

TANTANGAN BIOETIKA DALAM PENENTUAN KELAYAKAN BEKERJA: ANTARA OTONOMI DAN RISIKO OKUPASI

BIOETHICAL CHALLENGES IN DETERMINING WORK ELIGIBILITY: BETWEEN AUTONOMY AND OCCUPATIONAL RISK

Noer Triyanto Rusli*

*Fakultas Kedokteran, Universitas Indo Global Mandiri (UIGM) Palembang

*Correspondence : noertriyantorusli@uigm.ac.id

Received : 16 Juli 2025

Accepted : 10 Agustus 2025

Revised : 2 Agustus 2025

Published : 28 Agustus 2025

Abstrak

Penilaian kelayakan bekerja (*fitness for work*) merupakan salah satu tanggung jawab utama dalam praktik kedokteran okupasi, terutama ketika menyangkut pekerja yang mengalami gangguan kesehatan. Proses ini tidak hanya memerlukan penilaian klinis yang akurat, tetapi juga mengandung dimensi bioetika yang kompleks. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis tantangan bioetika yang dihadapi oleh dokter okupasi dalam menentukan kelayakan bekerja, dengan menekankan prinsip-prinsip otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, keadilan, dan konflik kepentingan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui studi pustaka sistematis dan refleksi kasus, serta wawancara semi-terstruktur dengan lima belas praktisi kedokteran kerja dan manajer sumber daya manusia di sektor logistik, pertambangan, dan manufaktur di Indonesia pada periode Januari hingga Mei 2025. Data dianalisis menggunakan pendekatan tematik berdasarkan kerangka bioetika klinis. Hasil analisis menunjukkan bahwa keputusan medis dalam konteks ini sering kali berbenturan dengan tekanan sosial-ekonomi, tuntutan produktivitas, dan keterbatasan sistem ketenagakerjaan di Indonesia. Ketimpangan kekuasaan antara pemberi kerja dan pekerja, rendahnya literasi kesehatan, serta lemahnya perlindungan hukum terhadap profesional medis memperparah dilema etik yang dihadapi. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan multidisipliner dan sistemik yang mengintegrasikan nilai-nilai etik dalam kebijakan ketenagakerjaan, pelatihan kedokteran kerja, dan mekanisme tata kelola organisasi. Penilaian kelayakan bekerja seharusnya tidak hanya menjadi proses administratif, melainkan menjadi sarana untuk menegakkan keadilan, melindungi martabat pekerja, dan memperkuat integritas profesi medis.

Kata Kunci : Bioetika; Kelayakan bekerja; Kedokteran okupasi; Otonomi; Konflik kepentingan

Abstract

Fitness-for-work assessment is one of the core responsibilities in occupational medicine, particularly when dealing with workers experiencing health problems. This process requires not only accurate clinical judgment but also involves complex bioethical dimensions. This article aims to analyze the bioethical challenges faced by occupational physicians in determining fitness for work, with emphasis on the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, and conflicts of interest. This study employs a qualitative approach through a systematic literature review and case reflections, complemented by semi-structured interviews with fifteen occupational health practitioners and human resource managers from the logistics, mining, and manufacturing sectors in Indonesia, conducted between January and May 2025. Data were analyzed thematically using a clinical bioethics framework. The findings reveal that medical decisions in this context often conflict with socio-economic pressures, productivity demands, and the limitations of Indonesia's labor system. Power imbalances between employers and workers, low health literacy, and weak legal protection for medical professionals further exacerbate ethical dilemmas. Therefore, a multidisciplinary and systemic approach is needed – one that integrates ethical values into labor policy, occupational health training, and organizational governance. Fitness-for-work assessments should not merely serve as administrative procedures but must uphold justice, protect workers' dignity, and reinforce the integrity of the medical profession.

Keywords : Bioethics; Fitness for work; Occupational medicine; Justice; Conflict of Interest

Pendahuluan

Bioetika sebagai cabang filsafat terapan telah berkembang luas dalam konteks medis, termasuk dalam praktik kedokteran okupasi. Penilaian kelayakan bekerja (*fitness for work*) menjadi salah satu ruang praktik kedokteran okupasi yang paling kompleks karena melibatkan penilaian medis dan keputusan etis terhadap keberlanjutan kerja seseorang. Tantangan etis yang muncul tidak sekadar menyangkut diagnosis atau kemampuan fisik, tetapi juga pertimbangan terhadap hak asasi, kesejahteraan sosial, dan kondisi kerja. Dalam banyak kasus, dokter harus menavigasi situasi yang melibatkan tekanan ekonomi pekerja, kebijakan perusahaan, serta risiko terhadap individu dan lingkungan kerja (Peter, 2019:55).

