarakat yang merasa pernah melakukan perilaku risiko tinggi, kemudian melihat hak asasi odha dilindungi, akan tergerak untuk melakukan tes darah. Selanjutnya, bila terbukti positif dan mereka tidak merasa dikucilkan atau didiskriminasi, besar kemungkinan mereka akan lebih mudah menghadapi kenyataan, mau menjaga diri dan lingkungannya, tidak akan dengan sengaja menularkan HIV karena sudah mendapat konseling, pendampingan dan akses kepada pengobatan. Dengan demikian berkuranglah percepatan penularan HIV/AIDS di masyarakat. Selain bermanfaat mengurangi percepatan penularan HIV, perlindungan HAM odha diharapkan juga akan mempertahankan jumlah angkatan kerja agar tidak turun drastis akibat epidemi AIDS, seperti yang telah terjadi di Afrika. Untuk diketahui, lebih dari 75% odha di Indonesia berusia kurang dari 39 tahun, artinya usia yang produktif. Dengan perlindungan hak-hak odha, termasuk hak

untuk mendapatkan perawatan dan dukungan, maka kualitas hidup dan harapan hidup odha membaik, dan sebagian besar waktunya dapat dipakai untuk bekerja normal dan berprestasi.

Untuk menumbuhkan respon yang efektif terhadap epidemi HIV/AIDS dan penghormatan terhadap hak asasi para odha diperlukan perlu keikutsertaan banyak pihak: mulai dari tanggungjawab pemerintah, penerapan reformasi undang-undang, peningkatan upaya dukungan, serta penciptaan lingkungan yang mendukung untuk para odha oleh masyarakat dan pelaku bisnis.

*Masalahnya,*

*dalam konteks*

*HIV/AIDS odha*

*berada dalam posisi*

*lemah, mengalami*

*stigmatisasi, sehingga*

*diperlukan advokasi.*

Dalam konteks HIV/AIDS, untuk menghormati norma HAM internasional yang telah kita ratifikasi dan untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat, pemerintah wajib mempertimbangkan beberapa masalah yang seringnya memicu kontroversi seperti prostitusi, narkoba dan homoseksualitas. Merupakan tanggung jawab pemerintah untuk mengidentifikasi cara-cara menegakkan HAM sekaligus melindungi kesehatan masyarakat dengan mempertimbangkan konteks budaya, politik, dan agama. Walaupun tanggung jawab primer tetap di tangan pemerintah, peran LSM-LSM peduli AIDS, odha, serta badan-badan donor juga amat penting dalam hal ini.

*Artinya, tanpa*

*melupakan kewajiban*

*mereka, diperlukan*

*banyak "bicara" untuk*

*memperjuangkan hak*

*asasi odha.*

Membicarakan hak asasi odha adalah juga membicarakan mengenai kewajiban, baik kewajiban odha maupun kewajiban orang lain. Perlunya keseimbangan antara HAM dan kewajiban-kewajiban asasi tersebut digarisbawahi oleh tokoh-tokoh pemikir kita seperti mendiang TB Simatupang, Ruslan Abdulgani, dan Pendeta Victor Tanja. Tindakan menuntut hak, menurut mendiang Victor, menuntut seseorang untuk banyak berbicara, sedangkan melaksanakan kewajiban mendorong seseorang untuk bekerja keras dan menghasilkan karya. Masalahnya, dalam konteks HIV/AIDS odha berada dalam posisi lemah, mengalami stigmatisasi, sehingga diperlukan advokasi. Artinya, tanpa melupakan kewajiban mereka, diperlukan banyak "bicara" untuk memperjuangkan hak asasi odha.

### **Hak dan Kewajiban Odha**

Odha berkewajiban menjaga kesehatan diri, keluarga dan lingkungannya dan mencegah penularan HIV dari dirinya ke orang lain. Bila odha pergi ke dokter, dokter gigi, bidan, atau harus dirawat di rumah sakit, ia perlu memberitahukan status HIV-nya. Di Jakarta, pada prakteknya, kebanyakan odha didampingi oleh sahabat odha (*buddy*) dari Sanggar Kerja Yayasan Pelita Ilmu atau diwakili oleh dokternya, untuk menyampaikan masalah kesehatannya dan sekaligus status HIV-nya. Bila melakukan hubungan seks odha juga harus selalu memakai kondom. Saat ini cukup banyak odha yang berkeluarga.

Ada beberapa bentuk hak asasi manusia yang terkait dengan HIV/AIDS yang dapat dikaji. Berbagai hak ini tidak dapat dilihat secara terpisah, melainkan saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Untuk aplikasinya perlu dipertimbangkan latar belakang sosial, budaya, sejarah dan agama. Adalah tugas pemerintah dan tugas kita semua, untuk mempromosikan dan melindungi semua hak-hak tersebut. Menurut dokumen WHO tahun 1998 mengenai petunjuk pelaksanaan “HIV/AIDS and Human Rights,” ada beberapa hal yang penting diperhatikan menyangkut hak asasi odha:

**Pertama, hak atas perlakuan non-diskriminatif termasuk hak atas kedudukan yang sama di depan hukum.** Undang-undang internasional mengenai HAM menjamin hak perlindungan hukum dan kebebasan dari segala bentuk diskriminasi, baik yang berdasarkan warna kulit, jenis kelamin, bahasa, politik, tingkat sosial-ekonomi, dan sebagainya. Tindakan diskriminatif tidak hanya keliru dan salah, tapi juga akan menimbulkan dan mempertahankan kondisi yang memudahkan penularan HIV/AIDS. Diskriminasi menciptakan suasana lingkungan yang menyulitkan perubahan perilaku dan menghambat masyarakat menanggulangi masalah HIV/AIDS.

Lapisan masyarakat yang menderita perlakuan diskriminatif sehingga memudahkan tertular HIV/AIDS antara lain perempuan, anak-anak, masyarakat miskin, suku-suku terasing, kaum migran, penderita cacat, tahanan, pekerja seks dan pecandu narkotika.

Komisi HAM Internasional menyatakan bahwa pemerintah tidak boleh melakukan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS ataupun terhadap masyarakat yang mempunyai perilaku risiko tinggi tertular HIV. Odha perlu dilindungi hak-haknya di berbagai bidang, seperti di bidang lapangan kerja, perumahan, pendidikan, layanan hukum, layanan kesehatan, sosial dan kesejahteraan, serta di bidang asuransi.

Untuk menciptakan suasana di masyarakat yang mendukung persamaan hak odha di depan hukum dan mencegah timbulnya tindakan diskriminasi, pemerintah bersama-sama dengan masyarakat dan LSM perlu menyelenggarakan pendidikan dengan tujuan khusus menghilangkan diskriminasi terhadap odha. Masyarakat perlu dididik untuk bersikap wajar terhadap odha dan dimotivasi untuk menyelenggarakan program dukungan terhadap odha.

**Kedua, hak atas kemerdekaan dan rasa aman.** Tak seorang pun boleh ditangkap, dipenjara, diisolasi atau dipisahkan dari masyarakat, hanya karena ia terinfeksi HIV atau sakit AIDS. WHO menganjurkan agar odha tetap berada di tengah-tengah masyarakat. Di penjara pun, seorang tahanan yang terinfeksi HIV tidak boleh dipisahkan atau diisolasi dari tahanan lain.

**Ketiga, hak untuk menikah.** Odha mempunyai hak untuk menikah dan berkeluarga, dan untuk menghormati hak tersebut maka penyuluhan dan konseling seharusnya tersedia untuk odha dan pasangannya. Kita harus menghormati hak odha untuk hamil dan mempunyai anak. Sewaktu perempuan dengan HIV hamil dan ia ingin melanjutkan kehamilannya, maka bayinya juga mempunyai hak untuk dilahirkan normal tanpa cacat. Untuk melindungi hak bayi, termasuk untuk menghindarkannya dari penularan HIV dari ibunya, odha perempuan tersebut perlu mendapat layanan dan pengobatan sewaktu hamil, baik sewaktu melahirkan maupun sesudahnya.

**Keempat, hak untuk mendapatkan pendidikan.** Odha mempunyai hak untuk mendapatkan pendidikan. Pendidikan odha seharusnya tidak dibatasi, dan interaksi sosial di sekolah

perlu dibina dengan baik agar odha tidak tersingkir. Jika ini ditegakkan, tidak perlu lagi ada anak yang ditolak atau dikeluarkan dari sekolah gara-gara status HIV-nya, apalagi hanya status HIV orangtuanya, seperti yang terjadi tahun 2012 lalu di Jakarta. Namun untuk dicatat kejadian ini tidak hanya di Indonesia, tetapi juga pernah terjadi di Amerika, ketika seorang odha harus berhenti dari sekolah karena protes beberapa orangtua siswa yang lain yang ketakutan anak-anaknya tertular HIV karena satu sekolah bersama siswa dengan HIV.

**Kelima, HAM untuk perempuan berstatus odha.** Diskriminasi terhadap perempuan, *de facto* dan *de jure*, memudahkan perempuan terinfeksi HIV. Subordinasi perempuan di dalam keluarga ataupun di masyarakat merupakan faktor penting yang menyebabkan peningkatan kecepatan infeksi HIV pada perempuan. Diskriminasi yang berlatar belakang ketimpangan gender juga menyulitkan perempuan sewaktu menghadapi konsekuensi infeksi HIV pada diri mereka, ataupun infeksi HIV pada anggota keluarganya.

Dalam kerangka upaya pencegahan infeksi HIV, seharusnya direalisasikan hak odha untuk mendapat informasi, pendidikan, dan layanan kesehatan. Dengan ketersediaan informasi pun, perempuan masih sulit untuk melakukan negosiasi dengan suami atau pasangan seksualnya mengenai seks yang lebih aman untuk mencegah penularan HIV. Hal ini disebabkan oleh subordinasi perempuan secara sosial dan seksual, serta ketergantungan perempuan di sektor ekonomi.

