

## HISTORI PENGEMBANGAN PRINSIP-PRINSIP ETIKA DAN TANGGUNG JAWAB PROFESI MEDIS

### HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF ETHICAL PRINCIPLES AND RESPONSIBILITY OF THE MEDICAL PROFESSION

Tjatur Ermitajani Judi<sup>1\*</sup>, Dadang Kusbiantoro<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Magister Ilmu Administrasi Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan

\* Correspondence : [tjerjud.08@gmail.com](mailto:tjerjud.08@gmail.com)

Received : 2 September 2025

Accepted : 4 November 2025

Revised : 17 Oktober 2025

Published : 4 November 2025

#### Abstrak

Praktisi medis menghadapi tantangan tekanan operasional dan peluang untuk berkembang sesuai cita-cita profesional. Praktisi medis mengalami perasaan takut bersalah yang mengikis rasa bangga, tanggung jawab, serta rasa aman. Pertanyaan yang akan dijawab dalam studi adalah bagaimana histori pengembangan prinsip-prinsip dan etika tanggung jawab profesional praktisi medis?. Studi bertujuan untuk memahami prinsip-prinsip dan etika tanggung jawab dengan panduan histori beban regulasi etik dan tanggung jawab profesional praktisi medis. Studi menggunakan desain studi literatur naratif dengan pendekatan kronologis-sistematis. Hasil studi memperlihatkan, etika dan tanggung jawab profesi medis berisiko merusak kepercayaan, kreativitas, dan peluang pengembangan profesional. Prinsip-prinsip etika profesi medis secara historis telah mendorong upaya untuk membantu semua pasien dengan cara yang baik dan benar, serta memperhatikan hak-hak pasien untuk menentukan nasib sendiri. Hasil studi di bahas dan direkomendasikan dalam konteks tanggung jawab profesional praktisi medis dengan pandangan yang lebih beragam, dan; perspektif berbasis pengetahuan tentang paradigma yang tidak pantas yang mungkin dihadapi para praktisi medis.

**Kata Kunci :** Etika medis; Hukum medis; Praktisi profesional medis ; Tanggung jawab

#### Abstract

*Medical practitioners face the challenges of operational pressure and opportunities to develop according to professional ideals. Medical practitioners experience feelings of fear of guilt that erode pride, responsibility, and sense of security. The question to be answered in this study is what is the history of the development of the principles and ethics of professional responsibility of medical practitioners? The study aims to understand the principles and ethics of responsibility with the*

*historical guidance of the burden of ethical regulation and professional responsibility of medical practitioners. The study uses a narrative literature study design with a chronological-systematic approach. The results of the study show that the ethics and responsibilities of the medical profession risk damaging trust, creativity, and opportunities for professional development. The ethical principles of the medical profession have historically encouraged efforts to help all patients in a good and correct manner, while paying attention to patients' rights to self-determination. The results of the study are discussed and recommended in the context of the professional responsibility of medical practitioners with a more diverse view, and; a knowledge-based perspective on inappropriate paradigms that medical practitioners may face.*

**Keywords :** Medical ethics; Medical law; Professional medical practitioners; Professional responsibility

## Pendahuluan

Jurnal pendidikan kedokteran telah menjadi sumber penting penelitian profesionalisme (Song et al., 2021). “Profesi” dan “profesionalisme” berakar kata Latin “*professio*,” artinya “sumpah ketaatan kanonik” (Vimal & Nishanthi, 2021). Profesi dikarakterisasi dengan tiga komponen penerapan standardisasi pengetahuan, yaitu: Pertama, tindakan berdasar pengetahuan disiplin ilmu; Kedua, pengetahuan praktis pemecahan masalah sehari-hari, dan; Ketiga, pengetahuan berdasar keterampilan dan sikap melayani klien (Ghadirian et al., 2014). Hal ini menunjukkan profesi dinyatakan secara resmi dan religius.

Pengertian “profesi,” “profesional,” dan “profesionalisme” jelas merujuk pada pekerjaan berbayar; kelompok status pekerjaan, hak istimewa, dan kekuasaan sosial khusus. Profesi menyiratkan monopoli penuh atau sebagian pada tugas-tugas kerja tertentu, tingkat independensi profesional dan keahlian yang tinggi berdasar pelatihan formal, serta pengetahuan luas dan khusus (Balasi et al., 2024; Goddard & Brockbank, 2023; Čavar, 2021).

Perilaku profesional medis sejati dapat dikenali dengan cara: Pertama, dokter harus mengutamakan kepentingan/kebutuhan pasien jauh di atas kepentingan pribadi dengan menerapkan standar etika dan moral yang tinggi; Kedua, dokter harus menunjukkan nilai-nilai humanis (jujur, integritas, peduli, altruisme, rasa hormat pada orang lain, empati, kasih sayang, dan dapat dipercaya; bertanggung jawab atas pekerjaannya dan pekerjaan rekan-rekannya); Ketiga, dokter harus harus kompeten dan unggul di bidangnya, dan; Keempat, dokter harus belajar sepanjang hayat (Vimal & Nishanthi, 2021).

Profesi medis umumnya dicirikan oleh kualitas praktik profesional yang didasarkan pada kebijaksanaan dan keahlian berbasis pendidikan khusus, kebanggaan profesional, rasa tanggung jawab, dan antusiasme (Thirumoorthy & Shelat, 2025; Jahan et al., 2016). Profesi medis disertai dengan niat membantu sebagai kekuatan pendorong yang signifikan, untuk meringankan penderitaan pasien (Chmielewska et al., 2025; Chen et al., 2022; Feldman, 2017 ). Pengembangan profesi medis dengan skema otorisasi dan monopoli yang sesuai, mencerminkan kebutuhan masyarakat untuk dapat memastikan dan mendokumentasikan kepada klien, pasien dan dunia luar pada umumnya. Masyarakat

harus memperoleh kepastian bahwa suatu profesi dapat memenuhi harapan dan kompeten untuk mempraktikkan profesi medis dengan penguatan “etika profesional” (Shamir, 2024). Tanggung jawab ada dalam pengertian moral-filosofis (atau “etis”) maupun hukum. Tanggung jawab moral adalah berperilaku, mengambil keputusan penentu hasil dari suatu situasi, dan menjaga diri untuk selalu sadar tanggung jawab. Tanggung jawab hukum ada di dalam norma-norma yang pelanggaranannya dapat dikenai sanksi hukum, seperti kompensasi dan hukuman (Talbert, 2025:1).

