

## BIOETIKA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

**Gunawan Widjaja**

Senior Lecturer, Faculty of Law Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta

[widjaja\\_gunawan@yahoo.com](mailto:widjaja_gunawan@yahoo.com)

### **Abstract**

*Bioethics in public health provides a normative framework that guides health policies, programmes and practices to ensure they are not only technically effective, but also fair, humane and respectful of the rights and dignity of individuals and communities. The application of bioethical principles—autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice—demonstrates that public health interventions must balance collective interests with respect for the freedom and justice of every member of society. In the Indonesian context, these ethical dimensions are particularly important given the expansion of health programmes, the digitisation of data, and the emergence of issues such as pandemics and socio-economic inequalities. This literature review examines the concepts and principles of bioethics in public health, as well as their implementation in public health policies, programmes, and practices, including the challenges and recommendations for improvement. The findings highlight the need to strengthen regulations, ethics committees, bioethics education, and community participation to ensure that health development proceeds in an ethical, transparent, and equitable manner.*

**Keywords:** *bioethics, public health, bioethical principles, health policy, public health ethics.*

### **Abstrak**

Bioetika dalam kesehatan masyarakat merupakan kerangka normatif yang mengarahkan kebijakan, program, dan praktik kesehatan agar tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga adil, manusiawi, dan menghormati hak serta martabat individu dan komunitas. Penerapan prinsip-prinsip bioetika—autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice—menunjukkan bahwa intervensi kesehatan masyarakat harus menyeimbangkan kepentingan kolektif dengan penghormatan terhadap kebebasan dan keadilan bagi tiap anggota masyarakat. Dalam konteks Indonesia, dimensi etika ini menjadi penting seiring dengan perluasan program kesehatan, digitalisasi data, dan munculnya isu-isu seperti pandemi serta ketimpangan sosial-ekonomi. Kajian pustaka ini menelaah konsep dan prinsip-prinsip bioetika dalam kesehatan masyarakat, serta mengkaji implementasinya dalam kebijakan, program, dan praktik kesehatan masyarakat, termasuk tantangan dan rekomendasi perbaikan. Hasil kajian menunjukkan perlunya penguatan regulasi, komite etik, pendidikan bioetika, dan partisipasi masyarakat untuk memastikan bahwa pembangunan kesehatan berjalan secara etis, transparan, dan berkeadilan.

**Kata kunci:** *bioetika, kesehatan masyarakat, prinsip bioetika, kebijakan kesehatan, etika kesehatan Masyarakat.*

### **Pendahuluan**

Perkembangan sains dan teknologi di bidang kesehatan telah membawa perubahan fundamental dalam cara pelayanan kesehatan diberikan, baik pada level

individu maupun populasi (Beauchamp, 2003). Dalam konteks kesehatan masyarakat, intervensi kesehatan tidak lagi hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada pencegahan, promotif, dan protektif yang melibatkan regulasi, kebijakan, dan program berskala besar. Perluasan ruang lingkup ini membuka ruang bagi munculnya berbagai dilema etika yang tidak dapat diselesaikan semata-mata dengan pendekatan teknis atau ekonomi (Parment, 2003).

Dalam lanskap ini, bioetika berperan sebagai kerangka normatif yang membantu menganalisis isu-isu etis yang muncul dari praktik kedokteran, penelitian kesehatan, maupun kebijakan kesehatan masyarakat. Bioetika kesehatan masyarakat (public health bioethics) muncul sebagai cabang khusus yang menekankan pada tanggung jawab kolektif terhadap derajat kesehatan masyarakat, sekaligus mempertimbangkan hak dan kebebasan individu (Kessel, 2003). Pendekatan ini menuntut keseimbangan antara kepentingan publik dan privasi, antara perlindungan kesehatan dan kebebasan pribadi.

Di Indonesia, transformasi sistem kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan berbagai program pencegahan massal (misalnya imunisasi, surveilans penyakit menular, dan program kesehatan ibu-anak) telah memperluas ruang intervensi negara dalam kehidupan pribadi warga (A, 2021). Dalam konteks tersebut, isu-isu etis seperti keadilan distribusi layanan, keikutsertaan wajib, dan penggunaan data pribadi menjadi semakin relevan. Bioetika kesehatan masyarakat menjadi penting untuk memastikan bahwa kebijakan-kebijakan tersebut tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga adil dan menghormati otonomi (Kessel, 2003).