Saat ini masih dirasakan adanya miskonsepsi dalam penularan dan epidemiologi HIV/AIDS, yaitu adanya anggapan bahwa perempuan adalah vektor penyakit, sumber penularan terpenting dalam penularan. Akibatnya, perempuan dengan HIV/AIDS atau yang diduga terinfeksi HIV, mengalami berbagai tindakan kekerasan dan diskriminasi, baik di kehidupan pribadi maupun di masyarakat. Pekerja seks seringkali diharuskan diperiksa darahnya untuk tes HIV tanpa konseling. Kadang-kadang bahkan tanpa upaya penyuluhan kepada klien mereka untuk memakai kondom, dan juga tanpa upaya penyediaan layanan kesehatan yang memadai.



**Keenam, HAM untuk odha anak.** Telah disepakati secara internasional bahwa yang disebut anak adalah yang berusia kurang dari 18 tahun, kecuali undang-undang menentukan lain. Selain hak-hak yang secara khusus dibahas pada Konvensi Hak-hak Anak, sebagian besar hak anak adalah hak yang juga berlaku untuk orang dewasa, seperti hak untuk hidup, mendapatkan pendidikan, layanan kesehatan, perlakuan non-diskriminatif, hak berserikat, dan hak menyatakan pendapat. Hak-hak untuk bebas dari pelacuran, eksploitasi seksual dan kekerasan seksual amat relevan dengan program pencegahan penularan HIV.

**Ketujuh, hak untuk bepergian.** Odha mempunyai kebebasan untuk bepergian, dan seharusnya tidak boleh ada peraturan untuk membatasi seseorang bepergian hanya berdasarkan status HIV-nya, karena sama sekali tidak ada dasar ilmiahnya.

**Kedelapan, hak untuk menyatakan pendapat.** Setiap orang mempunyai hak untuk menyatakan pendapatnya. Dalam kaitan dengan hal tersebut, setiap orang berhak mendapatkan dan mencari informasi apa pun, termasuk informasi mengenai pencegahan, perawatan, dan dukungan dalam mengatasi penyakit infeksi HIV/AIDS.

**Kesembilan, hak untuk berserikat.** Deklarasi Universal mengenai HAM menyatakan bahwa setiap orang mempunyai kebebasan untuk berserikat secara damai. Dalam konteks HIV/AIDS, kebebasan berserikat merupakan hal yang penting sekali untuk melaksanakan advokasi, lobi, dan dukungan untuk odha. Odha perlu mendapat perlindungan dari perlakuan diskriminatif, baik langsung maupun tak langsung.

Penulis merasakan bahwa dengan membahas HAM pada HIV/AIDS sebetulnya kita mengkaji hak asasi manusia secara hakiki dan universal. Dan sebenarnya kita sedang mengkaji masalah kemanusiaan secara umum, baik yang berhubungan maupun yang tidak ada kaitannya sama sekali dengan HIV/AIDS.

## **Pendidikan Publik**

*Program advokasi yang dikemas dengan sederhana dan populer, dengan memanfaatkan berbagai kanal media sosial, tampaknya lebih mudah diterima oleh masyarakat luas.*

Penegakan HAM untuk odha di Indonesia sekarang sebetulnya sudah lumayan baik, jauh lebih baik dari beberapa tahun yang lalu. Dengan program advokasi – yaitu mewakili kepentingan odha bila berhadapan dengan pihak lain – yang dengan gigih dijalankan oleh LSM-LSM Peduli AIDS dan pemahaman yang makin baik mengenai HIV/AIDS oleh wartawan (pelatihannya antara lain dikerjakan oleh LP3Y di Yogya) dan juga oleh pejabat, pemuka agama, selebriti dan pemuka masyarakat, maka opini mengenai sikap yang benar terhadap odha mulai terbentuk di masyarakat. Sebagai misal, penerimaan masyarakat terhadap odha di Karawang cukup baik, bahkan mereka mulai mendukung. Program advokasi yang dikemas dengan sederhana dan populer, dengan memanfaatkan berbagai kanal media sosial, tampaknya lebih mudah diterima oleh masyarakat luas.

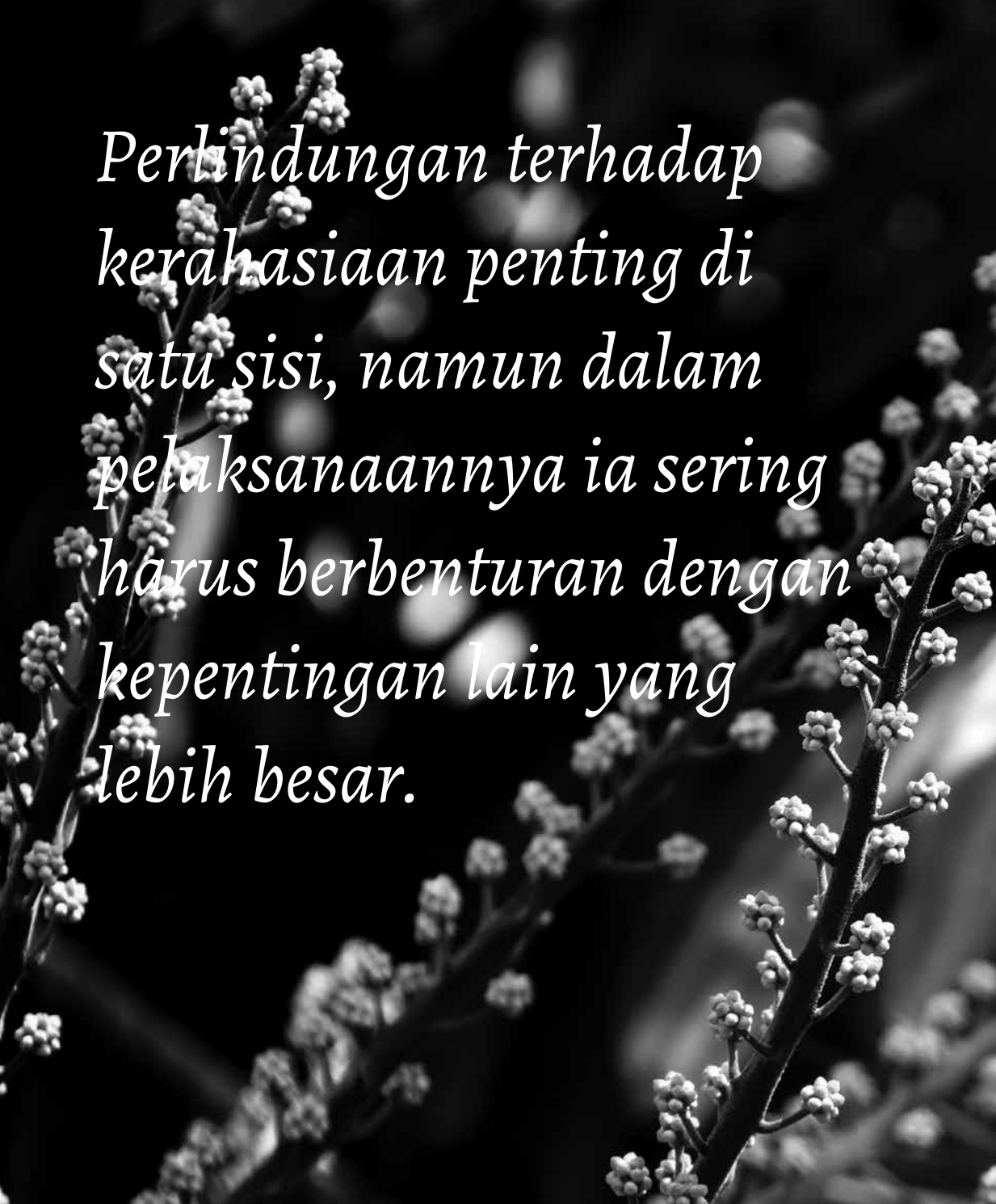
Jadi sikap masyarakat yang sebelumnya menolak dan menghukum odha, dapat diubah menjadi sikap yang wajar. Kemajuan yang lain adalah sekarang ini, manajemen rumah sakit sudah mengetahui bahwa menolak merawat odha adalah sikap yang salah, dan melanggar peraturan, walaupun beberapa rumah sakit masih belum bisa memahami mengapa tidak boleh menolak. Beberapa odha yang bergabung dengan Sanggar Kerja Yayasan Pelita Ilmu, sewaktu melakukan penyuluhan HIV/AIDS sekitar Hari AIDS Sedunia 1998, diterima dan disambut dengan baik sekali oleh masyarakat di berbagai daerah, di Medan, Kaltim, Yogya dan Bandung.

Hampir semua keluarga odha panik dan khawatir tertular HIV, sewaktu mengetahui ada anggota keluarganya yang terinfeksi HIV. Sebagai akibatnya banyak odha yang dikucilkan keluarganya, sebagian besar tidak mau makan bersama di satu meja dengan adik atau kakak kandungnya yang odha, meskipun telah diberi penyuluhan. Ada pula keluarga yang memindahkan adik, kakak atau suaminya yang HIV, ke rumah di luar kota atau ke sebuah hotel. Dengan adanya Sanggar Kerja YPI, keluarga bisa melihat dengan mata kepala sendiri model perawatan di rumah, di mana odha berada bersama, makan bersama di satu rumah bersama relawan, staf dan dokter, tanpa ada yang

khawatir tertular. Setelah meninjau aktivitas Sanggar Kerja YPI, tidak ada lagi anggota keluarga yang menolak kehadiran odha di rumahnya sendiri.

Bisa dikatakan bahwa sikap yang menolak dan mengucilkan timbul karena kurang pengetahuan dan pemahaman mengenai pengetahuan dasar penyakit infeksi HIV/AIDS. Pengalaman membuktikan bahwa sikap masyarakat yang salah dapat berganti menjadi sikap yang benar, walaupun untuk mengubahnya diperlukan penyuluhan dan kesabaran, informasi yang berkesinambungan, dan contoh nyata di lapangan. Pendidikan publik yang dirancang secara baik dan dievaluasi secara berkala ada kuncinya.

Semoga bermanfaat.

A black and white photograph of a flowering branch with small white buds. The branch is dark and runs diagonally across the frame. The buds are small, round, and clustered together. The background is dark and out of focus, with some light spots.