Pada tahun-tahun mendatang, diprediksi terjadi kekurangan besar tenaga perawat, bidan, dan dokter. Profesi medis kehilangan pijakan sebagai subjek yang menarik (Kumar et al., 2025; PR News Wire, 2024; Liu et al., 2017). Status profesional praktisi medis dan kesempatan untuk mengembangkan profesionalisme sesuai cita-cita profesional, tampaknya semakin berada di bawah tekanan. Kondisi ini menyebabkan hilangnya kepuasan kerja dan merusak harapan pilihan profesi (Widayana et al., 2025; Kiptulon et al., 2024). Ada anggapan bahwa praktisi medis tidak mampu menjalankan profesi dengan baik. Hal ini menimbulkan peningkatan kebiasaan mencari kesalahan dan kecemasan kronis di kalangan praktisi medis (Yusof & Razali, 2024; Siddiqui & Azaroual, 2024; Maben et al., 2024). Perasaan takut berbuat salah mempertinggi Sumber Daya Profesional yang tidak dapat memenuhi beban kerja (Boyer et al., 2024; de Lisser et al., 2024). Identitas profesional dan kebebasan bertindak profesional telah mengalami pembatasan. Kebanggaan dan tanggung jawab profesional secara bertahap berisiko tergantikan oleh perasaan khawatir berbuat salah, kritik terhadap profesionalisme dan kecaman (Sandoval et al., 2025). Kondisi-kondisi tersebut dapat menangkalkan masuknya profesional medis yang baik, dan berkontribusi pada niat meninggalkan profesi medis.

Pertanyaan yang akan dijawab dalam studi ini adalah bagaimana pemahaman etika dan tanggung jawab yang menjadi dasar praktik profesional profesi medis? Studi ini mengambil langkah mundur untuk mempertimbangkan presipitasi sepanjang histori. Studi dimulai dari histori prinsip etika dasar perawatan pasien, selanjutnya menghubungkan dengan tanggung jawab hukum yang telah diputuskan masyarakat untuk dibebankan pada para profesional di bidang medis (kesehatan).

### Metode Penelitian

Studi menggunakan desain studi literatur naratif, terstruktur kronologis dengan pendekatan tinjauan pustaka sistematis tentang sumber sejarah (termasuk hukum) yang berasal dari zaman kuno hingga zaman modern. Literatur primer digunakan untuk memetakan bukti, menilai kualitas studi, dan mensintesis temuan secara transparan. Pendekatan ini akan memastikan reproduktibilitas dan kelengkapan, termasuk alur seleksi studi, daftar kriteria, serta lampiran strategi pencarian (Page et al., 2021; Tricco et al., 2018). Sumber data ditelusuri di basis data primer dari Scopus, Web of Science, PubMed, serta Directory of Open Access Journals/Google Scholar sebagai sumber pelengkap (sekunder).

Sumber data primer dan sekunder digunakan sebagai bentuk transparansi dan seleksi kualitas hasil penelusuran dengan menggunakan metode deduplikasi, platform/antarmuka (Rethlefsen et al., 2021). Kriteria inklusi-eksklusi dan proses seleksi ditetapkan secara a priori dengan mengikuti alur identifikasi, penyaringan, kelayakan, dan inklusi (Page et al., 2021).

## Analisis dan Diskusi

### A. Perawatan kesehatan di Mesopotamia

Profesi medis dan kesehatan menjadi subjek prinsip dan regulasi sejak usia dini. Sebelum era sekarang, orang sudah mencoba pengobatan herbal, sihir, dan lain-lain. Di Mesopotamia dan Mesir, ada deskripsi tentang berbagai bentuk pengobatan, tetapi juga skema untuk mengatur dan menghargai praktik medis. Catatan Mesopotamia dari pemerintahan Hammurabi (raja Babel pada tahun 1792-1750 f.Kr.) berisi peraturan bagi terapis tentang pembayaran perawatan orang sakit, serta indikasi hukuman terhadap kesalahan. Pengetahuan dapat berasal dari prasasti dan dari Hammurabi. Prasasti dapat menandai kodifikasi hukum paling lengkap dari zaman kuno. Tanggung jawab terapis dijelaskan dalam paragraf 215–223 Kitab Hukum Hammurabi. Misal, orang yang “membuat sayatan besar dengan pisau bedah dan menyembuhkan pasien [...] menerima 10 shekel” (paragraf 215), tetapi jika orang tersebut “membuat sayatan besar dengan pisau bedah dan membunuh pasien atau membuka tumor dengan pisau bedah dan memotong mata, tangannya harus dipotong” (paragraf 218). Jika, misalnya, terapis “membuat sayatan besar pada budak orang yang dimerdekakan dan membunuhnya” (paragraf 218), di sisi lain, mungkin ada tanggung jawab atas kerugian.

Tanggung jawab atas pengobatan saat itu, menganut prinsip pembalasan. Terapis dihargai atas keberhasilan, jika gagal langsung dibalas dengan hukuman disiplin, maupun dengan klaim kompensasi atas cedera yang terjadi. Tanggung jawab bersandar pada tanggung jawab ketat (*liability without fault*). Beban tanggung jawab tanpa mengacu pada apakah terapis telah melakukan apa yang akan dilakukan praktisi baik lainnya. Aturan ini memotivasi untuk melatih keterampilan profesional medis dengan baik dengan fokus berhasil membantu pasien dan menghindari bahaya.

### B. Pengobatan Hippocrates

Profesi medis dan kesehatan, serta etika perawatan kesehatan dapat ditelusuri dari Yunani kuno, dan terutama dalam ajaran Hippocrates di pulau Kos (sekitar 460 Sebelum Masehi – sekitar 370 Sebelum Masehi). Menurut sejarawan Roy Porter, Hippocrates membantu mendefinisikan peran praktisi medis yang mulia sebagai model perilaku profesional yang baik dan jangkar profesi kesehatan dalam ilmu alam. Pengamatan perawatan kesehatan dipisahkan dari agama dan sihir. Perawatan medis yang sebelumnya terbagi kelas dialihkan ke perlakuan yang sama dan pekerjaan “tanpa pamrih” dalam