Prinsip-prinsip dasar bioetika—autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice—yang pertama kali diformulasikan oleh Beauchamp dan Childress dalam konteks bioetika klinis, kini dipandang sebagai landasan normatif yang juga relevan dalam konteks kesehatan masyarakat (Beauchamp, 2003). Dalam skala populasi, prinsip-prinsip ini menuntut reinterpretasi, misalnya otonomi individu tidak hanya dipahami dalam konteks informed consent pada pasien, tetapi juga dalam konteks partisipasi masyarakat, persetujuan sosial, dan transparansi kebijakan (Darmadipura et al., 2013).

Kebijakan kesehatan masyarakat, seperti program vaksinasi massal, pembatasan mobilitas selama pandemi, atau program patroli kesehatan, sering kali menimbulkan konflik antara kepentingan individu dan kepentingan kolektif (Lee, 2012). Misalnya, ketika negara mewajibkan pemberian vaksin untuk melindungi kekebalan kelompok, posisi individu yang menolak vaksin berdasarkan keyakinan atau informasi yang berbeda menjadi sangat dilematis. Dalam situasi seperti ini, bioetika kesehatan masyarakat berperan sebagai “compass” moral yang membantu pembuat kebijakan, peneliti, dan tenaga kesehatan menavigasi batas-batas legitimasi intervensi negara (Kessel, 2003).

Di sisi lain, kondisi ketimpangan sosial dan ekonomi di Indonesia memperuncing dimensi keadilan dalam kesehatan masyarakat (Dewanda et al., 2021). Akses terhadap

fasilitas kesehatan, layanan khusus, dan program pencegahan masih sangat dipengaruhi oleh status sosial, geografi, dan jenis kelamin. Dalam konteks ini, prinsip justice dalam bioetika tidak hanya berarti pemerataan biaya, tetapi juga pemerataan kesempatan, akses informasi, dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan kesehatan (Beauchamp, 2003).

Penelitian-penelitian terdahulu di Indonesia semakin menunjukkan bahwa dilema etika tidak hanya muncul pada level individu dalam praktik klinis, tetapi juga pada level kebijakan, program, dan riset kesehatan masyarakat (A, 2021). Misalnya, dalam penerapan prinsip bioetika dalam program JKN, penelitian menunjukkan bahwa praktisi kesehatan sering menghadapi kesulitan antara kewajiban untuk memberikan manfaat maksimal (beneficence) dan keterbatasan sumber daya, regulasi, serta tekanan administratif (Saridin, 2025). Hal ini menunjukkan bahwa dimensi bioetika kesehatan masyarakat tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial-politik dan ekonomi.

Lebih lanjut, peningkatan ketergantungan pada data kesehatan dan teknologi informasi membawa tantangan etis baru, seperti privasi, konfidensialitas, dan potensi eksploitasi data pribadi untuk kepentingan komersial atau politik (Lee, 2012). Dalam konteks kesehatan masyarakat, penggunaan data agregat untuk perencanaan, surveilans, dan evaluasi program tetap harus tunduk pada prinsip non-maleficence agar tidak menimbulkan diskriminasi, stigma, atau pelanggaran hak asasi manusia (Beauchamp, 2003). Oleh karena itu, regulasi dan protokol etik terhadap penggunaan data kesehatan publik menjadi sangat penting (Darmadipura et al., 2013). Sementara itu, dimensi pendidikan dan sosialisasi bioetika di kalangan mahasiswa dan tenaga kesehatan masih relatif terbatas, sehingga banyak praktisi kesehatan masyarakat tidak dilengkapi dengan kerangka konseptual yang memadai untuk mengenali dan menangani dilema etis secara sistematis (Dewanda et al., 2021). Hal ini menciptakan kesenjangan antara norma etika yang diidealkan dalam dokumen regulasi nasional dan praktik lapangan, di mana keputusan kerap diambil berdasarkan pragmatisme atau tekanan administratif (Saridin, 2025). Maka dengan itu, kajian tentang bioetika dalam kesehatan masyarakat menjadi penting untuk memperkuat landasan konseptual dan pedagogis bagi pengembangan kurikulum dan pelatihan.

Dengan demikian, artikel ini bertujuan untuk: (1) menguraikan konsep, sejarah, dan prinsip-prinsip dasar bioetika kesehatan masyarakat; dan (2) mengkaji penerapannya dalam kebijakan, program, dan praktik kesehatan masyarakat, termasuk tantangan, konflik, dan solusi yang diusulkan dalam literatur. Dengan demikian, artikel ini diharapkan dapat memberikan kontribusi konseptual dan praktis bagi peneliti, praktisi kesehatan masyarakat, maupun pembuat kebijakan, guna memperkuat dimensi etis dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara adil, inklusif, dan berkelanjutan.

