ETIKOLEGAL
DALAM PELAYANAN
KESEHATAN

PROF. Dr. H. INDAR, SH, MPH

ETIKOLEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN

PUSTAKA PELAJAR

ETIKOLEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Penulis
PROF. Dr. H. INDAR, SH, MPH

Rancang Cover
Wisnu

Tata Aksara
Dimaswids

Cetakan I, November 2017

Penerbit
Pustaka Pelajar
(Anggota IKAPI)
Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167
Telp. 0274 381542, Faks. 0274 383083
E-mail: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN: 978-602-229-817-5

KATA PENGANTAR

Prof. Dr. H. INDAR, SH, MPH

Dengan rahmat Allah SWT, Buku Etikolegal Dalam Pelayanan Kesehatan ini telah disusun sebagai salah upaya membantu mahasiswa terutama bagi mereka yang mengambil maata kulaih yang berkaitan dengan etika dan hukum terutama Mata Kuliah Etika dan Hukum Kesehatan, Etika dan Hukum Keperawatan, Etikolegal Dalam Pelayanan Kebidanan Filsafat dan Hukum Kesehatan dan Sistem Informasi Kesehatan baik FKM Universitas Hasanuddin termasuk untuk mahasiswa FKM PTS dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK, STIKES), serta Perguruan Tinggi Kesehatan lainnya.

Sesungguhnya penyusunan dan penerbitan buku ini juga dapat digunakan oleh kalangan terutama bagi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya sebagai rujukan dalam menjalankan tugasnya di bidang pelayanan kesehatan. Sebagai suatu rujukan buku ini memuat sebagian besar bahasan pokok dari Etika dan Hukum Kesehatan. Walaupun demikian diupayakan dalam kurun waktu yang tidak lama, paling tidak pada setiap edisi penerbitannya dapat direvisi sesuai dengan perkembangan Etika dan Hukum Kesehatan guna melengkapi penyusunannya.

Bertolak dari hal tersebut di atas penyusun menyadari sepenuhnya bahwa buku ini memerlukan penyempurnaan. Karena itu dengan dengan segala kerenfahan hati penyusun mengharapkan kritik dan saran yang tentunya bersifat konstruktif demi kesempurnaan buku ini.

Terlepas dari segala kekurangannya, semoga kehadiran buku ini dapat bermanfaat terutama dalam menambah khasanah perpustakaan Etika dan Hukum Kesehatan.

Akhirnya, penyusun menghaturkan banyak terima kasih kepada semua pihak terutama kepada isteri dan anak-anakku yang telah membantu baik moril maupun materiil mulai dari penyusunan sampai ke penerbitan buku ini. semoga Allah Subhanahu Wataala memberikan imbalan yang setimpal. Amin!.

Makassar, Agustus 2017
Penyusun

SAMBUTAN

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR

Dengan Rahmat Allah Ta'ala, Buku Etikolegal Dalam Pelayanan Kesehatan yang disusun oleh pengasuh Mata Kuliah Etika dan Hukum Kesehatan pada FKM Universitas Hasanuddin, telah rampung.

Penerbitan buku ini sangat dibutuhkan bukan saja oleh mahasiswa kesehatan, tetapi juga kalangan tenaga kesehatan baik yang bertugas di bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit dan Puskesmas, maupun yang berpraktik swasta. Dengan demikian buku Etikolegal Dalam Pelayanan Kesehatan ini dapat menjadi referensi utama bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran, Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Sekolah Tinggi Kesehatan, bahkan mahasiswa Fakultas Hukum dan pemerhati masalah hukum kesehatan.

Penyusun buku ini memiliki pengalaman yang cukup panjang dalam memberikan kuliah Etika dan Hukum Kesehatan bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, baik pada strata satu (S1) maupun pada Program Etika dan Hukum Pascasarjana di Universitas Hasanuddin, serta beberapa perguruan tinggi lainnya di Makassar.

Buku ini disusun sesuai dengan Kurikulum Inti Pendidikan Kesehatan di Indonesia. Karena itu kehadiran buku ini diharapkan dapat menambah khasanah perpustakaan hukum, khususnya di bidang hukum kesehatan. Di samping itu dengan terbitnya buku ini akan memberi arti bukan saja menunjang proses belajar mengajar tetapi sekaligus dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di berbegai fasilitas pelayanan kesehatan.

Akhirnya, kami sampaikan penghargaan sebesar-besarnya kepada penyusun atas kerja kerasnya mewujudkan penerbitan buku ini. Harapan kami kiranya buku ini dapat bermanfaat terutama dalam mengisi kebutuhan kepustakaan Etika dan Hukum Kesehatan.

Makassar, 7 Agustus 2017
Dekan FKM Unhas.

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR
PROF. DR. H. INDAR, SH, MPH — V

SAMBUTAN
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR — VII

DAFTAR ISI — IX

BAGIAN 1
PELAYANAN KESEHATAN — 1

BAB I
PENDAHULUAN — 3

A. Latar Belakang — 3
B. Relevansi Etika dan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan — 5

BAB II
DIMENSI PELAYANAN KESEHATAN — 10

A. Pengertian Pelayanan Kesehatan — 10
B. Sistem Pelayanan Kesehatan — 12
C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan — 15

1. Tersedia dan berkesinambungan — 15
2. Dapat diterima dan wajar — 15
3. Mudah dicapai — 16
4. Terjangkau — 16
5. Bermutu — 16

D. Standar Pelayanan Kesehatan — 17
E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan — 19
1. Undang-Undang Dasar 1945 — 19
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan — 21
3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentangTenaga Kesehatan — 24
4. Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran — 25
5. Kepmenkes RI No. 032/Birhup/ 1972 tentang Referral System — 27
6. Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional — 29
7. Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis — 29

F. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan — 30

BAB III

PRINSIP ETIK DAN MORAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 31

A. Konsep Dasar Etik — 31
B. Pengertian Etika — 33
C. Pengertian Moral — 42
D. Etika dan Moral Dalam Pelayanan Kesehatan 46

BAGIAN 2
PROFESI DAN KODE ETIK KESEHATAN — 55

BAB IV

PROFESI — 57

A. Pengertian — 57
B. Ciri-Ciri Profesi — 58

BAB V
KODE ETIK PROFESI — 63

A. Pengertian Kode Etik 63
B. Tujuan Kode Etik Profesi 65

BAB VI
ETIKA DAN KODE ETIK KESEHATAN — 68

A. Etika dan Kode Etik Kedokteran — 68
    1. Dasar Hukum Praktik Kedokteran — 68
    2. Etika Kedokteran — 74
    3. Kode Etik Kedokteran Indonesia — 81
    4. Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) Indonesia — 84
    5. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) — 86
    6. Standar Profesi Medik — 89
B. Etika dan Kode Etik Keperawatan 91
    1. Etika Keperawatan — 91
    2. Pendekatan Praktik Keperawatan — 94
    3. Prinsip-Prinsip Etika Keperawatan — 97
    4. Kode Etik Keperawatan — 101
    5. Standar Asuhan Keperawatan — 105
    6. Standar Dokumentasi Keperawatan — 116
    7. Konsil Keperawatan — 124
C. Etika dan Kode Etik Kebidanan — 126
    1. Pelayanan kebidanan — 126
    2. Nilai Personal dan Profesional Dalam Pelayanan Kebidanan — 127
    3. Etika Kebidanan — 135
    4. Kode Etik Kebidanan — 138
    5. Standar Asuhan Kebidanan — 146

6. Standar Pelayanan Kebidanan — 149
7. Standar Pelayanan Kebidanan — 152
8. Isu Etik dan Moral Dalam Pelayanan Kebidanan — 157
9. Teori Pengambilan Keputusan Dalam Pelayanan Kebidanan — 168
10. Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) — 171

D. Etika dan Kode Etik Perumahsakitan — 176
1. Pendahuluan — 176
2. Etika rumah sakit — 177
3. Komite Medik — 181
4. Panitia Etika Rumah Sakit (PERS) — 182
5. Kode Etik Rumah Sakit — 183

BAGIAN 3
ASPEK HUKUM PELAYANAN KESEHATAN — 187

BAB VII
HUKUM SEBAGAI KAIDAH SOSIAL — 189

A. Pendahuluan — 189
B. Hukum Positif Indonesia — 190
1. Pengertian 190
2. Tujuan Hukum193
3. Asas dan Hirarkhi Peraturan Perundang-undangan — 196
4. Bentuk dan Jenis Hukum — 200

BAB VIII
HUKUM KESEHATAN — 205

A. Pengertian Hukum Kesehatan *(Health Law)* — 205
B. Ruang lIngkup Hukum Kesehatan — 207
C. Sumber Hukum Kesehatan — 209
D. Jenis Hukum Dalam Hukum Kesehatan — 211

BAB IX
HUKUM KEDOKTERAN — 222

A. Pengertian Hukum Kedokteran — 222
B. Hubungan antara Pasien dan dokter — 228
C. Kedokteran Forensik — 232

BAB X
HUKUM KEPERAWATAN —236

A. Pendahuluan — 236
B. Paradigma Lama Tugas Keperawatan — 238
C. Paradigma Baru Tugas Keperawatan — 239
D. Tenaga Keperawatan Dalam Peraturan Perundang-undangan — 241
E. Dasar Hukum Praktik Keperawatan — 251
F. Hubungan Perawat dengan Pasien/Klien — 257

BAB XI
HUKUM KEBIDANAN — 261

A. Pendahuluan — 261
B. Hukum Dalam Praktik Kebidanan — 261
C. Legislasi Praktik Kebidanan — 270

BAB XII.
HUKUM PERUMAHSAKITAN — 278

A. Pendahuluan — 278
B. Tanggung jawab Hukum Rumah Sakit — 280
C. Hospital Bylaw — 302

BAGIAN 4
INFORMASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 307

BAB XIII
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN *(INFORMED CONSENT)* — 309

A. Pendahuluan — 309

B. Hak Atas Informasi Kesehatan — 310
C. Persetujuan Tindakan Kedokteran *(Informed Consent)* — 313
1. Sejarah Perkembangan — 313
2. Dasar Hukum Persetujuan Tindakan Kedokteran — 316
3. Pemberian Informasi — 324
4. Pemberian Persetujuan Pasien — 330
5. Tanggung Jawab *(Liability)* — 332

BAB XIV
RAHASIA MEDIK — 338

A. Pendahuluan — 338
B. Ruang Lingkup Rahasia Medik — 339
C. Dasar Hukum Rahasia Medik — 342
1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 — 342
2. Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit — 342
3. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran — 342
4. Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter — 343
5. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) — 344
F. Surat Keterangan Medik — 351

BAB XV
REKAM MEDIK *(MEDICAL RECORD)* — 355

A. Pendahuluan — 355
B. Sejarah Perkembangan Rekam Medik — 356
C. Tujuan dan Kegunaan Rekam medik — 358
D. Dasar Hukum Rekam Medik — 361
E. Aspek Hukum Dokumentasi Rekam Medik — 366

BAGIAN 5
SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN — 369

BAB XVI
PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 371

A. Pengertian Perlindungan Hukum — 371
B. Bentuk Perlindungan Hukum — 373

BAB XVII
PENEGAKAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN — 381

A. Pengertian Penegakan Hukum — 381
B. Klasifikasi Penegakan Hukum — 382
C. Faktor Mempengaruhi Penegakan Hukum — 384

BAB XVIII
SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN — 387

A. Pendahuluan — 387
B. Pengertian Sengketa — 390
C. Sengketa Pelayanaan Kesehatan — 390
D. Alternatif Penyelesaian Sengketa — 391
E. Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan Melalui Mediasi — 396
    1. Latar Belakang — 396
    2. Pelayanan Kesehatan Berbasis Upaya Maksimal (Inspanning Verbintennis) — 400
    3. Mediasi dan Budaya Luhur Bangsa Indonesia — 402
    4. Mediasi Dalam Penyelesaian Sengketa Kesehatan — 403
    5. Mediasi Sebagai bagian Upaya Menuju Masyarakat Sejahtera — 405

DAFTAR PUSTAKA — 407

INDEKS — 413

BIOGRAFI — 419

BAGIAN 1

PELAYANAN KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Etika dan hukum dalam pelayanan kesehatan sangat penting bagi mahasiswa maupun tenaga kesehatan, guna mengetahui tentang etika, moral,dan hukum sertapenerapannya dalam mempelajari maupun dalam menjalankan tugas pada fasilitas pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan akan terlindung dari tuntutan pelanggaran etik ataupun moral, maupun pelanggaran hukum yang sedang berkembang di hadapan public jika dalam melakukan praktiknya senantiasa sesuai dengan kaidah-kaidah etik, moral dan hukum. Dengan demikian dalam pelayanan kesehatan, seorang dokter, dokter gigi, pearawat maupun bidan harus menyikapi dan mengambil keputusan yang tepat untuk bahan tindakan sesuai dengan kompetensi, standar asuhan dan kewenangan yang didasarkan pada prinsip etik, moral, dan hukum.

Dalam pengkajian dan pembahasan tentang etika kesehatan, terkadang etika diidentikkan dengan moral, walaupun sebenamya terdapat perbedaan dalam aplikasinya. Etika dipakai sebagai kajian terhadap sistem nilai yang berlaku, sedangkan moral lebih menunjuk pads perbuatan yang sedang dinilai. Etika, bahkan sering disebut *filsafat moral* yakni bagian dari filsafat sistematis yang membahas dan mengkaji nilai baik buruk tindakan manusia, serta menyoroti

kewajiban-kewajiban manusia dalam melakukan tindakan.

Etika sebagai falsafah moral berkaitan dan mengenai apa yang dianggap baik atau buruk di masyarakat dalam kurun waktu tertentu, sesuai dengan perubahan atau perkembangan norma atau nilai pada masyarakat tersebut. Dikatakan kurun waktu tertentu karena etik dan moral bisa berubah dengan lewatnya waktu. Perbuatan yang dilakukan sesuai dengan norma etik atau norma moral maka akan memperoleh pujian sebagai imbalannya, namun perbuatan yang melanggar norma etik ataau norma moral, maka si pelaku akan memperoleh celaan sebagai sanksinya.

Dibandingkan dengan kaidah hukum, kaidah etik selalu mengandung kewajiban terhadap orang yang dilayani yang apabila tidak dilaksanakan akan mendapat ganjaran sebagai sanksi, sementara kaidah hukum, kewajiban merupakan beban yang harus dilakukan agar hak yang dimiliki dapat terwujud. Apabila kewajiban ini tidak dipenuhi akan melahirkan sanksi. Karena itu kewajiban menjadi alat pemaksa agar melakukan apa yang menjadi bebannya.

Pada era globalisasi sekarang ini kaidah etik perlu dipertahankan karena tanpa etik dan tanpa diperkuat oleh hukum, manusia yang satu dapat dianggap sebagai saingan oleh sesama yang lain. Bidang pelayanan kesehatan mesti harus dilandasi dengan kaidah etik dan hukum sebagai akibat timbulnya nafsu keserakahan manusia yang pada akhirnya melahirkan konflik baik antar pasien dengan tenaga kesehatan maupun antar sesama tenaga kesehatan lainnya.

Tanpa kaidah etik yang mengekang tindakan pelayanan kesehatan maka pihak yang satu bisa tidak segan untuk mewujudkan kepentingannya terhadap pihak yang lain bahkan dengan segala cara digunakan sekadar dapat tercapai tujuan.

Derasnya arus globalisasi yang semakin mempengaruhi kehidupan sosial masyarakat dunia, juga mempengaruhi munculnya penyimpangan etik sebagai akibat kemajuan ilmu pengetahuan, teknolog dan senii yang menimbulkan konflik terhadap nilai. Arus

"modernisasi" ini jika tidak dibendung, pasti akan mempengaruhi pelayanan kesehatan.

Pengetahuan etika sangat penting dalam pelayanan kesehatan sehingga seorang tenaga kesehatan akan terlindung dari kegiatan pelanggaran etik ataupun pelanggaran moral yang sedang berkembang di hadapan masyarakat. Dalam kaitan inilah seorang tenaga kesehatan sebagai provider kesehatan harus kompeten dalam menyikapi dan mengambil keputusan yang tepat untuk bahan tindakan sesuai standar medik, standar asuhan dan kewenangan seorang tenaga kesehatan.

Sebagai seorang tenaga kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, harus melakukan tindakan dalam praktik pelayanan kesehatan secara etis, serta harus memiliki etika profesi yang sesuai dengan nilai-nilai keyakinan filosofi profesi dan masyarakat. Selain itu tenaga kesehatan juga berperan dalam memberikan pelayanan yang aman, memastikan bahwa tenaga kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih.

Hal yang dilematis terjadi ketika kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan meningkat, baik pelayanan medik, keperawatan maupun pelayanan bidan, tidak dibarengi oleh keahlian dan keterampilan tenaga kesehatan untuk membentuk suatu mekanisme kerja pelayanan yang baik. Tidak jarang dijumpai pelayanan kesehatan dengan seadanya, lamban dengan disertai adanya pemungutan biaya yang mahal. Oleh karena itu, diperlukan penegakan hukum terhadap pelanggaran kode etik kesehatan.

B. Relevansi Etika dan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan

Perlu dikemukakan di sini hubungan antara hukum kesehatan dengan etika kesehatan dan dengan etika kedokteran. Hukum Kesehatan jauh lebih luas daripada Etika Kesehatan dan Etika Kedokteran.

1. Bila ada ketentuan dalam hukum kesehatan yang sekiranya

dirasakan bertentangan dengan etika kesehatan maka ketentuan hukum kesehatan tetap berlaku dan aturan etika kesehatan dikesampingkan karena ketentuan hukum berlaku dan menyangkut secara umum *(algemeen binded)*. Contoh: Penduduk desa menilai baik jika ada mantri kesehatan sewaktu-waktu mereka yang sakit dengan memberikan suntikan tanpa kehadiran dokter untuk memberikan petunjuk atau mengadakan pengawasan (ini termasuk nilai Etika Kesehatan), tetapi ada ketentuan Hukum Kesehatan yang tidak membenarkan hal ini.

2. Ketentuan Hukum Kesehatan juga dapat mengesampingkan Etika Kedokteran. Contoh: Para dokter/dokter gigi pada Rahasia Kedokteran (ini termasuk nilai Etika Kedokteran), tetapi dalam hal yang telah diatur dengan dengan peraturan perundang-undangan mengenai penyakit menular, maka kewajiban rahasia kedokteran dikesampingkan.
3. Etika Kesehatan dapat mengesampingan aturan Etika Kedokteran karena Etika Kesehatan pengkhususan dari Etika Umum yang hidup di dalam masyarakat dan aturan Etika Kedokteran hanya berlaku untuk para dokter/dokter gigi . Mengenai hal dapat dilihat pada contoh berikut.
    a. Menurut nilai Etika Kedokteran maka seorang dokter tidak dibenarkan menonjolkan diri dengan memperkenalkan caranya melalui iklan media cetak atau media elektronik, kecuali dengan tujuan memberi penerangan kepada masyarakat melalui Rubrik Kesehatan dalam media tersebut, tapi masyarakat membenarkan dan menilai baik tiap tulisan dokter mengenai penyembuhan atau pencegahan suatu penyakit tertentu yang dapat dibaca diruang pembaca menulis (Nilai Etika kesehatan).
    b. Menurut nilai etika maupun ketentuan hukum maka dalam hal malapraktik yang didakwakan pada seorang dokter, maka dokter lain misalnya yang menjadi saksi

dalam perkara ini harus memberikan kesaksian secara jujur tanpa melindungi dengan menutup sesuatu yang memberatkan dokter terdakwa. Situasi ini menjadi dilematis bagi dokter sehubungan dengan kode etik kedokteran khususnya terhadap teman sejawatnya yang diperlakukan sebagaimana dia sendiri ingin diperlakukan.

Disamping hubungan-hubungan tersebut di atas antara etika dan hukum kesehatan terdapat beberapa perbedaan antara lain (Leneen dan Lamintang (1991):

1. Etika kesehatan merupakan suatu penerapan dari aturan-aturan etik yang sifatnya umum di dalam pelayanan kesehatan. Hukum kesehatan objeknya bukanlah semata-mata hukum yang berlaku, melainkan juga masalah pemikiran mengenai nilai-nilai dan norma-norma dari hak-hak dasar manusia, masalah pertimbangan nilai-nilai individual dan nilai-nilai kemasyarakatan.
2. Pandangan secara etis terhadap manusia itu seringkali ditentukan oleh kepercayaan dan pandangan hidup. Di dalam pandangan secara etis terdapat perbedaan-perbedaan yang besar. Hukum berlaku secara umum di dalam masyarakat, sedang etik itu mengingat akan adanya perbedaan-perbedaan besar didalamnya, maka ia tidak berlaku secara umum di dalam masyarakat.
3. Etik itu sebenarnya telah membuat norma-norma mengenai perilaku mempunyai sifat yang tidak mengikat dan membuat pelanggarannya tidak dituntut, sedang di dalam hukum, pelanggaran terhadap norma selalu dapat dituntut. Norma-norma yuridis itu merupakan norma-norma yang berlaku secara umum dan oleh karena itu sifatnya kadang-kadang setengah-setengah. Dengan demikian hukum memberikan tempat yang lebih luas bagi pendekatan yang sifatnya menyelesaikan masalah, dan bagi norma yang lebih tinggi, misalnya norma yang didasari dengan tekanan etis. Di sini kita melihat bahwa

etik itu mempunyai pengaruh yang lebih besar dari hukum.

Di Indonesia, hubungan antara tenaga kesehatan,dokter pada khususnya dengan pasien masih bersifat paternalistik. Tenaga kesehatan sebagai *"father knows best"* dan dilihat sebagai orang yang berbudi luhur, karena segala tindakannya dilandasi oleh lafal sumpah dan kode etik yang mengikatnya. Sehingga suatu kejadian yang tidak diinginkan, terjadi pada saat pengobatan berlangsung, pada umumnya oleh pasien diterima sebagai suatu musibah. Tenaga kesehatan seakan-akan memiliki kekebalan kharismatik (Herkutanto, 1995).

Karena itu, secara historis, sebelum tahun 1979, hanya pernah terjadi satu kasus gugatan yaitu terhadap dokter The F.L. pada akhir tahun lima puluhan atau permulaan tahun enam puluhan dituduh melanggar Pasal 304 KUHP jo Pasal 306 KUHP dan Pasal 359 KUHP jo Pasal 361 KUHP (Sidharta, 1990).

Namundengan perkembangan ilmu, pengetahuan, dan teknologi kesehatan serta semakin pesatnya penemuan-penemuan teknologi di bidang pelayanan kesehatan menunjukkan peningkatan palayanan kesehatan. Penggunaan alat Ultrasonograpfi (USG), Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan), dan Magnetic Resonance Imaging (MRI) telah membantu ketepatan diagnosa. Juga alat-alat kedokteran seperti respirator, heart lung machine yang dapat "mencegah" kematian seseorang secara teknis untuk beberapa hari, minggu, bahkan beberapa bulan, bukan lagi barang asing bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Seiring dengan kemajuan yang telah dicapai dalam bidang pelayanan kesehatan, hubungan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien secara perlahan-lahan mengalami pelbagai perubahan. Tingkat kesadaran masyarakat mengenai kesehatan semakain tinggi. Masyarakat menganggap bahwa tugas dokter dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya, bukan hanya menyembuhkan *(cure)* pasien, tetapi juga lebih ditekankan pada perawatan *(care)*.

Dalam pada itu, kesadaran hukum masyarakat semakin

meningkat, serta banyak peraturan yang diintrodusir untuk memberi perlindungan kepada pasien, sehingga pasien semakin mengetahui dan memahami hak-haknya dalam hubungannya dengan masalah kesehatan. Keberadaan peraturan di bidang kesehatan menjadi landasan guna mempertahankan hak jika terjadi penyimpangan atau pelanggaran atas hak tersebut *(defensive patient)*. Sedang bagi tenaga kesehatan perlu pula mengayomi dirinyanya baik dengan melakukan sesuatu tindakan dalam pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak diperlukan atau tanpa mengambil suatu tindakan yang seharusnya dilakukan *(defensive medicine)*, semata-mata hanya untuk menghindarin kemungkinan terjadinya tuntutan hukum baik dari pasien dan atau keluarganya.Kepercayaan masyarakat kepada pemberi pelayanan kesehatan khususnya dokter yang pada awalnya secara sosiologis kedudukannya lebih tinggi, karena itu perannya juga dianggap lebih penting, perlahan mulai ditinggalkan. Kepercayaan terhadap tenaga kesehatan bukan lagi tertuju secara pribadi, akan tetapi pada keampuhan ilmu, pengetahuan, dan teknologi kesehatan. ●

BAB II
DIMENSI PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatanadalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan peroorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Levey dan Loomba (1973).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan **kesehatan** perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Sesuai dengan batasan di atas, bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

1. Pengorganisasian **pelayanan**, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

2. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan **kesehatan**, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio**,** jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok **pelayanan** kedokteran *(medical services)* ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

Ditandai dengan cara pengorganisasian yang bersifat sen-iri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta utamanya adalah perseorangan dan keluarga. Untuk kedokteran, sudah jelas bahwa yang melayani adalah tenaga para dokter. Fokus utamanya adalah menyembuhkan penyakit dan sasaran utamanya adalah keluarga maupun individu (perseorangan). Biasanya jenis layanan ini kurang memperhatikan efisiensi dan tidak boleh menarik perhatian karena hal ini bertentangan dengan etika kedokteran. Dalam melayani pasien, dokter terikat undang-undang dan menjalankan fungsi perseorangan. Dokter hanya bertanggung jawab pada pasien dan tidak bisa memonopoli usaha kesehatan.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Sedangkan yang dimaksud dengan sistem kesehatan suatu kesatuan dari serangkaian usaha teratur yang terdiri atas berbagai komponen guna mencapai suatu tujuan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Sasaran utamanya pelayanan kesehatan masyarakat adalah masyarakat dan kelompok tertentu. Sementara itu untuk pelayanan kesehatan masyarakat, tenaga yang melayani adalah ahli kesehatan masyarakat. Fokus utamanya adalah untuk mencegah penyakit dan sasaran utamanya tentu adalah masyarakat secara menyeluruh.

Dalam melayani, para tenaga ahli biasanya mencari cara yang paling efektif dan efisien. Menarik perhatian masyarakat dan menjalankan fungsi dengan mengorganisirnya. Walaupun demikian, para tenaga pelaksana juga tetap mendapat dukungan peraturan perundang-undangan. Untuk memberikan layanan pada masyarakat, layanan harus selalu tersedia serta bersifat berkesinambungan (terus menerus) atau semua pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat tidak akan sulit ditemukan.

Selain itu dalam melayani masyarakat, pelayanan juga harus wajar, bisa diterima atau tidak bertentangan dengan kepercayaan dan keyakinan yang dijalankan di masyarakat setempat. Dari segi biaya, biayanya juga harus memperhatikan faktor kemampuan ekonomi warga setempat sehingga tidak akan membebani mereka dari segi finansial. Walaupun biayanya murah bukan berarti layanan yang diberikan boleh sembarangan karena pelayanan yang diberikan juga harus bermutu sesuai dengan kode etik dan standar yang sudah ditetapkan sebelumnya. Jika hal ini dilaksanakan, diharapkan dapat meningkatkan taraf kesehatan di masyarakat.

B. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang

setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam UUD 45.

Dalam pelayanan kesehatan juga mengenal akan tempat pelayanan kesehatan seperti halnya Rumah Sakit dan juga Puskesmas. Rumah sakit adalah sebagai suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan Fungsi Rumah Sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan:

1. Pelayanan medik.
2. Pelayanan penunjang medik.
3. Pelayanan rehabilitatif.
4. Pencegahan dan peningkatan kesehatan.
5. Sebagai tempat pendidikan dan pelatihan tenaga medik.

Pelayanan kesehatan lain adalah Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Tujuan puskesmas adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Sub sistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik. Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem— Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah

masukan sehingga mengasilkan sesuatu— (keluaran) yang direncanakan. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut. Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut.

Sebagai ilustrasi, di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah Dokter, perawat, obat-obatan,. Prosesnya: kegiatan pelayanan puskesmas, Outputnya adalah Pasien sembuh/tidak sembuh, dampaknya yaitu meningkatnya status kesehatan masyarakat, umpan baliknya yakni keluhan-keluhan pasien terhadaf pelayanan, lingkungannya, masyarakat dan instansi diluar puskemas tersebut.

Dalam pelaksanaannya pelayanan kesehatan sebagai realisasi dari upaya kesehatan bertujuan

1. Promotif yakni memelihara dan meningkatkan kesehatan.Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif yaitu pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit yang terdiri dari:
    a. Preventif primer, terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi,penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
    b. Preventive sekunder, terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara mengindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
    c. Preventif tersier yaitu pembuatan diagnose ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnose dan pengobatan Kuratif (penyembuhan penyakit).
    d. Rehabilitasi (pemulihan) berupa Usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera

atau penyalahgunaan.

Pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatannya.

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer). Diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehata seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu) Puskesmas Keliling (Pusling).
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder). Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer seperti Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier).Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder seperti Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996) suatu pelayanan kesehatan harus mempunyai persyaratan pokok, hal ini dimaksudkan persyaratan pokok itu dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (acceptable) serta bersifat berkesinambungan (sustainable). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar artinya pelayanan

kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan kenyakinan dan kepercayaan masyarakat. pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan kenyakinan, adat istiadat, kebudayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ke tiga adalah mudah dicapai (accessible) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Bila fasilitas ini mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat penggunaan dimasa lalu dan kecendrungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa yang akan datang.

4. Terjangkau

Syarat pokok keempat pelayanan yang baik adalah terjangkau (affordable) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal yang hanya dapat dinikmati oleh sebahagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan yang baik adalah bermutu (Quality) yaitu yang menunjukan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

D. Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan digunakanoleh tenaga kesehatan untuk memudahkan dalam melaksanakan tugas, meningkatkan ketrampilan, perlindungan hukum, penilaian, dan keseragaman.Oleh karena itu standar harus dipahami oleh semua tenaga kesehatan khususnya bagi tenaga keperawatan. Terdapat beberapa pengertian standar antara lain:

a. Tingkat *performance* atau keadaan yang dapat diterima seseorang yang berwenang dalam siatuasi tersebut atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat *performance* atau kondisi tersebut.
b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
c. Ukuran tau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
d. Menurut Royal College Nursing (CRN, 1986) A *standard is professionally agreed level of performance appropriate to the population adressed, which is observable, achievable, measurable, and desirable.*

Standar mengandung makna penting antara lain:

a. Menjelaskan apa yang harus dicapai
b. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai
c. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memenuhi beberapa hal penting yaitu:

a. Dapat diukur *(measurable)*
b. Dapat dipercaya *(realistic)*
c. Semestinya (*appropriate)*
d. Sesuai keinginan dan dapat diterima *(desirable and acceptable)*

Standar dalam pelayanan banyak macamnya. Jika ditinjau dari dari unsur pokok yang terdapat dalam pelayanan kesehatan, secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu (Azwar, 1996:52-53) sebagai berikut:

1. Standar Persyaratan Minimal (*Minimum Requirement Standard*) yang dibedakan atas tiga .macam yaitu
   a. Standar Masukan (*Standard of Input*)
      Merupakan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat diselenggarakannya pelayanan kesehatan yang bermutu. Di dalam standar ini unsur terpenting berupa tenaga pelaksana (*man power*), sarana (*facilities*), dan dana (*money*). Apabila standar masukan tidak dipenuhi, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan bermutu.
   b. Standar lingkungan *(Standard of Environment*).
      Standar lingkungan banyak macamnya, tetapi yang terpenting adalah Garis besar kebijakan (*policy*) yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya dan truktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.Sistem manajemen (*Management*) yang dianut oleh suatu sarana pelayanan.Standar lingkungan ini populer dengan sebutan standar organisasi dan manajemen (*Standard of organization and management*) Secara umum disebutkan apabila standar lingkungan tidak terpenuhi maka sulit diharapkan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu.
   c. Standar Proses *(Standard of proces*s)
      Proses yang dimaksudkan di sini dibedakan atas dua macam yaitu Tindakan medik *(Medical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan dan Tindakan nonmedik (*Nonmedical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.Standar proses yang dikenal pula dengan nama standar Tindakan (*Standard of conduct)*. Oleh karena baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka harus dapat diupayakan tersusunnya standar proses tersebut. Secara umum disebutkan apabila

standar proses tidak terpenuhi, maka sulit dikatakan suatu tindakan sesuai dengan standar.

2. Standar Penampilan Minimal (*Minimum Performance* Standard) yaitu: menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Oleh karena standar ini menunjuk pada unsur keluaran maka dimensi standar ini sangat luas. Namun karena pelayanan kesehatan pada hakikatnya diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien, yang apabila terpenuhi akan memuaskan pasien, maka dimensi yang dianut lebih diutamakan dari sudut pasien yaitu yang dapat menimbulkan rasa puas tersebut (*patient satisfaction*). Dalam hal ini dikenal dua aspek penampilan sebagai berikut:
   a. Penampilan aspek medik *(medical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medik.
   b. Penampilan aspek non medik (*nonmedical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan non medik.

   Kedua standar ini saling berhubungan dan mempengaruhi yang secara keseluruhan disebut dengan Standar Pelayanan Medik (*Standard of Medical Services).*

E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

1. Undang-Undang Dasar 1945

Sehubungan dengan pelayanan kesehatan, maka acuan kita yang pertama adalah kepedulian(concern) terhadap eksistensi negara kita sebagaimana disebutkan dalam UUD 1945 sebagai negara hukum. Karena konsekuensi logisnya adalah tidak ada satupun tindakan yang diperkenankan melanggar atau bertentangan dengan hukum yang berlaku. Hubungan profesional dalam bentuk pelayanan kesehatan pun tetap berada dalam lingkup pengertian ini.

Apabila dicermati UUD 1945 mulai dari pembukaan, pasal-pasal, batang tubuh, sampai dengan penjelasannya, memang tidak ada satu pasal pun yang secara langsung dan harfiah menyebutkan

"pelayanan kesehatan". Namun demikian, di dalam penjelasan UUD 1945 ada disebut perlunya negara penyelenggara kesejahteraan sosial yang dapat dianggap juga mencakup aspek kesehatan. Jika demikian, maka pelayanan kesehatan dapat dikatakan terpaut pada sila Perikemanusiaan dan sila Keadilan Sosial dari Pancasila.

Dalam penjelasan UUD 1945 ditegaskan pula Indonesia ialah negara yang berdasarkan hukum (rechtsstaat) tidak berdasarkan kekuasaan (machtsstaat). Selanjutnya dalam pembukaan UUD 1945 ditegaskan pula bahwa Negara melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mecapai tujuan di atas maka pemerintah melakukan berbagai upaya antara lain dengan apa yang disebut "pemeliharaan kesejahteraan umum". Pemeliharaan kesejahteraan umum yang oleh Lemaire (Gautama, 1983) disebut "Bestuurszorg" adalah bahwa pemerintah ditugaskan untuk menyelenggarakan kepentingan umum, umpamanya mengurus pendidikan, pemberantasan buta huruf, perumahan rakyat, **kesehatan rakyat** (korsif penulis). Demikian pelayanan kesehatan adalah salah satu usaha untuk memajukan kesejahteraan umum.

Dalam batang tubuh UUD 1945 sendiri, pasal 27 ayat (2) menyebutkan bahwa tiap-tiap warganegara berhak atas pekerjaan dan kehidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang dapat diartikan termasuk berhak atas pelayanan kesehatan yang memungkinkan ia hidup layak, di samping ia berhak atas pekerjaan yang layak pula.

Kemudian apabila menganggap bahwa pelayanan kesehatan sebagian dari penyelenggaraan kesejahteraan umum, maka pasal UUD 1945 mengandung prinsip demokrasi ekonomi yang secara analogi dapat dijadikan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pula. Karena itu seyogianya pelayanan kesehatan secara prinsip merupakan usaha bersama berdasarkan atas asas

kekeluargaan (pasal 33 ayat 1), secara prinsipil bahwa pelayanan kesehatan adalah penting bagi negara, karena menyangkut hajat hidup orang banyak, sehingga wajib diupayakan dan diatur oleh negara (pasal 33 ayat 2), juga secara prinsipil bahwa pelayanan kesehatan harus bertujuan untuk mencapai kesejahteraan umum sebesar-besarnya.

Bertolak dari ketentuan tersebut di atas, jelas bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum seyogianya berlandaskan kepada kepada pemberian perlindungan kepada pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan, maupun masyarakat pada umumnya sebagai "calon pasien".

2. Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 5 Undang-undang ini secara eksplisit menyatakan bahwa

1. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya diidang kesehatan.
2. Setiap orang mempuyai hak dalam memperoeh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau

Dalam Pasal 6 UUK ini menyatakan setiap berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Kemudian Pasal 7 menyatakan setiap orang berhak untuk memperoleh informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Serta Pasal 8 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentangdata kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya.

Menurut Verbene (Soekanto, 1990) dasarnya hak-hak asasi pribadi subjek hukum yaitu pasien mencakup:

1. Hak untuk hidup
2. Hak untuk mati secara wajar
3. Hak atas penghormatan terhadap integritas badaniah dan rohaniah
4. Hak atas tubuh sendiri

Dalam hubungan ini Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto (Soekanto,1990) mengemukakan adanya dua macam hak asasi yaitu hak asasi positif dan hak asasi negatif. Hak asasi positif berisikan kewenangan dasar yang sepenuhnya harus dijamin, seperti antara lain:

1. Hak untuk bekerja
2. Hak atas pelayanan kesehatan
3. Hak atas perumahan
4. Hak atas jaminan terhadap risiko keuangan, dalam kecelakaan kerja, pensiun, keadaan sakit, hari tua dan seterusnya.

Hak asasi positif merupakan perangkat hak-hak asasi manusia yang harus dilindungi terhadap segala macam gangguan yang datang dari luar terhadap

1. Pribadi dan kelompok
2. Pemerintah dan negara

Berdasarkan sistematik di atas, jelas bahwa hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak asasi positif. Artinya suatu hak atau kewenangan yang harus dijamin. Jaminan terhadap hak atas pelayanan sebagai yang dikemukakan oleh Lemaire sebelumnya yang merupakan hak asasi positif menurut penulis senapas dengan pasal 14 Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 di mana peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginyamerupakan tanggung jawab pemerintah.

Dalam penjelasan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tugas dan tanggung jawab pemerintah pada dasarnya adalah mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan ataupun sumber dayanya. Sumber daya kesehatan sebagai pendukung penyelenggaraan upayakesehatan yang tetap melaksanakan fungsi dan wewenang tanggung jawab sosialnya dengan pengertian bahwa sarana pelayanan kesehatan harus tetap memperhatikan semua golongan masyarakat terutama kepentingan golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Dengan perkataan lain pelayanan kesehatan dan sarana pelayanan harus

tersedia di seluruh wilayah sampai ke daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh masysarakat, termasuk fakir miskin, orang terlantar dan orang kurang mampu.

Dilihat dari sumber yang ada, maka tenaga kesehatan merupakan sumber daya yang paling penting yang berperan dalam pelayanan kesehatan. Adapun pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sebagai pelaksanaan suatu profesi yang merupakan pemberian pertolongan terhadap pasien, berdasarkan keahlian, keterampilan, dan ketelitian yang menimbulkan hubungan hukum.

Terdapat asas hukum yang melandasi hubungan hukum itu antara lain:

a. Asas legalitas, asas ini tersirat dari ketentuan pasal 23 UUK yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.
b. Asas keseimbangan tersimpul dalam pasal 15 UUK yang bermakna penyelenggaraan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual.
c. Asas tepat waktu terkandung dalam pasal 58 UUK yakni bahwa setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.
d. Asas itikad baik yakni merujuk ke pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik.Dengan asas ini dapat dikatakan bahwa dalam pelaksanaan kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya hendaknya mematuhi standar pelayanan kesehatan dan menghormati hak pasien sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 53 ayat (2) UUK.
e. Asas kejujuran bermakna bahwa kejujuran hendaknya melandasi segala kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya terutama untuk mematuhi standar pelayanan dan

penghormatan terhadap hak-hak pasien.

f. Asas kehati-hatian tersirat dari ketentuan pasal 54 ayat (1) UUK yakni bahwa dokter bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaiannya dalam melaksana-kan tugasnya.

g. Asas keterbukaan terkandung dalam pasal 8 UUK yang bermakna perlunya setiap orang memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dirumuskan dalam pasal 1 butir 3 peraturan ini yang menyatakan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Sejalan dengan ketentuan ini, dalam pasal 32 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang untuk itu. Selanjutnya dalam pasal 50 Tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Pengertian di atas menunjukkan otonomi yang sangat besar pada tenaga kesehatan yaitu hanya tenaga kesehatan sesuai kriteria di atas sajalah yang dapat melakukan tindakan dalam pelayanan kesehatan.Artinya bahwa bila ada pihak lain yang bukan profesinya melakukan tindakan tersebut dapat terkena sanksi pidana sesuai pasal 84 ayat 4 dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp. 100.000.000.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan maka tenaga kesehatan berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien.Standar profesi adalah pedoman yang dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalakan profesi secara baik.

Standar profesi kesehatan menurut Leenen dalam bukunya "Gezondheidszorgen Recht" mengatakan bahwa formula dari norma standar profesi tenaga kesehatan adalah bertindak secara sama dengan cara yang secara proposional wajar terhadap sasaran pengobatan tertentu (Ameln, 1989).

Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk:

a. Menghormati pasien.
b. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
c. Memberikan persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan .
d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
e. Membuat dan memelihara rekam medis.

Dalam hal tenaga kesehatan tersebut melanggar standar profesi maka yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin, di mana penentuan ada tidaknya kesalahan tersebut akan ditentukan oleh suatu majelis yang diatur dengan Keputusan Presiden No.56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan. (MDTK).

Bila dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, mengakibatkan terganggunya kesehatan, cacat atau kematian pasien tersebut, yang terjadi karena kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan, maka pasien dan atau keluarganya berhak atas tuntutan ganti rugi atas kejadian tersebut. Sebaliknya, perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan.

4. Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Persetujuan tindakan kedokteran digunakan ketika terjadi hubungan profesional antara dokter dengan pasiennya. Dengan persetujuan tindakan medik antara dokter dan pasien terjadi suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Perjanjian antara dokter dan pasien dalam persetujuan tindakan

medik adalah perjanjian daya upaya/usaha yang maksimial (inspanning verbitennis).

Dari perjanjian ini dokter harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya, mengerahkan segenap kemampuannya, keterampilannya, ilmu pengetahuannya untuk menyembuhkan pasien. doketr ahrus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar pelayanan medik. sebab penyimpangan dari standar berarti pelanggaran perjanjian.

Makna dari perjanjian ini adalah bahwa dokter harus mengambil alternatif untuk menunjuk dokter dan atau sarana kesehatan lainnya manakala ia merasa tidak mampu untuk melanjutkan upaya pengobatan dan perawatn pasien tersebut.

Permenkes No. 290 Tahun 2009 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 menyebutkan Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oelh pihak pasien dan atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

Selanjutnya pasal 2 Permenkes di atas menetapkan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien **harus** (koersif dari penulis)mendapat persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan dapat diberikan dalam bentuk lisan maupun tertulis. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditanda tangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan.

Dari ketentuan di atas, ternyata bahwa pada dasarnya persetujuan tindakan kedokteran merupakan prosedur dalam pelayanan kesehatan yang merupakan suatu keharusan untuk dilakukan. Dokter yang melakukan tindakan medik tanpa persetujuan dari pasien atau keluarganya dapat dikenakan sanksi administratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku misalnya dicabut izin maupun penutupan tempat praktiknya. Seorang dokter yang melakukan pembedahan terhadap pasien tanpa persetujuan pasien dapat dipersalahkan menurut hukum.. Berdasarkan pasal

351 ia dapat dituduh melakukan penganiayaan.

5. Kepmenkes RI No. 032/Birhup/ 1972 tentang Referral System

Konsep tentang rujukan secara historis peletak dasarnya seorang dokter Yunani pada abad V yang bernama Hipokrates dalam sumpahnya yang kemudian mengilhami banyak orang yang berakrya dalam bidang medis. Umpah itu berbunyi " …….. Saya tidak akan melakukan pembedahan pada seseorang yang menderita penyakit batu, tetapi saya akan menyarankan orang itu kepada yang ahli dalam kepandaian membedah" (Al Purwa Hadiwardoyo, 1989:11). Dari sumpah ini terlihat bahwa Hipokrates mempunyai semangat yang luhur dalam menjalankan profesinya sebagai dokter. Ia menjunjung nilai-nilai tinggi seperti kesucian dan kesopanan dalam melaksanakan tugas, **membatasi diri pada hal-hal yang dapat dilakukannya** (koersif dari penulis), penghormatan pada pribadi pasien yang tidak akan pernah disalahgunakan.

Ketentuan tentang rujukan pelayanan kesehatan mengatur mengenai pelimpahan tanggungjawb secara timbal balik mengenai masalah kesehatan baik di tingkat vertikal maupun horizontal dan tentang wilayah rujukan pelayanan kesehatan ditetapkan dalam pasal 5 sebagaiberikut:

(1). Balai Pengobatan BKIA dan Pos Kesehatan
   a. Balai Pengobatan, BKIA dan Pos Kesehatan adalah unit pelayanan kesehatan terkecil yang berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang pertama dan sederhana kepada masyarakat di desa.
   b. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya kepada unit Puskesmas atau Rumah Sakit.
   c. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengadakan follow up pengobatan atas penderitan yang dikirim kembali.

(2) Puskesmas
   a. Adalah unit Pelayanan Kesehatan yang berkewajiban

memberi pelayanan kesehatan pokok.

b. Puskesmas berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya ke Rumah Sakit.
c. Puskesmas berkewajiban untuk mengadakan *follow up* pengobatan atas penderita yang dikirim kembali.
d. Puskesmas berkewajiban memberi bimbingan teknis kepada Balai Pengobatan, BKIA, di dalam wilayahnya,

Ketentuan mengenai rujukan juga di atur dalam PermenkesRI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit Pasal 24 menetapkan sebagai berikut:

(1) Pelaksanaan rujuakan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari Puskesmas, Rumah Sakit Kelas D, Rumah Sakit Kelas C, Rumah Sakit Kelas B1, Rumah Sakit B2 sampai dengan Rumah Sakit Kelas A dan atau sebaliknya.
(2) Pembinaan rujukan kesehatan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari atas ke bawah di bidang perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.

Rujukan pelayanan kesehatan meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan. Dalam kaitan ini maka rumah sakit mempunyai fungsi sebagai penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan pemulihan bagi penderita. Sehubungan dengan masalah rujukan ini, ada baiknya dikemukakan pandangan Pozgar (1996:267) menyatakan:

> *"A physician has a duty to consult and or refer a patient whom he or she knows or should know needs referral to a physician familiar with and clinically capable to treat the patient's particular ailments. Whether the failure to refer constitutes negligence depends on whether referral is demanded by accepted standard of practice. To recover damages the patient must show that the physician deviated from the standard of care and that the failure to refer resulted in injury".*
>
> Selanjutnya *American Medical Association* (Pozgar, 1996:268) menyatakan:

" Physician should seek consultations on a patient's request when the physician is in doubt, in difficult cases, or when it appears that the quality of medical service thereby may be enhanced"

6. Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional

Menurut peraturan ini upaya kesehatan dilaksanakan dan dikembangkan berdasarkan suatu bentuk atau pola upaya kesehatan Puskesmas, peran serta masyarakat dan rujukan kesehatan. Rujukan upaya kesehatan ini pada dasarnya meliputi rujukan kesehatan (health referral) serta rujukan medik (medical referral) yang bersifat vertikal atau horizontal serta timbal balik. Untuk dapat terlaksananya rujukan ini diperlukan adanya peningkatan etik petugas kesehatan yang bersangkutan.

Rujukan kesehatan terutama berkaitan dengan upaya peningkatan pencegahan dan pada dasarnya mencakup bantuan dana, teknologi, sarana dan operasional. Sedang rujukan medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan.

7. Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Peraturan ini menetapkan bahwa setiap sarana kesehatan yang melakukan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Rekam medis ini dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kepada pasien. Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya.

Pemaparan rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis dari pasien. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yangberlaku. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkapnya dan sekurang-kurangnya memuat identitas, anamnese, diagnosis, dan tindakan pengobatan.

Dari segi pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan, rekam

medis mempunyai fungsi dan peran yang sangat penting. Sebab, rekam medis merupakan petunjuk dasar bagi sarana kesehatan rujukan untuk mengambil tindakan-tindakan alternatif dalam proses pengobatan dan perawatan pasien.

F. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan

Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 3 ditegaskan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang optimal. Tujuan pembangunan kesehatan ini menjadi landasan dari tujuan pelayanan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang tanpa membedakan status sosialnya.

Di samping itu upaya pelayanan kesehatan perlu dipertimbangkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Dengan demikian kualitas pelayanan kesehatan senantiasa terjamin dan bahkan dapat ditingkatkan. Begitu pula jangkauan serta ketercapaiannya dapat diperluas ke seluruh masyarakat termasuk yang berpenghasilan rendah, sekaligus mereka dapat menikmati pelayanan yang bermutu.

Dengan lain perkataan diperlukan suatu pemerataan pelayanan kesehatan dengan menggunakan potensi yang ada di masyarakat, di jajaran kesehatan maupun di sektor non kesehatan. Oleh sebab itu perlu ada usaha konkrit dari sistem pelayanan kesehatan yang ditunjang dengan peraturan hukum yang dapat menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat bagi setiap orang yang memerlukannya. ●

BAB III

PRINSIP ETIK DAN MORAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Konsep Dasar Etik

Secara umum, konsep dapat diartikan sebagai suatu representasi abstrak dan umum tentang sesuatu. Karena sifatnya yang abstrak dan umum, maka konsep merupakan suatu hal yang bersifat mental. Representasi sesuatu itu terjadi dalam pikiran. Sebuah konsep mempunyai rujukan pada kenyataan. konsepdapat juga diartikan sebagai suatu medium yang menghubungkan subjek penahu dan objek yang diketahui, pikiran, dan kenyataan. Konsep termasuk dalam jenis *medium in quo.* Dalam sebuah konsep, mengenal, memahami, dan menyebut objek yang kita ketahui. Kekhususan dari medium in quo adalah walaupun dalam pengenalan akan objek tertentu, yang langsung disadari bukan konsepnya tetapi objek fisik itu sendiri.

Akan tetapi dalam suatu refleksi, konsep sendiri dapat menjadi objek perhatian dan kesadaran. Pengertian konsep dapat dimengerti dari sisi subjek maupun dari sisi objek. Dari sisi subjek, suatu konsep adalah kegiatan merumuskan dalam pikiran atau

menggolong-golongkan. Sedangkan, dari sisi objek, konsep adalah isi kegiatan tersebut, artinya, apa makna konsep itu. Sebagai sesuatu yang bersifat umum, konsep adalah suatu yang bersifat universal. Konsep universal dapat bersifat langsung, bisa juga tidak langsung. Konsep universal langsung adalah konsep yang bisa dipredikasikan secara *univok* (secara persis sama) dan secara *distributif* (satu per satu) pada banyak individu.

Konsep tentang "manusia" misalnya, dapat dipakai dalam arti yang persis sama untuk menyebut sosok seseorang yang nama Ani, Nia, ataupun Ina. Konsep yang tidak langsung adalah konsep universal refleks. Maksudnya, konsep yang menyebut suatu kelas atau golongan dan tak dapat dipredikasikan pada individu-individu. Misalnya konsep "kemanusiaan". Tak satupun dari ketiga nama di atas dapat disebut kemanusiaan, walaupun masing-masing dapat dikatakan termasuk dalam kelompok yang tergolong dalam konsep tersebut.

Dalam memahami konsep juga perlu dibedakan antara pengertian atau makna konsep dan ekstensi atau lingkup penerapan konsep. Misalnya pengertian "binatang rasional" termasuk dalam lingkup pengertian konsep "manusia". Sedangkan lingkup penerapan konsep adalah kumpulan individu yang dapat dipredikasikan dengan konsep tersebut atau yang merupakan contoh perwujudan konkretnya. Misalnya konsep universal refleks "kemanusiaan" merujuk secara eksplisit pada ekstensi atau lingkup penerapannya, yakni konsep universal langsung "manusia" dapat dipredikasikan pada banyak individu. Jadi, jelas bahwa konsep universal langsung hanya memaksudkan pengertiannya dan mengabstraksikan ekstensinya. Sedangkan, konsep universal refleks tidak dapat dipredikasikan karena secara eksplisit memaksudkan ekstensinya dan dengan demikian memberikan nama pada keseluruhan kelas dari hal yang dibicarakan.

B. Pengertian Etika

Istilah Etika berasal dari bahasa Yunani kuno. Bentuk tunggal kata 'etika' yaitu ethos. Dalam Kamus Bahasa Indonesia yang lama (Poerwadarminta, sejak 1953-mengutip dari Bertens, 2000), etika mempunyai arti sebagai: "ilmu pengetahuan tentang asas-asas akhlak (moral)".Sedangkan kata 'etika' dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang baru (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1988-mengutip dari Bertens 2000), mempunyai arti:

1. Ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak);
2. Kumpulan asas atau nilai yang berkenaan dengan akhlak
3. Nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.