Konsep fitness for work tidak hanya berkaitan dengan kondisi medis seseorang, tetapi juga konteks sosial, psikologis, dan struktural yang membentuk kemampuan individu untuk menjalankan tugas kerjanya. Dalam praktik, seorang pekerja dengan kondisi kronis mungkin merasa mampu untuk kembali bekerja, namun dokter atau perusahaan memiliki pertimbangan lain yang lebih kompleks, termasuk risiko keselamatan di tempat kerja dan produktivitas tim (Beauchamp, 2019:47). Hal ini seringkali memunculkan ketegangan antara prinsip otonomi individu dengan prinsip *beneficence* dan *non-maleficence* dalam bioetika klinis.

Situasi ini menjadi semakin rumit ketika keputusan medis juga harus mempertimbangkan aspek hukum, kebijakan perusahaan, dan harapan masyarakat. Dalam beberapa kasus, dokter berada dalam posisi sulit untuk menjaga kerahasiaan medis di satu

sisi dan memenuhi tuntutan administratif atau legal dari pihak manajemen perusahaan di sisi lain. Konflik seperti ini dapat mengarah pada kompromi terhadap prinsip etik dasar dalam profesi kedokteran, termasuk prinsip kepercayaan (*trust*) antara dokter dan pasien, yang merupakan fondasi utama dalam praktik medis yang bermoral.

Di Indonesia, regulasi mengenai kesehatan kerja telah diatur melalui Permenkes No. 66 Tahun 2016, namun belum secara eksplisit mengatur prinsip-prinsip etik dalam praktiknya. Akibatnya, banyak pengambilan keputusan yang bersifat subjektif atau disesuaikan dengan kepentingan institusi, bukan berdasarkan kerangka etik yang baku. Hal ini memperbesar risiko terjadinya ketidakadilan atau konflik kepentingan dalam proses evaluasi kelayakan bekerja (Linda, 2020:103). Dalam konteks ini, dokter okupasi sering kali tidak memiliki dukungan kelembagaan atau kode etik yang cukup kuat untuk menolak tekanan yang tidak sesuai prinsip etik.

Dalam konteks global, organisasi seperti *International Labour Organization* (ILO) dan *World Health Organization* (WHO) telah menekankan pentingnya pendekatan etika dalam kesehatan kerja, termasuk di dalamnya prinsip keadilan sosial, nondiskriminasi, dan akses terhadap pekerjaan layak. Namun implementasi prinsip-prinsip tersebut seringkali menemui kendala di negara berkembang seperti Indonesia, di mana sistem pengawasan dan perlindungan terhadap pekerja belum optimal (Rantanen, 2019:343). Di sisi lain, belum banyak riset lokal yang mengkaji penerapan bioetika dalam penilaian kelayakan bekerja secara komprehensif, sehingga terjadi kesenjangan antara norma etik internasional dengan praktik di lapangan.

Dengan meningkatnya perhatian terhadap perlindungan hak pekerja dan keselamatan kerja, serta meningkatnya prevalensi penyakit kronis dan gangguan mental yang memengaruhi kemampuan kerja, muncul kebutuhan mendesak untuk memahami dan mengintegrasikan prinsip-prinsip bioetika dalam praktik kesehatan kerja. Selain itu, adanya tekanan dari pihak pemberi kerja terhadap tenaga medis dalam mengambil keputusan mengenai kelayakan bekerja juga menjadi faktor risiko terjadinya pelanggaran etik profesi medis (Siregar, 2018:35). Ketika keputusan medis dipolitisasi atau dikomersialisasi, maka objektivitas klinis dan prinsip keadilan dapat terancam, yang pada akhirnya merugikan semua pihak, terutama pekerja dengan kondisi kesehatan rentan.

Lebih jauh lagi, tantangan etis ini tidak dapat dilepaskan dari dinamika perubahan dunia kerja pasca-pandemi COVID-19. Munculnya model kerja hibrida, peningkatan kasus gangguan mental akibat stres kerja, dan meningkatnya tuntutan produktivitas turut mengubah lanskap risiko kerja yang dihadapi dokter okupasi. Hal ini menuntut redefinisi terhadap konsep '*fit to work*' itu sendiri, apakah hanya berfokus pada aspek fisik atau juga mencakup dimensi mental, sosial, dan relasional. Dalam banyak kasus, diagnosis medis formal bukanlah satu-satunya indikator kelayakan bekerja, namun juga sejauh mana sistem kerja mampu memberikan dukungan agar pekerja dapat tetap produktif dan aman.