## **Metode Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan dalam artikel ini adalah kajian pustaka (literature review) dengan pendekatan deskriptif-analitik. Penulis mengumpulkan berbagai sumber primer dan sekunder berupa jurnal ilmiah, buku teks, pedoman organisasi kesehatan, serta regulasi nasional yang relevan dengan tema bioetika dalam kesehatan masyarakat. Selanjutnya, data-literatur tersebut dianalisis secara tematik untuk mengidentifikasi konsep, prinsip, dan penerapan bioetika dalam konteks kebijakan dan praktik kesehatan masyarakat, serta menggambarkan kesenjangan dan rekomendasi yang disampaikan dalam literatur (Zed, 2008); (Eliyah & Aslan, 2025).

## **Hasil dan Pembahasan**

### **Prinsip-Prinsip Bioetika dalam Kesehatan Masyarakat**

Bioetika dalam kesehatan masyarakat adalah sebagai penerapan etika terhadap kebijakan, program, dan praktik yang bertujuan meningkatkan kesehatan populasi secara sistemik (Beauchamp, 2003). Dalam konteks ini, prinsip-prinsip bioetika tidak hanya berlaku pada hubungan individual dokter-pasien, tetapi juga pada interaksi antara negara, lembaga-lembaga kesehatan, dan masyarakat luas. Penerapan bioetika kesehatan masyarakat menuntut penyesuaian prinsip-prinsip dasar agar mampu menjawab dilema yang timbul dari kebijakan massal, seperti vaksinasi wajib, pengendalian penyakit menular, dan redistribusi sumber daya kesehatan (Lee, 2012).

Prinsip *autonomy* atau otonomi dalam bioetika kesehatan masyarakat didefinisikan luas sebagai penghormatan terhadap kemampuan individu dan komunitas untuk menentukan pilihan yang berdampak pada kesehatan mereka sendiri (Beauchamp, 2003). Dalam kesehatan masyarakat, prinsip ini tidak hanya terkait *informed consent* perorangan, tetapi juga partisipasi masyarakat dalam perencanaan program, persetujuan sosial terhadap kebijakan, dan hak atas informasi yang akurat mengenai risiko dan manfaat intervensi (Darmadipura et al., 2013). Namun, dalam konteks Indonesia, hambatan seperti rendahnya literasi kesehatan, disparitas pendidikan, dan dominasi birokrasi sering kali melemahkan makna otonomi pada level praktik.

Prinsip *beneficence* (kebaikan/berbuat baik) menekankan kewajiban moral untuk memberikan manfaat dan meningkatkan kesejahteraan kesehatan individu maupun populasi (Beauchamp, 2003). Dalam kesehatan masyarakat, *beneficence* diwujudkan melalui program promotif, preventif, dan protektif yang bertujuan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, memperbaiki kualitas hidup, serta melindungi kelompok rentan. Namun, dalam praktiknya, tenaga kesehatan sering dihadapkan pada dilema antara mendorong intervensi yang bermanfaat secara luas dan membatasi kebebasan pribadi, misalnya pada program vaksinasi massal atau pengawasan rumah penduduk selama pandemi (Gostin, 2000).

Prinsip non-maleficence (tidak merugikan) menuntut bahwa kebijakan dan program kesehatan masyarakat harus dirancang sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan bahaya, penderitaan, atau kerugian yang tidak perlu (Beauchamp, 2003). Dalam konteks populasi, prinsip ini mengharuskan perencanaan program untuk meminimalkan efek samping intervensi, risiko stigmatisasi, dan diskriminasi yang mungkin timbul dari surveilans, pelabelan status kesehatan, atau penggunaan data pribadi. Di Indonesia, tantangan utama muncul ketika kebijakan yang dianggap “untuk kebaikan bersama” seperti pembatasan aktivitas ekonomi selama pandemi, justru menimbulkan dampak sosial-ekonomi serius pada kelompok miskin (Dewanda et al., 2021).

Prinsip justice (keadilan) dalam bioetika kesehatan masyarakat mencakup aspek horizontal (perlakuan yang adil antar-individu) dan vertikal (keadilan struktural dan distribusi sumber daya). Dalam konteks Indonesia, keadilan kesehatan menuntut bahwa akses terhadap layanan kesehatan, vaksin, program gizi, dan upaya preventif harus didistribusikan secara adil tanpa memandang status sosial, wilayah, jenis kelamin, atau agama. Namun, penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan infrastruktur, tenaga kesehatan, dan alokasi anggaran tetap menciptakan kesenjangan layanan antar-daerah dan antar-kelompok sosial (Saridin, 2025).