melayani pasien individu. Selanjutnya, sebuah janji diperkenalkan. Janji yang asal-usulnya mungkin tidak dapat dikaitkan dengan Hippocrates, tetapi tetap berasal dari periode 400-200 tahun Sebelum Masehi. "Sumpah" ini menyatukan kerangka pemahaman medis dengan filsafat moral Yunani dalam beberapa hal (Porter, 1999:14). Bunyi sumpah: "Dengan memanggil Dewa Pengobatan, Apollo, Asklepios, Hygeia, dan Panakeia sebagai saksi, serta semua Dewa dan Dewi, saya bersumpah untuk menepati Sumpah dan Janji ini sebaik kemampuan dan kebijaksanaan saya. Saya akan menghormati orang yang mengajari saya Ilmu (Yunani 'techné') sama seperti orang tua saya dan berbagi makanan dengannya, dan ketika ia membutuhkannya, menyediakan kebutuhannya; saya akan menghormati keturunannya secara setara dengan saudara-saudara saya dan mengajarkan mereka ilmu ini jika mereka ingin mempelajarinya, tanpa biaya atau resep. Saya akan memberikan resep dan instruksi ilmiah dan semua pembelajaran lainnya kepada putra-putra saya dan putra-putra guru saya, serta kepada para siswa yang telah menandatangani kontrak dan telah mengambil sumpah sesuai dengan hukum Serikat Medis, tetapi tidak kepada siapa pun. Saya akan menggunakan resep makanan untuk kepentingan orang sakit sebaik kemampuan dan kebijaksanaan saya, dan mencegah mereka dari hal-hal yang dapat membahayakan. Bahkan jika saya diundang untuk melakukannya, saya tidak akan... memberikan racun yang mematikan atau memberikan nasihat semacam itu, juga tidak memberikan aborsi kepada wanita. Saya akan menjaga hidup dan ilmu saya tetap murni dan saleh. Saya tidak akan memotong batu, tetapi menyerahkannya kepada spesialis. Di rumah-rumah yang saya kunjungi, saya akan bermanfaat bagi yang sakit, sambil menjauhkan diri dari semua ketidakadilan dan rayuan yang disengaja, baik dalam hal lain maupun dalam seksualitas, baik terhadap wanita maupun pria, bebas maupun budak. Apa yang saya lihat dan dengar dalam praktik saya atau di luar praktik dalam kehidupan orang-orang, apa yang seharusnya tidak keluar, akan saya rahasiakan, menganggapnya sebagai rahasia resmi. Ketika saya bertindak sesuai dengan sumpah ini dan tidak melanggarnya, maka biarlah diberikan kepada saya untuk menikmati hidup dan ilmu saya, karena saya menikmati reputasi dengan semua orang selamanya; tetapi jika saya melanggarnya dan hamil, maka ada kebalikannya dari ini" (Bodenheimer & Jonsen, 2001).

Sumpah tersebut menetapkan semacam "perilaku profesional yang baik" dan perilaku yang diharapkan dari praktisi medis, dan; mewajibkan praktisi untuk bertindak "sesuai dengan kemampuan dan pertimbangan terbaik." Tugas praktisi medis dijelaskan dalam hal kualifikasi dan ketepatan waktu. Sesuai dengan hukum Hammurabi, sumpah Hipokrates juga mewajibkan praktisi untuk bertindak "terbaik" demi "kepentingan masyarakat dan sesama manusia." Prinsip memperjuangkan keadilan dan menghindari ketidakadilan ditekankan, serta kewajiban untuk berusaha mencegah cedera pasien. Sumpah dengan tegas melarang *eutanasia*, keterlibatan dalam aborsi, pelecehan seksual dan pelanggaran kerahasiaan pasien. Berkenaan dengan kerahasiaan pasien, sudah ada dalam sumpah Hippocrates pengakuan hubungan kerahasiaan dan hak pasien untuk

memutuskan informasi kesehatannya sendiri, sementara sebaliknya tidak ada pengakuan eksplisit atas hak pasien untuk menentukan nasib sendiri dalam kaitannya dengan pemeriksaan, pengobatan, dan lain-lain. Hippocrates dalam “Doktrin Luka”-nya, secara lebih eksplisit menekankan persyaratan untuk perawatan dalam buku epidemi, diungkapkan bahwa “Dua hal yang harus diingat oleh dokter adalah untuk menguntungkan atau setidaknya tidak membahayakan” (Bodenheimer & Jonsen, 2001).

### **C. Kekristenan awal, Islam, dan Yudaisme: Etika medis Timur Tengah dan periode hingga 1700 Masehi**

Ketika hak dan kewajiban khusus diberikan, maka wajar untuk berusaha menegakkannya; Siapa yang dapat tunduk pada persyaratan di atas, dan siapa yang dapat menangani perawatan orang sakit secara umum? Pada awal Kekaisaran Romawi, Kaisar Septimius Severus telah memperkenalkan semacam sistem otorisasi untuk praktisi medis yang memberikan monopoli tertentu pada praktik medis (Birley, 1999:25). Kebetulan, budaya abad pertengahan sebagian besar berakar pada Gereja Roma, dalam kelanjutan tradisi Yahudi dan pengaruh gereja terhadap kehidupan dari lahir hingga mati (Gulo et al., 2025). Sumber daya gereja memberikan banyak kesempatan untuk amal, termasuk melalui pelatihan diaken (pejabat gereja yang melakukan pekerjaan amal dan sosial di suatu paroki) untuk membantu dan merawat orang sakit dan yang membutuhkan. Gereja Roma dengan demikian telah membangun sistem amal yang komprehensif pada abad ke-3. Terdapat catatan serupa tentang gereja di Konstantinopel dan Turki (Kappadokia). Gereja pada abad ke-4 membangun kompleks rumah sakit dan panti jompo bagi kaum miskin. Biara-biara mempraktikkan “pengobatan monastik,” contoh biara Monte Cassino (abad ke-6). Kewajiban untuk menunjukkan kepedulian dan ketekunan dinyatakan secara eksplisit di biara-biara. Menurut aturan Benediktus (Regula Sancti Benedicti, bab 36; tahun 516), sebuah prinsip dasar diungkapkan bahwa “perawatan terhadap orang sakit harus didahulukan daripada setiap kewajiban lainnya, seolah-olah kepedulian ditujukan kepada Kristus sendiri.” Para biarawan dan pendeta merupakan bagian terbesar dari para cendekiawan, dan sebagian besar merekalah yang merawat orang sakit (Porter, 1999:554).

Pada abad ke-9, Ishaq ibn Ali al-Ruhawi menemukan sebuah studi dalam etika praktis, yang mengomentari “perilaku dokter, pasien, keluarga, pengunjung, dan terapis.” Menurut al-Ruhawi, terapis pertama-tama harus sehat secara spiritual dan mampu menunjukkan “belas kasihan, perhatian yang teliti, kesabaran dan stabilitas” kepada pasien. Praktisi harus membebaskan biaya selama ada “keadilan bagi yang miskin dan lemah. sehingga manfaat ilmu medis dapat bersifat universal dan sama untuk yang kuat maupun yang lemah.” Pada waktu yang hampir bersamaan, para sarjana Yahudi merumuskan tugas dan kehormatan yang terkait dengan praktik medis. Isaac Judeus dalam sebuah tulisan akhir abad ke-10, menjelaskan bagaimana praktisi harus “melanjutkan dengan sangat hati-hati, agar tidak membuat kesalahan yang tidak dapat diperbaiki,” (“Propaedeutika untuk Dokter), dan



kemudian juga rabi dan penerjemah Hippocrates, Galen dan Avicenna, Moses ben Maimon ("Maimonides"; 1135-1204) menggambarkan persyaratan etika untuk praktik yang baik (Porter, 1999:100).