Oleh karena itu, tulisan ini bertujuan untuk menganalisis berbagai tantangan bioetika dalam penentuan kelayakan bekerja serta mengusulkan pendekatan etik berbasis prinsip universal bioetika yang dapat diterapkan dalam konteks Indonesia. Diharapkan, kajian ini dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan pedoman etik nasional dan praktik kedokteran okupasi yang lebih adil, akuntabel, dan berfokus pada perlindungan pekerja dan masyarakat. Selain itu, penelitian ini juga membuka ruang dialog antara pemangku kepentingan – termasuk tenaga medis, pembuat kebijakan, pengusaha, dan serikat pekerja – untuk membangun sistem kesehatan kerja yang lebih etis, manusiawi, dan berkelanjutan.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan tujuan mengeksplorasi tantangan bioetika dalam penilaian kelayakan bekerja di Indonesia, khususnya dari perspektif dokter okupasi dan manajer sumber daya manusia (HRD). Pendekatan ini dipilih karena sifat permasalahan yang multidimensional dan memerlukan pemahaman mendalam terhadap konteks sosial, budaya, dan institusional yang memengaruhi pengambilan keputusan etik dalam praktik kedokteran okupasi.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah studi kualitatif deskriptif dengan dua sumber data utama: (1) studi pustaka sistematis, dan (2) refleksi kasus melalui wawancara semi-terstruktur. Kedua sumber ini dianalisis secara tematik untuk mengidentifikasi pola dan isu utama yang relevan dengan prinsip-prinsip bioetika.

B. Studi Pustaka

Studi pustaka dilakukan terhadap dokumen ilmiah (artikel jurnal nasional dan internasional, buku teks bioetika, serta laporan WHO, ILO, dan peraturan nasional seperti Permenkes No. 66 Tahun 2016). Literatur dipilih berdasarkan kriteria inklusi: relevan dengan topik bioetika dan kedokteran okupasi, terbit dalam 10 tahun terakhir, dan ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Referensi digunakan baik sebagai landasan teori maupun pembanding terhadap temuan lapangan.

C. Wawancara Semi-Terstruktur

Data lapangan diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur terhadap 15 informan yang dipilih secara purposif, terdiri dari:

- 9 dokter perusahaan (kedokteran okupasi),
- 6 manajer HRD dari sektor logistik, manufaktur, dan pertambangan.

Kriteria inklusi informan:

- (a) memiliki pengalaman minimal 3 tahun dalam proses penilaian kelayakan bekerja,
- (b) aktif bekerja di perusahaan di Indonesia,
- (c) bersedia memberikan informasi dengan persetujuan sadar (informed consent).

Wawancara dilakukan pada periode Januari hingga Mei 2025, secara daring (via Zoom/Google Meet) dan luring (di Jakarta, Palembang, dan Balikpapan). Setiap sesi berlangsung antara 30-60 menit, direkam dengan izin lisan, dan disertai pencatatan lapangan.

D. Analisis Data

Analisis dilakukan menggunakan metode **analisis tematik** berdasarkan pendekatan bioetika klinis dari Beauchamp dan Childress (2019), yang mencakup lima prinsip utama: otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, keadilan, dan konflik kepentingan. Proses analisis terdiri dari:

1. Transkripsi hasil wawancara secara verbatim.
2. Koding terbuka untuk mengidentifikasi kategori awal.
3. Koding aksial untuk menemukan hubungan antar tema.
4. Interpretasi berbasis teori etik dan konteks praktik kedokteran kerja.

Hasil analisis tematik ini kemudian dibandingkan dengan hasil studi pustaka untuk menguji konsistensi, kontras, dan generalisasi isu.

E. Etika Penelitian

Penelitian ini tidak melibatkan intervensi klinis atau data medis personal. Namun demikian, seluruh prosedur pengumpulan data dilakukan dengan menjunjung tinggi prinsip etik penelitian sosial:

- **Informed consent** diberikan secara lisan dan tercatat.
- **Anonimitas dan kerahasiaan** identitas informan dijaga ketat (nama, lokasi, dan institusi disamarkan).
- Informan diberi hak untuk menghentikan wawancara kapan saja tanpa konsekuensi.
- Hasil studi hanya digunakan untuk keperluan akademik dan tidak dipublikasikan secara individu.