Secara teoritis, prinsip-prinsip bioetika dalam kesehatan masyarakat saling terkait dan sering kali mengalami benturan (Beauchamp, 2003). Misalnya, suatu kebijakan vaksinasi massal yang menekankan beneficence dan justice (melindungi sebanyak mungkin orang dan mencegah ketimpangan) dapat menimbulkan konflik dengan prinsip autonomy jika masyarakat tidak merasa dilibatkan secara bermakna dalam proses pengambilan keputusan (Gostin, 2000). Dalam konteks demikian, kaidah etika memerlukan proses deliberatif dan dialog sosial untuk menegosiasikan bobot relatif tiap prinsip.

Penghargaan terhadap autonomy kolektif merupakan adaptasi penting dari prinsip otonomi dalam konteks kesehatan masyarakat. Otonomi kolektif tidak hanya menekankan hak individu untuk menolak vaksin atau intervensi tertentu, tetapi juga hak masyarakat untuk memperoleh informasi yang jelas, memahami dasar ilmiah suatu kebijakan, dan dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan. Di Indonesia, penerapan otonomi kolektif sering terbentur oleh budaya top-down dalam pengambilan kebijakan kesehatan dan kurangnya fasilitasi partisipasi publik yang terstruktur (Weeks, 2009).

Prinsip beneficence dalam skala populasi juga menuntut pemahaman bahwa “kebaikan” tidak hanya diukur dengan indikator klinis, tetapi juga dengan dampak sosial, ekonomi, dan psikologis (Parmet, 2003). Program kesehatan masyarakat yang baik secara klinis namun merusak kehidupan sosial-ekonomi masyarakat (misalnya larangan keluar rumah tanpa alternatif pendapatan) dapat dinilai secara etis sebagai tidak sepenuhnya beneficent. Dalam konteks ini, tenaga kesehatan dan pembuat

kebijakan dituntut untuk melakukan analisis risiko-manfaat secara komprehensif, termasuk perspektif masyarakat, bukan hanya ahli medis (Abbasi et al., 2018).

Prinsip non-maleficence di tingkat kesehatan masyarakat juga mencakup perlindungan terhadap hak asasi manusia dan integritas sosial. Intervensi yang mengharuskan pelaporan paksa, pengawasan ketat, atau pelabelan status kesehatan tertentu dapat menimbulkan risiko stigmatisasi, diskriminasi, dan pelanggaran privasi jika tidak dikontrol secara etis. Di Indonesia, hal ini menjadi relevan dalam penanganan HIV/AIDS, penyakit menular, dan program pengendalian narkoba, di mana ketegangan antara perlindungan kesehatan dan perlindungan reputasi sosial sering muncul (Weeks, 2009).

Prinsip justice dalam kesehatan masyarakat mencakup aspek distributive justice (distribusi sumber daya), procedural justice (keadilan prosedur), dan social justice (keadilan sosial) (Maccaro et al., 2024). Dalam konteks Indonesia, keadilan distributif menuntut strategi afirmatif untuk daerah tertinggal, kelompok miskin, perempuan, dan penyandang disabilitas agar tidak selalu menjadi “penonton” dalam program kesehatan. Keadilan prosedural menuntut transparansi, partisipasi, dan akuntabilitas dalam perencanaan program, sementara keadilan sosial menuntut intervensi lintas sektor untuk mengurangi ketimpangan struktural (Abbasi et al., 2018).

Dalam praktik kesehatan masyarakat, prinsip-prinsip bioetika sering kali tidak diterapkan secara seimbang, sehingga menimbulkan konflik internal di kalangan tenaga kesehatan. Misalnya, seorang petugas kesehatan mungkin sadar bahwa suatu kebijakan wajib vaksinasi dapat menimbulkan kecemasan dan ketidakpercayaan masyarakat, tetapi ia juga merasa berkewajiban melaksanakan program demi “kebaikan bersama” (Parmet, 2003). Dalam situasi demikian, komite etik, pedoman etik, dan pelatihan etika dapat membantu memperjelas batas-batas legitimasi intervensi dan memperkuat keputusan yang berbasis prinsip.

Penerapan prinsip bioetika dalam kesehatan masyarakat juga harus mempertimbangkan konteks budaya, agama, dan nilai lokal. Di Indonesia, konsep keadilan dan kebaikan dipahami melalui kerangka kearifan lokal, seperti nilai gotong royong, musyawarah, dan keadilan sosial dalam Pancasila (Weeks, 2009). Integrasi nilai-nilai lokal ini dengan prinsip-prinsip bioetika universal dapat memperkuat legitimasi sosial program kesehatan dan meningkatkan kepatuhan masyarakat terhadap kebijakan (Manurung et al., 2019).