*Perlindungan terhadap kerahasiaan penting di satu sisi, namun dalam pelaksanaannya ia sering harus berbenturan dengan kepentingan lain yang lebih besar.*

# Sekali Lagi Tentang Prinsip Kerahasiaan dan Perlindungan Terhadap Odha

*The idea that some lives matter less is the root of all that is wrong with the world.*

*- Paul Farmer – dokter, antropolog kesehatan*

*penghormatan  
melibatkan  
pengakuan bahwa  
subyek adalah pribadi  
otonom yang mampu  
memutuskan apa  
yang terbaik bagi  
dirinya.*

Sejak awal epidemi atau lebih dari 30 tahun lalu, persoalan stigma dan diskriminasi yang mengikuti infeksi HIV tidak kunjung berakhir. Bahkan di era ARV sekarang ini, ketika pengobatan yang diiringi dengan adherens ketat menawarkan harapan hidup yang sama antara orang dengan HIV (odha) dengan mereka yang tidak terinfeksi. Stigma dan diskriminasi bahkan tidak hanya ditujukan kepada odha, tetapi juga kepada keluarga dekat terutama yang tinggal serumah dengan odha. Tidak mengherankan jika karena itu banyak odha ingin selalu merahasiakan status positifnya dari mata publik. Bahkan jika mungkin dari petugas kesehatan yang merawat mereka. Kekhawatiran seperti ini bukannya tanpa alasan, karena banyak dokumentasi yang menunjukkan bahwa petugas di rumah sakit – termasuk perawat, petugas farmasi, petugas laboratorium hingga petugas kebersihan – seringkali menjadi pengungkap status kesehatan pasien. Sengaja maupun tidak.

Masalahnya, begitu ditengarai terinfeksi HIV banyak aspek dalam kehidupan seseorang yang mengalami medikalisasi: mulai dari keharusan menjalani berbagai test, pengobatan yang berlangsung seumur hidup yang diiringi dengan keharusan untuk kontrol teratur, hingga keterlibatan dalam berbagai penelitian. Yang terakhir ini memang dilematis. Di satu sisi – saya pernah menuliskannya dalam salah satu artikel lain – HIV mendorong

kemajuan di bidang riset virologi, vaksin, farmasi, penanganan penyakit menular, komunikasi kesehatan, ilmu konseling, hingga advokasi kebijakan dan kerjasama internasional. Namun di sisi lain semua capaian dan kemajuan itu didapat dengan menempatkan odha pada posisi rentan karena rawan terdiskriminasi setelah status positifnya terungkap.

Karena itu masalah konfidensialitas (kerahasiaan) dan *informed consent* (persetujuan yang didapat dengan sebelumnya memahami informasi selengkap mungkin) – baik sebelum menjalani terapi medis maupun kesertaan dalam penelitian – selalu relevan untuk dibahas untuk mencapai kesepakatan terbaik yang memihak kepentingan odha dan perlindungan masyarakat secara umum.

### **Prinsip Bioetika**

Secara umum ada tiga prinsip yang harus selalu dipegang dalam sebelum melakukan tindakan klinis dan penelitian, yakni penghormatan terhadap subyek (individu) yang terlibat, manfaat, serta prinsip keadilan. Respek atau penghormatan melibatkan pengakuan bahwa subyek adalah pribadi otonom yang mampu memutuskan apa yang terbaik bagi dirinya. Atau, dalam kasus di mana seseorang tidak memiliki kemampuan untuk memutuskan dan karenanya tidak atau kurang otonom, maka dokter atau peneliti wajib mengupayakan perlindungan terbaik bagi subyeknya dari efek samping atau risiko merugikan yang mungkin dialami selama keterlibatan di dalam proses penelitian. Termasuk di dalam prinsip penghormatan ini adalah menjaga kepercayaan dan janji kepada subyek/pasien.

Kedua, berkenaan dengan prinsip manfaat, baik dokter maupun peneliti harus memastikan bahwa setiap tindakan yang mereka ambil harus berpihak pada kepentingan pasien maupun subyek penelitian. Dan itu artinya juga meminimalkan risiko atau, jika risiko tidak bisa dihilangkan sama sekali, harus dipastikan bahwa manfaat yang akan diperoleh melampaui potensi risiko atau kerugian yang mungkin diakibatkan.

Ketiga adalah prinsip keadilan, yang menghendaki setiap subyek atau individu mendapatkan perlakuan yang adil. Dalam hal penelitian, prinsip ini sering dipahami sebagai kesetaraan dalam berbagi manfaat maupun tanggungjawab. Tidak boleh seorang pun menanggung beban tanggungjawab lebih dari orang lain.

Prinsip-prinsip ini bersifat umum dan mungkin terdengar kaku (*rigid*). Namun karena subyek adalah manusia dan setiap manusia adalah unik, maka tentu tidak ada yang absolut. Seringkali dokter atau peneliti menemukan bahwa penerapan prinsip-prinsip tersebut bahkan saling bertentangan satu sama lain. Karena itu, selalu perlu bagi dokter serta peneliti untuk mendekati dan memahami bahwa subyek mereka berbeda satu sama lain. Bahwa obat yang sama diberikan kepada pasien dengan diagnosa yang sama, misalnya, bisa menimbulkan efek dan hasil yang berbeda.

Sekarang kita akan melihat bagaimana prinsip-prinsip bioetika tersebut diterapkan di lapangan.

Pertama dalam isu yang sangat krusial untuk konteks pencegahan penularan, yakni test HIV. Dalam artikel menyambut Hari AIDS Sedunia 2014 silam saya menulis bahwa kebijakan *Test and Treat* sudah teruji di banyak negara mampu mengurangi prevalensi kasus infeksi baru dan meningkatkan harapan hidup mereka yang terinfeksi. Silakan baca lagi tautan ini: <http://zubairidjoerban.org/hiv-test-and-threat/>.

Untuk diingat kembali, karena risiko fisik yang ditimbulkan oleh test darah ini minimal maka penyedia layanan kesehatan di negara yang lebih maju saat ini tidak memerlukan pembahasan panjang lebar mengenai *informed consent*. Bahkan informed consent lebih sering “diasumsikan” secara implisit ketimbang dimintakan secara eksplisit. Ini sangat berbeda dengan periode awal epidemi, ketika test darah untuk HIV dianggap sangat berbeda dari test darah untuk penyakit lainnya karena anggapan bahwa hasilnya akan membawa dampak psikosial

yang panjang semisal penolakan oleh keluarga, diskriminasi dalam pekerjaan, akses yang terbatas atau malah kehilangan akses sama sekali ke layanan kesehatan, asuransi, dan hak-hak lain sebagai warga negara. Tambahkan pula pada awal epidemi berjangkit tidak ada kepastian pengobatan seperti sekarang, membuat masa depan dari mereka yang terinfeksi virus kian tidak menentu. Karena itulah konseling sangat diperlukan, berikut penerapan prinsip anonimitas dan kerahasiaan yang harus dijaga dengan sangat ketat oleh petugas medis.

Itu yang terjadi di masa lalu. Sekarang situasinya sudah jauh lebih baik, terutama dengan kemajuan di bidang pengobatan. Namun demikian test HIV masih mengandung risiko diskriminasi jika kerahasiaan pasien sampai bocor. Ini terutama terjadi di negara atau wilayah di mana akses kepada pengobatan masih terkendala. Karena itu para aktivis dan lembaga-lembaga kesehatan termasuk Center for Disease Control dan Prevention (CDC) di Amerika merekomendasikan test secara anonim harus menjadi standar. Demikian juga dengan membuka status yang dilakukan oleh petugas kesehatan dengan alasan apapun.

Ada banyak perbedaan pendapat dalam hal ini. Di beberapa negara bagian di Amerika seperti California, petugas kesehatan tidak diperbolehkan untuk memperingatkan pasangan intim dan pasangan pengguna narkoba suntik yang sudah diketahui status HIV-nya positif, tanpa sepengetahuan dan persetujuan odha yang bersangkutan. Namun hal ini juga memiliki pengecualian yakni, pertama, jika pengungkapan status kepada orang lain – termasuk pasangan sekalipun – akan menghindarkan odha dari bahaya yang lebih serius. Kedua, jika tidak ada cara lain untuk mencapai tujuan perlindungan yang diharapkan. Ketiga, status kerahasiaan tidak perlu dibuka semuanya.

Masalah akses kepada pengobatan yang adekuat tidak hanya dialami oleh negara kita. Di Amerika pun akses pengobatan masih dirasakan belum merata di seluruh warga negara. Kita sering membaca di media on-line, misalnya, bagaimana warga Afro-Amerika banyak yang masih merasa terdiskriminasi dalam hal akses layanan kesehatan. Jadi bisa dipahami kalau



mayoritas negara bagian di Amerika masih mensyaratkan prosedur mendapatkan *informed consent* yang biasa, bahkan tertulis. Termasuk dalam informasi yang harus diberikan selama proses konseling adalah mengenai prosedur test, penyakit yang disebabkan oleh HIV, perilaku berisiko dan pencegahannya, masalah konfidensialitas, pelaporan dan situasi yang menyebabkan konfidensialitas penting dibuka, kesukarelaan, hak untuk mencabut kembali persetujuan yang sudah diberikan sebelumnya, serta pilihan untuk menjalani tes secara anonim.

Masalahnya, menurut saya, jika prinsip konfidensialitas dan kesukarelaan diterapkan dengan terlalu ketat – dan itu artinya memakan waktu yang cukup lama karena antara lain kurangnya tenaga konselor terlatih – maka akan banyak kematian yang sebenarnya bisa dicegah, terjadi. Gap antara estimasi kasus HIV dengan jumlah kasus yang sudah terdeteksi dan jumlah orang dengan HIV yang sudah mendapatkan pengobatan masih sangat besar di Indonesia (lihat kembali <http://zubairidjoerban.org/hivaid-di-indonesia/>). Pilihannya menjadi sangat dilematis. Di satu sisi obat yang tersedia menjanjikan hasil yang sangat menggembirakan, tapi di sisi lain akses kepada obat tersebut masih jauh dari merata. Padahal, kita sudah membahasnya di depan, stigma dan diskriminasi sangat erat terkait dengan akses kepada pengobatan.