Pendidikan kedokteran yang formal dan independen secara agama, secara bertahap didirikan di universitas-universitas di akhir Kekaisaran Romawi. Pada tahun 1231, Frederick II (Kaisar Romawi Suci) memperkenalkan peraturan untuk pendidikan praktisi medis yang mewajibkan studi humaniora (antara lain karya-karya Hippocrates dan Galen) dan satu tahun praktik yang diawasi. "Dekret Salerno" memisahkan farmasi dari kegiatan pelayanan kesehatan lainnya, dan lulusan fakultas kedokteran di Salerno diharapkan, untuk berkunjung memberikan pengobatan gratis kepada orang miskin dan sakit (Bodenheimer & Jonsen, 2001). Profesi ini secara bertahap menjadi profesional yang mewajibkan penyelesaian pendidikan teoretis sekaligus perolehan pengalaman praktis dan lulus ujian..

Hanya relatif sedikit (laki-laki) yang mengenyam pendidikan universitas. sementara pada akhir Abad Pertengahan, kebutuhan akan praktisi medis semakin meningkat. "Dewan" medis didirikan pada abad ke-13 di beberapa kota besar, seperti Paris, Venesia, dan Firenze. Dewan terdiri dari "pemotong lapangan" dan "ahli bedah cukur." Dewan membentuk struktur hierarkis dengan korps pekerja harian dan magang. Struktur bertujuan untuk memastikan kualitas pekerjaan, mendorong ketekunan profesional, dan mencegah malpraktik. Dewan memperkenalkan kontrak-kontrak dengan tuntutan perawatan kesehatan yang layak bagi warga negara dengan imbalan monopoli dan prestise. Kitab Hukum Zealand karya Erik dari sekitar periode yang sama (pertengahan abad ke-13) menyebutkan aktivitas "medis" yang sah dan denda atas kerugian di negara-negara Nordik. Aktivitas medis semacam itu umumnya digambarkan secara sporadis dalam tulisan-tulisan dari Abad Pertengahan. Misal, dalam catatan pertempuran Lyrskov Hede pada tahun 1043, terdapat penyebutan tentang aktivitas medis yang baik, dokter militer, dan tabib kerajaan. Istilah "dokter" diasumsikan berasal dari bahasa Inggris Kuno "*læce*" dan bahasa Jerman "*laki*," artinya menyembuhkan atau merawat (Bodenheimer & Jonsen, 2001).

#### **D. Profesi kesehatan dari tahun 1700-an dan seterusnya: Etika dan regulasi**

Menimbulkan kerugian pada pasien adalah kemungkinan yang melekat pada profesi kesehatan. Praktisi profesi medis dan kesehatan harus memiliki kualifikasi yang tepat, harus dipantau sebelum dan sesudahnya. Sertifikasi profesi kesehatan secara bertahap meningkat, begitu pula pengawasan. Pemeriksaan negara dan otorisasi dokter diperkenalkan pada awal abad ke-18 di bawah kekuasaan Napoleon. Hal ini membuat untuk membedakan antara perawatan kesehatan profesional dan praktisi. Hasilnya adalah meningkatnya monopoli perawatan kesehatan. Negara Jerman mencegah praktisi yang tidak terlatih untuk memberikan perawatan medis di depan umum, termasuk memberikan resep obat yang berisiko. Peraturan tersebut diperluas dengan sistem medis kabupaten

yang mengawasi pelayanan kesehatan (Porter, 1999:649).

Profesionalisasi profesi menjadikan layanan kesehatan sebagai pekerjaan yang diakui, dan bukan sekadar bisnis yang baik. Profesor John Gregory dari Universitas Edinburgh memberikan kuliah tugas dan kualifikasi dokter pada tahun 1772. Prof. Gregory menyampaikan pandangan tentang rumusan peran dan tanggung jawab dokter dengan memasukkan gagasan-gagasan filosofi moral. Pendekatan profesi medis dan kesehatan tidak memenuhi tuntutan Prof. Gregory, karena praktik tidak didasarkan pada sains, maupun etika profesional, termasuk persyaratan untuk berempati dengan masalah orang lain dan pengalaman dorongan untuk membantu. Prof. Gregory menetapkan dua indikator penampilan yang tepat dari seorang praktisi: Pertama, seseorang tidak boleh menarik perhatian pada kelebihanannya sendiri, dan setiap orang harus diperlakukan dengan belas kasih dan komitmen yang sama, terlepas dari latar belakang sosial, dan lain-lain. Kedua, kewajiban untuk mengutamakan kepentingan pasien di atas kepentingan pribadi, serta kewajiban untuk mendapatkan kepercayaan publik melalui kegiatan rumah sakit. Prinsip mengutamakan kepentingan orang lain (pasien) sejalan dengan gagasan profesi kesehatan sebagai semacam “panggilan” hati nurani (Porter, 1999:286).

Deklarasi Jenewa 1948 adalah penyempurnaan dari Sumpah Hippokrates. Sumpah Dokter Indonesia pertama kali diberlakukan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960, ditetapkan pada 2 Juni 1960. Dasar hukum Sumpah Dokter Indonesia adalah Deklarasi Jenewa 1948. Sumpah Dokter Indonesia kemudian disempurnakan lagi pada tahun 1983 dan 1997. Prinsip-prinsip kebaikan dan keadilan dalam Sumpah Kedokteran Hipokrates, sangat jelas ada di dalam sumpah dokter. Sumpah dokter juga memperhatikan kerahasiaan, dan hak pasien untuk menentukan informasi diri-sendiri. Prinsip *non-maleficence* (tidak mencelakakan), berbeda dengan model Hipokrates, kurang jelas, dan pengakuan atas hak pasien atas informasi dan penentuan nasib diri-sendiri tampaknya sama sekali tidak ada.