Di sisi lain, kemajuan teknologi informasi dan bioteknologi memperluas ruang lingkup prinsip-prinsip bioetika dalam kesehatan masyarakat (Gostin, 2000). Penggunaan data kesehatan agregat, rekam medis elektronik, dan sistem informasi kesehatan masyarakat menuntut penguatan prinsip non-maleficence dan justice agar tidak menimbulkan eksploitasi data, profil risiko berlebihan, atau diskriminasi dalam akses layanan. Di Indonesia, regulasi seperti Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi perlu diselaraskan dengan prinsip bioetika untuk memastikan bahwa kemajuan

teknologi tidak mengorbankan martabat dan hak asasi manusia (Nurissama & Basrowi, 2025).

Secara keseluruhan, prinsip-prinsip bioetika dalam kesehatan masyarakat—autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice—harus dipahami sebagai satu kesatuan yang saling menguatkan, bukan sebagai daftar acak yang bisa diabaikan tergantung situasi. Penerapan berkelanjutan prinsip-prinsip ini di dalam kurikulum pendidikan kesehatan, pedoman program kesehatan masyarakat, serta mekanisme pengawasan etik dapat memperkuat integritas sektor kesehatan dan meningkatkan kepercayaan public. Dengan demikian, bioetika kesehatan masyarakat tidak hanya menjadi alat analisis normatif, tetapi juga menjadi landasan moral bagi seluruh upaya pembangunan kesehatan yang berkelanjutan dan manusiawi.

### **Implementasi Bioetika dalam Kebijakan dan Praktik Kesehatan Masyarakat**

Implementasi bioetika dalam kesehatan masyarakat tidak hanya berhenti pada rumusan teoritis, tetapi harus diwujudkan dalam kebijakan, program, dan praktik sehari-hari. Dalam konteks Indonesia, hal ini berarti bahwa setiap kebijakan kesehatan—mulai dari program vaksinasi, pengendalian penyakit menular, hingga kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)—perlu ditinjau dari perspektif etika (Manurung et al., 2019). Penerapan bioetika dalam kebijakan menuntut adanya keseimbangan antara efektivitas teknis, keadilan sosial, dan penghormatan terhadap otonomi serta hak asasi manusia.

Kebijakan kesehatan masyarakat, seperti program imunisasi massal dan pemberlakuan pembatasan sosial selama pandemi, menunjukkan bagaimana negara menggunakan kekuasaannya atas kehidupan warga untuk melindungi kesehatan populasi (Wiley & Gostin, 2025). Dalam konteks ini, prinsip beneficence menuntut bahwa intervensi dimaksudkan untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya, sementara prinsip non-maleficence menuntut bahwa dampak sosial-ekonomi dan psikologis terhadap masyarakat dipertimbangkan secara serius (Dickens, 2002). Studi-studi di Indonesia menunjukkan bahwa kebijakan pengendalian pandemi sering kali menimbulkan dilema etis antara keamanan kesehatan dan kebebasan ekonomi-sosial warga (Saridin, 2025).

Implementasi prinsip autonomy dalam kebijakan kesehatan masyarakat terlihat pada mekanisme partisipasi masyarakat, informasi publik, dan persetujuan sosial terhadap program tertentu. Di Indonesia, penerapan otonomi sering diuji pada program vaksinasi COVID-19, di mana persoalan informed consent, transparansi risiko, dan kebebasan memilih menjadi isu sentral (Nurissama & Basrowi, 2025). Kebijakan yang dianggap tidak transparan atau dipaksakan tanpa dialog sosial cenderung menimbulkan kecurigaan dan penolakan dari masyarakat, sehingga secara etis kebijakan tersebut dianggap lemah dalam menghormati autonomy (Abbasi et al., 2018).

Pada praktik lapangan, tenaga kesehatan masyarakat sering menjadi “ujung tombak” dalam menerjemahkan prinsip-prinsip bioetika ke dalam interaksi langsung dengan masyarakat. Petugas puskesmas, bidan desa, dan juru pemantau epidemiologi dituntut untuk menjaga kepercayaan masyarakat, menghormati kerahasiaan data, serta memberikan informasi yang jelas tanpa memaksa keputusan (Maccaro et al., 2024). Namun penelitian menunjukkan bahwa tekanan target program, beban administrasi, dan keterbatasan pelatihan etika sering membuat tenaga kesehatan kesulitan mengintegrasikan prinsip bioetika secara konsisten dalam praktik sehari-hari (Astuti, 2022).