K. Bertens berpendapat bahwa arti kata 'etika' menjadi seperti berikut:

1. Nilai dan norma moral yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya. Misalnya, jika orang berbicara tentang etika orang Jawa, etika agama Budha, etika Protestan dan sebagainya, maka yang dimaksudkan etika di sini bukan etika sebagai ilmu melainkan etika sebagai sistem nilai. Sistem nilai ini bisaberfungsi dalam hidup manusia perorangan maupun pada taraf sosial.
2. Kumpulan asas atau nilai moral yang tertuang ke dalam suatu Kode Etik misalnya Kode Etik Kebidanan di dalam tercantum asas atau nilai moral sebagai pegangan bagi tenaga bidan dalam menjalankan tugasnya dalam pelayanan kebidanan.
3. Ilmu tentang yang baik atau buruk.Etika baru menjadi ilmu bila kemungkinan-kemungkinan etis (asas-asas dan nilai-nilai tentang yang dianggap baik dan buruk) yang begitu saja diterima dalam suatu masyarakat dan sering kali tanpa disadari menjadi bahan refleksi bagi suatu penelitian sistematis dan metodis. Etika di sini sama artinya dengan filsafat moral.

Sedangkan dalam konteks lain secara luas dinyatakan bahwa etika adalah aplikasi dari proses dan teori filsafat moral terhadap kenyataan yang sebenarnya. Hal ini berhubungan dengan prinsip-prinsip dasar dan konsep yang membimbing makhluk hidup dalam berpikir dan bertindak dengan menekankan nilai-nilai makhluk tersebut.

Etika adalah usaha manusia dalam memakai akal budi dan daya pikirnya untuk memecahkan masalah hidup atau untuk suatu upaya agar menjadi baik. Terdapat 4 alasan pada saat sekarang ini etika dperlukan yaitu (Soejitno, 2.000):

1. Masyarakat semakin pluralistik termasuk dalam hal moralitas. Norma moral sendiri sering diperdebatkan, misalnya dalam bidang etika seksual, hubungan anak dan orang tua, kewajiban terhadap negara,etika santun dalam pergaulan dan penilaian terhadap harga nyawa manusia.
2. Dalam masa transformasi masyarakat yang tanpa tanding di bawah gelombang modernisasi. Dalam situasi seperti ini, etika dapat membantu kita agar tidak kehilangan orientasi,serta dapat membedakan antara apa yang hakiki dan apa saja berubah. Dengan demikian diharapkan kita tetap sanggup untuk mengambil sikap yang dapat kita pertanggung jawabkan.
3. Proses perubahan sosial budaya dan moralyang tengah di alami ini, dimanfaatkan oleh berbagai pihak untuk memancing dalam air keruh. Mereka menawarkan berbagai ideologinya sebagai obat penyelamat. Etika dapat membuat kita sanggup untuk menghadapi ideologi-ideologi tersebut dengan kritis dan objektif untuk membentuk penilaian sendiri, agartidak mudah terpancing. Etika juga membantu agar kita tidak naïf dan ekstrem,: tidak terlalu cepat memeluk segala pamdangan yang baru, tetapi juga tidak menolak nilai –nilai hanya karena baru dan belum terbiasa.
4. Etika juga diperlukan oleh kaum agama, yang satu pihak menemukan dasar kemantapan mereka dalam iman keper-

cayaan mereka, serta ingin sekaligus berpartisipasi tanpa rasa takut, dan dengan tidak menutup diri dalam semua dimensi kehidupan masyarakat yang sedang berubah itu.

Saat ini etika semakin diperlukan dalam menyongsong paradigma pelayanan kesehatan yang bernuansa pengobatan (curing) dan perawatan (caring)kesehatan. Transisi epidemiologis maupun demografi penyakit menuntut peran kaidah etis guna mendasari interaksi antara profesi kesehatan dengan pasien dalam pelayanan kesehatan.

Kebenaran etika atas tindakan yang dilakukan oleh profesi kesehatan ditentukan oleh faktor internal dan faktor eksternal (Dewi, 2008). Faktor internal meliputi:

1. Kepercayaan atau keimanan seseorang

   Kepercayaan atau keimanan seseorang demikian kuatnya maka ada kecenderungan untuk bersikap fanatik sehingga tidak jarang menutup perspektif nilai dari sumber yang lain. Contoh masalah Fertilisasi in vitro dilihat dari aspek agama Islam dan Katolik. Agama Islam menerima Fertilisasi in vitro selama unsur yang digunakan di dalam proses in vitro berasal dari pasangan suami isteri yang sah. Namun dalam pandangan agama Katolik ini di larang, karena dianggap mencampuri kuasa Tuhan di dalam penyelenggaraan proses penciptaan.
2. Pendidikan

   Dasar pendidikan seseorang sangat menentukan perilaku moralitasnya Contoh dua orang anak ditanya mengapa tidak boleh mengambil uang milik ibunya. Anak pertama mengatakan bahwa tidak boleh mengambil karena kalau mengambil dia akan dihukum oleh ibunya. Sedangkan anak yang kedua mengatakan bahwa ia harus menghormati hak milik orang lain.
3. Kepribadian dan aspek psikologisnya

   Struktur kepribadian seseorang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan pengkajian setiap nilai yang terdapat disekelilingnya. Struktur kepribadian manusia dari

Freud yaitu Id, Ego, dan Superego mempengaruhi setiap keputusan yang dibuat seseorang. Prinsip Id adalah prinsip kesenangan dan tujuannya memuaskan manusia, sedangkan Superego adalah suatu sistem yang merupakan kebalikan dari Ego. Dorongan-dorongan yang berasal dari Superego akan berusaha menekan dorongan yang timbul dari Id karena tidak sesuai atau tidak bisa diterima oleh Id. Fungsi Ego adalah menjaga keseimbangan antara prnsip Id dan Superego. Contoh seorang anak yang dididik dengan disiplin yang keras akan menahan diri untuk tidak melakukan hal-hal yang sembrono misalnya. Namun seorang anak yang dididik dengan pola lebih bebas dan kendor memiliki kecenderungan lebih santai dalam menghadapi berbagai bidang di bawah tangungjawabnya.

Adapun faktor eksternal yang mempengaruhi kebenaran etika yaitu:

1. Situasi dan kondisi

Situasi dan kondisi yang dihadapi memungkinkan seseorang mengambil keputusan yang berbeda terhadap kasus yang sama. Seorang dokter Ginekology yang telah memiliki jam terbang yang tinggi yang telah melihat banyak kasus kehamilandan persalinan serta mempunyai pengalaman akan berbeda dengan dokter sangat muda dan belum berpengalaman untuk melakukan operasi ceasar pada pasien, apabila kelahiran normal masih dapat diusahakan, di mana tidak ada kelainan pada kehamilan.

2. Aspek Politik

Situasi politik biasanya menjadi pertimbangan yang sangat penting di dalam memutuskan suatu permasalahan etis. Meninggalnya seorang tokoh politik misalnya karena suatu peristiwa sabotase atau kudeta terkadang sulit bagi tenaga kesehatan mengeluarkan pernyataan secara faktual di depan masyarakat luas karena tekanan politik atau karena kewajiban perintah jabatan.

3. **Aspek Ekonomi**

Persoalan ekonomi terutama yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan menjadi hal yang dilemmatis di dalam persetiap pertimbangan etika. Karena pada dasarnya bidang kesehatan termasuk dalam domain sosial kemanusiaan sehnga agak sulit jika kemudian dikaitkan dengan aspek ekonomi. Suatu tindakan operasi misalnya memerlukan setidaknya beberapa dokter, di mana tim ini tidak akan memeberikan pelayanan tanpa imbalan yang " layak" dengaensi yang mereka miliki.

4. **Aspek ilmu pengetahuan dan teknologi**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa dampak di bidang kesehatan. Namun penggunaan ilmu pengetahuan dan teknologi seyogianya diusahakan untuk kepentingan umat manusia bukan dijadikan sebagai pertimbangan kepentingan industri dan ekonomi. Transplantasi organ misalnya benar-benar digunakan untuk kemanusiaan bukan kepentingan bisnis.

5. **Aspek hukum dan adat istiadat**

Pertimbangan hukum menjadi salah satu aspek yangsangat penting dalam membuat suatu keputusan. Walaupun di negara Belanda dan Belgia misalna maslah euthanasia sudah diterima dan bahkan suah dimasukkanake ke dalam undang-undang dasarnya. Namun di Indonesia mslah euthnasia masih merupakan tindakan yang dilarang baik berdasarkan hukum pidana (Pasal 344 KUHP dan pasall 345 KUHP) juga berdasarkan Kode tik Kedokteran Indonesia, bahkan fatwa Majelis Ulama Indonesia mengharamkam tindaka euthanasa tersebut.

Berkaitan dengan istilah etika ini dalam kamus besar tersebut juga terdapat istilah etiket. Etiket adalah tata cara dalam masyarakat beradab dalam memelihara hubungan antara sesama manuisa. Etiket merupakan suatu norma terutama mengatur aspek kehidupan antar

pribadi. Dengan tujuan etiket adalah demi kesempurnaan hubungan antar pribadi. Dasar keberlakuan etike dalam masyarakat adalah kepantasan, kebiasaan, kepatutan yang berlaku dalam pergaulan. Terdapat beberapa perbedaan antara etika dan etiket yakni:

a. Etika
    1. Tidak terbatas pada perbuatan tetapi juga menilai perbuatan sendiri
    2. Tidak bergantung pada hadir atau tidaknya orang yang melkukan perbuatan.
    3. Bersifat absolut diterima secara universal
    4. Memandang manusia dari batin
b. Etiket
    1. Menyangkut suatu perbuatan yang harus dilakukan
    2. Hanya berlaku dalam pergaulan yang mengharuskan kehadiran orang yang melakukan perbuatan
    3. Bersifat relatif, suatu perbuatan sopan pada suatu kebudayaan tetapi tidak sopan dalam kebuadayaan lain
    4. Memandang manusia dari segi lahir

Etika secara umum dapat dibagi menjadi etika deskriptif dan etika normatif. Etika deskriptif membahas mengenai fakta apa adanya mengenai nilai dan pola perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas konkrit yang membudaya.. Jadi etika deskriptif berbicara tentang sikap orang dalam menghadapi hidup ini, dan tentang kondisi-kondisi yang memungkinkan bertindak secara etis.

Etika normatif berusaha menetapkan berbagai sikap dan pola perilaku yang seharusnya dimiliki oleh manusia, atau apa yang seharusnya dijalankan oleh manusia, dan tindakan apa yang diambil untuk mencapai apa yang bernilai dalam hidup ini. Etika normatif berbicara mengenai norma-norma yang menuntun tingkah laku manusia, serta memberi penilaian dan himbauan kepada manusia untuk bertindak sebagaimana seharusnya berdasarkan norma-norma. Ia menghimbau manusia untuk bertindak yang baik dan

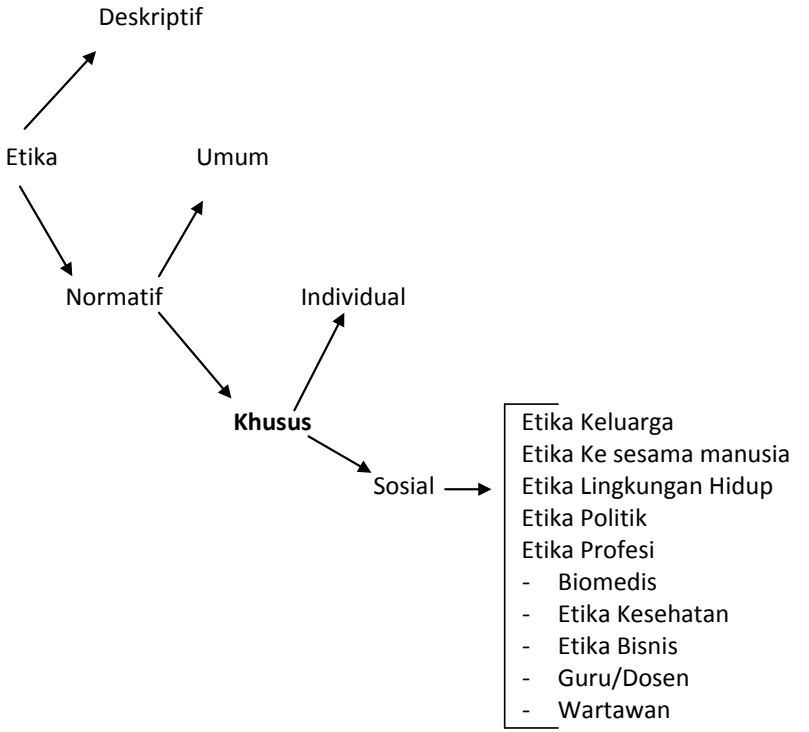
menghindari yang jelek.umum dan etika khusus.

Etika normatif terbagi atas etika umum dan etika khusus. Etika umum berbicara mengenai kondisi-kondisi dasar bagaimana manusia bertindak secara etis, teori-teori etika dan prinsip-prinsip moral dasar yang menjadi pegangan bagi manusia dalam bertindak serta tolok ukur dalam menilai baik atau buruknya suatu tindakan tercermin kebebasan dan tanggung jawab, hati nurani, hak kewajiban, beberapa keutamaan seperti kejujuran, berbuat baik, keadilan, dan hormat terhadap diri sendiri. Etika umum dapat dianalogikan dengan ilmu pengetahuan, yang membahas mengenai pengertian umum dan teori-teori., karena itu biasanya disebut etika teoritis.

Etika khusus adalah penerapan prinsip-prinsip moral dasar dalam bidang kehidupan yang khusus. Penerapan ini bisa berwujud bagaimana seseorang mengambil keputusan dan bertindak dalam bidang kehidupan dan kegiatan khusus yang dilakukannya, yang didasari oleh cara, teori dan prinsip-prinsip moral dasar. Namun, penerapan itu dapat juga berwujud seseorang menilai pribadinya sendiri dan orang lain dalam bidang kegiatan dan kehidupan khusus yang dilatarbelakangi oleh kondisi yang memungkinkan manusia bertindak etis. Apabila etika umum disebut sebagai etika teoritis maka etika khusus disebut juga etika terapan.

Etika khusus dapat dibagi dua yaitu etika individual dan etika sosial. Etika individual menyangkut kewajiban dan sikap manusia terhadap dirinya sendiri. Etika sosial berbicara mengenai kewajiban, sikap dan pola perilaku manusia sebagai anggota masyarakat. Etika sosial menyangkut hubungan manusia dengan manusia baik secara perseorangan dan langsung maupun secara bersama-sama dan dalam bentuk kelembagaan (keluarga, masyarakat, dan negara), sikap kritis terhadap pandangan dunia dan ideologi, sikap dan pola perilaku dalam bidang kegiatan masing-masing. maupun tanggung jawab manusia terhadap makhluk hidup lainnya. Etika sosial meliputi etika keluarga, etika gender, etika profesi, etika politik,

etika lingkungan dan lain-lain. Sistimatika etika dikemukakan sebagai berikut.



Dari sistematika di atas Banning membagi etika atas etika individual dan etika sosial, sedang Langeveld membedakan etika atas etika deskriptif dan etika normatif. Pandangan De Graaf (1972) tentang etika sebagai kesadaran yang sistematis terhadap perilaku yang dapat dipertanggung jawabkan. Sementara Spoken (1977) memberikan rumusan etika sebagai kesadaran yang sistematis terhadap masalah dan norma yang sudah ada atau yang dirasakan baru. Yang menarik rumusan yang dikemukakan oleh Helen Dupuis (1988) bahwa etika itu ilmu tentang moral.

Pada tahun 2011 dengan ketetapan MPR-RI No.VI/MPR/2001 tentang Etika Kehidupan Bangsa. Etika kehidupan bangsa bersumber pada agama yang universal dan nilai-nilai luhur budaya

bangsa yaitu Pancasila. Etika kehidupan berbangsa antara lain meliputi: Etika Sosial Budaya, Etika Politik dan Pemerintahan, Etika Ekonomi dan Bisnis, Etika Penegakkan Hukum yang Berkeadilan, Etika Keilmuan, Etika Lingkungan, Etika Kedokteran dan Etika Kebidanan.

Pancasila adalah sumber sumber nilai, maka nilai dasar Pancasila dapat dijadikan sebagai sumber pembentukan norma etik (norma moral) dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Nilai-nilai ancasila adalah nilai moral. Oleh karena itu, nilai pancasila juga dapat diwujudkan kedalam norma-norma moral (etik). Norma-norma etik tersebut selanjutnya dapat digunakan sebagai pedoman atau acuan dalam bersikap dan bertingkah laku dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Pancasila memegang peranan dalam perwujudan sebuah sistem etika yang baik di negara ini. Disetiap saat dan di mana saja berada disetiap orang di negeri diwajibkan untuk beretika pada setiap tingkah lakunya.

Ditinjau dari segi akhlak kejiwaan, perilaku etis atas dasar, (Marmi, 2014):

1. Naluri (*Insting*).
   Setiap kelakuan manusialahir dari suatu kehendak yang digerakkan oleh naluri. Naluri merupakan tabiat yang dibawa manusia sejak lahir. Jadi merupakan pembawaan asli.
2. Hati Nurani.
   Hati nurani bersifat personal, artinya selalu berkaitan erat dengan pribadi yang bersangkutan. Norma-norma dan cita-cita yang diterima dalam hidup sehari-hari, seolah-olah melekat pada pribadi akan tampak juga dalam ucapan hati nurani.
3. Akal.
   Ghazali mengatakan perbuatan dapat dinyatakan baik karena ada pertimbangan akal yang mengambil keputusan secara mendesak.
4. Lingkungan dan adat istiadat.
   Lingkungan adalah suatu yang melingkupi tubuh yang hidup

seperti negeri, lautan, sungai, udara, dan bangsa.Adat istiadat atau kebiasaan merupakan perbuatan berulang-ulang terus menerus sehingga mudah dikerjakan bagi seseorang seperti kebiasaan berjalan, berpakaian, makan dan lain sebagainya.

5. Pendidikan

   Dari segi bahasa pendidikan dapat diartikan hal atau cara mendidik dan berarti pula pengetahuantentang mendidik atau pemeliharaaan badan, batin dan sebgainya

C. Pengertian Moral

Dalam dimensi dan perspektif yang lebih luas etika sama dengan "Filsafat moral". Sebagai filsafat moral, etika juga bermakna studi atau disiplin ilmu mengenai keputusan diterima atau tidaknya suatu perilaku atau tindakan, apakah suatu perilaku atau tindakan itu benar atau salah, baik atau buruk. Dari hakikat konseptual, *philoshopy* berasal dari bahasa Yunani yaitu *philia* yang berarti cinta atau persahabatan dan *shopia* yang berarti kebijaksanaan. Jadi secara etimologis filsafat *(philosophy)* berarti cinta akan kebijaksanaan. Cinta sendiri dalam forum internasional di Eliat Israel (Koeswadji, 2002).

> *".Love should be taught of as involving desiring or wanting to have ". Sedang kebijaksanaan (wisdom) dikatakan sebagai " is used inclusively to cover sustained intellectual inquiry in any area".*

Moral berasal dari bahasa Latin *Mores* berarti kesusilaan, tabiat atau kelakuan. Dengan demikian moral dapat dikatakan sebgaai ajaran kesusilaan. Morality harus memenuhi syarat (Koeswadji, 2002):

1. *Conformity with recognized rules of current conduct.*
2. *In fact the term ethics and morals are no longer interchangeable*
3. *A system of duites*

Moral adalah nilai di dalam diri seseorang yang mewarnai perilakunya, yang didukung oleh masyarakat. Moralitas (Salam, 1997) adalah sistem nilai tentang bagaimana kita harus hidup

secara baik sebagai manusia. Sistem nilai terkandung dalam ajaran berbentuk petuah-petuah, nasihat, wejangan, peraturan, perintah dan semacamnya yang diwariskan secara turun temurun melalui agama atau kebudayaan tertentu tentang bagaimana manusia harus hidup secara baik agar ia benar-benar menjadi manusia yang baik. Moralitas adalah tradisi kepercayaan, dalam agama atau kebudayaan tentang perilaku yang baik dan buruk.

Menurut Thiroux moralitas menyatakan bagaimana manusia memperlakukan manusia atau makhluk lain untuk tujuan kesejahteraan dan perkembangan bersama, serta meningkatkan kreativitas untuk menegakkan kebenaran dan kebaikan bersama. Dari batasan ini ternyata bahwa dalam menetapkan nilai baik atau buruk secara moral, penilaian itu haruslah dibebaskan dari kepentingan pribadi (*self interest*) si penilai, serta harus ada kepentingan bersama di dalamnya.

Beauchamp (Coughlin *et al,* 1996) menyebutkan beberapa tindakan yang tergolong sebagai moralitas umum yakni:

1. Berkata benar *(truth telling)*
2. Penghormatan terhadap privasi orang lain (*respect the privacy of others*)
3. Jaminan kerahasiaan informasi (*protect confidential information*)
4. Permintaan persetujuan setiap tindakan pada orang lain (*obtain consent before invading another person's body)*
5. Dedikasi terhadap teman sejawat (*be loyal to friends who return the loyalty*)
6. Dilarang membunuh (*do not kill*)
7. Jangan menyakiti (*do not cause pain*)
8. Jangan melakukan kekerasan (*do not cause offense*)
9. Jangan memandang rendah orang lain (*do not incapacitate*)
10. Jangan menghambur-hamburkam harta benda (*do not deprive of goods*).
11. Perlindungan dan mempertahankan hak-hak orang lain

(*protect and defend the rights of others*).

12. Tidak menimbulkan kerugian orang lain (*prevent harm from occurring to others)*
13. Cegah kondisi yang merugikan orang lain (*remove conditions that will cause harm to others)*
14. Menolong orang yang tidak mampu (*help person with disabilities*)
15. menyelamatkan orang dari bahaya

Frans Magnis Soseno memberikan tamsil bahwa moral dapat disamakan dengan petunjuk bagaimana memperlakukan sepeda motor kita dengan baik, sedangkan etika adalah pengetahuan tentang struktur dan teknologi sepeda motor itu. Dalam contoh lain etika adalah tukang kebun, perawat bunga; moral adalah bunga di dalam kebun.

Pada hakikatnya moral menunjuk pada ukuran–ukuran yang telah diterima oleh suatu komunitas dan moral jugs bersumber pada kesadaran hidup yang berpusat pada slam pikiran" *(Maman Rachman, 2004).* Moral tidak hanya berhubungan dengan larangan seksual, melainkan lebih terkait dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari-hari.Karena itu moral merupakan nilai-nilai yang menjadi pg1egangan bagi seseorang atau kelompok dalam masyarakat untuk mengatur tingkah lakunya.

Secara teoritis moral mencoba memformulasikan suatu prosedur dan mekanisme untuk pemecahan masalah etik. Terdapat beberapa pendapat apa yang dimaksud dengan moral.

a. Menurut kamus lenqkap Bahasa Indonesia moral merupakan ajaran tentang baik buruk yang diterima umum mengenai akhlak dan budi pekerti serta kondisi mental yang mempengaruhi seseorang menjadi tetap bersemangat, berani, disiplin.
b. Ensiklopedia Pendidikan (Soeganda Poerbacaraka) moral adalah suatu istilah untuk menentukan batas dari sifat, corak, maksud, pertimbangan, atau perbuatan yang layak

dapat dinyatakan baikata buruk, benar atau salah ang etimologus lawan dari kata amoral

c. Suatu istilah untuk menyatakan bahwa baik atau benar itu lebih daripada yang buruk atau salah.

Bila dilihat dari sumber dan sifatnya, ada moral keagamaan dan moral sekuler. Moral keagamaan kiranya telah jelas bagi semua orang, sebab untuk hal ini orang tinggal mempelajari ajaran-ajaran agama yang dikehendaki di bidang moral.Moral sekuler merupakan moral yang tidak berdasarkan pada ajaran agama dan hanya bersifat duniawi semata-mata. Bagi umat beragama, sudah tentu moral keagamaan yang harus dianut dan bukannya moral sekuler.

Karena etik berkaitan dengan filsafat moral maka sebagai filsafat moral, etik mencari jawaban untuk menentukan serta mempertahankan secara rasional teori yang berlaku tentang apa yang benar atau salah, baik atau buruk, yang secara umum dapat dipakai sebagai suatu perangkat prinsip moral yang menjadi pedoman bagi tindakan manusia. Moral diartikan mengenai apa yang dinilai seharusnya oleh masyarakat dan etik dapat diartikan pula sebagai moral yang ditujukan kepada profesi. Karena itu etik profesi sebaiknya juga berbentuk normatif. Pada hakikatnya moral menunjuk pada ukuran yang telah diterima oleh suatu komunitas dan moral jugabersumber pada kesadaran hidup yang berpusat pada alam pikiran" (Maman Rachman, 2004).

Fungsi etika dan Moralitas dalam pelayanan kebidanan adalah (Tuti A. Suseno, Dkk, 2010, Marmi, 2014):

1. Menjaga otonomi dari setiap individu khususnya Bidan dan Klien
2. Menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan/membahayakan orang lain
3. Menjaga privacy setiap individu
4. Mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya

5. Dengan etik kita mengatahui apakah suatu tindakan itu dapat diterima dan apa alasannya
6. Mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah
7. Menghasilkan tindakan yang benar
8. Mendapatkan informasi tenfang hal yang sebenarnya
9. Memberikan petunjuk terhadap tingkah laku/perilaku manusia antara baik, buruk, benar atau salah sesuai dengan moral yang berlaku pada umumnya
10. Berhubungan dengans pengaturan hal-hal yang bersifat abstrak
11. Memfasilitasi proses pemecahan masalah etik
12. Mengatur hal-hal yang bersifat praktik
13. Mengatur tata cara pergaulan baik di dalam tata tertib masyarakat maupun tata cara di dalam organisasi profesi
14. Mengatur sikap, tindak tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya yang biasa disebut kode etik profesi.

D. Etika dan Moral dalam Pelayanan Kesehatan

Prinsip adalah suatu pernyataan fundamental atau kebenaran umum maupun individual yang dijadikan oleh seseorang/kelompok sebagai sebuah pedoman untuk berpikir atau bertindak. Sebuah prinsip merupakan roh dari sebuah perkembangan ataupun perubahan, dan merupakan akumulasi dari pengalaman ataupun pemaknaan oleh sebuah objek atau subjek tertentu. Prinsip merupakan petunjuk arah layaknya kompas. Sebagai petunjuk arah, kita bisa berpegangan pada prinsip-prinsip yang telah disusun dalam menjalani hidup tanpa harus kebingunan arah karena prinsip bisa memberikan arah dan tjuan yang jelas pada setiap kehidupan kita. Seorang leader atau pemimpin yang baik adalah seorang pemimpin yang berprinsip. Karena seorang pemimpin yang berprinsip pasti akan terarah dalam menjalankan tugasnya sebagai pemimpin. Dalam kamus Bahasa Indonesia prinsip adalah asas, kebenaran

yang jadi pokok dasar orang berpikir, bertindak, dan sebagainya.

Bertolak dari karakteristik di atas, pemahaman tenaga kesehtan tentang etik begitu penting dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Dalam kaitan inilah perlunya penerapan beberapa prinsip etika umum dalam penyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagai berikut:

a. Memberikan manfaat *(beneficence, doing good loving, caring).*

Prinsip ini menyatakan perlunya memberikan bantuan atau sesuatu yang bermanfaat bagi oramg lain seperti melindungidan mempertahankan hak pasien memperhatikan peningkatan kesejahteraan pasien, selain itu berbuat terbaik untuk orang lain.Selain itu, seorang dokter misalnya dalam melakukan tindakan dengan memperhatikan kebaikan bagi kesehatan klien serta Jujur dalam melakukan tindakan

b. Tidak merugikan *(non-maleficence, no harm*).

Prinsip yang menegaskan semua tindakan tidak menimbulkan bahaya atau perlukaan baik fisik maupun emosional seperti tidak menimbulkan nyeri atau sakit atau menimbulkan perasaan marah, terisolasi dan merasa tidak berbahaya pada pasien. Dalam praktik, prinsip *Non maleficence* bermakna tidak melakukan tindakan yang menimbulkan penderitaan apapun kerugian pada orang lain.Tindakan profesional harus mencegah tindakan yang dapat merugikan pasien.

c. Menjaga kerahasiaan *(confindentiality, fidelity)*

Prinsip ini menegaskan perlunya komitmen tenaga kesehatan terhadap pelayanan yang diberikan untuk pasien mendapat kepercayaan dari pasien. Sebab, tanpa jaminan penyimpanan rahasia, pasien kemungkinan tidak akan menyampaikan semua informasi yang diperlukan dan akan mempengaruhi proses perawatan dan penyembuhan penyakit tersebut. Dalam pelayanan kesehatan, hasil pemeriksaan tenaga kesehatan tidak boleh diceritakan kepada siapapun terkecuali untuk kepentingan hukum. Dalam hal ini, Dokter,

Perawat maupun Bidan tidak boleh membuka rahasia pasien. Mereka tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk merugikan kepentingan pasien. Setiap profesi kesehatan tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk kepentingan pribadi tenaga kesehatan atau untuk kepentingan pihak ketiga.

d. Otonomi klien *(autonomy of client).*

Prinsip ini mengemukakan tentang hak seseorang untuk menentukan atau memilih sesuatu yang terbaik bagi dirinya. Secara umum dapat dikatakan bahwa bahwa setiap pribadi manusia mempunyai "otonomi moral". Artinya ia mempunyai hak dan kewajiban untuk menentukan sendiri tindakan-tindakannya dan mempertanggung jawabkannya dihadapan Tuhan. Dengan demikian otonomi memberikan kebebasan yang yang bertanggung jawab. Hanya karena seseorang memiliki kebebasan maka ia dibebani dengan kewajiban. Jadi moralitas manusia manusia hanya ada karena manusia itu bebas (Soejitno, dkk, 2000).

Tenaga kesehatan memiliki "otonomi klinis". Artinya tenaga kesehatan mempunyai hak kewajiban untuk bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan klinis yang mempengaruhi kesehatan pasiennya. Karena itu pihak lain tidak boleh memaksakan kehendaknya atas diri tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan bahkan dalam banyak hal wajib mendengarkan pendapat pihak lain, tetapi tidak boleh bertindak semata-mata karena terpaksa mengikuti pendapat itu.

Kebebasan pada prinsipnya dapat dibagi atas:

1. Kebebasan ekstensial yakni kebebasan yang berkaitan dengan kemampuan manusia untuk menentukan dirinya sendiri. Kebebasan ini berakar pada kebebasan rohani dalam penguasaan dirinya terhadap batinnya, terhadap pikirannya dan kehendaknya. Dalam kebebasan ini manusia tidak dibatasi oleh manusia lain atau masyarakat.
2. Kebebasan sosial adalah kebebasan yang kita terima

dari orang lain. Kebebasan sosial ada tiga macam yaitu kebebasan jasmani, kebebasan rohani, dan kebebasan normatif.

Kebebasan sosial bertitik tolak dari pandangan bahwa manusia itu makhluk sosial yang bermakna bahwa ia tidak hanya bergantung kepada dirinya sendiri, kebebasannya sendiri. Karena itu kebebasan manusia untuk bertindak dengan sendirinya. Kemungkinan tindakan manusia itu dalam kaitannya dengan orang lain kemungkinannya akan dibatasi melalui paksaan fisik, tekanan psikologis dan melalui larangan dan kewajiban. Pembatasan terakhir biasanya disebut dengan pembatasan normatif.

Dalam pelayanan kesehatan prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan memutuskan. Di samping itu orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat keputusan sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang dihargai.

Beberapa tindakan bidan berikut ini yang sesungguhnya kurang memperhatikan otonomi seperti:

1. Memberlakukan sesuatu bagi pasien tanpa mereka diberitahu sebelumnya
2. Memberitahu pasien bahwa keadaannya baik, padahal terdapat gangguan atau penyimpangan
3. Melakukan sesuatu tanpa memberitahu informasi relevan yang penting diketahui klien dalam membuat suatu pilihan.

e. Berkata benar *(truth telling, veracity)*.

Prinsip ini sangat penting dalam hal penerapan permintaan persetujuan untuk melakukan tindakan terhadap pasien *(informed consent)*. Berkata benar *(truth telling*) dimaksudkan bahwa baik tenaga kesehatan termasuk maupun pasien harus menyampaikan informasi yang benar. Tanpa informasi yang

benar maka proses pelayanan tidak akan berjalan dengan baik. Akan tetapi walaupun secara umum pasien mempunyai hak atas kebenaran, terutama tentang keadaan kesehatan mereka, namun tidak selalu harus menyampaikan semua kebenaran kepada pasien.

Dalam keadaan tertentu, seorang dokter maupun tenaga kesehatan lainnya hanya akan menyampaikan kepada orang yang dapat mewakili keluarganya, yang cukup dewasa dan siap menerima kebenaran.Sehingga dalam praktik kebidanan misalnya, seorang bidan harus menjelaskan tanda bahaya ibu hamil pada pasien harus jelas. Jika terjadi misalnya,i perdarahan, janin tidak bergerak, keluar air ketuban secara tiba-tiba.

Demikian pula bidan menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Dalam pelayanan keluarga berencana bidan menjelaskan kepada pasien tentang alat kontrasepsi secara benar tentang kelebihan dan kekurangan dari masing-masing kontrasepsi.

f. Berlaku adil *(justice)*.

Prinsip berlaku adil *(justice)* dimaksudkan dalam pemberian pelayanan, tenaga kesehatan bertindak tidak diskriminatif dalam arti segala tindakan mereka tidak didasarkan pada pertimbangan kemampuan finansial maupun pertimbangan suku, agama, ras, dan antar golongan.

Dalam pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan melayani pasien tanpa membedakan orang kaya atau miskin. Pelayanan pasien sesuai dengan urutan yang sudah dibuat. Prinsip *Who comes first, will be served first* harus diterapkan. Pasien yang datang duluan akan dilayani duluan, kecuali terjadi gawat darurat misalnya maka prinsip ini tidak berlaku. Dengan kata lain keadilan dapat diartikan sebagai suatu tindakan atau perilaku yang tidak berdasarkan kewenangan-kewenangan atau kekacauan. Aristoteles membagi dua jenis keadilan yaitu:

1. Keadilan distributif *(justitia distributiva)* bahwa setiap orang

mendapatkan apa yang menjadi haknya atau jatahnya. Dalam kasus-kasus keadilan distributif keputusan didasarkan pada prinsip-prinsip tertentu yaitu prinsip formal dan dan prinsip material. Prinsip formal adalah kasus-kasus yang sama harus diperlakukan dengan cara yang sama dan kasus-kasus yang berbeda diperlakukan dengan cara yang tidak sama. Memperlakukan satu kelas pasien secara berbeda dari yang lain dengan alasan perbedaan usia, tempat tinggal, penghasilan tidak dapat diterima karena tidak relevan dan melanggarar prinsip keadilan. Prinsip material menunjuk kepada salah satu aspek terbaik yang dapat dijadikan dasar untuk membagi dengan adil misalnya suatu pelayanan kesehatan. T.L. Beuschamp dan Jf. Childress menyebut enam prinsip material yaitu:

a. Bagian yang sama
b. Sesuai dengan kebutuhannya
c. Sesuai dengan usahanya
d. Sesuai dengan kontribusinya kepada masyarakat
e. Sesuai dengan jasa atau kesalahannya
f. Sesuai dengan prinsip tukar menukar yang berlaku.

2. Keadilan commutatif *(justitia commutiva)* atau keadilan proporsional yaitu memberikan kepada setiap orang sama banyaknya.

g. Menghormati privasi *(privacy)*

Prinsip menghormati privasi *(privacy)* dimaksudkan bahwa dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam menjalankan tugasnya tidak sampai menyinggung masalah pribadi pasien, demikian pula pasien menerima semua bentuk pelayanan tanpa melakukan suatu perbuatan yang sensitif dan menyentuh persoalan pribadi dari dari dokter dan tenaga kesehatan lain yang bersangkutan.

Prinsip ini menekankan jika seorang dokter termasuk tenaga kesehatan lainmisalnya sedang memberikan pelayanan

seyogianya tidak sampai pada masalah pribadi pasien seperti menanyakan kondisi cacat fisik maupun status pribadi pasien.

Dalam falsafah etika, atau nilai-nilai moral, pada umumnya terdapat dua aliran utama yaitu aliran deontologis *(non-consequentialist)* dan aliran teleologis *(consequentilalist)*. Aliran deontologis *(non-consequentialist)*, berpendapat bahwa penilaian benar tidaknya suatu perbuatan atau baik tidaknya seseorang, tidak perlu dengan melihat apa hasil akhirnya. Yang dinilai adalah perbuatan itu sendiri, dan bukan tujuan atau hasilnya. Contoh yang khas adalah ketaatan kepada perintah Tuhan. Jika seseorang berbuat sesuai dengan apa yang diperintahkan Tuhan maka ia dianggap baik tanpa melihat apapun konsekuensinya. Jika Tuhan melarang orang membunuh sesama manusia maka apapun tujuannya, membunuh tetap merupakan perbuatan yang salah. Namun tidak berarti bahwa aliran deontologis harus selalu bersandar kepada perintah yang dogmatis, melainkan ada juga alasan rasional yang dapat menjelaskan mengapa sesorang wajib berbuat baik. Penganjur teori deontologis yang terkenal adalah Immanuel Kant (1724-1804). Ia mengatakan bahwa kewajiban seseorang untuk berbuat baik dapat dijelaskan secara rasional dan tidak harus bersifat dogmatis.Secara teoritis aliran deontologist akan mencari baik buruknya suatu perbuatan pada perbuatan itu sendiri an sich.

Aliran telelogis bermula dari United Kingdom yang oleh Jeremi Bentham (1748-1832) dimaksudkan sebagai dasar etis pembaharuan hukum Inggeris, terutama hukum pidana. Pada aliran Teologis atau konsekuensialis, baik buruknya seseorang atau benar salahnya suatu perbuatan, dinilai dari tujuan yang hendak dicapai. Bagi aliran teleologis motif suatu perbuatan tidak penting, tetapi hasil perbuatan yang perlu diperhitungkan Motif manusia tidak bisa dilihat atau diukur, akan tetapi konsekuensi tindakan bisa diperhitungkan (Wiradharma, 1999). Menurut aliran ini, setiap manusia wajib berbuat sesuatu untuk

tujuan yang baik. Dari aspek ini euthanasia dapat dibenarkan oleh aliran teleologis, sedang bagi aliran deontologis apapun alasannya euthanasia dapat dikategorikan pembunuhan.

Dalam aliran konsekuensilais ini sendiri terdapat dua sub-aliran yang berbeda yakni egoisme dan ulitarianisme. Egoisme terdiri atas egoisme etis dan egoisme psikologis (Salam, 1997). Egoisme etis menekankan bahwa setiap tindakan yang mengenakkan dan mendatangkan kebahagiaan bagi diri sendiri selalu dinilai sebagai tindakan yang baik dan pantas dilakukan. Sebaliknya tindakan yang tidak mengenakkan dan tidak mendatangkan kebahagiaan bagi diri pribadi harus dihindari. Egisme psikologgis menyatakan semua orang dimotivasi oleh tindakan,demi kepentingan dirinya belaka. Jadi egoisme psikologis terutama mau mengungkapkan bahwa motivasi satu-satunya dari manusia dalam melakukan tindakan apa saja untuk mengejar kepentingannya sendiri.

Utilitarianisme menilai baik atau tidaknya, susila atau tidak susilanya sesuatu, ditinjau dari segi kegunaan atau faedah yang ditimbulkannya. Utilitarianisme terbagi atas dua bagian yaitu utilisme invidual dan utilisme sosial. Yang pertama menganggap bahwa seseorang itu boleh bersikap sesuai dengan situasi yang menguntungkan dirinya. Jika menguntungkan dirinya maka mungkin seseorang pura-pura berlaku hormat bahkan kalau perlu dengan sanjungan dan pujian yang berlebihan asal membawa keuntungan bagi dirinya. Utilisme sosial pada prinsipnya tidak berbeda dengan utilisme invidual, hanya saja utilisme sosial lebih menekankan pada aspek kepentingan umum.

Hampir sama dengan aliran utilisme sosial, dikenal pula universalisme yakni suatu ajaran etika menyatakan bahwa sesuatu itu dapat dinilai baik jika dapat mendatangkan kebaikan pada orang banyak. Paham ini sesungguhnya mirip dengan prinsip altruismeyang mengutamakan kepentingan

orang lain sebagai lawan dari kepentingan diri sendiri. Selain utilitarianisme dan universalisme terdapat prinsip intuisionisme yang berpandangan bahwa penilaian atas baik buruk, susila dan tidak susila itu dapat diketahui melalui intuisi yang merupakan suatu pertimbangan rasa yang bersumber dari bisikan kalbu. Jadi intuisionisme diperoleh melalui perenungan, semedi atau secara tiba-tiba tanpa dipikirkan, bukan dengan cara memeras otak dan pikiran.

Aliran etika hedonisme menyatakan bahwa sesuatu itu dianggap baik jika sesuai dengan kesenangan yang ditimbulkannya. Sesuatu yang mendatangkan kesusahan atau hanya mendatangkan penderittaan atau tidak menyenangkan dengan sendiri itu dinilai tidak baik. Prinsip ini sama dengan eudemonisme yang menilai baik atau tidaknya sesuatu itu tergantung dari ada tidaknya kebahagiaan yang ditimbulkannya.Terakhir, tradisionalisme sebagai aliran dalam etika yang mendasarkan baik tidaknya sesuatu pada kebiasaan atau adat istiadat yang bgerlaku dalam masyarakat. ●

BAGIAN 2

PROFESI DAN KODE ETIK KESEHATAN

BAB IV
PROFESI

A. Pengertian

Kata profesi berasal dari kata "Professio" yang berarti *"a public declaration with the force of a promise"*. Profesi adalah kelompok yang mendeklarasikan secara terbuka bahwa anggotanya akan bekerja dengan cara tertentu dan bahwa kelompok atau masyarakatnya akan mengambil tindakan disiplin bagi anggotanya yang yang tidak mengikuti cara yang telah ditentukan.

Roscoe Pound seorang filosof hukum hukum Amerika Serikat mengatakan bahwa perkataan profesi *"refers to a group of men pursuing a learned art as a common callling in the spirit of public service no less a public service because it may incidentally be a means of livehood"* (Sidharta, 1990).

Berdasarkan kedua pandangan ini dapat dikatakan bahwa profesi adalah pekerjaan tetap dalam semangat pengabdian terhadap kepentingan umum (sesama manusia) yang dihayati sebagai suatu panggilan hidup dengan menerapkan keahlian yang diperoleh dengan jalan mempelajari dan latihan sistematis. Jadi hakikat profesi dalam arti ini adalah panggilan hidup untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan. Setiap panggilan hidup adalah mulia jika diwujudkan dengan cara bermartabat, yakni dengan penuh kesungguhan, seksama dan tanggung jawab.

Dari rumusan Roscoe Pound pula memberikan makna profesi adalah pelaksanaan suatu fungsi kemasyarakatan. Untuk mewujudkan fungsi kemayarakatan tidak didasarkan pada pertimbangan yang berorientasi pamrih. Selain itu pelaksanaan fungsi kemasyarakatan menuntut keahlian dalam bidang yang bersangkutan pada pelaksananya. Keahlian dari para pelaksananya bersumber dari penguasaan ilmu yang diperoleh lewat proses pendidikan dan latihan formal yang dibuktikan dengan melalui ujian yang dapat dipertanggung jawabkan secar objektif. Pekerjaan sehari-hari yang dilaksanakan oleh seorang warga masyarakat untuk mewujudkan fungsi kemasyarakatan itulah disebut profesi.

Profesi adalah sekumpulan orang yang memiliki cita-cita dan nilai bersama yang disatukan oleh latar belakang pendidikan dan keahlian yang sama untuk menjadi suatu kelompok yang mempunyai kekuasaan tersendiri karena memiliki tujuan yang khusus. Dalam suatu profesi terdapat kode etik digunakan untuk memperkuat kepercayaan msyarakat terhadap profesi, agar klien terjamin kepentinganya dan sebagai pembentuk mutu moral profesi dimasyarakat.

B. Ciri-Ciri Profesi

Pada umumnya beberapa ciri pada suatu profesi adalah adanya suatu:

1. Pelayanan *(service)* pada orang secara langsung (yang umumnya bersifat konfidential).
2. Pendidikan tertentu degan melalui ujian tertentu sebelum melakukan pelayanan
3. Anggota yang relatif homogen
4. Standar pelayanan tertentu
5. Etik profesi yang ditegakkan oleh suatu organisasi profesi

W.B. van der Mijn (Soekanto dan Herkutanto, 1986) mengemukakan ciri-ciri pokok peofesi sebagai berikut;

1. *Anyone who asks for profesional help is generally in a dependent*

position, that is, he has to ask for this kind of help with a specific aim in mind, for instance improvement of his health, conducting a law suit or making his will.

2. *Anyone who asks for help from another person who has a confindential profession, cannot be judge the profesional expertise, against speaking in general.*
3. *The relationship between anyone asking for help and another person lending assistance is of a confindential nature, in the sense that the first is prepared to provide information which he should not be inclined to reveal to others.*
4. *Anyone who practising a confidential profession has nearly an independent position, even when he is not selfemployed. Even in that case there is professional autonomy and there are few possibilities for corrective measures from the part of the employer.*
5. *The nature of the work entails that a certain result can not always be quaranteed. This obligation can not easily be tested.*

Dengan demikian maka sebagai suatu profesi maka adanya etika profesi mutlak dipersyaratkan. Talcott Parsons (Sidharta, 1990) mengemukakan pengertian profesi sebagai berikut. Batas lingkup profesi sebagai institusi sosial tidaklah jelas dan tidak selalu tegar. Walapun demikian, kriteria inti untuk mengkualifikasikan suatu okupasi sebagai suatu profesi cukup jelas.

1. Mensyaratkan pendidikan teknis yang formal lengkap dengan cara pengujian yang terinstitusionalisasikan, baik mengenai adekuasi pendidikannya maupun mengenai kompetensi orang-orang hasil didikannya.
2. Penguasaan tradisi kultural dalam menggunakan keahlian tertentu serta keterampilan dalam penggunaan tradisi tersebut.
3. Kompleks okupasi tersebut memiliki sejumlah sarana institusional untuk menjamin bahwa kompetensi yang dimiliki itu akan digunakan secara bertanggung jawab. Wujudnya adalah organisasi profesi, dengan prosedur penegakannya, serta cara rekrutasi pengemban profesi.

Selanjutnya Talcott Parsons mengemukakan ciri-ciri khusus profesi sebagai berikut.

1. Disinterestedness, tidak mengacu pada pamrih
2. Rasionalitas, karena profesi merupakan suatu sistem okupasi yang perwujudannya dilaksanakan dengan menerapkan ilmu tertentu.
3. Spesifitas fungsional, menjalankan atau memiliki kewibawaan (otoritas)
4. Yang bertumpu pada kompetensi teknikal.
5. Universalisme dalam pengertian objektivitas sebagai lawan dari subjektivitas, maksudnya adalah bahwa landasan pertimbangan profesional dalam pengambilan keputusan didasarkan pada *"apa yang menjadi masalahnya"* dan tidak pada *"siapanya"* atau *"keuntungan pribadi apa yang diperolehnya"*.

Para anggota profesi termasuk profesi kesehatan dalam menjalankan tugasnya harus sesuai dengan unsur profesionalisme yaitu;

1. *Altruism,* mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan sendiri.
2. *Accountability,* bertanggung jawab terhadap pasienatas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dan terhadap profesi.
3. *Excellence,* mempunyai kewajiban untuk terus belajar dan berlatih untuk meningkatkan dan mempertahankan kompetensinya.
4. Duty, harus selalu siap dan responsive jika dibutuhkan.
5. *Honor and integrity,* harus jujur, tulus dan berterus terang dalam berinteraksi dengan pasien.
6. *Respect for others,* harus memperlihatkan hormat terhadap pasien dan keluarganyaserta tim kerjanya.
7. *Caring, compassion, communication and leadership.*

Kieser dalam "Etika Profesi" (Sidharta, 1990) mengatakan bahwa etika profesi sebagai sikap hidup adalah kesanggupan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan profesional dari pasien atau klien

dengan keterlibatan dan keahlian sebagai pelayanan dalam rangka kewajiban masyarakat sebagai keseluruhan terhadap para anggota masyarakat yang membutuhkannya dengan disertai dengan refleksi yang seksama.

Dalam menjalankan profesinya, hanya pengemban profesi yang bersangkutan sendiri yang dapat atau paling mengetahui tentang apakah perilakunya dalam mengemban profesi sudah memenuhi tuntutan etika profesinya atau tidak. Karena tidak memiliki kompetensi teknikal, maka awam (pasien atau klien) tidak dapat menilai hal itu. Ini berarti, kepatuhan pada etika profesi akan sangat bergantung pada akhlak pengemban profesi yang bersangkutan. Di samping itu, pengemban profesi sering dihadapkan pada situasi yang menimbulkan masalah pelik untuk menentukan perilaku apa yang memenuhi tuntutan etika profesi. Sedangkan perilaku pengemban profesi dapat membawa akibat negatif yang jauh terhadap pasien atau klien dan keluarganya. Karena itu, dari dalam lingkungan para pengemban profesi itu sendiri dimunculkan seperangkat kaidah perilaku sebagai pedoman yang harus dipatuhi dalam mengemban profesi yang disebut Kode Etik Profesi disngkat Kode Etik.

Berdasarkan pengertian di atas, terdapat kaidah-kaidah pokok etika profesi sebagai berikut.

1. Profesi harus dipandang (dan dihayati) sebagai suatu pelayanan, sehingga karena itu, maka sifat tanpa pamrih menjadi ciri khas dalam mengemban profesi. Artinya, pertimbangan yang menentukan dalam pengambilan keputusan adalah kepentingan pasien atau klien serta kepentingan umum, dan bukan kepentingan pegemban profesi sendiri.
2. Pelayanan profesional dalam mendahulukan kepentingan pasien atau klien mengacu pada kepentingan atau nilai-nilai luhur sebagai norma kritik yang memotivasi sikap dan tindakan.
3. Pengembanan profesi harus selalu mengacu pada masyarakat sebagai keseluruhan.

4. Agar persaingan dalam pelayanan berlangsung secara sehat sehingga dapat menjamin mutu dan peningkatan mutu pengembanan profesi harus bersemangatkan solidaritas antar sesama rekan seprofesi.

Sehubungan dengan profesi ini adalah pengambilan keputusan etik yang ditentukan berdasarkan pertimbangan berbagai hal seperti prinsip, nilai, hak, kewajiban serta kepentingan yang paling terkena (Wiradharma, 1999). Keputusan etik mem1iliki beberapa ciri yang membedakan dengan keputusan non etik yaitu:

1. Semua pertimbangan etik menyangkut pertimbangan tentang apa yang benar dan apa yang salah.
2. Pengambilan keputusan etik sering berkaitan dnegan pilihan yang sukar. Dalam hal ini pertimbangan etis perlu dibedakan dengan kemauan etis. Kemauan mengambil keputusan yang benar tidak sama dengan kemampuan untuk memutuskan. Kemauan untuk berbuat baik harus kuat dan pasti.
3. Keputusan etis tidak mungkin dielakkan. Keputusan untuk tidak mengambil keputusan atau menunda keputusan merupakan semacam keputusan yang membawa konsekuensi. Jadi harus secara aktif mengambil keputusan dengan memikul tanggung jawabnya atau secara pasif mengambil keputusan dengan membairkan orang-orang dan peristiwa-peristia berjalan terus tanpa campur tangan kita.
4. Keputusan etis tidak hanya dipengaruhi oleh berbagai norma yang dipertimbangkan dan pemahaman akan situasi tetapi juga oleh keyakinan, kepribadian, dan lingkungan sosial. ●

BAB V
KODE ETIK PROFESI

A. Pengertian Kode Etik

Kode etik atau *codex* (latin) sama dengan himpunan berarti usaha menghimpun apa yang tersebar. Kode etik merupakan himpunan norma yang disepakati dan ditetapkan oleh dan untuk pengemban profesi misal Kode Etik Kedokteran Indonesia, Kode Etik Keperawatan. Kode etik adalah kumpulan asas dan nilai yang berkenaan dengan moral, sehingga ia bersifat normatif tidak empiris seperti halnya pada "*behavioral science*" Penilaian sesuatu dari segi etika selalu membutuhkan norma dan nilai tentang apa yang dianggap "*the oughts and shoulds of society*" .

Kode etik harus selalu mengikuti perkembangan sesuai dengan perubahan lingkungan, ilmu pengetahuan dan teknologi serta kemajuan dalam profesi itu sendiri, sehingga sewaktu-waktu kode etik perlu untuk dinilai dan direvisi kembali oleh profesi.

Tiap profesi mengenal pendidikan/latihan yang khusus. Tiap profesi harus mengabdi kepada masyarakat. Tiap profesi memiliki suatu kode moral, suatu kode etik tersendiri. Kode etik adalah pedoman perilaku yang berisi garis-garis besar. Kode etik harus memiliki sifat-sifat antara lain:

1. Kode etik harus rasional, tetapi tidak kering dari emosi

2. Kode etik harus konsisiten, tetapi tidak kaku,
3. Kode etik harus bersifat universal.

Kode etik profesi terdiri atas aturan kesopanan dan aturan kelakuan dan sikap antar para anggota profesi tersebut. Anggota profesi yang melanggar kode etik tersebut ditertibkan atau dihukum atau dikeluarkan dari profesi itu oleh para anggota profesi itu sendiri, biasanya oleh suatu dewan atau majelis yang dipilih atau ditunjuk khusus untuk itu oleh dan dari anggota profesi tersebut.