Test HIV untuk perempuan positif pun masih menyisakan masalah etik, terutama karena walau ARV sudah ada di Indonesia, namun banyak sekali ibu hamil dengan HIV yang tidak tahu status HIV-nya, sehingga tidak mendapatkan ARV. Padahal ARV amat efektif sebagai upaya pengobatan untuk ibu hamil dan sekaligus profilaksis (pencegahan) yang sangat penting untuk mencegah penularan dari ibu ke bayi. Mengetahui status HIV pun sebenarnya penting untuk membantu ibu memutuskan akan menyusui bayinya atau tidak. Idealnya memang bayi dari ibu yang positif HIV tidak disusui untuk meminimalkan risiko penularan. Namun akses air bersih yang, lagi-lagi, belum didapatkan oleh semua ibu di seluruh Indonesia, pemberian susu formula justru akan memaparkan bayi pada risiko diare yang tidak kurang berbahayanya.

Kembali ke masalah test HIV, untuk saat ini saya masih berpendapat bahwa menjadikan test HIV sebagai test rutin adalah cara yang ideal untuk menemukan sebanyak mungkin orang yang telah terinfeksi, dan memberikan pengobatan yang menjadi haknya sebagai warga negara.

Namun melihat lagi ketiga prinsip bioetika di atas, prinsip menghormati subyek yang mampu membuat keputusan terbaik untuk dirinya sendiri harus selalu dijunjung. Selain itu, test rutin sama sekali tidak berarti kita boleh mengabaikan pentingnya pemberian informasi dan pendidikan yang komprehensif. Jika itu terjadi, maka sebenarnya kita sedang menggagalkan upaya pencegahan yang sudah kita kembangkan secara susah payah selama bertahun-tahun ini.

### **Isu HAM dalam Riset HIV**

Berikutnya, isu HAM dijumpai sangat kental dalam bidang riset atau dalam tulisan ini saya maksudnya uji klinis. Hal pertama yang harus diingat oleh setiap peneliti adalah tidak etis melibatkan subyek manusia kecuali dalam penelitian berskala luas yang validitas hasilnya dijamin dan bisa digeneralisasi. Uji klinis umumnya harus melalui tahap uji laboratorium dan uji pada hewan sebelum melibatkan subyek manusia.

Sama seperti sebelum memulai tindakan dan test HIV, pada uji klinis pun *informed consent* adalah syarat mutlak. Namun yang perlu diingat oleh setiap peneliti adalah bahwa setiap individu memiliki alasan dan harapan masing-masing ketika ditawarkan untuk ikut dalam “penelitian”. Sebagian kandidat peserta mungkin enggan menolak karena yang menawarkan adalah dokter yang merawatnya. Alasannya beragam, termasuk takut kualitas pengobatannya turun jika ia tidak bersedia ikut. Sebagian mungkin berharap akan mendapatkan pengobatan baru yang menjanjikan harapan baru setelah moda pengobatan yang lain sudah tidak bisa diandalkan. Sebagian bersedia ikut untuk alasan yang lebih luhur, seperti membantu sesama yang kelak membutuhkan obat tersebut. Namun sebagian lagi mungkin justru tidak sadar bahwa mereka tengah terlibat dalam penelitian.

Di luar semua alasan tersebut harus diperhatikan bahwa umumnya subyek, karena latar belakang non-medisnya, tidak memahami dengan baik hakikat dari penelitian yang akan berlangsung. Istilah randomisasi, misalnya, umumnya kurang dipahami oleh subyek yang awam dunia medis dan ilmiah.

Akibatnya harapan yang mereka miliki mungkin terlampau besar, melebihi apa yang akan mereka dapatkan sesungguhnya. Harapan dan miskonsepsi seringkali membuat seseorang menafsirkan secara keliru informasi yang dia terima.

Karena itu menjadi tugas dokter-peneliti untuk memastikan bahwa seseorang betul-betul memahami tujuan penelitian dan menjaganya berada dalam koridor harapan yang realistis. Beberapa hal yang harus dilakukan oleh dokter-peneliti antara lain:

1. Memastikan bahwa keikutsertaan dalam sebuah uji klinis adalah murni bersifat sukarela (*voluntary*) dan sama sekali tidak akan mempengaruhi kualitas layanan yang selama ini ia terima.
2. Memastikan bahwa pasien mengerti apakah dokter MEREKOMENDASIKAN atau MENAWARKAN KESEMPATAN untuk ikut serta dalam penelitian atau uji klinis tersebut.
3. Memastikan bahwa pasien benar-benar memahami aspek-aspek kunci mengenai uji klinis dan meluruskan pemahaman yang keliru.

Karena umumnya uji klinis dilakukan dengan melibatkan tim, ada baiknya dalam kunjungan selanjutnya terkait penelitian anggota tim lain juga datang ketika mendiskusikan masalah *informed consent* ini.

Jika dikaitkan kembali dengan prinsip bioetika di atas, perlu diingat bahwa beberapa orang memiliki kerentanan yang diakibatkan oleh banyak faktor. Di Amerika, Pemerintah Federal serta National Bioethics Advisory Commission (NBAC) pada Mei 2001 menetapkan bahwa kerentanan semestinya ditetapkan berdasarkan karakteristik individual daripada kelompok.

Aspek kerentanan terutama penting untuk konteks riset HIV, ketika odha mengalami kerentanan medis karena infeksi yang diidapnya. Latar belakang odha – termasuk homoseksual, IDU, minoritas, perempuan – juga menyebabkan mereka rentan secara sosial dan ekonomis karena perilaku berisiko mereka di masa lalu dan diskriminasi yang pernah (atau masih) dialami.

Masih terkait dengan perlindungan HAM bagi odha yang menjadi subyek dalam sebuah penelitian dan uji klinis, NBAC pada tahun yang sama menetapkan beberapa kriteria untuk memastikan subyek tidak akan mengalami risiko atau cedera yang tidak diharapkan.

Kriteria tersebut adalah:

1. Desain dan rencana riset sudah diulas (review) oleh satu atau lebih komite.
2. Minimalisasi risiko terhadap peserta penelitian.
3. Jika tetap ada risiko, maka risiko tersebut melampaui keuntungan yang bakal diperoleh.
4. Perawatan dan kompensasi yang memadai bagi peserta penelitian jika terjadi cedera selama penelitian berlangsung.
5. *Informed consent* individual dari semua peserta yang sudah cukup usia (dewasa) dan secara mental dinilai kompeten.
6. Mendapatkan perlakuan yang sama dengan peserta lain.
7. Memiliki tanggungjawab dan keuntungan yang sama dari penelitian yang berlangsung.

Di suatu masyarakat yang sistem kekeluargaannya masih sangat erat, izin untuk mengikuti penelitian juga mungkin perlu didapatkan dari anggota keluarga lain yang dituakan. Meskipun demikian, itu tidak berarti izin personal tidak lagi diperlukan. Dengan kata lain peneliti harus mencari cara yang sensitif-budaya untuk memastikan penelitiannya tidak melukai nilai-nilai kultural yang berlaku, selain nilai dan hak-hak individual.

### **Kesimpulan**

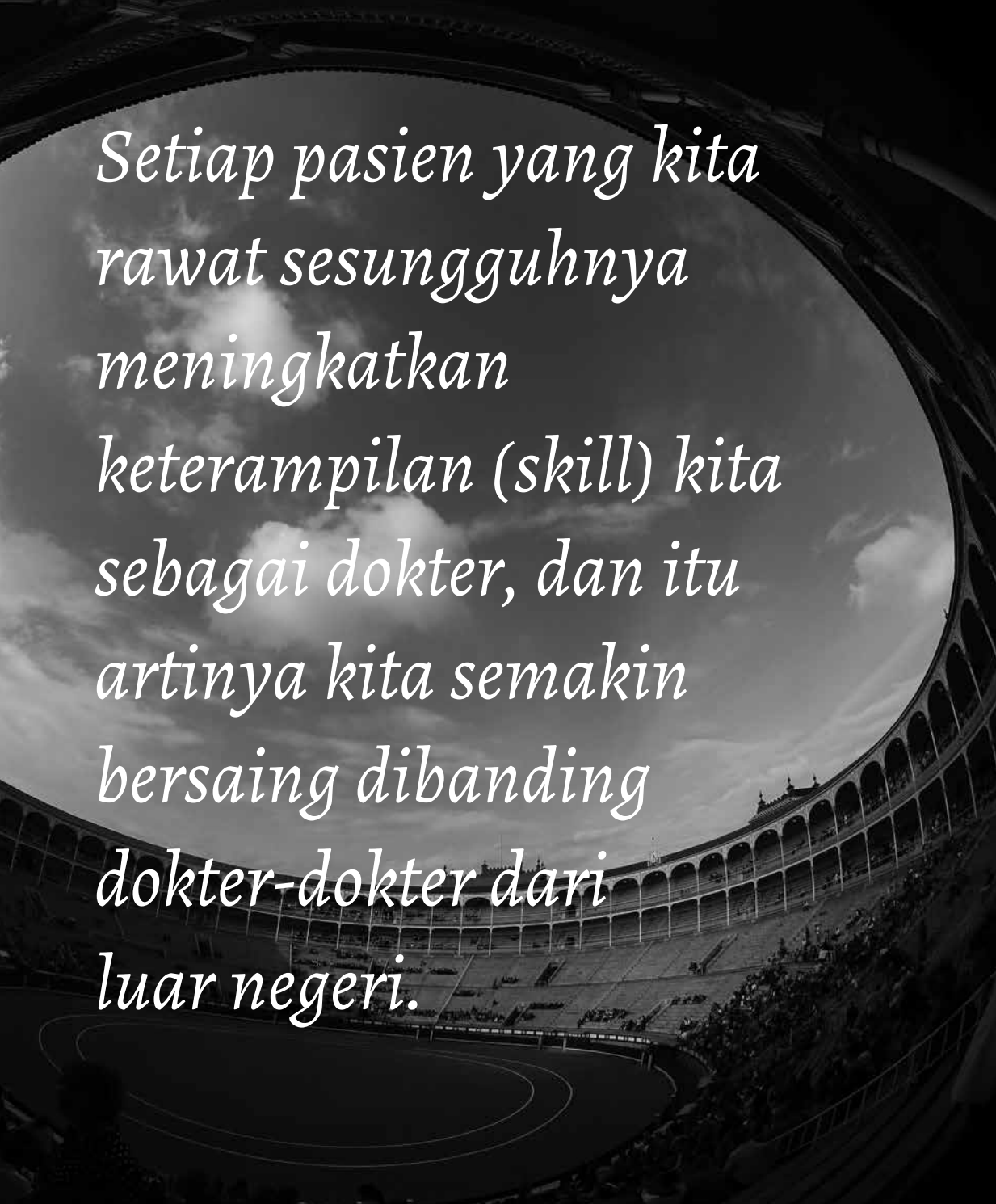
Perlindungan terhadap hak asasi manusia orang dengan HIV tidak berarti sekadar memastikan hak-hak mereka sebagai warga negara terpenuhi. Termasuk hak atas perlakuan

non-diskriminatif, hak atas kedudukan yang sama di depan hukum, hak atas kemerdekaan dan rasa aman, hak untuk menikah, mendapatkan pendidikan, hak khusus untuk perempuan berstatus odha, hak untuk memiliki anak, bepergian, menyatakan pendapat dan berserikat.

