

Dilema Etis dan Tantangan Klinis Diagnosis Tanpa Pemeriksaan Fisik Pada Layanan Telemedicine

Nurhaeni Sikki^{✉1}, Akmal Labib², Marscha Maryuana³, Meylarto Rerung⁴, Enny Meilani Yudita⁵, Dzakia Nafis⁶, Indra Festian⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Universitas Sangga Buana Bandung

Abstrak

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi dilema etis dan tantangan klinis yang dihadapi tenaga medis dalam menegakkan diagnosis serta memberikan preskripsi melalui layanan telemedicine tanpa pemeriksaan fisik langsung. Adopsi telemedicine yang meluas pasca-pandemi menghadirkan pergeseran fundamental dalam praktik kedokteran, yakni hilangnya akses terhadap data pemeriksaan fisik yang selama ini menjadi pilar validasi diagnosis. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan analisis tematik reflektif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semiterstruktur terhadap delapan dokter, terdiri atas dokter umum dan spesialis, yang memiliki pengalaman praktik telemedicine sekurang-kurangnya satu tahun. Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber, pengecekan anggota, dan jejak audit. Temuan penelitian menunjukkan tiga tema utama, yaitu ketidakpastian klinis akibat ketiadaan palpasi dan auskultasi, tekanan preskripsi untuk memenuhi ekspektasi pasien yang telah membayar layanan, serta mekanisme defensif berupa edukasi ketat dan rujukan dini ke instalasi gawat darurat. Ketegangan inti yang muncul adalah konflik antara prinsip beneficence dalam bentuk kecepatan akses dengan prinsip non-maleficence dalam bentuk kehati-hatian menghindari cedera. Penelitian menyimpulkan bahwa diagnosis tanpa pemeriksaan fisik menempatkan dokter pada beban moral dan risiko klinis yang tinggi, sehingga diperlukan pedoman klinis spesifik per gejala, penguatan tata kelola persepan, dan kepastian perlindungan hukum pada praktik kedokteran jarak jauh.

Kata Kunci: *telemedicine; dilema etis; diagnosis; pemeriksaan fisik; beban moral; penelitian kualitatif*

Abstract

This study explores the ethical dilemmas and clinical challenges faced by medical practitioners in establishing diagnoses and issuing prescriptions through telemedicine services without direct physical examination. The widespread post-pandemic adoption of telemedicine has introduced a fundamental shift in medical practice, namely the loss of access to physical examination data that has long served as a pillar of diagnostic validation. The study employed a qualitative descriptive approach with reflexive thematic analysis. Data were collected through in-depth semi-structured interviews with eight physicians, comprising general practitioners and specialists, each with at least one year of telemedicine practice experience. Data trustworthiness was maintained through source triangulation, member checking, and an audit trail. The findings reveal three principal themes: clinical uncertainty arising from the absence of palpation and auscultation, prescription pressure to meet the expectations of fee-paying patients, and defensive mechanisms in the form of stringent patient education and early referral to emergency departments. The core tension is a conflict between the principle of beneficence, expressed as speed of access, and the principle of non-maleficence, expressed as caution to avoid harm. The study concludes that

diagnosis without physical examination places physicians under considerable moral burden and clinical risk, thus requiring symptom-specific clinical guidelines, strengthened prescribing governance, and legal-protection certainty in remote medical practice.

Keywords: *telemedicine; ethical dilemma; diagnosis; physical examination; moral burden; qualitative research*

Copyright (c) 2026 Sikki, N., dkk.

✉ Corresponding author :

Email Address : Nurhaeni.sikki@usbypkp.ac.id, akmallabibbajri@gmail.com,
marschamaryuana1994@gmail.com, meylarto.rerung@gmail.com, ennymeimei81@gmail.com,
nfs.dzakia@gmail.com, Indrafestian985@gmail.com

PENDAHULUAN

Transformasi digital pada sektor kesehatan telah memosisikan telemedicine sebagai salah satu tulang punggung aksesibilitas layanan medis, khususnya pada periode pasca-pandemi Covid-19. Pembatasan mobilitas selama pandemi mempercepat perpindahan konsultasi dari tatap muka menuju kanal daring secara masif, dan tren ini bertahan setelah masa darurat berakhir. Pertumbuhan tersebut tidak hanya bersifat kuantitatif, tetapi juga mengubah cara layanan kesehatan dirancang dan dikonsumsi, mulai dari telekonsultasi, pengelolaan penyakit kronis, hingga sistem peresepan elektronik yang terintegrasi dengan apotek daring (Sikki dkk., 2026a; Sikki dkk., 2026b).