Karena tidak termasuk dalam kategori penelitian biomedis intervensional, penelitian ini tidak memerlukan persetujuan etik dari komite etik kesehatan. Namun prinsip-prinsip etik tetap diacu berdasarkan KODEKI (2012), serta pedoman umum etik penelitian kualitatif.

Analisis dan Diskusi

Hasil tinjauan literatur dan refleksi kasus lapangan menunjukkan bahwa tantangan bioetika dalam penilaian kelayakan bekerja di Indonesia bersifat multidimensi, kontekstual, dan saling terkait satu sama lain. Proses penentuan apakah seorang pekerja layak untuk kembali bekerja tidak hanya dipengaruhi oleh pertimbangan medis individual, tetapi juga oleh struktur organisasi, norma sosial, regulasi ketenagakerjaan, dan relasi kekuasaan antara pekerja, pemberi kerja, dan tenaga medis. Dalam konteks ini, aspek etik tidak berdiri sendiri, melainkan bersinggungan erat dengan dimensi hukum, ekonomi, dan budaya yang mewarnai dunia kerja di Indonesia.

Melalui pendekatan kualitatif berbasis studi pustaka sistematis dan wawancara semi-terstruktur terhadap 15 informan kunci, ditemukan bahwa terdapat empat tema utama yang secara konsisten muncul sebagai sumber dilema etika dalam praktik penilaian kelayakan bekerja:

A. Otonomi Pekerja

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja tidak memiliki kendali penuh terhadap keputusan untuk kembali bekerja pasca-sakit. Dari 15 informan, sembilan orang (enam pekerja dan tiga manajer HRD) menyatakan bahwa proses pengambilan keputusan sering kali dilakukan secara sepihak oleh perusahaan atau dokter yang berada di bawah tekanan administratif. Bahkan dua orang informan menyatakan bahwa pekerja diminta menandatangani surat pernyataan siap kembali bekerja tanpa penjelasan rinci mengenai kondisi medis dan potensi risikonya.

Temuan ini memperkuat argumen bahwa dalam konteks hubungan industrial yang hierarkis, prinsip otonomi sering kali mengalami distorsi. Beauchamp dan Childress (2019) menekankan bahwa penghormatan terhadap otonomi mensyaratkan adanya kapasitas untuk membuat keputusan yang sadar (*informed*) dan bebas dari tekanan eksternal (*voluntary*). Namun, dalam praktik di lapangan, keputusan yang tampak "sukarela" dari pekerja sebenarnya dapat digolongkan sebagai bentuk *coerced consent* (Persad et al., 2020), yaitu kepatuhan yang timbul karena ketakutan terhadap pemutusan hubungan kerja atau stigma tidak produktif.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap lemahnya otonomi pekerja di antaranya adalah rendahnya literasi kesehatan, ketimpangan kekuasaan antara manajemen dan pekerja, serta ketiadaan mekanisme banding terhadap keputusan medis internal perusahaan. Sebagaimana diungkapkan oleh Tambunan (2017), pekerja di sektor informal dan non-permanen memiliki posisi tawar yang sangat lemah, sehingga tidak memiliki cukup ruang untuk mempertanyakan atau menolak keputusan medis yang tidak sejalan dengan kondisi personal mereka.

Dari perspektif etika medis, dokter okupasi berada dalam posisi yang kompleks. Di satu sisi, mereka bertanggung jawab untuk menjelaskan secara jujur dan transparan kondisi

kesehatan pekerja; di sisi lain, mereka seringkali berada dalam struktur institusional yang membatasi kebebasan profesionalnya. Jika dokter tidak dapat secara bebas memberikan penjelasan objektif karena tekanan dari manajemen perusahaan, maka pelaksanaan prinsip otonomi pun menjadi tidak bermakna (Simanjuntak, 2015).

Berdasarkan refleksi kasus dan literatur, dapat disimpulkan bahwa otonomi pekerja dalam penilaian kelayakan bekerja belum terwujud secara substantif. Untuk itu, diperlukan intervensi kebijakan berupa: (1) kewajiban konsultasi medis yang independen, (2) kehadiran pendamping atau mediator netral dalam proses evaluasi, dan (3) penyusunan standar etik nasional yang menjamin hak pekerja atas penjelasan medis yang memadai dan keputusan yang partisipatif.