Lebih dari itu, HAM untuk odha juga terkait dengan kerahasiaan dalam upaya mereka mendapatkan akses dan layanan pengobatan terbaik, serta dalam keterlibatan mereka dalam penelitian atau uji klinis. Perlindungan terhadap kerahasiaan penting di satu sisi, namun dalam pelaksanaannya ia sering harus berbenturan dengan kepentingan lain yang lebih besar. Banyak “jebakan” yang harus diwaspadai oleh petugas medis dan peneliti yang memfokuskan perhatiannya pada isu HIV.

Kuncinya ada pada komitmen untuk terus mengingat prinsip-prinsip bioetika dan pada pendidikan publik yang dilakukan dan dievaluasi secara berkesinambungan, di samping kesetiaan pada kemanusiaan dan norma ilmiah.

Semoga bermanfaat.



*Setiap pasien yang kita  
rawat sesungguhnya  
meningkatkan  
keterampilan (skill) kita  
sebagai dokter, dan itu  
artinya kita semakin  
bersaing dibanding  
dokter-dokter dari  
luar negeri.*

# MEA dan Peluang Besar untuk Kemajuan

Dua tahun sudah, sejak akhir 2015 Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) diberlakukan. Sebagaimana pernah saya tulis sebelumnya (baca: <http://zubairidjoerban.org/beberapa-pekerjaan-rumah-dokter-indonesia-menghadapi-pasar-bebas-asean-2015/>), MEA tidak hanya membuka arus perdagangan barang atau jasa, tetapi juga pasar tenaga kerja profesional, seperti dokter, pengacara, akuntan, dan lainnya. Di sisi lain MEA juga diharapkan memperbesar arus investasi dan modal. Ini yang diharapkan oleh Indonesia yang sekarang sedang giat membangun.

Salah satu sektor yang terdampak oleh MEA ini adalah kesehatan. Bisa dikatakan bahwa MEA adalah ujian kedua dalam pembangunan sistem kesehatan di Indonesia, menyusul berfungsinya secara penuh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan (dan BPJS Ketenagakerjaan per 1 Juli 2014) adalah BUMN yang tugasnya adalah menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat. Dengan berlakunya BPJS, tidak hanya PNS, pensiunan PNS, TNI/Polri, Veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya yang mendapat jaminan kesehatan, tetapi seluruh rakyat Indonesia. Dengan berlakunya MEA, jaminan kesehatan itu juga wajib bagi tenaga kerja asing di Indonesia.

Tulisan ini akan membahas kaitan antara MEA dan penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Indonesia, serta dampaknya bagi konsumen dan penyelenggara jasa layanan kesehatan.

### **Tantangan untuk Pencapaian UHC**

Dengan menghimpun iuran masyarakat untuk pembiayaan operasional, BPJS Kesehatan menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional yang tujuannya adalah memastikan seluruh warga negara mempunyai akses ke layanan kesehatan yang berkualitas baik dan komprehensif tanpa memandang tingkat pendapatan, status sosial maupun tempat tinggal. Yang dimaksud dengan layanan komprehensif adalah layanan kesehatan lengkap yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, pelayanan darurat medis, dan pelayanan penunjang. Pemerintah mencanangkan *universal health coverage* (UHC) ini tercapai pada 1 Januari 2019. Kita berharap dan berdoa target ini akan tercapai. Pemerintah sudah menyusun *roadmap* untuk mencapai target tersebut, namun masih diperlukan kerja keras karena sampai Oktober 2016 yang terdaftar baru 170.213.981 orang, atau kurang lebih 70 persen dari total penduduk Indonesia.

Mekanisme yang digagas oleh pemerintah sejak tahun 2004 – melalui UU no. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional – ini bertumpu pada prinsip kegotongroyongan. Artinya mereka yang mampu membayar iuran akan membantu mereka yang tidak mampu dan menjadi penerima bantuan iuran. Akan tetapi maksud baik ini menurut saya menghadapi beberapa tantangan, baik internal maupun eksternal.

Masalah internal terkait dengan politik. Kita tahu bahwa sejak dulu alokasi anggaran belanja pemerintah fungsi kesehatan masih sangat rendah. Pada periode 2013-2015 alokasi itu hanya sekitar 2 persen. Kabar baiknya sudah ada kecenderungan peningkatan pada tahun-tahun belakangan, meski masih belum ideal. Secara persentase anggaran kesehatan terhadap Pendapatan Nasional Bruto (PNB), Indonesia adalah yang terendah. Kita bahkan kalah dibandingkan Filipina, Lao PDR dan Kamboja. Indonesia juga di bawah RRC dan Kuba. Bahkan jika kalah dibandingkan dengan negara baru Timor Leste.

Perbandingan anggaran per kapita akan lebih mencolok. Indonesia dengan persentase anggaran kesehatan terhadap



PNB 2,5%, anggaran kesehatan per kapita adalah 100 USD. Beda sedikit dengan Timor Leste (11,9%, 103 USD). Kita kalah jauh dibanding Singapura (4,1%, 2.111 USD), Malaysia (4,6%, 629 USD), Thailand (4,2%, 327 USD), RRC (5,1%, 347 USD), dan Kuba (12,1%, 478 USD). Secara global Indonesia berada di urutan 158 sementara Timor Leste 157. Negara-negara yang disebut sudah tentu di atas Indonesia. Lao PDR anggaran kesehatan per kapita di bawah Indonesia, yakni 92 USD. Namun persentase disbanding PNB mereka adalah 4,3%.

Itu berarti kemauan politik pemerintah Indonesia untuk memperbaiki sektor kesehatan masih menghadapi ujian. Padahal kita sama-sama paham, bahwa pembangunan kesehatan adalah etalase keberhasilan suatu rezim pemerintah. Dalam masa kampanye seperti sekarang, kesehatan bersama pendidikan adalah dua janji yang paling lumrah diobral kandidat.

Masalah ini akan lebih rumit jika dikaitkan dengan politik desentralisasi. Terkait BPJS, distribusi wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah masih perlu disepakati bersama, karena apa yang menjadi prioritas nasional belum tentu diangkat sebagai prioritas oleh daerah. Demikian pula sebaliknya. Ini antara lain yang menyebabkan disparitas antardaerah dalam penyediaan, ketersediaan, serta kualitas layanan kesehatan.

Kedua, kondisi politik dalam negeri yang terus-menerus kurang kondusif akibat kerusuhan berskala luas, terorisme, serta konflik horizontal lainnya (antara lain dipicu oleh pemilihan kepala daerah atau kepala negara seperti akhir-akhir ini), akan menyerap energi dan biaya pemerintah. Masalahnya begitu terjadi konflik dan kerusuhan maka sudah pasti anggaran terserap ke bidang keamanan dan hukum, dan mengenyampingkan program jaminan sosial termasuk kesehatan. Kita tentu bisa sama-sama memaklumi jika pengenyampingan itu terjadi, karena di era MEA seperti sekarang ada banyak kesempatan menyerap dana investasi atau modal dari luar negeri yang sangat diandalkan oleh pemerintah sekarang terutama untuk membangun proyek-proyek infrastruktur yang padat modal. Mau tidak mau keamanan

akan menjadi prioritas. Pilihannya bisa sangat dilematis, dan tidak sepenuhnya berada di kendali sektor kesehatan.

### **Jaminan Sosial untuk Pekerja Asing**

Ketiga, masih terkait dengan political will pemerintah, sebagai konsekuensi dari MEA, Indonesia mau tak mau harus membuka pintu bagi ratusan ribu atau bahkan jutaan tenaga kerja asing yang ingin bekerja di Indonesia. Terlebih karena mereka melihat Indonesia sedang giat-giatnya membangun. Masuknya tenaga kerja asing ke Indonesia sudah pasti dilandasi oleh nota kesepahaman dengan sesama negara anggota ASEAN, yang mencakup tentang sistem, manajemen, kepesertaan dan iuran jaminan sosial.

Keikutsertaan tenaga kerja asing dalam BPJS – terutama mereka yang bekerja di Indonesia lebih dari enam bulan – adalah amanat UU no 40/2004 tentang JSN, UU no 24/2011 tentang BPJS, yang pelaksanaannya diatur oleh Peraturan Menteri Tenaga Kerja no 16/2015 dan no 35/2015 tentang Tata Cara Penggunaan Tenaga Kerja Asing. Nota kesepahaman juga sudah ditandatangani antara Kemenaker dengan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, dan pelaksanaannya akan diserahkan kepada Dinas Tenaga Kerja di provinsi hingga kabupaten/kota. Koordinasi antara BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan sangat sentral.