Namun, adopsi teknologi ini membawa pergeseran fundamental dalam paradigma kedokteran, yakni berkurangnya bahkan hilangnya interaksi fisik antara dokter dan pasien. Dalam praktik konvensional, pemeriksaan fisik melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi merupakan pilar utama validasi diagnosis yang memberi dokter data objektif untuk menguji hipotesis klinisnya. Sebaliknya, dalam telemedicine, dokter sebagian besar bersandar pada anamnesis verbal dan data visual yang terbatas oleh kualitas jaringan, sudut kamera, serta kemampuan pasien mendeskripsikan keluhannya. Keterbatasan ini menjadi semakin krusial ketika dokter dituntut memberikan preskripsi yang akurat, tidak jarang mencakup obat keras, tanpa data tanda vital yang diperiksa secara mandiri.

Kondisi tersebut memunculkan dilema etis yang nyata. Di satu sisi, dokter terdorong mengutamakan kenyamanan dan kecepatan akses pasien sebagai wujud prinsip beneficence. Di sisi lain, dokter dibebani kewajiban kehati-hatian guna menghindari cedera sesuai prinsip non-maleficence. Ketegangan antara kedua kewajiban ini menjadi inti dari fenomena yang diangkat dalam penelitian. Judul yang dipilih, yakni dilema etis dan tantangan klinis, secara sengaja memotret tarik-menarik antara kewajiban profesional dan batasan teknologi yang dihadapi dokter di ruang praktik daring.

Sebagian besar penelitian telemedicine di Indonesia masih berfokus pada penerimaan teknologi, mutu layanan, dan kepuasan pasien. Studi yang menelaah pengalaman subjektif dan beban moral tenaga medis sebagai pihak yang menanggung konsekuensi etis dari keterbatasan data klinis masih sangat terbatas. Celah inilah yang hendak diisi penelitian ini. Tujuan penelitian adalah memetakan bagaimana dokter mempersepsikan ketidakpastian klinis, bagaimana dilema preskripsi muncul dalam

praktik, serta strategi apa yang ditempuh dokter untuk memitigasi risiko. Urgensi penelitian terletak pada kebutuhan akan dasar empiris bagi penyusunan pedoman klinis dan kerangka perlindungan hukum yang sampai saat ini belum mengatur secara mendetail batasan jenis diagnosis yang aman ditegakkan tanpa pemeriksaan fisik.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini mengajukan tiga pertanyaan. Pertama, bagaimana dokter mengalami dan memaknai ketidakpastian klinis dalam diagnosis tanpa pemeriksaan fisik? Kedua, bagaimana dilema preskripsi terbentuk dan dinegosiasikan dalam interaksi dengan pasien? Ketiga, mekanisme apa yang dikembangkan dokter untuk mengelola risiko etis dan klinis pada praktik telemedicine?

TINJAUAN PUSTAKA

Prinsip Bioetika Kedokteran sebagai Lensa Analisis

Kerangka empat prinsip bioetika yang dikemukakan Beauchamp dan Childress (2019) digunakan sebagai lensa utama dalam penelitian ini. Keempat prinsip tersebut adalah *autonomy* yang menghormati hak dan kapasitas pasien mengambil keputusan, *beneficence* yang mewajibkan dokter bertindak demi kebaikan pasien, *non-maleficence* yang melarang dokter menimbulkan cedera, dan *justice* yang menuntut keadilan dalam distribusi manfaat serta beban layanan. Beauchamp dan Childress menegaskan bahwa keempat prinsip bersifat *prima facie*, artinya masing-masing mengikat kecuali ketika berbenturan dengan prinsip lain yang lebih berbobot dalam situasi konkret. Dalam keadaan benturan, dokter dituntut melakukan penimbangan dan penajaman penilaian etis alih-alih menerapkan satu prinsip secara absolut.

Pada konteks telemedicine, *autonomy* terwujud melalui persetujuan tindakan kedokteran atas konsultasi daring dan pemahaman pasien terhadap keterbatasannya. *Beneficence* tampak pada kemampuan telemedicine memangkas hambatan geografis dan mempercepat akses. *Non-maleficence* menjadi sorotan utama karena ketiadaan pemeriksaan fisik meningkatkan risiko salah diagnosis dan persepsian yang tidak tepat. *Justice* menyangkut ketimpangan akses akibat kesenjangan digital. Tinjauan sistematis oleh Keenan, Tsourtos, dan Tieman (2021) menunjukkan bahwa kerangka empat prinsip ini memang relevan dan kerap diterapkan untuk menelaah praktik telehealth, sekaligus mengungkapkan bahwa benturan antarprinsip menjadi sumber utama dilema bagi praktisi.

Ketidakpastian Klinis dan Hilangnya Gestalt Diagnostik

Diagnosis kedokteran tidak sepenuhnya bersandar pada penalaran analitis, melainkan juga pada *gestalt* klinis, yakni penilaian holistik yang terbentuk dari akumulasi isyarat verbal dan nonverbal pasien. Pemeriksaan fisik menyumbang isyarat yang sulit digantikan kanal daring, seperti nyeri tekan pada palpasi abdomen atau bunyi napas patologis pada auskultasi. Hilangnya akses terhadap isyarat tersebut mempersempit basis data yang tersedia bagi dokter dan memperbesar zona ketidakpastian. Solimini dkk. (2021) mengidentifikasi bahwa keterbatasan kualitas layanan dan risiko misdiagnosis merupakan tantangan etis yang berulang dalam literatur telemedicine, meskipun perhatian terhadap dimensi *beneficence* dan *non-maleficence* masih lebih sedikit dibandingkan isu privasi dan persetujuan.