Dengan kata lain yang wajib menjatuhkan sanksi terhadap mereka yang melanggar adalah kelompok profesi itu sendiri, meskipun banyak yang beranggapan bahwa seharusnya pemerintahlah yang menghukum pelanggar itu. Kode etik profesi mencegah campur tangan pihak diluar organisasi profesi tentang hubungan etika dalam keanggotaan profesi. Arti tersebut dapat dijelaskan bahwa para pelaksana profesi pada suatu instansi atau perusahaan yang lain tidak boleh mencampuri pelaksanaan profesi dilain instansi atau perusahaan. pengembangan kode etik profesi untuk dipatuhi dan dilaksanakan oleh pendukungnya mengandung 3 nilai yaitu:

1. Suatu kode etik profesi memudahkan dalam pengambilan keputusan secara efisien. Dalam hal ini kode etik berfungsi sebagai arahan (*guide lines*) khususnya dalam menyelesaikan masalah dalam pelayanan Kesehatan.
2. Secara individual para pengemban profesi itu seringkali membutuhkan arahan dalam menjalankan tugas profesionalnya.
3. Kode etik profesi menciptakan suatu pola perilaku yang diharapkan oleh klien/pasiennya secara professional.

Kode etik suatu profesi biasanya ditetapkan oleh profesi yang bersangkutan dalam suatu kongres, supaya mempunyai kekuatan mengikat dan pemberian sanksi yang tegas bagi setiap anggota profesi yang melakukan pelanggaran terhadap kode etik., kode etik keberlakuannya ditetapkan melalui suatu peraturan perundang-undangan. Dengan demikian kode etik profesi dapat dikatakan

hukum khusus profesi.

Kode etik profesi merupakan "suatu pernyataan komprehensif dari profesi yang memberikan tuntunan bagi angotanya untuk melaksanakan praktik dalam bidang profesinya baik yang berhubungan dengan klien/pasien, keluarga, masyarakat, teman sejawat, profesi dan dirinya sendin".

Namun dikatakan bahwa kode etik pada zaman di mana nilai–nilai peradaban semakin kompleks, kode etik tidak dapat lagi dipakai sebagai pegangan satu–satunya dalam menyelesaikan masalah etik, untuk itu dibutuhkan juga suatu pengetahuan yang berhubungan dengan hukum. Benar atau salah pada penerapan kode etik, ketentuan/nilai moral yang berlaku terpulang kepada profesi.

B. Tujuan Kode Etik Profesi

Pada dasarnya perumusan suatu kode etik dimaksudkan untuk kepentingan anggota profesi dan organisasi profesi. Secara umum tujuan kode etik adalah menciptakan atau merumuskan kode etik suatu profesi adalah untuk kepentingan anggota dan kepentingan organisasi.Secara umum tujuan menciptakan kode etik adalah sebagai berikut:

1. **Untuk menjunjung tinggi martabat dan citra profesi.**
   Dalam hal ini yang dijaga adalah *image* dari pihak luar atau masyarakat mencegah orang luar memandang rendah atau remeh suatu profesi. Oleh karena itu, setiap kode etik suatu profesi akan melarang berbagai bentuk tindak tanduk atau kelakuan anggota profesi yang dapat mencemarkan nama baik profesi di dunia luar. Dari segi ini kode etik juga disebut kode kehormatan. Melalui kode etiknya tiap profesi melarang para anggotanya dari sikap dan tindakan yang akan memncemarkan nama profesi.
2. **Untuk menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggota.**
   Kesejahteraan material dan spiritual atau mental. Dalam hal

kesejahteraan materil angota profesi kode etik umumnya menerapkan larangan-larangan bagi anggotanya untuk melakukan perbuatan yang merugikan kesejahteraan. Kode etik juga menciptakan peraturan-peraturan yang ditujukan kepada pembahasan tingkah laku yang tidak pantas atau tidak jujur para anggota profesi dalam interaksinya dengan sesama anggota profesi.

3. **Untuk pengabdian para anggota profesi.**
   Dalam hal ini kode etik juga berisi tujuan pengabdian profesi tertentu, sehingga para anggota profesi dapat dengan mudah mengetahui tugas dan tanggung jawab pengabdian profesinya. Oleh karena itu kode etik merumuskan ketentuan-ketentuan yang perlu dilakukan oleh para anggota profesi dalam menjalankan tugasnya
4. **Untuk meningkatkan mutu profesi.**
   Kode etik juga memuat tentang norma-norma serta anjuran agar profesi selalu berusaha untuk meningkatkan mutu profesi sesuai dengan bidang pengabdiannya. Selain itu kode etik juga mengatur bagaimana cara memelihara **dan meningkatkan mutu organisasi profesi.**

Tiap profesi memilik Kode etik, profesi di bidang kedokteran di Indonesia yang biasa disebut dengan Kode Etik Kedoketran Indonesia (KODEKI) dikeluarkan SK Menteri Kesehatan No. 434/Menkes/SK/X/1983. KODEKI ini disusun dengan mempertimbangkan International Code of Medical Ethics dengan landasan idiil Pancasila dan landasan strukrturil UUD 1945. KODEKI ini mengatur hubungan antar manusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, kewajiban dokter terhadap pasien, kewajiban dokter terhadap sejawatnya dan kewajiban dokter terhadap dirinya sendiri.

Kode etik di bidang ke perawatan diatur dalam Kpts Munas IV PPNI Bo. 09/MUNAS IV/PPNI/1989 tentang Pemberlakuan Etik Keperawatan. Dalam Kode Etik ini ditetapkan tanggung jawab perawat terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, tanggung

jawab terhadap petugas, tangggungjawab tehadap sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, tanggung jawab terhadap profesi keperawatan, tanggung jawab terhadap pemerintah, bangsa, dan tanah air.

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia diatur dalam Kepmen. Kesehatan No. 924/Menkes/SK/XII/1986 tentang Berlakunya Kode Etik Rumah sakit Indonesia. Dalam Kode Etik ini ditetapkan kewajiban rumah sakit yaitu kewajiban umum rumah sakit yaitu mengawasi dan bertanggung jawab terhadap semua kejadian (Corporate liability), memberikan pelayanan yang baik (duty of due cara), memberikan pertolongan emergency tanpa mengharuskan pembiayaan uang muka, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap pasien, kewajiban rumah sakit terhadap staf, kewajiban lain-lain yakni harus selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanan, mengikuti perkembangan perumahsakitan, memelihara hubungan yang baik antar rumah sakit dan sebagainya. ●

BAB VI

ETIKA DAN KODE ETIK KESEHATAN

A. Etika dan Kode Etik Kedokteran

1. Dasar Hukum Praktik Kedokteran

a. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Dalam undang-undang praktik kedokteran diatur mengenai hak dokter yaitu pada Pasal 50 menyebutkan sebagai berikut:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standart profesi dan standar prosedur operasional.
2. Memberikan pelayanan medis menurut standart profesi dan standart prosedur operasional.
3. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien dan keluarganya
4. Menerima imbalan jasa

Adapun kewajiban dokter terdapat dalam Pasal 51 menyebutkan sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan

medis pasien.

2. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
3. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.
4. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila Ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
5. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

b. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi.

Pasal 2 Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter Dan Dokter Gigi ini menetapkan bahwa Tujuan penegakan disiplin dokter/dokter gigi sejalan dengan amanah tujuan dari Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004untuk

1. Melindungi pasien/masyarakat dari tindakan yang dilakukan dokter dan dokter gigi yang tidak kompeten
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dokter dan dokter gigi
3. Menjaga kehormatan profesi

Pasal 3 ayat (2) Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter Dan Dokter Gigimenetapkan bentuk pelanggaran disiplin kedokteran antara lain:

1. Melakukan praktik kedokteran dengan tidak kompeten
2. Tidak merujuk pasien kepada dokter atau dokter gigi lain yang memiliki kompetensi lain yang sesuai. Rujukan bisa tidak dilakukan bila kondisi pasien tidak memungkinkan untuk dirujuk, keberadaan tenaga medis lain atau sarana

kesehatan yang lebih tepat sulit dijangkau atau didatangkan, atas kehendak pasien.

3. Mendelegasikan pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut. Pendelegasian kepada tenaga kesehatan harus sesuai kompetensi dan ketrampilan mereka, tanggung jawab tetap pada dokter
4. Menyediakan dokter atau dokter gigi pengganti sementara yang tidak memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai, atau tidak melakukan pemberitahuan perihal penggantian tersebut.
5. Menjalankan praktik kedokteran dalam kondisi tingkat kesehatan fisik ataupun mental sedemikian rupa sehingga tidak kompeten dan dapat membahayakan pasien.
6. Dalam penatalaksanaan pasien, melakukan yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan yang seharusnya dilakukan, sesuai dengan tanggung jawab profesionalnya, tanpa alasan pembenar atau pemaaf yang sah, sehingga dapat membahayakan pasien.
7. Melakukan pemeriksaan atau pengobatan berlebihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien.
8. Tidak memberikan penjelasan yang jujur, etis dan memadai *(adequate information)* kepada pasien atau keluarganya dalam melakukan praktik kedokteran.
9. Melakukan tindakan medik tanpa memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarga dekat atau wali atau pengampunya.
10. Dengan sengaja, tidak membuat atau menyimpan rekam medik, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.
11. Melakukan perbuatan yang bertujuan untuk menghentikan kehamilan yang tidak sesuai dengan ketentuan, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan dan

etika profesi.

12. Melakukan perbuatan yang dapat mengakhiri kehidupan pasien atas permintaan sendiri dan atau keluarganya.
    Dalam dalam kondisi sakit terminal, di mana upaya kedokteran kepada pasien merupakan kesia-siaan (futile) menurut *state of the art* ilmu kedokteran, maka dengan persetujuan pasien dan atau keluarga dekatnya, dokter dapat menghentikan pengobatan, akan tetapi dengan tetapi memberikan perawatan yang layak.)
13. Menjalankan praktik kedokteran dengan menerapkan pengetahuan atau ketrampilan atau teknologi yang belum diterima atau di luar tatacara prektik kedokteran yang layak.
14. Melakukan penelitian dalam praktik kedokteran dengan menggunakan manusia sebagai subjek penelitian, tanpa memperoleh persetujuan etik dari lembaga yang diakui pemerintah.
15. Tidak melakukan pertolongan darurat atas dasar perike-manusiaan, padahal tidak membahayakan dirinya, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
16. Menolak atau menghentikan tindakan pengobatan terhadap pasien tanpa alasan yang layak dan sah sebagaimana di-atur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.
    Pertimbangan dokter atau dokter gigi untuk menolak atau mengakhiri pelayanan kepada pasien:
    a. Pasien melakukan intimidasi kepada dokter,
    b. Pasien melakukan kekerasan kepada dokter,
    c. Pasien berperilaku merusak hubungan saling percaya tanpa alasan.
17. Membuka rahasia kedokteran sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.

Pengungkapan rahasia informasi medik kecuali
   a. Permintaan MKDKI,
   b. Majelis hakim dalam sidang pengadilan,
   c. Sesuai peraturan perundang-undangan
18. Membuat keterangan medic yang tidak didasarkan kepada hasil pemeriksaan yang diketahuinya secara benar dan patut.
19. Turut serta dalam perbuatan yang termasuk tindakan penyiksaan (torture) atau eksekusi hukuman mati.
20. Meresepkan atau memberikan obat golongan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan etika profesi.
21. Melakukan pelecehan seksual, tindakan intimidasi atau tindakan kekerasan terhadap pasien di tempat praktik.
22. Menggunakan gelar akademik atau sebutan profesi yang bukan haknya.
23. Menerima imbalan sebagai hasil dari merujuk atau meminta pemeriksaan atau memberikan resep obat/ alat kesehatan.
24. Mengiklankan kemampuan/pelayanan atau kelebihan kemampuan/pelayanan yang dimiliki, baik lisan ataupun tulisan, yang tidak benar atau menyesatkan.
25. Ketergantungan pada narkotika, psikotropika, alcohol serta zat adiktif lainnya.
26. Berpraktik dengan menggunakan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Ijin Praktik (SIP) dan/atau sertifikat yang tidak sah.
27. Ketidakjujuran dalam menentukan jasa medic.
28. Tidak memberikan informasi, dokumen dan alat bukti lainnya yang diperlukan MKDKI untuk pemeriksaan atas pengaduan dugaan pelanggaran disiplin.

c. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No.15/KKI/PER/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI DAN MKDKI di Tingkat Provinsi.

Pasal 3 (1) Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No.15/KKI/PER/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI DAN MKDKI di Tingkat Provinsi menetapkan ini menetapkan Fungsi MKDKI dan MKDKI-P adalah

1. Untuk penegakan disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran.

2. Penegakan disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah penegakan aturan-aturan dan/atau penerapan keilmuan dalam pelaksanaan pelayanan yang harus diikuti oleh dokter dan dokter gigi.

Pasal 4 (1) Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No.15/KKI/PER/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI DAN MKDKI di Tingkat Provinsi ini menetapkan Tugas MKDKI:

a. Menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan; dan
b. Menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi.

Ayat (2) pasal ini menetapkan Tugas MKDKI-P menerima pengaduan, memeriksa, memutuskan ada tidaknya kasus pelanggaran disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan menentukan sanksi yang diajukan di provinsi.

Pasal 5 (1) Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No.15/KKI/PER/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI DAN MKDKI di Tingkat Provinsi ini menetapkan Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) MKDKI mempunyai wewenang:

a. Menerima pengaduan pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi

b. Menetapkan jenis pengaduan pelanggaran disiplin atau pelanggaran etika atau bukan keduanya
c. Memeriksa pengaduan pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi; d. memutuskan ada tidaknya pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi
d. Menentukan sanksi terhadap pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi
e. Melaksanakan keputusan MKDKI
f. Menyusun tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi
g. Menyusun buku pedoman MKDKI dan MKDKI-P
h. Membina, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas MKDKI-P;
i. Membuat dan memberikan pertimbangan usulan pembentukan MKDKI-P kepada Konsil Kedokteran Indonesia dan
j. Mengadakan sosialisasi, penyuluhan, dan diseminasi tentang MKDKI dan dan MKDKI-P mencatat dan mendokumentasikan pengaduan, proses pemeriksaan, dan keputusan MKDKI.

2. Etika Kedokteran

Menurut pasal 1 butir 11 Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang di peroleh melalui pendidikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat.

Hakikat profesi kedokteran adalah bisikan nurani dan panggilan jiwa *(calling),* untuk mengabdikan diri kepada kemanusiaan berdasarkan moralitas yang kental. Prinsip-prinsip kejujuran, keadilan, empati, keikhlasan, kepedulian sesama dalam rasa kemanusiaan, rasa kasih sayang *(compassion),* dan ikut merasakan penderitaan

orang lain yang kurang beruntung. Dengan demikian, seorang dokter tidak boleh egois melainkan mengutamakan orang lain, mengobati orang sakit *(altruism)*.

Tujuan pendidikan etika dalam pendidikan dokter adalah untuk menjadikan calon dokter lebih manusiawi dengan memiliki kematangan intelektual dan emosional. Etik profesi kedokteran merupakan seperangkat perilaku para dokter dan dokter gigi dalam hubungannya dengan pasien, keluarga, masyarakat, teman sejawat dan mitra kerja. Rumusan perilaku para anggota profesi disusun oleh organisasi profesi bersama-sama pemerintak menjadi suatu kode etik profesi yang bersagkutan. Tiap-tiap jenis tenaga kesehatan telah memiliki kode etiknya, namun kode etik tenaga kesehatan tersebut mengacu pada kode etik kedokteran indonesia (KODEKI).

Etika kedokteranadalahEtika profesi yang tertua di dunia yang berisikan prinsip moral yang menjadi landasan dokter menjalankan tugas terutama hubungannya dengan pasien.

Sesungguhnya landasan Etik Kedokteran Indonesia adalah:

1. Sumpah Hipokrates
2. Deklarasi Geneva
3. Lafal Sumpah Dokter Indonesi
4. Kode Etik Indonesia
5. Deklarasi Ikatan Dokter Sedunia

Sumpah Hipokrates yang menjadi dasar sumpah dokter Indonesia di atas mengandung delapan buah nasihat atau peringatan yaitu:

1. Mengajarkan ilmu kedokteran kepada mereka yang berhak menerimanya.
2. Mempraktikan ilmu kedokteran hanya untuk memberikan manfaat sebanyak-banyaknya bagi pasien.
3. Tidak mengerjakan sesuatu yang berbahaya bagi pasien.
4. Tidak melakukan pengguguran buatan yang bersifat kejahatan.
5. Menyerahklan perasat-perasat tertentu kepad teman-

teman sejawat yang ahli lapangan yang bersangkutan.

6. Tidak mempergunakan kesempatan untuk melakukan kejahatan atau godaan yang mungkin timbul dalam mengerjakan praktik kedokteran.
7. Hidup dalam keadaaan suci dan sopan santun.
8. Memelihara rahasia jabatan.

Lafal Sumpah Dokter sesuai dengan Deklarasi Geneva (1948) yang disetujui oleh *General Assembly World Medical Association* (GA WMA) yang kemudian diamander di Sydney (1968) yang berbunyi sebagai berikut:

"Pada saat diterima sebaagai anggota profesi kedokteran saya bersumpah bahwa:

1. Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan
2. Saya akan menghormati dan berterima kasih kepada guru-guru saya sebagaimana layaknya.
3. Saya akan menjalankan tugas saya sesuai dengan hati nurani dengan cara yang terhormat.
4. Kesehatan penderita senantiasa akan saya utamakan
5. Saya akan merahasiakan segala rahasia yang ketahui bahkan sesudah pasien meninggal dunia
6. Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur jabatan kedokteran.
7. Teman sejawat akan saya perlakukan sebagai saudara-saudara saya
8. Dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien, saya tidak mengizinkan terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, politik kepartaian atau kedudukan sosial.
9. Saya akan menghormati setiap hidupinsani mulai dari saat pembuahan.
10. Sekalipun diancam, saya tidak akan mempergunakan pengetahuan kedokteran saya untuk sesuatu yang

bertentangan denganhukum kemanusiaan.

11. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan bebas, dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.

    Lafal sumpah dokter Indonesia sesuai dengan Deklarasi Geneva (1048) telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh Majelis Pertimbagan Kesehatan dan Syara Departemen Kesehatan RI dan Panitia Dewan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahu 1959. Lafal sumpah dokter kemudian dikukuhan diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter.

Pada Musyawarah Kerja Nasional Etik Kedokteran Indonesia II di Jakarta pada tanggal 14-16 Dsember 1961 oleh Departemen Kesehatan RI telah disepakati beberapa perubahan dan penyempurnaan lafal sumpah doktersesuai dengan perkembangan bidang kesehatan. Lafal Sumpah Dokter tersebut berbunyi sebagai berikut: Demi Allah saya bersumpah/berjanji, bahwa:

1. Saya akan membaktikan hidupsaya guna kepentingan perikemanusiaan
2. Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur jabatn kedokteran
3. Saya akan menjalankan tugas saya dengan cara yag terhormat dan bersusila sesuai martabat pekerjaan saya sebgai dokter
4. Saya akan menjalankan tugas saya dengan mengutamakan kepentingan masyarakat
5. Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang ketahui karean pekerjaan saya dan keilmuan saya sebagai dokter.
6. Saya akan tidak mempergunakan pengetahuan kedokteran saya utuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan, sekalipun diancam
7. Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan penderita
8. Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguhsupaya

saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, perbedaan kelamin, politik kepartaian atau kedudukan sosial dalam menunaikan kewajiban terhadap penderita.

9. Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai dari saat pembuahan.
10. Saya akan memberikan kepada guru-guru saya dan bekas guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terima kasih yang selayaknya.
11. Saya akan memperlakukan teman sejawat saya sebagaimana saya ingin sendiri diperlakukan.
12. Saya akan menaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indoensia.
13. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.

Jika dicermati Lafal Sumpah Hipokrates denga Lafal Sumpah Dokter Indonesia, terlihat bahwa bahwa Lafal Sumpah Hipokrates mengandung butir-butir yang berkaitan dengan larangan melakukan euthanasia aktif, abortus provocatus, dan pelecehan seksual. Selain itu juga mengandung prinsip kewajiban rujukan jika tidak mampu dan kewajiban memelihara rahasia pekerjaan dokter.

Lafal Sumpah Hipokrates juga mengandung kewajiban perlakuan yang selayaknya terhadap guru-guru beserta anaknya.

Lafal Sumpah Hipokrates hanya sesuai perkembangan ilmu kedoktern pada zaman Hipokrates, pengobatan ditujukan pada individu, karena belum diketahuinya penyakit menular dan belum berkembangnya ilmu kesehatan masyarakat. Selain itu belum diketahui tentang fisiologi reproduksi manusia, maka butir khusus tentang hidup insane sejak pembuahan sejak saat pembuahan tidak tercantum.

Salah satu aspek etik dalam dunia kedokteran yang sangat penting adalah etika medik yang pengamalannya pada etika klinis. Etika Klinis menurut Jonsen cs (Jacobalis, 2000) adalah disiplin

praktis yang memberikan pendekatan terstruktur untuk mengambil keputusan yang dapat membantu dokter mengidentifikasikan, menganalisis, dan memecahkan masalah-masalah etika dalam ilmu kedokteran klinis. Berlainan dengan etika medis yang membahas tentang pengambilan keputusan oleh dokter dalam melakukan tindakan terhadap pasien. Jadi etika klinis adalah penerapan etika medis dalam praktik klinis. Keputusan yang diambil dokter dan profesi medis lainnya.

Pembahasan tentang etika klinis meliputi pada 4 topik yaitu:

1. Indikasi medis
2. Preferensi atau pilihan pasien.
3. Mutu hidup pasien
4. Faktor-faktor kontekstual pasien

Intervensi medis ditentukan dengan bertanya, intervensi medis apa yang terbaik dilakukan untuk mengatasi masalah klinis pada pasien? Karena indikasi medis berkaitan dengan tujuan intervensi, yang pada hakekatnya sama dengan tujuan umum ilmu kedokteran yakni sebagian dari hal-hal berikut:

1. Meningkatkan derajad kesehatan dan mencegah penyakit
2. Meringankan gejala, rasa nyeri, dan penderitaan
3. Menyembuhkan penyakit
4. Mencegah kematian yang belum waktunya
5. Meningkatkan fungsi-fungsi atau mempertahankan fungsi-fungsi alat dan sistem tubuh agar jangan bertambah mundur (mempertahankan atau meningkatkan *quality of life*).
6. Pendidikan dan konseling pada pasien tentang kondisi dan prognosis
7. Mencegah mudharat pada pasien selama proses asuhan

Menghormati preferensi pasien bagian dari pengakuan terhadap hak otonomi pasien Jika preferensi pasien sama dengan indikasi medis dan intervensi medis yang ditetapkan oleh dokter, hal itu ditetapkan dalam bentuk suatu *informed consent.*

Namun, harus diakui dalam praktiknya terdapat berbagai faktor yang menghambat atau membatasi dokter untuk sepenuhnya menghormati preferensi pasien yaitu:

1. Kesenjangan antara pngetahuan dokter dan pasien
2. Kemampuan pasien yang terbatas untuk memahami informasi yang diungkapkan
3. Kondisi mental dan stres yang dialami pasien karena penyakitnya
4. Kualitas psiko-dinamika dalam hubungan dokter pasien.

Preferensi pasien dapat juga berarti pilhan untuk menolak intervensi medis yang dianjurkan dokter. Penolakan pasien dapat terjadi karena:

1. Alasan kepercayaan atau agama
2. Tanpa alasan yang jelas dan dapat dimengerti secara rasional
3. Karena tidak mampu membayar biaya pengobatan, atau ia tidak mau mengorbankan kepentingan keluarga demi biaya pengobatan dirinya.
4. Pasien sudah memberikan " petunjuk di muka" artinya ia sudah memberikan instruksi atau wasiat waktu dalam keadaan belum sakit dan sadar penuh.

Mengenai mutu hidup pasien sukar didefinisikan secara pasti. Mutu dapat dilihat dari dua pendekatan yaitu:

1. Dari kaca mata orang bersangkutan sendiri Dalam hal ini mutu hidup dapat didefinisikan sebagai kepuasan atau ketidak puasan subjektif seseorang yang dirasakan atau dinyatakannya tentang kondisi fisik, mental, dan sosialnya.
2. Dari kaca mata orang lain yaitu kondisi mental, fisik, dan sosial seseorang yang dinilai oleh orang lain di luar dirinya sendiri.

Tentang faktor kontekstual pasien adalah aspek-aspek sosial, ekonomi, dan keuangan keluarga, hukum dan lain-lain, serta pengaruh lingkungan institusional di mana pasien itu dirawat

yang berpengaruh langsung atau tidak langsung terhadap masalah klinis pasien. Secara terinci faktor-faktor kontekstual terhadap pasien itu adalah:

1. Peran keluarga, teman dekat, majikan dan lain sebagainya
2. Biaya pengobatan
3. Alokasi dan distribusi sumberdaya kesehatan oleh pemerintah
4. Peran dan perkembangan askes/JPKM
5. Perkembangan teknologi medis
6. Hukum dan peraturan perundang-undangan
7. Pendidikan dokter
8. Tingkat kesejahteraan masyarakat
9. Keamanan dan ketertiban masyarakat.

Jika dicermati bahasan etika klinis di atas, maka dapat dikatakan bahwa etika klinis yang lingkupnya terbatas pada hubungan dokter pasien.

3. Kode Etik Kedokteran Indonesia

Kode etik profesi, di bidang kedokteran di Indonesia yang biasa disebut dengan Kode Etik Kedoketran Indonesia (KODEKI) dikeluarkan SK Menteri Kesehatan No.434/Menkes/SK/X/1983. KODEKI ini disusun dengan mempertimbangkan International Code of Medical Ethics dengan landasan idiil Pancasila dan landasan strukrturil UUD 1945. KODEKI ini mengatur hubungan antar manusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, kewajiban dokter terhadap pasien, kewajiban dokter terhadap sejawatnya dan kewajiban dokter terhadap dirinya sendiri.

Kode Etik Kedokteran Indonesia merupakan pedoman bagi dokter Indonesia anggota IDI dalam melaksanakan praktik kedokteran. Tertuang dalam SK PB IDI no 221/PB/A.4/04/2002 tanggal 19 April 2002 tentang penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Kode Etik Kedokteran Indonesia pertama kali disusun pada tahun 1969 dalam Musyawarah Kerja Susila Kedokteran Indonesia.

Sebagai bahan rujukan yang dipergunakan pada saat itu adalah Kode Etik Kedokteran Internadional yang telah disempurnakan pada tahun 1968 melalui Muktamar Ikatan Dokter Sedunia ke 22, yang kemudian disempurnakan lagi pada MuKerNas IDI XIII, tahun 1983.

KEWAJIBAN UMUM

Pasal 1

Setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan Sumpah Dokter.

Pasal 2

Seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standard profesi yang tertinggi.

Pasal 3

Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilngnya kebebasan dan kemandirian profesi.

Pasal 4

Setiap dokter harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri.

Pasal 5

Tiap perbuatan atau nasehat yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien.

Pasal 6

Setiap dokter harus senantiasa berhati hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan tehnik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.

Pasal 7

Seorang dokter hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya.

Pasal 7a

Seorang dokter harus, dalam setiappraktik medisnya, memberikan pelayanan medis yang kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang *(compassion)* dan penghormatan atas martabat manusia.

Pasal 7b

Seorang dokter harus bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dansejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya yang dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan, dalam menangani pasien.

Pasal 7c

Seorang dokter harus menghormati hak hak pasien, hak hak sejawatnya, dan hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien.

Pasal 7d

Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi hidup mahluk insani.

Pasal 8

Dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), baik fisik maupun psiko-sosial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdi masyarakat yang sebenar benarnya.

Pasal 9

Setiap dokter dalam bekerja sama dengan para pejabat dibidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat, harus saling menghormati.

KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP PASIEN

Pasal 10

Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan ketrampilannya untuk kepentingan pasien. Dalam hal ini ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka atas persetujuan pasien, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.

Pasal 11

Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasehatnya dalam beribadat dan atau dalam masalah lainnya.

Pasal 12

Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

Pasal 13

Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP TEMAN SEJAWAT

Pasal 14

Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.

Pasal 15

Setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan atau berdasarkan prosedur yang etis.

KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP DIRI SENDIRI

Pasal 16

Setiap dokter harus memelihara kesehatannya, supaya dapat bekerja dengan baik.

Pasal 17

Setiap dokter harus senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tehnologi kedokteran/kesehatan.

4. Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) Indonesia

Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) diatur dalam Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Indonesia (Pedoman MKEK**).** MKEK memiliki tugas menegakkan etika profesi kedokteran. MKEK merupakan badan otonom Ikatan Dokter Indoesia (IDI).,

Pasal 1 Angka 3 Pedoman MKEK menetapkan bahwa "Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) ialah salah satu badan otonom Ikatan Dokter Indonesa (IDI) yang dibentuk secara khusus di tingkat Pusat, Wilayah *dan Cabang untuk menjalankan tugas kemahkamahan profesi, pembinaan etika profesi dan atau tugas kelembagaan dan ad hoc lainnya dalam tingkatannya masing-masing."*

MKEK bertugas melaksanakan bimbingan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan etik kedokteran, sehingga pengabdian profesi dan peran aktif tersebut agar tetap sesuai, searah dan sejalan

dengan cita-cita luhur profesi kedokteran, telah dibentuk MKEK. Jadi, MKEK itu memiliki tugas untuk membimbing, mengawas, dan menilai pelaksanaan etik kedokteran apakah sudah sejalan dengan cita-cita luhur profesi kedokteran.

Pada dasarnya MKEK Wilayah itu memiliki fungsi untuk melaksanakan tugas MKEK juga (namun di wilayah provinsi), maka MKEK Wilayah juga melaksanakan tugas, antara lain:

a. Secara umum menyampaikan pertimbangan pelaksanaan etika kedokteran dan usul secara lisan dan tertulis, diminta atau tidak diminta kepada pengurus IDI setingkat (Pasal 9 angka 1 Pedoman MKEK).
b. Ikut mempertahankan hubungan dokter dan pasien sebagai hubungan kepercayaan (Pasal 10 ayat (1) Pedoman MKEK).
c. Membantu penyelenggaraan uji kompetensi khusus bidang etika kedokteran oleh perangkat dan jajaran IDI yang setingkat maupun oleh institusi kedokteran lain yang memerlukannya (Pasal 10 ayat (4) Pedoman MKEK).
d. Membantu IDI yang setingkat dalam menyelesaikan dan menyidangkan kasus status keanggotaan organisasi profesi dokter (Pasal 10 ayat (6) Pedoman MKEK).
e. Bertanggung jawab dalam menjabarkan kebijakan dan garis-garis besar program pembinaan etika kedokteran seluruh Indonesia dan mengkoordinasikannya untuk tingkat provinsi (Pasal 18 ayat (2) Pedoman MKEK).

Selain itu, MKEK Wilayah juga melakukan hubungan koordinatif secara kelembagaan dan penanganan perkara kasus dengan lembaga atau majelis disiplin kedokteran atau penegak hukum sesuati tingkatan yurisdiksinya, termasuk melakukan tugas dan wewenang kemahkamahan bersama-sama jika terdapat hubungan erat antara dokter teradu dengan pihak peradu profesi atau kelembagaan tersebut [Pasal 12 ayat (5) Pedoman MKEK].

5. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

MKDKI adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, dan menetapkan sanksi (**Pasal 1 angka 14 UU Praktik Kedokteran**). Untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, dibentuk MKDKI (**Pasal 55 ayat (1) UU Praktik Kedokteran**). MKDKI merupakan lembaga otonom Konsil Kedokteran Indonesia ("KKI"). Hal ini disebut dalam **Pasal 55 ayat (2) UU Praktik Kedokteran**.

MKDKI bertugas untuk memeriksa dan menentukan, serta menjatuhkan sanksi terhadap pelanggaran kode etik. Juga telah diatur dalam Keputusan Presiden No. 56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan. Keanggotaan MDTK ini terdiri atas sarjana hukum, ahli kesehatan yang mewakili organisasi profesional di bidang kesehatan, ahli agama, ahli psikologi, dan ahli sosiologi, ketua dijabat oleh Sarjana Hukum yang mempunyai pengetahuan di bidang hukum kesehatan. Majelis ini bertugas untuk menentukan ada tidaknya kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam menjalankan tugasnya.

Tugas MKDKI tercantum dalam **Pasal 64 UU Praktik Kedokteran** yaitu:

a. menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan; dan
b. menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi.

Dalam praktiknya jika terdapat aduan dari pasien dan atau keluarganya maka MKDKI memeriksa dan memberikan keputusan terhadap pengaduan yang berkaitan dengan disiplin dokter dan dokter gigi (**Pasal 67 UU Praktik Kedokteran**). Adapun keputusan MKDKI itu sifatnya mengikat dokter, dokter gigi, dan KKI yang isinya dapat berupa dinyatakan tidak bersalah atau pemberian

sanksi disiplin. Sanksi disiplin itu dapat berupa (**Pasal 69 UU Praktik Kedokteran**):

a. Pemberian peringatan tertulis
b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik; dan/atau
c. kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Keanggotaan MKDKI terdiri dari tiga orang dokter dan tiga orang dokter gigi dari organisasi profesi masing-masing, tiga orang dokter dan tiga orang dokter gigi yang mewakili asosiasi rumah sakit dan tiga orang sarjana hukum. Ada persyaratan tertentu untuk menjadi anggota MKDKI, seperti yang diatur dalam Pasal 59 Ayat (2) Undang-Undang No. 29 tahun 2009 tentang praktik kedokteran menyebutkan:

a. Warga negara Indonesia
b. Sehat jasmani dan rohani
c. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berakhlak mulia
d. Berkelakuan baik
e. Berusia paling rendah 40 (empat puluh) tahun dan paling tinggi 65 (enam puluh lima) tahun pada saat diangkat
f. Bagi dokter atau dokter gigi, pernah melakukan praktik kedokteran paling sedikit 10 (sepuluh) tahun dan memiliki surat tanda registrasi dokter atau tanda registrasi dokter gigi
g. Bagi sarjana hukum, pernah melakukan praktik di bidang hukum paling sedikit 10 (sepuluh) tahun dan memiliki pengetahuan di bidang hukum kesehatan dan
h. Cakap, jujur, memiliki moral, etika dan integritas yang tinggi serta memiliki reputasi yang baik.

Tugas dari MKDKI adalah **menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi**. Disamping itu, tugas MKDI yang lain adalah menyusun

pedoman dan tatacara penangan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi.

Dalam hal adanya pengaduan adanya kerugian atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran, maka Pasal 66 Undang-Undang No 29 tahun 2004 mengaturnya seperti berikut:

Ayat (1): Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat menagjukan secar tertulis kepada ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.

Ayat (2): Pengaduan sekurang-kurangnya harus memuat: a. identitas pengadu; b. nama dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi dan waktu tindakan dilakukan; dan c. alasan pengaduan.

Ayat (3): Pengaduan sebagaiman dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak menhilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwewenang dan atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.

Terhadap pengaduan yang berkaitan dengan disiplin dokter dan dokter gigi maka MKDKI memeriksa dan memberi keputusan. Apabila ditemukan adanya pelanggaran etika, maka MKDKI akan meneruskan pengaduan tersebut ke organisasi profesi dalam hal ini ke Majelis Kehormatan Etik Indonesia (MKEK). Keputusan yang dibuat oleh MKDKI sehubungan dengan ditemukannya pelanggaran disiplin, mengikat dokter, dokter gigi dan Konsil Kedokteran Indonesia. Keputusan yang diberikan dapat dinyatakan tidak bersalah atau pemberian sanksi disiplin, pasal 69 ayat (3):

1. Pemberian peringatan tertulis
2. Rekomendasi pencabutan STR atau SIP. Pencabutan STR atau SIP sementara selama-lamanya 1 tahun, atau rekomendasi pencabutan STR atau SIP tetap atau selama-

lamanya.

3. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi. Pendidikan dapat berupa: pendidikan formal, pelatihan dalam pengetahuan dan atau ketrampilan, magang, sekurang-kurangnya 3 bulan dan paling lama 1 tahun).

Pendisiplinandokter dilakukan melalui MKDKI atau MKEK dan hanya dibatasi pada hal disiplin dan etika saja, yang bagi pasien atau keluarga jelas hal ini bukanlah topik yang mudah diketahui dan dipahami. Sehingga pembuktian ada tidaknya pelanggaran disiplin atau etika menjadi "sulit dimengerti" oleh pasien, disamping itu putusan yang diambil dalam pendisiplinan ini hanya bersifat administratif yang umumnya tidak berhubungan langsung dengan pasien, sehingga pasien atau keluarga "kurang puas" dengan putusan yang diberikan.

6. Standar Profesi Medik

Semua profesional dalam melaksanakan pekerjaannya harus sesuai dengan apa yang disebut standar (ukuran) profesi. Standar profesi adalah pedoman yang harus digunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik (Komalawati, 2002: 177). Terlebih dalam bidang kesehatan para professional harus tahu benar tentang standar profesi dari bidang-bidang kesehatan yang mereka geluti antara lain seperti Dokter, Perawat, Bidan, tak terkecuali perekam medis. Berkenaan dengan pelayanan medik, pedoman yang digunakan adalah standar pelayanan medis yang terutama dititik beratkan pada proses tindakan medis.

Standar profesi dalam bentuk standar pelayanan medik ini juga harus dipakai acuan oleh Rumah Sakit, karena prosedur tetap di dalam standar profesi dibuat sesuai dengan setiap bidang spesialisasi, fasilitas dan sumber daya yang tersedia demi meningkatnya kualitas pelayanan yang diberikan oleh para profesi kesehatan kepada pasien baik dari segi hak-hak yang harus didapatkan oleh pasien maupun

kewajiban-kewajiaban dari para profesi kehehatan itu sendiri.

Menurut Leenen (Indar, 2014) standar profesi medik meliputi:

1. Tindakan yang teliti dan hati-hatiSetiap anggota masyarakat, termasuk dokter harus mentaati norma ketelitian dan keberhati hatian yang wajar dianut di dalam masyarakat. Sebab secara umum seseorang yang karena telah bertindak tidak teliti atau hati merugikan orang lain dianggap telah berbuat kesalahan.
2. Standar medikStandar medis adalah cara bertindak secara medis dalam suatu peristiwa yang nyata yakni berdasarkan ilmu kedokteran dan pengalamannya sebagai dokter. Dengan demikian dokter mempunyai kebebasan di dalam lingkungan standar medis, sebagai suatu tindakan yang bersifat profesional. Demikian pula dokter mempunyai kebebasan untuk bertindak.
3. Kemampuan rata-rata dalam bidang keahlian yang sama Secara yuridis penentuan kemampuan rata-rata didasarkan atas pendapat para saksi ahli dari kelompok keahlian yang samaSecara yuridis penentuan kemampuan rata-rata didasarkan atas pendapat para saksi ahli dari kelompok keahlian yang sama.
4. Situasi dan kondisi yang sama.Keadaan yang sama didasarkan pada keadaan di mana pengobatan dan perawatan itu dilakukan dengan melihat pada fasilitas dan sarana yang digunakan dalam melakukan tindakan tersebut.
5. Asas proposionalitasDilihat dari keseimbangan antara sarana upaya yang dilakukan dengan tujuan konkrit yang ingin dicapai. Sehingga tidak timbul suatu upaya yang dilakukan terkesan sebagai suatu bentuk dari *defensive medicine* dalam arti negatif maupun positif.

B. Etika dan Kode Etik Keperawatan

1. Etika Keperawatan

Perawat *(nurse)* berasal dari bahasa Latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Kata ini pertama kali digunakan oleh Ellis dan Hartley (1984) ketika mereka menjelaskan pengegertian dasar perawat yaitu seseorang yang breperan dalam merawat atau memeliahara membantu dan melindungi seseorang karena sakit, cedera dan proses penuaan. Pengertian ini sudah tentu jauh berbeda dengan fungsi dan peran perawat saat ini. *International Council of Nurses* (ICN) sebagai organisasi perawat sedunia merumuskan pengertian perawat dari definisi yang dikemukakan oleh Virginia Hendersen dengan melihat sisi unik dari perawat yang melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk kesehatan ataupun pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki.

Dalam menjalankan tugas profesional berupa pemberian pelayanan kesehatan perawat harus mendengarkan hati nuraninya terutama dalam menyeleksi dan menentukan mana yang baik dan mana yang buruk, mana yang benar dan mana yang salah untuk dilakukan atau tidak dilakukan. Dalam konteks seperti inilah, penerapan etika teoritis dengan perilaku dan kondisi praktis dan aktual dari perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, tanpa disertai dengan niat untuk mencari keuntungan semata-mata. Dengan kata lain perawat menerapkan nilai-nilai dan atau norma-norma moral dasar dalam menjalankan tugas profesionalnya yakni memberikan pelayanan kesehatan.

Secara sederhana nilai dapat dipandang sebagai gambaran abstrak dalam pemikiran mengenai apa yang baik dan menjadi acuan perilaku. Suatu tindakan perawat yang bernilai sudah tentu mendapat dukungan dari masyarakat di mana tindakan itu dilakukan. Seorang perawat yang melaksanakan suatu tindakan asuhan keperawatan tidak akan mendapat tentangan dan tantangan

dari masyarakat karena sesuai dengan nilaiyang dianut oleh masyarakat yang bersangkutan. Nilai merupankan hak manusia dan pertimbangan etis yang mengatur perilaku seseorang. Karena itu ia melekat dan menjadi milik setiap pribadi manusia. Aktualisasi nilai dipengaruhi lingkungan dan latar belakang pengalaman pribadi sehinga nilai yang dianut oleh seorang dapat berbeda dengan nilai yang dianut orang lain.

Perawat dalam memberikan pelayanan senantiasa berlandaskan ada etika keperawatan. Landasan etik dimaksudkan pedoman tentang baik buruknya suatu tindakan yang berhubungan dengan praktik keperawatan. Terdapat beberapa alasan mengapa landasan etik diperlukan oleh perawat antara lain:

1. Transisi sifat pelayanan dari vokasional menjadi profesional yakni suatu pergeseran orientasi pelayanan keperawatan dari pelayanan yang didasarkan pada ketrampilan semata ke pelayanan yang berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawataan
2. Transisi fokus keperawatan dari peran kuratif ke peran preventif dan promototif,yaitu terjadi pergeseran fokus asuhan keperawatan dari peran kuratif yang didominasi oleh dokter menjadi promotif dan preventif yang mandiri tanpa mengabaikan peran kuratif dan rehablitatif.
3. Transisi fragmentasi keperawatan dari spesialisasi pelayanan keperawatan ke bidang pelayanan keperawatan *medical* bedah, keperawatan anak, keperawatan kebidanan, keperawatan jiwa, keperawatan komunitas dan keperawatan lanjut usia

Pasien,klien merupakan fokus dari upaya keperwatan yang diberikan oleh perawat sebagai salah satu komponen tenaga kesehatan. Dasar hubungan perawat pasiensadalah hubungan yang saling menguntungkan (*mutual relationship*). Sebagai perawat, ia memiliki hak dan kewajiban untuk melaksanakan asuhan keperawatan seoptimal mungkin dengan pendekatan bio, psiko, sosial

spiritual sesuai dengan kebutuhan pasien.Hubungan yang baik antara perawat dengan pasien/klien akan terjadi bila (Ismani, 2001):

a. Terdapat rasa saling percaya antara perawat dengan pasien/klien
b. Perawat benar-benar memahami dan melindungi hak-hak pasien
c. Perawat harus sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada diri pasien yang berasal dari penyakitnya.
d. Perawat harus memahami keberadaan pasien/klien sehingga dapat bersifat sabar dan tetap memperhatikan pertimbangan etis dan moral.
e. Perawat bertanggung jawab atas segala risiko yang mungkin timbul selama pasien/klien dalam perawatan
f. Perawat sedapat mungkin menghindari konflik yang bersifat privasi dengan pasien/klien

Menurut De Young (Guwandi, 1995) terdapat empat tugas utama perawat yakni:

1. Membantu si sakit memperoleh kembali kesehatannya.
2. Membantu yang sehat memlihara kesehatannya.
3. Membantu yang tidak bisa disembuhkan untuk menyadari bagaimana potensinya.
4. Membantu pasien yang menghadapi kematiannya secara manusiawi.

Pada tahun 19982, Dewan Pusat kesehatan Masyarakat *(Centrale Raad Voor de V*olksgezonheid) telah membuat ketentuan mengenai tindakan apa saja yang boleh dilakukan oleh perawat yaitu:.

1. Tindakan dalam rangka penerusan observasi dan bimbingan pasien selama di rumah sakit.
2. Tindakan perawatan dan pengurusan pasien *(Verpleging en verzorging).*
3. Tindakan di bidang medis yang berhubungan dengan aktivitas diagnosis dan terapi dari dokter dan yang

dilaksanakan atas instruksinya.

Pelayanan keperawatan diberikan berupa bantuan karena kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari harisecara mandiri. Bantuan juga ditujukan agar setiap individu mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. Asuhan keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman kepadastandar keperawatan,, dilandasi oleh etik keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan.

Asuhan keperawatan ditujukan untuk memandirikan dan atau menyejahterakan klien diberikan sesuai dengan karakteristik ruang lingkup keperawatan, dikelola secara professional dalam kontek kebutuhan asuhan keperawatan. Ciri pelayanan keperawatan yang bermutu adalah:

a. Memenuhi standar pelayanan keperawatan yang sudah ditetapkan
b. Sumber daya keperawatan dimanfaatkan secara wajar, berhasil guna dan berdaya guna.
c. Aman bagi pasien dan perawat.
d. Memuaskan pasien dan perawat
e. Memperhatikan aspek sosial dan budaya.

2. Pendekatan Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan pada dasarnya dilakukan melalui pendekatan praktik dan pendekatan prinsip keperawatan. Dalam falsafah etika, atau nilai-nilai moral, pada umumnya terdapat dua aliran utama yaitu aliran deontologis *(non-consequentialist)* dan aliran teleologis *(consequentilalist*).

a. Pendekatan Deontologik

Prinsip utama dari pendekatan ini adalah bahwa penilaian benar tidaknya suatu perbuatan atau baik tidaknya seseorang,

tidak perlu dengan melihat apa hasil akhirnya. Yang dinilai adalah perbuatan itu sendiri, dan bukan tujuan atau hasilnya. Contoh yang khas adalah ketaatan kepada perintah Tuhan. Jika seseorang berbuat sesuai dengan apa yang diperintahkan Tuhan maka ia dianggap baik tanpa melihat apapun konsekuensinya. Jika Tuhan melarang orang membunuh sesama manusia maka apapun tujuannya, membunuh tetap merupakan perbuatan yang salah. Namun tidak berarti bahwa aliran deontologis harus selalu bersandar kepada perintah yang dogmatis, melainkan ada juga alasan rasional yang dapat menjelaskan mengapa sesorang wajibberbuat baik. Penganjur teori deontologis yang terkenal adalah Immanuel (1724-1804). Ia mengatakan bahwa kewajiban seseorang untuk berbuat baik dapat dijelaskan secara rasional dan tidak harus bersifat dogmatis. Secara teoritis aliran deontologist akan mencari baik buruknya suatu perbuatan pada perbuatan itu sendiri an sich. Dalam keperawatan (Ismani, 2001) sebagai contoh dapat dikemukakan jika seorang perawat yang berkeyakinan bahwa menyampaikan suatu kebenaran merupakan hal yang sangat penting dan tetap harus disampaikan, tanpa peduli apakah hal tersebut mengakibatkan orang lain tersinggung atau tidak.

b. Pendekatan Teleologik

Aliran telelogis bermula dari United Kingdom yang oleh Jeremi Bentham (1748-1832) dimaksudkan sebagai dasar etis pembaharuan hukum Inggeris, terutama hukum pidana. Pada aliran Teologis atau konsekuensialis, baik buruknya seseorang atau benar salahnya suatu perbuatan, dinilai dari tujuan yang hendak dicapai. Bagi aliran teleologis motif suatu perbuatan tidak penting, tetapi hasil perbuatan yang perlu diperhitungkan Motif manusia tidak bisa dilihat atau diukur, akan tetapi konsekuensi tindakan bisa diperhitungkan (Wiradharma, 1999). Menurut aliran ini, setiap manusia wajib berbuat sesuatu untuk tujuan yang baik. Dari aspek ini euthanasia dapat dibenarkan

oleh aliran teleologis, sedang bagi aliran deontologis apapun alasannya euthanasia dapat dikategorikan pembunuhan. Dalam keperawatan (Ismani, 2001) dapat dikemukakan sebagai contoh. Dalam kondisi di mana seorang pasien segera dioperasi, sedangkan tidak ahli bedah yang berpengalaman dalam bidang tersebut, dokter ahli bedah belum berpengalaman sekalipun tetap dibenarkan untuk melakukan tindakan pembedahan sesuai dengan pengetahuannyang dimilikinya. Hal ini dilakukan demi keselamatan pasien.

Dalam aliran konsekuensilais ini sendiri terdapat dua subaliran yang berbeda yakni egoisme dan ulitarianisme. Egoisme terdiri atas egoisme etis dan egoisme psikologis (Salam, 1997). Egoisme etis menekankan bahwa setiap tindakan yang mengenakkan dan mendatangkan kebahagiaan bagi diri sendiri selalu dinilai sebagai tindakan yang baik dan pantas dilakukan. Sebaliknya tindakan yang tidak mengenakkan dan tidak mendatangkan kebahagiaan bagi diri pribadi harus dihindari. Egisme psikologgis menyatakan semua orang dimotivasi oleh tindakan,demi kepentingan dirinya belaka. Jadi egoisme psikologis terutama mau mengungkapkan bahwa motivasi satu-satunya dari manusia dalam melakukan tindakan apa saja untuk mengejar kepentingannya sendiri.

Utilitarianisme menilai baik atau tidaknya, susila atau tidak susilanya sesuatu, ditinjau dari segi kegunaan atau faedah yang ditimbulkannya. Utilitarianisme terbagi atas dua bagian yaituuitilisme individual dan utilisme sosial. Yang pertama menganggap bahwa seseorang itu boleh bersikap sesuai dengan situasi yang menguntungkan dirinya. Jika menguntungkan dirinya maka mungkin seseorang pura-pura berlaku hormat bahkan kalau perlu dengan sanjungan dan pujian yang berlebihan asal membawa keuntungan bagi dirinya. Utilisme sosial pada prinsipnya tidak berbeda dengan utilisme invidual, hanya saja utilisme sosial lebih menekankan pada aspek

kepentingan umum.

Hampir sama dengan aliran utilisme sosial, dikenal pula universalisme yakni suatu ajaran etika menyatakan bahwa sesuatu itu dapat dinilai baik jika dapat mendatangkan kebaikan pada orang banyak. Paham ini sesungguhnya mirip dengan prinsip altruisme yang mengutamakan kepentingan orang lain sebagai lawan dari kepentingan diri sendiri. Selain utilitarianisme dan universalisme terdapat prinsip intuisionisme yang berpandangan bahwa penilaian atas baik buruk, susila dan tidak susila itu dapat diketahui melalui intuisi yang merupakan suatu pertimbangan rasa yang bersumber dari bisikan kalbu. Jadi intuisionisme diperoleh melalui perenungan, semedi atau secara tiba-tiba tanpa dipikirkan, bukan dengan cara memeras otak dan pikiran.

Aliran etika hedonisme menyatakan bahwa sesuatu itu dianggap baik jika sesuai dengan kesenangan yang ditimbulkannya. Sesuatu yang mendatangkan kesusahan atau hanya mendatangkan penderittaan atau tidak menyenangkan dengan sendiri itu dinilai tidak baik. Prinsip ini sama dengan eudemonisme yang menilai baik atau tidaknya sesuatu itu tergantung dari ada tidaknya kebahagiaan yang ditimbulkannya. Terakhir, tradisionalisme sebagai aliran dalam etika yang mendasarkan baik tidaknya sesuatu pada kebiasaan atau adat istiadat yang berlaku dalam masyarakat.

3. Prinsip-Prinsip Etika Keperawatan

Pada hakikatnya keperawatan sebagai profesi senantiasa mengabdi pada kemanusiaan mendahulukan kepentingan pasien, bentuk pelayanan humanistik, menggunakan pendekatan secara holistik dilaksanakan berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan serta menggunakan kode etik sebagai tuntunan dalamutama dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Gartianh, 2004). Asuahan keperawatan yang merupakan inti dari praktik keperawatan

ditujukan kepada klien yang didasarkan pada hubungan profesional perawat-klien.

Hubungan profesional perawat-klien pada hakikatnya mengacu pada sistem interaksi antara perawat-klien secara prinsip atau mengadakan hubungan terapeutik yang berarti bahwa setiap interaksi yang dilakukan memberikan dampak terapeutik yang memungkinkan klien untuk berkembang lebih baik. Karakteristik hubungan personal ini dikemukakan oleh Perry and Polder (Gartinah, 2004) sebagai berikut:

a. Berorientasi pada pada kebutuhan klien
b. Diarahkan pada pencapaian tujuan
c. Bertanggung jawab dalam penyelesaian maslah klien
d. Memahami kondisi klien dengan berbagai keterbatasannya
e. Memberikan penilaian berdasarkan pada norma yang disepakati antara perawat klien.
f. Berkewajiban untuk membina bantuan kepada klien untuk mampu menolong dirinya sendiri secara mandiri.
g. Berkewajiban untuk membina hubungan profesional berdasarkan pada rasa percaya.
h. Bekerja sesuai kaidah etik untuk menjaga kerahasiaan klien dan hanya menggunakan informasi untuk kepentingan dan persetujuan kien.