#### **E. Perkembangan kode etik kedokteran dari abad ke-20 dan seterusnya**

Perkembangan pesat ilmu kesehatan dan kengerian Perang Dunia II berkontribusi pada peningkatan perhatian terhadap etika kesehatan dan pengembangan pedoman etika, serta kode etik. Deklarasi Jenewa 1948 mengikuti Sumpah Hipokrates. Praktisi medis berkomitmen untuk “mempersembahkan hidupnya untuk melayani kemanusiaan” dan “menjalankan panggilannya dengan sungguh-sungguh dan bermartabat.” Kesehatan pasien harus selalu “diutamakan” dalam “pertimbangan” praktisi. Praktisi harus menghormati hak pasien untuk menentukan nasib diri-sendiri dan rahasia yang dipercayakan kepadanya. Praktisi tidak boleh “membiarkan pertimbangan agama, kebangsaan, ras, partai politik, atau kelas sosial menghalangi tugas [praktisi] dan [pasien dan praktisi] akan memiliki rasa hormat tertinggi terhadap kehidupan manusia sejak awal, bahkan di bawah ancaman.” Praktisi tidak boleh menggunakan “keahliannya untuk



melawan prinsip-prinsip umum kemanusiaan.” Konvensi Jenewa memuat kewajiban untuk berbuat baik (dan kewajiban untuk berhati nurani), perhatian terhadap hak pasien untuk menentukan nasib diri-sendiri (termasuk terkait informasi kesehatan dan kerahasiaan), serta persyaratan untuk perlakuan yang setara. Terdapat prinsip dasar untuk menghindari kerugian. Dokter wajib bertindak sesuai prinsip-prinsip kemanusiaan. Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa Bangsa (1948) yang hampir kontemporer menyatakan, bahwa “Setiap orang berhak atas [...] perawatan medis dan [...] keamanan jika [...] sakit [...]” (Pasal 25, Paragraf 1). ‘Konvensi Bioetika’ 1997 di Eropa, mewajibkan negara-negara anggota untuk “menciptakan akses yang setara terhadap layanan kesehatan dengan kualitas yang memadai, dengan mempertimbangkan kebutuhan kesehatan dan sumber daya yang tersedia.” Pasal 4 Konvensi menyatakan, “Setiap intervensi kesehatan [...] harus dilaksanakan sesuai dengan kewajiban dan standar profesional yang berlaku.” Terkait hak pasien untuk menentukan nasib sendiri, Pasal 5 menekankan bahwa “Tidak ada intervensi di bidang kesehatan yang boleh dilakukan tanpa persetujuan bebas dan berdasarkan informasi dari orang yang bersangkutan [...]” dan Pasal 10 melindungi hak untuk menentukan nasib sendiri terkait informasi kesehatan (kerahasiaan). Menurut Pasal 24, pasien berhak atas kompensasi atas “kerugian yang tidak semestinya akibat intervensi.”

#### **F. Kode etik profesi kedokteran dan kesehatan di Indonesia**

Prinsip-prinsip etika profesional yang telah diendapkan sepanjang sejarah, telah melampaui perspektif deskriptif dan mengacu pada praktik profesional yang mapan. Beauchamp dan Childress, (2019) menyajikan pernyataan normatif tentang “arah perilaku profesional kesehatan yang harus dikejar (jalur yang benar), daripada apa yang dianggap tepat oleh praktisi individu atau kelompok praktisi kesehatan dalam konteks tertentu.”

Kode etik kedokteran adalah kode etik profesi yang pertama kali muncul. Kode etik kedokteran ditunjukkan dalam Kitab *Adab at-Tabib* (artinya, Moral Dokter, Perilaku Dokter, atau Etika Praktik Dokter). *Adab at-Tabib* adalah kitab sejarah Arab yang ditulis oleh al-Ruhawi, seorang dokter abad ke-9. Kitab berfokus pada *adab*, yaitu konsep Islam tentang etiket dan etika pribadi yang didefinisikan dalam konteks medis. *Adab at-Tabib* adalah salah satu teks paling awal tentang etika kedokteran Islam. *Adab at-Tabib* adalah “puncak pencapaian” dari karya-karya awal tentang *adab* dalam kedokteran (Padella, 2007), dan menjadi rujukan bagi para dokter di era modern.

Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) disusun pertama kali pada tahun 1969. Kodeki 1969 telah disempurnakan melalui hasil Musyawarah Kerja Nasional Etik Kedokteran III pada tahun 2001. Kodeki 2001 dikuatkan pada Mukhtar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) ke-28 tahun 2012, di Makassar. Kodeki berfungsi sebagai pedoman etika profesi dokter. Dasar hukum Kodeki adalah Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 8 Huruf f, dan; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 24. Kodeki merupakan kumpulan pengaturan etika profesi dokter.

Kodeki menjadi pedoman dan penuntun perilaku ideal dokter. Kodeki membentengi para dokter dari godaan penyimpangan dalam melaksanakan layanan kesehatan di masyarakat. Kodeki menjaga harkat martabat luhur profesi dokter. Kodeki adalah pembeda profesi dokter dari profesi biasa. Pengambilan keputusan tertinggi Kodeki ada di tangan organisasi profesi IDI (Sukma et al., 2017).

Kodeki menganut prinsip dasar: Profesionalisme, dokter senantiasa mengambil tindakan profesional dalam praktik profesi; berpengetahuan; terampil, dan; bersikap sesuai standar/baku profesi kedokteran. Kemanusiaan, dokter senantiasa menjunjung tinggi dan mengedepankan nilai-nilai kemanusiaan, dan; mengutamakan kepentingan pasien. Bebas dan independen, dokter senantiasa bertahan dengan kebebasan dan kemandirian untuk mengambil keputusan profesional, tidak terpengaruh pihak lain dalam berpraktik profesi (Aumar, 2023).

Kodeki Pasal 1-13 mengatur kewajiban umum. Dokter wajib menjaga kehormatan dan martabat profesi, serta; taat peraturan perundang-undangan. Pasal 14-17, kewajiban Dokter pada pasien. Dokter wajib memberi layanan kesehatan secara kompeten, dan; menghormati hak-hak dan menjaga informasi rahasia pasien. Pasal 18-19, kewajiban Dokter pada teman sejawat. Sesama dokter wajib saling hormat-menghormati, dan; saling bantu-membantu dalam berpraktik profesi. Pasal 20-21, Kewajiban Dokter pada diri sendiri. Dokter wajib menjaga kesehatan diri secara fisik, mengembangkan pengetahuan dan keterampilan secara berkelanjutan (Syahputra, 2024).

Dokter memiliki kewajiban umum (Kodeki Pasal 1-13); kewajiban pada pasien (Pasal 14-17), kewajiban pada teman sejawat (Pasal 18-19), dan; kewajiban pada diri sendiri (Pasal 20-21) (Andianto, 2022). Kewajiban umum, dokter wajib menjaga kehormatan dan martabat profesi, serta; taat peraturan perundang-undangan. Kewajiban pada pasien, dokter wajib memberi layanan kesehatan secara kompeten, dan; menghormati hak-hak dan menjaga informasi rahasia pasien. Kewajiban pada teman sejawat, sesama dokter wajib saling hormat-menghormati, dan; saling bantu-membantu dalam berpraktik profesi. Kewajiban pada diri sendiri, dokter wajib menjaga kesehatan diri secara fisik, serta mengembangkan pengetahuan dan keterampilan secara berkelanjutan (Syahputra, 2024).