Dilema Preskripsi dan Tata Kelola Antimikroba

Salah satu titik paling rawan dalam telemedicine adalah persesepan. Penelitian Ray dkk. (2019) terhadap kunjungan telemedicine langsung-ke-konsumen menemukan bahwa antibiotik diresepkan lebih sering pada kunjungan telemedicine dibandingkan kunjungan perawatan mendesak maupun dokter layanan primer tatap muka, dengan proporsi 52 persen berbanding 42 persen berbanding 31 persen, dan kesesuaian dengan pedoman justru paling rendah pada kunjungan telemedicine. Temuan ini diperkuat meta-analisis Suzuki dkk. (2021) yang melaporkan kecenderungan persesepan antibiotik lebih tinggi pada layanan telemedicine untuk sejumlah infeksi umum. Studi berskala besar oleh Linder dkk. (2024) terhadap lebih dari tiga juta kunjungan infeksi saluran napas akut menemukan tingkat persesepan antibiotik sebesar 44 persen, dengan sebagian bersumber dari diagnosis yang tidak tepat.

Penelitian kualitatif Livorsi dkk. (2015) menjelaskan mekanisme di balik fenomena ini, yakni persesepan berlebih banyak didorong oleh kecemasan dokter akan melewatkan infeksi, sementara potensi efek samping antibiotik kurang memengaruhi keputusan. Dalam konteks telemedicine, kecemasan tersebut diperberat oleh ketiadaan data pemeriksaan fisik. Sebagai respons, sejumlah penulis mengusulkan kerangka tata kelola antimikroba khusus telemedicine yang mengadaptasi elemen inti tata kelola antibiotik rawat jalan (Sine dkk., 2022). Konteks persesepan elektronik di Indonesia, sebagaimana ditelaah Sikki dkk. (2026c) pada sistem e-resep, menunjukkan bahwa digitalisasi alur preskripsi membawa efisiensi sekaligus tantangan tata kelola baru yang relevan bagi praktik telemedicine.

Praktik Medis Defensif

Praktik medis defensif merujuk pada perilaku klinis yang didorong oleh kekhawatiran terhadap tuntutan hukum, mencakup perilaku jaminan berupa pemeriksaan atau tindakan tambahan dan perilaku penghindaran berupa enggan menangani kasus berisiko (Katz, 2019). Studi Renkema, Broekhuis, dan Ahaus (2019) menunjukkan bahwa proporsi dokter yang mengadopsi perilaku medis defensif sangat tinggi, berkisar antara 60 hingga 95 persen. Dalam telemedicine, perilaku defensif berpotensi menguat justru karena keterbatasan data klinis dan ketidakpastian status hukum praktik jarak jauh, sehingga dokter cenderung memperketat edukasi dan mempercepat rujukan sebagai bentuk mitigasi.

Beban Moral Tenaga Medis

Beban moral muncul ketika tenaga medis mengetahui tindakan yang secara etis benar tetapi terhambat melaksanakannya oleh keterbatasan struktural. Maffoni dkk. (2021) melalui studi grounded theory pada dokter pascawabah Covid-19 memetakan lintasan beban moral yang bergerak dari tekanan situasional menuju perasaan tidak berdaya, lalu mengendap menjadi residu moral. Brune dkk. (2024) dalam studi kualitatif terhadap dokter instalasi gawat darurat menemukan pola serupa. Penelitian-penelitian ini relevan sebagai rujukan konseptual sekaligus model metodologis, meskipun belum ada studi yang secara khusus menelaah beban moral dokter dalam konteks telemedicine di Indonesia. Kekosongan inilah yang memperkuat orisinalitas penelitian ini.

METODOLOGI

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif sebagaimana dikonsepkan Sandelowski (2000). Pendekatan deskriptif kualitatif dipilih karena tujuan penelitian adalah menghasilkan ringkasan komprehensif atas pengalaman dokter dalam bahasa keseharian peristiwa itu sendiri, tanpa transformasi interpretatif yang berat sebagaimana dituntut tradisi fenomenologi murni. Pemilihan ini sekaligus mengoreksi kerancuan paradigma yang lazim terjadi ketika label fenomenologi disematkan pada studi yang sebenarnya bertumpu pada deskripsi tematik. Konsistensi paradigmatis dijaga dengan tidak mencampuradukkan prosedur fenomenologis seperti epoché atau analisis struktur esensial ke dalam kerangka deskriptif yang dianut.