Kesertaan tenaga kerja asing dalam dalam program jaminan sosial ini adalah simbiosis yang sebenarnya menguntungkan semua pihak, terutama melindungi tenaga kerja yang bersangkutan. Namun kenyataannya Hingga Mei 2016, jumlah tenaga kerja asing di Indonesia yang tercatat di BPJS Ketenagakerjaan baru mencapai sekitar 22.000 pekerja, atau hanya 32,40 persen. Sisanya yang 67,60 persen belum terdaftar. Padahal sifatnya wajib, seperti halnya tenaga kerja Indonesia di luar negeri pun wajib mengikuti program jaminan sosial di negara tempatnya bekerja.

Meningkatkan cakupan warga negara dan tenaga kerja asing sebagai peserta BPJS adalah pekerjaan rumah besar bagi

pemerintah dan BPJS sendiri. Di satu sisi meningkatnya cakupan berarti meningkatnya pemasukan untuk penyelenggaraan program jaminan sosial. Di sisi lain pihak penyelenggara layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta dituntut untuk memberikan layanan terbaiknya. Stigma bahwa rumah sakit swasta lebih mahal dibanding rumah sakit pemerintah bisa dihapus dengan keikutsertaan mereka dalam program BPJS.

Tetapi ada satu catatan penting: Kita semua perlu mengakui bahwa peran swasta sangat penting dalam memberikan layanan karena layanan yang dimiliki pemerintah tidak cukup untuk melayani semua masyarakat yang sakit. Namun di sisi lain belakangan ini kita menyaksikan tumbangnya beberapa rumah sakit swasta akibat belum seimbang pemasukan yang berasal dari BPJS dengan jumlah pasien yang harus diobati. Ini tentu bukan preseden yang baik karena untuk menarik investor jaminan kesehatan – dan keamanan – untuk tenaga kerja asing mestinya menjadi salah satu insentif yang menarik.

Pasar kesehatan di ASEAN yang sekarang terdiri dari 10 negara diperkirakan bernilai 84.479 miliar Euro atau lebih dari 90 miliar dollar AS. Dari jumlah itu, pasar terbesar ada di Indonesia, Thailand dan Singapura, disusul oleh Malaysia yang dianggap sebagai salah satu *hotspot* untuk investasi dan bisnis kesehatan. Di Jakarta dan beberapa kota besar di Indonesia kita melihat rumahsakit-rumahsakit PMA bermunculan.

Industri kesehatan dan pasar yang berkembang di kawasan ASEAN ini mendatangkan sejumlah tantangan dan peluang yang sangat menarik. Pasar Bersama ASEAN (atau disebut juga Masyarakat Ekonomi ASEAN, MEA) yang telah resmi dimulai dua tahun lalu tidak hanya memungkinkan orang untuk mempunyai lebih banyak pilihan dalam membeli barang dan jasa, tetapi juga membuka peluang bagi kalangan profesional untuk menawarkan keahlian mereka di luar batas-batas negaranya sendiri. Yang terjadi adalah internasionalisasi layanan kesehatan. Bukan hanya produk kesehatan (obat dan alat-alat kesehatan), tetapi tenaga profesional kesehatan seperti dokter, perawat, terapis pun perlu memenuhi kualifikasi dan mendapat

sertifikasi yang berlaku untuk semua negara yang tergabung dalam MEA. Sedapat mungkin kualifikasi dan standardisasi yang disepakati pun sama atau setidaknya mendekati standar global yang berlaku di negara-negara maju lainnya. Sekadar informasi, saat ini RS Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RS Dr Sardjito Yogyakarta sudah lulus dalam akreditasi yang dilakukan oleh Joint Commission International (JCI), sebuah lembaga penjamin mutu layanan kesehatan yang berpusat di Amerika Serikat.

Di ASEAN wisata kesehatan sudah lama berkembang dengan Thailand, Singapura, Malaysia dan belakangan Indonesia menjadi sentralnya. Sudah sejak dulu kita mendengar pasien-pasien Indonesia memilih berobat ke Singapura atau Penang karena dianggap pelayanan di sana lebih baik, lebih lengkap, dan dengan harga yang kompetitif dibanding berobat di Jakarta misalnya. Juga bukan rahasia lagi bahwa beberapa rumah sakit di negara jiran kita sampai mempunyai landasan pacu helikopter sendiri untuk mentransfer pasien-pasien dari wilayah Jambi, Riau, Medan dan sekitarnya ke tempat mereka. Di Jakarta pun tidak sedikit rumah sakit swasta yang memiliki kerjasama dengan rumah sakit di Singapura, Tiongkok atau Thailand, sehingga proses rujukan dari Jakarta ke Bangkok misalnya, menjadi sangat mudah. Pasien dan keluarganya tidak perlu mondar-mandir untuk mengurus berbagai surat keterangan dan salinan rekam medik yang diperlukan. Semuanya sudah diurus dengan rapi oleh agen yang ditunjuk. Dari paspor sampai transportasi PP. Ibaratnya pasien hanya perlu menyiapkan koper, lalu duduk tenang menunggu jemputan dan menjalani pengobatan.

Di antara layanan yang paling populer dan banyak dipasarkan di kawasan ini adalah pemeriksaan atau pengobatan untuk penyakit kardiovaskular (angioplasty, CABG/operasi bypass, dan transplantasi), ortopedi (pengobatan untuk menunjang persendian dan tulang belakang), kanker (stadium lanjut atau terminal), kesehatan reproduksi (kesuburan, IVF, dan masalah kesehatan perempuan lainnya), penurunan berat badan (termasuk bypass gastrik), bedah kosmetik, dan beberapa

pemeriksaan penunjang seperti CT Scan dan lain-lain untuk tujuan *medical check-up*.

Kesadaran orang yang semakin tinggi terhadap pentingnya kesehatan membuat mereka – terutama dari kalangan mampu – mengejar kualitas layanan terbaik menurut persepsi mereka. Dan karena kenyamanan semakin dianggap penting, banyak pasien yang menyamakan kualitas layanan dengan kenyamanan tersebut.

Tapi keadaan mulai berubah pada era JKN/BPJS sekarang ini. Dan itu teramati di ruang praktik saya sehari-hari. Ada kecenderungan pasien yang semula “luar-negeri minded” kini mulai mengalihkan pilihannya ke dalam negeri. Beberapa pasien kanker yang saya tangani pergi ke Singapura atau Malaysia untuk memastikan kondisi mereka. Begitu diagnosis ditetapkan, mereka menjalani satu siklus kemoterapi untuk kemudian pulang dan melanjutkan pengobatannya di Indonesia sampai selesai. Prinsip ekonomi berlaku di sini, yakni membayar semurah mungkin untuk hasil maksimal, setidaknya optimal. Pasien-pasien ini melihat peluang menggunakan BPJS untuk mendapatkan obat kemoterapi gratis dan mereka hanya perlu membayar untuk selisih biaya kamar karena memilih perawatan di kelas VIP atau bahkan VVIP.

Kita sama sekali tidak perlu menanggapi kasus semacam ini dengan sinis. Bahkan sebaliknya, kita harus bersyukur bahwa kepercayaan klien terhadap dokter dan perawatan di dalam negeri semakin tinggi. Setiap pasien yang kita rawat sesungguhnya meningkatkan keterampilan (*skill*) kita sebagai dokter, dan itu artinya kita semakin bersaing dibanding dokter-dokter dari luar negeri. Beberapa kolega sejawat juga sudah membuktikan itu dari testimoni pasien-pasien mereka.

Contoh lain yang saya amati adalah pasien dengan HIV dan AIDS. Sudah sejak lama, bahkan sebelum era BPJS dimulai, pemerintah menyediakan obat gratis untuk lini 1 dan beberapa jenis lini 2. Saat ini yang terjadi pasien yang datang ke RS Kramat 128 tidak

hanya warga Indonesia, tetapi juga warga negara Jepang, Korea, Australia, Nigeria dan beberapa lainnya mengakses obat gratis yang disediakan pemerintah Indonesia. Untuk diketahui juga, menurut mereka kualitas layanan di RS Kramat 128 tidak kalah dengan di negara asal mereka. Obat gratis menjadi advantage lain yang membuat mereka melihat berobat di Indonesia adalah pilihan terbaik yang tersedia.

Sekali lagi kita tidak perlu bersikap sinis. Kemampuan kita untuk menangani HIV sudah berkembang sangat pesat dalam beberapa dekade setelah kasus pertama ditemukan. Kenyataan bahwa saat ini FKUI-RSCM dipilih menjadi salah satu *study site* penelitian global HPTN 074 membuktikan keterampilan kita dalam manajemen kasus HIV serta infrastruktur laboratorium yang kita miliki sudah diakui di mata internasional. Kualitas dan harapan hidup odha yang meningkat adalah bukti nyata berikutnya. Prinsip ekonomi untuk terapi HIV, dengan demikian, bukan satu-satunya faktor. Kualitas layanan tetap hal yang utama.

Cakupan BPJS harus diakui semakin lama semakin baik. Pasien-pasien jantung yang dulu mungkin memilih ke Penang, Malaysia, untuk memasang stent, sekarang memilih melakukannya di Indonesia karena stent dicakup oleh BPJS. Biaya pengobatan total menjadi nol, atau setidaknya jauh lebih murah. Obat untuk lupus pun mulai dicakup BPJS. Kabar terakhir yang saya dapat, obat lupus ginjal yang harganya mahal sekalipun sudah disetujui untuk dicakup BPJS. Sudah ada surat keputusan pemerintah untuk itu. Dengan demikian kematian odapus bisa ditekan dan kualitas hidup mereka akan semakin baik.

Sekali lagi, BPJS memberikan kita peluang besar untuk mengembangkan keterampilan dokter-dokter. Pekerjaan rumah kita sekarang adalah bagaimana meningkatkan kualitas pendidikan dokter yang berkelanjutan. Kesempatan itu sudah datang dan difasilitasi oleh BPJS. Kepercayaan publik sedang

menanjak semakin tinggi. Tinggal sekarang bagaimana fakultas-fakultas kedokteran, IDI, dan ikatan profesi menerima tantangan ini. Terakhir, penambahan pasien BPJS yang sangat pesat belum diikuti oleh imbalan yang lebih wajar untuk dokter-dokternya. Ini adalah pekerjaan rumah yang harus diselesaikan oleh pemerintah jika kita ingin kualitas layanan semesta (*universal coverage*) tercapai dan terus membaik.