Para dokter memikul tanggung jawab bersama untuk secara konsisten menerapkan Kodeki. Dokter senantiasa meminta persetujuan pasien sebelum mengambil tindakan medis; Menjaga informasi rahasia pasien secara aman dan menghindarkan dari akses ilegal; membangun komunikasi dengan pasien secara terbuka-jujur-mudah dipahami; Terus-menerus belajar dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, dan; Melaporkan setiap pelanggaran Kodeki pada pihak berwenang. Konsistensi penerapan Kodeki meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang aman dan beretika; Membangun kepercayaan pasien untuk menerima layanan dengan kerahasiaan pribadi dan profesional. Kepercayaan membuat pasien lebih kooperatif dan terbuka dalam menjalani proses pengobatan; Mempertinggi kepuasan pasien, dan; Menjaga reputasi tenaga kesehatan

(Syahputra, 2024).

Kodeki mencerminkan nilai-nilai profesi dokter: Altruisme, tanpa pamrih dan niat tulus menolong pasien; sedia dipanggil darurat, dan siap dihubungi. Responsibilitas, mengambil keputusan dengan dasar agama dan sedia bertugas di daerah konflik. Idealisme profesi, jujur kata dan memberi tahu sejawat yang salah dalam pengobatan pasien, dan; melaporkan pada organisasi profesi. Akuntabilitas pasien, melayani pasien dengan empati; lapang dada menerima kritik, dan; mempraktikkan etika kedokteran. Integritas ilmiah, mengikuti dan menerima perkembangan sains kedokteran terbaru. Integritas sosial, sedia waktu untuk mengedukasi pasien; jujur kata pada pasien tentang informasi yang belum diketahui; rekam medis dibuat dengan cermat, tepat, dan akurat, dan; mampu menjalin komunikasi efektif bersama pasien (Andita et al., 2017). Aturan etik profesi kedokteran dan kesehatan di Indonesia mendapat legitimasi dari Undang-Undang dan peraturan turunannya, dan dari peraturan organisasi profesi.

### G. Perspektif kritis

Pengawasan profesional kesehatan telah berkembang dalam beberapa dekade terakhir. Warga negara memiliki akses yang luas terhadap pengaduan, termasuk pengaduan digital. Sanksi disipliner yang intensif dan kekuasaan pengawasan diperluas pada profesional kesehatan. Semuanya telah menyebabkan peningkatan paparan perilaku profesional kesehatan yang buruk sebagai masalah sosial. Sebagai catatan, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) telah menerima aduan dan menangani 127 kasus dan memberikan sanksi atas pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi (Damayana, 2024). Peran MKDKI telah digantikan oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP) yang cakupannya lebih luas terhadap pengawasan disiplin dokter, dokter gigi, dan; semua profesi kesehatan (perawat-bidan-apoteker-dan profesi kesehatan lainnya) (Nadeak, 2024).

MDP telah mengubah pemahaman tentang tanggung jawab disipliner dan “kepedulian dan kehati-hatian” menjadi premis kesesuaian dengan norma-norma yang diakui secara profesional untuk praktik profesional. Pengetatan penilaian dan pengawasan berpotensi menjadi kerangka acuan referensi sepihak terhadap praktik profesional yang diakui. Profesional kesehatan bisa semakin tertekan, berisiko semakin bertanggung jawab atas penyimpangan yang sebenarnya tidak disebabkan oleh pengaruh profesional kesehatan yang semakin kecil. Tidak jelas apa dampak perubahan sistem untuk penanganan “tanpa salah” terhadap “kesalahan yang tidak disengaja,” dan “nyaris kecelakaan,” dan niat pembelajaran organisasi terhadap ketakutan berbuat salah dan sanksi. Sistem yang dibangun kemungkinan bisa memperlakukan dan menanamkan ketakutan profesional kesehatan atas salah langkah dan ketidakmampuan. Sistem menjadi tidak adil ketika tidak mampu memenuhi sumber daya dan fungsi yang lebih sistemik dalam sistem perawatan kesehatan. Profesional kesehatan takut risiko malpraktik, hukum menuntut ganti rugi, bahkan sanksi pidana atas kesalahan atau kelalaian. Takut tekanan lingkungan

yang menuntut kesempurnaan, bahkan bisa mengalami *atellofobia*, takut terhadap ketidaksempurnaan diri bisa membuat tenaga kesehatan sangat takut berbuat salah (Anastasia, 2021).

Lahirnya berbagai peraturan perundang-undangan dan kode etik lembaga profesi, tampaknya kurang setara dengan berkurangnya pelanggaran. Konsil Kedokteran Indonesia pada tahun 2023 menunjukkan 68 kasus pelanggaran etika tenaga medis. Pada awal tahun 2025, tiga kasus tenaga medis melanggar etika berat kekerasan seksual yang dilakukan di fasilitas layanan kesehatan (Suni, 2025).

Kepercayaan profesional kesehatan di Indonesia pada sistem pengawasan menghadapi tantangan gap regulasi dan implementasi. Profesional kesehatan berharap, sistem pengawasan yang diterapkan, tidak hanya ada, tetapi juga memberikan dukungan efektif pada profesional kesehatan, dan penegakan aturan yang adil (Widjaja et al., 2025). Profesional kesehatan yang tunduk pada pengawasan, mungkin tidak percaya bahwa pengawasan dilaksanakan secara objektif, adil, dan transparan. Rasa takut salah dapat memengaruhi kepuasan kerja, dan peluang perekrutan posisi profesional kesehatan dalam jangka panjang. Rasa takut salah yang berlebihan dalam melaksanakan pekerjaan dengan baik, bisa membuat tenaga kesehatan mengembangkan perilaku defensif dan perawatan ekstra, bukan untuk membantu pasien, tetapi untuk menghindari sanksi.