Penerapan prinsip justice dalam kebijakan kesehatan masyarakat di Indonesia terlihat dalam upaya menjangkau kelompok rentan dan daerah tertinggal melalui program kesehatan dasar, JKN, dan inisiatif kesehatan ibu-anak (Nurissama & Basrowi, 2025). Namun, analisis beberapa penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih tinggi antara wilayah perkotaan dan pedesaan, serta antara kelompok masyarakat miskin dan mampu. Dalam konteks ini, implementasi keadilan tidak hanya berarti pemerataan fasilitas, tetapi juga redistribusi informasi, kapasitas, dan sumber daya politik untuk kelompok yang marginal (Abbasi et al., 2018).

Di sisi lain, prinsip non-maleficence dalam praktik kesehatan masyarakat menuntut adanya pencegahan terhadap stigmatisasi, diskriminasi, dan pelanggaran privasi yang dapat muncul dari cara pengelolaan data dan penyampaian informasi. Studi kasus penanganan penyakit menular seperti HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya di Indonesia menunjukkan bahwa pengungkapan status kesehatan tanpa konseling dan tanpa perlindungan yang memadai dapat menimbulkan kerugian sosial dan psikologis yang berat bagi individu dan keluarga (Yudiarti & Basrowi, 2024). Dalam konteks ini, penerapan prinsip non-maleficence menuntut protokol yang jelas tentang kerahasiaan data, hak atas informasi, dan pendampingan masyarakat terdampak (Maccaro et al., 2024).

Implementasi bioetika dalam kebijakan penelitian kesehatan masyarakat juga menjadi dimensi penting yang sering diabaikan dalam praktik (Wiley & Gostin, 2025). Pada penelitian populasi, seperti survei kesehatan masyarakat, pemeriksaan skrining, dan biobanking, prinsip autonomy harus diwujudkan dalam informed consent yang benar-benar bebas dan penuh informasi, bukan sekadar formulir administratif. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa masih banyak partisipan penelitian kesehatan yang tidak memahami sepenuhnya tujuan, risiko, dan hak mereka untuk menarik diri, sehingga menimbulkan potensi pelanggaran etika (Darmadipura et al., 2013).

Pada level kebijakan nasional, pemerintah Indonesia telah mengatur beberapa aspek bioetik melalui Undang-Undang Kesehatan, regulasi tentang penelitian kesehatan, dan pedoman etik kesehatan (Manurung et al., 2019). Namun, implementasi pedoman-pedoman tersebut masih terfragmentasi dan sering tidak diikuti oleh

mekanisme pengawasan independen, pelatihan etik, serta sanksi yang jelas terhadap pelanggaran. Kondisi ini membuat banyak program dan praktik kesehatan masyarakat menjadi “etis secara formal”, tetapi lemah dalam praktik riil (Holm, 2002).

Penerapan bioetika dalam praktik kesehatan masyarakat juga harus memperhatikan konteks budaya dan religius masyarakat Indonesia (Yudiarti & Basrowi, 2024). Misalnya, program kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit menular, atau imunisasi dapat mengalami penolakan jika tidak dikemas dengan mempertimbangkan keyakinan dan nilai lokal. Pada titik ini, implementasi etika menuntut pendekatan participatory dan dialogis, di mana para pemangku kepentingan lokal—tokoh agama, tokoh adat, tokoh perempuan—ikut terlibat dalam perumusan strategi komunikasi dan pelaksanaan program (Kessel, 2003).

Komite etik kesehatan masyarakat dan komite etik riset berperan penting dalam memastikan bahwa kebijakan dan program didesain dan dievaluasi secara etis (Wiley & Gostin, 2025). Di Indonesia, beberapa perguruan tinggi dan dinas kesehatan telah membentuk komite etik, tetapi cakupan dan kapasitasnya masih beragam, dengan banyak daerah yang belum memiliki mekanisme formal untuk meninjau dimensi etika suatu program kesehatan masyarakat (Astuti, 2022). Penguatan komite etik di semua tingkatan—pemerintah daerah, puskesmas, dan lembaga penelitian—menjadi kunci untuk mengintegrasikan bioetika dalam praktik kesehatan Masyarakat.

Penerapan prinsip bioetika dalam praktik kesehatan masyarakat juga terkait erat dengan isu patient safety dan quality improvement (Widyawati et al., 2025). Program pencegahan kesalahan medis, penguatan sistem laporan insiden, dan pemberian hak kompensasi bagi korban malpraktik dapat dilihat sebagai manifestasi dari prinsip beneficence dan non-maleficence dalam skala populasi. Namun, implementasi konsep patient safety di Indonesia masih terbatas pada rumah sakit rujukan dan belum merata di fasilitas kesehatan primer yang menjadi pintu masuk utama kesehatan masyarakat (Weeks, 2009).