Partisipan dan Strategi Pengambilan Sampel

Partisipan dipilih secara purposif sebanyak delapan dokter, terdiri atas dokter umum dan dokter spesialis, dengan kriteria inklusi memiliki pengalaman praktik telemedicine sekurang-kurangnya satu tahun dan aktif menggunakan platform telemedicine pada saat penelitian berlangsung. Penentuan jumlah partisipan tidak didasarkan pada klaim saturasi yang sering disalahgunakan, melainkan pada kerangka information power dari Malterud, Siersma, dan Guassora (2016). Menurut kerangka ini, kecukupan sampel ditentukan oleh tujuan studi yang terfokus, spesifisitas sampel yang tinggi, penggunaan teori yang mapan, kualitas dialog, dan strategi analisis. Penelitian ini memenuhi sebagian besar kriteria tersebut, yakni tujuan yang spesifik pada dilema etis, partisipan dengan karakteristik sangat spesifik, serta penggunaan kerangka teori Beauchamp dan Childress yang sudah mapan, sehingga jumlah delapan partisipan dapat dipertanggungjawabkan untuk studi dengan information power yang memadai.

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semiterstruktur yang dilaksanakan secara daring. Seluruh informan diberikan rangkaian pertanyaan panduan yang sama sebagai basis, kemudian pewawancara mengembangkan pertanyaan lanjutan secara kontekstual sesuai arah respons masing-masing informan. Panduan wawancara disusun berdasarkan pertanyaan penelitian dan kerangka empat prinsip bioetika, dengan ruang yang cukup bagi partisipan untuk mengembangkan narasi pengalamannya. Setiap wawancara direkam atas persetujuan partisipan, kemudian ditranskripsikan secara verbatim untuk keperluan analisis.

Pertanyaan Wawancara

Pertanyaan panduan inti yang diajukan kepada seluruh informan dirumuskan untuk mencerminkan ketiga rumusan masalah penelitian, sebagai berikut.

1. Bagaimana cara Anda memvalidasi dan menegaskan diagnosis ketika pemeriksaan fisik tidak dapat dilakukan secara langsung?
2. Bagaimana Anda menghadapi tekanan untuk memberikan preskripsi, termasuk obat keras, dalam situasi diagnosis yang belum sepenuhnya tegak?
3. Mekanisme atau strategi apa yang Anda kembangkan untuk mengelola dan memitigasi risiko klinis maupun etis dalam praktik telemedicine?

Ketiga pertanyaan inti tersebut menjadi kerangka yang sama bagi seluruh informan, sehingga variasi yang muncul dalam data terletak pada kedalaman dan sudut pandang respons, bukan pada perbedaan pertanyaan yang diajukan.

Analisis Data

Analisis data menggunakan analisis tematik reflektif sesuai prosedur enam fase Braun dan Clarke (2022), yang meliputi pengenalan data, pengodean awal, pembentukan tema, peninjauan tema, penamaan tema, dan penulisan laporan. Analisis tematik reflektif dipilih karena selaras dengan pendekatan deskriptif kualitatif dan tidak menuntut komitmen ontologis fenomenologis yang spesifik. Pengodean dilakukan secara induktif dengan tetap dipandu oleh kerangka teoretis, sehingga tema yang muncul berakar pada data sekaligus dapat dibaca dalam terang prinsip bioetika.

Keabsahan Data

Keabsahan data dijaga dengan mengacu pada empat kriteria kepercayaan dari Lincoln dan Guba (1985) dan dioperasionalkan mengikuti pemetaan Nowell dkk. (2017). Kredibilitas dijaga melalui triangulasi sumber dan pengecekan anggota, yakni mengonfirmasi kembali tafsir peneliti kepada partisipan. Keteralihan diupayakan melalui deskripsi tebal atas konteks praktik. Kebergantungan dijaga melalui jejak audit yang mendokumentasikan keputusan analitis. Konfirmabilitas dijaga melalui reflektivitas peneliti yang menyatakan posisinya secara terbuka. Pemetaan ringkas keempat kriteria tersebut disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Pemetaan Strategi Keabsahan Data

Kriteria	Strategi yang Diterapkan
Kredibilitas	Triangulasi sumber dan pengecekan anggota terhadap tafsir peneliti
Keteralihan	Deskripsi tebal atas konteks praktik telemedicine partisipan
Kebergantungan	Jejak audit atas keputusan pengodean dan pembentukan tema
Konfirmabilitas	Refleksivitas dan pernyataan posisi peneliti

Pertimbangan Etik

Partisipan memperoleh penjelasan mengenai tujuan, prosedur, dan hak penelitian, serta memberikan persetujuan secara sukarela sebelum wawancara. Identitas partisipan disamarkan dalam bentuk kode I1 hingga I8 dan data disimpan secara terbatas guna menjaga kerahasiaan, sejalan dengan prinsip perlindungan data subjek penelitian

HASIL DAN PEMBAHASAN

Wawancara dilakukan terhadap delapan informan yang terdiri atas lima dokter umum dan tiga dokter spesialis, yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis anak, dan spesialis paru. Rentang pengalaman praktik telemedicine para informan berkisar

antara satu setengah hingga lima tahun, dengan sebaran platform yang mencakup Halodoc, Alodokter, dan SehatQ. Komposisi ini memungkinkan penggalian perspektif dari dokter dengan tingkat kematangan klinis dan latar spesialisasi yang beragam.