## Kesimpulan

Sektor kesehatan menghadapi tantangan tekanan status profesional, ruang manuver dan peluang untuk mengembangkan kegiatan sesuai dengan cita-cita profesional. Inisiatif pemerintah semakin menandakan ketidakpercayaan terhadap para profesional. Profesional kesehatan menjadi serba takut salah. Tuduhan kesalahan bisa menjadi sasaran penghinaan disiplin ilmu kedokteran. Perasaan serba takut salah secara konsisten tidak produktif. Secara psikologis, perasaan aman adalah kebutuhan dasar profesi kesehatan yang menjadi prasyarat pengembangan profesional, belajar dari kesalahan dan mendukung keselamatan pasien. Temuan penelitian menunjukkan bahwa takut berbuat salah dan tekanan waktu pelaksanaan tugas berhubungan dengan kelelahan dan penarikan diri dari pekerjaan (Durand et al., 2019).

Sistem perawatan kesehatan dicirikan oleh sifatnya sebagai organisasi pengetahuan. Sistem organisasi pengetahuan menuntut motivasi intrinsik para profesional untuk melakukan yang terbaik dan terus berkembang menjadi lebih baik. Kombinasi antara motivasi intrinsik, pengalaman otonomi, dan kepercayaan dari lingkungan, merupakan kekuatan pendorong terbaik menuju kualitas tertinggi.

Masyarakat sejak awal telah mendefinisikan harapan khusus perilaku praktisi dan kinerja perawatan kesehatan. Harapan tersebut kemudian dirumuskan sebagai prinsip-prinsip etika dan kode etik, dan secara bertahap dilengkapi dengan peraturan perundang-undangan. Prinsip-prinsip etika profesi yang dijelaskan belum tentu lengkap, tetapi mengklarifikasi pemahaman tentang etika dan tanggung jawab profesional profesi kesehatan sepanjang sejarah. Sejarah etika profesi telah melampaui kesesuaian profesional

dan pemecahan masalah, menjelaskan pemahaman tentang tanggung jawab profesional secara tradisional, mendukung pilihan perawatan kesehatan orang sakit, sebagai profesi yang simpatik dan menarik. Tujuan amal dan melakukan yang terbaik untuk pasien, dirumuskan sebagai premis sentral kegiatan profesional kesehatan. Bertindak sesuai penilaian terbaik dan menghindari bahaya semaksimal mungkin merupakan persyaratan yang melekat dalam profesi kesehatan. Premis ini membutuhkan rasa tanggung jawab, serta kebanggaan profesional, kepedulian, komitmen, dan ketelitian di pihak praktisi. Praktisi harus berasumsi dapat menikmati kepercayaan dari orang-orang yang dilayani.

Histori menunjukkan, ketika fokus kedokteran bergeser ke arah ilmiah dan pelatihan praktis yang sistematis, perumusan prinsip-prinsip etika profesional telah dilengkapi dengan regulasi formal. Tinjauan pustaka menunjukkan prinsip-prinsip dan Undang-Undang etika profesional cenderung selaras satu sama lain, dan beberapa prinsip sangat mirip dalam Undang-Undang otorisasi profesi kesehatan, dalam prinsip-prinsip etika Kodeki, perawat, psikolog, dan lain-lain., dan dalam pedoman hukum internasional deklarasi Jenewa 1948. Pemahaman kontemporer tentang tanggung jawab hukum individu tenaga kesehatan dapat didasarkan pada penghormatan terhadap prinsip-prinsip etika yang telah berkembang sepanjang sejarah. Kewajiban untuk menolong dan upaya terus-menerus untuk melakukan yang terbaik menjadi faktor motivasi. Motivasi dapat membantu memastikan bahwa profesi kesehatan adalah profesi yang menarik dan mempertahankan praktisi yang cermat dan teliti. Artikel ini mengusulkan pandangan yang lebih beragam tentang aktivitas dan tugas kesehatan, dan berkontribusi pada tanggung jawab dalam perspektif berbasis pengetahuan dan paradigma yang tidak tepat yang mungkin dihadapi oleh para profesional kesehatan saat ini.

### Daftar Bacaan

#### Peraturan Perundang-undangan :

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

#### Buku :

Birley, A. R. (1999). *Septimius Severus: The African Emperor*. London: Routledge.

Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity From Antiquity to the Present*. London: Harper Collins Publishers.

Talbert, M. (2025). Moral Responsibility. In Edward N. Zalta & Uri Nodelman (Eds.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (25th ed.). Stanford: The Metaphysics Research Lab Department of Philosophy, Stanford University,. <https://plato.stanford.edu/entries/moral-responsibility/> (diakses

#### Jurnal :

Andita, D., Afandi, D., & Widiawaty, A. (2017). Penerapan Nilai Kode Etik Kedokteran Indonesia Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Kampar. *JOM FK*, 4(1), 1-15.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth*



- Anniversary. *American Journal of Bioethics*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Bodenheimer, T. S., & Jonsen, A. R. (2001). A Short History of Medical Ethics. *Journal of Public Health Policy*, 22(2), 247. <https://doi.org/10.2307/3343467>
- Boyer, L., Wu, A. W., Fernandes, S., Tran, B., Brousse, Y., Nguyen, T. T., Yon, D. K., Auquier, P., Lucas, G., Boussat, B., & Fond, G. (2024). Exploring the fear of clinical errors: associations with socio-demographic, professional, burnout, and mental health factors in healthcare workers – A nationwide cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12(1423905), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423905>
- Čavar, I. (2021). “The Good, the Bad, and the Ugly” of Professions: Overview of the Theoretical Developments in the Sociology of Professions. *Interdisciplinary Description of Complex Systems*, 9(1), 80–93.
- Chmielewska, M., Stokwiszewski, J., Markowska, J., & Hermanowski, T. (2025). Motives for choice of work in healthcare and individual performance of medical doctors working in public multispecialty hospitals in Warsaw. *Frontiers in Medicine*, 12(1456341). <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1456341>
- Damayana, S. N. (2024). Analisis Yuridis terhadap Hambatan Penegakan Hukum dalam Kasus Pelanggaran Etika Profesi Tenaga Kesehatan di Indonesia. *Majelis: Jurnal Hukum Indonesia*, 1(4), 113–124. <https://doi.org/10.62383/majelis.v1i4.499>
- de Lisser, R., Dietrich, M. S., Spetz, J., Ramanujam, R., Lauderdale, J., & Stollendorf, D. P. (2024). Psychological safety is associated with better work environment and lower levels of clinician burnout. *Health Affairs Scholar*, 2(7), 1–8. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae091>
- Durand, A.-C., Bompard, C., Sportiello, J., Michelet, P., & Gentile, S. (2019). Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. *Work*, 63(1), 57–67. <https://doi.org/10.3233/WOR-192908>
- Feldman, M. D. (2017). Altruism and Medical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 32(7), 719–720. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4067-1>
- Ghadirian, F., Salsali, M., & Heraghi, M. A. (2014). Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i1.388>
- Goddard, V. C. T., & Brockbank, S. (2023). Re-opening Pandora’s box: Who owns professionalism and is it time for a 21st century definition? *Medical Education*, 57(1), 66–75. <https://doi.org/10.1111/medu.14862>
- Gulo, J. M., Halawa, A., & Bambang, M. (2025). Peran Gereja dalam Pemerintahan Sejarah Tentang Agama Kristen. *Sabar: Jurnal Pendidikan Agama Kristen Dan Katolik*, 2(1), 145–158. <https://ejournal.aripafi.or.id/index.php/Sabar/article/view/495>
- Jahan, F., Siddiqui, M. A., Zadjali, N. M. Al, & Qasim, R. (2016). Recognition of core elements of medical professionalism among medical students and faculty members. *Oman Medical Journal*, 31(3), 196–204. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.38>
- Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Tóth, L., Horvath, E., Szöllősi, A., Galgalo, D. A., Maté, O., & Siket, A. U. (2024). Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 24(1).