Penggunaan data kesehatan dan teknologi digital semakin memperluas ruang penerapan bioetika dalam kebijakan kesehatan masyarakat. Sistem informasi kesehatan, aplikasi pelacakan kontak, dan rekam medis elektronik menuntut adanya kebijakan jelas tentang privasi, keamanan data, dan hak masyarakat untuk mengakses, memperbaiki, dan mengontrol data mereka sendiri. Di Indonesia, UU Perlindungan Data Pribadi dan regulasi kesehatan digital perlu diselaraskan dengan prinsip-prinsip bioetika agar tidak terjadi eksploitasi data untuk tujuan komersial maupun politis (Yudiarti & Basrowi, 2024).

Pendidikan dan pelatihan bioetika bagi tenaga kesehatan masyarakat, pembuat kebijakan, dan anggota komunitas merupakan komponen penting dalam implementasi bioetika di lapangan (Widyawati et al., 2025). Keterbatasan pemahaman etika di antara pelayanan kesehatan sering kali menyebabkan keputusan dilakukan berdasarkan kebiasaan dan tekanan organisasi, bukan pada prinsip moral. Oleh karena itu, integrasi

mata kuliah dan pelatihan bioetika kesehatan masyarakat dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan, manajemen kesehatan, dan ilmu kesehatan masyarakat menjadi krusial (Beauchamp, 2003).

Secara keseluruhan, implementasi bioetika dalam kebijakan dan praktik kesehatan masyarakat menuntut pendekatan holistik yang mengombinasikan regulasi, mekanisme pengawasan etik, penguatan kapasitas tenaga kesehatan, serta partisipasi masyarakat. Hanya dengan demikian, program kesehatan masyarakat dapat memenuhi standar tidak hanya efektif dan efisien, tetapi juga adil, humanis, dan menghormati martabat manusia. Penerapan bioetika yang konsisten dalam kebijakan dan praktik kesehatan masyarakat, baik di Indonesia maupun di tingkat global, menjadi prasyarat penting bagi pembangunan kesehatan yang berkelanjutan dan berkeadilan.

### **Kesimpulan**

Bioetika dalam kesehatan masyarakat berperan sebagai landasan moral yang mengarahkan kebijakan, program, dan praktik kesehatan agar tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga adil, manusiawi, dan menghormati hak serta martabat individu dan komunitas. Penerapan prinsip-prinsip bioetika—autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice—menunjukkan bahwa intervensi kesehatan masyarakat harus mempertimbangkan kepentingan kolektif sekaligus kebebasan dan keadilan bagi tiap anggota masyarakat. Dalam konteks Indonesia, dimensi etika ini menjadi semakin penting seiring dengan luasnya cakupan program kesehatan, digitalisasi data, dan munculnya isu-isu baru seperti pandemi dan ketimpangan sosial-ekonomi.

Implementasi bioetika dalam kebijakan dan praktik kesehatan masyarakat masih menghadapi tantangan, antara lain keterbatasan literasi etika, fragmentasi regulasi, beban administratif, serta dominasi pendekatan pragmatis dan top-down dalam pengambilan keputusan. Kondisi tersebut sering kali membuat dimensi bioetika hanya menjadi slogan formal, tanpa penerapan yang konsisten di lapangan. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan penguatan komite etik, integrasi pelatihan bioetika dalam pendidikan tenaga kesehatan, penguatan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi, serta mekanisme partisipatif yang melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan.

Dengan demikian, bioetika kesehatan masyarakat seharusnya tidak dipahami sekadar sebagai kerangka normatif teoretis, tetapi sebagai panduan operasional yang melekat dalam seluruh tahapan perumusan kebijakan, perencanaan program, dan praktik pelayanan kesehatan. Penerapan bioetika yang konsisten akan memperkuat kepercayaan publik, mencegah pelanggaran hak asasi manusia, dan menjamin bahwa pembangunan kesehatan benar-benar berorientasi pada martabat dan kesejahteraan manusia secara menyeluruh.