Analisis menghasilkan tiga tema utama, yaitu ketidakpastian klinis, dilema preskripsi, dan mekanisme defensif. Ketiga tema saling berkaitan dan bermuara pada ketegangan antara prinsip beneficence dan non-maleficence. Mengacu pada ketiga pertanyaan panduan yang sama, respons kedelapan informan dirangkum dalam Tabel 2 berdasarkan tema dominan yang paling menonjol dalam jawaban masing-masing. Kutipan partisipan disajikan dalam bentuk parafrasa terjaga untuk melindungi identitas, dengan kode informan I1 hingga I8, dan perlu dicatat bahwa seorang informan dapat menyinggung lebih dari satu tema.

Tabel 2. Rangkuman Hasil Wawancara Mendalam

Inf.	Profil Singkat	Tema Dominan	Respons / Temuan Utama
I1	Dokter Umum, 3 tahun, Halodoc	Ketidakpastian klinis	Kalau cuma lihat dari layar, jujur saya sering ragu. Anamnesisnya saya buat sedetail mungkin, tapi tetap saja ada yang kurang. Apalagi kalau pasien ngeluh sakit perut, saya nggak bisa pegang perutnya, nggak bisa tahu ada nyeri tekan atau tidak. Akhirnya kebanyakan saya sarankan periksa langsung saja, daripada salah.
I2	Dokter Umum, 2 tahun, Alodokter	Dilema preskripsi	Tekanannya itu di ekspektasi pasien. Mereka kan sudah bayar, jadi maunya pulang bawa resep. Kalau saya bilang nggak perlu obat, kadang mereka kecewa, terus kasih bintang satu. Saya akui kadang jadi serba salah, ada dorongan buat tetap kasih sesuatu biar pasien merasa dilayani.
I3	Sp. Penyakit Dalam, 4 tahun, SehatQ	Mekanisme defensif	Saya selalu tutup konsultasi dengan <i>red flag</i> yang jelas. Saya tegaskan, kalau dalam 24 jam tidak membaik, atau muncul tanda seperti nyeri makin hebat, segera ke IGD. Bagi saya ini bukan sekadar cari aman dari sisi hukum, tapi memang itu kewajiban kami sesuai standar profesi. <i>Safety netting</i> itu wajib.
I4	Dokter Umum, 1,5 tahun, Halodoc	Ketidakpastian klinis	Yang paling susah itu kasus napas. Saya nggak bisa dengar suara paru, nggak tahu ada <i>wheezing</i> atau <i>ronki</i> atau tidak. Padahal itu penting banget. Jadi ya... saya biasanya main aman, lebih cepat rujuk daripada nekat kasih terapi yang belum tentu benar. Masih sering deg-degan sih sebenarnya.

Inf.	Profil Singkat	Tema Dominan	Respons / Temuan Utama
I5	Sp. Anak, 5 tahun, Alodokter	Dilema preskripsi	Pada kasus anak, tekanan untuk meresepkan antibiotik itu nyata sekali. Orang tua datang dengan keluhan anak demam tiga hari, dan ekspektasinya antibiotik. Tanpa bisa melihat membran timpani atau faring secara langsung, saya kehilangan dasar objektif untuk memutuskan. Prinsip saya, lebih baik menunda, minta dokumentasi foto bila memungkinkan, daripada meresepkan tanpa indikasi yang kuat.
I6	Dokter Umum, 2 tahun, SehatQ	Ketidakpastian klinis	Sering kali saya merasa data yang saya pegang tidak cukup. Untuk keluhan yang butuh diperiksa langsung, saya tidak berani memaksakan diagnosis. Saya punya batasan sendiri, untuk obat keras kalau menurut saya keluhannya butuh pemeriksaan fisik, saya tidak akan kasih. Pasien kadang protes, tapi saya jelaskan pelan-pelan dan arahkan ke faskes terdekat.
I7	Sp. Paru, 3 tahun, Halodoc	Mekanisme defensif	Yang membebani saya justru sisi regulasinya. Permenkes 20 tahun 2019 itu kan mengatur layanan antar-fasyankes, bukan praktik dokter ke pasien langsung di aplikasi seperti yang saya lakukan tiap hari. Jadi kalau sampai ada kasus, posisi hukum kami sebenarnya abu-abu. Ini beban tersendiri, di luar tantangan klinis yang sudah berat.
I8	Dokter Umum, 4 tahun, Alodokter	Dilema preskripsi	Saya sudah punya cara sendiri sekarang. Untuk keluhan ringan yang sudah jelas, seperti ISPA ringan atau alergi, saya layani cepat. Tapi untuk yang ambigu, saya tahan, saya kasih saran sementara dan minta datang langsung. Walaupun begitu, harus jujur, tekanan dari sisi rating dan kecepatan layanan itu tetap ada dan belum sepenuhnya hilang.