Bertolak dari karakteristik di atas, pemahaman perawat tentang etika begitu penting dalam melaksanakan praktik keperawatan. Dalam kaitan inilah perlunya penerapan beberapa prinsip etik dalam penyelenggarakan praktik keperawatan sebagai berikut:

a. Otonomi (*Autonomy*) prinsi otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa mampu memutuskan sesuatu dan orang lain harus menghargainya. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Salah satu contoh yang tidak memperhatikan otonomi adalah

Memberitahukan klien bahwa keadaanya baik,padahal terdapat gangguanatau penyimpangan.

b. **Beneficence (Berbuat Baik)** prinsip ini menentut perawat untuk melakukan hal yan baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Contoh perawat menasehati klien tentang program latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi perawat menasehati untuk tidak dilakukan karena alasan risiko serangan jantung.

c. **Justice (Keadilan)** nilai ini direfleksikan dalam praktik professional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Contoh ketika perawat dinas sendirian dan ketika itu ada klien baru masuk serta ada juga klien rawat yang memerlukan bantuan perawat maka perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor dalam faktor tersebut kemudian bertindak sesuai dengan asas keadilan. Aristoteles membagi dua jenis keadilan yaitu:

   1. Keadilan distributif (*justitia distributiva)* bahwa setiap orang mendapatkan apa yang menjadi haknya atau jatahnya. Dalam kasus-kasus keadilan distributif keputusan didasarkan pada prinsip-prinsip tertentu yaitu prinsip formal dan dan prinsip material. Prinsip formal adalah kasus-kasus yang sama harus diperlakukan dengan cara yang sama dan kasus-kasus yang berbeda diperlakukan dengan cara yang tidak sama. Memperlakukan satu kelas pasien secara berbeda dari yang lain dengan alasan perbedaan usia, tempat tinggal, penghasilan tidak dapat diterima karena tidak relevan dan melanggarar prinsip keadilan. Prinsip material menunjuk kepada salah satu aspek terbaik yang dapat dijadikan dasar untuk

membagi dengan adil misalnya suatu pelayanan kesehatan. T.L. Beuschamp dan Jf. Childress menyebut enam prinsip material yaitu:

a. Bagian yang sama
b. Sesuai dengan kebutuhannya
c. Sesuai dengan usahanya
d. Sesuai dengan kontribusinya kepada masyarakat
e. Sesuai dengan jasa atau kesalahannya.
f. Sesuai dengan prinsip tukar menukar yang berlaku.

2. Keadilan commutatif *(justitia commutiva)* atau keadilan proporsional yaitu memberikan kepada setiap orang sama banyaknya.

d. Non-maleficence (tidak merugikan) prinsi ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Contoh ketika ada klien yang menyatakan kepada dokter secara tertulis menolak pemberian transfuse darah dan ketika itu penyakit perdarahan (melena) membuat keadaan klien semakin memburuk dan dokter harus mengistrusikan pemberian transfuse darah. akhirnya transfuse darah ridak diberikan karena prinsi beneficence walaupun pada situasi ini juga terjadi penyalahgunaan prinsi nonmaleficince.

e. Veracity (Kejujuran) nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setia klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klie memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu. Contoh Ny. S masuk rumah sakit dengan berbagai macam fraktur karena kecelakaan mobil, suaminya juga ada dalam kecelakaan

tersebut dan meninggal dunia. Ny. S selalu bertanya-tanya tentang keadaan suaminya. Dokter ahli bedah berpesan kepada perawat untuk belum memberitahukan kematian suaminya kepada klien perawat tidak mengetahui alasan tersebut dari dokter dan kepala ruangan menyampaikan intruksi dokter harus diikuti. Perawat dalam hal ini dihadapkan oleh konflik kejujuran.

f. **Fidelity (Menepati janji)** tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

g. **Confidentiality (Kerahasiaan)** kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari.

h. **Accountability (Akuntabilitasi)** akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda tekecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, klien, sesame teman sejawat, karyawan, dan masyarakat. Jika perawat salah memberi dosis obat kepada klien perawat dapat digugat oleh klien yang menerima obat, dokter yang memberi tugas delegatif, dan masyarakat yang menuntut kemampuan professional.

4. Kode Etik Keperawatan

Dalam ilmu keperawatan terdapat suatu standar yang akan menjadi pedoman bagi perawat dalam melakukan tindakan atau praktik keperawatan profesional. Standar tersebut adalah kode etik

keperawatan. Dengan kode etik tersebut, perawat dapat bertindak sesuai hukum atau aspek legal perawat. Selain itu, kode etik juga dapat membantu perawat ketika mengalami masalah yang tidak adil.

Karena kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku yang menjadi kerangka kerja dalam membuat keputusan. Kode Etik juga memberikan pemahaman kepada perawat untuk melakukan tindakan sesuai etika dan moral serta akan menghindarkan dari tindakan kelalaian yang akan menyebabkan klien tidak nyaman atau bahkan menyebabkan nyawa klien terancam..

Dalam profesi perawat, seorang perawat harus mampu memahami dan menerapkan berbagai kode etik yang menjadi dasar mereka bertindak khususnya dalam tindakan asuhan keperawtan. Beberapa ketentuan dalam kode etik yang ada di Indonesia yang harus di miliki oleh seorang perawat professional yaitu:

1. Tanggung jawab Perawat terhadap Individu, Keluarga, dan Masyarakat

1. Perawat berpedoman kepada tanggung jawab dari kebutuhan akan keperawatan individu, keluarga dan masyarakat.
2. Perawat memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat, dan kelangsungan hidup beragama dari individu, keluarga, dan masyarakat.
3. Perawat senantiasa dilandasi dengan rasa tulus ikhlas sesuai dengan martabat dan tradisi luhur keperawatan.
4. Menjalin hubungan kerja sama dengan individu, keluarga, dan masyarakat dalam mengambil prakarsa dan mengadakan upaya kesehatan.
5. Tanggung jawab terhadap Tugas
6. Memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan

kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat.

7. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
8. Perawat tidak akan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan untuk tujuan yang bertentangan dengan norma-norma kemanusiaan.
9. Perawat dalam menunaikan tugas dan kewajibannya senantiasa berusaha dengan penuh kesadaran agar tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik, dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
10. Perawat senantiasa mengutamakan perlindungan dan keselamatan klien dalam melaksanakan tugas keperawatan serta matang dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalihtugaskan tanggung jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.

2. Tanggung jawab terhadap Sesama Perawat dan Profesi Kesehatan Lainnya

1. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik antara sesama perawat dan dengan tenaga kesehatan lainnya, baik dalam memelihara kerahasiaan suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
2. Perawat senantiasa menyebarluaskan pengetahuan, keterampilan, dan pengalamannya kepada sesama perawat serta menerima pengetahuan dan pengalaman dari profesi lain dalam rangka meningkatkan kemampuannya.

3. Tanggung jawab terhadap Profesi Keperawatan

1. Perawat senantiasa berupaya meningkatkan kemampuan profesional secara mandiri dan bersama-sama dengan jalan menambah ilmu pengetahuan, keterampilan,

dan pengalaman yang bermanfaat bagi perkembangan keperawatan.

2. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan menunjukkan perilaku dan sifat pribadi yang luhur.

3. Perawat senantiasa berperan dalam menentukan pembakuan pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan dan pendidikan keperawatan.

4. Perawat secara bersama-sama membina dan memelihara mutu organisasi profesi keperawatan sebagai sarana pengabdiannya.

4. Tanggung jawab terhadap Pemerintah, Bangsa, dan Negara

1. Perawat senantiasa melaksanakan ketentuan-ketentuan sebagai kebijaksanaan yang diharuskan oleh pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan.
2. Perawat senantiasa berperan secara aktif dalam menyumbangkan pikiran kepada pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada masyarakat.

Secara umum, tujuan kode etik keperawatan adalah sebagai berikut (kozier, Erb. 1990):

1. Sebagai aturan dasar terhadap hubungan perawat dengan perawat, pasien, dan anggota tenaga kesehatan lainnya.
2. Sebagai standar dasar untuk mengeluarkan perawat jika terdapat perawat yang melakukan pelanggaran berkaitan kode etik dan untuk membantu perawat yang tertuduh suatu permasalahan secara tidak adil.
3. Sebagai dasar pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan dan untuk mengorientasikan lulusan keperawatan dalam memasuki jajaran praktik keperawatan profesional.
4. Membantu masyarakat dalam memahami perilaku keperawatan profesional.

Kode etik perawat yang berlaku saat ini berfungsi sebagai

landasan atau pedoman bagi status perawat profesional yaitu dengan cara:

1. Menunjukkan kepada masyarakat bahwa perawat diharuskan memahami dan menerima kepercayaan dan tanggung jawab yang diberikan kepada perawat oleh masyarakat
2. Menjadi pedoman bagi perawat dalam berperilaku dan menjalin hubungan keprofesian sebagai landasan dalam penerapan praktik etikal.
3. Menetapkan hubungan-hubungan profesional yang harus dipatuhi yaitu hubungan perawat dengan pasien/klien sebagai advokator, perawat dengan tenaga profesional kesehatan lain sebagai teman sejawat, dengan profesi keperawatan sebagai seorang kontributor dan dengan masyarakat sebagai perwakilan dari asuhan kesehatan
4. Memberikan sarana pengaturan diri sebagai profesi.

5. Standar Asuhan Keperawatan

Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap penyimpangan dan teknik pencatatan yang benar. Standar dokumentasi menunjukkan tanggung jawab perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien dan tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan. Proses keperawatan harus didokumentasikan untuk setiap pasien yang dirawat mulai masuk sampai pulang.

Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan merumuskan praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga Kesehatan lain dalam memberikan asuhan

keperawatan atau sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawab.

Praktik keperawatan sebagai tindakan keperawatan profesional menggunakan pengetahuan teoritik yang mantap dan kokoh dari berbagai ilmu dasar (biologi, fisika, biomedik, prilaku, dan sosial) dan ilmu keperawatan dasar serta ilmu keperawatan klinik dan komunitas sebagai landasan untuk melakukan asuhan keperawatan (K3-CHS 1983). Untuk memenuhi tuntutan dan mengikuti perkembangan yang terjadi, maka perawat perlu memiliki pengetahuan keterampilan dan sikap professional termasuk keterampilan teknikal dan interpersonal.

Praktik keperawatan sebagai cara untuk membantu individu atau kelompok mempertahankan atau mencapai kesehatan yang optimal sepanjang proses kehidupan yang mengkaji status kesehatan klien, menetapkan diagnosa, rencana dan melaksanakan strategi keperawatan unutk mencapai tujuan dan mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang diberikan.

Di negara maju perawat yang melakukan praktik keperawatan profesional disebut RN (*register nursed)* yakni:

a. Perawat yang telah menyelesaikan pendidikan formal, lulus ujian yang diselenggarakan oleh majelis keperawatan, memenuhi standar praktik keperawatan.
b. Perawat diberi hak unutk melakukan praktik keperawatan sesuai dengan UU dan peraturan pemerintah yang berlaku.
c. Perawat bertanggung jawab terhadap praktik yang dilakukan.

Ada empat ciri praktik keperawatan profesional memiliki kode etik, orientasi kepelayanan, pengetahuan yang kokoh pada knowledge, skill, moral value, otonomi.

Dalam menjalankan tugas profesi, perawat berpatokan kepada standar asuhan keperawatan. Standar keperawatan deskripsi kualitas yang diinginkan terhadap pelayanan yang diberikan pada pasien. Standar keperawatan bertujuan:

1. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
   Perawat berusaha mencapai standar yang telah ditetapkan perawat termotivasiuntuk berusaha Karena jelas arah yang dituju.
2. Menurunkan biaya perawatan
   Perawatan melakukan kegiatan yang telah ditetapakan dalam standar sehingga berkurang kegiatan-kegiatan yang tidak perlu dan yang tidak bertujuan.
3. Melindungi perawat dari kelalaian melakukan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.
   Dep. Kes (Ditjen. Yan. Med. Direktorat RS Medik) telah menyusun buku Standar Asuhan Keperawatan yang mencakup:
   Standar I: Falsafah Keperawatan
   Standar II: Tujuan keperawatan
   Standar III: Pengkajian Keperawatan
   Standar IV: Diagnosis Keperawatan
   Standar V: Perencanaan Keperawatan
   Standar VI: Intervensi Keperawatan
   1. Memenuhi kebutuhan oksigen
   2. Memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit.
   3. Memenuhi kebutuhan eliminasi
   4. Memenuhi kebutuhan keamanan
   5. Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik
   6. Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur
   7. Memenuhi kebutuhan gerak dan kebutuhan jasmani
   8. Memenuhi kebutuhan spiritual
   9. Memenuhi kebutuhan emosional
   10. Memenuhi kebutuhan komunikasi
   11. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis
   12. Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses
   13. PenyembuhanMemenuhi kebutuhan penyuluhan
   14. Memenuhi kebutuhan rehabilitasi

Standar VII: Evaluasi Keperawatan
Standar VIII: Catatan layanan keperawatan
Secara skematis Standar Asuhan Keperawatn diberikan di bawah ini (Gaffar, 1999).

1. Standar Falsafah Keperawatan
    a. Manusia adalah individu yang memiliki biopsikososial dan spiritual yang unik. Kebutuhan ini harus selalu dipertimbangkan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.
    b. Keperawatan adalah bantuan bagi umat manusia yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal kepada semua yang membutuhkan dengan tidak membedakan bangsa, suku, agama, kepercayaan dan statusnya, di setiap tempat pelayanan kesehatan.
2. Standar Tujuan Asuhan Keperawatan
    a. Memberi bantuan yang paripurna dan efektif kepada semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan, sesuai dengan system kesehatan nasional.
    b. Menjamin bahwa semua bantuan diarahkan untuk memnuhi kebutuhan pasien dan mengurangi atau menghilangkan kesenjangan.
3. Standar Pengkajian Keperawatan

    Merupakan dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan polan pertahanan pasien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien serta merumuskan diagnosis keperawatan. Standar ini meliputi antara lain:

    a. Pengumpulan dana dengan kriteria kelengkapan data, sistematis, menggunakan format, aktual dan valid.
    b. Pengelompokan data dengan kriteria biologis, psiko-

logis, sosial dan spiritual

4. Standar Diagnosis Keperawatan

   Beberapa rumusan diagnosis keperawatan seperti:

   a. Penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian keperawatan
   b. Masalah kesehatan yang aktual atau potensial di mana perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya mampu mengatasinya.

   Standar ini meliputi antara lain:

   a. Status kesehatan dibandingkan dengan norma untuk menentukan kesenjangan.
   b. Diagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.

5. Standar Perencanaan Keperawatan

   Setelah merumuskan diagnosis keperawatan maka interfensi dan aktivitas perlu ditetapkan, tahapan untuk menuju ke hal disebut dengan perencanaan keperawatan. Standar ini meliputi antara lain

   a. Prioritas masalah dengan kriteria masalah yang mengancam kehidupan yang merupakan priorotas pertama, masalah-masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua, masalah-masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.
   b. Tujuan asuhan keperawatan dengan kriteria tujuan dirumuskan secara singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosis keperawatan, dapat diukur, realistik atau dapat dicapai, menggunakan komponen yang terdiri subjek, perilaku pasien, kondisi pasien dan kriteria tujuan.

6. Standar Intervensi keperawatan

   Intervensi adalah pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Beberapa petunjuk pada intervensi

adalah sebagai berikut:

a. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi.
b. Keterampilan interpersonal, intelektual, teknikal dilakukan dengan cermatdan efisien pada situasi yang tepat.
c. Keamanan fisik dan psikologis dilindungi
d. Dokumentasi intervensi dan respon klien.

Standar ini meliputi antara lain:

1. Memenuhi kebutuhan oksigen antara lain:
   Memberikan oksigen, dengan kriteria menyiapkan lingkungan bebas asap rokok dan membatasi pengunjung, menyiapkan pasien, kelengkapan alat, penggunaan alat secara tepat dan benar, dosis sesuai dengan program pengobatan, cara pemberian tepat guna, pemberian masker oksigen pada bayi matanya ditutup dengan kasa lembab dan observasi tanda vital selama pemberian oksigen.
2. Menyiapkan pasien praoperasional tracheostomi dengan kriteria memberi formulir persetujuan operasi kepada pasien atau keluarga diisi dan ditandatangani, mencukur daerah yang akan dioperasi, memberi konpres desinfektan pada daerah yang akan dioperasi, memberikan obat sesuai dengan program pengobatan, mengganti pakaian pasien dengan pakaian khusus dan observasi tanda vital.
3. Memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit:
   a. Memberikan makan perorangan dengan kriteria menyiapkan lingkungan, memeriksa ulang, mengatur posisi pasien, membantu pasien sesuai dengan kondisinya, melakukan observasi nafsu makan dan mencatat porsi makan yang

dihabiskan.

b. Memberi minum peroral dengan kriteria memeriksa ulang jumlah dan jenis minuman, membantu pasien minum, melakukan observasi respons pasien dan mencatat jumlah cairan yang diminum.

4. Memenuhi kebutuhan eliminasi:
   a. membantu memperlancar buang air kecil dengn kriteria memeriksa keadaan kandung kencing, melatih untuk buang air kecil, memenuhi kebutuhan cairan yang cukup dan melakukan observasi keinginan buang air kecil.
   b. Membantu buang air kecil dan buang besar dengan kriteria menyiapkan lingkungan, kelengkapan alat yang bersih dan kering, memasang pispot atau urinal sehingga pasien merasakan nyaman, mencatat kelainan urin atau feces dan melakukan observasi.
5. Memenuhi kebutuhan keamanan:
   a. Menjaga keselamatan pasien yang gelisah di tempat tidur dengan kriteria kelengkapan alat sesuai dengan umur dan kondisi pasien, memasang alat pengaman dan pasientetap merasa nyaman dan aman dan observasi pasien.
   b. Mencegah infeksi nosokimial dengan kriteria melaksanakan teknik aseptik dan antiseptik, menjaga kebersihan dari kesehatan lingkungan.
7. Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik:
   a. Memandikan pasien dengan kriteria kelengkapan alat, menyiapkan lingkungan, menyiapkan pasien, memandikan pasien secara sistematis, melakukan observasi.

b. Mengganti pakaian pasien dengan kriteria kelengkapan pakaian, mengganti pakaian pasien sesuai dengan kondisi dengan membuka pakaian dimulai dari bagian tangan, kaki yang sehat, mengenakan pakaian dimulai dari bagian tangan, kaki yang sakit dan melakukan observasi.

8. Memenuhi kebetuhan istirahat dan tidur:
   a. Membantu pasien untuk istirahat dan tidur dengan kriteria mengatur posisi yang tepat, mengatur ventilasi dan pencahayaan, mencegah kebisingan suara, memperhatikan kebersihan lingkungan, mengatur pelaksanaan pengobatan atau tindakan keperawatan, mengatur kunjungan dokter, mencegah tamu di luar jam kunjungan dan melakukan observasi pasien.
9. Memenuhi kebutuhan gerak dan kesehatan jasmani:
   a. Mengatur posisi bagian pasien antara lain posisi *fowler, trendelenburg, SIM, dorsal recumbent, lithotomi, genu pectoral*.
   b. Melaksanakan mobilisasi dini sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien dengan kriteria melatih pasien mengangkat tangan dan kaki, melatih gerak pasif dengan mengangkat dan menekuk tangan atau kaki secara berulang, melakukan observasi.
10. Memenuhi kebutuhan spiritual:
    a. Membantu pasien beribadah dengan kriteria membantu menyiapkan alat ibadah, membantu pasien melaksanakan ibadah, membantu pasien menghubungi pemuka agama, mendampingi pasien saat mendapatkan bimbingan spiritual
    b. Memberi pelayanan mental spiritual kepada pasien yang gawat atau terminal dengan kriteria

menyiapkan lingkungan, membantu menyiapkan alat-alat ibadah, membantu melaksanakan ibadah, membantu menghubungi pemuka agama, mendampingi pasien saat mendapatkan bimbingan spiritual, menunjukkan sikap empati, simpati dan mencatat dan menyampaikan pesan pasien kepada keluarga atau lainnya.

11. Memenuhi kebutuhan emosional:
    a. Melaksanakan program orientasi dengan kriteria memberi penjelasan kepada pasien baru atau keluarga tentang peraturan rumah sakit, memberi penjelasan kepada pasien atau keluarga tentang penggunaan fasilitas, observasi perilaku pasien atau memperkenalkan pasien kepada perawat dan pasien lain.
    b. Melaksankan komunikasi terapeutik dengan kriteria memanggil pasien sesuai dengan nama dan statusnya, menggunakan bahasa yang dimengerti pasien, menampilkan sikap yang ramah dan sopan memperhatikan dan mendengarkan keluhan pasien, memotivasi pasien untuk mengemukakan perasaannya
12. Memenuhi kebuthan komunikasi:
    a. Secara langsung atau dengan lisan dengan kriteria menampilkan sikap sopan dan ramah, menggunakan bahsa yang tepat dan mudah dimengerti, menyampaikan informasi secara jelas, lengkap dan tepat waktu dan observasi respon pasien.
    b. Secara langsung atau tertulis dengan kriteria menggunakan kertas bersih, tulisan jelas, mudah dibaca dan observasi respons pasien
13. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis:

a. Mengukur suhu badan di aksila, di mulut, di rectum
b. Menghitung pernafasan, denyut nadi, dan mengukur tekanan darah

14. Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan:
    a. Melaksanakan pemberian obat melalui peroral, parenteral, subcutan,intra muskular dan intra vena.
15. Memenuhi kebutuhan penyuluhan:
    a. Memberikan penyuluhan secara individual dengan kriteria mengidentifikasi kebutuhan penyuluhan, melaksanakan penyuluhan sesuai dengan kebutuhan, menggunakan bahasa yang dapat dimengerti
16. Memenuhi kebutuhan rehabilitasi:
    a. Melatih pasien menggerakkan anggota tubuh di tempat tidur
    b. Melatih pasien turun dari tempat tidur
    c. Melatih pasien berjalan
    d. Melatih pasien menggunakan alat bantu
    e. Melatih pasien menggunakan tongkat penyangga

7. Standar Evaluasi Keperawatan

   Merupakan bagian terakhir dari proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan harus dievaluasi. Standar ini meliputi antara lain:

   1. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
   2. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
   3. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
   4. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan

5. evaluasi dilakukan sesuai dengan standar (tujuan yang ingin dicapai dan standar praktik keperawatan)

8. Standar Catatan Asuhan Keperawatan
   a. Catatan dilakukan selama pasien di rawat inap, rawat jalan dan kamar tindakan
   b. Catatan digunakan sebagai bahan informasi, komunikas dan laporan
   c. Catatan dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan
   d. Penulisan catatan harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku
   e. Catatan mengacu kepada pelaksanaan proses keperawatan
   f. Setiap pencatatan harus mencantumkan inisial atau nama perawat yang melaksanakan tindakan, catatan menggunakan formulir yang baku
   g. catatan disimpan sesuai dengan peraturan yang berlaku

Standar asuhan keperawatan tersebut di atas menguraikan prosedur yang harus dilakukan dalam memberikan asuhan sehingga kelainan dan kesalahan dapat dihindarkan. Seandainya perawat dituntut pasien maka akan dinilai, apakah tindakannya sesuai dengan standar atau tidak dengan demikian standar berguna untuk melindungi perawat dan pasien dari kesalahan dan mengetahui perawat lalai atau salah.

Standar asuhan keperawatan merupakan metode pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien/klien (individu, keluarga, kleompok dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis dan teratur. Secara utuh dan simultan standar keperaawatan merupakan pengintegrasian keterampilan intelektual, hubungan interpersonal dan teknis dari seorang perawat.

Pasal 53 ayat 2 dan 4 Undang-Undang Kesehatan nomor: 23 tahun 1992 dijelaskan bahwa: "Tenaga Kesehtan (termasuk perawat) dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien". Dari penjelasan ini diketahui bahwa standar profesi keperawatan mempunyai dasar hukum dan barang siapa melanggar atau lalai akan menerima sanksi pada Pasal 82-85 Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

6. Standar Dokumentasi Keperawatan

a. Pengertian

Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap penyimpangan dan teknik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh semua tenaga kesehatan khususnya bagi tenaga keperawatan. Proses keperawatan harus didokumentasikan untuk setiap pasien yang dirawat mulai masuk sampai pulang.

Terdapat beberapa pengertian standar antara lain:

1. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima seseorang yang berwenang dalam siatuasi tersebut atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
2. Ukuran tau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
3. Menurut *Royal College Nursing* (CRN, 1986) *A standard is professionally agreed level of performance appropriate to the population adressed, which is observable, achievable, measurable, and desirable.*

Standar mengandung makna penting antara lain:

a. Menjelaskan apa yang harus dicapai
b. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai

c. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memnuhi beberapa hal penting yaitu:

a. Dapat diukur (*measurable*)
b. Dapat dipercaya (*realistic*)
c. Semestinya (*appropriate*)
d. Sesuai keinginan dan dapat diterima (*desirable and acceptable*)

Standar dokumentasi menunjukkan tanggung jawab perawat profesional dalam meberikan asuhan keperawatan. Sedang manfaat standar adalah untuk memudahkan dalam melaksanakan tugas, meningkatkan ketrampilan, perlindungan hukum, penilaian, dan keseragaman.

b. Pencatatan

Beberapa pengertian pencatatan anta lain:

1. Merupakan dokumentasi tertulis yang formal dan legal tentang kemajuan klien (Koziewr & Erb, 1995).
2. Suatu komunikasi tertulis yang mengandung informasi tentang data yang relevan dan manajemen perawatan klien (Potter & Perry, 1993).
3. Suatu laporan tertuis atau bentuk lainnya yang menyajikan fakta yang otentik dan benar dari suatu kejadian, tindakan, pernyataan, transaksi, atau prosedur (Ficsbach, 1991).

Tujuan pencatatan adalah:

1. Perencanaan perawatan klien
2. Komunikasi
3. *Quality review*
4. Penelitian
5. Analisis keputusan
6. Pendidikan
7. Dokumentasi legal
8. Pembayaran kembali (*rembursment*)
9. Dokumentasi sejarah (*historic documentation*).

c. Dokumentasi

Menurut Ficsbach (1991) ada tiga hal berkaitan dengan dokumentasi yaitu:

1. Bahan, kutipan, dan alat infrmasi, referensi atau catatan
2. Pengumpulan, penyimpanan, dan penggunaan informasi atau catatan pada sistem yang terpadu sehingga dengan mudah diperoleh dan digunakan secara efisien.
3. Bahan atau tulisan yang mendukung atau membolehkan ssuatu kejadian atau informasi.

Selanjutnya Ficsbach menyatakan kegunaan pendokumentasian ádalah:

1. Menidentifikasi status kesehatan klien untuk memenuhi proses keperawatan.
2. Mengetahui fakta kualitas keperawatan
3. Bukti tanggugjawab legal terhadap pasien
4. Bukti aplikasi praktik standar sesuai nilai-nilai keperawatan
5. Perlindungan hak-hak pasien
6. Sebagai data melaksanakan rencana keperawatan selanjutnya

Dokumen yang baik dan bermutu adalah dokumentasi yang akurat, ringkas menggambarkan administrasi keperwatan dan reaksi klien, menggambarkan kejadian saat ini, pengorganisasian dan terjaga kerahasiaannya. Dokumen asuhan keperawatan disimpan menyatu dalam rekam medik pasien yang meliputi catatan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan serta evaluasi keperawatan.

Dengan demikian maka setiap perawat yang telah memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien harus mengisi/ mencatat di lembar catatan keperawatan sehingga dapat menggambarkan semua tindakan yang telah dilakukan, gejala serta perkembangan keadaan pasien yang ditemukan pada saat merawat pasien tersebut. Semua hasil pengamatan dan

tindakan harus segera dicatat, ditulis tanggal, waktu serta nama jelas perawat yang mencatat dan merawat pasien pada saat itu. Sebuah dokumentasi catatan keperawatan yang baik jika:

1. Mencerminkan pemberian perawatan kepada klien/ pasien
2. Memperlihatkan hasil perawatan pasien
3. Membantu perencanaan dan mengkoordinasikan perawatan yang dapat memberi konstribusi ke profesi kesehatan lainnya.
4. Memberikan pertukaran informasi interdisplin terhadap klien/pasien
5. Menyediakan bukti tanggung jawab perawat
6. Mencerminkan penerapan standar, peraturan, ketentuan dan hukum praktik keperawatan.
7. Menyediakan informasi untuk analisis biaya manfaat (*cost benefit analisys*)
8. Mencerminkan profesionalisme dan etika dan tanggung jawab keperawatan
9. Melengkapi data untuk berbagai kegunaan, pendidikan, manajemen, diagnosa, peningkatan kualitas, monitoring manajemen khususnya untuk pendidikan dan penelitian.

Pendokumentasian yang baik dan lengkap adalah merupakan standar pemberian asuhan keperawatan professional yang dapat menunjukkan optimalisasi pemberian asuhan keperawatan. Sebagai panduan untuk membuat dokumentasi keperawatan yang baik adalah dengan mempergunakan dan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Terminologi standar yang digunakan terhadap pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi dan evaluasi keperawatan.
2. Data relevan dapat dipergunakan, dikumpulkan dengan tepat dan sebagai catatan hermanen.
3. Diagnosa keperawatan diformulasikan berdasarkan data

yang tepat.

4. Rencana keperawatan ditulis dan dipertahankan yang merupakan bagian dan catatan permanen serta ditempatkan pada tempat yang tepat.
5. Semua hasil observasi dicatat dengan ketentuan waktu yang spesifik seperti perkembangan pasien, adanya perubahan kondisi pasien, reaksi terhadap tindakan keperawatan, intervensi medis.
6. Rencana keperawatan (nursing care planning) direvisi berdasarkan hasil yang dicapai oleh pasien.

Tujuan dokumentasi

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien terutama untuk mencatat kebutuhan klien, melaksanakan tindakan dan mengevaluasi tindakan dalam upaya pemberian asuhan secara komprehensif dan berkualitas.
2. Berguna untuk kepentingan keuangan, pendidikan, penelitian, legal, statistik dan etika.

Dalam pendokumentasi dianut prinsip yaitu:

1. Dokumentasi efektif dipengaruhi oleh kesadaran akan hal sebagai berikut:
    a. Kualitas catatan dipengaruhi oleh peran dokumentasi keperawatan, standar dokumenatsi, fungsi dokumentasi individu.
    b. Pendidikan, pengalaman perawat mempengaruhi komprehensif apa yang dicatat.
    c. Waktu yang cukup tersedia.
    d. Sistem dokumentasi dibutuhkan oleh keperawatan
    e. Pedoman yang ada mendukung pengetahuan perawat tentang informasi yang penting untuk didokumentasikan.
2. Karakteristik dokumentasi efektif
    a. Menggambarkan uraian status pasien terbaru, lengkap, ringkas dengan sedikit duplikasi yang mencakup

uraian hasil observasi.

b. Menggambarkan dokumenatsi pemecahan masalah klinik dan pengambilan keputusan.
c. Mencatat informasi dengan jelas dan menggunakan istilah yang dipergunakan oleh profesi kesehatan.
d. Menggambarkan kejadian asuhan keperawatan sehari-hari.
e. Memperlihatkan kejadian secara kronologis dan logik dalam pengambilan keputusan.
f. Mengikuti format yang ada sehingga memudahkan informasi untuk kebutuhan asuransi, finansial, audit, pendidikan dan penelitian.
g. Menggambarkan peran advokasi perawat terhadap pasien.
h. Menguraikan pentingnya faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi pasien mencakup interaksi dengan dan orang lain

Agar dokumentasi keperawatan dapat berfungsi sebagai sarana otentik:

1. Disetiap rekam medik dicantumkan nama dan nomor rekam medik pasien.
2. Semua tulisan yang ada di lembar rekam medik dapat dibaca.
3. Semua catatan yang ada di lembar rekam medik ditanda tangani oleh tenaga profesi yang memberikan pelayanan.
4. Semua catatan yang ada di lembar rekam medik diberi tanggal dan waktu pemberian pelayanan.
5. Semua koreksi yang ada di lembar rekam medik dilakukan dengan benar.
6. Ada diagnosa bedah dan laporan operasi.
7. Ada laboran anastesi.
8. Ada diagnosa pasca bedah, laboran PA di berkas rekam medik.

9. Ada laporan hasil otopsi dan diagnosa akhir di berkas rekammmedik.
10. Ada persetujuan untuk melakukan tindakan (informed consent).
11. Catatan yang ada di lembar rekam medik hanya menggunakan singkatan kata yang telah dibakukan.
12. Semua laporan hasil pemeriksaan fisik, wawancara, laporan pemeriksaan/tindakan medis /terapi penunjang yang berada di berkas rekam medis adalah asli.

Menurut Potter dan Perry (1989) berbagai petunjuk pendokumentasian dengan benar yaitu:

1. Jangan menghapus dan menggunakan tip-ex atau mencoret tulisan yang yang salah ketika mencatat karena akan tampak seakan-akan perawat akan mencoba menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Cara yang benar adalah dengan menggunakan satu garis pada tulisan yang salah, tulis kata "salah" lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar.
2. Jangan menulis komentar yangbbersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena pernyataan tersebut dapat digunakan sebagai bukti terhadap perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermut. Tulislah hanya uraian objektif perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain.
3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti dengan kesalahan tindakan. Oleh karena itu, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan, pastikan informasi akurat.
4. Catat hanya fakta, catatan harus akurat dan reliable. Jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.
5. Jangan biarkan pada akhir catatan perawat kosong karena orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi.

6. Semua catatan harus dapat dibaca, ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas untuk mencegah salah tafsir sehingga menimbulkan kesalahan dan dapat dituntut ke pengadilan.
7. Tulis hanya untuk diri sendiri, jangan untuk menulis untuk orang lain.
8. Hindari penggunaan istilah yang bersifat umum atau kurang spesifik.
9. Mulailah mencatat dengan waktu dan diakhiri dengan tanda tangan.
10. Pastikan bahwa urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditanda tangani.
11. Jangan menunggu sampai akhir giliran jaga baru menulis atau mencatat perubahan penting yang terjadi beberapa jam lalu.

Dokumentasi sangat penting karena:

1. Tanggung jawab profesi, perawat bertanggung jawab terhadap pengumpulan data, pengkajian status kesehatan klien, menetapkan tujuan dan rencana tindakan, evaluasi dan pengkajian ulang serta merevisi rencana asuhan.
2. Aspek legal, dokumentasi dapat dipergunakan sebagai bahan pembuktian dalamkasus malpraktik, sebagai bukti bernilai tentang kondisi dan pengobatan dan perawatan klien, catatan dibuat secara tepat waktu, akurat, lengkap dan dilakukan secara berhati-hati karena sebgai dolkumen legal dapat meberikan perlindungan baik kepada pasien maupun perawat dan tenaga kesehatanl lainnya.
3. Jaminan kualitas asuhan, pencatatan data lengkap, akurat, dan tepat waktu terhadap identitas, rumusan masalah, tindakan, monitoring dan evaluasi.
4. Komunikasi, sebagai alat untuk merekam masalah dan seluruh kegiatan asuhan yang telah, sedang, dan akan diberikan kepada klien

5. Standar regulasi, dokumentasi keperawatan, pelayanan keperawatan merupakan salah satu pelayanan dasar yang harus lulus akreditasi termasuk dokumentasi keperawatan.
6. Pendidikan dan latihan, dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat serta dicatat secara kronologis sesuai standar mengandung nilai pendidikan. Selain itu dokumentasi keperawatan, informasinya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan profesi
7. Pembayaran kembali (*reimbursment*), dokumentasi penting untuk verifikasi billing, tepat atau sesuai kebutuhan klien, serta untuk akurasi pembayaran kembali (askes).

Tanggugjawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan meliputi:

a. Menggunakan standar pencatatan atau penyimpanan.
b. Memberikan masukan sebagai "code"
c. Menggunakan kebijaksanaan tenaga keperawatan untuk pencatatan.
d. Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multidisplin profesi keperawatan.
e. Memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien.
f. Memenuhi permintaan kelompok, tim akreditasi dan pemakai atau masyarakat.

7. Konsil Keperawatan

Konsil Keperawatan adalah suatu badan otonom, mandiri, non struktural yang bersifat independen. Konsil Keperawatan dibentuk berdasarkan Undang-UndangNo 38 tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan. Tujuan dibentuk Konsil Keperawatan ini adalah, "Untuk meningkatkan mutu praktik keperawatan dan untuk memberikan pelindungan serta kepastian hukum kepada perawat dan masyarakat. (Pasal 47, Ayat 1, UU No. 38 Tahun 2014).

Konsil Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Mempunyai fungsi pengaturan, penetapan, dan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan. Konsil Keperawatan memiliki tugas:

a. melakukan Registrasi Perawat
b. melakukan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan
c. menyusun standar pendidikan tinggi Keperawatan
d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Perawat; dan
e. menegakkan disiplin Praktik

Pasal 9 Konsil ini memiliki kewenangan:

a. Mengesahkan standar kompetensi perawat dan satandar praktik perawat yang dibuat oleh organisasi proyesi.
b. Menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat Warga Negara Asing
c. Menetapkan seorang perawat kompeten atau tidak melalui uji kompetensi
d. Menetapkan ada tidaknya kesalahan disiplin yang dilakukan perawat
e. Menetapkan sanksi disiplin terhadap kesalahan disiplin dalam praktik yang dilakukan perawat.
f. Menetapkan penyelenggaraan program pendidikan profesi keperawatan berdasarkan rekomendasi organisasi profesi.
g. Menerbilkan atau mencabut STR
h. Menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat
i. Menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawvat; dan
j. Memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan Institusi Pendidikan Keperawatan. Susunan organisasi, pengangkatan, pemberhentian, dan keanggotaan Konsil Keperawatan diatur dengan Peraturan Presiden.

Pada pasal 52, yakni "Keanggotaan Konsil Keperawatan terdiri atas unsur Pemerintah, Organisasi Profesi Keperawatan, Kolegium Keperawatan, asosiasi Institusi Pendidikan Keperawatan, asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan tokoh masyarakat. Jumlah anggota Konsil Keperawatan paling banyak 9 (sembilan) orang".

Pasal 63, tertulis bahwa, "Konsil Keperawatan dibentuk paling lama 2 (dua) tahun sejak Undang-Undang ini diundangkan." Artinya, Konsil Keperawatan harus segera dibentuk, sebab batas waktunya Oktober 2016.

C. Etika dan Kode Etik Kebidanan

1. Pelayanan kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui asuhan kebidanan kepada klien yang menjadi tanggung jawab bidan, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, keluarga berencana (KB), termasuk kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat (S.Nova Kurnia, 2009). Dasar pelayanan kebidanan yang baik:

a. Rasa kecintaan pada sesama manusia.
b. Mengembangkan sikap saling tenggang rasa dan tolong menolong dalam menghadapi pasien.
c. Mengembangkan sikap tidak semena-mena terhadap orang lain.
d. Menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan.
e. Memberi pelayanan kesehatan pada ibu dan anak.
f. Berani membela kebenaran dan keadilan.
g. Mengmbangkan sikap hormat menghormati dan bekerja sama dengan bangsa lain.
h. Bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya

2. Nilai Personal dan Profesional dalam Pelayanan Kebidanan

a. Pendahuluan

Nilai merupakan milik setiap pribadi yang mengatur langkah-langkah yang seharusnya dilakukan karena merupakan cetusan dari hati nurani yang dalam dan di peroleh seseorang sejak kecil. Nilai dipengaruhi oleh lingkungan dan pendidikan, yang dewasa ini mendapat perhatian khusus, terutama bagi para petugas kesehatan karena perkembangan peran menjadikan mereka lebih menyadari nilai dan hak orang lain.

Klasifikasi nilai adalah suatu proses di mana seorang dapat menggunakannya untuk mengidentifikasi nilai-nilai mereka sendiri. Seorang bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanannya. Selain menggunakan ilmu kebidanan yang ia miliki juga diperkuat oleh nilai yang ada didalam diri mereka.

Nilai (values) adalah suatu keyakinan seseorang tentang penghargaan terhadap suatu standar atau pegangan yang mengarah pada sikap/prilaku seseorang. Sistem nilai dalam suatu organisasi adalah nilai-nilai yang dianggap penting dan sering diartikan sebagai perilaku personal.

Nilai Menurut para Ahli

1. Kimball Young mengemukakan nilai adalah asumsi yang abstrak dan sering tidak disadari tentang apa yang dianggap penting dalam masyarakat.
2. A.W.Green menyatakan nilai adalah kesadaran yang secara relatif berlangsung disertai emosi terhadap objek.
3. WoodsMengemukakan bahwa nilai merupakan petunjuk umum yang telah berlangsung lama serta mengarahkan tingkah laku dan kepuasan dalam kehidupan sehari-hari.
4. M.Z.Lawang menyatakan nilai adalah gambaran mengenai apa yang diinginkan, yang pantas, berharga, dan dapat memengaruhi perilaku sosial dari orang yang bernilai

tersebut.

5. Hendropuspito Menyatakan nilai adalah segala sesuatu yang dihargai masyarakat karena mempunyai daya guna fungsional bagi perkembangan kehidupan manusia.
6. Karel J. Veeger Menyatakan sosiologi memandang nilai-nilai sebagai pengertian-pengertian (sesuatu di dalam kepala orang) tentang baik tidaknya perbuatan-perbuatan. Dengan kata lain, nilai adalah hasil penilaian atau pertimbangan moral.

   Ciri nilai sosial di antaranya sebagai berikut.

   1. Merupakan konstruksi masyarakat sebagai hasil interaksi antarwarga masyarakat.
   2. Disebarkan di antara warga masyarakat (bukan bawaan lahir).
   3. Terbentuk melalui sosialisasi (proses belajar)
   4. Merupakan bagian dari usaha pemenuhan kebutuhan dan kepuasan sosial manusia.
   5. Bervariasi antara kebudayaan yang satu dengan kebudayaan yang lain.
   6. Dapat memengaruhi pengembangan diri sosial
   7. Memiliki pengaruh yang berbeda antarwarga masyarakat.
   8. Cenderung berkaitan satu sama lain

b. Pembentukan dan Transmisi Nilai

Individu tidak lahir dengan membawa nilai-nilai (values). Nilai-nilai ini diperoleh dan berkembang melalui informasi, lingkungan keluarga, serta budaya sepanjang perjalanan hidupnya. Mereka belajar dari keseharian dan menentukan tentang nilai-nilai mana yang benar dan mana yang salah. Untuk memahami perbedaan nilai-nilai kehidupan ini sangat tergantung pada situasi dan kondisi di mana mereka tumbuh dan berkembang. Nilai-nilai tersebut diambil dengan berbagai cara antara lain:

1. *Modeling* Model atau contoh, di mana individu belajar tentang nilai-nilai yang baik atau buruk melalui observasi perilaku keluarga, sahabat, teman sejawat dan masyarakat lingkungannya di mana dia bergaul.
2. *Moralizing* Moralitas diperoleh dari keluarga, ajaran agama, sekolah, dan institusi tempatnya bekerja dan memberikan ruang dan waktu atau kesempatan kepada individu untuk mempertimbangkan nilai-nilai yang berbeda.
3. *Laissez-Faire.* Sesuka hati adalah proses di mana adaptasi nilai-nilai ini kurang terarah dan sangat tergantung kepada nilai-nilai yang ada di dalam diri seseorang dan memilih serta mengembangkan sistem nilai-nilai tersebut menurut kemauan mereka sendiri. Hal ini lebih sering disebabkan karena kurangnya pendekatan, atau tidak adanya bimbingan atau pembinaan sehingga dapat menimbulkan kebingungan, dan konflik internal bagi individu tersebut.
4. *Responsible Choice.* Tanggung jawab untuk memilih; adanya dorongan internal untuk menggali nilai-nilai tertentu dan mempertimbangkan konsekuensinya untuk diadaptasi. Disamping itu, adanya dukungan dan bimbingan dari seseorang yang akan menyempurnakan perkembangan sistem nilai dirinya sendiri.
5. *Reward and Punishment.* Penghargaan dan Sanksi; Perlakuan yang biasa diterima seperti mendapatkan penghargaan bila menunjukkan perilaku yang baik, dan sebaliknya akan mendapat sanksi atau hukuman bila menunjukkan perilaku yang tidak baik.

Klasifikasi nilai-nilai adalah suatu proses di mana seorang dapat menggunakannya untuk mengidentifikasi nilai-nilai mereka sendiri. Seorang bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanannya. Selain menggunakan ilmu kebidanan yang ia miliki juga diperkuat oleh nilai yang ada didalam diri mereka. Berdasarkan ciri-cirinya, nilai sosial dapat dibagi menjadi dua

macam:

1. **Nilai dominan**

   Nilai dominan adalah nilai yang dianggap lebih penting daripada nilai lainnya. Ukuran dominan tidaknya suatu nilai didasarkan pada hal-hal berikut.

   a. Banyak orang yang menganut nilai tersebut. Contoh, sebagian besar anggota masyarakat menghendaki perubahan ke arah yang lebih baik di segala bidang, seperti politik, ekonomi, hukum, dan sosial.

   b. Berapa lama nilai tersebut telah dianut oleh anggota masyarakat. Ini dilihat dari tinggi rendahnya usaha orang untuk dapat melaksanakan nilai tersebut. Contoh, orang Indonesia pada umumnya berusaha pulang kampung (mudik) di hari-hari besar keagamaan, seperti Lebaran atau Natal. Selain dapat juga dipandang dari prestise atau kebanggaan bagi orang yang melaksanakan nilai tersebut. Contoh, memiliki mobil dengan merek terkenal dapat memberikan kebanggaan atau prestise tersendiri.

2. **Nilai mendarah daging (*internalized value*)**

   Nilai mendarah daging adalah nilai yang telah menjadi kepribadian dan kebiasaan sehingga ketika seseorang melakukannya kadang tidak melalui proses berpikir atau pertimbangan lagi (bawah sadar).Biasanya nilai ini telah tersosialisasi sejak seseorang masih kecil. Umumnya bila nilai ini tidak dilakukan, ia akan merasa malu, bahkan merasa sangat bersalah. Contoh, seorang kepala keluarga yang belum mampu memberi nafkah kepada keluarganya akan merasa sebagai kepala keluarga yang tidak bertanggung jawab. Demikian pula, guu yang melihat siswanya gagal dalam ujian akan merasa gagal dalam mendidik anak tersebut.

   Bagi manusia, nilai berfungsi sebagai landasan, alasan, atau

motivasi dalam segala tingkah laku dan perbuatannya. Nilai mencerminkan kualitas pilihan tindakan dan pandangan hidup seseorang dalam masyarakat.

Menurut Notonegoro,nilai sosial terbagi atas:

1. Nilai Material, yaitu segala sesuatu yang berguna bagi fisik/jasmani seseorang.
2. Nilai Vital, yaitu segala sesuatu yang mendukung aktivitas seseorang.
3. Nilai Kerohanian, yaitu segala sesuatu yang berguna bagi jiwa/psikis seseorang.

c. Pertimbangan Nilai Dalam Pelayanan Kebidanan

1. Nilai luhur

Nilai-nilai (*values*) adalah suatu keyakinan seseorang tentang penghargaan terhadap suatu standar atau pegangan yang mengarah pada sikap atau perilaku seseorang. Sistem nilai dalam suatu organisasi adalah tentang nilai-nilai yang dianggap penting dan sering diartikan sebagai perilaku personal.

Nilai merupakan milik setiap pribadi yang mengatur langkah–langkah yang seharusnya dilakukan karena merupakan cetusan dari hati nurani yang dalam dan di peroleh seseorang sejak kecil. Nilai dipengaruhi oleh lingkungan dan pendidikan, yang mendapat perhatian khusus, terutama bagi para petugas kesehatan karena perkembangan peran menjadikan mereka lebih menyadari nilai dan hak orang lain.

Nilai luhur merupakan suatu keyakinan dan sikap-sikap yang dimiliki oleh setiap orang, di mana sikap-sikap tersebut berupa kebaikan, kejujuran, kebenaran yang berorientasi pada tindakan dan pemberian arah serta makna pada kehidupan seseorang.

Nilai luhur dalam pelayanan kebidanan yaitu suatu penerapan fungsi nilai dalam etika profesi seorang

bidan, di mana seorang bidan yang professional dapat memberikan pelayanan pada klien dengan berdasarkan kebenaran, kejujuran, serta ilmu yang diperoleh agar tercipta hubungan yang baik antara bidan dan klien. Seorang bidan harus mampu menerapkan nilai-nilai luhur di manapun dan kapanpun dia memberikan pelayanan kebidanan. Karena nilia luhur dalam praktik kebidanan sangat menunjang dalam proses pelayanan serta pemberian asuhan pada klien.

Nilai luhur yang dimiliki oleh setiap orang mempunyai kadar yang berbeda. Nilai luhur tergantung oleh setiap individu, bagaimana cara individu menerapakan dan mengelola dalam kehidupannya.Nilai luhur bukan hanya diterapkan pada klien saja, tetapi juga pada rekan-rekan seprofesi, tenaga kesehatan lainnya, serta masyarakat secara umum. Sebab hubungan yang dijalin berdasarkan nilai-nilai luhur dapat membantu dalam peningkatan paradigma kesehatan, khususnya dalam praktik kebidan-an.Nilai-nilai luhur yang sangat diperlukan oleh bidan yaitu kejujuran, lemah lembut, ketetapan setiap tindakan, serta menghargai orang lain.

Nilai sosial adalah nilai yang dianut oleh suatu masyarakat, mengenai apa yang dianggap baik dan apa yang dianggap buruk oleh masyarakat. Sebagai contoh, orang menanggap menolong memiliki nilai baik, sedangkan mencuri bernilai buruk. Woods mendefinisikan nilai sosial sebagai petunjuk umum yang telah berlangsung lama, yang mengarahkan tingkah laku dan kepuasan dalam kehidupan sehari-hari.

Untuk menentukan sesuatu itu dikatakan baik atau buruk, pantas atau tidak pantas harus melalui proses menimbang. Hal ini tentu sangat dipengaruhi oleh kebudayaan yang dianut masyarakat. Tak heran apabila antara masyarakat yang satu dan masyarakat yang lain terdapat perbedaan

tata nilai. Contoh, masyarakat yang tinggal di perkotaan lebih menyukai persaingan karena dalam persaingan akan muncul pembaharuan-pembaharuan. Sementara pada masyarakat tradisional lebih cenderung menghindari persaingan karena dalam persaingan akan mengganggu keharmonisan dan tradisi yang turun-temurun.

Nilai-nilai sosial memiliki fungsi umum dalam masyarakat. Di antaranya nilai-nilai dapat menyumbangkan seperangkat alat untuk mengarahkan masyarakat dalam berpikir dan bertingkah laku. Selain itu, nilai sosial juga berfungsi sebagai penentu terakhir bagi manusia dalam memenuhi peranan-peranan sosial. Nilai sosial dapat memotivasi seseorang untuk mewujudkan harapan sesuai dengan peranannya. Contohnya ketika menghadapi konflik, biasanya keputusan akan diambil berdasarkan pertimbangan nilai sosial yang lebih tinggi. Nilai sosial juga berfungsi sebagai alat solidaritas di kalangan anggota kelompok masyarakat. Dengan nilai tertentu anggota kelompok akan merasa sebagai satu kesatuan. Nilai sosial juga berfungsi sebagai alat pengawas (kontrol) perilaku manusia dengan daya tekan dan daya mengikat tertentu agar orang berprilaku sesuai dengan nilai yang dianutnya. (Suparto).

2. Nilai Personal

Nilai personal merupakan nilai yang timbul dari pengalaman pribadi seseorang, nilai tersebut membentuk dasar perilaku seseorang yang nyata melalui pola prilaku yang konsisten dan menjadi control internal bagi seseorang, serta merupakan komponen intelektual dan emosional dari seseorang.

Pada tahun 1985, "*The American Association Colleges Of Nursing*" melaksanakan suatu projek termasuk di dalamnya mengidentifikasi nilai-nilai personal dalam

praktik kebidanan profesional. Perkumpulan ini mengidentifikasikan tujuh nilai-nilai personal profesional, yaitu:

a. Aesthetics (keindahan).Kualitas obyek suatu peristiwa/kejadian, seseorang memberikan kepuasan termasuk penghargaan, kreatifitas, imajinasi, sensitifitas dan kepedulian.
b. Alturisme (mengutamakan orang lain).Kesediaan memperhatikan kesejahteraan orang lain termasuk keperawatan atau kebidanan, komitmen, asuhan, kedermawanan/kemurahan hati serta ketekunan.
c. Equality (kesetaraan).Memiliki hak atau status yang sama termasuk penerimaan dengan sikap kejujuran, harga diri dan toleransi.
d. Freedom (kebebasan).Memiliki kafasitas untuk memiliki kegiatan termasuk percaya diri, harapan, disiplin, serta kebebasan dalam pengarahan diri sendiri.
e. Human digrity (martabat manusia).Berhubungan dengan penghargaan yang melekat terhadap martabat manusia sebagai individu, termasuk didalamnya yaitu kemanusiaan, kebaikan, pertimbangan, dan penghargaan penuh terhadap kepercayaan.
f. Justice (keadilan).
g. Menjunjung tinggi moral dan prinsip-prinsip legal. Temasuk objektifitas, moralitas, integritas, dorongan dan keadilan serta keawajaran.
h. Truth (kebenaran).Menerima kenyataan dan realita. Termasuk akuntabilitas, kejujuran, keunikan, dan reflektifitas yang rasional.