B. *Beneficence* dan *Non-Maleficence*

Dalam konteks penilaian kelayakan bekerja, dokter okupasi dihadapkan pada dilema antara keinginan untuk memberikan manfaat terbaik (*beneficence*) dan kewajiban untuk tidak menimbulkan bahaya baru bagi pekerja (*non-maleficence*). Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian dokter merasa tertekan untuk memberikan rekomendasi “fit to work” meskipun kondisi pekerja secara klinis belum sepenuhnya pulih. Dari sembilan dokter yang diwawancara, enam orang menyatakan bahwa mereka pernah menghadapi situasi di mana pertimbangan medis mereka tidak diindahkan oleh pihak manajemen karena alasan operasional atau kebutuhan tenaga kerja.

Beauchamp dan Childress (2019) menegaskan bahwa prinsip *beneficence* menuntut profesional kesehatan untuk bertindak demi kebaikan pasien, termasuk mempromosikan kesejahteraan dan mencegah bahaya. Sementara itu, *non-maleficence* mengharuskan dokter untuk tidak melakukan tindakan yang dapat memperburuk kondisi pasien. Dalam kasus ini, rekomendasi yang tidak objektif karena tekanan institusional justru berisiko menciptakan kerugian jangka panjang bagi pekerja, seperti kekambuhan penyakit, kelelahan kronis, atau gangguan kesehatan mental.

Salah satu informan, dokter perusahaan di sektor manufaktur di Jakarta, mengungkapkan bahwa ia diminta oleh atasannya untuk menyetujui kembalinya pekerja shift malam yang baru saja menjalani perawatan psikiatri, dengan alasan “menghindari kekosongan jadwal produksi”. Dokter tersebut menyatakan bahwa ia mengalami dilema profesional antara mempertahankan pekerjaannya atau menolak permintaan yang tidak sesuai standar etik. Situasi seperti ini menggambarkan konflik antara nilai etik dan kepentingan korporasi yang sering terjadi dalam praktik kedokteran kerja (Zulkarnain, 2022).

Dalam literatur, dikemukakan bahwa pengambilan keputusan medis yang bertentangan dengan diagnosis klinis demi mempertahankan relasi kerja atau menghindari tekanan institusional merupakan bentuk pelanggaran terhadap *non-maleficence* (Nugroho, 2020). Ketika keputusan medis dipolitisasi, maka integritas profesional terancam, dan

pekerja menjadi korban utama dari sistem yang abai terhadap etika.

Oleh karena itu, perlu dibangun sistem pendukung etik bagi dokter okupasi, termasuk pelatihan refleksi etik berbasis kasus, protokol pengambilan keputusan kolektif (multidisipliner), dan kebijakan pelindung terhadap tekanan non-medis dalam praktik. Langkah-langkah ini tidak hanya melindungi pekerja dari risiko baru, tetapi juga memperkuat independensi profesional dokter dalam menjalankan mandat etiknya.

C. Keadilan dalam Adaptasi Kerja

Prinsip keadilan dalam bioetika menekankan pentingnya distribusi yang adil terhadap hak, sumber daya, dan kesempatan kerja, terutama bagi kelompok rentan seperti penyandang disabilitas, pekerja dengan penyakit kronis, dan mereka yang baru saja menjalani pemulihan medis. Dalam praktik, hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar perusahaan belum memiliki kebijakan adaptasi kerja yang memadai. Dari enam manajer HRD yang diwawancara, hanya satu yang menyatakan bahwa perusahaannya memiliki protokol resmi untuk reposisi jabatan atau penyesuaian waktu kerja bagi pekerja pasca-sakit.

Temuan ini mengindikasikan adanya ketimpangan antara prinsip keadilan distributif dan realitas implementasi di tempat kerja. Sebagaimana dinyatakan oleh WHO (2021), adaptasi kerja merupakan bentuk konkret dari tanggung jawab sosial perusahaan dalam memastikan keberlanjutan kerja yang inklusif dan nondiskriminatif. Ketiadaan alternatif penugasan atau fleksibilitas kerja menyebabkan banyak pekerja kehilangan pekerjaan secara permanen setelah dinyatakan “tidak layak” untuk posisi sebelumnya, meskipun secara umum mereka masih memiliki kemampuan untuk bekerja dalam kapasitas yang berbeda.