## References

- A, S. J. (2021). KAJIAN PENERAPAN ETIKA DOKTER PADA PEMBERIAN PELAYANAN KESEHATAN DI ERA PANDEMI COVID-19. *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, 9(1), 16–25. <https://doi.org/10.20961/hpe.v9i1.52592>
- Abbasi, M., Majdzadeh, R., Zali, A., Karimi, A., & Akrami, F. (2018). The evolution of public health ethics frameworks: Systematic review of moral values and norms in public health policy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 387–402. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9813-y>
- Astuti, A. T. (2022). *Persepsi Dokter Puskesmas Terhadap Implementasi Kaidah Dasar Bioetik di Layanan Primer Wilayah Bantul* [Thesis, Universitas Islam Indonesia]. <https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/53377>
- Beauchamp, T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 269–274. <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.269>
- Darmadipura, M. S., Syukriani, Y., Basbeth, F., Sachrowardi, Q., Fitrasanti, B. I., Abraham, J., Agni, I. A. W., Umiastuti, P., Dhanardhono, T., & Wirasuta, I. M. A. G. (2013). *Isu etik dalam penelitian di bidang kesehatan*. YARSI University. [https://www.academia.edu/download/35522855/Isu\\_Etik\\_Dalam\\_Penelitian\\_di\\_Bidang\\_Kesehatan-PreviewAcademia-libre.pdf](https://www.academia.edu/download/35522855/Isu_Etik_Dalam_Penelitian_di_Bidang_Kesehatan-PreviewAcademia-libre.pdf)
- Dewanda, R. A., Hidayat, T., & Suchitra, A. (2021). Perbedaan Tingkat Pengetahuan Kaidah Dasar Bioetika Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 2(2), 51–57. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v2i2.362>
- Dickens, B. M. (2002). A Tool for Teaching and Scholarship: A Review of Lawrence Gostin's Public Health Law: Power, Duty, Restraint. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 162–169. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00383.x>
- Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, 3(2), Article 2.
- Gostin, L. O. (2000). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. University of California Press.
- Holm, S. (2002). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn.: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, £19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9. *Journal of Medical Ethics*, 28(5), 332–332. <https://doi.org/10.1136/jme.28.5.332-a>
- Kessel, A. S. (2003). Public health ethics: Teaching survey and critical review. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1439–1445. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00140-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00140-5)
- Lee, L. M. (2012). Public Health Ethics Theory: Review and Path to Convergence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(1), 85–98. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2012.00648.x>
- Maccaro, A., Stokes, K., Statham, L., He, L., Williams, A., Pecchia, L., & Piaggio, D. (2024). Clearing the Fog: A Scoping Literature Review on the Ethical Issues Surrounding Artificial Intelligence-Based Medical Devices. *Journal of Personalized Medicine*, 14(5). <https://doi.org/10.3390/jpm14050443>
- Manurung, W. F., sari, merry indah, Aries, R., & oktaria, dwita. (2019). Hubungan Pengetahuan Kaidah Dasar Bioetika dan Sikap Penilaian Moral pada Mahasiswa

- Pre-Klinik dan Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. *MAJORITY*, 8(1), 25–29.
- Nurissama, E., & Basrowi, R. W. (2025). A Literature Review: Potential Ethical Risk in Mental Health Research at Workplace Setting. *The Indonesian Journal of Community and Occupational Medicine*, 4(3), 104–108. <https://doi.org/10.53773/ijcom.v4i3.133.104-8>
- Parmet, W. E. (2003). [Review of Review of Public Health Law: Power, Duty, Restraint, by L. O. Gostin]. *Journal of Public Health Policy*, 24(3/4), 460–466. <https://doi.org/10.2307/3343388>
- Saridin, I. I. (2025). Penerapan Prinsip Bioetika dalam Praktik Kedokteran dan Pengambilan Keputusan Klinis Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Yogyakarta [Universitas Gadjah Mada]. <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/252431>
- Weeks, E. (2009). *Public Health Law for a Brave New World*; Book Review: Lawrence O. Gostin, *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (SSRN Scholarly Paper No. 1334762). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=1334762>
- Widayati, A. M. J., Legowo, M. I., & Purnomo, H. (2025). The Validity of Electronic Agreements in the Perspective of Indonesian Civil Law. *International Journal of Health, Economics, and Social Sciences (IJHESS)*, 7(2), 749–753. <https://doi.org/10.56338/ijhess.v7i2.7218>
- Wiley, L. F., & Gostin, L. O. (2025). *Public Health Law and Ethics: Power, Duty, Restraint*. Univ of California Press.
- Yudiarti, B. E. S., & Basrowi, R. W. (2024). Informed Consent in Mental Health Research at Workplace. *The Indonesian Journal of Community and Occupational Medicine*, 4(1), 36–44. <https://doi.org/10.53773/ijcom.v4i1.135.36-44>
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.