3. Kebijaksanaan dan Nilai

Bidan harus memiliki komitmen yang tinggi untuk memberikan asuhan kebidanan yang berkualatas berdasarkan standar perilaku yang etis dalam praktik asuhan kebidanan. Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari

pendidikan bidan dan berlanjut pada forum atau kegiatan ilmiah baik formal atau non formal dengan teman, sejawat, profesi lain maupun masyarakat. Salah satu perilaku etis adalah bila bidan menampilkan perilaku pengambilan keputusan yang etis dalam membantu memecahkan masalah klien. Dalam membantu memecahkan masalah ini bidan menggunakan dua pedekatan dalam asuhan kebidanan, yaitu:

a. Pendekatan berdasarkan prinsip.
   Pendekatan berdasarkan prinsip sering dilakukan dalam etika kedokteran atau kesehatan untuk menawarkan bimbingan tindakan khusus.
b. Pendekatan berdasarkan asuhan atau pelayanan
   Bidan memandang care atau asuhan sebagai dasar dan kewajiban moral. Hubungan bidan dengan pasien merupakan pusat pedekataan berdasarkan asuhan, di mana memberikan perhatian khusus kepada pasien.

Dalam rangka penempatan terhadap jenis tenaga kesehatan tertentu ditetapkan kebijaksanaan melalui pelaksanaan masa bakti terutama bagi tenaga kesehatan yang sangat potensial di dalam kebutuhan penyelenggaraan upaya kesehatan. Disamping itu tenaga kesehatan tertentu yang bertugas sebagai pelaksana atau pemberi pelayanan kesehatan diberi wewenang sesuai dengan kompetensi pendidikan yang diperolehnya, sehingga terkait erat dengan hak dan kewajibarnya. Kompetensi dan kewenangan tersebut menunjukan kemampuan professional yang baku dan merupakan standar profesi untuk tenaga kesehatan tersebut.

3. Etika Kebidanan

Istilah atau kata etika sering didengar, baik di ruang kuliah maupun dalam kehidupan sehari-hari tidak hanya dalam segi

keprofesian tertentu, tetapi menjadi kata-kata umum yang sering digunakan, termasuk diluar kalangan cendekiawan. Dalam profesi bidan "etika" lebih dimengerti sebagai filsafat moral.

Pengenalan Etika Umum Hati nurani akan memberikan penghayatan tentang baik atau buruk berhubungan dengan tingkah laku nyata kita. Hati nurani memerintahkan atau melarang kita untuk melakukan sesuatu sekarang dan disini. Ketika kita tidak mengikuti hati nurani berarti kita menghancurkan integritas kepribadian kita dan mengkhianati martabat terdalam kita. Hati nurani berkaitan erat dengan kenyataan bahwa manusia mempunyai kesadaran.

Terdapat hubungan timbal balik antara kebebasan dan tanggung jawab, sehingga pengertian manusia bebas dengan sendirinya menerima juga bahwa manusia itu bertanggung jawab tanpa kebebasan. Batas-batas kebebasan meliputi:

1. Faktor internal
2. Lingkungan
3. Kebebasan orang lain.
4. Generasi penerus yang akan datang
5. Nilai dan Norma
6. Nilai merupakan sesuatu yang baik, sesuatu yang menarik, sesuatu yang dicari, sesuatu yang menyenangkan, sesuatu yang disukai, sesuatu yang diinginkan. Sedangkan Norma adalah aturan-aturan yang menyertai nilai.
7. Hak dan Kewajiban
8. Hak berkaitan degan kewjiban yang bebas, terlepas dari segala ikatan dengan hukum objek.
9. Amoral dan Immoral
10. Menurut Oxford Dictionary kata amoral dijelaskan sebagai unconcerned with, out of spere of moral, non moral, diluar etis,Non moral. Sedangkan Immoral berarti opposed to morality, morally evil, yang berarti bertentangan dengan moralitas yang baik, secara moral buruk, tidak etis.
11. Moral dan Agama

Agama mempunyai hubungan erat dengan moral. Dasar terpenting dari tingkah laku moral adalah agama. Mengapa perbuatan itu boleh atau tidak boleh dilakukan, dasarnya adalah agama melarang untuk melakukannya. Agama mengatur bagaimana cara kita hdup. Setiap agama mengandung ajaran moral yang menjadi pegangan bagi setiap penganutnya. Dalam agama kesalahan moral adalah dosa, tetapi dari sudut filsafat moral, kesalahan moral adalah pelanggaran prinsip etis,. Bagi penganut agama, Tuhan adalah jaminan berlakunya tatanan moral.

Etika profesi adalah sikap etis sebagai bagian integral dari sikap hidup dalam menjalankan kehidupan sebagai pengemban profesi. Sebagai bagian dari etika, etika profesi merupakan adalah cabang filsafat yang mempelajari penerapan prinsip-prinsip moral dasar atau norma-norma etis umum pada bidang-bidang khusus kehidupan manusia. Etika Profesi adalah konsep etika yang ditetapkan atau disepakati pada tatanan profesi atau lingkup kerja tertentu, contoh: pers dan jurnalistik, engineering (rekayasa), science, medis/dokter, dan sebagainya.

Etika profesi berkaitan dengan bidang pekerjaan yang telah dilakukan seseorang sehingga sangatlah perlu untuk menjaga profesi dikalangan masyarakat atau terhadap konsumen (klien atau objek). Etika profesi adalah sebagai sikap hidup untuk memenuhi kebutuhan pelayanan profesional dari klien dengan keterlibatan dan keahlian sebagai pelayanan dalam rangka kewajiban masyarakat sebagai keseluruhan terhadap para anggota masyarakat yang membutuhkannya dengan disertai refleksi yang seksama,

Prinsip dasar di dalam etika profesi:

a. Tanggung jawab terhadap pelaksanaan pekerjaan itu dan terhadap hasilnya, dampak dari profesi itu untuk kehidupan orang lain atau masyarakat pada umumnya,
b. Keadilan.
c. Prinsip ini menuntut kita untuk memberikan kepada siapa saja apa yang menjadi haknya.

d. Prinsip Kompetensi,melaksanakan pekerjaan sesuai jasa profesionalnya, kompetensi dan ketekunan
e. Prinsip Prilaku Profesional, berprilaku konsisten dengan reputasi profesi.
f. Prinsip Kerahasiaan, menghormati kerahasiaan informasi.

4. Kode Etik Kebidanan

Bidan adalah seorang yang telah menjalani program pendidikan bidan yang diakui oleh negara tempat ia tinggal, dan telah berhasil menyelesaikan studi terkait serta memenuhi persyaratan untuk terdaftar dan atau memiliki izin formal untuk praktik bidan. Bidan merupakan salah satu profesi tertua didunia sejak adanya peradaban umat manusia.

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan, yang terakreditasi, memenuhi kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk praktik kebidanan. Yang diakui sebagai seorang profesional yang bertanggung jawab, bermitra dengan perempuan dalam memberikan dukungan, asuhan dan nasehat yang diperlukan selama kehamilan, persalinan dan nifas, memfasilitasi kelahiran atas tanggung jawabnya sendiri serta memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dan anak.

Merupakan ciri profesi yang bersumber dari nilai -nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan komprehensif suatu profesi yang memberikan tuntutan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi.

Dari sejumlah tenaga kesehatan, bidan merupakan salah satu unsur tenaga kesehatan yang berperan dalam mengurangi angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan, baik dalam proses persalinan maupun dalam memberikan penyuluhan atau panduan bagi ibu hamil. Melihat besarnya peranan bidan tersebut, maka haruslah ada pembatasan yang jelas mengenai hak dan kewajiban dalam pelaksanaan tugas dan kewenangan bidan tersebut.

Untuk itu, dibuatlah Kode Etik bidan, di mana kode etik tersebut merupakan suatu pernyataan kemprehensif dariprofesi yang memberikan tuntunan bagi anggota untuk melaksanakan praktik profesinya, baik yang berhubungan dengan klien sebagai individu, keluarga, masyarakat, maupun terhadap teman sejawat, profesi dan diri sendiri, sebagai kontrol kualitas dalam praktik kebidanan.

Guna melengkapi peraturan yang ada, maka dibuatlah sebuah kode etik yang dibuat oleh kelompok-kelompok profesi yang ada di bidang kesehatan, dengan ketentuan pokok bahwa peraturan yang dibuat tersebut tidak bertentangan dengan peraturan yang ada di atasnya. Contoh kode etik profesi adalah kelompok dokter yang mempunyai kode etik kedokteran, dan untuk kelompok bidan mempunyai kode etik kebidanan. Dalam kode etik tersebut terdapat pengenaan sanksi apabila ada pelanggaran yang berupa sanksi administratif, seperti penurunan pangkat, pencabutan izin atau penundaan gaji.

Proses implementasi kebijakan dapat dirumuskan sebagai tindakan-tindakan baik dari institusi pemerintah maupun swasta atau kelompok masyarakat yang diarahkan oleh keinginan untuk mencapai tujuan sebagaimana dirumuskan di dalam kebijakan. Sedangkan implementasi adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan. Fokus perhatian implementasi kebijakan mencakup kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah diberlakukannya kebijakan negara, baik usaha untuk mengadministrasikannya maupun akibat/dampak nyata pada masyarakat. Kebijakan ditransformasikan secara terus menerus melalui tindakan-tindakan implementasi sehingga secara simultan mengubah sumber-sumber dan tujuan-tujuan yang pada akhirnya fase implementasi akan berpengaruh pada hasil akhir kebijakan.

Dalam melakukan praktik kebidanan, seorang bidan berpedoman pada Kepmenkesn No. 900/ Menkes/S/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktek Bidan. Tugas dan wewenang bidan terurai

dalam Bab V Pasal 14 sampai dengan Pasal 20, yang garis besarnya adalah: bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan keluarga berencana, dan pelayanan kesehatan masyarakat.. Sebagai pedoman dan tata cara dalam pelaksanaan progesi, sesuai dengan wewenang peraturan kebijaksanaan yang ada, maka bidan harus senantiasa berpegang pada kode etik bidan yang berlandaskan Pancasila dan UUD 1945.

Bidan sebagai suatu profesi dalam menjalankan praktik kebidanan senantiasa bersumber dari nilai-nilai internal dan eksternal dari suatu disiplin ilmu dan merupakan pernyataan komprehensif . Nilai-nilai tersebut sebagaimana telah diuraikan sebelumnya menjadi tuntunan bagi bidan dalam melaksanakan pengabdian kepada profesinya baik yang berhubungan dengan klien, keluarga, masyarakat, teman sejawat, profesi dan dirinya sendiri.

Kode etik kebidanan merupakan suatu pernyataan komprehensif profesi yang menuntut bidan melaksanakan praktik kebidanan baik yang berhubungan dengan kesejahteraan keluarga, masyarakat, teman sejawat, Dalam kaitan inilah pentingnya dimensi kode etik. Dimensi adalah cara untuk melihat sesuatu dari suatu sisi. Dimensi kode etik meliputi**:**

1. Anggota profesi dan Klien/Pasien.Melayani dengan baik menerapkan etika, hak klien diberikan, kewajiban bidan dilaksanakan.
2. Anggota profesi dan sistem kesehatan. Bidan memberi pelayanan sesuai dengan aturan yang sudah ditetapkan. SPO, ilmu yang abdit, system rujukan, menerapkan inform consent.
3. Anggota profesi dan profesi kesehatan .Menjalin dan menjaga hubungan yang baik. Dokter, Dokter SpOG, Perawat gigi, perawat, petugas gizi, Sanitasi, kesehatan lingkungan dan kes.masyarakat, petugas imunisasi.Anggota profesi dan sesama anggota profesiSaling menghargai,

membantu, minta bantuan, saling melengkapi, jangan saling menjelekkan.

Secara dimensional kode etik profesi merupakan prinsip:

1. **Menghargai otonomi**
   a. Kasus bayi yang tidak diinginkan
   b. Bidan menolak keinginan pasien
   c. Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan memutuskan
   d. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat keputusan sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang dihargai.

   Suatu tindakan yang tidak memperhatikan otonomi antara lain:
   a. Memberlakukan sesuatu bagi klien tanpa mereka diberitahu sebelumnya
   b. Memberitahu klien bahwa keadaannya baik, padahal terdapat gangguan atau penyimpangan
   c. Melakukan sesuatu tanpa memberitahu informasi relevan yang penting diketahui klien dalam membuat suatu pilihan
2. **Melakukan tindakan yang benar**
   a. Memberitahu ibu bila akan disuntik apa untuk apa
   b. Minta ijin bila mulai melakukan pemeriksaan
   c. Bertindak sesuai keahlian dan kewenangan sesuai dengan kompetensi bidan
   d. Melakukan tindakan dengan memperhatikan kebaikan bagi kesehatan klien
   e. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai prosedur
   f. Menghormati hak klien
   g. Jujur dalam melakukan tindakan
3. **Mencegah tindakan yang dapat merugikan.**
   a. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) bagi bidan
   b. Pemanggilan pasien dengan no urut yang keliru
   c. Tidak memberi suntikan pada pasien karena bidan lupa

d. Seorang ibu pada TM I melakukan ANC dengan keluhan mual, muntah dan pusing yang tidak berlebihan. Tapi bidannya melakukan rujukan ke RS
e. Melakukan intervensi pada klien yang ingin menggunakan alat kontrasepsi
f. Seorang bidan menawarkan susu formula kepada seorang ibu yang baru melahirkan. Memberlakukan manusia dengan adil.

4. Menjelaskan dengan benar.

a. Menjelaskan tanda bahaya ibu hamil pada pasien harus jelas. Misalnya; terjadi perdarahan, janin tidak bergerak, keluar air ketuban secara tiba-tiba.
b. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
c. Menjelaskan kepada pasien tentang alat kontrasepsi secara benar tentang kelebihan dan kekurangan dari masing-masing kontrasepsi.

5. Menepati janji yang telah disepakati.

a. Jadwal pelayanan dimulai dan ditutup tepat waktu (kecuali gawat darurat)
b. Jika merujuk bidan sanggup mendampingi sampai tujuan
c. Seorang ibu membuat janji untuk melakukan pemeriksaan fisik (ANC) pada dua minggu yang akan datang pada seorang bidan
d. Menyepakati antara kedua belah pihak antara pasien dengan bidan untuk persalinan di tempat bidan tersebut
e. Tindakan yang dilakukan oleh seorang bidan harus sesuai dengan peraturan yang sebelum nya disepakati melalui *inform consent*
f. Bidan melakukan tindakan pelayanan sesuai yang telah di sepakati bersama pasien
g. Bidan bekerja sesuai dengan SPO Memberikan pelayanan kesehatan sesuai yang telah disepakati antara pasien

dengan bidan tersebut

6. Menjaga kerahasiaan

a. Hasil pemeriksaan bidan tidak bolehdiceritakan kepada siapapun (kecuali kepentingan hukum)
b. Tempat pemeriksaan dijamin keamanannya dari luar atau umum (tidak kelihatan oleh umum)
c. Bidan tidak boleh membuka rahasia pasien
d. Bidan tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk merugikan kepentingan pasien
e. Bidan tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk kepentingan pribadi bidan atau untuk kepentingan pihak ketiga.

Kode etik bidan Indonesia pertama kali disusun pada tahun 1986 dan disahkandalam Kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia X tahun 1988, sedang petunjukpelaksanaanya disahkan dalam Rapat Kerja Nasional (Rekernas) IBI tahun 1991, kemudian disempurnakan dan disahkan pada Kongres Nasional IBI ke XII tahun1998. Sebagai pedoman sdalam berperilaku, Kode Etik Bidan indonesia mengandung beberapa kekuatan yang semuanya tertuang dalam mukadimah dan tujuan dan bab.

Secara umum kode etik tersebut berisi 7 bab. Ketujuh bab dapat dibedakan atas tujuh bagian yaitu:

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat.
2. Kewajiban bidan terhadap tugasnya.
3. Kewajiban Bidan terhadap sejawab dan tenaga kesehatan lainnya.
4. Kewajiban bidan terhadap profesinya.
5. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri.
6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, bangsa dan tanah air.
7. Penutup .

Beberapa kewajiban bidan yang diatur dalam pengabdian profesinya adalah:

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat
   a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdiannya.
   b. Setiap bidan dalam menjalankan tugas proofesinya menjunjung tinggiharkat dan martabat kemanusiaan yang yang utuh dan memelihara citra bidan.
   c. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman padaperan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
   d. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien. menghormati hak klien, dan menghormati nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.
   e. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan indentitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.
   f. Setiap bidan senantiasa menciptakan suasana yang serasi dalam hubungan pelaksanaan tugasnya, dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara optimal.

1. Kewajiban Terhadap Tugasnya

   a. Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna terhadap klien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesiyang dimilikinya berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
   b. Setiap bidan berhal memberikan pertolongan dan mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan mengadakan konsultasi dan atau rujukan.

c. Setiap bidan harus menjamin kerahasiaan keterangan yang dapat danatau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan atau diperlukan sehubungan kepentingan klien.

2. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya

a. Setiap bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawatnya untuksuasana kerja yang serasi.

b. Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya harus saling menghormatibaik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya.

3. Kewajiban bidan terhadap profesinya

a. Setiap bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citraprofesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi danmemberikan pelatyanan yang bermutu kepada masyarakat.

b. Setiap harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkankemampuan profesinya sesuai dengan perkembanganilmupengetahuan dan teknologi.

c. Setiap bidan senantiasa berperan serta dalam kegiatan penelitian dankegiatan sejenisnya yang dapat meningkatkan mutu dan citraprofesinya.

4. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri

a. Setiap bidan harus memelihara kesehatannya agar dalam melaksanakantugas profesinya dengan baik.

b. Setiapbidanharusberusahasecaraterus-menerusuntuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

6. Kewajiban bidan terhadap pemerinytah nusa, bangsa dan tanah air

a. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuan-ketentuan pemerintah

dalam bidang kesehatan, khususnya dalam palayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga dan masyarakat.

b. Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintahan untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga.

5. Standar Asuhan Kebidanan

a. Pengertian

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan llmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

b. Standar asuhan kebidanan menurut KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007, adalah sebagai berikut:

Standar I: Pengkajian

1. Pernyataan standar yaitu Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2. Kriteria
   a. Pengkajian terdiri atas data tepat, akurat dan lengkap,
   b. Serta terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: Biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

Standar II: Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

1. Pernyataan Standar yaitu Bidan menganalisis data

yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2. Kriteria
   a. Perumusan diagnosa dan atau masalahDiagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan dan .
   b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar III: Perencanaan

1. Pernyataan standar yaituBidan merencanakan suhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
2. Kriteria perencanaan terdiri dari
   a. rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipsi dan asuhan secara komprehensif.
   b. Melibatkan klien/pasien dan keluarga. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien.
   c. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
   d. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

Standar IV: Implementasi

1. Pernyataan Standar yaituBidan melaksanakan rencan asuhan kebidanan secara komprehensif. Efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitatif. Dilaknsakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2. Kriteria
    a. memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-cultural.
    b. Setiap tindakan suhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya.
    c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
    d. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
    e. Menjaga *privacy klien*
    f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
    g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
    h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
    i. Melakukan tindakan sesuai standar
    j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

Standar V: Evaluasi

1. Pernyataan Standar Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
2. Kriteria evaluasi
    a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
    b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien
    c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
    d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien.

Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

1. Pernyataan standar yakni Bidan melakukan pen-

catatan secara lengkap akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan
   a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS? status pasien/KIA).
   b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
   c. S adalah data subyektif, mencatat hsil anamnesa
   d. O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
   e. A adalah data hasil analisa, mencatata diagnosa dan masalah kebidanan
   f. P adalah pentalaksanaan mencatat selutuh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up dan rujukan.

6. Standar Pelayanan Kebidanan

Standar I: Falsafah dan Tujuan

Pelayanan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan filosofi bidan Definisi Operasional

a. Dalam menjalankan perannya bidan memiliki keyakinan yang dijadikan panduan dalam memberikan asuhan
b. Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada promosi persalinan normal, pencegahan penyakit, pencegahan cacat pada ibu dan bayi, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif, fleksibel, suportif,

peduli, bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan.

Standar II: Administrasi dan pengelolaan

1. Ada pedoman pengelolaan pelayanan yang mencerminkan mekanisme kerja di unit pelayanan tersebut yang disahkan oleh pimpinan.
2. Ada standar pelayanan yang dibuat mengacu pada pedoman standar alat, standar ruangan, standar ketenagaan yang telah tindakan disahkan oleh pimpinan.
3. Ada standar prosedur tetap untuk setiap jenis kegiatan/ kebidanan yang disahkan oleh pimpinan.
4. Ada rencana/program kerja disetiap insttusi pengelolaan yang mengacu ke institusi induk.
5. Ada bukti tertulis terselenggaranya pertemuan berkala secara teratur, dilengkapi dengan daftar hadir dan notulen rapat.
6. Ada naskah kerjasama, program praktik dari institusi yang menggunakan lahan praktik, program pengajaran dan penilaian klinik.
7. Ada bukti administrasi

STANDAR III: Staf dan pimpinan

1. Tersedia SDM sesuai dengan kebutuhan baik kualifikasi maupun jumlah
2. Mempunyai jadwal pengaturan kerja harian
3. Ada jadwal dinas sesuai dengan tanggung jawab dan uraian kerja
4. Ada jdwal bidan pengganti dengan peran fungsi yang jelas
5. Ada data personil yang bertugas di ruangan tersebut

STANDAR IV: Fasilitas danPeralatan

1. Tersedia sarana dan peralatan untuk mencapai tujuan pelayanan kebidanan sesuai standar.
2. Tersedianya peralatan yang sesuai dengan kuantitas dan kualitas

3. Ada sertifikasi untuk penggunaan alat-alat tertentu
4. Ada prosedur permintaan dan penghapusan alat.

STANDAR V: Kebijakan dan Prosedur

1. Ada kebijakan tertulis tentang prosedur pelayanan dan standar pelayanan yang disahkan oleh pimpinan.
2. Ada prosedur rekruitmen tenaga yang jelas.
3. Ada regulasi internal sesuai dengan peraturan yang berlaku untuk mengatur hak dan kewajiban.
4. Ada kebijakan dan prosedur pembinaan personal

STANDAR VI: Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

1. Ada program pembinaan staf dan program pendidikan secara berkesinambungan.
2. Ada program orientasi dan pelatihan bagi tenaga bidan/ personil baru dan lama agar dapt beradaptasi dengan pekerjaan.
3. Ada data hasil identifikasi kebutuhan pelatihan dan evaluasi hasil pelatihan

STANDAR VII: Standar Asuhan

1. Ada standar manajemen asuhan kebidanan (SMAK) sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kebidanan.
2. Ada format manajemen kebidanan yang terdapat pada catatan medik.
3. Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien.
4. Ada diagnosa kebidanan.
5. Ada rencana asuhan kebidanan.
6. Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan.
7. Ada catatan perkembangan klien dalam asuhan kebidanan.
8. Ada evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan.
9. Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan.

STANDAR VIII: Evaluasi dan Pengendalian Mutu

1. Ada program atau rencana tertulis peningkatan mutu pelayanan kebidanan.
2. Ada program atau rencana tertulis untuk melakukan

penilaian terhadap standar asuhan kebidanan.

3. Ada bukti tertulis dari risalah rapat sebagai hasil dari kegiatan pengendalian mutu asuhan dan pelayanan kebidanan.
4. Ada bukti tertulis tentang pelaksanaan evaluasi pelayanan dan rencana tindak lanjut.
5. Ada laporan hasil evaluasi yang dipublikasikan secara tertulis kepada semua staf pelayanan kebidanan.

Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

7. Standar Pelayanan Kebidanan

Adapun standar pelayanan kebidanan dapat dikelompokkan ke dalam:

a. Standar Pelayanan Umum yang terdiri atas:

1. Persiapan untuk keluarga sehat.

   Bidan memberikan penyuluhan terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, keluarga berencana, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang baik,

2. Pencatatan

   Bidan melakukan pencacatan semua kegiatan yang dilakuan yaitu registrasi ibu hamil di wilayah kerja rincian pelayanan yang diberikan kepada setiap ibu hamil/bersalin/nifas dan bayi yanag baru lahir, semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Di samping itu bidan hendaknya mengikuti sertakan

kader untuk mencatat semua ibu hamil dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan penyusunan rencana kegiatan untuk meningkatkan pelayanannya.

b. Standar Pelayanan Antenatal terdiri atas:

1. Identifikasi ibu hamil.
   Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami, dan anggota keluarganya agar mendorong ibu memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur
2. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal.
   Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal, bidan juga harus mengenal kehamilan risiko tinggi/kelainan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasihat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainya.
3. Palpasi abdominal.
   Bidan melakukan pemerksaan secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memerksa posisi bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.
4. Pengelolaan anemia pada kehamilan
   Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.
   Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan

darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6. Persiapan persalinan.
   Bidan memberikan saraan yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada tri semester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

c. Standar Pertolongan Persalinan terdapat:

1. Asuhan saat persalinan.
   Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.
2. Persalinan yang umumm. Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.
3. Pengeluaran plasenta dengan penangan tali pusat. Bidan melakukan penanganan tali pusat dengan benar untuk membantupengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
4. Penanganan Kal II dengan gawat janin melalui episiotomi.
   Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin kala II yang lama dan segera melakukan epsotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan diiuti dengan penjahitan perineum.

d. Standar Pelayanan Nifas terdiri atas:

1. Perawatan bayi baru lahir.
   Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksis sekunder

menemukan kelainan dan melakukan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga mencegah atau menangani hipotemia.

2. **Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan.**
   Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan serta melakukan tindakan yang dperlukan. Di samping itu bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu.
3. **Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas.**
   Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini, penanganan atas rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas serta memberikan pelayanan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

e. Standar Pelayanan Kepegawaian Obsetri dan Neonatal terdapat sepuluh standar pelayanan yaitu:

1. Penanganan perdarahan pada kehamilan.
   Bidan mengenali secaar tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.
2. Penanganan pertama pada eklampsia.
   Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklampsia serta merujuk dan atau memberi pertolongan pertama.
3. Penanganan pada kegawatan pada partus lama/macet.
   Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.
4. Persaiinan dengan forsep rendah.

Bidan mampu mengenali kapan diperlukan ekstraksi forsep rendah menggunakan forsep secara benar dan menolong persalinan secara aman bagi ibu dan bayinya.

5. Penanganan dengan penggunaan vaktum ekstrator.
   Bidan mampu mengenali kapan diperlukan ekstrasi vakum melakukannya dengan benar dan memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanan bagi ibu dan janin/bayinya.
6. Penanganan retention plasenta.
   Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan sesuai kebutuhan.
7. Penanganan perdarahan postpartum primer.
   Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan.
8. Penanganan perdarahan postpartum sekunder.
   Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan postpartum sekunder dan melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan jiwa ibu dan atau merujuknya.
9. Penanganan sepsis puerperalis.
   Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tandan dan gejala sepsis puerperalis serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.
10. Penanganan asfiksia.
    Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia serta melakukan resusitasi secepatnya mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan

8. Isu Etik dan Moral Dalam Pelayanan Kebidanan

a. Pendahuluan

Isu adalah masalah pokok yang berkembang di masyarakat atau suatu lingkungan yang belum tentu benar, serta membutuhkan pembuktian. Isu merupakan suatu berita yang belum tentu benar, berita itu bisa benar atau salah. Isu dapat menimbulkan pro dan kontra terhadap suatu hal, yang masing-masing memiliki argumentasi. Karena itu isu merupakan topik yang menarik untuk didiskusikan, di mana argumentasi yang timbul akan bervariasi, Isu muncul karena adanya perbedaan nilai-nilai dan kepercayaan. Ia merupakan gosip atau kabar yang belum pasti, bukan merupakan kenyataan dan lebih kearah negatif.

Kebidanan merupakan salah satu profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban umat manusia. Bidan lahir sebagai wanita terpercaya dalam mendampingi dan menolong Ibu-ibu yang melahirkan. Profesi ini telah mendudukkan peran dan posisi seorang bidan menjadi terhormat di masyarakat karena tugas yang diembannya sangat mulia dalam upaya memberikan semangat dan membesarkan hati para ibu.

Di samping itu bidan dengan setia mendampingi dan menolong ibu-ibu dalam melahirkan sampai sang ibu dapat merawat bayinya dengan baik. Pelayanan kebidanan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan. Selama ini pelayanan kebidanan tergantung pada sikap sosial masyarakat dan keadaan lingkungan di mana bidan bekerja. Kemajuan sosial ekonomi merupakan parameter yang amat penting dalam pelayanan kebidanan.

Derasnya arus globalisasi yang semakin mempengaruhi kehidupan sosial masyarakat dunia, turut mempengaruhi munculnya masalah dan penyimpangan etik sebagai akibat kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni yang menimbulkan konflik terhadap nilai. Situasi ini akan besar sekali

pengaruhnya terhadap praktik pelayanan kebidanan baik di fasilitas pelayanan termasuk bidan yang praktik mandiri..

b. Isu Etik

Isu etik dalam pelayanan kebidanan merupakan topik yang penting yang berkembang di masyarakat tentang nilai manusia dalam menghargai suatu tindakan yang berhubungan dengan segala aspek kebidanan yang menyangkut baik dan buruknya. Dalm praktik pelayanan kebidanan beberapa isu etik yang urgen kehidupan sehari hari yaitu:

1. Persetujuan dalam proses melahirkan.
2. Memilih atau mengambil keputusan dalam persalinan.
3. Kegagalan dalam proses persalinan.
4. Pelaksanan USG dalam kehamilan.
5. Konsep normal pelayanan kebidanan.
6. Bidan dan pendidikan seks.

Dalam kaitan dengan utilitas teknologi dalam praktik kebidanan masalah etik terdapat pada:

1. Perawatan intensif pada bayi.
2. Skreening bayi
3. Transplantasi organ.
4. Teknik reproduksi dan kebidanan.

Sedangkan masalah etik yang berhubungan dengan profesi:

1. Pengambilan keputusan dan penggunaan etik.
2. Otonomi bidan dan kode etik profesional.
3. Etik dalam penelitian kebidanan.
4. Penelitian tentang masalah kebidanan yang sensitif.

Biasanyan beberapa contoh mengenai isu etik dalm pelayananan kebidanan adalah berhubungan dengan masalah sosial yaitu:

1. Agama/kepercayaan.
2. Hubungan dengan pasien.
3. Hubungan dokter dengan bidan.

4. Kebenaran.
5. Pengambilan keputusan.
6. Pengambilan data.
7. Kematian.
8. Kerahasiaan.
9. Aborsi.
10. AIDS.
11. In-Vitro Fertilization.

Isu etik dapat terjad**i** antara Bidan dengan Klien, Kelurga, dan Masyarakat Teman Sejawat, Teman kesehatan lainya, Organisasi profesi.

a. Isu etik yang terjadi antara bidan dengan klien, keluarga, masyarakat

Isu etik yang terjadi antara bidan dengan klien, keluarga dan masyarakat mempunyai hubungan erat dengan nilai manusia dalam menghargai suatu tindakan. Seorang bidan dikatakan profesional bila ia mempunyai kekhususan sesuai dengan peran dan fungsinya yang bertanggung jawab menolong persalinan. Dengan demikian penyimpangan etik mungkin saja akan terjadi dalam praktik kebidanan misalnya dalam praktik mandiri, bidan yang bekerja di RS, RB atau institusi kesehatan lainnya. Dalam hal ini bidan yang praktik mandiri menjadi pekerja yang bebas mengontrol dirinya sendiri. Situasi ini akan besar sekali pengaruhnya terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan etik.

Sebagai ilustrasi, di sebuah desa, ada seorang bidan yang sudah membuka praktik kurang lebih selama satu tahun. Pada suatu hari datang seorang klien bernama Ny 'A' usia kehamilan 38 minggu dengan keluhan perutnya terasa kenceng kenceng dan terasa sakit sejak 5 jam yang lalu. Setelah dilakukan VT, didapatkan hasil pembukaan 3 dan ternyata janin dalam keadaan letak sungsang. Karena itu

bidan menyarankan agar dirujuk ke rumah sakit untuk melahirkan secara operasi SC.

Namun keluarga klien terutama suami menolak untuk di Rujuk dengan alasan tidak punya biaya untuk membayar operasi. Tapi bidan tersebut berusaha untuk memberi penjelasan bahwa tujuan dirujuk demi keselamatan janin dan juga ibunya namun jika tetap tidak mau dirujuk akan sangat membahayakan janin maupun ibunya. Tapi keluarga bersikeras agar bidan mau menolong persalinan tersebut.

Sebenarnya, dalam hal ini bidan tidak yakin bisa berhasil menolong persalinan dengan keadaan letak sungsang seperti ini karena pengalaman bidan dalam hal ini masih belum begitu mendalam. Selain itu juga dengan dirujuk agar persalinan berjalan dengan lancar dan bukan kewenangan bidan untuk menolong persalinan dalam keadaan letak sungsang seperti ini. Karena keluarga tetap memaksa, akhirnya bidan pun menuruti kemauan klien serta keluarga untuk menolong persalinan tersebut.

Persalinan berjalan sangat lama karena kepala janin tidak bisa keluar. Setelah bayi lahir ternyata bayi sudah meninggal. Dalam hal ini keluarga menyalahkan bidan bahwa bidan tidak bisa bekerja secara profesional dan dalam masyarakatpun juga tersebar bahwa bidan tersebut dalam melakukan tindakan sangat lambat dan tidak sesuai prosedur.

Dalam kasus di atas kalau dicermati terdapat hal yang menarik yaitu konflik terjadi karena keluarga terutama suami menolak untuk di rujuk ke rumah sakit dan melahirkan secara operasi SC dengan alasan tidak punya biaya untuk membayar operasi, dan isu, bidan tersebut dalam pelayanan atau melakukan tindakan tidak sesuai prosedur dan tidak profesioanl. Selain itu juga masyarakat

menilai bahwa bidan tersebut dalam menangani pasien dengan kelas ekonomi rendah sangat lambat atau membeda-bedakan antara pasien yang ekonomi atas dengan ekonomi rendah. Selain secara dilematis bidan merasa kesulitan untuk memutuskan tindakan yang tepat untuk menolong persalinan risiko tinggi. Dalam hal ini letak sungsang seharusnya tidak boleh dilakukan oleh bidan sendiri dengan keterbatasan alat dan kemampuan medis. Seharusnya ditolong oleh dokter Obgyn, tetapi dalam hal ini diputuskan untuk menolong persalianan itu sendiri dengan alasan desakan dari kelurga klien sehingga dalam hatinya merasa kesulitan untuk memutuskan sesuai prosedur ataukah kenyataan di lapangan.

b. Isu Etik yang terjadi antara Bidan dengan Teman Sejawat

Isu ini dapat terjadi antara teman sejawat. Ini berkaitan dengan topik yang cukup penting di mana mayoritas individu akan mengeluarkan opini terhadap masalah tersebut sesuai dengan asas ataupun nilai yang berkenaan dengan akhlak, niali benar salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.

Sebagai ilustrasi dapat dikemukakan di suatu desa yang tidak jauh dari kota di mana di desa tersebut ada dua orang bidan yaitu bidan "A" dan bidan "B" yang sama-sama memiliki BPS dan ada persaingan di antara dua bidan tersebut. Pada suatu hari datang seorang pasien yang akan melahirkan di BPS bidan "B" yang lokasinya tidak jauh dengan BPS bidan "A".

Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata pembukaan masih belum lengkap dan bidan "B" menemukan letak sungsang dan bidan tersebut tetap akan menolong persalinan tersebut meskipun mengetahui bahwa hal tersebut melanggar wewenang sebagai seorang bidan demi mendapatkan banyak pasien untuk bersaing dengan bidan

"A". Sedangkan bidan "A" mengetahui hal tersebut. Jika bidan "B" tetap akan menolong persalinan tersebut, bidan "A" akan melaporkan bidan "B" untuk menjatuhkan bidan "B" karena di anggap melanggar wewenang profesi bidan. Isu Moral seorang bidan melakukan pertolongan persalinan normal. Konflik Moral yakni menolong persalinan sungsang untuk mendapatkan pasien. Dilema Moral terjadi bila Bidan "B" tidak melakukan pertolongan persalinan sungsang tersebut namun bidan kehilangan satu pasien dan Bidan "B" menolong persalinan tersebut tapi akan dijatuhkan oleh bidan "A" dengan di laporkan ke lembaga yang berwewenang.

c. Isu Etik Bidan dengan Team Kesehatan Lainnya

Isu ini memandangperbedaan sikap etika yang terjadi pada bidan dengan tenaga medis lainnya. Sehingga menimbulkanketidak sepahaman atau kerenggangan sosial. Sebagai ilustrasi, di suatu desa yang ada sebuah BPS, suatu hari ada seorang Ibu berusia 35 Tahun keadaannya sudah lemah. bidan menanyakan kepada keluarga pasien apa yang terjadi pada pasien.

Suami pasien menjawab ketika dirumah Pasien jatuh dan terjadi perdarahan hebat. Setelah itu bidan memberikan pertolongan, memberikan infuse dst Bidan menjelaskan pada keluarga, agar isterinya dibawa ke rumah sakit untuk dilakukan curretase. Kemudian keluarga pasien menolak saran bidan tsb, dan meminta bidan yang melakukan currentase. selang waktu 2 hari pasien mengalami perdarahan lagi kemudian keluarga merujuk ke RS. Dokter menanyakan kapeda suami pasien, apa yang sebenarnya terjadi dan suami pasien menjelaskan bahwa 3 hari yang lalu isterinya mengalami keguguran dan di currentase bidan didesanya. Dokter mendatangi bidan terebut. Maka Terjadilah konflik antara bidan dan dokter. Dalam kasus

sebenarnya terjadi malpraktik karena bidan melakukan tindakan diluar wewenangnya. Konflik bidan melakukan currentase di luar wewenangnya sehingga terjadilah konflik antara bidan dan dokter. Dilematis terjadi jika tidak segera dilakukan tindakan takutnya merenggut nyawa px karena BPS jauh dari RS. Dan jika dilakukan tindakan bidan merasa melanggar kode etik kebidanan & merasa melakukan tindakan diluar wewenangnya.

d. Isu Etik yang Terjadi antara Bidan dan Organisasi Profesi

Isu etik yang terjadi antara bidan dan organisasi profesi adalah suatu topik masalahyang menjadi bahan pembicaraan antara bidan dengan organisasi profesi karena terjadinyasuatu hal-hal yangmenyimpang dari aturan-aturan yang telah ditetapkan.

Sebagai ilustrasi, seorang ibu yang ingin bersalin di BPS pada bidan A sejak awal kehamilan ibu tersebut memang sudah sering memeriksakan kehamilannya. Menurut hasil pemeriksaan bidan Ibu tersebut mempunyai riwayat hipertensi. Maka kemungkinan lahir pervaginanya sangat berisiko Saat persalinan tiba. Tekanan darah ibu menjadi tinggi. Jika tidak dirujuk maka berisiko terhadap janin dan kondisi si Ibu itu sendiri. Risiko pada janin bisa terjadi gawat janin dan perdarahan pada ibu. Bidan A sudah mengerti risiko yang akan terjadi.

Tapi ia lebih mementingkan egonya sendiri karena takut kehilangan komisinya dari pada dirujuk kerumah sakit. Setelah janin lahir Ibu mengalami perdarahan hebat, sehingga kejang-kejang dan meninggal. Saat berita itu terdengar organisasi profesi (IBI), maka IBI memberikan sanksi yang setimpal bahwa dari kecerobohannya sudah merugikan orang lain. Sebagai gantinya, ijin praktik (BPS) bidan A dicabut dan dikenakan denda sesuai dengan pelanggaran tersebut. Karena itu menjadi Isu etika. a.

Terjadi malpraktik b. Pelangaran wewenang Bidan. B. Bahkan terjadi dilema etik warga yang mengetahui hal tersebut segera melaporkan kepada organisasi profesi dan diberikan penangan.

c. Isu Moral

Moral merupakan pengetahuan atau keyakian tentang adanya hal yang baik dan buruk yang mempengaruhi siakap seseorang. Kesadaran tentang adanya baik buruk berkembang pada diri seseorang seiring dengan pengaruh lingkungan, pendidikan, sosial budaya, agama, dll. Hal ini yang disebut kesadaran moral. Isu moral dalam pelayanan kebidanan merupakan topik yang penting yang berhubungan dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari-hari yang ada kaitannya dengan pelayanan kebidanan.

Moral berasal dari bahasa Latin yaitu "*mos (jamak: mores)*," yang berarti kebiasaan atau adat. Kata mores dipakai dalam banyak bahasa masih dalam arti yang sama, termasuk bahasa Indonesia. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, moral berarti:

1. Ajaran tertentu baik buruk yang diterima umum mengenai perbuatan, sikap, kewajiban, akhlak, budi pekerti, susila, dsb.
2. Kondisi mental yang membuat orang tetap berani, bersemangat, bergairah, berdisiplin, dsb. Isi hati atau keadaaan perasaan sebagaimana terungkap dalam perbuatan.
3. Ajaran kesusilaan yang dapat ditarik dari suatu cerita.

Dalam Ensiklopedia Pendidikan (Prof. Dr. Soeganda Poerbacaraka), moral berarti:

1. Suatu istilah untuk menentukan batas-batas dari sifat-sifat, corak-corak, maksud-maksud, pertimbangan-pertimbangan, atau perbuatan-perbuatan yang layak

dapat dinyatakan baik/buruk, benar/salah.

2. Lawannya amoral.
3. Suatu istilah untuk menyatakan bahwa baik/benar itu lebih daripada yang buruk/salah.

Be**rd**asarkan sumber dan sifatnya, moral dibedakan atas:

1. Moral sekuler, yaitu moral yang tidak berdasarkan pada ajaran agama dan hanya bersifat duniawi semata-mata.
2. Moral keagamaan, yaitu moral yang dijalankan semua orang sesuai dengan kepercayaan masing-masing yang dianut dengan mempelajari ajaran-ajaran agama yang dikehendaki di bidang moral.

Dalam Pelayanan Kebidanan. Moral merupakan pengetahuan atau keyakian tentang adanya hal yang baik dan buruk yang mempengaruhi sikap seseorang. Kesadaran tentang adanya baik buruk berkembang pada diri seseorang seiring dengan pengaruh lingkungan, pendidikan, sosial budaya, agama dan sebagainyal yang disebut kesadaran moral. Isu moral dalam pelayanan kebidanan merupakan topik yang penting yang berhubungan dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari-hari yang ada kaitannya dengan pelayanan kebidanan. Isu moral demikian itu dalam kehidupan sehari-hari Ini tercermin, dari Kasus abortus, Euthanansia, Keputusan untuk terminasi kehamlan.

d. Dilema moral

Dilema menurut Campbell adalah suatu keadaan di mana dihadapkan pada dua alternatif pilihan, yang kelihatannya sama atau hampir sama dan membutuhkan pemecahan masalah. Johnson (1990) menyatakan hal tersebut merupakan keadaan yang terdiri dari dua pilihan yang seimbang, dengan kata lain, dilemma merupakan keadaan yang dihadapkan pada persimpangan yang

serupa atau bercabang dengan petunjuk yang tidak jelas. Moral *dilemma is concerning principles of right and wrong in difficult situation in which one has to choose between two things.* Dilema muncul karena terbentur pada konflik moral, pertentangan batin,atau pertentangan antara nilai-nilai yang diyakini bidan dengan kenyataan yang ada. Ketika mencari solusi atau pemecahan masalah harus mengingat akan tanggung jawab profesional,yaitu:

1. Tindakan selalu ditujukan untuk peningkatan kenyamanan kesejahteraan pasien atau klien.
2. Menjamin bahwa tidak ada tindakan yang menghilangkan sesuatu bagian [omission], disertairasa tanggung jawab memperhatikan kondisi dan keamanan pasien atau klien.

Sebagai ilustrasi studi kasus mengenai dilemma moral. Seorangibu prima para masuk kamar bersalin dalam keadaan inpartus. Sewaktu dilakukan anamneses dia mengatakan tidak mau diepisiotomi. Ternyata selama kala II kemajuan kalaII berlangsung lambat,perineum masih tebal dan kaku. Keadaanini dijelaskan kepada ibu oleh bidan,tetapi ibu tetap pada pendiriannya menolak diepisiotomi. Sementara waktu berjalan terus dan denyut jantung janin menunjukkan keadaan fetal distress dan hal ini mengharuskan bidan untuk melakukan tindakan episiotomi, tetapi ibu tetap tidak menyetujuinya.

Bidan berharap bayinya selamat. Sementara itu ada bidan yang memberitahukan bahwa dia pernah melakukan hal ini tanpa persetujuan pasien, dilakukan karena untuk melindungi bayinya. Jika bidan melakukan episiotomi tanpa persetujuan pasien, maka bidan akan dihadapkan pada suatu tuntutan dari pasien. Sehingga inilah yang merupakan contoh gambaran dilema moral. Bila bidan melakukan tindakan tanpa pesetujuan pasien, bagaimana

ditinjau dari segi etik dan moral. Bila tidak dilakukan tindakan,apa yang akan terjadi pada bayinya?".

e. Konflik Moral

Menurut Taquiri dalam Newstorm dan Davis (1977), konflik merupakan warisan kehidupan sosial yang berbangkitnya keadaan ketidaksetujuan, kontroversi dan pertentangan di antaradua pihak atau lebih pihak secara berterusan antaradua pihak atau lebih pihak secara berterusan.

Gibson, *et.al* (1997: 437), memandang moral sebagai hubungan selain dapat menciptakan kerjasama, hubungan saling tergantung dapat pula melahirkan konflik. Hal ini terjadi jika masing-masing komponen organisasi memiliki kepentingan atau tujuan sendiri dan tidak bekerjasama satu sama lain.

Sedangkan Robbin(1996), menyatakan keberadaan konflik dalam organisasi ditentukan oleh persepsi individu atau kelompok. Jika mereka tidak menyadari adanya konflik di dalam organisasi maka secara umum konflik tersebut dianggap tidak ada. Sebaliknya, jika mereka mempersepsikan bahwa di dalam organisasi telah ada konflik maka konflik tersebut telah menjadi kenyataan.

Dipandang sebagai perilaku, konflik merupakan bentuk interaktif yang terjadi pada tingkatan individual, interpersonal, kelompok atau pada tingkatan organisasi (Muchlas, 1999). Konflik ini terutama pada tingkatan individual yang sangat dekat hubungannya dengan stres.

Konflik moral menurut Johnson adalah bahwa konflik atau dilema pada dasarnya sama, kenyataannya konflik berada di antara prinsip moral dan tugas yang mana sering menyebabkan dilema. Ada 2 tipe konflik yaitu konflik yang berhubungan dengan prinsip dan konflik yang berhubungan dengan otonomi. Adapun penyebab konflik antara karena:

1. Perbedaan individu, yang meliputi perbedaan pendirian dan perasaan.
2. Perbedaan latar belakang kebudayaan sehingga membentuk pribadi-pribadi yang berbeda.
3. Perbedaan kepentingan antara individu atau kelompok.
4. Perubahan-perubahan nilai yang cepat dan mendadak dalam masyaraka**t.**

9. Teori Pengambilan Keputusan Dalam Pelayanan Kebidanan

a. Pengertian

Proses pengambilan keputusan merupakan bagian dasar dan integral dalam praktik suatu profesi dan keberadaanya sangat penting karena akan menentukan tindakan selanjutnya. Menurut George R.Terry, pengambilan keputusan adalah memilih alternatif yang ada. Ada 5 (lima) hal pokok dalam pengambilan keputusan:

1. Intuisi berdasarkan perasaan, lebih subyektif dan mudah terpengaruh.
2. Pengalaman mewarnai pengetahuan praktis, seringnya terpapar suatu kasus. Sehingga, meningkatkan kemampuan mengambil keputusan terhadap suatu kasus.
3. Fakta, keputusan lebih riel, valit dan baik.
4. Wewenang lebih bersifat rutinitas.
5. Rasional, keputusan bersifat obyektif, transparan, konsisten.

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi pengambilan keputusan

1. Faktor fisik, didasarkan pada rasa yang dialami oleh tubuh sepeti rasa sakit, tidak nyaman dan kenikmatan.
2. Emosional, didasarkan pada perasaan atau sikap.
3. Rasional, didasarkan pada pengetahuan.

4. Praktik, didasarkan pada keterampilan individual dan kemampuan dalam melaksanakanya.
5. Interpersonal, didasarkan pada pengaruh jaringan sosial yang ada.
6. Struktural, didasarkan pada lingkup sosial, ekonomi dan politik.

Ciri-ciri pengambilan keputusan yang etis yaitu:

1. Mempunyai pertimbangan yang benar atau salah
2. Sering menyangkut pilihn yang sukar
3. Tidak mungkin dielakkan
4. Dipengaruhi oleh norma, situasi, iman,lingkungan sosial

Keterlibatan bidan dalam proses pengambilan keputusan sangat penting karena dipengaruhi oleh 2 hal yaitu:

1. Pelayanan *"one to one"*: Bidan dan klien yang bersifat sangat pribadi dan bidan bisa memenuhi kebutuhan.
2. Meningkatkan sensitivitas terhadap klien bidan berusaha keras untuk memenuhi kebutuhan.
3. Perawatan berfokus pada ibu (*women centered care*) dan asuhan total.

Tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia pada umumnya disebabkan oleh 3 keterlambatan yaitu:

1. Terlambat mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan sehingga terlambat untuk memulai pertolongan.
2. Terlambat tiba di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Terlambat mendapat pelayanan setelah tiba di tempat pelayanan.

Empat tingkatan kerja pertimbangan moral dalam pengambilan keputusan ketika menghadapi dilema etik.

1. Tingkatan 1

   Keputusan dan tindakan didasarkan pada pengalaman atau pengalaman rekan kerja Bidan .
2. Tingkatan 2

   Peraturan didasarkan pada kaidah kejujuran (berkata

benar), privasi, kerahasiaan dan kesetiaan (menepati janji). Bidan sangat familiar, tidak meninggalkan kode etik dan panduan praktik profesi.

3. Tingkatan 3

   Terdapat 4 prinsip etik yang digunakan dalam perawatan praktik kebidanan:

   a. *Antonomy,* memperhatikan penguasaan diri, hak kebebasan dan pilihan individu.
   b. *Beneticence,* memperhatikan peningkatan kesejahteraan klien, selain itu berbuat terbaik untuk orang lain.
   c. *Non Maletificence,* tidak melakukan tindakan yang menimbulkan penderitaan apapun kerugian pada orang lain.
   d. *Justice,* memperhatikan keadilan, pemerataan beban dan keuntungan.

4. T**ingkatan 4**

   Teori pengambilan keputusan dalam menghadapi dilema etika dan moral pelayanan kebidanan

   a. Teori Utilitarisme

      Ketika keputusan diambil, memaksimalkan kesenangan, meminimalkan ketidaksenangan.
   b. Teori Deontology menurut Immanuel Kant: sesuatu dikatakan baik bila bertindak baik. Contoh bila berjanji ditepati, bila pinjam harus dikembalikan.
   c. Teori Hedonisme menurut Aristippos, sesuai kodratnya, setiap manusia untuk mencari kesenangan dan menghindari ketidaksenangan.
   d. Teori Eudemonisme menurut Filsuf Yunani Aristoteles, bahwa dalam setiap kegiatannya manusia mengejar suatu tujuan, ingin mencapai sesuatu yang baik bagi kita.

a. Bentuk pengambilan keputusan

1. Strategi Dipengaruhi oleh kebijakan organisasi atau pimpinan, rencana dan masa depan, rencana bisnis dan lain-lain.
2. Cara kerja Mempengaruhi pelayanan kebidanan di dunia, klinik, dan komunitas.
3. Individu dan profesi Dilakukan oleh bidan yang dipengaruhi oleh standart praktik kebidanan

Secara tradisional pendekatan yang dilakukan dalam pengambilan keputusan

a. Mengenal dan mengidentifikasi masalah.
b. Menegaskan masalah dengan menunjukkan hubungan antara masa lalu dan sekarang.
c. Memperjelas hasil prioritas yang ingin dicapai.
d. Mempertimbangkan pilihan yang ada.
e. Mengevaluasi pilihan tersebut.
f. Memilih solusi dan menetapkan atau melaksanakannya.

Pengambilan keputusan yang etis dalam paktik kebidanan dilakukan dengan:kriteria pengambilan keputusan dalam keadaan kritis:

1. Identifikasi dan tegaskan apa masalahnya, baik oleh sendiri atau dengan orang lain.
2. Tetapkan hasil apa yang diinginkan.
3. Uji kesesuaian dari setiap solusi yang ada.
4. Pilih solusi yang lebih baik.
5. Laksanakan tindakan tanpa ada keterlambatan.

10. Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB)

Sehubungan dengan pelaksanaan kode etik profesi, bidan di bantu oleh suatu lembaga yang disebut Majelis Pertimbangan Kode Etik Bidan Indonesia dan Majelis Pertimbangan Etika Profesi Bidan Indonesia. Dalam organisasi IBI terdapat Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) dan Majelis Pembelaan Anggota (MPA).

a. Pengertian

Majelis Etika Profesi merupakan badan perlindungan hukum terhadap para bidab sehubungan dengan adanya tuntutan dari klien akibat pelayanan yang diberikan dan tidak melakukan indikasi pemyimpangan hukum. Realisasi majelis etika profesi bidab adalah dalam bentuk MPEB (Majelis Pertimbangan Etika Bidan) dan MPA (Majelis Pembelaan Anggota).

b. Latar Belakang

Dibentuknya MPEB (Majelis Pertimbangan Etika Bidan) dilator belakangi oleh adanya unsur-unsur pihak yang terkait dengan pemeriksaan pelayanan untuk pasien, sarana pelayanan kesehatan, tenaga pemberi pelayanan yaitu bidan. Pelaksanaan tugas bidan dibatasi oleh norma, etika, dan agama. Tetapi apabila ada kesalahan dan menimbulkan konflik etik, maka diperlukan wadah ubtuk menetukan standar profesi, prosedur yang baku dank kode etik yang disepakati, maka perlu dibentuk MPEB (Majelis Pertimbangan Etika Bidan) dan MPA (Majelis Pembelaan Anggota).