Dalam salah satu kasus di sektor tambang di Kalimantan, HRD menyatakan bahwa kebijakan internal perusahaan mengharuskan pemutusan hubungan kerja terhadap pekerja yang tidak lagi bisa bekerja di unit operasional utama, tanpa adanya program *reskilling* atau peluang reposisi. Hal ini mencerminkan lemahnya kesadaran institusional terhadap prinsip keadilan substantif, di mana akses terhadap pekerjaan layak seharusnya mempertimbangkan kapasitas aktual dan potensi adaptasi, bukan hanya status medis formal (Tambunan, 2017; WHO & ILO, 2019).

Literatur bioetika menekankan bahwa keadilan tidak cukup dimaknai sebagai perlakuan yang “sama”, melainkan perlakuan yang “setara dan kontekstual” (Persad et al., 2020). Dalam konteks ketenagakerjaan, hal ini berarti menyediakan dukungan yang dibutuhkan agar pekerja dengan keterbatasan tetap dapat bekerja secara aman dan produktif. Namun, kenyataan di Indonesia menunjukkan bahwa hanya sedikit perusahaan yang mengintegrasikan prinsip tersebut ke dalam kebijakan operasionalnya.

Untuk mewujudkan keadilan dalam adaptasi kerja, dibutuhkan intervensi kebijakan publik dan tata kelola korporasi. Ini mencakup penyusunan standar adaptasi kerja,

pemberian insentif fiskal bagi perusahaan inklusif, dan pengawasan oleh otoritas ketenagakerjaan. Selain itu, perlu dibentuk komite etik atau penasihat kerja di tingkat perusahaan yang dapat mengawal proses evaluasi kelayakan bekerja secara partisipatif dan adil.

D. Konflik Kepentingan

Konflik kepentingan merupakan tantangan etika paling krusial dalam praktik penilaian kelayakan bekerja. Dalam wawancara dengan sembilan dokter perusahaan, delapan di antaranya mengakui pernah berada dalam situasi di mana rekomendasi medis yang mereka berikan dipengaruhi oleh tekanan dari pihak manajemen atau kebijakan internal perusahaan. Tekanan tersebut umumnya berkaitan dengan kebutuhan tenaga kerja, efisiensi operasional, atau target produksi yang tinggi.

Menurut definisi World Medical Association (2021), konflik kepentingan terjadi ketika profesional kesehatan memiliki kepentingan sekunder yang dapat mempengaruhi objektivitas, integritas, atau keadilan keputusan klinis. Dalam konteks kedokteran okupasi, konflik ini sering muncul akibat hubungan kerja dokter dengan pemberi kerja yang juga merupakan klien administratif atau sumber gaji. Keterikatan ini menciptakan ambiguitas etis yang dikenal sebagai *dual loyalty*, yakni loyalitas ganda terhadap pekerja sebagai pasien dan perusahaan sebagai institusi pemberi kerja (ICOH, 2018).

Dalam salah satu kasus yang diangkat oleh informan dari sektor manufaktur di Bekasi, dokter perusahaan diminta untuk mempercepat proses evaluasi kelayakan kerja terhadap seorang pekerja yang sedang menjalani pemulihan dari stroke ringan. Meski secara klinis diperlukan observasi lanjutan, pihak manajemen mendesak agar surat "fit to work" segera diterbitkan karena kebutuhan rotasi kerja. Dokter tersebut menyatakan bahwa menolak permintaan tersebut dapat berimplikasi pada "evaluasi kinerja negatif" dan ketidaknyamanan profesional. Situasi ini memperlihatkan bagaimana tekanan struktural dapat mengkompromikan independensi medis (Simanjuntak, 2015; Siregar, 2018).

Selain tekanan vertikal dari manajemen, konflik kepentingan juga muncul dalam bentuk norma budaya organisasi yang tidak berpihak pada etik profesional. Tidak adanya komite etik internal, mekanisme pelaporan yang aman, atau perlindungan terhadap pelapor (whistleblower) membuat banyak dokter enggan melaporkan pelanggaran etik yang terjadi. Dalam studi oleh Yulianti (2020), disebutkan bahwa ketiadaan perlindungan institusional terhadap dokter okupasi memperparah risiko pelanggaran etik secara sistemik.