- <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x>
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2017). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- Maben, J., Taylor, C., Jagosh, J., Carrieri, D., Briscoe, S., Klepacz, N., & Mattick, K. (2024). Causes and solutions to workplace psychological ill-health for nurses, midwives and paramedics: the Care Under Pressure 2 realist review. *Health and Social Care Delivery Research*, 12(9). <https://doi.org/10.3310/TWDU4109>
- Nadeak, J. O. H. (2024). Penerapan Disiplin Profesi Sebagai Instrumen Penegakan Hukum Pidana Kesehatan Berbasis Keadilan Prosedural. *Kongres Ke-6 MHKI*, 07, 184–195. <https://rumah-jurnal.com/index.php/pmhki/article/view/205>
- Padella, A. I. (2007). Islam Medical Ethics. *Bioethics*, 21(3), 169–178. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372(71), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., Koffel, J. B., Blunt, H., Brigham, T., Chang, S., Clark, J., Conway, A., Couban, R., De Kock, S., Farrah, K., Fehrman, P., Foster, M., Fowler, S. A., Glanville, J., ... Young, S. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Journal of the Medical Library Association*, 109(2), 174–200. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.962>
- Sandoval, P., Elvira, L., Sotelo-Daza, J., Viana, L. C., & Gonzalez, C. I. A. (2025). How Does Professional Habitus Impact Nursing Autonomy? A Hermeneutic Qualitative Study Using Bourdieu's Framework. *Nursing Reports*, 15(3), 1–17. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030088>
- Shamir, R. (2024). Professionalism and Monopoly of Expertise: Lawyers and Administrative Law, 1933–1937. *Law & Society Review*, 27(2), 361–397. <https://doi.org/10.2307/3053942>
- Siddiqui, M. F., & Azaroual, M. (2024). Combatting Burnout Culture and Imposter Syndrome in Medical Students and Healthcare Professionals: A Future Perspective. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11, 1–4. <https://doi.org/10.1177/23821205241285601>
- Song, X., Jiang, N., Li, H., Ding, N., & Wen, D. (2021). Medical professionalism research characteristics and hotspots: a 10-year bibliometric analysis of publications from 2010 to 2019. *Scientometrics*, 126(9), 8009–8027. <https://doi.org/10.1007/s11192-021-03993-0>
- Sukma, O., Afandi, D., & Indrayana, M. T. (2017). Penerapan Nilai Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Indragiri Hilir. *JOM FK*, 4(1), 1–9.
- Suni, N. S. P. (2025). Penguatan Pengawasan Etika Profesi Kedokteran dan Kesehatan. *Analisis Starategis Terhadap Isu Aktual INFO SINGKAT*, 17(8), 1–5. <https://berkas.dpr.go.id/puskajiakn/analisis-ringkas-cepat/public-file/analisis->

ringkas-cepat-public-47.pdf

- Thirumoorthy, T., & Shelat, V. G. (2025). Understanding medical professionalism. *Singapore Medical Journal*, 66(2), 114–118. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2023-059>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vimal, M., & Nishanthi, A. (2021). Professionalism and Bioethics. *Journal of Health and Research*, 8(1), 6–9.
- Widayana, I. G., Agustina, H., & Mediawati, A. (2025). Factors Associated with Work Life Balance Among Nurses in Hospitals: A Socio-Ecological Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 18, 4511–4521. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s534729>
- Widjaja, G., Sijabat, H., & Dhanudibroto, H. (2025). Kepatuhan Tenaga Kesehatan Terhadap Kode Etik Profesi : Analisis Literatur Undang-Undang Dan Praktek di Lapangan. *Journal of Health Adn Medical Research*, 5(2), 55–67.
- Yusof, A. N. M., & Razali, H. Y. H. (2024). Moving Away from the Blame Culture: The Way Forward to Manage Medical Errors. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(6), 126–132. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.6.10>

#### Website :

- Anastasia, T. (2021). *Atelofobia, Ketakutan Berlebihan pada Ketidaksempurnaan*. Klikdokter. <https://www.klikdokter.com/psikologi/kesehatan-mental/atelofobia-ketakutan-berlebihan-pada-ketidaksempurnaan> [diakses pada 20 Agustus, 2025]
- Andianto, W. (2022). Kode Etik Kedokteran Indonesia sebagai Penjaga Profesionalitas Dokter. In *Fakultas Hukum Universitas Indonesia* (p. 1). <https://law.ui.ac.id/?s=Kode+Etik+Kedokteran+Indonesia+sebagai+Penjaga+Profesionalitas+Dokter> [diakses pada 20 Agustus, 2025]
- Aumar, A. (2023). 4 Prinsip Dasar Etika Kedokteran. EClinics by InfoKes. <https://www.eclinic.id/4-prinsip-dasar-etika-kedokteran/> [diakses pada 20 Agustus, 2025]
- Kumar, P., Holt, T., Wong, Y., & Kimeu, M. (2025). Closing the healthcare worker shortage gap could eliminate 7 percent of the global disease burden and add \$1.1 trillion to the global economy. [https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/heartbeat-of-health-reimagining-the-healthcare-workforce-of-the-future?utm\\_source=chatgpt.com#/](https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/heartbeat-of-health-reimagining-the-healthcare-workforce-of-the-future?utm_source=chatgpt.com#/) [diakses pada 20 Agustus, 2025]
- Syahputra, W. F. (2024). *Kode Etik Prinsip Kedokteran: Memandu Dokter dalam Melayani Pasien*. Vmedis.Com. <https://vmedis.com/kode-etik-prinsip-kedokteran-memandu-dokter-dalam-melayani-pasien/#:~:text=Kode Etik Kedokteran Indonesia;dan pelayanan kesehatan yang berkualitas> [diakses pada 20 Agustus, 2025]