Dasar penyusunan Majelis Pertimbangan Etika Profesi adalah Majelis Pembinaan dan Pengawasan Etika Pelayanan Medis (MP2EPM), yang meliputi:

1. Kepmenkes RI No. 554/Menkes/Per/XII/1982 tentang Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etika Kedoktera yang memberikan pertimbangan, pembinaan dan melaksanakan pengawasan terhadap semua profesi tenaga kesehatan dan sarana pelayanan medis.
2. Peraturan Pemerintah No.1 tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi Bab V Pasal 11 Pembinaan dan Pengawasan terhadap dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya dilakukan oleh Menteri Kesehatan atau pejabat yang ditunjuk.
3. Surat Keputusan Menteri Kesehatan no. 640/Menkes/

per/XI/1991 tentang pembentukan MP2EPM.

c. Tujuan

Tujuan dibentuknya Majelis Etika Bidan adalah untuk memberikan perlindungan yang seimbang dan objektif kepada bidan dan penerima pelayanan. Dengan kata lain, untuk memberikan keadilan pada bidan bila terjadi kesalahpahaman dengan pasien atas pelayanan yang tidak memuaskan yang bisa menimbulkan tuntutan dari pihak pasien. Dengan catatan, bidan sudah melakukan tugasnya sesuai dengan standar kompetensi bidan dan sesuai dengan standar praktik bidan.

d. Lingkup

Lingkup Majelis Etika Kebidanan meliputi:

1. Melakukan peningkatan fungsi pengetahuan sesuai dengan standar profesi pelayanan bidan (Kepmenkes no. 900/Menkes/SK/VII/Tahun 2002.
2. Melakukan supervise lapangan, termasuk tentang teknis dan pelaksanaan praktik termasuk penyimpangan yang terjadi. Apakah pelaksanaan praktik bidan sesuai dengan standar praktik bidan, standar profesi dan standar pelayanan kebidanan, juga batas-batas kewenangan bidan.
3. Membuat pertimbangan bila terjadi kasus-kasus dalam praktik kebidanan.
4. Melakukan pembinaan dan pelatihan tentang hokum kesehatan, khususnya yang berkaitan atau melandasi praktik bidan.

e. Pengorganisasian

Pengorganisasian Majelis Etika Kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Majelis Etika Kebidanan merupakan lembaga orgabisasi yang mandiri, otonom dan non structural
2. Majelis Etika Kebidanan dibentuk di tingkat provinsi dan pusat.
3. Majelis Etika Kebidanan pusat berkedudukan di ibu-

kota Negara dan Majelis Etika Kebidanan Profinsi berkedudukan di ibukota provinsi.

4. Majelis Etika Kebidanan pusat dab profinsi dibantu oleh sekretaris.
5. Jumlah angggota masing-masing terdiri dari lima orang.
6. Masa bakti anggota Majelis Etika Kebidanan selama tiga tahun dan sesudahnya, jika berkedudukan evaluasi masalah memenuhi ketentuan yang berlaku maka anggota tersebut dapat dipilih kembali.
7. Anggota Majelis Etika Kebidanan diangkat dan diberhentikan oleh Mentri Kesehatan.
8. Susunan organisasi Majelis Etika Kebidanan terdiri dari:
   a. Ketua dengna kualifikasi mempunyai kompetensi tambahan dibidang hokum.
   b. Sekretaris merangkap anggota.
   c. Anggota Majelis Etika Bidan

f. Peran dan fungsi

Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) dan Majelis Pembelaan anggota (MPA) secara internal berperan memberikan saran, pendapat dan buah pikiran tentang masalah pelik yang sedang dihadapi khususnya yang menyangkut pelaksanaan kode etik bidan dan pembelaan anggota.

Dewan Pertimbangan Etika Bidan (DPEB) dan Majelis Pembelaan Anggota (MPA) memiliki fungsi antara lain:

a. Merencanakan dan melaksanakan kegiatan bidan sesuai dengan ketetapan Pengurus Pusat.
b. Melaporkan hasil kegiatan sesuai dengan bidang dan tugasnya secara berkala.
c. Memberikan saran dan pertimbangan yang perlu dalam rangka tugas Pengurus Pusat.
d. Membentuk Tim Teknis sesuai dengan kebutuhan.

g. Tugas

MPEB dan MPA merupakan majelis independen yang ber-

konsultasi dan berkoordinasi dengan pengurus inti dalam IBI tingkat nasional. MPEB secara internal memberikan saran, pendapat, dan buah pikiran tentang masalah pelik yang sedang dihadapi khususnya yang menyangkut pelaksanaan kode etik bidan dan pembelaan anggota. MPEB dan MPA memiliki tugas antara lain mengkaji, menangani, dan mendampingi anggota yang mengalami permasalahan dalam praktik kebidanan yang berkaitan dengan permasalahan hukum.

Dalam menjalankan tugasnya, sehubungan dengan pelaksanaan kode etik profesi, bidan dibantu oleh suatu lembaga yang disebut Majelis Pertimbangan Kode Etik Bidan Indonesia dan Majelis Pertimbangan Etika Profesi Bidan Indonesia. Tugasnya secara umum ialah:

1. Merencanakan dan melaksanakan kegiatan bidang sesuai dengan ketetapan pengurus pusat.
2. Melaporkan hasil kegiatan di bidang tugasnya secara berkala.
3. Memberikan saran dan pertimbangan yang perlu dalam rangka tugas pengurus pusat.
4. Membentuk tim teknis sesuai kebutuhan,tugas dan tanggung jawabnya ditentukan pengurus.

Tugas Majelis Etika Kebidanan adalah meliputi:

1. Meneliti dan menentukan ada dan tidaknya kesalahan atau kelalaian dalam menerapkan standar profesi yang dilakukan oleh bidan.
2. Penilaian didasarkan atas permintaan pejabat, pasien dan keluarga yang dirugikan oleh pelayanan kebidanan.
3. Permohonan secara tertulis dan disertai data-data.
4. Keputusan tingkat propinsi bersifat final dan bisa konsul ke Majelis Etik Kebidanan pada tingkat pusat.
5. Sidang Majelis Etik Kebidanan paling lambat tujuh hari, setelah diterima pengaduan. Pelaksanan sidang menghadirkan dan minta keterangan dari bidan dan saksi-saksi.

6. Keputusan paling lambat 60 hari, dan kemudian disampaikan secara tertulis kepada pejabat yang berwenang.
7. Biaya dibebankan pada anggaran pimpinan pusat IBI atau pimpinan daerah IBI di tingkat propinsi.

Keanggotaan MPEB dan MPA terdiri dari:

a. Ketua
b. Sekretaris
c. Bendahara
d. Anggota

D. Etika dan Kode Etik Perumahsakitan

1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah subyek hukum. Dalam hal ini, rumah sakit dapat melakukan hubungan hukum dengan subyek hukum lainnya dalam melaksanakan tugasnya dalam pelayanan kesehatan. Karena itu rumah sakit wajib menanggung segala sesuatu yang berkaitan dengan etik dan hukum yang timbul sebagai akibat dari perbuatannya atau perbuatan orang lain yang berada dalam tanggung jawabnya. Tanggung jawab tersebut meliputi tanggung jawab etik dan tanggung jawab hukum.

Tanggung jawab etik didasarkan pada kode etik rumah saki (KODERSI) sebgai pedoman berperilaku bagi ruumah sakit dalam menjalankan aktivitasnya. Sedang tanggung jawab yaitu hukum perdata, hukum administrasi dan hukum pidana yaitu Hukum perdata berarti, rumah sakit bertanggung jawab antara pasien dengan rumah sakit berhubungan dengan pelayanan kesehatan, Hukum administratif berhubungan dengan kewajiban yang harus di bayar pihak rumah sakit terhadap tenaga kesehatan di rumah sakit. Pertanggung jawaban dari aspek hukum pidana terjadi jika kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis di rumah sakit. Dari ketiga aspek hukum tersebut dapat di katakan bahwa rumah sakit sangat memiliki kaitan hubungan yang erat bukan hanya bagi pelayanan medis saja melainkan terhadap aspek

hukum.

2. Etika rumah sakit

Seperti diketahui, berbagai jenis tenaga kesehatan yang menjalankan profesinya di rumah sakit telah mempunyai kode etik yang harus dipedomani tiap-tiap profesi. Struktur etik profesi di bidang kesehatan ini umumnya tidak jauh berbeda, dalam kode etik tiap-tiap profesi terdapat ketentuan yang memuat tentang kewajiban umum, kewajiban terhadap pasien, kewajiban terhadap teman sejawat, dan kewajiban terhadap diri sendiri. Karena itu, secara umum kemungkinan berbenturan sebetulnya jarang sebab tujuannya adalah untuk peningkatan pelayanan kepada masyarakat agar pelayanan kesehatan dapat berlangsung dengan baik.

Etika rumah sakit Indonesia disusun oleh Persatuan Rumah Sakit seluruh Indonesia (PERSI), memuat tentang kewajiban umum tentang rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap pasien, kewajiban rumah sakit terhadap tenaga staf dan lain-lain. Pihak yang bertanggung jawab terhadap pelanggaran etik rumah sakit adalah rumah sakit itu sendiri.

Pada saat ini, beberapa rumah sakit telah mulai merasakan perlunya sebuah badan yang menangani pelanggaran etik yang terjadi di rumah sakit. Di rumah sakit-rumah sakit besar di Indonesia telah ada badan yang dibentuk dibawah nama Panitia Etika Rumah Sakit (PERS) yang diluar negeri disebut *Hospital Ethical Committee,* yang anggotanya terdiri dari staf medis, perawatan, administratif dan pihak lain yang berkaitan dengan tugas rumah sakit.

Etika rumah sakit adalah etika terapan (*applied ethics*) atau etika praktis (*practical ethics*), yaitu moralitas atau etika umum yang diterapkan pada isu-isu praktis, seperti perlakuan terhadap etnik-etnik minoritas, keadilan untuk kaum perempuan, penggunaan hewan untuk bahan makanan atau penelitian, pelestarian lingkungan hidup, aborsi, etanasia, kewajiban bagi yang mampu untuk

membantu yang tidak mampu, dan sebagainya. Jadi, etika rumah sakit adalah etika umum yang diterapkan pada tindakan medik (pengoperasian) rumah sakit.

Etika Rumah Sakit adalah suatu etika yang dikembangkan untuk rumah sakit sebagai suatu institusi lahir pada waktu yang hampir bersamaan dengan kehadiran etika biomedis. Sehingga dapat dikatakan etika institusional rumah sakit adalah pengembangan dari etika biomedika (bioetika). Karena masalah atau dilema etika yang baru sama sekali, sebagai dampak atau akibat dari penerapan kemajuan pesat ilmu dan teknologi biomedis, justru terjadi di rumah sakit. Sebagai contoh, dapat disebut kegiatan reproduksi dibantu transplantasi organ.

Etika rumah sakit terdiri atas dua komponen

a. Etika administratif

Secara umum masalah etik rumah sakit yang perlu diatur adalah tentang:

1. Rekam medik
2. Keperawatan
3. Pelayanan laboratorium
4. Pelayanan pasien dewasa
5. Pelayanan kesehatan anak
6. Pelayanan klinik medik
7. Pelayanan intensif, anestesi dan euthanasia
8. Pelayanan radiologi
9. Pelayanan kamar operasi
10. Pelayanan rehabilitasi medik
11. Pelayanan gawat darurat
12. Pelayanan medikolegal dan lain-lain

Isu etik administratif terkait dengan kepemimpinan dan manajemen di rumah sakit. Fungsi manajemen ini mencakup antara lain kegiatan menentukan objektif, menentukan arah dan memberi pedoman pada organisasi. kegiatan kepemimpinan dan manajemen ini paling sensitif secara etis. Artinya,

dalam pelaksanaannya seorang pemimpin yang manajer puncak sangat mudah disadari atau tidak melanggar asas-asas etika *beneficence, nonmaleficence, menghormati manusia dan berlaku adil*. Apalagi jika Direktur Rumah Sakit berperilaku diskriminatif dan menerapkan standar ganda. Ia menuntut orang lain mematuhi standar yang ditetapkan. Namun, ia sendiri tidak mau memberi teladan sesuai dengan standar itu.

Isu etika administratif berikutnya, adalah privasi. Privasi menyangkut hal-hal konfidensial tentang pasien, seperti rahasia pribadi, kelainan atau penyakit yang diderita, keadaan keuangan, dan terjaminnya pasien dari gangguan terhadap ketersendirian yang menjadi haknya. Hal ini menjadi kewajiban etis rumah sakit untuk menjaga dan melindungi privasi dan kerahasiaan pasiennya. Misalnya kerahasiaan rekam medis pasien sukar dijaga, karena rumah sakit modern data dan informasi yang terdapat di dalamnya terbuka bagi begitu banyak petugas yang karena kewajibannya memang berhak punya akses terhadap dokumen tersebut. Dapat juga terjadi dilemma etika administratif, jika terjadi keterpaksaan membuka kerahasiaan karena suatu sebab di satu pihak lain kewajiban moral untuk menjaganya.

Masalah etika administratif juga dapat terjadi, jika *informed consent* tidak dilaksanakan sebagaimana seharusnya, yaitu persetujuan yang diberikan secara sukarela oleh pasien yang kompeten kepada dokter untuk melakukan tindakan medis tertentu pada dirinya, setelah ia diberi informasi yang lengkap dan dimengerti olehnya tentang semua dampak dan risiko yang mungkin terjadi sebagai akibat tindakan itu atau sebagai akibat sebagai tidak dilakukan tindakan itu. Dalam banyak hal, memang tidak terjadi banyak masalah etika, jika intervensi medis berjalan aman dan outcome klinis sesuai dengan apa yang diharapkan semua pihak.

Dilema etika administratif berikutnya di rumah sakit

dapat terjadi berhubung dengan faktor-faktor situasi keuangan. Contoh-contoh berikut ini terjadi sehari-hari.

1. Apakah kemampuan pasien membayar uang muka adalah faktor yang mutlak bagi rumah sakit untuk memberikan pertolongan kepadanya. karena pertimbangan tertentu, pemilik atau manajeman rumah sakit mengalokasikan dana yang terbatas untuk proyek tertentu,dan dengan demikian mengakibatkan kebutuhan lain yang mungkin lebih mendesak, lebih besar manfaatnya, dan lebih efektif biaya.
2. Bagaimana sikap rumah sakit terhadap dokter tertentu sangat tinggi tarif jasanya. Jika ditegur ia pasti akan marah, dan mungkin akan hengkang kerumah sakit lain. padahal ia patient getter yang merupakan 'telur emas'bagi rumah sakit.
3. Bagaimana sikap terhadap pasien yang kurang tepat waktu melunasi piutang periodiknya, padahal ia sangat memerlukan tindakan khusus lanjutan.
4. Untuk rumah sakit milik pemodal, bagaimana sikap manajemen jika ada konflik kepentingan antara kebutuhan pasien dengan keingginan pemegang saham yang melihat sesuatu hanya dari perhitungan bisnis.
5. Bagaimana jika ada konflik kepentingan antara pemilik, manajemen dan para klinis yang akar masalahnya adalah soal keuangan dan pendapatan. Bagaimana sikap manajemen terhadap dokter tertentu yang dapat diduga melakukan moral *hazard* dengan berkolusi dengan PBF.
6. Bagaimana sikap rumah sakit terhadap teknologi mahal; disatu pihak diperlukan untuk meningkatkan posisi dan citra rumah sakit, di pihak lain potensi moral hazard juga tinggi demi untuk membayar cicilan kredit atau/*leasing*.

b. Etika biomedis

Isuu etika biomedis di rumah sakit menyangkut persepsi

dan perilaku profesional dan instutisional terhadap hidup dan kesehatan manusia dari sejak sebelum kelahiran, pada saat-saat sejak lahir, selama pertumbuhan, jika terjadi penyakit atau cidera, menjadi tua, sampai saat-saat menjelang akhir hidup, kematian dan malah beberapa waktu setelah itu.

Sebenarnya pengertian etika biomedis dalam hal ini masih perlu dipilah lagi dalam isu-isu etika biomedis atau bioetika yang lahir sebagai dampak revolusi biomedis sejak tahun 1960-an, yang antara lain berakibat masalah dan dilema baru sama sekali bagi para dokter dalam menjalankan propesinya. Etika biomedis dalam arti ini didefinisikan oleh *International association of bioethics* sebagai berikut; Bioetika adalah studi tentang isu-isu etis,sosial,hukum,dan isu-isu lainyang timbul dalam pelayanan kesehatan dan ilmu-ilmu biolagi (terjemahan oleh penulis).

Pengertian etika biomedis juga masih perlu dipilah lagi dalam isu-isu etika medis'tradisional' yang sudah dikenal sejak ribuan tahun, dan lebih banyak menyangkuthubungan individual dalam interaksi terapeutik antara dokter dan pasien. Kemungkinan adanya masalah etika medis demikianlah yang dalam pelayanan di rumah sakit sekarang cepat oleh masyarakat (dan media masa) ditunding sebagai malpraktik.

3. Komite Medik

Komite Medik merupakan suatu wadah non struktural di rumah sakit yang bertugas untuk:

a. Membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya,
b. Melaksanakan pembinaan etika profesi
c. Mengatur kewenangan anggota Staf Medik Fungsional (SMF)
d. Meningkatkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

Komite medik rumah sakit berfungsi antara lain:

a. Pendidikan, memahami masalah etika dan dsikusi kasus medico-legal dan proses pengambilan keputusan.
b. Penyusunan kebijakan, pedoman untuk bertindak apabila menghadapi kasus-kasus pasien gawat darurat, pasien terminal, vegetative state, tidak lagi melakukan resusitasi, penghentian pengobatan dan lain-lain.

4. Panitia Etika Rumah Sakit (PERS)

Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI) disusun oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Etika ini memuat tentang kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap pasien, kewajiban rumah sakit terhadap staf dan lain-lain.

Pembentukan Panitia Etik (sebagai bagian dari Komite Medik) atau Komite Etik (berkedudukan sejajar dengan Komite Medik) disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing rumah sakit. Bahkan sekarang mulai dibentuk Komite Etik dan Hukum di beberapa rumah sakit.

Fungsi PERS ini adalah memberikan nasihat atau konsultasi melalui diskusi atau berperan dalam menilai penyelesaian melalui kebijaksanaan, pendidikan pada lingkungannya dan memberikan anjuran-anjuran pada pelayan kasus-kasus sulit. Dengan demikian PERS dapat memberikan manfaat.

Fungsi PERS adalah memberikan nasihat/konsultasi melalui diskusi atau berperan dalam menilai penyelesaian melalui kebijaksanaan, pendidikan pada lingkungannya dan memberikan anjuran-anjuran pada pelayan kasus-kasus sulit. Dengan demikian, PERS dapat memberikan manfaat:

a. Sebagai sumber informasi yang relevan untuk menyelesaikan masalah etik di rumah sakit.
b. Mengidentifikasi masalah pelanggaran etik di rumah sakit dan memberikan pendapat untuk penyelesaian.

c. Memberikan nasihat kepada direksi rumah sakit untuk meneruskan atau tidak, perkara pelanggaran etik ke MKEK.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa tugas PERS adalah membantu para dokter, perawat dan anggota tim kesehatan di rumah sakit dalam menghadapi masalah-masalah pelanggaran etik maupun pemantapan pengamalan kode etik tiap-tiap profesi.

5. Kode Etik Rumah Sakit

MUKADIMAH

Lembaga perumahsakitan telah tumbuh dan berkembang sebagai bagian dari sejarah peradaban umat manusia, yang bersumber pada kemurnian rasa kasih sayang, kesadaran sosial dan naluri untuksaling tolong menolong di antara sesama, serta semangat keagamaan yang tinggi dalam kehidupan umat manusia. Sejalan dengan perkembangan peradaban umat manusia, serta perkembangan tatanan sosio-budaya masyarakat, dan sejalan pula dengan kemajuan ilmu dan teknologi khususnya dalam bidang kedokteran dan kesehatan, rumah sakit telah berkembang menjadi suatu lembaga berupa suatu "unit sosio-ekonomi" yang majemuk.

Perumahsakitan di Indonesia sesuaidengan perjalanan sejarahnya telah memiliki jati diri yang khas, ialah dengan mengakarnya azas perumahsakitan Indonesia kepada azas Pancasila dan Undang-undang Dasar 1945, sebagai falsafah bangsa dan negara Republik Indonesia. Dalam menghadapi masa depan yang penuh tantangan diperlukan upaya mempertahankan kemurnian nilai-nilai dasar perumahsakitanIndonesia.

Rumahsakit di Indonesia yang tergabung dalam Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah menyusun Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), yang memuat rangkuman nilai-nilai dan norma-norma perumahsakitan guna dijadikan pedoman bagi semua pihak yang terlibat dan berkepentingan dalam penyelenggaraan dan pengelolaan perumahsakitan di Indonesia.

BAB I
Kewajiban Umum Rumah Sakit

Pasal 1

Rumah Sakit harus mentaati Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI)

Pasal 2

Rumah sakit harus dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit.

Pasal 3

Rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya.

Pasal 4

Rumah sakit harus memelihara semua catatan/arsip baik medik maupun nonmedik secara baik.

Pasal 5

Rumah sakit harus mengikuti perkembangan dunia perumahsakitan.

BAB II
Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Masyarakat dan Lingkungan

Pasal 6

Rumah sakit harus jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha agar pelayanannya menjangkau di luar rumah sakit.

Pasal 7

Rumah sakit harus senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya pada harapan dan kebutuhan masyarakat setempat.

Pasal 8

Rumah sakit dalam menjalankan operasionalnya bertanggung jawab terhadap lingkungan agar tidak terjadi pencemaran yang merugikan masyarakat

BAB III
Kewajiban Rumah Sakit Terhadap Pasien

Pasal 9

Rumah sakit harus mengindahkan hak-hak asasi pasien.

Pasal 10

Rumah sakit harus memberikan penjelasan apa yang diderita pasien, dan tindakan apa yang hendak dilakukan.

Pasal 11

Rumah sakit harus meminta persetujuan pasien (informed consent) sebelum melakukan tindakan medik.

Pasal 12

Rumah sakit berkewaijiban melindungi pasien dari penyalahgunaan teknologi kedokteran.

BAB IV
Kewajiban Rumah Sakit TerhadapPimpinan, Staf, dan Karyawan

Pasal 13

Rumah sakit harus menjamin agar pimpinan, staf, dan karyawannya senantiasa mematuhi etika profesi masing-masing.

Pasal 14

Rumah sakit harus mengadakan seleksi tenaga staf dokter, perawat, dan tenaga lainnya berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan.

Pasal 15

Rumah sakit harus menjamin agar koordinasi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat terpelihara.

Pasal 16

Rumah sakit harus memberi kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilannya.

Pasal 17

Rumah sakit harus mengawasi agar penyelenggaraan pelayanan dilakukan berdasarkan standar profesi yang berlaku.

PasaI18

Rumah sakit berkewajiban memberi kesejahteraan kepada karyawan dan menjaga keselamatan kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku.

BAB V
Hubungan Rumah Sakit Dengan Lembaga Terkait

Pasal 19

Rumah sakit harus memelihara hubungan yang baik dengan pemilik berdasarkan nilai-nilai, dan etika yang berlakudi masyarakat Indonesia.

Pasal 20

Rumah sakit harus memelihara hubungan yang baik antar rumah sakit dan menghindarkan persaingan yang tidak sehat.

Pasal 21

Rumah sakit harus menggalang kerjasama yang baik dengan instansi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan.

Pasal 22

Rumah sakit harus berusaha membantu kegiatan pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan.

BAB VI
Lain-lain

Pasal 23

Rumah sakit dalam melakukan promosi pemasaran harus bersifat informatif, tidak komparatif, berpijak pada dasar yang nyata, tidak berlebihan,dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

Jika dicermati, nilai-nilai yang terkandung dalam KODERSI ini merupakan nilai-nilai etik yang identik dengan nilai-nilai akhlak atau moral, yang mutlak diperlukan guna melandasi dan menunjang berlakunya nilai-nilai atau kaidah-kaidah lainnya dalam bidang perumahsakitan, seperti perundang-undangan, hukum dan sebagainya, guna tercapainya pemberian pelayanan kesehatan oleh rumah sakit, yang baik,bermutu dan profesional. ●

BAGIAN 3

ASPEK HUKUM PELAYANAN KESEHATAN

BAB VII

HUKUM SEBAGAI KAIDAH SOSIAL

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan bagian penting dari kesejahteraan masyarakat. Kesehatan juga merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, disamping sandang, pangan dan papan Dengan berkembangnya pelayanan kesehatan dewasa ini, memahami etika dan kesehatan merupakan tuntunan yang dipandang semakin perlu, karena etika kesehatan membahas tentang tata susila dokter dalam menjalankan profesi, khususnya yang berkaitan dengan pasien. Oleh karena itu, tatanan kesehatan secara normatif menumbuhkan pengembangan hukum kesehatan bersifat khusus (Lex specialis) yang mengandung ketentuan penyimpangan/eksepsional jika dibandingkan dengan ketentuan hukum umum (Lex generale) Konsep dasar hukum kesehatan mempunyai ciri istimewa yaitu beraspek:

1. Hak Azasi Manusia (HAM)
2. Kesepakatan Internasional
3. Legal baik pada level nasional maupun internasional,
4. Ilmu pengetahuan dan teknologi yang termasuk tenaga kesehatan professional.

Komponen hukum kesehatan tumbuh dari keterpaduan hukum administrasi, hukum pidana, hukum perdata dan hukum internasional. Dalil yang berkembang dalam hukum kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat mencakup legalisasi dalam moral dan moralisasi dalam hukum sebagai suatu dalil yang harus mulai dikembangkan dalam pelayanan kesehatan.

B. Hukum Positif Indonesia

1. Pengertian

Pada umumnya pertanyaan pertama yang muncul bagi orang yang mulai mempelajari hukum adalah apakah itu hukum?. Upaya untuk memberikan arti yang memadai tentang hukum sesungguhnya telah dilakukan sejak beribu-ribu tahun yang lalu namun belum pernah terdapat sesuatu rumusan yang memuaskan. Para ahli hukum pun sebagian besar merumuskannya secara berlainan. Faktor ini disebabkan antara lain oleh karena hukum banyak seginya dan demikian luasnya sehingga seakan-akan tidak bertepi (Apeldoorn: 1978, Rahardjo: 1986). Ia menjelajahi wilayah kebudayaan, ekonomi, sejarah, filsafat, manajemen, sosiologi dan lain-lain. Hukum memang tidak lepas dari kehidupan manusia. Setiap manusia mempunyai kepentingan, ada yang bersamaan dan ada yang berbeda kepentingannya. Kepentingan adalah suatu tuntutan perorangan atau kelompok yang diharapkan untuk dipenuhi. Setiap manusia adalah pendukung atau penyandang kepentingan. Manusia menginginkan agar kepentingannya terlindung dari bahaya yang mengancamnya. Untuk itu ia memerlukan bantuan manusia lain. Dengan kerjasama dengan manusia lain akan lebih mudahlah keinginan tercapai atau kepentingan terlindungi.

Sudah menjadi sifat pembawaannya bahwa manusia hanya dapat hidup dalam masyarakat. Manusia adalah *"zoon politicon"* atau makhluk sosial. Jadi untuk menghadapi bahaya yang mengancam dirinya dan agar kepentingan-kepentingannya lebih terlindungi maka manusia hidup berkelompok dalam masyarakat.

Perlindungan kepentingan itu tercapai dengan terciptanya pedoman atau peraturan hidup yang menentukan bagaimana manusia harus bertingkah laku dalam masyarakat agar tidak merugikan orang lain dan dirinya sendirinya. Pedoman atau patokan atau ukuran untuk bertingkah laku atau bersikap dalam kehidupan bersama ini disebut norma atau kaidah sosial.

Untuk melindungi kepentingan manusia di dalam masyarakat terdapat beberapa kaidah sosial. Tata kaidah tersebut terdiri atas kaidah kepercayaan atau keagamaan, kaidah kesusilaan, kaidah sopan santun dan kaidah hukum.

Hukum menurut Robert R. Miller (1996): *as a system of principles and processes by which people who live in a society attempt to control human conduct to minimize the use of force in resolving conflicting interests.* Makna hukum Miller adalah suatu sistem yang mengandung prinsip-prinsip dan proses yang oleh orang-orang yang tinggal dalam suatu masyarakat guna mengontrol tingkah laku manusia untuk meminimalkan penggunaan pemaksaan di dalam memecahkan suatu konflik kepentingan.

J.G. Holland (Pozgar, 1996) mengemukakan batasan tentang hukum:*Law are the bulkwarks of liberty: they define every man's right, and defend the individual liberties of all men.* Bagi Holland hukum merupakan basis dari kebebasan yang merumuskan hak-hak setiap orang dan melindungi kebebasan individu dari semua orang.

E.Utrecht (2001) memberikan rumusan hukum sebagai "Himpunan peraturan-peraturan (perintah-perintah) dan larangan-larangan yang mengurus tata tertib suatu masyarakat dan karena itu harus ditaati oleh masyarakat".

J.C.T Simorangkir (1998) memandang hukum sebagai "Peraturan-peraturan yang bersifat memaksa yang menentukan tingkah laku manusia dalam lingkungan masyarakat yang dibuat oleh badan resmi yang berwajib, pelanggaran mana terhadap peraturan-peraturan tadi berakibatkan diambilnya tindakan yaitu hukum tertentu.

Seorang ahli antropologi hukum Leopold Pospisil (Munir:1987) memberikan rumusan tentang hukum sebagai suatu aktivitas dalam rangka suatu kebudayaan yang mempunyai fungsi pengawasan sosial. Untuk membedakan suatu aktivitas itu dari aktivitas-aktivitas kebudayaan lain yang mempunyai fungsi serupa dalam suatu masyarakat, seorang peneliti harus mencari akan adanya ciri dari hukum *(attribute of law).* Pospisil melihat hukum sebagai salah satu aktivitas kebudayaan dalam masyarakat yang berfungsi memberikan pengawasan sosial. Bedanya dengan aktivitas kebudayaan lain adalah ciri (atribut) dari hukum itu sendiri.

Ada empat atribut dari hukum yaitu:

1. ***Attribute of authority*** bahwa hukum itu adalah keputusan-keputusan melalui mekanisme yang diberi kuasa dan pengaruh di dalam masyarakat.
2. ***Attribute of intention of universal application*** bahwa bahwa keputusan-keputusan itu berjangka panjang dan yang harus dianggap berlaku terhadap peristiwa-peristiwa yang serupa dalam masa yang kandatang.
3. ***Attribute of obligation*** bahwa keputusan-keputusan dari pemegang kekuasaan itu harus mengandung perumusan kewajiban terhadap kedua belah pihak secara timbal balik.
4. ***Attribute of sanction*** bahwa keputusan-keputusan dari pihak berkuasa itu harus dikuatkan dengan sanksi dalam arti seluas-luasnya.

Isi kaidah hukum ditujukan kepada sikap lahir manusia, mengutamakan perbuatan lahir. Pada prinsipnya, sikap batin manusia tidak menjadi soal, asal lahirnya ia tidak melanggar hukum. Kaidah hukum berasal dari luar diri manusia (heteronom). Dalam hal ini masyarakat secara resmi diberi kuasa untuk membebankan sanksi atau menjatuhkan hukuman. Perbedaan antara kaidah hukum dengan kaidah lainnya terlihat pada gambar berikut:

	Kaidah Kepercayaan	Kaidah Kesusilaan	Kaidah Sopan Santun	Kaidah Hukum
Tujuan	Penyempur mns; jngsmp jahat	Penyempurmns Jngsmpjahat.	Ketertib masy jgn smpada korban	Ketetib.masy Jng smp ada korban
Isi	Ditujukan kpd si kap batin	Ditujukan kpd sikap batin	**Ditujukan kpd sikap** lahir	Ditujukan kpd sikap lahir
Asal usul	Dari Tuhan	Diri sendiri	Dr luar diri mns	Dari luar diriMns
Sanksi	Dari Tuhan	Diri sendiri	Dr masytakresmi	Dari masy se cara resmi
Daya kerja	Membebani ke Wajiban	Membebani kewajiban	Membebani ke Wajiban	Membebani ke Waj, Memberi hak

Sumber: Sudikno Mertokusumo, 1991

2. Tujuan Hukum

Dalam literatur hukum terdapat beberapa teori tentang tujuan hukum antara lain yaitu:

a. Teori Etis, menurut teori ini hukum bertujuan untuk menciptakan keadilan. pendukung utama teori ini adalah Geny. Keadilan itu sendiri menurut Aristoteles adalah keadilan distributif (justitia distributiva) bahwa setiap orang mendapatkan apa yang menjadi haknya atau jatahnya, keadilan commutatif yaitu memberikan kepada setiap orang sama banyaknya.
b. Teori Utilitis, menurut teori ini hukum ingin menjamin kebahagiaan yang terbesar bagi manusia dalam jumlah yang sebanyak-banyaknya. Pada hakikatnya teori ini tujuan hukum adalah manfaat dalam menghasilkan kesenangan atau kebahagiaan yang terbesar bagi jumlah orang terbanyak. Pendukung utama teori ini adalah Jeremy Bentham.
c. Teori campuran, van Apeldoorn mengatakan tujuan hukum adalah mengatur pergaulan hidup secara damai. Mochtar Kusumaatmadja menyatakan tujuan hukum adalah ketertiban.

Fungsi hukum adalah menetapkan pola hubungan antara anggota masyarakat menunjukkan jenis-jenis tingkah laku yang diperbolehkan dan yang dilarang, menentukan alokasi wewenang

memerintah siapa yang boleh melakukan paksaan yang secara tepat dan efektif, serta menyelesaikan sengketa.

Sebagai tempat menemukan atau menggali hukum disebut sebagai sumber hukum. Apeldoorn membedakan 4 macam sumber hukum yaitu:

1. Dalam arti historis yaitu tempat menemukan hukum dalam sejarah, yang dapat dibagi atas:
   a. Diketemukan atau dikenal hukum secara historis: dokumen-dokumen kuno, lontar dsb.
   b. Tempat pembentuk undang-undang mengambil bahannya.
2. Dalam arti sosiologi (teleologis**)** merupakan faktor-faktor yang menentukan sisi positif, misalnya keadaan agama, pandangan agama dsb.
3. Dalam arti filosofis yang terdiri atas
   a. Sumber isi hukum menanyakan isi hukum itu asal darimana. Terdapat tiga pandangan yang mencoba menjawab pertanyaan ini yaitu:
      1. Pandangan teokratis, isi hukum berasal dari Tuhan.
      2. Pandangan hukum kodrat, isi hukum berasal dari akal manusia.
      3. Pandangan mazhab historis, isi hukum berasal dari kesadaran hukum masyarakat.
   b. Sumber kekuatan mengikat dari hukum, yakni bahwa kekuatan mengikat dari hukum bukan semata-mata didasarkan atas kekuatan yang bersifat memaksa, melainkan karena alasan kesusilaan atau kepercayaan.
4. Dalam arti formil yakni melihat sumber hukum dari cara terjadinya hukum positif yang merupakan fakta yang menimbulkan hukum yang berlaku dan mengikat hakim dan penduduk.

   Utrecht (1975) menyebut sumber hukum formil itu adalah:
   a. Undang-undang
   b. Kebiasaan dan adab

c. Traktat
d. Yurisprudensi
e. Pendapat ahlihukum yang terkenal (doktrin).

Mengenai sumber hukum formil ini, selanjutnya hanya akan dibahas mengenai undang-undang. Undang-undang dapat dibagi atas:

a. Undang-undang dalam arti materiel yaitu undang-undang yang merupakan keputusan atau ketetapan penguasa, yang dilihat dari isinya disebut undang-undang dan mengikat setiap orang secara umum.
b. Undang-undang dalam arti formil ialah keputusan penguasa yang dilihat dari bentuk dan cara terjadinya disebut undang-undang.

Lawrence M. Friedman (1977: 14-15) memandang pelaksanaan hukum itu sangat berkaitan erat dengan sistem hukum. Sebagaimana dikemukakan sebagai berikut: **"***The structure os a system is its skeletal framework;it is the permanent shape, the institutional body of the system, the tough, rigid bones that keep the process flowing within bounds. when we talk about the number of judges, the jurisdiction of courts, how higher courts are stacked on top of lower level courts, what persons are attached to various courts, what teir roles consist of. The substances is composed of substantive rules and rules about how institutions should behave". ……. Legal Culture refers to those parts of general culture-customs, opnions, ways of doing and thinking-that bend social forces toward or away from the law and in particular ways ".*

Efektivitas hukum dalam masyarakat banyak dipengaruhi oleh unsur-unsur dari sistem hukum yaitu struktur hukum meliputi lembaga-lembaga hukum yang saling berkaitan dan berproses dalam hubungan timbal, substansi hukum mencakup kaidah-kaidah hukum dan sikap tindak hukum, dan terakhir kultur hukum yang mengandung nilai-nilai serta sikap-sikap yang mempengaruhi bekerjanya hukum.

3. Asas dan Hirarkhi Peraturan Perundang-undangan

Suatu sistem hukum terdiri unsur substansi hukum *(Subtance of law),* struktur hukum *(Structure of law),* budaya hukum *(Cukture of law).* Unsur hukum yang terdapat pada semua jenis hukum baik tertulis *(Written law)* maupun yang tidak tertulis *(Unwritten law)* adalah:

1. Asas-asas hukum sifat paling abstrak tetapi unsur inilah yang melahirkan norma norma hukum, sekaligus menjaga konsistensi sistem hukum. Misalnya jika terjadi pertentangan antara dua aturan hukum yang sederajat, suatu undang undang dengan undang undang lainnya di mana salah satunya bersifat khusus dan lainnya bersifat umum. Di sini berlaku asas *lex specialist derogat lege generale* aturan khusus mengensampingkan aturan umum. Atau contoh lain jika terjadi pertentangan antara dua aturan yang satu memiliki hirarki yang lebih tinggi dibanding yang lainnya contohnya antara UUD misalnya dengan suatu undang undang. Di sini berlaku asas *lex superior derogat lege inferiori* aturan yang lebih tinggi tingkatannya mengenyampingkan aturan yang lebih rendah tingkatannya.
2. Norma hukum adalah penetapan apa yang boleh dan apa yang tidak dilakukan berdasarkan hukum. Norma hukum dilahirkan dari asas hukum, di mana satu asas hukum dapat melahirkan lebih dari satu norma hukum. Contohnya asas hukum pengakuan terhadap hak milik individu dapat melahirkan sejumlah norma hukum. Misalnya larangan mencuri barang milik orang lain dan larangan merusak barang orang lain.

Aturan hukum dilahirkan dari satu norma hukum di mana satu noram hukum dapat melahirkan lebih dari satu aturan hukum. Contohnya dilarang mencuri barang orang lain (norma hukum) melahirkan aturan hukum Pasal 362 KUHP tentang Pencurian. Contoh lain larang melakukan perbatan melanggar hukum melahirkan Pasal 1365 KHU Perdata tentang Perbuatan Melanggar Hukum *(Onrechtmatige daad).*

Beberapa asas yang dikenal dalam perundang-undangan yaitu:

a. Undang-undang tidak berlaku surut
b. Undang-undang yang lebih tinggi mempunyai kedudukan yang lebih tingggi pula. Hal ini membawa konsekuensi sebagai berikut:
    1. Peraturan yang lebih tinggi tidak dapat diubah atau dihapuskan oleh peraturan yang lebih rendah tingkatannya, tetapi prosesnya sebaliknya dimungkinkan.
    2. Hal-hal yang wajib diatur oleh peraturan yang lebih tinggi tidak mungkin diatur oleh peraturan rendahan, sebaliknya dimungkinkan.
    3. Isi peraturan rendahan tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi, sedangkan sebaliknya mungkin, dan kalau ini terjadi maka peraturan rendahan menjadi batal.
    4. Peraturan yang lebih rendah dapat merupakan peraturan pelaksanaan dari peraturan yang lebih tinggi, sebaliknya tidak mungkin.
c. Undang-undang yang bersifat khusus mengesampingkan undang-undang yang bersifat umum.
d. Undang-undang yang berlaku belakangan membatalkan undang-undang yang berlaku terdahulu. Maksudnya jika dua undang-undang mengatur hal yang sama, maka peraturan yang terakhir membatalkan peraturan terdahulu.
e. Undang-undang tidak dapat diganggu gugat.
f. Undang-undang berlaku pada saat ditempatkan di Lembaran Negara (LN) dan mengikat semua penduduk setelah 30 hari sejak pengundangan dan penempatannya di dalam Lembaran Negara.

Dalam Tap MPR No. III/MPR/2000 ditetapkan hirarki dan tata urutan peraturan perundangan-undangan yaitu:

1. UUD
2. Tap MPR

3. UU/Perpu
4. Peraturan Pemerintah (PP)
5. Keputusan Presiden
6. Peraturan Daerah

Menurut Undang-Undang No. 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan pada Pasal 1 angka 2 disebutkan peraturan perundang-undangan adalah peraturan tertulis yang dibentuk oleh Lembaga Negara atau pejabat yang berwenang dan mengikat secara umum. Pasal 7 ayat (1) ditentukan jenis dan hirarkhi peratuan perundang-undangan sebagai berikut

1. UUD 1945
2. UU/Perpu
3. Peraturan Pemerintah (PP)
4. Peraturan Presiden
5. Peraturan Daerah (Perda) meliputi
    a. Peraturan Daerah Provinsi dibuat oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi (DPRD Provinsi) bersama dengan Gubernur.
    b. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dibuat oleh Dewan Perwakilan Darah Kabupaten/Kota (DPRD Kabupaten/Kota).
    c. Peraturan Desa/Peraturan yang setingkat dibuat oleh Badan Perwakilan Desa atau nama lainnya bersama dengan Kepala Desa atau nama lainnya.

Mengenai kekuatan berlakunya suatu undang-undang yaitu:

1. Berlaku secara yuridis, yaitu mempunyai kekuatan berlaku yuridis apabila persyaratan formal terbentuknya undang-undang itu telah terpenuhi.
2. Berlaku secara sosiologis yaitu kekuatan berlakunya suatu undang-undang yang didasarkan pada efektivitasnya atau hasil guna undang-undang itu dalam masyarakat. Kekuatan berlakunya undang-undang dalam masyarakat ada dua macam yaitu a. Menurut teori kekuatan, hukum mempunyai kekuatan

berlaku secara sosiologis apabila dipaksakan oleh pengausa, terlepas dari diterima atau tidak oleh masyarakat. b. Menurut teori pengakuan, hukum mempunyai kekuatan berlaku sosiologis apabila diterima dan diakui oleh masyarakat.

3. Berlaku secara filosofisyakni bahwa hukum mempunyai kekuatan berlaku secara filosofis apabila kaidah hukum tersebut sesuai dengan cita-cita hukum sebagai nilai positif yang tertinggi.

Supaya berfungsi, maka perundang-undangan harus memenuhi ketiga landasan berlakunya hukum yaitu secara yuridis, sosiologis, dan filosofis. Sebab, apabila suatu kaidah hukum hanya mempunyai landasan yuridis belaka, maka norma tersebut mungkin merupakan kaidah mati. Kalau suatu kaidah hukum hanya mempunyai kelakuan sosiologis dalam arti teori kekuasaan, maka norma tadi menjadi aturan pemaksa. Akhirnya, apabila suatu kaidah hukum hanya mempunyai landasan filosofis, maka kaidah hukum itu hanya boleh disebut sebagai norma hukum yang diharapkan atau dicita-citakan.

Ruang lingkup berlakunya undang-undang dapat dibagi menurut waktu dan menurut tempat dan orang. Berdasarkan ruang lingkup menurut waktu pada asasnya undang-undang hanya mengikat peristiwa yang kemudian terjadi setelah undang-undang itu diundangkan. Suatu undang-undang mulai berlaku dapat dilihat dalam undang-undang itu sendiri (Mertokusumo, 1991) yaitu:

a. pada saat diundangkan
b. pada tanggal tertentu
c. ditentukan berlaku surut
d. berlakunya ditentukan kemudian atau dengan peraturan lain.

Undang-undang berakhirdapat karena:

a. ditentukan dalam undang-undang itu sendiri
b. dicabut secara tegas
c. undang-undang lama bertentangan dengan undang-undang baru

d. timbulnya hukumkebiasaan yang bertentangan dengan undang-undang atau undang-undang tidak ditaati.

Mengenai ruang lingkup berlakunya undang-undang menurut tempat atau orang terdapat tiga kemunginan yaitu:

1. Berdasarkan asas teritorial berlakunya undang-undang dibatasi oleh wilayah. Undang-undang berlaku bagi setiap orang dalam wilayah negara tanpa membedakan kewarganegaraan orang yang berada dalam wilayah negara tersebut. Tempat kedudukan kedutaan suatu negara dianggap termasuk wilayah negara yang bersangkutan.
2. Berdasarkan asas personal berlakunya undang-undang mengikuti orang dan tidak terbatas pada wilayah negara saja. Jadi undang berlaku bagi orang yang berada baik di dalam suatu wilayah negara maupun di luarnya.
3. Berdasarkan asas universal berlakunya undang-undang tidak terbatas pada warganegara Indonesia saja tetapi juga tidak terbatas pada wilayah saja.

Berdasarkan kriteria fungsi hukum di bagi atas:

a. Hukum Materiel, terdiridari peraturan-peraturan yang memberi hak dan membebani kewajiban-kewajiban.
b. Hukum Formil yaitu hukum yang menentukan bagaimana caranya mewujudkan hak dan kewajiban dalam hal menegakkan hukum materiel, bagaimana caranya mewujudkan dalam hal ada pelanggaran hukum atau sengketa;bagaimana menuntut pelunasan hutang, bagaimana menuntut penyerahan barang dan sebagainya.

4. Bentuk dan Jenis Hukum

Dari segi isinya hukum dapat di bagi atas Hukum Umum yang merupakan dasar umum serta Hukum Khusus yang menyimpang dari hukum umum. Pembagian lain dari hukum yaitu Hukum Publik dan Hukum Privat. Hukum publik adalah keseluruhan hukum yang mengatur kepentingan umum dan mengatur kepentingan

penguasa dengan warganegaranya. Ada beberapa kriteria yang dapat digunakan dan merupakan dasar serta hukum khusus. Dalam hukum publik salah satu pihaknya adalah penguasa, sedangkan dalam hukum privat kedua belah pihak adalah perorangan tanpa menutup kemungkinan bahwa dalam hukum privatpun penguasa pun dapat juga menjadi pihak.

Peraturan hukum publik sifatnya memaksa, sedangkan peraturan hukum privat sifatnya mengatur meskipun ada yang sifatnya memaksa. Yang termasuk hukum publik adalah hukum tata negara, hukum administrasi negara dan hukum pidana. Hukum tata negara adalah hukum yang mengatur bentuk, organisasi, tugas dan wewenang negara. Hukum tata negara melihat negara dalam keadaan statis, tidak bergerak. Hukum administrasi negara atau hukum tata usaha negara adalah hukum yang mengatur negara dalam keadaan bergerak. Hukum administarsi negara mengatur hubungan antar lembaga-lembaga negara, antara lembaga negara dengan masyarakat. Hukum pidana adalah hukum yang menentukan perbuatan-perbuatan mana atau siapa sajakah yang dapat dipidana serta sanksi-sanksi apa yang tersedia.

Hukum privat atau hukum perdata itu mengatur hubungan dalam keluarga dan hubungan pergaulan di dalam masyarakat. Hubungan dalam keluarga menimbulkan hukum orang dan hukum keluarga, sedangkan pergaulan di dalam masyarakat menimbulkan hukum harta kekayaan yang dibagi lebih lanjut menjadi hukum benda dan hukum perikatan. Di samping hukum keluarga, hukum orang, hukum benda dan hukum perikatan, termasuk dalam hukum perdata juga hukum waris. Hukum dagang adalah hukum khusus di samping hukum perdata. Akan tetapi hukum dagang tidaklah berdiri sendiri lepas dari hukum perdata, melainkan melengkapi hukum perdata. Meskipun ketentuan hukum dagang itu sering menyimpang dari ketentuan hukum perdata numun hukum perdata tetap berlaku sebagai dasar umum bagi hukum dagang.

Dalam kaitan hukum dengan permasalahan kesehatan yaitu

bagaimana hukum dapat berfungsi untuk menyelesaikan masalah kesehatan sesuai dengan tujuan hukum. Fungsi hukum dapat dilihat dari:

1. Sarana pengendalian sosial *(social control)*

   Sebagai suatu sarana pengendalian sosial yaitu dengan melihat hukum sebagai sarana untuk mempertahankan suatu tata tertib atau pola kehidupan yang telah ada. Hukum dalam posisi seperti ini sekedar menjaga agar setiap orang menjalankan peranannya sebagaimana diharapkan dari padanya.
2. Sarana untuk melakukan perubahan sosial *(social engineering)*.

   Dengan fungsi hukum sebagai sarana untuk melakukan perubahan di dalam masyarakat, dari hukum diharapkan tidak hanya sekedar meneguhkan pola-pola yang memang telah ada di dalam masyarakat tetapi juga ia berusaha untuk menciptakan hal-hal atau hubungan-hubungan baru.
3. Fungsi hukum sebagai alat pemersatu *(social integration)* yaitu mengatur dan menciptakan tatanan. Adanya hukum disini dimaksudkan untuk mengatur kehidupan bersama di dalam masyarakat.

   Agar suatu kaidah hukum atau peraturan tertulis benar–benar berfungsi, senantiasa dapat dikembalikan pada paling sedikit empat faktor (Soekanto dan Abdullah, 1980) yaitu:

   1. Kaidah hukum itu sendiri
   2. Aparat penegak hukum
   3. Fasilitas yang dapat mendukung penegakan hukum
   4. Kesadaran hukum masyarakat yang terdiri dari:
      a. Pengetahuan hukum masyarakat
      b. Pengahayatan terhadap fungsi hukum
      c. Penerapandari kaidah hukum itu sendiri.

Dalam ilmu hukum, diajarkan tiga ketaatan terhadap hukum yaitu:

1. Bersifat compliance, taat pada suatu ketentuan hukum hanya karena takut sanksi. Ini paling dianut banyak di Indonesia.

Ketaatan ini yang paling rendah kualitasnya.

2. Ketaatan yang bersifat identification, menaati ketentuan hukum karena takut hubungan baiknya dengan orang lain menjadi rusak.
3. Ketaatan yang bersifat internalizationyaitu ketaatan terhadap ketentuan hukum bukan karena takut sanksi melainkan karena nilai intrensik kita.

Persamaan antara etik dan hukum (Hanafiah dan Amir,1999) adalah:

1. Merupakan alat untuk mengatur tertibnya hidup masyarakat.
2. Objeknya adalah tingkah laku manusia.
3. Mengandung hak dan kewajiban anggota masyarakat
4. Sama-sama mengggugah kesadaran untuk bersikap manusiawi.
5. Sumbernya adalah hasil pemikiran para pakar dan pengalaman para senior

Menurut penulis etika baru mengandung hak dan kewajiban apabila sudah dituangkan dalam bentuk kode etik Kedua, sumber hukum tidak mengenal keterikatan pada pemikiran senioritas melainkan merupakan pendapat dari para ahli hukum atas sesuatu kasus (doktrin). Di samping persamaannya, antara etika dan hukum terdapat perbedaan-perbedaan yaitu:

1. Etik berlaku untuk lingkungan profesi, sementara hukum berlaku umum
2. Etik disusun berdasarkan kesepakatan anggota profesi, sementara hukum disusun oleh badan pemerintahan
3. Etik tidak selamanya tertulis, sementara hukum tercantum secara terinci dalam undang-undang maupun dalam lembaran/ berita negara
4. Sanksi terhadap pelanggaran etik berupa tuntunan, sedang sanksi terhadap pelanggaran hukum berupa tuntutan
5. Pelanggaran etik diselesaikan melalui Majelis Kehormatan Etik, pelanggaran hukum diselsaikan melalui pengadilan.
6. Penyelesaian pelanggaran etik tidak selalu disertai bukti fisik,

penyelesaian pelanggaran hukum memerlukan bukti fisik.

Hemat penulis, baik hukum maupun etik terdiri dari bentuk tertulis maupun tidak tertulis. Pelanggaran terhadap hukum tidak selalu harus diselesaikan melalui pengadilan. Penyelesaian suatu perkara apakah di bawa atau tidak itu dipengaruhi budaya masyarakat setempat. ●

BAB VIII
HUKUM KESEHATAN

A. Pengertian Hukum Kesehatan *(Health Law)*

Beberapa isitilah yang berkaitan dengan Hukum Kesehatan yaitu:

Medical Law (Inggeris, USA) : Hukum Kedokteran
Gesuntheitsrecht (Jerman) : Hukum Kesehatan
Droit Medical (Prancis, Belgia) : Hukum Kedokteran
Gezondheidsrecht (Belanda) : Hukum Kesehatan
Health Law (WHO, USA) : Hukum Kesehatan

Hukum kedokteran dan hukum kesehatan mulai diperkenalkan di Indonesia dengan terbentuknya kelompok studi untuk Hukum Kedokteran Indonesia di Universitas Indonesia pada tanggal 1 Nopember 1982 di Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo di Jakarta oleh beberapa dokter dan sarjana hukum yang mengikuti Kongres Sedunia Hukum Kedokteran di Gent Belgia tahun 1982.

Sebenarnya sejarah Hukum Kesehatan hampir sama tuanya dengan induknya bidang hukum dan maupun kesehatan. Raja Hammurabi (1728-1689 SM) dari Babylonia menulis dalam *Code of Hammurabi: "If the doctor performs a mayor operation or cure a sick eye, he shall receive ten shekels of silver. If the patient as freed man, he shall pay five shekels. If he is a slave, the his master shall pay two shekels on his*

behalf. But if the patient lost his live or an eye in an operation, the doctor's hand were cut off. If the patient was a slave, the doctor was only boundto make good the loss by getting the owner a new slave".