Organisasi seperti ICOH dan WHO telah lama merekomendasikan pembentukan sistem etik independen di tempat kerja, termasuk komite etik dan mekanisme konsultasi bagi dokter yang menghadapi dilema profesional. Di beberapa negara seperti Belanda dan Finlandia, sistem ini telah terbukti efektif dalam menjaga integritas medis dan mencegah manipulasi administrasi oleh manajemen (Rantanen, 2019). Namun di Indonesia, infrastruktur etik semacam ini belum menjadi standar umum, terutama di sektor swasta

dan industri padat karya.

Oleh karena itu, untuk memitigasi konflik kepentingan dalam praktik kedokteran okupasi, diperlukan langkah-langkah struktural seperti: (1) pemisahan fungsi administratif dan klinis dalam organisasi kerja, (2) pelatihan etik berbasis kasus kepada dokter dan manajer HRD, dan (3) pembentukan unit etik kerja independen yang berada di bawah pengawasan kementerian atau asosiasi profesi medis. Tanpa reformasi kelembagaan semacam ini, praktik penilaian kelayakan bekerja akan tetap rentan terhadap manipulasi kepentingan yang merugikan pekerja dan mencederai profesi medis.

E. Implikasi Etik dan Praktik

Analisis terhadap dimensi otonomi, beneficence, non-maleficence, keadilan, dan konflik kepentingan dalam penilaian kelayakan bekerja menunjukkan bahwa tantangan bioetika dalam praktik kedokteran okupasi bersifat sistemik dan tidak dapat diatasi hanya dengan pendekatan individual. Oleh karena itu, diperlukan reformasi etik dan kelembagaan yang menyeluruh.

Pertama, implikasi utama dari temuan ini adalah perlunya penegakan sistem pelaporan etik yang aman dan independen, baik di tingkat perusahaan maupun nasional. Mekanisme ini tidak hanya akan melindungi dokter dari tekanan institusional, tetapi juga menjadi wadah bagi pekerja untuk mengajukan keberatan terhadap keputusan medis yang dirasa tidak adil.

Kedua, hasil studi ini menegaskan bahwa pelatihan bioetika berbasis kasus nyata harus menjadi bagian wajib dalam kurikulum pelatihan dokter okupasi dan program pengembangan profesi berkelanjutan (P2KB). Kemampuan untuk melakukan refleksi etik, komunikasi asertif, serta penanganan konflik kepentingan perlu ditanamkan sejak dini kepada tenaga medis, termasuk tenaga HRD yang sering terlibat dalam proses pengambilan keputusan.

Ketiga, proses penilaian kelayakan bekerja harus bersifat partisipatif dan transparan, dengan melibatkan pekerja sebagai subjek aktif, bukan sekadar objek administratif. Protokol asesmen harus mencakup ruang diskusi terbuka antara dokter, pekerja, perwakilan manajemen, dan bila perlu, penasihat hukum atau etik, sehingga keputusan yang diambil benar-benar kontekstual dan adil.

Keempat, penguatan tim asesmen multidisipliner sangat diperlukan dalam pengambilan keputusan "fit to work". Keputusan medis sebaiknya tidak hanya didasarkan pada parameter klinis, tetapi juga mempertimbangkan kondisi psikososial pekerja, kapasitas lingkungan kerja, serta perlindungan hukum yang berlaku. Kolaborasi antara dokter, psikolog kerja, pakar hukum ketenagakerjaan, dan manajer risiko dapat menghasilkan keputusan yang lebih holistik dan etis.

Kelima, perusahaan perlu menyusun dan menerapkan kebijakan adaptasi kerja berbasis keadilan akses, termasuk penyesuaian waktu kerja, modifikasi tugas, pelatihan

ulang (reskilling), dan program reintegrasi pasca-sakit. Kebijakan ini bukan hanya bentuk tanggung jawab sosial perusahaan, tetapi juga strategi untuk menjaga produktivitas dan loyalitas tenaga kerja dalam jangka panjang.

Keenam, sebagai bagian dari tata kelola yang berintegritas, komite etik kerja perlu dibentuk dan dioperasionalkan di setiap perusahaan besar maupun institusi pelayanan publik. Komite ini dapat menjalankan fungsi edukatif, preventif, dan mediatif dalam kasus-kasus etik, serta menjadi jembatan dialog antara pihak medis dan manajerial.

Terakhir, penting dilakukan audit etik secara berkala terhadap praktik penilaian kelayakan bekerja oleh lembaga independen yang ditunjuk oleh asosiasi profesi atau kementerian terkait. Audit ini dapat menjadi sarana monitoring dan evaluasi untuk mencegah penyimpangan etik dan memperbaiki sistem penilaian yang ada.