# Izinkan Saya Bersyukur dan Berterima Kasih

Demikianlah.

*Menjadi dokter adalah sebuah anugerah: anugerah untuk melayani kemanusiaan. Maka seharusnya kita yang diberi kesempatan ini menjalankan tugas dengan sepenuh hati karena ini adalah panggilan yang mulia.*

Ralph Waldo Emerson, seorang esais Amerika Serikat, dosen, dan penyair abad ke-19 pernah mengatakan bahwa menjadi bahagia bukanlah tujuan utama dalam hidup. Yang sebenarnya, kata Emerson, kita hidup untuk menjadi bermanfaat, tumbuh menjadi pribadi yang layak dihargai, menebarkan kasih-sayang, dan menjadi contoh dari perbedaan antara hidup yang sekadar hidup dan hidup yang benar-benar dijalani dengan baik.

Dari perspektif sebagai dokter, saya melihat ada kebenaran dalam kata-kata Emerson tersebut. Kita menjalani tugas sebagai dokter tidak untuk membela kehidupan kita atau keluarga kita sendiri. Mungkin pada awalnya kita punya beragam alasan untuk menjadi dokter. Alasan itu bisa datang dari diri sendiri maupun dari orang-orang di sekitar kita. Namun seiring perjalanan waktu (semoga) kita akan menemukan penjelasan mengapa kita memilih profesi ini.

Menjadi dokter adalah sebuah anugerah: anugerah untuk melayani kemanusiaan. Maka seharusnya kita yang diberi kesempatan ini menjalankan tugas dengan sepenuh hati karena ini adalah panggilan yang mulia. Kita harus bersyukur bahwa kita dipilih untuk menjalani tugas mulia sebagai dokter, dan syukur itu harus diwujudkan dalam bentuk kerja keras dan tidak mengeluh betapa pun kerasnya tekanan yang kita hadapi untuk membantu mereka yang membutuhkan. Salah seorang pasien pernah mengatakan bahwa sakit itu takdir, namun bagaimana cara seseorang menghadapi penyakitnya, termasuk nyeri yang dideritanya, adalah persoalan *dignity* atau martabatnya sebagai



manusia. Tidakkah sebagai dokter kita perlu bersyukur bahwa kita dipercaya untuk menjadi “teman seperjalanan” mereka yang sedang menegakkan martabatnya?

Itu yang pertama. Tapi apakah itu artinya diri kita adalah satu-satunya yang terpenting dalam perjalanan karir kita sebagai dokter? Untuk saya jawabannya jelas: TIDAK. Ada begitu banyak orang yang telah “berinvestasi” kebaikan untuk semua capaian yang saya raih sampai hari ini, yang tanpa mereka semua mustahil saya raih. Sebagian dari mereka bisa saya ingat dengan baik peran maupun sumbangan pemikirannya, namun ada jauh lebih banyak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu meskipun kontribusi mereka sama sekali tidak bisa diabaikan.

Pertama, saya harus berterima kasih kepada guru-guru yang pernah hadir dalam hidup saya. Dan guru pertama saya adalah Ibunda Buchaeroh dan Ayahnda Djoerban Wahid SH. Tak akan terbalas jasa mereka dalam hidup saya dan adik-adik saya. Kenyataan bahwa saya bisa sampai di usia sekarang dengan kondisi kesehatan yang relatif baik pasti tidak bisa dilepaskan dari pengasuhan yang diberikan kepada saya sejak saya berada dalam kandungan Ibunda, masa kanak-kanak, hingga dewasa saya.

Keluarga adalah hal utama dalam hidup yang menentukan apakah seseorang bisa menjalani hidup dengan benar-benar baik seperti dikatakan Emerson di atas. Maka izinkan saya kembali mengingatkan kepada adik-adik, sejawat yang lebih muda, untuk selalu memprioritaskan keluarga. Seperti pasien, mereka pun memiliki hak atas diri kita dan waktu terbaik kita. Jagalah keseimbangan, karena itu yang akan menentukan kualitas hidup kita sendiri sampai nanti. Jadi dalam kesempatan ini saya ingin menyampaikan penghargaan, terima kasih tak terbatas, dan kasih sayang terdalam saya kepada istri tercinta, Sri Wahyuningsih SKM, MS yang tidak hanya telah mendampingi dengan kesetiaan penuh dan doa selama lebih dari 40 tahun ini. Bu Wahyu, demikian anak-anak YPI biasa memanggil beliau, juga telah membesarkan ketiga anak kami – Dini, Dono dan Diana – dengan sangat baik, membimbing menantu kami – Eric

dan Ratih – serta menjadi eyang yang menyenangkan untuk cucu-cucu kami, Arvi, Kenzie dan Raka. Semoga Allah menjaga saya dari alpa menyebutkan nama-nama mereka dalam doa yang saya panjatkan setiap hari.

Kedua, selama berkarir sebagai staf pengajar dan aktif dalam berbagai organisasi profesi saya terbantu oleh uluran banyak senior, staf, dan sejawat. Di antara mereka ada Prof Harryanto Reksodiputro, DR Djumhana Atmakusuma, Prof Karmel L. Tambunan, Prof Abdul Muthalib, Prof Aru Sudoyo, dan semua kolega Divisi Hematologi dan Onkologi Medik, FKUI-RSCM dan RSK Dharmais; Prof Suhartati Gondhowiardjo, DR Evert Poetiray yang bersama-sama aktif di POI dan Jakarta Breast Center; Prof DR Fachmi Idris, DR Zaenal A. dari IDI yang mempercayai saya untuk memimpin tim Pemeriksaan Kesehatan Capres dan Cawapres 2009 dan 2014, dan sebagai ketua tim Second Opinion IDI untuk KPK.

Sejak tahun 2014 saya dipercaya menjadi Ketua Tim Peneliti HPTN 074 berkat dukungan Direktur Utama RSCM DR Czeresna Heriawan, Dekan FKUI DR Ratna Sitompul, serta Menteri Kesehatan waktu itu, DR Nafsiah Mboi. Kerja besar di HPTN 074 juga tidak mungkin terselenggara tanpa kerja keras dari senior saya Prof Samsuridjal Djauzi, Hepa Susami, Dr Dharma Imran dan Ibu Riza.

Dalam kesempatan ini saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada beberapa orang yang telah banyak membantu saya menjadi produktif dalam berbagi pengetahuan, dan memberi makna kepada pengalaman sepanjang perjalanan karir dan kehidupan saya. Perkenankan saya menyebut nama-nama berikut untuk menunjukkan apresiasi saya terhadap apa yang sudah mereka berikan untuk saya. Mereka adalah teman-teman di media – Republika, Kompas, TVRI dan semuanya – yang tidak bisa saya sebut namanya satu demi satu. Kepada DR Rosalia Sciortino, teman-teman di Yayasan Pelita Ilmu dan Yayasan Lupus Indonesia, terima kasih untuk segalanya.

Saya ingin berterima kasih kepada pasien-pasien lupus, kanker payudara, HIV dan AIDS, TB, dan lainnya baik di Kramat 128 maupun JBC, yang telah mempercayai saya dan tim di kedua tempat tersebut untuk menemani, membantu, dan memberikan pertimbangan-pertimbangan dalam “pertarungan” Anda semua menghadapi berbagai kondisi yang Ibu, Bapak, adik-adik, dan anak-anakku hadapi.

Meskipun secara kasat mata saya adalah dokter yang merawat Anda semua, namun sebenarnya Anda semua telah membantu saya untuk mengembangkan kapasitas dan keterampilan, empati dan kepedulian, serta kesyukuran pada apa pun yang diberikan Hidup kepada saya. Di samping itu juga Ibu dan Bapak perlu ketahui, bahwa sakit yang Anda hadapi telah dan akan membantu pasien lain dengan kondisi sama yang datang kemudian. Pengalaman dokter dan tim merawat Anda semua sangat bermanfaat untuk mengembangkan keterampilan kami dan itu berkontribusi pada pengobatan pasien-pasien yang datang setelah Anda semua. Dengan kata lain, semoga Anda semua meyakini bahwa ujian yang Anda hadapi ini tidak hanya menghapus dosa dan mendatangkan pahala, tetapi juga membawa kebaikan kepada orang lain dengan cara yang mungkin tidak Anda sadari.

Terkait dengan itu, saya ingin menyampaikan terima kasih kepada tim RS Kramat 128 yang selama lebih dari 30 tahun menjadi “rumah” dan “keluarga” kedua untuk saya. Kepada Dr Harijadi, Dr Dyah A. Waluyo, Tiara Savitri, Tika S., Anik Charis, Ade; dan kepada tim keperawatan Sr Angela, Sr Tini dan kawan-kawan. Terima kasih untuk kesabaran dan dukungan penuhnya kepada saya selama ini. Juga kepada tim di Jakarta Breast Center.

Beberapa tahun ini, selain pernah 12 tahun menulis di media massa, saya juga didorong oleh beberapa teman untuk berbagi melalui website dan media sosial. Untuk itu saya merasa perlu berterima kasih kepada Reza dan Nurul. Saya sungguh berharap bahwa akan muncul banyak dokter yang bersedia meluangkan

waktu berharga mereka untuk membagi ilmu mereka kepada publik yang lebih luas. Upaya ini sekaligus memberikan alternatif sumber informasi yang bisa diandalkan, karena kita tahu betapa banyak situs, daring, dan cuitan di media sosial yang menyiarkan informasi atau berita yang validitas ilmiahnya kurang atau bahkan tidak bisa dipertanggungjawabkan. Kesehatan adalah anugerah yang paling berharga, jadi semampu kita sebagai dokter kita juga perlu menjaga pasien dari keterpaparan pada informasi yang salah dan menyesatkan mereka dari mengambil keputusan yang benar.