Semenjak tahun lima puluhan Hukum Kesehatan berkembang sebagai suatu pengkhususan ilmu hukum, terutama di Negeri Belanda, Perancis dan Amerika Serikat. Perkembangan itu disebabkan menurut Leenen (Soekanto dan Herkutanto, 1986) oleh hal-hal sebagai berikut:

1 *.....the evolution of medical science and technology, which more and more intrude the human body and mind and affect physical and mental integrity.*
2 *Moreover, medicine has become a big and bureaucratic institution in which personal relations tend to deteriorate.*
3 *On the other hand, the notions of human rights and individual self-determination are, especially accepted as cornerstones of law and social policy. Therefore a tension exists between a deep intruding sophisticated and bureaucratic health care and the patient who has become more aware of his personal rights".*

Jadi kemajuan teknologi dan birokrasi dalam bidang kesehatan, hak untuk mentukan nasib sendiri *(the right to self determination)* sebagai suatu hak pribadi dan hak mendapat mendapatkan pelayanan kesehatan *(the right to health care)* memegang peranan penting dalam perkembangan Hukum Kesehatan.

Rumusan analitis Leenen (1972: 8) tentang Hukum Kesehatan adalah: "Hukum Kesehatan mencakup semua aturan hukum yang secara langsung berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan yang terganggu atau tercemar, dan penerapan aturan-aturan hukum perdata serta hukum pidana selama aturan-aturan itu mengatur hubungan-hubungan hukum dan pemeliharaan kesehatan...".

Van der Mijn (Soekanto dan Herkutanto, 1986) merumuskan Hukum Kesehatan sebagai: "*Health law can be defined as the body of rules that relates directly to the care for health as well as to the application of general civil, criminal and administrative law. Medical law, the study*

of the juridical relations to which the doctor is a party, is a part of health law. In health care a range of juridical relations, in which the doctor is not involved, exist and become more and more important ....".

Definisi-definisi analitis tersebut di atas kadang-kadang mempunyai kelemahan yaitu mempersempit masalah-masalah yang sebenarnya menjadi ruang lingkup suatu bidang ilmu tertentu. Namun demikian, suatu rumusan senantiasa dapat dikembangkan sesuai dengan ilmu, pengetahuan, dan teknologi, maupun masyarakat.

Rumusan yang kemudian yang diajukan oleh Leneen adalah sebagai berikut: hukum kesehatan adalah "Semua ketentuan hukum yang langsung berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan dan penerapan dari hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administrasi dalam hubungan tersebut. Pula pedoman internasional, hukum kebiasaan dan yurisprudensi yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, hukum otonom, ilmu dan literatur, menjadi sumber hukum internasional".

Hukum Kesehatan merupakan pengkhususan atau cabang ilmu hukum, dan bukan cabang ilmu kedokteran sebagaimana halnya dengan ilmu kedokteran forensik. "*Health law can be defined as the body of legal rules that relates directly to health and the appplication of general civil, administrative, and penal law in health care. The specific rules for individual and social rights in health care included in the first part of of this definition; the second part sees to the connection between health care and general law. Health law with its particular subject is a specialized branch of law and simultaneously it is a part of law in general. General law principles and rules apply to health care. Health law belongs the family of law*".

B. Ruang lIngkup Hukum Kesehatan

Dalam uraian selanjutnya Leneen mencoba menyusun klasifikasi hal-hal yang menjadi ruang lingkup Hukum Kesehatan yaitu: *.....Basic concepts, theory, methodology, e.g. the right of self determination,*

the right to health care, private versus public responsibility.

.....Individual aspects of health law, e.g. physical and mental integrity, sterilization, artificial insimination, abortion, privacy, rights of minors, the mental ill, rights of patient, euthanasia.

.....Quality of health care,e.g. the health professions, disciplinary provision, audit, quality requirement for institutions, quality regulations concerning technical equipment, drugs.

.....Provisions of health care, e.g. planning legislation, organization of health care, organ transplantation, anaesthesia, psychosurgery, mental health legislation.

.....Preventive and environmental health.

.....Financial accessibilty of health care, e.g. social security, subventions, systems of payment of health care providers, price regulations.

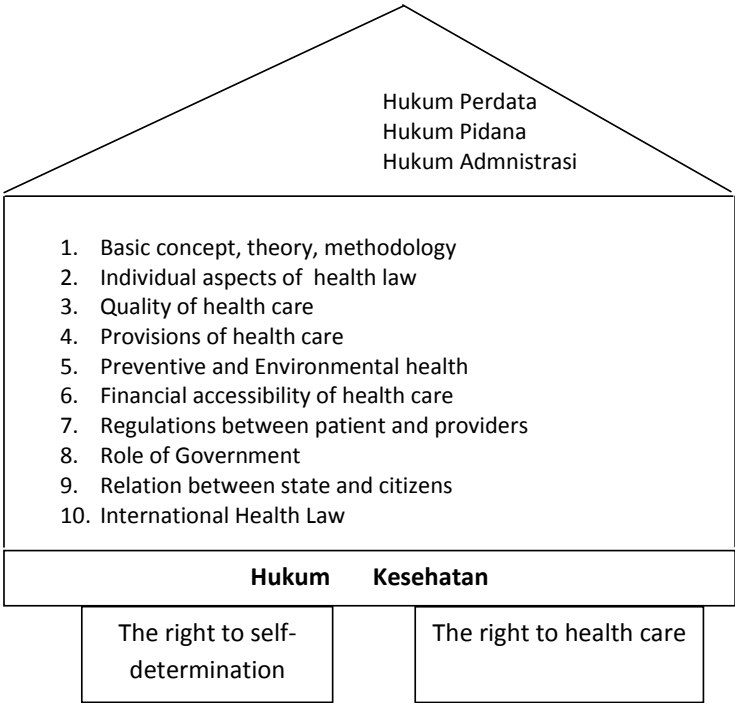
.....Regulations between patients and providerse.g. medical contract, free choice of doctor and patients, complaint prosedures.

.....Role of government, e.g. health inspectors, competencies and procedures, the role of legislations.

.....Relations between state and citizens, e.g. force and pressure upon a citizen by the state in the case of contagious diseases or mental problems, medical care of detainess for the military, waterfluoridation.

.....International health law.

Dengan demikian maka Hukum Kesehatan jika diibaratkan sebuah rumah yang isinya memuat berbagai bidang di mana hak atas pelayanan kesehatan *(the right to health care)* dan hak untuk menentukan nasib sendiri merupakan fundasi dari rumah yang bersangkutan. Secara skematis dapat digambarkan sebagai berikut.



***** Modifikasi: Guwandi (Tanpa tahun)

Anggaran dasar Perhimpunan Hukum Untuk Kesehatan Indonesia (Perhuki) disebutkan:

1. Hukum Kesehatan adalah hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan kesehatan/pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman medik, ilmu pengetahuan kesehatan, dan hukum serta sumber-sumber lainnya.
2. Hukum Kedokteran adalah bagian dari Hukum Kesehatan yang menyangkut pelayanan medis.

C. Sumber Hukum Kesehatan

Dari definisi Hukum Kesehatan sebagaimana yang dikemukakan di atas maka sumber hukum Hukum Kesehatan adalah:

1. Pedoman Internasional
   Konferensi Helsinki (1964) merupakan kesepakatan para dokter sedunia mengenai penelitian kedokteran, khususnya eksperimen pada manusia, diaman ditekankan pentingnya persetujuan tindakan medik (informed consent).
2. Hukum Kebiasaan
   Biasanya tidak tertulis dan tidak dijumpai dalam peraturan perundang-undangan atau KODEKI. Kebiasaan tertentu telah dilakukan di mana pada setiap operasi yang akan dilakukan di rumah sakit harus menanda tangani "izin operasi", kebiasaan ini kemudian dituangkan ke dalam peraturan tertulis dalam bentuk *"informed consent"*.
3. Yurisprudensi
   Keputusan hakim yang diikuti oleh para hakim dalam menghadapi kasus yang sama.
4. Hukum Otonom
   Suatu ketentuan yang berlaku untuk suatu daerah tertentu. Ketentuan yang dimaksud berlaku hanya bagi anggota profesi kesehatan tertentu misalnya, kode etik kedokteran, kode etik kedokteran gigi, kode etik keperawatan.
5. Ilmu
   Subtansi ilmu pengetahuan dari masing-masing disiplin ilmu. Misalnya pemakaian sarung tangan bagi dokter maupun dokter gigi dalam menangani pasien, dimaksudkan untuk mencegah penularan penyakit dari apsien kepada dokter atau dokter gigi tersebut.
6. Literatur
   Merupakan pendapat ahli hukum yang berwibawa menjadi sumber hukum kesehatan. Misalnya mengenai pertanggung jawaban hukum *(liability),* perawatan tidak boleh melakukan tindakan medis kecuali atas tanggung jawab dokter *(prolonged arm doctrine).*

D. Jenis Hukum Dalam Hukum Kesehatan

Mengacu kepada definisi Leenen itu, sebenarnya kualifikasi yuridis mengenai pelayanan kesehatan mempunyai arti dalam hukum pidana, perdata, dan administrasi negara. Dalam hukum perdata tindakan medik merupakan pelaksanaan suatu perikatan antara tenaga kesehatan atau dokter pada khususnya dengan pasien. Secara hukum hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada perjanjian ikhtiar *(Inspanningverbintennis)*. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya tidak menjanjikan kepastian kesembuhan pasien, akan tetapi berusaha semaksimal mungkin, berdasarkan kemampuan ilmu dan teknologi kedokteran untuk menyembuhkan pasien. Sebagaimana lazimnya ketentuan suatu perjanjian, maka dipenuhi syarat sahnya suatu perjanjian tersebut sebagaimana disebutkan dalam pasal 1320 KUH Perdata yaitu kesepakatan dan kecakapan pihak-pihak yang membuat perjanjian, suatu hal tertentu dan suatu sebab yang hal dari perjanjian.

Dalam keadaan pasien gawat darurat atau tidak sadar dan tidak ada keluarga terdekat, maka jelas syarat kesepakatan tidak terpenuhi. Dokter dalam hal ini boleh mengambil tindakan atas dasar penyelamatan jiwa pasien. Keadaan ini bisa dikaitkan dengan pasal 1354 KUH Perdata yaitu yang mengatur **"zaakwarneming"** yaitu suatu sikap tindak yang pada dasarnya merupakan pengambilalihan peranan orang lain yang sebenarnya bukan merupakan kewajiban sipengambilalih peran itu. Namun tetap melahirkan tanggung jawab yang harus dipikul sipengambilalih peran tersebut atas segala sikap tindak yang dilakukannya. Leenen menyebut sikap tindakan demikian sebagai suatu konstruksi hukum yang disebut **"fiksi hukum"** di mana seorang dalam keadaan tidak sadar akan menyetujui apa yang pada umumnya disetujui oleh pasien yang berada dalam situasi dan kondisi yang sama.

Setiap pelanggaran oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya terhadap perjanjian merupakan wanprestasi yang akan melahirkan

tuntutan, baik oleh pasien maupun keluarganya (pasal 1234 KUHPerdata). Bahkan tuntutan hukum dapat pula didasarkan pada perbuatan melanggar hukum *(onrechtmatige daad)* sesuai dengan pasal 1365 KUHPerdata. Hasil penelitian(Jurnal Penelitian Univ. Muhammadyah) menunjukkan bahwa dari 3 kasus malpraktik di Rumah Sakit Saiful Alam Malang 2 diantaranya diklasifikasikan sebagai perbuatan melanggar hukum, sisanya bersumber dari wanprestasi.

Dari segi hukum pidana, tanggung jawab dokter timbul jika perbuatan dokter dianggap melanggar atau bertentangan dengan hukum pidana yang berlaku sehingga membahayakan baik ketenteraman dan ketertiban masyarakat maupun individu. Tanggung jawab dokter dalam segi hukum pidana ini tidak terlepas dari penerapan asas legalitas sebagaimana yang disebutkan dalam Pasal 1 KUHP yang berbunyi: Tidak ada sesuatu perbuatan yang boleh dihukum melainkan atas kekuatan ketentuan hukum pidana yang ada terlebih dahulu dari perbuatan itu. Tanggung jawab pidana dokter ini terkait dengan asas praduga tidak bersalah dalam Pasal 6 ayat 2 Undang-Undang No. 4 tahun 2004 tentang Kekuasaan Kehakiman yang berbunyi: **"**Tidak seorang pun dapat dijatuhi pidana kecuali apabila pengadilan karena alat pembuktian yang sah menurut undang undang mendapatkan keyakinan hakim bahwa seseorang yang dianggap dapat bertanggung jawab telah bersalah atas perbuatan yang dituduhkan atas dirinya".

Isitilah kesalahan *(schuld)* dapat dibedakan dalam dua pengertian yaitu:

1. Kesalahan dalam arti luas yaitu adanya kesengajaan *(dolus)* dan atau kelalaian *(culpa)*.

   Mengenai tingkat bentuk kesengajaan adalah sebagai berikut:

   a. Kesengajaan sebagai maksud atau niat.
   b. Kesengajaan sebagai kepastian
   c. Kesengajaan insaf kemungkinan *(dolus eventualis)*

   Kesengajaan meliputi perbuatan yang dilakukan dengan

mengetahui dan menginginsafi serta dapat membayangkan akibat yang dapat timbul dengan dilakukannya perbuatan itu. Terdapat.dua teori mengenai kesengajaan yaitu

a. Teori kehendak *(wills theori)* yaitu perbuatan beserta akibat yang terjadi sudah merupakan kehendak dari si pelaku.
b. Teori membayangkan *(voorstelling theori)* yaitu pelaku dapat membayangkan bahwa dalam melakukan perbuatan itu akibat dapat terjadi.

Di dalam kehendak yang sebenarnya terkandung suatu pengetahuan karena seseorang yang normal bila menghendaki sesuatu tentu telah mempunyai pengetahuan atau bayangan tentang sesuatu itu. Jadi kehendak merupakan motif atau pendorong untuk berbuat. Dalam praktik, sebenarnya akibat yang tidak diinginkan dari suatu hubungan dokter pasien bisa pula terjadi bukan kehendak dokter yaitu:

a. Pasien yang tidak secara jujur mengungkapkan apa yang dirasakan atau apa yang ditanyakan oleh dokter.
b. Pasien tidak mentaati nasihat dokter
c. Keadaan penyakit sudah lanjut terlambat diobati secara dini.
d. Reaksi hipersensitivitas yang tidak dapat diperhitungkan terlebih dahulu.
e. Keadaan di dalam tubuh pasien yang tidak diketahui dokter sebelumnya.

2. Kesalahan dalam arti sempit yaitu hanya ada kesengajaan saja *(dolus)*

Kelalaian atau *culpa* berarti tidak teliti dan tidak berhati-hati, teledor. Karena kelalaian mengakibatkan terjadinya hal yang dilarang tersebut. Dalam ilmu Hukum Pidana dikenal dua macam kelalaian *(culpa)* yaitu:

1. *Culpa levis* adalah kealpaan ringan
2. *Culpa lata*a dalah kealpaan berat yang terdiri atas
   a. Culpa lata yang diinsyafi

b. Culpa lata yang tidak diinsyafi

Keputusan Hoge Raad tertanggal 14 Maret 1929 dalam menentukan jenis kealpaan mana yang dapat menimbulkan tanggung jawab bagi seseorang dokter. Keputusan ini menunjuk kepada kealpaan berat *(culpa lata*, bukan *culpa levis*). Dengan demikian tanggung jawab pidana seorang dokter tentu saja kesalahan yang diperbuatnya dalam melaksanakan tugas sehingga mengakibatkan kematian atau luka adalah unsur kelalaian, kealpaan/kurang hati-hati bukan unsur sengaja *(dolus),* sebab apabila seorang dokter yang melakukan karena disengaja, tentu saja perbuatannya jelas masuk dalam kategori penganiayaan, atau pembunuhan.

Selanjutnya untuk adanya suatu delik harus memenuhi dua unsur yaitu:

1. Unsur segi perbuatan
    a. Perbuatan yang dituduhkan mencocoki rumusan undang undang
    b. Perbuatan melawan hokum
    c. Tidak ada alasan pembenar
2. Unsur segi pelaku
    a. Pelaku mampu mempertanggung jawabkan perbuatan yang dituduhkan.
    b. Adanya kesalahan
    c. Tidak ada alasan pemaaf.

Adapun alasan pembenar adalah yaitu alasan yang meniadakan sifat melawan hukum dari perbuatan tetapi pelaku tetap mempunyai kesalahan seperti:

1. Menjalankan perintah undang undang (Pasal 50 KUHP) misalnya melaporkan kasus AIDS kepada yang berwenang.
2. Menjalankan perintah jabatan yang sah (Pasal 51 ayat 1 KUHP). Dalam rangka pendidikan mahasiswa dosen perlu menceriterakan segala sesuatu tentang penyakit seseorang.

3. Risiko pengobatan meliputi:
    a. Risiko yang melekat misalnya rambut rontok akibat kemoterapi dengan sitostatika.
    b. Reaksi hipersensitivitas (reaksi alergi) yaitu respon imun tubuh yang berlebihan terhadap masuknya obat atau barang asing.
    c. Komplikasi yang terjadi tiba-tiba yang tidak bisa diduga sebelumnya.
4. Kelalaian *(contributory negligence)*
5. *Volenti non fit iniura (Assumtion of risk)* pasien yang menghendaki pulang paksa.

Sedangkan alasan pemaaf yaitu alasan yang menghapuskan kesalahan pelaku, di mana perbuatan yang dilakukan tetap bersifat melawan hukum seperti:

1. Daya paksa (Pasal 48 KUHP) misalnya pembuatan surat keterangan medis palsu di bawah ancaman (Pasal 267 KUHP).
2. Kekeliruan dalam penilaian medik *(error in judgement)* yaitu suatu kekeliruan yang dilakukan oleh seorang yang profesional dalam mempertimbangkan suatu hal bukanlah suatu kelalaian.
3. Kecelakaan medik *(medical accident)* jika terjadi suatu operasi yang sangat sulit kemungkinan terjadinya kecelakaan yang berakibat fatal apabila dokternya sudah bertindak secara hati-hati tidak dipersalahkan.

Selanjutnya suatu tindakan medik dianggap tidak melawan hukum apabila memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Mempunyai indikasi medis, untuk mencapai suatu tujuan yang konkrit.
2. Dilakukan menurut aturan-aturan yang berlaku dalam dunia ilmu kedokteran, kedua syarat ini disebut sebagai bertindak secara lege artis.
3. Harus sudah mendapat persetujuan tindakan medik

Persoalan indikasi medis dan dilakukan menurut prinsip-prinsip ilmu kedokteran *(lege arts)* merupakan prasyarat standar pelayanan medik yang harus dipenuhi. Sedangkan indikasi medis dan persetujuan tindakan medis jika dihubungkan dengan pelaksanaan tindakan medik dapat dilihat dari:

1. Tindakan medis atas dasar indikasi medis dengan adanya persetujuan tindakan medis. Jika hal ini dilakukan dokter terhadap pasien dapat dibenarkan.
2. Tindakan medik atas dasar indikasi medis tanpa persetujuan tindakan medis. Hal ini dapat dibenarkan jika pasien berada dalam keadaan darurat (gawat medik) tanpa ada keluarga atau keluarga dekat pasien yang dapat dihubungi dan menghendaki tindakan medik segera.
3. Tindakan medik tanpa indikasi medis dengan persetujuan tindakan medis. Dalam praktik tindakan ini dilakukan untuk kepentingan menambah kecantikan atau keindahan bentuk tubuh. Hal ini tidak menimbulkan persoalan jika tidak menimbulkan kegagalan. Tetapi jika tindakan medik mengalami kegagalan, dokter tetap bertanggung jawab atas tindakan tersebut.
4. Tindakan medis tanpa indikasi medik dan tanpa adanya persetujuan tindakan medis. Tindakan ini jika dilakukan jelas merupakan perbuatan yang diancam oleh Pasal 89 kUHP yaitu melakukan perbuatan kekerasan mengakibatkan pingsan tau tidak berdaya dan Pasal 351 KUHP. tentang penganiayaan.

Berkaitan dengan indikasi medis, persetujuan tindakan medis dengan pelaksanaan tindakan medik tampak dalam Kasus Bedah Ny. Sulastri Tahun 1987 (Mardiayanti, 1988:77, Kansil, 1991: 245). Dalam kasus ini perbuatan dr. TP dapat dikategorikan dalam perbuatan pidana dalam Pasal 359 KUHP dan 361 KUHP. Perbuatan ini termasuk "*Culpa lata*" yaitu tidak adanya sikap hati-hati, di samping dapat diduga sebelumnya

akibat yang ditimbulkannya.

Posisi kasus Ny. Rukmini dengan dr. Setianingrum (Mariyanti, 1988:73) sebagai berikut: "Di awal tahun 1981, dr. S seorang dokter Puskesmas Wedarijaksa Kabupaten Jawa Tengah, terpaksa diadili di PN Pati, karena telah menyebabkan pasiennya Ny. Rukmini meninggal dunia karena kejutan anfilatik akibat reaksi alergi dari suntikan Streptomycin yang diberikan kepadanya. Dr. S diancam melanggar Pasal 359 KUHP karena kelalaiannya mengakibatkan matinya orang lain. PN Pati tanggal 1 September 1981 memutuskan menghukum dr. S 3 bulan penjara dengan masa percobaan 10 bulan. Di Pengadilan Tinggi dengan putusannya tanggal 18 Mei 1982 menguatkan Putusan PN. Di tingkat Kasasi MA membebaskan dr.S dengan pertimbangan bahwa penyuntikan Sterptomycin itu sulit dihindarkan dan hal ini dapat merenggut nyawa pasien dalam waktu yang sangat singkat".

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa indikasi medis merupakan faktor yang lebih penting dari persetujuan tindakan medik. Persetujuan tindakan medis hanya dapat meniadakan sifat melawan hukum perbuatan jika tindakan itu atas dasar indikasi medik. Tanpa indikasi medik tindakan dokter sering dipermasalahkan apakah itu merupakan tindakan penganiayaan berkaitan dengan pasal 351 KUHP atau tindakan kekerasan terhadap pasien berkenaan dengan pembiusan yang membuat orang tidak sadar atau pingsan yang bisa dikenakan pasal 89 KUHP. Secara yuridis penjatuhan pidana terhadap seseorang didasarkan pada dua hal pokok yaitu dari segi perbuatan pidananya yang mencocoki rumusan delik dan sifat melawan hukumnya perbuatan, dan dari segi pelaku perbuatan yang dilihat dari kemampuan bertanggung jawab serta adanya kesalahan pelaku. Namun demikian suatu perbuatan yang mencocoki rumusan delik, akan tetapi perbuatan tersebut dipandang patut oleh masyarakat atau

hukum tidak tertulis sehingga dikualifikasikan sebagai perbuatan yang tidak melawan hukum. Adapun kemampuan bertanggung jawab akan dilihat dari aspek kesehatan mental pelaku untuk mempertanggung jawabkan perbuatannya.

Dalam pada itu, ada perbedaan penting antara tindak pidana biasa dan tindak pidana medik. Pada tindak pidana biasa yang terutama diperhatikan adalah akibatnya (gevolg) sedangkan pada tindak pidana medik yang penting bukanlah akibatnya tetapi penyebabnya (causa). Sehingga walaupun akibatnya fatal, tetapi tanpa unsur kelalaian atau kesalahan maka dokternya tidak dapat dipersalahkan. Risiko yang ditanggung ditanggung pasien mungkin masih termasuk *"scientifically justiable risk"*, risiko yang memang melekat pada tindakan medik itu yang sudah diperhitungkan. (Guwandi, tanpa tahun).

Dalam tindak pidana biasa kita dapat menarik garis langsung antara sebab dan akibatnya karena biasanya sudah jelas. Seseorang menusuk seorang lain dengan pisau sehingga perutnya terbuka, dalam hal faktanya sudah jelas karena ada beberapa orang saksi yang melihatnya. Sudah sangat jelas peristiwa semacam itu termasuk tindak pidana, juga bagi masyarakat awam. Sebaliknya seorang dokter dalam menjalankan profesinya, seorang ahli bedah misalnya, yang melakukan pembedahan hanya dapat berusaha untuk menyembuhkan si pasien, ia tidak bisa menjamin bahwa tindakan yang dilakukannya hasilnya akan baik. Sebab banyak faktor yang tersangkut termasuk yang berasal dari pasien tersebut. Dalam setiap tindakan medik apalagi pembedahan akan selalu terdapat risiko timbulnya sesuatu yang bersifat negatif. Karena itu sebelum pembedahan harus didahului dengan persetujuan tindakan medik.

Pada suatu tindakan medis terdapat 3 risiko yang ditanggung oleh pasien yaitu (Guwandi, 1994):

1. Kecelakaan (*accident, mishap, misadventure*)

2. Risiko tindakan medis (*risk of treatment*)
3. Kesalahan penilaian *(error of judgement*)

Dalam keadaan *"emergency"* dokter-dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang beritikad baik menolong sesamanya dibebaskan dari tanggung jawab hukum. Dokter atau tenaga kesehatan lainnya dalam keadaan demikian menilai:

1. Bahwa benar terdapat keadaan darurat
2. Bahwa pertolongan harus segera diberikan
3. Bahwa ia mampu untuk memberikan pertolongan yang dibutuhkan korban itu.

Dari segi hukum administrasi negara UUK Pasal 54 ayat 1 menyebutkan terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin. Sedang dalam Pasal 33 PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan disebutkan tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas tidak sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin. Dalam Kasus Bedah Ny. Sulastri pertanggung jawaban dokterr tersebut hanya dicabutnya izin praktik selama 3 bulan".

Hukum Administrasi negara menurut De La Bassecour Caan (Mustafa, 1979:48) adalah himpunan peraturan-peraturan tertentu yang menjadi sebab negara berfungsi (beraksi) maka peraturan-peraturan itu mengatur hubungan-hubungan antara tiap-tiap warganegara dengan pemerintahnya. Hukum administrasi adalah hukum yang mengatur kekuasaan dan kewajiban pemerintah. *The law which governs the powers and duties of public authorities is known as admnistrative law* (Nina Fletcher *et al,* 1995: 20). Dalam bidang kesehatan, aspek hukum administrasi masalahnya berkenaan dengan kewenangan yuridis dalam arti kompetensi dan dalam arti otoritas. Dengan demikian tenaga kesehatan tidak dibenarkan melakukan tindakan yang bukan merupakan kewenangannya. Secara

prinsipil kewenangan kompetensial seorang dokter berbeda dengan perawat, seorang dokter umum berbeda dengan dokter gigi. Kewenangan otoritas mengharuskan dokter yang berpraktik mempunyai izin praktik.

Sanksi hukum pada hakikatnya bertujuan untuk memulihkan keseimbangan tatanan masyarakat, yang telah terganggu oleh pelanggaran hukum. Dalam bukunya *"Philosophy of Law"* Kant menulis sebagai berikut "hukuman tidak pernah dapat diberikan sebagai saran untuk mencapai kebaikan yang lain baik menyangkut penjahat maupun oleh masyarakat. Dalam segala situasi, hukuman dapat diajatuhkan atas seseorang hanya karena si individu terhukum terbukti melakukan suatu kejahatan. Karena itu tidak seorangpun boleh diperlakukan sebagai alat untuk mencapai tujuan dari orang lain".

Menurut Hegel (Ohoitimur, 1997), dari perspektif terhukum, hukuman yang diterimanya pada hakikatnya merupakan suatu paksaan. Artinya, secara wajar tidak pernah diadakan syukuran atas penerimaan suatu hukuman. Baik Kant maupun Hegel keduanya merupakan penganut teori Retribusi atau teori Proporsionalitas yang mencari pendasaran hukuman dengan memandang ke masa lampau, yang memusatkan argumennya pada tindakan kejahatan yang dudah dilakukan. Hukuman diberikan karena si pelaku harus menerima hukuman itu demi kesalahannya. Hukuman menjadi retribusi yang adil bagi kerugian yang sudah diakibatkan. Demi alasan itu, hukuman dibenarkan secara moral.

Bertentangan dengan retributivisme yang memandang jauh ke belakang, yaitu pada subjek tindakan kejahatan, teori utilitarisme atau konsekuensialisme memusatkan perhatian pada konsekuensi-konsekuensi di masa depan dari suatu hukuman. Teori ini berangkat dari prinsip bahwa suatu tindakan dapat dibenarkan secara moral bukan terutama si terhukum telah terbukti bersalah melawan hukum, melainkan

karena hukuman itu mengandung konsekuensi-konsekuensi positif bagi terhukum. Secara positif hukuman dapat membuat jera si terhukum sehingga kelak tidak pernah akan mengulangi kesalahannya, hukuman dapat meredakan balas dendam pada si korban dan keluarganya; dan hukuman dapat berfungsi sebagai penangkal kejahatan dalam masyarakat.

Penerapan sanksi hukum terhadap pelanggaran dalam bidang pelayanan kesehatan akan secara langsung memberikan perlindungan kepentingan pasien. Hukuman diberikan kepada tenaga kesehatan karena ia harus menerima hukuman itu demi kesalahannya. Hukuman menjadi retribusi yang adil bagi kerugian yang sudah diakibatkannya kepada pasien. Demi alasan itu, hukuman dibenarkan secara moral. Sebaliknya secara positif hukuman yang dijatuhkan dapat membuat jera si terhukum sehingga kelak tidak pernah akan mengulangi kesalahannya, hukuman dapat meredakan perasaan balas dendam pada si korban dalam hal ini pasien dan atau keluarganya; hukuman dapat berfungsi sebagai penangkal perbuatan pelanggaran hukum bagi tenaga kesehatan yang akan datang. Dengan demikian penjatuhan hukuman bukan hanya melindungi pasien dan atau keluarganya, tapi juga termasuk perlindungan tenaga kesehatan dan anggota masyarakat lainnya yang pada gilirannya diharapkan akan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. ●

BAB IX
HUKUM KEDOKTERAN

A. Pengertian Hukum Kedokteran

Menurut pasal 1 butir 11 Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berd1asarkan suatu keilmuan, kompetensi yang di peroleh melalui pendldikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat.

Hakikat profesi kedokteran adalah bisikan nurani dan panggilan jiwa *(calling),* untuk mengabdikan diri kepada kemanusiaan berdasarkan moralitas yang kental. Prinsip-prinsip kejujuran, keadilan, empati, keikhlasan, kepedulian sesama dalam rasa kemanusiaan, rasa kasih sayang *(compassion),* dan ikut merasakan penderitaan orang lain yang kurang beruntung. Dengan demikian, seorang dokter tidak boleh egois melainkan mengutamakan orang lain, mengobati orang sakit *(altruism).* Seorang dokter harus memiliki *intellectual quotient* (IQ), *emotional quotient* (EQ), dan *sepiritual qouotient* (SQ) yang tinggi dan berimbang.

Tujuan pendidikan etika dalam pendidikan dokter adalah untuk menjadikan calon dokter lebih manusiawi dengan memiliki kematangan intelektual dan emosional. Etik profesi kedokteran

merupakan seperangkat perilaku para dokter dan dokter gigi dalam hubungannya dengan pasien, keluarga, masyarakat, ternan sejawat dan mitra kerja. Rumusan perilaku para anggota profesi disusun oleh organisasi profesi bersama-sama pemerintah menjadi suatu kode etik profesi yang bersagkutan. Tiap-tiap jenis tenaga kesehatan telah memiliki kode etiknya, namun kode etik tenaga kesehatan tersebut mengacu pada Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Selain Hukum Kesehatan dikenal pula Hukum Kedokteran yang sesungguhnya merupakan bagian dari hukum kesehatan yang terpenting. Hukum Kedokteran secara terminologi *as Medicine is the art of the diagnosis and treatment of the diseases and the maintenance of health.*Hukum Kedokterran meliputi ketentuan yang berhubungan langsung dengan pelayanan medis.

Hukum kesehatan merupakan hukum yang masih muda. Perkembangan di mulai pada waktu *word congress on medical law* di Belgia pada tahun 1967 dan diteruskan secara periodik untuk beberapa lama. Di Indonesia, perkembangan hukum kesehatan dimulai sejak teribentuknya kolompok studi untuk hukum kedokteran UI/RS Ciptomangunkusumo di Jakarta pada tahun 1982. Perhimpunan untuk hukum kedokteran Indonesia (PERHUKI), terbentuk di Jakarta pada tahun 1983 dan berubah menjadi perhimpunan hukum kesehatan Indonesia.

Dapat dikatakan Hukum kedokteran merupakan Hukum Kesehatan dalam arti sempit. Hukum Kedokteran sediri dapat dibedakan dalam (1). Hukum Kedokteran dalam arti luas *(Medical law)* yaitu segala ketentuan medik yang berkaitan dengan pelayanan medis baik perawat, bidan, dokter gigi, dan laboratorium (2) Hukum Kedokteran dalam arti sempit yaitu bagian hukum kedokteran yang hanya berhubungan dengan profesi dokter saja.

Perbedaan antara hukum kesehatan dan hukum kedokteran atau disebut *Medical Law* hanya terletak pada ruang lingkupnya saja. Pada hukum kesehatan ruang lingkupnya meliputi segala aspek yang berkaitan dengan bidangkesehatan yang meliputi kesehatan

badaniah atau jasmani, rohaniah atau kesehatan jiwa dan lingkup kesehatan sosial secara keseluruhan), sedangkan pada hukum kedokteran ruang lingkupnya hanya pada masalah-masalah yang berkaitan dengan profesi kedokteran. Karena masalah pada bidang kedokteran juga termasuk masalah di dalam bidang atau ruang lingkup kesehatan maka sebenarnya hukum kedokteran adalah merupakan bagian dari hukum kesehatan.

Apabila dilihat dari pengertian dasar atau hakekatnya, pada intinya baik hukum kesehatan maupun hukum kedokteran adalah merupakan penerapan dari perangkat hukum perdata, pidana dan tata usaha negara di lapangan atau bidang kesehatan.Adanya dan keberadaan hukum kesehatan di sini tidak hanya perlu untuk meluruskan sikap dan pandangan masyarakat, akan tetapi juga meluruskan sikap dan pandangan kelompok dokter itu sendiri yang relatif sering merasa tidak suka atau senang apabila harus berhadapan dengan proses peradilan.

Hukum kesehatan sudah mulai dikembangkan sejak tahun 50-an sebagai bentuk spesialisasi dari ilmu hukum. Pengembangan ilmu hukum kesehatan tersebut menurut Leenen didasari oleh beberapa hal sebagai berikut:

1. Adanya kemadjuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan yang semakin memperlihatkan bentuk intervensi pada jasmani dan rohani manusia sehingga dapat mempengaruhi integritas baik fisik dan mental dari manusia sebagai obyek dan subyek pelayanan kesehatan.
1. Perubahan dunia kedokteran yang menjadi birokratik sehingga berakibat pada menurunnya hubungan personal.
2. Diterimanya gagasan mengenai hak asasi manusia khususnya hak asasi dalam menentukan nasibnya sendiri yang dijadikan sebagai landasan dan dasar bagi kebijakan hukum dan kebijakan sosial sehingga dapat menimbulkan benturan-benturan berbagai kepentingan.

   Praktik kedokteran mengombinasikan anatara sains dan seni.

Sains dan teknologi adalah bukti dasar atas berbagai masalah klinis dalam masyarakat. Seni kedokteran adalah penerapan gabungan antara ilmu kedokteran, intuisi, dan keputusan medis untuk menentukan diagnosis yang tepat dan perencanaan untuk masing-masing pasien sesuai dengan ap yang yang diperlukan olehnya.

Pusat dari praktik kedoteran adalah hubungan antara pasien dan dokter yang dibangun ketika seseorang mencari dokter untuk mengatasi maslah kesehatan yang dideritanya. Dalam praktik seorang dokter harus:

1. Membangun hubungan dengan pasien
2. Mengumpulkan data (riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik dengan hasil laboratorium atau citra medis
3. Menganalisa data
4. Membuat rencana perawatan (tes yang harsus dijalani berikutnuya, terapi, rujukan)
5. Merawat pasien
6. Memantau dan menilai jalannya perawatan dan dapat mengubah perawatan bila diperlukan

Hubungan dokter pasien adalah proses utama dari praktik kedokteran. Hubungan ini berpangkal pada proses seorang dokter memeriksa pasien, menginterpretasi tanda tanda klinis, dan membuat sebuah diagnosis yang kemudian digunakan sebagai penjelasan kepada pasien dan merencanakan perawatan atau pengobatan. Pada dasarnya tugas seorang dokter adalah berperan sebagai ahli biologi manusia. Ketika dokter telah memahami keadaan normal maka ia dapat menentukan sejauhmana kondisi kesehatan pasien. Proses ini disebut diagnosis.

Empat kata kunci dari diagnosis dalam dunia kedokteran yaitu *anatomi* berkaitan dengan struktur, apa yang ada di sana, *fisiologio/faal* yakni bagaimana struktur tersebut bekerja, *patologi* yakni apa kelainan dari sisi anatomi dan faalnya, *psikologi* yakni pikiran dan perilaku. Seorang dokter juga harus menyadari arti sehat dari pandangan pasien. Artinya konteks sosial politik dari

pasien mengenai keluarga, pekerjaan, tingkat stres, kepercayaannya harus pula turut dipertimbangkan dan terkadang dapat menjadi petunjuk dalam kepentingan membangun diagnosis dan perawatan beriikutnya.

Hubungan dokter pasien dapat dianalisa dari pandangan maslah etika. Banyak nilai dan masalah etika yang dapat ditambahkan dari kehubungan ini. Tentunya masalah etika amat dipengaruhi oleh tingkat masyarakat, masa, budaya, dan pemahaman terhadap nilai moral. Sebagai contoh, pada 30 tahun terakhir kini, penegasan dan tuntutan terhadap hak otonomi pasien kian meningkat di dalam kedoteran barat.

Kualitas hubungan dokter pasien sangat penting bagi kedua belah pihak. Saling menghormati, kepercayaan, pertukaran pendapat mengenai penyakit dan kehidupan, ketersediaan waktu yang cukup, mempertajam ketepatan diagnosis, dan memperkaya wawasan pasien tentang penyakit yang dideritanya, semua dilakukan agar hubungan kian baik.

Sebiuah evaluasi medis yang lengakp terdiri dari sebuah riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium atau citra medis, analisa data, dan penentuan diagnosis, dan perencanaan atau pengobatan. Hal hal yang termasuk riwayat kesehatan adalah:

1. Komplain utama yaitu alasan pasien datang kepada dokter. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan pasien.
2. Sejarah dari penyakit *(History of present ilness)* urutan kronologis dari tanda tanda dan klsifikasi dari setiap tanda
3. Aktiivitas kini yaitu hal hal yang berkaitan aktivitas pasien sekarang seperti pekerjaan, hobi dan lain lain
4. Pengobatan yaitu obat apa yang digunakan pasien sebelum menemui dokter, termasuk alergi
5. Riwayat kesehatan lampau *(Past medical history)* yaitu perawatan yang pernah dijalani pasien sebelumnya, cedera, penyakit infeksi yang pernah diderita pasien,

vaksinasi, alergi yang pernah diderita.

6. Tinjauan sistem tubuh *(Review of system)* yakni menanyakan pasien mengenai kondisi system organ utama seperti jantung, paru paru, system pencernaan (traktus digestivus) dll
7. Sejarah sosial *(Social history)* yakni tempat lahir, tempat tinggal, status perkawinan, status sosial ekonomi, kebiasaan (termasuk diet) penggunaan obat, tembakau dan alkohol
8. Sejarah keluarga *(Family history)* yaitu daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga pasien yang dapat diturunkan (penyakit genetik)

Dalam pemeriksaan fisik dokter berusaha mencari tanda yang dapat mendukung proses pembuatan diagnosisnya. Dokter menggunakan indera penglihatan, pendengaran, dan sentuhan, terkadang juga dengan penciuman. Empat metode utama untuk pemeriksaan fisik melihat (inspeksi), merasakan/menyentuh (palpasi), mengetuk untuk membedakan karakteristik resonansi (perkusi) mendengar (auskultasi) mencium terkadang diperlukan seperti membaui urea pada penyakit uremia. Pemeriksaan fisik mencakup:

1. Tanda vital termasuk tinggi, berat badan, suhu tubuh, tekanan darah, denyutan kecepatan bernapas, tingkat hemoglobi darah
2. Tampakan umum pasien dan penunjuk spesifik dari penayakit
3. Kulit, kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan, dan kerongkongan
4. Kardiovaskular jantung dan pembuluh dara
5. Saluran pernapasan termasuk paru paru
6. Tubuh (abdomen) dan rektum
7. Organ genitalia (kelamin)
8. Otot rangka (anggota gerak tubuh)

9. Kondisi persrafan (kesadaran, otak, saraf kranial, saraf perifer)
10. Psikiatrik atau kejiwaan (orientasi, mental)

B. Hubungan antara Pasien dan dokter

Sebenarnya hubungan antara pasien-dokter dan tenaga kesehatan merasakan bahwa hubungan antara pasien-dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada hubungan kepercayaan yang bersifat sangat personal, sebagai hubungan antara dua pribadi dalam keutuhannya masing-masing. Orang datang sebagai pasien pada seorang dokter misalnya, berarti secara utuh mempercayakan dirinya kepada keahlian dan integritas pribadi dokter yang bersangkutan. Pasien memberikan kepercayaan kepada dokter karena ketidaktahuannya mengenai apa yang dideritanya serta apa obatnya dan hanya dokter yang tahu.

Dari sudut pandangan sosiologis dapat dikatakan bahwa tenaga kesehatan maupun pasien memegang peranan-peranan tertentu dalam masyarakat. Dalam hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan, tenaga kesehatan mempunyai posisi yang dominan. Pasien memainkan peranan yang sangat bergantung pada dokter atau tenaga kesehatan yang dianggap mempunyai kekuasaan tertentu, baik dibidang pengetahuan maupun di bidang keterampilan. Dengan demikian, pasien senantiasa harus percaya pada kemampuan dokter atau tenaga kesehatan tempat di menyerahkan nasibnya. Pasien merasa dirinya beruntung dan tenteram apabila dokter misalnya berusaha menyembuhkan penyakitnya. Kalaupun terjadi sesuatu yang tidak diinginkan dalam proses penyembuhan, pasien menerima itu sebagai musibah atau nasib belaka.

Kedudukan dokter yang lebih tinggi rupanya didasarkan atas kepercayaan pada kemampuan dokter, di samping adanya keawaman pasien terhadap ilmu dan teknologi kedokteran. Dalam pada itu, masyarakat secara yakin bahwa para pengemban profesi

kedokteran menghormati dan mematuhi sumpah dan kode etik profesionalnya, dan dalam keutuhan pribadinya menolong orang yang datang kepadanya sebagai pasien. Masyarakat juga sepenuhnya mempercayai bahwa intitusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dijiwai oleh semangat kemanusiaan untuk menolong orang yang menderita karena kesehatannya terganggu.

Karena kepercayaan yang tinggi terhadap profesi kedokteran dan institusi pelayanan kesehatan, maka di dalam masyarakat tidak atau belum dirasakan adanya kebutuhan untuk mengatur hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan *(health provider)* dan pasien sebagai penerima pelayanan *(health receiver)* dengan kaidah hukum secara eksplisit. Hal-hal ini yang mempengaruhi terbentuknya hubungan paternalistik antara dokter dengan pasien.

Hubungan dokter dengan pasien dijelaskan oleh Samuel L. Bloom (Sanusi, 1995):" *the doctor-patient relationship is often conceived of as an interaction essentially limited to two persons. The important elements of relationship are similarly limited to two (a) the personalities of the participants, upon which the "rapport" is dependent and) b) the skill of the physician as medical scientiest".*

Jadi menurut Bloom hubungan dokter pasien sebagai suatu interaksi (manusia) yang pada dasarnya terdiri dari dua pihak. Unsur penting dari hubungan tersebut yaitu kepribadian para pihak dan keahlian dari dokter sebagai ilmuwan kedokteran.

Sebagai ilmuwan kedokteran, dokter (Robinson, 1977) menyatakan: " *not only is the physician widely regarded as a man of knowledge and science capable of ferreting out of the meaning of puzzling symptoms, but also he ferquently is pictured as a kindly, thoughtful, warm person, deeply interested in and commited to welfare of individual".*

Robinson memandang bahwa dokter sebagai yang punya kemampuan ilmu dan pengetahuan untuk menemukan berbagai gejala penyakit, tetapi ia digambarkan sebagai orang yang ramah, bijaksana, dengan perhatian yang mendalam terhadap kesejahteraan individu.

Solis (Komalawati, 1999) mengambarkan tiga pola hubungan dokter pasien yaitu:

a. *Activity–Passivity relationship. There is no interaction between physician and patient because patient is unable to contribute activity. This is the characteristic patient in an emergency situation when the patient is unconscious*. Hubungan seperti ini dapat ditemukan pada prototip hubungan orang tua dan anak yang masih kecil.
b. *Guidance-Cooperation relationship. Although the patient is ill, he is conscious and has the feeling and aspiration of his own. Since he is suffering from pain, anxiety and other symptoms, he seeks help and raedy and willing to cooperate. The physician considers himslef in a position of trust.* Hubungan ini terdapat pada prototip hubungan antara orang tua dan remaja
c. *Mutual Participation relationship. This patient thinks he is juridically equal to the doctor and that his relationship with the doctor is in the nature of negotiated agreement between equal parties. The physician usually feels that the patient is uncooperative and difficult, where as the patient regards the physician as unsympathetic and lacking in understanding of personality unique nedds.* Dapat ditemukan dalam prototip hubungan antara orang dewasa.

Menurut Sollis (Guwandi, 2003) beberapa keputusan pengadilan telah memutuskan beberapa kasus, di mana dianggap tidak terdapat hubungan dokter pasien dalam hal hal:

1. Suatu pemeriksaan kesehatan sebelum masuk masuk bekerja untuk menentukan apakah calon tersebut cocok atau tidak untuk lowongan pekerjaan tersebut.
2. Pemeriksaan fisik untuk mengetahui apakah seseorang memenuhi syarat untuk asuransi tidak menimbulkan suatu hubungan dokter pasien.
3. Apabila seorang dokter ditunjuk oleh penagdilan untuk memriksa apakah tertuduh menderita penyakit jiwa atau

tidak dan melaporkan kepada pengadilan, maka tidak terdapat hubungan dokter pasien.

4. Seorang spesalis bedah yang melakukan suatu otopsi terhadap suatu tubuh mayat, tidak terdapat hubungan dokter pasien.
5. Suatu tanay jawab dalam percakapan antara seseorang dengan seorang dokter tidak menciptakan suatu hubungan dokter pasien.

Pandangan lain mengenai hubungan antara dokter dan pasien dikemukakan oleh Thiroux yaitu:

1. Hubungan paternalisme adalah hubungan di mana dokter berperan sebagai orang tua terhadap pasien dan keluarganya. Pada hubungan ini dokter mempunyai pengetahuan superior tentang pengobatan, sedangkan apsien tidak mempunyai pengetahuan demikian, sehingga harus mempercayai dokter dan tidak boleh campur tangan dalam pengobatan yang dianjurkannya. Setiap keputusan tentang perawatan dan pengobatan pasien termasuk informasi yang diberikan seluruhnya berada dalam tangan dokter dan asisten profesionalnya.
2. Hubungan individualisme adalah hubungan di mana pasien berhak secara mutlak atas tubuh dan nyawa sendiri. Setiap keputusan tentang pengobatan dan perawatan pasien serta informasi yang diberikan berada dalam tangan pasien karena sepenuhnya berhak atas dirinya sendiri.
3. Hubungan resiprokal dan collegial adalah hubungan di mana pasien dan keluarganya adalah anggota inti dalam kelompok, sedangkan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya bekerjasama untuk melakukan yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Berdasarkan pandangan ini keterampilan profesional dokter dilihat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dan hak pasien atas tubuh dan nyawanya sendiri tidak dilihat

secara mutlak tetapi sebagai prioritas utama.

C. Kedokteran Forensik

Ilmu Kedokteran Forensik dulu disebut Ilmu Kedokteran Kehakiman merupakan disiplin ilmu kedokteran, yang peranannya adalah membantu hakim atau proses peradilan, antara lain karena tidak mungkin barang bukti tertentu dibawa ke ruang pengadilan. Oleh karena itu dokter membuat suatu visum et rivertum sebagai pengganti.

ilmu kedokteran kehakiman yang tidak terlalu meluas sehingga tidak berfokus pada tindak pidana yang dilakukan oleh seseorang yang dapat dilakukan upaya visum untuk mencari penyebab terjadi suatu kejahatan. Sehingga ilmu kedokteran kehakiman ini hanya mempelajari bagaimana cara mempergunakan ilmu kedokteran kehakiman dalam memecahkan masalah-masalah medis yang melanggar undang-undang atau mempelajari hukum kedokteran kehakiman dalam proses peradilan.

Tujuan utama kedoteran forensik adalah untuk proses penegakan hukum dan keadilan. Pekerjaan dokter dalam kedokteran forensik dilandasi oleh Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHAP). Yang diperiksa oleh dokter forensik adalah "benda bukti" yang berbentuk manusia, hidup atau mati. Jadi sama sekali bukan pasien. Manusia yang diperiksa oleh dokter forensik, tidak datang atas kemauan sendiri, melainkan merupakan keharusan menurut undang-undang, di mana pada taraf penyidikan dijalankan oleh penyidik (POLRI), yaitu dengan mengajukan suatu Surat Permintaan Visum et Rivertum (SPVR).

Surat permintaan ini dibuat oleh penyidik dengan pangkat tertentu, yang diajukan kepada dokter, dalam hal ini dokter forensik, atau bila tidak ada, dokter yang diberi tugas untuk melayani permintaan tersebut. Biasanya, bila korban sudah menjadi mayat, selain dilengkapi SPVR, maka korban juga harus diberi label (pasal 133 KUHAP). Untuk pemeriksaan forensik tidak diperlukan izin

dari pihak keluarga atau korban, korban "disita" oleh negara demi kepentingan penyelesaian kasusnya secara hukum. Bagi korban yang masih hidup (korban perkosaan atau penganiayaan) korban perlu diantar oleh penyidik. Didalam menjalankan pekerjaannya dokter forensik "membuka rahasia" yang berarti tidak ada rahasia atau transparan, berlainan dengan teman sejawatnya yang lain berkewajiban menyimpan rahasia pasien tanggung jawab dokter forensik merupakan tanggung jawab pribadi sesuai dengan statusnya sebagai seorang ahli, dan menurut pengetahuan dan pengalamannya.

Apabila dokter forensik diminta keterangan atau pendapatnya oleh pihak penyidik, penuntut umum, hakim, atau bahkan penasehat hukum dari terdakwa, ia harus memberikan keterangannya dengan kualitas yang tidak boleh berbeda. Sikap tersebut mencerminkan transparansi, keterbukaan dalam rangka membuat jelas dan terang suatu kasus. Dengan kata lain dokter forensik tidak dibenarkan menyimpan rahasia, oleh karena yang diperiksa oleh dokter forensik adalah "benda bukti" dan bukan merupakan seorang pasien. Hasil pemeriksaan forensik hanya boleh diserahkan kepada penyidik, sesuai dengan SPVRnya, POLRI, Polisi Militer. Dengan berpegang teguh bahwa hak informasi merupakan hak asasi, penyampaian informasi forensik (bukan format VR) dokter forensik diperkenankan untuk menyampaikannya kepada media massa demi kepentingan umum dan tidak harus minta izin kepada pihak korban atau keluarganya, sepanjang penyampaian informasi tersebut demi kepentingan umum serta untuk klarifikasi kasus-kasus tertentu.

Baik dalam Kitab Hukum Acara Pidana yang lama (RIB) maupun Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHAP) baru yang diatur dalam Undang-Undang No. 8 Tahun 1981 tentang KUHAP tidak ada satu pasalpun memuat perkataan Visum Et Revertum. Hanya di dalam Lembaran Negara tahun 1973 No. 350 pasal 1 dan pasal 2 yang menyatakan bahwa visu Et Rivertum adalah suatu keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter atas sumpah atau

janji tentang apa yang dilhat pada beda yang diperiksanya yang mempunyai daya bukti dalam perkara pidana (Idries,1997).

Dalam pasal 187 butir c KUHAP mengatur tentang kewajiban dokter untuk membantu peradilan seperti keterangan ahli, pendapat orang ahli (pakar) misal ahli kedokteran forensik yang memuat pendapat tentang berdasarkan keahliannya mengenai sesuatu hal atau sesuatu keadaan yang diminta secara resmi dari padanya.

Menurut pasal 184 ayat 1 KUHAP alat bukti yang sah yaitu:

a. keterangan saksi
b. keterangan ahli
c. surat
d. petunjuk
e. keterangan terdakwa.

Visum et rivertum dapat diartikan sebagai keterangan ahli atau surat. Suatu Visum et Rivertum harus memenuhi syarat sebagai berikut:

a. Surat Visum et Rivertum hanya boleh dibuat oleh pihak yang diberi wewenang sesuai dengan KUHAP, dalam hal ini pihak penyidik.
b. Visum et Rivertuma Psikiatrik, di mana barang bukti atau objek yang diperiksa adalah pelaku tindak pidana, dibuat bila hakim yang memeriksa dan mengadili perkara tersebut memerlukannya untuk dapat mengetahui sejauhmana pelaku dapat bertanggung jawab atas perbuatannya yang telah dilakukannya.