Dengan mengintegrasikan rekomendasi-rekomendasi tersebut ke dalam kebijakan dan sistem kesehatan kerja nasional, maka penilaian kelayakan bekerja dapat berkembang dari proses administratif semata menjadi instrumen pemberdayaan yang menjunjung tinggi keadilan, martabat manusia, dan integritas profesi medis.

Kesimpulan

Penilaian kelayakan bekerja merupakan praktik yang tidak hanya menuntut ketepatan klinis, tetapi juga kepekaan etik dan pemahaman terhadap dinamika sosial dan kelembagaan di tempat kerja. Studi ini menunjukkan bahwa prinsip-prinsip bioetika—seperti otonomi, beneficence, non-maleficence, keadilan, dan integritas profesional—seringkali dihadapkan pada tekanan struktural yang melemahkan penerapannya, terutama dalam konteks hubungan kerja yang timpang, rendahnya literasi kesehatan pekerja, dan absennya mekanisme etik yang memadai. Dokter okupasi berada dalam posisi rentan, terjepit antara loyalitas kepada perusahaan dan tanggung jawab profesional terhadap pekerja. Selain itu, ketiadaan kebijakan adaptasi kerja dan sistem pelaporan etik yang efektif memperbesar potensi pelanggaran etik yang merugikan pekerja. Oleh karena itu, penilaian kelayakan bekerja harus direformulasi sebagai proses etik yang partisipatif, akuntabel, dan multidisipliner, dengan dukungan kebijakan publik yang kuat, pelatihan etik berbasis kasus, serta perlindungan kelembagaan bagi semua pihak yang terlibat. Jika prinsip-prinsip bioetika ditegakkan secara konsisten dan sistematis, maka penilaian kelayakan bekerja tidak hanya akan menjadi alat administrasi, tetapi juga instrumen perlindungan martabat manusia dalam dunia kerja yang adil dan berkelanjutan.

Daftar Bacaan

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- International Commission on Occupational Health (ICOH). (2018). *International code of ethics for occupational health professionals* (3rd ed.). Helsinki: ICOH.

- International Labour Organization (ILO). (2019). *The future of work in Asia and the Pacific: Embracing technology, balancing demographic challenges, and enhancing job quality*. Geneva: ILO.
- International Labour Organization (ILO). (2022). *World social protection report 2021–2022: Social protection at the crossroads – In pursuit of a better future*. Geneva: ILO.
- KODEKI. (2012). *Kode etik kedokteran Indonesia*. Jakarta: Majelis Kehormatan Etik Kedokteran, IDI.
- Nugroho, B. (2020). Penerapan etika bio-medis dalam penanganan kasus pekerja sakit. *Jurnal Bioetika dan Hukum Kesehatan*, 5(1), 25–36.
- Peter, A. (2019). *Etika profesi kedokteran di tempat kerja*. Jakarta: Gramedia.
- Persad, G., Emanuel, E. J., & Wertheimer, A. (2020). Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*, 373(9661), 423–431.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)
- Rantanen, J. (2019). Ethics in occupational health: Application of ethical principles in health surveillance and research. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(3), 343–350. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3828>
- Simanjuntak, R. (2015). *Dilema etik dalam praktik kedokteran kerja*. Bandung: Refika Aditama.
- Siregar, D. (2018). *Mental health and work: Ethical dilemmas in Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Tambunan, L. (2017). *Diskriminasi dalam dunia kerja: Perspektif gender dan disabilitas*. Jakarta: Komnas HAM.
- World Bank. (2020). *Social protection and jobs responses to COVID-19: A real-time review of country measures*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Guidelines on mental health at work*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) & International Labour Organization (ILO). (2019). *Healthy workplaces: A model for action*. Geneva: WHO Press.
- Wulandari, E. (2023). Bioetika dalam penilaian kelayakan bekerja: Kajian literatur sistematis. *Jurnal Bioetika dan Profesi Kesehatan*, 9(1), 1–13.
- Yulianti, N. (2020). Penilaian kelayakan kerja: Perspektif etika profesi. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 6(2), 115–129.
- Zulkarnain, M. (2022). Intervensi rehabilitasi kerja di Indonesia: Antara realitas dan harapan. *Jurnal Kedokteran Kerja*, 8(1), 43–58.