Hobi saya yang lain yang berkembang selama beberapa tahun terakhir ini adalah fotografi. Terima kasih kepada teman dokter sesama pehobi fotografi. Tahun lalu, kita bersama menyelenggarakan pameran bertajuk “Berbagi Lensa” dalam rangka Hari AIDS Sedunia dan terbukti bahwa hobi ini juga bermanfaat untuk membantu sesama yang membutuhkan. Semoga akan datang kesempatan berikutnya kita bisa bekerja sama seperti kemarin. Selain bisa untuk berbagi, kamera adalah instrument yang mengajarkan kepada kita bagaimana melihat sesuatu tanpa kamera. Kamera membantu kita menangkap keindahan, keunikan, dan keragaman fenomena ciptaan-Nya yang seringkali terlewatkan begitu saja.

Terakhir, meski bukan yang paling tidak penting, terima kasih kepada Anda semua yang turut memanjatkan doa pada peringatan hari lahir saya yang ke-70. Semoga Allah yang Maha Rahim mendengarkan dan membalas doa tersebut dengan kebaikan yang berlimpah.

*“No one is useless in this world who lightens the burdens of another.”*

*- Charles Dickens*



# Bahan Bacaan

## **Dokter, Teruslah Belajar**

- “*Calibrating how doctors think and seek information to minimize errors in diagnostic*”, Ashley N.D. Meyer and Hardeep Singh, British Medical Journal, 25 September 2016,
- <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=2991>

## **Telemedicine: Menggagas Pengobatan Jarak Jauh di Indonesia**

### EROPA-INGGRIS

- <http://www.telemedicine-momentum.eu/copd-suitcase-dk/>
- <http://www.telemedicine-momentum.eu/europe/>
- <http://onlinepsychologydk.mediajungle.dk/2014/12/11/forsidehistorie/>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734754/>
- <http://bartdewitte.tumblr.com/post/20113086229/copd-asthma-and-telemedicine-in-europe>
- <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/tecs-ed-copd.pdf>
- <https://www.rsm.ac.uk/events/teh01>
- <https://www.rsm.ac.uk/sections/sections-and-networks-list/telemedicine-ehealth-section.aspx>
- [http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/AOMRC\\_Statement\\_2010-07-26\\_Adapting\\_healthcare\\_telemedicine.era\\_.pdf](http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/AOMRC_Statement_2010-07-26_Adapting_healthcare_telemedicine.era_.pdf)

### AMERIKA

- <https://www.ustelemedicine.com/>
- <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.V96LgvB961s>
- <https://evisit.com/10-pros-and-cons-of-telemedicine/>
- <http://www.kaplanuniversity.edu/nursing/experience/rise-of-telemedicine.aspx>
- <http://www.berkeleywellness.com/healthy-community/health-care-policy/article/telemedicine-right-you>

### KANADA

- <http://healthydebate.ca/2015/06/topic/telemedicine-across-canada>
- <https://www.infoway-inforoute.ca/en/solutions/telehealth>

- <http://www.snapdx.co/what-we-learnt-launching-a-canadian-telemedicine-clinic/>
- Regulatory, Professional Liability and Payment for Telemedicine in Canada, *Presented by: Dr. Rob Williams, CMO, Ontario Telemedicine Network 2013 ATA Fall Forum, September 8th, 2013 Toronto ON*

## AUSTRALIA

- <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-factsheet-ehealth.pdf>
- <http://www.telemedicineaustralia.com.au/>
- [http://www.amdtelemedicine.com/media/011812\\_TeleMedicineAustralia.html](http://www.amdtelemedicine.com/media/011812_TeleMedicineAustralia.html)

## Menjadi Pasien di Era Internet

- <https://digitalliteracy.cornell.edu/tutorial/dpl3200.html>
- <https://www.microsoft.com/en-us/digitalliteracy/default.aspx>
- <http://www.grownupdigital.com/downloads/chapter.pdf>
- <http://www.digitalistmag.com/customer-experience/2016/05/23/new-digital-healthcare-patient-experience-04224179>
- [http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinstitute.org/resource/resmgr/2015\\_Conference\\_Presentations/DigitalHealthStrategies\\_Bery.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinstitute.org/resource/resmgr/2015_Conference_Presentations/DigitalHealthStrategies_Bery.pdf)
- Rubble, M. and Bailey, G. (2007). Digital Citizenship in Schools. Eugene, OR: ISTE.

## Keamanan Pasien: Tantangan dan Peluang

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25433816>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15738372>
- <http://m.iss.sagepub.com/content/18/2/395.short>
- <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- [https://www.jointcommission.org/topics/patient\\_safety.aspx](https://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx)
- [https://www.jointcommission.org/standards\\_information/npsgs.aspx](https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx)

## Kepatuhan atau Kemitraan

- <http://ghsm.hms.harvard.edu/>
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_medicine](https://en.wikipedia.org/wiki/Social_medicine)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7792630>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>

## Prinsip Kerahasiaan dan Perlindungan Terhadap Odha

- <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/>
- [http://www.who.int/tb/publications/WorldTBDay2016\\_brochure/en/](http://www.who.int/tb/publications/WorldTBDay2016_brochure/en/)
- <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-05>

## **HIV dan Hak Asasi Manusia**

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508789/pdf/amjph00010-0028.pdf>
- Challenging Orthodoxies in Health and Human Rights, Paul Farmer, MD, PhD, American Public Health Association 134th, Annual Meeting and Exposition, November 5, 2006 - [http://www.brighamandwomens.org/Departments\\_and\\_Services/medicine/services/socialmedicine/News/APHA\\_Farmer.pdf](http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/medicine/services/socialmedicine/News/APHA_Farmer.pdf)
- <https://www.hhrjournal.org/>

## **MEA dan Peluang Besar untuk Kemajuan**

- <http://asean.org/asean-economic-community/asean-free-trade-area-afta-council/>
- <http://www.pacificbridgemedical.com/target-asian-markets/malaysia-medical-market/>
- <http://m.kontan.co.id/news/hadapi-mea-bpjs-jalin-kerjasama-negara-asean>
- <http://www.tforg.com/how-we-think/sweetspot-blog/2015/11/30/the-asean-economic-community-and-the-healthcare-market-in-thailand/>
- <http://www.asiacoldchainshow.com/thailands-advantages/>
- <https://www.edb.gov.sg/content/edb/en/industries/industries/healthcare.html>
- <http://www.pacificbridgemedical.com/target-asian-markets/singapore-medical-market/>
- <http://print.kompas.com/baca/opini/artikel/2016/02/18/MEA-dan-Regulasi-Praktik-Kedokteran>
- <http://fhukum.unpatti.ac.id/hkm-internasional/390-mampukah-sektor-kesehatan-indonesia-berkompetisi-dalam-ajang-masyarakat-ekonomi-asean>
- <http://doa-bagirajatega.blogspot.co.id/2016/02/mea-dan-regulasi-praktik-kedokteran.html?m=1>
- [http://m.kompasiana.com/vanojulio/mea-tantangan-pendidikan-kedokteran-masa-kini\\_56b7375fe422bd2c15e583bd](http://m.kompasiana.com/vanojulio/mea-tantangan-pendidikan-kedokteran-masa-kini_56b7375fe422bd2c15e583bd)



# Karya Tulis

- Seluk-Beluk AIDS yang Perlu Anda Ketahui, Jakarta, Balai Penerbit, 1992. (Kontributor dan editor)
- Membidik AIDS: Ikhtiar memahami HIV dan Odha. Penerbit Galang, Yogyakarta, 1999 (cet.1), 2000 (cet. 2). (Penulis tunggal)
- Enhancing the Role of Medical Schools in STI/HIV and TB Control. World Health Organization, 2000. (Kontributor)
- Teaching HIV/AIDS in the Medical Schools, New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 1999. (Kontributor)
- Tanya Jawab Kesehatan, Balai Penerbit FKUI, 2008. (Penulis tunggal)
- Fundamentalisme Agama dan Dampaknya Terhadap Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas. Mitra Inti Foundation, Jakarta, 2005. (Kontributor)
- "Otonomi Universitas: Dimensi dan Kemungkinannya" dalam Membangun di Atas Puing Integritas: Belajar dari Universitas Indonesia, Sarumpaet, Budiman, Armando (eds.). UI Press. (Kontributor).
- Cegah Sejak Dini, Mahaka Publishing, Jakarta 2011 (Penulis tunggal).
- Authors dan co authors di majalah2 internasional dan nasional bisa dilihat di [www.zubairidjoerban.org](http://www.zubairidjoerban.org)

# Portofolio Ringkas Penulis

## **11 Februari 1947**

Lahir di Kauman, Yogyakarta

## **20 Desember 1971**

Lulus Fakultas Kedokteran UI

## **1978**

Lulus Spesialis Ilmu Penyakit Dalam, FKUI

## **1982-1983**

Postgraduate Training  
Institute Cancerologie et d'Immunogenetique  
Hospital Paul Brousse

## **1993**

UTMD Anderson Cancer Center, USA: Clinical Exchange  
Program on Cancer

## **2000 – Sekarang**

- Anggota International AIDS Society (IAS)
- Ketua Perhimpunan Onkologi Indonesia – penyakit dalam, bedah, radioterapi, kebidanan, anak.
- Ketua PHTDI – mengembangkan ilmu yang terkait dengan hematologic dan transfuse darah, mengembangkan layanan untuk transfusi.

## **2003**

- Anggota Dewan Yayasan Lupus Indonesia
- Ketua Kolegium Penyakit Dalam Indonesia

## **20 Desember 2003**

Guru Besar Ilmu Penyakit Dalam  
HIV/AIDS di Indonesia: Masa Kini dan Masa Depan

## **2009**

Chair of Local Organizing Committee, 9th  
International Conference on AIDS in Asia and the  
Pacific, 9-13 August, 2009, Bali, Indonesia

## **2009**

Ketua Tim Pemeriksaan Kesehatan Calon Presiden  
dan Wakil Presiden

## **2014**

- Ketua Tim Pemeriksaan Kesehatan Calon Presiden dan Wakil Presiden
- Ketua Majelis Pengembangan Pelayanan dan Keprofesian IDI

## **2015 - Sekarang**

- Dewan Pertimbangan IDI
- Principal Investigator HPTN 074, FKUI- RSCM



[www.zubairidjoerban.org](http://www.zubairidjoerban.org)