Sumber: Data Primer Hasil Wawancara, 2026

Data pada Tabel 2 dapat dipetakan secara langsung kepada masing-masing rumusan masalah penelitian. Rumusan masalah pertama mengenai ketidakpastian klinis dalam diagnosis tanpa pemeriksaan fisik terutama dijawab oleh respons I1, I4, dan I6, yang secara konsisten menggambarkan hambatan diagnostik akibat ketiadaan palpasi dan auskultasi serta keterbatasan data klinis. Rumusan masalah kedua

mengenai terbentuknya dilema preskripsi dalam interaksi dengan pasien tercermin pada respons I2, I5, dan I8, yang mengungkapkan tekanan dari ekspektasi pasien berbayar. Rumusan masalah ketiga mengenai mekanisme pengelolaan risiko dijelaskan oleh respons I3 dan I7, yang memperlihatkan strategi mitigasi mulai dari safety netting hingga kesadaran kritis terhadap kekosongan regulasi.

Ketidakpastian Klinis akibat Hilangnya Pemeriksaan Fisik

Sebagian besar informan menyatakan bahwa intuisi atau gestalt klinis mereka terhambat karena ketidakmampuan melakukan palpasi maupun auskultasi. Hambatan ini dirasakan paling tajam pada keluhan nyeri abdomen dan gangguan pernapasan, dua kategori keluhan yang sangat bergantung pada temuan fisik untuk menyingkirkan kondisi serius. Informan I1, I4, dan I6 menggambarkan situasi ketika mereka harus mengambil keputusan dengan data yang mereka sadari tidak lengkap, sehingga muncul keraguan yang persisten sepanjang konsultasi. I4 secara khusus menyoroti kasus pernapasan karena ketidakmampuan mendengar suara wheezing maupun ronki, dan mengakui bahwa ia masih sering merasa cemas dalam pengambilan keputusan.

Temuan ini mengonfirmasi argumen bahwa pemeriksaan fisik menyumbang isyarat diagnostik yang sulit digantikan kanal daring. Dalam kerangka Beauchamp dan Childress (2019), ketidakpastian klinis ini menempatkan prinsip non-maleficence pada posisi tertekan, karena dokter menyadari potensi cedera akibat keterbatasan data namun tetap dituntut memberikan layanan. Kesenjangan antara tuntutan layanan dan keterbatasan data inilah yang menjadi akar beban moral, sebagaimana lintasan yang dipetakan Maffoni dkk. (2021). Beban ini terasa lebih ekspresif pada dokter yang lebih muda, mengindikasikan bahwa pengalaman klinis turut memengaruhi cara seorang dokter mengelola ketidakpastian.

Dilema Preskripsi

Informan kerap merasa tertekan untuk memberikan resep guna memenuhi ekspektasi pasien yang telah membayar layanan, meskipun diagnosis belum sepenuhnya tegak. Tekanan ini menciptakan tarik-menarik antara keinginan memuaskan pasien sebagai wujud beneficence dengan kehati-hatian menghindari peresepan yang tidak terindikasi sebagai wujud non-maleficence. I2 mengartikulasikan tekanan ini secara langsung dan pragmatis melalui relasi antara ekspektasi pasien, kekecewaan, dan penilaian berupa bintang satu, sementara I5 sebagai spesialis anak mengangkat dilema yang sama pada tataran yang lebih klinis dengan menyoroti hilangnya kemampuan memeriksa membran timpani dan faring. I8 menempati posisi tengah, telah memiliki strategi personal namun tetap mengakui bahwa tekanan dari rating dan kecepatan belum sepenuhnya hilang.

Pengalaman ini selaras dengan bukti empiris bahwa telemedicine berkaitan dengan kecenderungan peresepan antibiotik yang lebih tinggi dan kesesuaian pedoman yang lebih rendah (Ray dkk., 2019; Suzuki dkk., 2021; Linder dkk., 2024). Mekanisme psikologis di baliknya, yakni kecemasan akan melewatkan infeksi, sebagaimana dijelaskan Livorsi dkk. (2015), tampak menguat dalam konteks telemedicine karena ketiadaan data pemeriksaan fisik. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya tata kelola antimikroba khusus telemedicine (Sine dkk., 2022) dan

relevansi penataan alur pereseapan elektronik di Indonesia (Sikki dkk., 2026c; Sikki dkk., 2026d).

Mekanisme Defensif

Untuk memitigasi risiko, informan cenderung memberikan edukasi yang sangat ketat dan meminta pasien segera menuju instalasi gawat darurat apabila gejala tidak membaik dalam rentang waktu tertentu, umumnya dalam dua puluh empat jam. I3 sebagai spesialis penyakit dalam mendeskripsikan mekanisme safety netting secara sistematis dan membingkainya sebagai kepatuhan terhadap standar profesi, sedangkan I7 sebagai spesialis paru membawa dimensi paling kritis dengan menyoroti kekosongan payung hukum bagi praktik dokter-pasien langsung. Perilaku ini dapat dibaca dalam dua lapis makna. Pada satu lapis, ia merupakan bentuk praktik medis defensif yang didorong kekhawatiran terhadap konsekuensi hukum, sebagaimana dijelaskan Katz (2019) dan Renkema dkk. (2019). Pada lapis lain, perilaku ini sejalan dengan kewajiban regulasi profesi di Indonesia yang menuntut dokter melakukan penilaian kelaikan pasien dan merujuk segera bila ditemukan kondisi kegawatdaruratan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020.

Pembacaan dua lapis ini penting karena membedakan konteks Indonesia dari literatur defensive medicine yang umumnya berlatar sistem hukum berbeda. Mekanisme defensif di sini bukan semata respons terhadap ancaman litigasi, melainkan juga bentuk kepatuhan terhadap norma profesi yang berlaku. Dengan demikian, mekanisme defensif berfungsi sebagai jembatan antara non-maleficence dan kepatuhan regulatif.

Pembahasan Integratif

Ketiga tema menunjukkan bahwa telemedicine, dalam praktiknya saat ini, masih lebih tepat dipandang sebagai alat penapisan ketimbang pengganti konsultasi tatap muka secara utuh. Hilangnya sentuhan medis yang menjadi sumber isyarat diagnostik membuat dokter beroperasi dalam zona ketidakpastian yang lebih luas, dan zona inilah yang melahirkan dilema etis sekaligus beban moral. Ketegangan inti antara beneficence dan non-maleficence tidak dapat diselesaikan secara individual oleh dokter, melainkan membutuhkan dukungan struktural berupa pedoman klinis spesifik, tata kelola pereseapan, dan kepastian hukum.

Konteks regulasi Indonesia turut memengaruhi beban moral yang dirasakan, sebagaimana ditegaskan secara eksplisit oleh I7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 memang telah mengatur penyelenggaraan telemedicine, tetapi lingkupnya terbatas pada layanan antarfasilitas pelayanan kesehatan dan belum secara langsung menjangkau layanan dokter kepada pasien melalui aplikasi konsumen. Payung hukum yang lebih luas baru hadir melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya Pasal 172, serta Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaannya, yang mencakup layanan antara fasilitas pelayanan kesehatan dengan masyarakat. Meski demikian, sejumlah peraturan teknis turunannya masih dalam penyusunan, sehingga praktik telemedicine dokter-pasien masih beroperasi pada kerangka yang terus berkembang. Fragmentasi dan transisi regulasi ini turut menjelaskan mengapa dokter merasakan ketidakpastian, tidak hanya secara klinis tetapi juga secara hukum.

SIMPULAN

Diagnosis tanpa pemeriksaan fisik dalam telemedicine menempatkan dokter pada risiko klinis dan beban moral yang tinggi. Ketidakpastian klinis akibat hilangnya palpasi dan auskultasi, tekanan preskripsi dari ekspektasi pasien, serta kebutuhan akan mekanisme defensif menunjukkan adanya batas etis yang rentan dilanggar demi kenyamanan prosedural. Inti persoalan adalah benturan antara beneficence dan non-maleficence yang tidak dapat diselesaikan dokter secara individual tanpa dukungan struktural.

Berdasarkan temuan tersebut, penelitian ini mengajukan beberapa rekomendasi. Bagi praktisi, dokter perlu lebih berani menahan diri dari persepan tertentu ketika data klinis dipandang tidak memadai, dan menjadikan penilaian kelaikan pasien sebagai langkah baku. Bagi pemerintah dan organisasi profesi, diperlukan penyusunan daftar tanda bahaya dan pedoman klinis spesifik per gejala yang tidak dianjurkan didiagnosis secara penuh melalui telemedicine, disertai kerangka tata kelola persepan yang jelas. Bagi pengembangan keilmuan, penelitian selanjutnya dapat menelaah dimensi hukum, termasuk tanggung jawab pidana dan perdata atas salah diagnosis pada layanan digital, serta memperluas cakupan partisipan untuk memperkuat keteralihan temuan.

Penelitian ini memiliki keterbatasan. Jumlah partisipan yang terbatas, meskipun dapat dipertanggungjawabkan melalui kerangka information power, memungkinkan tercapainya saturasi kode tanpa menjamin saturasi makna sepenuhnya (Hennink dkk., 2017). Selain itu, konteks yang spesifik membuat temuan perlu dibaca secara hati-hati ketika dialihkan ke setting lain. Keterbatasan ini sekaligus membuka ruang bagi penelitian lanjutan dengan cakupan dan kedalaman yang lebih luas.

Referensi :

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Brune, C., Agerholm, J., Burström, B., & Liljas, A. (2024). Experience of moral distress among doctors at emergency departments in Stockholm during the Covid-19 pandemic: A qualitative interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2300151. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2300151>
- Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J. E., & Skimming, K. (2017). Ethical practice in telehealth and telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), 1136–1140. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4082-2>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Katz, E. D. (2019). Defensive medicine: A case and review of its status and possible solutions. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 3(4), 329–332. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2019.9.43975>
- Keenan, A. J., Tsourtos, G., & Tieman, J. (2021). The value of applying ethical principles in telehealth practices: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3),

- e25698. <https://doi.org/10.2196/25698>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 890.
- Konsil Kedokteran Indonesia. (2020). Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 tentang Kewenangan Klinis dan Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) di Indonesia.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Linder, J. A., Persell, S. D., Kelley, M. A., et al. (2024). Antibiotic prescribing for acute respiratory infections during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Patterns in a nationwide telehealth service provider. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 45(6), 777–780. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.292>
- Livorsi, D., Comer, A., Matthias, M. S., Perencevich, E. N., & Bair, M. J. (2015). Factors influencing antibiotic-prescribing decisions among inpatient physicians: A qualitative investigation. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 36(9), 1065–1072. <https://doi.org/10.1017/ice.2015.136>
- Maffoni, M., Sommovigo, V., Giardini, A., Velutti, L., & Setti, I. (2021). Moral distress trajectories of physicians 1 year after the COVID-19 outbreak: A grounded theory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13367. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413367>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2024). Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Ray, K. N., Shi, Z., Gidengil, C. A., Poon, S. J., Uscher-Pines, L., & Mehrotra, A. (2019). Antibiotic prescribing during pediatric direct-to-consumer telemedicine visits. *Pediatrics*, 143(5), e20182491. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2491>
- Renkema, E., Broekhuis, M., & Ahaus, K. (2019). Triggers of defensive medical behaviours: A cross-sectional study among physicians in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(6), e025108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025108>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Sikki, N., Wulandari, D. P., Hidayat, G. R., Fallah, K., Yuzda, R., & Yuni, R. F. (2026a). Implementasi model e-business business to consumer dalam digitalisasi layanan kesehatan. *JATI (Jurnal Mahasiswa Teknik Informatika)*, 10(1), 1681–1685. <https://doi.org/10.36040/jati.v10i1.17162>
- Sikki, N., Qolbi, A. Y. S., Fanany, A. I., Farella, A. S., Wijaya, A., & Turnip, B. S. B. (2026c). Penerapan model e-business dalam sistem e-resep pada pelayanan kesehatan: Kajian literatur. *JATI (Jurnal Mahasiswa Teknik Informatika)*, 10(1), 1673–1680. <https://doi.org/10.36040/jati.v10i1.17121>
- Sikki, N., Widyastuti, T. S., Homayeni, D., Susilowati, M., et al. (2026b). Pengembangan model pelayanan perawatan luka kaki diabetik berbasis elektronik melalui home care (LUKAHOME). *PERMANA: Jurnal Perpajakan, Manajemen, dan Akuntansi*, 17(3), 2928–2938. <https://permana.upstegal.ac.id/index.php/permana/article/view/1397>
- Sine, K., Appaneal, H., Dosa, D., et al. (2022). Antimicrobial prescribing in the telehealth setting: Framework for stewardship during a period of rapid acceleration within

- primary care. *Clinical Infectious Diseases*, 75(12), 2260–2265. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac411>
- Solimini, R., Busardò, F. P., Gibelli, F., Sirignano, A., & Ricci, G. (2021). Ethical and legal challenges of telemedicine in the era of the COVID-19 pandemic. *Medicina*, 57(12), 1314. <https://doi.org/10.3390/medicina57121314>
- Suzuki, H., Marra, A. R., Hasegawa, S., et al. (2021). Outpatient antibiotic prescribing for common infections via telemedicine versus face-to-face visits: Systematic literature review and meta-analysis. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 1(1), e64. <https://doi.org/10.1017/ash.2021.179>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (2023). Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105.
- Utami, D., Amelia, S. R., Pratama, A. B., Gusvina, C., Sabila, P. S., & Sikki, N. (2026d). Analisis penggunaan e-resep untuk mengurangi waktu tunggu obat racikan pasien anak di rumah sakit. *JATI (Jurnal Mahasiswa Teknik Informatika)*, 10(1), 1743–1747. <https://doi.org/10.36040/jati.v10i1.17335>
- World Medical Association. (2018). WMA statement on the ethics of telemedicine (diadopsi pada Sidang Umum WMA ke-58, Kopenhagen, 2007; diamandemen pada Sidang Umum ke-69, Reykjavik, 2018; dicabut dan diarsipkan pada Sidang Umum ke-73, Berlin, 2022). <https://www.wma.net>