Dalam suatu permintaan Visum et Rivertum informasi yang diberikan oleh dokter kepada penyidik sangat tergantung kepada kasus atau objek yang diperiksa oleh dokter yang bersangkutan misalnya:

1. Barang bukti yang diperiksa adalah mayat yang diduga atau diketahui merupakan akibat dari suatu tindak pidana maka informasinya menyangkut:
   a. menentukan identitas

b. memperkirakan saat kematian
c. menentukan sebab kematian
d. menentukan/memperkirakan cara kematian

Selain keterangan atau kejelasan yang perlu disampaikan oleh dokter melalui Visum et Rivertum maka di dalam kasus khusus diperlukan informasi tentang:

a. Pada kasus penembakan apakah benar luka pada korban adalah luka tembak.
b. Pada kasus penusukan, jenis senjata dan perkiraan lebarnya luka
c. Pada kasus pembunuhan anak apakah dialhirkan hidup atau lahir mati, ada tidaknya tanda-tanda perawatan, maturitas atau viabilitas
d. Pada kasus pengeroyokan, jenis kekerasan dan jenis luka
e. Pada kasus kecelakaan lalu lintas, penyebab terjadinya kecelakaan dilihat dari sisi korban.

2. Yang diperiksa dalah korban hidup pada kasus penganiayaan, selain identitas korban perlu diberikan kejelasan perihal jenis luka dan jenis kekerasan serta kualifikasi luka.
3. Dalam kasus kejahatan seks, informasi yang diperlukan adalah ada tidaknya tanda-tanda persetubuhan, tanda-tanda kekerasan, perkiraan umur, dan perlu tidaknya korban untuk dikawini.

Dalam kasus psikiatrik, informasi yang diperlukan adalah apakah pelaku berpenyakit jiwa atau tidak, apakah tindakannya merupakan produk dari penyakit jiwa atau tidak, serta bagaimana psikodinamiknya sampai tindakan kejahatan itu dilakukan. ●

BAB X
HUKUM KEPERAWATAN

A. Pendahuluan

Institusi pelayanan kesehatan, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) maupun rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat bergantung kepada kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang mengelolanya. Tenaga Kesehatan yang tersedia harus dalam jumlah dan rasio yang mencukupi sehingga kegiatan opersionalnya terutama rumah sakit dapat terlaksana dengan baik. Dalam pelayanan Kesehatan selain dokter, perawat termasuk sebagai "pelaku utama"nya sebab, dokter bukanlah satu-satunya tenaga kesehatan yang menjalankan praktik dalam pelayanan kesehatan. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan tenaga keperawatan dalam hal ini perawat dan bidan sebagai salah satu jenis dari 7 (tujuh) jenis tenaga Kesehatan di samping tenaga medik yakni dokter dan dokter gigi. Namun dalam Undang-Undang N0. 36 Tahun 2014 menempat tenaga keperawatan sebagai tenaga kesehatan mandiri terpisah dari tenaga kebidanan.

Kedua, dokter dalam menjalankan praktik kedokteran tidak akan dapat melaksanakannya sendiri apalagi memberikan pelayanan kesehatan bermutu tanpa bantuan tenaga Kesehatan lainnya khususnya perawat. Baik dalam Undang-Undang Kesehatan No.

36 Tahun 2009 maupun Undang Undang Tenaga Kesehatan No. 36 Tahun 2014bermakna bahwa dokter dan perawat merupakan tenaga Kesehatan yang paling banyak bersentuhan dengan perawat. Perawat yang berada di rumah sakit selama 24 jam diharuskan merawat pasiennya selama dokter itu tidak bertugas.

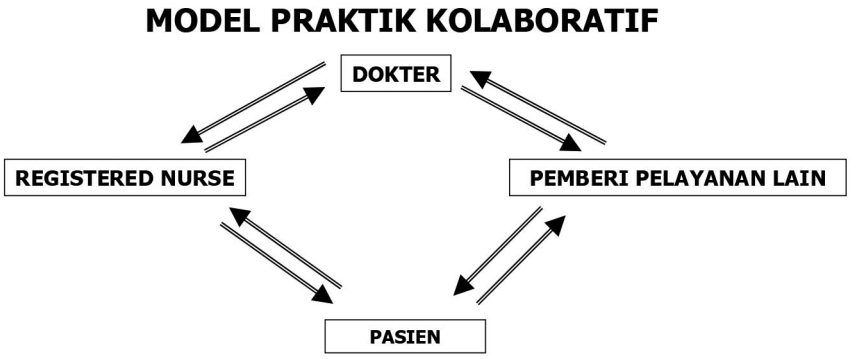
Ketiga, Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 telah menetapkan batas kewenangan antara dokter dan perawat, tetapi perawat meskipun secara tidak lagsung dapat melakukan pengobatan kecuali sebelumnya mendapat izin tertulis dari dokter dan dalam keadaan kegawatan medik *(emergency case*) sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Peraktik Keperawatan yang digantikan oleh Keputusan Menteri Kesehatan No 148 Tahun 2010 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan Jo Peraturan Menteri Kesehatan No. 17 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan No. 148 Tahun 2010 tentang Pizin Penyelenggaraa Praktik Perawat.

Dengan kata lain bahwa peranan perawat tindak hanya melakukan tindakan keperawatan saja, tetapi juga melakukan beberapa tindakan medis sebagai *extended role*. Namun tindakan medis yang dilakukan oleh perawat didasarkan atas delegasi yang diberikan oleh dokter, karena kewenangan tindakan medis ada pada dokter. Penegakan diagnosis, pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis, harus diputuskan oleh dokter sendiri. Harus ada bimbingan atau pengawasan medik pada pelaksanaannya.

Pengawasan itu tergantung pada tindakan yang dilakukan. Apakah dokter itu harus berada di tempat itu ataukah ia dapat dipanggil dan dalam waktu singkat berada di tempat. (Putusan Mahkamah Agung Negeri Belanda (Arrest Hoge Raad) tanggal 4 Nopember 1952. Ketentuan ini terkenal dengan nama *"Prolonged arm doctrin"*.

Ini menunjukkan bahwa yang berwenang melakukan tindakan keperawatan secara mandiri (tanpa supervisi dokter) adalah perawat yang tertuang dalam standar asuhan keperawatan, tetapi

untuk tindakan medis harus ada delegasi dari dokter terlebih dahulu. Model hubungan dokter perawat ini terlihat pada gambar di bawah ini.



SUMBER: ***AMERICAN ASS OF CRITICAL-CARE NURSES, 1988***

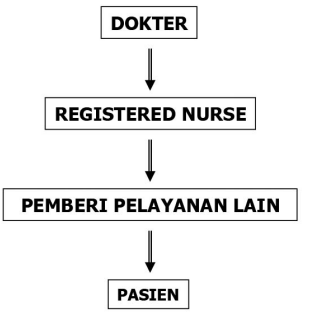
B. Paradigma Lama Tugas Keperawatan

Dokter dalam menjalankan tugasnya dalam kenyataannya sering dibantu oleh perawat. Dengan kata lain perawat bisa juga melakukan tindakan medik yang semestinya dilakukan oleh dokter. Jadi perawat menjalankan "dwi fungsi" tindakan yaitu tindakan medik dan tindakan keperawatan. Dengan demikian sering aktivitas seorang dokter dapat mempengaruhi aktivitas perawat, di mana perawat tidak lagi menjalankan tugasnya dan ketika harus menjalankan tugas, perawat harus mendapat persetujuan tertulis dari dokter yang semestinya tidak perlu melakukan hal tersebut.

Meskipun perawat senang melakukan kegiatan medik, dia juga menyadari bahwa sebetulnya secara formal ini dalah bidang dokter. Karena itu perawat mengeluh karena harus bekerja ganda, sedang penghargaan untuk itu hanya diperoleh dokter. Sebagai contoh mereka menunjuk pada pengisian formulir Sistem Angka Kredit di mana perawat "menerjemahkan' kegiatan pengobatan mereka di Balai Pengobatan sebagai kegiatan keperawatan, sedangkan dokter

mendapat angka kredit untuk kegiatan pengobatan yang sebetulnya dilakukan oleh perawat. Model hubungan dokter perawat seperti ini dapat terlihat pada gambar dibawah ini.

MODEL PRAKTIK HIRARKIS



SUMBER: ***AMERICAN ASS OF CRITICAL-CARE NURSES, 1988***

Koneksitas antara dokter perawat yang menempatkan perawat sebagai pembantu dokter yang harus menuruti perintah dokter dalam penanganan pasien terkadang menimbulkan stress dan frustrasi yang secara tidak langsung mempengaruhi aktivitas kerja dan keprofesian perawat. Ada beberapa hal yang melatar belakang hal tersebut yakni:

1. Kesadaran dari dokter sendiri yang masih belum menerima keberadaan perawat sebagai mitra sehingga masih menganggap perawat sebagai pembantu dokter.
2. Tingkat pendidikan sebagian besar perawat masih rendah sehingga profesionalisme dalam bertugas masih rendah.
3. Rumah sakit masih belum menjalankan asuhan keperawatan.
4. Hak dan kewajiban perawat masih belum dimengerti secara menyeluruh oleh para perawat.

C. Paradigma Baru Tugas Keperawatan

Di dalam era baru sebagaimana disebutkan di atas seyogianya tidak terjadi konflik dengan profesi lain ketika ia menjalankan tugasnya. Literatur internasional menunjukkan keputusan banding

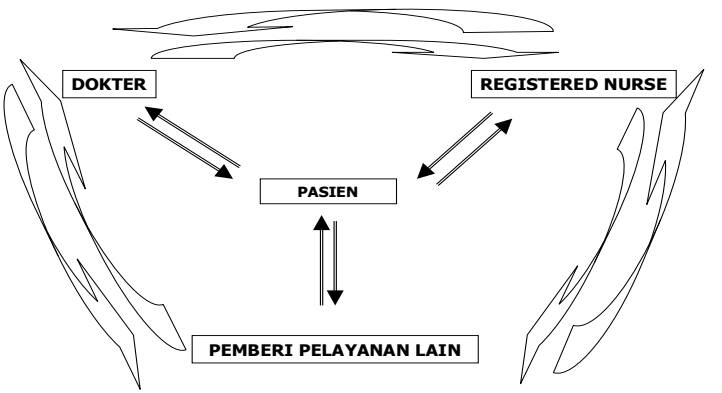
Pengadilan New York tahun 1985 mengakui pandangan modern bahwa perawat bukan lagi menjadi petugas kesehatan yang pasif, tetapi penyedia jasa perawatan kesehatan yang desisif dan asertif.

Dalam lingkup modern pandangan baru itu, selain adanya perubahan status yuridis dari "perpanjangan tangan" menjadi "kemitraan" atau "kemandirian" Makna kemitraan antar petugas Kesehatan di rumah sakit ataupun di PKM sebagai berikut:

1. Adanya pengakuan timbal nalik dalam bingkai keilmuan masing-masing.
2. Pengakuan dan penghormatan kepada otonomi masing-masing dalan ruang lingkup profesi termasuk
3. Pengakuan tentang kemandirian profesi dan pengakuan terhadap keharusan untuk bekerjasama
4. Pengakuan timbal balik terhadap etika dan standar profesi.

Model hubungan dokter perawat dengan prinsip kemitraan terlihat pada gambar dibawah ini.

MODEL PRAKTIK KOLABORATIF



SUMBER: ***AMERICAN ASS OF CRITICAL-CARE NURSES, 1988***

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 keperawatan telah diakui sebagai salah satu profesi di bidang kesehatan. Hal ini menandakan bahwa perawat sebagai suatu profesi

bukanlah berada di bawah dokter namun sejajar sebagai sesama profesi. Sebagai suatu komponen ketenagaan di institusi pelayanan kesehatan mempunyai andil yang besar dalam terselemggaranya kegiatan pelayanan kesehatan. Perawat merupakan tenaga kesehatan terbanyak. Pertama dan terlama kontak dengan pasien. Sehingga baik buruknya penilaian pasien dan atau keluarganya terhadap pelayanan kesehatan sangat bergantung kepada kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan oleh perawat selama pasien di rawat.

D. Tenaga Keperawatan Dalam Peraturan Perundang-undangan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dirinya dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Pasal 1 butir 3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan) . Menurut penjelasan pasal ini dokter dan perawat merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan tertentu, karena kedua jenis tenaga kesehatan tersebut yang paling dekat kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Undang-Undang No. 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan mengklasifikasi tenaga kesehatan atas tenaga kesehatan sarjana terdiri atas dokter, dokter gigi, apoteker dan sarjana-sarjana dalam bidang kesehatan. Kedua, tenaga kesehatan sarjana muda, menengah, dan rendah meliputi bidang farmasi seperti asisten apoteker dan sebagainya, bidang kebidanan seperti bidan dan sebagainya, bidang keperawatan seperti perawat, fisioterapis dan sebagainya. Menurut Pasal 11 ayat (1) Undang-Undang No. 36Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, yang termasuk tenaga kesehatan terdiri atas:

(1) Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:
    a. tenaga medis;
    b. tenaga psikologi klinis;

c. tenaga keperawatan;
d. tenaga kebidanan;
e. tenaga kefarmasian;
f. tenaga kesehatan masyarakat;
g. tenaga kesehatan lingkungan;
h. tenaga gizi;
i. tenaga keterapian fisik;
j. tenaga keteknisian medis;
k. tenaga teknik biomedika;
l. tenaga kesehatan tradisional; dan
m. tenaga kesehatan lain

Sesuai dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan di atas maka berdasarkan keahlian dan kewenangannya, lingkup kerja dokter adalah pada tindakan medik, sedangkan tindakan keperawatan ada pada perawat.

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya sesuai dengan ilmu keperawatan yang diperolehnya (Departemen Kesehatan RI, 1993). perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan dengan jumlah mayoritas, penjalin kontak pertama dan terlama dengan pasien, mutlak harus mempunyai kemampuan profesional yang tinggi dan memerlukan kemampuan berkomunikasi interpersonal dalam membina hubungan dengan pasien dan keluarganya serta dengan sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.

Dalam Surat keputusan Menteri Penertiban dan Aparatur Negara No. 94/Menpan/1986 disebutkan bahwa yang dimaksud dengan tenaga keperawatan adalah pegawai negeri sipil yang berijazah keperawatan yang diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas dan unit pelayanan kesehatan lainnya).

Menurut Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan Pasal 1:

1. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.
2. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun diluarnegeriyangdiakuio lehPemerintah sesuaidengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
3. Praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat melalui kolaborasi dengan sistem klien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, termasuk praktik keperawatan individual dan berkelompok.
4. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien di sarana dan tatanan kesehatan lainnya dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan
5. Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan baik di dalam maupun diluar negeri yang diakui oelh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
6. Perawat terdiri dari perawat vokasional dan perawat profesional
7. Perawat vokasional adalah seseorang yang telah lulus pendidkan Diploma III Keperawatan dan Sekolah Perawat Kesehatan yang terakreditasi dan diakui oleh pejabat yang berwenang
8. Perawat profesional adalah seseorang yang lulus dari pendidikan tinggi keperawatan dan terakreditasi terdiri dari

ners generalis, ners spesialis, dan *ners konsultan.*

9. Ners generalis adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan Ners
10. Ners spesialis adalah seseorang yang telah menyelesaikan program spesialis keperawatan 1.
11. Ners konsultan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan spesialis keperawatan 2.
12. *Registered Nurse* disingkat RN adalah perawatan profesional yang terintegrasi.
13. *Licensed PracticalNurs* (LPN) adalah perawat vokasional tyang teregistrasi.

Lingkup praktik keperawatan menurut Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentangPraktik Keperawatanadalah:

1. Memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok khusus dan amsyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan sederhana dan kompleks.
2. Memberikan tindakan kepercayaan langsung, pendidikan, nasihat, konseling dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan melalui pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam upaya memnadirikan pasien
3. Memberikan pelayanan keperawatan di sarana kesehatan dan tatanan lainnya.
4. Melaksanakan pengobatan dan tindakan medik terbatas, pelayanan KB, imunisasi, pertolongan persalinan normal dan menulis permintaan obat/ resep.
5. Melaksanakan program pengobatan secara tertulis dari dokter.

Tindakan medik terbatas adalah jenis dan bentuk tindakan medik yang disepakati bersama dengan profesi kedokteran melalui Ketetapan Menteri Kesehatan dan dilakukan oleh perawat profesional yang kompeten di bidangnya. Kompetensi perawat di bidangnya dimaksudkan adalah penetapan kemampuan seorang perawat melalui mekanisme uiji kompetensi terhadap standar yang telah ditetapkan bersama.

Ketika menjalankan tindakan sehari-hari di rumah sakit misalnya, seorang perawat bisa saja melakukan berbagai kesalahan. Caffe (Julianus Ake, 2003) mengidentifikasi 3 (tiga) area yang memungkinkan perawat berisiko melakukan kesalahan yaitu pada tahap pengkajian keperawatan *(assessment errors)* termasuk kegagalan mengumpulkan data atau informasi tentang pasein secara adekuat atau kegagalan mengidentifikasi informasi yang diperlukan seperti data jasil pemeriksaan laboratorium.

Kedua, kesalahan pada tahap perencanaan keperawatan (planning erros) antara lain kegagalan mencatat masalah pasien dan kelalaiannya menuliskan dalam rencana keperawatan atau kegagalan memberikan instruksi yang dapat dimengerti oleh pasien. Ketiga, kesalahan pada tahap tindakan intervensi keperawatan *(intervention errors)* termasuk kegagalan seperti keliru memberikan obat atau salah dosis, salah membaca lebel, salah menangani pasien dan yang lebih berat adalah salah memberikan transfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Dari seluruh kegiatan yang paling berbahaya tampakanya pada tindakan pemberian obat.

Kasus-kasus yang terjadi berkaitan dengan dengan kesalahan atau kelalaian memang bisa menimbulkan konsekuensi hukum yang harus ditanggung perawat dengan adanya perubahan status hukum mereka. Sebagai ilustrasi dapat dikemukakan di sini yurisprudensi dalam perkara Collin melawan West Lake Community Hospital di Illionis tahun 1974 bahwa staf perawat rumah sakit telah lalai mengawasi kondisi dan sirkulasi kaki pasien sewaktu dipasang kayu spalk yang mengakibatkan kaki membusuk dan harus diamputasi. Berkas rekam medis tidak ada catatan observasi selama tujuh jam kritis, sehingga pemeriksaan pengadilan menyatakan terjadinya kesalahan/kelalaian perawat. Perkara Fatucky melawan Hilliside Hospital di New York tahun 1975 bahwa dalam rekam medis tidak ada pada lembar catatan perawat tentang obsevasi yang dilakukan setiap 15 menit terhadap pasien sakit jiwa, sehingga pasien sempat melarikan diri yang kemudian meninggal karena bunuh diri. Maka

hakim menarik kesimpulan tentang bukti terjadinya kelalaian perawat di rumah sakit.

Secara teknis profesional diperlukan upaya untuk mencegah perawat melakukan malpraktik. Penerapan pengetahuan keperawatan untuk menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat sebelum melaksanakan intervensi keperawatan yang diperlukan. Ketika menjalankan tugas kemitraan dengan tenaga kesehatan lainnya, tanyakan saran atau pesan yang diberikan oleh dokter misalnya jika itu tidak jelas. Penerimaan perintah juga dengan jelas dan tertulis.

Dalam perspektif etika dan hukum kesehatan, sebagaimana dengan profesi kesehatan lainnya, terjadinya suatu malpraktik atas dasar suatu tindakan atau tanpa memberikan tindakan akan berkaitan dengan unsur kesengajaan atau kelalaian dalam pemberian tindakan keperawatan. Secara yuridis formal kejadian seperti akan melahirkan tuntutan hukum dari pasien dan atau keluarganya terhadap perawat berdasarkan perbuatan melanggar hukum (Pasal 1365 KUH Perdata) atau tuntutan hukum pidana berdasarkan Pasal 359 KUHP karena kelalaiannya mengakibatkan matinya orang lain. Alternatif tuntutan lain, Pasal 360 KUHP karena kesalahannya menyebabkan orang luka berat atau karena kesalahannya menyebabkan orang luka sedemikian rupa sehingga orang itu menjadi sakit atau tidak dapat menjalankan pekerjaannya, Pasal 361 KUHP kejahatan dilakukan di dalam menjalankan suatu jabatan maka pidana ditambah sepertiga dan dapat dicabut haknya untuk menjalankan praktik keperawatan.

Perkara yang timbul di dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dimungkinkan untuk diselesaikan baik melalui jalur pengadilan maupun di luar pengadilan. Fungsi hukum adalah menertibkan pemecahan konflik-konflik. Timbulnya konflik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bersumber dari adanya kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan di dalam menjalankan tugas pelayanannya.

Untuk mewujudkan tuntutan ini terbuka jalan bagi pihak-pihak

yang merasa dirugikan untuk menggunakan jalur penuntutan baik melalui pengadilan *(litigation)* maupun jalur melalui jalur lain *(non litigation).* Keinginan masyarakat untuk menyelesaikan perkara itu melalui pengadilan atau tidak tergantung dari kultur masyarakat itu sendiri. Apakah ia suka atau tidak suka menggunakan pengadilan untuk menyelesaikan sengketanya atau tidak.

Sehubungan dengan penyelesaian perkara dalam pelayanan Kesehatan Jaksa Agung R.I. telah mengelurakan surat No. B006/A-3/1/1982 dan R-00/A-3/1/1982 kepada Kepala Kejaksaan Tinggi dan Kepala Kejaksaan Negeri seluruh Indoensia yang isinya menekankan bahwa untuk keseragaman penyelesaian masalah pelanggaran yang dilakukan oleh para dokter, dokter gigi, ahli farmasi, tenaga medis serta bidan apabila terdapat yang menyangkut profesi kedokteran, dengan tetap segera melaporkannya kepada kami, tidak langsung melakukan penuntutan ke sidang pengadilan, akan tetapi terlebih dahulu melakukan penilaian yang seksama atas perbuatan tertuduh,dengan antara lain mengadakan konsultasi dengan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat, guna mendapatkan tambahan informasi yang berguna bagi penyelesaian kasus setempat.

Di samping SK Jaksa Agung R.I di atas terdapat Surat Keputusan Bersama (SKB) antara Menetri Kesehatan R.I, Menteri Kehakiman R.I, dan Menteri jaksa Agung R.I tahun 1982 yang memberikan tanggung jawab pemerintah bila terjadi pelanggaran di bidang kesehatan., dengan mendahulukan pemeriksaan etiknya oleh organisasi profesi baru diteruskan kepemeriksaan hukumnya bila memang ternyata tidak saja melanggar etik tetapi juga melanggar hukum.

Dalam kenyataaan pelayanan Kesehatan sehari-hari, pekerjaan dokter sering dibantu oleh perawat. Dengan kata lain bahwa peranan perawat tindak hanya melakukan tindakan keperawatan saja, tetapi juga melakukan beberapa tindakan medis sebagai *extended role*. Namun tindakan medis yang dilakukan oleh perawat didasarkan

atas delegasi yang diberikan oleh dokter, karena kewenangan tindakan medis ada pada dokter. Dasar hukum pendelegasian ini diberikan dalam suatu Putusan Mahkamah Agung Negeri Belanda *(Arrest Hoge Raad*) tanggal 4 Nopember 1952. Ketentuan ini diberlakukan juga bagi perawat. Inilah yang dinamakan"*Prolonged arm doctrine*"**.**

Walaupun seorang dokter dapat mendelegasikan atau melimpahkan wewenangnya, namun pemberian itu harus memenuhi beberapa syarat tertentu. Syarat yang harus dipenuhi untuk delegasi tindakan medik adalah:

1. Penegakan diagnosis, pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis, harus diputuskan oleh dokter sendiri.
2. Delegasi tindakan medik itu hanya dibolehkan jika dokter tersebut sudah sangat yakin bahwa perawat yang menerima delegasi itu sudah mampu untuk melaksanakannya dengan baik.
3. Pendelegasian itu harus dilakukan secara tertulis termasuk instruksi yang jelas tentang pelaksanaannya, bagaimana harus bertindak jika timbul komplikasi dan sebagainya.
4. Harus ada bimbingan atau pengawasan medik pada pelaksanaannya. pengawasan itu tergantung pada tindakan yang dilakukan. Apakah dokter itu harus berada di tempat itu ataukah ia dapat dipanggil dan dalam waktu singkat berada di tempat.
5. Orang yang diberi delegasi itu berhak untuk menolak apabila ia merasa tidak mampu untuk melakukan tindakan medik tersebut.

Sehubungan dengan itu, terdapat putusan Gerechtshof Amsterdam, 29 Mei 1986 yang dalam pertimbangannya disimpulkan bahwa dokter secara yuridis dan moral tetap bertanggung jawab, karena apa yang dilakukan oleh perawat itu instruksi dokter. Namun si pelaku juga bertanggung jawab untuk tindakannya yang

dilakukan itu tidak sesuai dengan instruksi.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa yang berwenang melakukan tindakan keperawatan secara mandiri (tanpa supervisi dokter) adalah perawat, tetapi untuk tindakan medis harus ada delegasi dari dokter terlebih dahulu. Keputusan banding Pengadilan New York tahun 1985 mengakui pandangan modern bahwa perawat bukan lagi menjadi petugas kesehatan yang pasif, tetapi penyedia jasa perawatan kesehatan yang desisif dan asertif.

Dalam lingkup modern pandangan baru itu, selain adanya perubahan status yuridis dari "perpanjangan tangan" menjadi "kemitraan" atau "kemandirian", seorang perawat juga telah dianggap bertanggung jawab hukum untuk malpraktik keperawatan yang dilakukannya. Karena itu, merekapun dapat terkena gugatan hukum bila terjadi akibat negatif dari pelayanannya kepada pasien.

Dalam Undang Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 dinyatakan bahwa tenaga Kesehatan tentunya termasuk tenaga keperawatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dikenakan tindakan disiplin administrasi dan setiap orang berhak memperoleh ganti rugi secara langsung akibat dari kesalahan/kelalaian yang dilakukan tenaga Kesehatan, serta tidak tertutup kemungkinan dikenakan sanksi pidana sebagai akibat pelanggaran hak asasi manusia dari kesehatan si pasien.

Dalam tindakan sehari-hari di rumah sakit misalnya, seorang perawat bisa saja melakukan berbagai kesalahan seperti keliru memberikan obat atau salah dosis, salah membaca lebel, salah menangani pasien dan yang lebih berat adalah salah memberikan transfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Kasus-kasus yang terjadi berkaitan dengan dengan kesalahan atau kelalaian memang bisa menimbulkan konsekuensi hukum yang harus ditanggung perawat dengan adanya perubahan status hukum mereka.

Perkara Collin melawan West Lake Community Hospital di Illionis tahun 1974 bahwa staf perawat rumah sakit telah lalai meng-

awasi kondisi dan sirkulasi kaki pasien sewaktu dipasang kayu spalk yang mengakibatkan kaki membusuk dan harus diamputasi. Berkas rekam medis tidak ada catatan observasi slama tujuh jam kritis, sehingga pemeriksaan pengadilan menyatakan terjadinya kesalahan/kelalaian perawat. Perkara Fatucky melawan Hilliside Hospital di New York tahun 1975 bahwa dalam rekam medis tidak ada pada lembar catatan perawat tentang obsevasi yang dilakukan setiap 15 menit terhadap pasien sakit jiwa, sehingga pasien sempat melarikan diri yang kemudian meninggal karena bunuh diri. Maka hakim menarik kesimpulan tentang bukti terjadinya kelalaian perawat di rumah.

Permenkes No. 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat pasal 15 menetapkan perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berwenang untuk:

1. Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliptui pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan intervensi dan evaluasi keperawatan.
2. Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.
3. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan
4. Pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.

Dalam melaksanakan kewenangan tersebut di atas perawat berkewajiban untuk:

1. menghormati hak pasien.
2. merujuk kasus yang tidak dapat ditangani.
3. menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. memberikan informasi.
5. meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.

6. melakukan catatan perawatan yang baik.

E. Dasar Hukum Praktik Keperawatan

Untuk menuju sehat, diperlukan suatu upaya kesehatan yang meliputi setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Salah satu hal yang cukup mempunyai peranan penting di dalam upaya kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya, pelayanan kesehatan karenanya diperlukan oleh setiap anak manusia, sedang sakit atau tidak. Yang tidak sakit karena ingin tetap sehat, jasmani dan rohani, mendambakan derajat kesehatan yang lebih tinggi, juga memerlukan pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan yang dilakukan seyogianya berlangsung dengan cukup aman, bermutu, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan kejadian yang dapat menimbulkan gangguan dan atau bahaya terhadap kesehatan, memberikan kemudahan dalam rangka menunjang peningkatan upaya kesehatan.

Upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat melalui pelayanan kesehatan dengan mempergunakan sarana kesehatan dan jasa tenaga kesehatan khususnya tenaga keperawatan. Atas dasar inilah maka pelayanan kesehatan yang diselenggarakan melalui praktik keperawatan memerlukan peraturan hukum sebagai dasar pembenaran hukum dalam setiap kegiatan yang dilakukan. Selanjutnya setiap upaya kesehatan terikat untuk tunduk dan taat terhadap semua peraturan hukum yang melandasi kegiatan pelayanan kesehatan.

Secara umum landasan hukum pelayanan keperawatan sebagai berikut:

1. Article 25 Declaration . f Human Right 1948

   '' Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right of security in

the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livehood in circumstances beyond his control".

2. Pembukaan UUD 1945,psl 27 (2), Psl 28 H, Psl 33 (2) UUD 1945.
3. Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 "Perlindungan Konsumen".
4. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 "Kesehatan".
5. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 " Tenaga Kesehatan".
6. Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 " Praktik Keperawatan"
7. KEPMENKES NO. 1239 THN 2001 " Praktik dan Registrasi Keperawatan".
8. Pasal 304 KUHP, Pasal 531 KUHP, Pasal 170 KUHAP

Demikian secara substansial tugas keperawatan mempunyai normatif hukum Internasional maupun nasional diatur dalam berbagai bentuk peraturan. Dalam perspektif hukum positif Indonesia, pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan dasar in casu praktik keperawatan. Ia merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum yang merupakan cita-cita bangsa Indonesia. Itulah sebabnya maka sejak dini pembukaan UUD 1945 telah meletakkan landasan ideal dari perwujudan upaya kesehatan melalui pelayanan kesehatan yang mengarah untuk kesejahteraan. Alinea IV pembukaan UUD 1945 menyatakan: ".....untuk membentuk suatu pemerintah negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial....".

Selanjutnya dalam batang tubuh UUD 1945 khsususnya pasal 27 ayat 2 dikatakan: "Tiap tiap warganegara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan". Pelayanan kesehatan bernuansa perikehidupan yang layak bagi kemanusiaan, bahkan Pasal 28 H UUD 1945 menunjukkan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak asasi penduduk Selain itu ia merupakan hajat hidup orang banyak maka sudah seyogianya jika pelayanan kesehatan merupakan wujud penjabaran dari Pasal 33 ayat 2 UUD

1945 yang dikuasai oleh negara.

Pasal 73 ayat (2) Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menegaskan " Setiap orang dilarang menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang **menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi dan/atau surat izin praktik"**. Ayat (3) Ketentuan ini menyatakan pada ayat (1) dan ayat (2) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan peraturan perundang-undangan. Pada penjelasan ayat 3 pasal 73 Undang-undang Praktik Kedokteran menyebutkan "Tenaga kesehatan dimaksud antara lain **bidan dan perawat** yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan".

Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan dalam Pasal 63 (2) "Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan. Ayat (3) Pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan kemanfaatan dan keamanannya. Sedangkan ayat (4) undang-undang menyatakan "Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu".

Harus diakui bahwa bahwa selama ini berbagai ketentuan hukum dalam bidang pelayanan kesehatan menjadi dasar pengaturan hak dan kewajiban pasien, dokter, perawat, dan rumah sakit (Indar, 2003:97) yaitu:

a. Pasal 304 KUHP

   Barangsiapa dengan sengaja menyebabkan atau membiarkan orang dalam kesengsaraan, sedang ia wajib memberi kehidupan atau pemeliharaan pada orang itu karena hukum yang berlaku atasnya atau karena menurut perjanjian, dihukum penjara

paling lama dua tahun atau denda sebanyak Rp. 4.300

b. Pasal 531 KUHP

Barangsiapa menyaksikan ada orang di dalam keadaan bahaya maut, lalai memberikan atau mengadakan pertolongan kepadanya sedang pertolongan itu dapat diberikannya dengan tidak menguatirkan, bahwa ia sendiri atau orang lain akan kena bahaya dihukum kurungan paling lama 3 bulan atau denda paling ting Rp. 4. 500. Jika orang yang perlu ditolong itu mati.

c. Pasal 170 KUHAP

(1) Mereka yang karena pekerjaan, harkat martabat atau jabatan, diwajibkan menyimapn rahasia, dapat pula minta dibebaskan dari kewajiban untuk memberikan keterangan sebagai saksi, yaitu terhadap hal yang dipercayakan kepadanya.

(2) Hakim menentukan sah atau tidaknya segala alasan untuk permintaan tersebut.

d. Undang–Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen .

Undang-undang ini mengatur hubungan antara konsumen dan produsen (penyedia jasa) termasuk didalamnya jasa pelayanan kesehatan. Pasal 5 undang-undang ini menetukan bahwa hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen dalam mengkonsumsi barang dan atau jasa.

e. Undang–Undang N0. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

1. Pasal 24

(2) Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien.

2. Pasal 58

(1) Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

f. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 44

(1) Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki STR.
(2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan setelah memenuhi persyaratan.
(3) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
    a. memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan;
    b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
    c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
    d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
    e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
(4) STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan.
(5) Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
    a. memiliki STR lama;
    b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
    c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
    d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
    e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; danmemenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

g. PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
    1. Pasal 21 .
        (1) Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan.
    2. Pasal 22
        (1) Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melak-

sanakan tugas profesinya berkewajiban untuk:

a. Menghormati hak pasien;
b. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien;
c. Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan;
d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan;
e. Membuat dan memelihara rekam medis.

(2) Pelaksanaaan ketentuan sebagaiamana yang dimaksud dalam ayat (1) diatur lebih lanjut oleh menteri.

Walaupun Undang-Undang No. 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan telah dicabut oleh PP No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, namun terdapat ketentuan Pasal 11b yang menurut hemat kami masih tetap berlaku yaitu

(1) Dengan tidak mengurangi ketentuan-ketentuan di dalam KUHP dan peraturan perundang-undang lain, maka terhadap tenaga kesehatan dapat dilakukan tindakan-tindakan administratif dalam hal-hal sebagai berikut:

a. Melalaikan kewajiban
b. Melakukan sesuatu hal yang seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang tenaga kesehatan, baik mengingat sumpah jabatannya, maupun mengingat sumpah sebagai tenaga kesehatan.

Rasio antara jenis tenaga kesehatan khususnya perawat dengan jumlah tempat tidur menurut SK Menteri Kesehatan No.262 Tahun 1979 pada tabel berikut:

Tabel 1
Rasio antara jenis tenaga kesehatan dengan jumlah tempat tidur

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TNMP/TT	TP
A & B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	3/4
D	1/15	1/2	1/6	2/3

Sumber: Data Sekunder

Dimana: TM : Tenaga Medis
TPP : Tenaga Paramedis Perawatan
TNMP : Tenaga Non Medis Perawatan
TP : Tenaga Perawatan
TT : Tempat Tidur

Dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa seseorang/ pasien, perawat berwenang melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dikemukakan di atas. Pelayanan dalam keadaan darurat ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Ini berarti bahwa tenaga keperawatan dapat melakukan tindakan medik dengan dua syarat yaitu harus atas permintaan tertulis dari dokter dan dalam keadaan darurat.

F. Hubungan Perawat dengan Pasien/Klien

Pasien, klien merupakan fokus dari upaya keperawatan yang diberikan oleh perawat sebagai salah satu komponen tenaga kesehatan. Dasar hubungan perawat pasien adalah hubungan yang saling menguntungkan *(mutual relationship)*. Sebagai perawat, ia memiliki hak dan kewajiban untuk melaksanakan asuhan keperawatan seoptimal mungkin dengan pendekatan bio, psiko, sosial spiritual sesuai dengan kebutuhan pasien.

Hubungan yang baik antara perawat dengan pasien/klien akan terjadi bila (Ismani, 2001):

a. Terdapat rasa saling percaya antara perawat dengan pasien/ klienPerawat benar-benar memahami dan melindungi hak-hak

pasien.

b. Perawat harus sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada diri pasien yang berasal dari penyakitnya.
c. Perawat harus memahami keberadaan pasien/klien sehingga dapat bersifat sabar dan tetap memperhatikan pertimbangan etis dan moral.
d. Perawat bertanggung jawab atas segala risiko yang mungkin timbul selama pasien/klien dalam perawatan.
e. Perawat sedapat mungkin menghindari konflik yang bersifat privasi dengan pasien/klien

Adanya perubahan tanggung jawab yang didasarkan pada hubungan kemitraan antara dokter dan perawat, baik dokter maupun perawat bertanggungjwab atas semua kejadian yang timbul selama memberikan pelayanan kepada pasien.

Secara *argumentum a contrario* tanggung jawab dokter dan perawat berakhir ketika hubungan mereka secara juridis dengan pasien berakhir. Penentuan saat berakhirnya hubungan dokter pasien sangat penting karena segala hak yang diberikan dan kewajiban yang dibebankan dokter juga akan berakhir. Termasuk hak dan kewajiban perawat berahir, jika hubungan dokter hubungan kemitraan.

Beberapa cara berakhirnya hubungan dokter pasien yakni (Guwandi, 2004):

1. Sembuhnya pasien dari keadaan sakitnya dan sang dokter menganggap tiodak diperlukan lagi pengobatan sehingga tidak ada manfaatnya lagi bagi pasien untuk meneruskan pengobatan.
2. Dokternya mengundurkan diri
3. Pengakhiran oleh pasien
4. Meninggal sang pasien
5. Meninggal atau tidak mampu menjalani lagi
6. Sudah selesainya kewajiban dokter seperti ditentukan dalam kontrak

7. Didalam kasus gawat darurat, apabila dokter yang mengobatai atau dokter pilihan pasien sudah adatang atau terdapat penghentian keadaan kegawatan darurat.
8. Lewatnya jangka waktu apabila kontrak medis itu ditentukan untuk jangka waktu tertentu.
9. Persetujuan antara kedua belah pihak antara dokter dan paseinnya bahwa hubungan dokter pasien itu sudah diakhiri

Hubungan pasien dokter dapat berakhir (Miller, 1996) yaitu:

1. Pengobatan dan perawatan tidak diperlukan lagi *(medical care is nolonger needed).*
2. Pasien menolak pengobatan dan perawatan *(the patient withdraws from therealtionship)*
3. Pasien dirujuk ke dokter lain *(the care of the patient is transferred to another physician)*
4. Dokter menganjurkan untuk mengahiri pengobatan dan perawatan *(ample noitice of withdrawal is given by physician to the patient)* atau
5. Dokter tidak sanggup lagi memberikan pengobatan dan perawatan *(the physician is unable to provide care).*

Hemat penuis jika hubungan dokter pasien berakhir, dalam hubungan perawat dokter juga akan berakhir. Namun jika ini tugas kemandirian perawat, berakhirnya hubungan pasien dokter tidak berarti hubungan pasien perawat prakts berakhir.nformed consent adalah pernyataan setuju dari klien yang diberikan dengan bebas dan rasional setelah sebelumnya mendapatkan penjelasan atau informasi dari dokter dan klien mengerti informasi yang diberikan (Guwandi, 1995) [2]. Salah satu manfaat informed consent yaitu dapat meningkatkan mutu pelayanan sebab setelah pemberian informed consent diharapkan tindakan medis yang dilakukan dapat berjalan dengan lancar, efek samping dan komplikasi yang terjadi dapat dimimalisir serta proses pemulihan dapat terjadi dengan cepat. Manfaat yang paling penting pemberian informed consent

adalah melindungi tenaga medis dari kemungkinan terjadinya tuntutan hukum apabila tindakan medis yang dilakukan dapat menimbulkan masalah, petugas medis memiliki bukti tertulis yaitu persetujuan pasien (informed consent). ●

BAB XI
HUKUM KEBIDANAN

A. Pendahuluan

Peningkatan pengetahuan dan teknologi yang sedemikian cepat dalam segala bidang serta meningkatnya pengetahuan masyarakat berpengaruh pula terhadap meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan atau kebidanan. Hal ini merupakan tantangan bagi profesi keperawatan dan kebidanan dalam mengembangkan profesionalisme selama memberi pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan yang tinggi memerlukan landasan komitmen yang kuat dengan basis pada etik dan moral yang tinggi.

Sikap etis profesional yang kokoh dari setiap perawat atau bidan akan tercermin dalam setiap langkahnya, termasuk penampilan diri serta keputusan yang diambil dalam merespon situasi yang muncul. Oleh karena itu pemahaman yang mendalam tentang etika dan moral serta penerapannya menjadi bagian yang sangat penting dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan atau kebidanan di mana nilai-nilai pasen selalu menjadi pertimbangan dan dihormati.

B. Hukum Dalam Praktik Kebidanan

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang sangat penting

peranannya dalam pelayanan kesehatan. Pengaturan tenaga kesehatan ditetapkan di dalam undang-undang dan Peraturan Pemerintah. Tugas dan kewenangan bidan serta ketentuan yang berkaitan dengan kegiatan praktik bidan diatur di dalam peraturan atau Keputusan Menteri Kesehatan.

Pelayanan Kebidanan merupakan bagian integral dari upaya kesehatan. Dalam memberikan pelayanan meliputi, usaha promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan atas serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan yang berkesinambungan. Upaya kesehatan itu mencakup:

1. Pelayanan Kesehatan Promotif
   Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi atau meningkatkan kesehatan.Misalnya seorang bidan memberikan konseling kesehatan reproduksi.
2. Pelayanan Kesehatan Preventif
   Suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/ penyakit.Misalnya seorang bidan memberikan vaksinasi TT.
3. Pelayanan Kesehatan Kuratif
   Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.Misalnya seorang bidan tablet Fe sedini mungkin bagi ibu hamil yang menderita anemia ringan.
4. Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif
   Kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita kedalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untukl diri-nya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.Misalnya seorang bidan yang membimbing ibu melakukan senam hamil, yoga. Tujuannya untuk memperbaiki

system pernafasan dan sirkulasi darah.

Liabilitas bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang penting dan di tuntut dari suatu profesi, terutama profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, adalah pertanggung jawaban hukum *(accountability)* atas semua tindakan yang dilakukannya. Sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Liabilitas diperkuat dengan satu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan.

Dengan adanya legitimasi kewenangan bidan yang lebih luas, bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berpikir logis dan sitematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi.

Praktik kebidanan merupakan inti dari berbagai kegiatan bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus-menerus ditingkatkan mutunya melalui:

a. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan
b. Pengembangan ilmu dan teknologi dalam kebidanan
c. Akreditasi
d. Sertifikasi
e. Registrasi
f. Uji kompetensi
g. Lisensi

Beberapa dasar hukum dalam pelayanan kebidanan antara lain sebagai berikut:

1. UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

   Praktik pelayanan kebidanan berkaitan dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan diatur dalam

   a. Kesehatan Reproduksi

      Pasal 71 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan **pada** ayat (1) kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan social secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang

berkaitan dengan system, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Ayat (2) pasal ini menyatakaan bahwaKesehatan Reproduksi sebagaimana maksud pada ayat (1) meliputi:

a. Sebelum hamil, hamil, melahirkan, dan sesudah melahirkan
b. Pengaturan kehamilan, alat kontrasepsi, dan kesehatam sesual dan
c. Kesehatan system reproduksi

Ayat (3) pasal ini menegaskan bahwa Kesehatan Reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui kegiatan promotif, pereventif, dan rehablitatif.

Pasal 75 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur mengenai Aborsi di mana disebutkan Ayat (1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi. Ayat (2) Larangan sebagaimana dimaksud pad ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan:

a. Indikasi kedaruratan medik yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam ibu dan/atau janin yang menderita penyakit genetic berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan hidup di luar kandungan atau
b. Kehamilan akibat pemerkosaan.

Ayat (3) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya dapat dilaksanakan setelah melalui konseling dan/atau penasehatan pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang berkomperen dan berwenang. Ayat (4) Ketentuan lebih lanjut meengenai indikasi kedaruratan medis dan, kecuali perkosaan,sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 76 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan Aborsi yang dimaksud dalam

pasal 75 UUK hanya dapat dilakukan:

a. Sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis
b. Oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh Menteri
c. Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan
d. Dengan izin suami, kecuali korban perkosaan dan
e. Penyedia pelayanan kesehatan yang memenuhi syrat yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 77 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dan ayat (3) yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Keluarga Berencana

Praktik pelayanan kebidanan yang berkaitan dengan Keluarga Keluarga BerencanaBerencanaa dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan diatur dalam pasal 78 di mana ditegaskan pada:

Ayat (1) Pelayanan kesehatan dalam Keluarga Berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. Ayat (2) pasal ini menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggungjawb menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan Keluarga Berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.

c. Kesehatan ibu, bayi, dan anak

Pasal 126 Ayat (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009

menyebutkan bahwa upaya kesehatan ibu harus ditujukan untuk menjaga kesehata ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas sera mengurangi angka kematain ibu.

Pasal 127 ayat (1) Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa Upaya Kehamilan Di Luar Cara Alami hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami isteri yang sah dengan ketentuan:

a. Hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami isteri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim isteri dari mana ovum berasal.
b. Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu, dan
c. Pada fasilitas pelayanan tertentu.

Keharusan memberikan Air Susu Ibu Eksklusif diatur dalam Pasal 128 yang berbunyi "Setiap anak berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan sampai usia 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medic". Pelanggaran terhadap ketentuan ini diatur dalam Pasal 200 yang berbunyi: Setiap orang yang dengan sengaja menghalang-halangi program pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp. 100.000.000.00 (seratus juta rupiah)

2. Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Pasal 73Ayat (1) Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyatakan bahwa setiap orang dilarang menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk lain yang menimbulkan kesan bagi masyarakat seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat taada registrasi dan /atau suart izin praktik. Ayat (2) pada pasal 73 ini mencantumkan bahwa setiap orang dilarang menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan

kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi dan/atau surat izin praktik. Ayat (3) pada pasal ini menetapkan bahwa ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tdk berlaku bagi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan peraturan perundang-undangan. Penjelasan pasal 73 ayat (3) menegaskan Tenaga kesehatan dimaksud antara lain **bidan dan perawat** yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

3. Undang-Undang No 36 Tahun 2914 tentang Tenaga Kesehatan

   Pasal 32 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang untuk itu. Selanjutnya dalam pasal 50 Tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

   Pengertian di atas menunjukkan otonomi yang sangat besar pada tenaga kesehatan yaitu hanya tenaga kesehatan sesuai kriteria di atas sajalah yang dapat melakukan tindakan dalam pelayanan kesehatan. Artinya bahwa bila ada pihak lain yang bukan profesinya melakukan tindakan tersebut dapat terkena sanksi pidana sesuai pasal 84 ayat 4 dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp. 100.000.000.

   Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan maka tenaga kesehatan berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Standar profesi adalah pedoman yang dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalakan profesi secara baik.

4. Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan di Daerah.

   Pembagian Urusan Pemerintah dalam Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Pemerintahan Daerah yang diselenggarakan berdasarkan amanat Undang-Undang Dasar 1945

adalah Pemerintahan Daerah yang mengatur dan mengurus sendiriurusan pemerintahannya berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

Penyelenggaraan pemerintahan berdasarkan asas tersebut diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat dan peningkatan daya saing daerah. Namun, setiap tugas dan rencana kerja daerah yang merupakan pembagian urusan pemerintahan haruslah dikaji dan ditimbang dengan peraturan perundang-undangan yang terkait.

Tujuannya agar tidak ada kebijakan-kebijakan di tingkat daerah yang, saling bertimpangan satu sama lain dan dapat dipertanggung jawabkan di depan hukum. Dalam bab Penjelasan Umum nomor 3 (tiga) dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, dinyatakan bahwa urusan pemerintah yang bersifat concurrent adalah urusan pemerintahan yang penanganannya dalam bagian atau bidang tertentu dapat dilaksanakan bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Urusan kesehatan termasuk dalam urusan yang concurrent. Jadi setiap sub bidang dan sub-sub bidang di setiap strata pemerintahan yang berkenaan dengan kesehatan harus terhubung dan berkesinambungan.

Dengan demikian berkaitan dengan Izin bidan Praktik Mandiri di daerah provinsi, kota, dan kabupaten haruslah sesuai dengan kebijakan yang diterapkan di tingkat Provinsi dan Nasional (Pusat). Karena itu kebijakan keperawatan masing-masing sendiri, tanpa berdampingan dengan kebijakan Pemerintah Pusat, kebijakan tersebut sudah tentu tidak memenuhi falsafah otonomi daerah.UU No 22/1999 tentang Otonomi daerah.

5. Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan

Bidan termasuk tenaga kerja yang mempunyai peranan dan kedudukan yang sangat penting sebagai pelaku dan tujuan pembangunan. Peran ini tercermin dari kewenanan bidan masa

istirahat bagi tenaga perempuan saat sebelum dan sesudah melahirkan. Secara tegas pasal 82 ayat (1) menyatakan Pekerja wanita berhak memperoleh istirahat selama 1,5 bulan sebelum saatnya melahirkan dan1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.

Demikian pula pada ketentuan Pasal 82 ayat 2 disebutkan tenaga kerja perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat 1,5 bulan sesuai ketentuan dokter kandungan atau bidan.

6. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).

Memang tidak dapat dipungkiri terdapat beberapa ketentuan hukum berkaitan dengan praktik aborsi. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) terdapat beberapa pasal yang berhubungan dengan pengguguran kandungan yaitu menawarkan, memberikan, menyerahkan atau memperlihatkan alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan, diancam dengan pidana penjara sembilan bulan (pasal 283 KUHP).

Jika dengan sengaja mengobati seorang wanita atau menyuruhnya supaya diobati, dengan diberitahu atau ditimbulkan harapan bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun (Pasal 299 KUHP).

Ibu hamil dengan sengaja menggugurkan atau mamatikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam dengan pidana paling lama empat tahun (Pasal 346 KUHP), sengaja mematikan atau menggugurkan kandungan seorang ibu hamil tanpa persetujuannya, diancam dengan pidana penjara dua belas tahun (Pasal 347 KUHP).

Jika seorang ibu dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang ibu hamil dengan persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama enam tahun (Pasal 348 KUHP).

Piidana dapat ditambah dengan sepertiga dan dapat dicabut haknya untuk menjalankan pencaharian dalam mana kejahatan dilakukan, jika seorang dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan kejahatan berdasarkan pasal 346 KUHP ataupun melakukan atau membantu melakukan salah satu kejahatan yang diterangkan dalam pasal 347 KUHP dan pasal 348 KUHP serta Pasal 349 KUHP

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

   Pasal 1 angka 1 menyebutkan Bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidanyang telah teregistras sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.Pasal 2 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa Bidan dapat menjalankan praktik mandiri dan/atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Pada ayat (2) pasal ini menyatakan Bidan yang menjalankan praktik mandiri harus berpendidikan Diploma III (DIII) Kebidanan.Pasal 3 Ayat (1)Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa setiap Bidan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki Surat Izin Kerja Bidan (SIKB). Pada ayat (2) pasal menyatakan bahwa setiap bidan yang menjalankan praktik mandiri wajib memiliki Surat Izin Praktik Bidan (SIPB).

C. Legislasi Praktik Kebidanan

Berbagai peraturan perundang-undang yang melandasi praktik pelayanan kebidanan sebagaimana telah diuraikan sebelumnya. Dalam hubungan ini aktivitas bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa disertai dengan peningkatan kualitas profesionalnya melalui legislasi pelayanan. Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang

sudah ada melalui serangkaian sertifikasi berkaitan dengan pengaturan kompetensi, registrasi dalam hubungan dengan pengaturan kewenangan, dan lisensi terkait dengan pengaturan penyelenggaraan kewenangan.

Tujuan legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan. Bentuk perlindungan tersebut antara lain

1. Mempertahankan kualitas pelayanan
2. Memberikan kewenangan
3. Menjamin perlindungan hukum
4. Meningkatkan profesionalisme

Peran pelayanan legislasi adalah:

1. Menjamin perlindungan pada masyarakat pengguna jasa profesi dan profesi sendiri.
2. Legislasi sangat berperan dalam pemberian pelayanan professional

Bidan dikatakan profesional, mematuhi beberapa criteria sebagai berikut:

1. Mandiri
2. Peningkatan kompetensi
3. Praktek berdasrkan evidence based
4. Penggunaan berbagai sumber informasi

Masyarakat membutuhkan pelayanan yang aman dan berkualitas, serta butuh perlindungan sebagai pengguna jasa profesi. Ada beberapa hal yang menjadi sumber ketidak puasan pasien atau masyarakat yaitu:

1. Pelasyanan yang aman
2. Sikap petugas kurang baik
3. Komunikasi yang kurang
4. Kesalahan prosedur
5. Saran kurang baik
6. Tidak adanya penjelasan atau bimbingan atau informasi atau pendidikan kesehatanKegiatan praktik bidan dikontrol oleh

peraturan tersebut. Bidan harus dapat mempertanggung jawabkan tugas dan kegiatan yang dilakukannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Setiap bidan memiliki tanggung jawab memelihara kemampuan profesionalnya. Oleh karena itu bidan harus selalu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dengan cara mengikuti pelatihan, pendidikan berkelanjutan, seminar, dan pertemuan ilmiah lainnya.

a. Syarat Praktik Profesional Bidan
    1. Harus memiliki Surat Ijin Praktek Bidan (SIPB) baik bagi bidan yang praktik pada sarana kesehatan dan/atau perorangan Bdan Praktek Swasta (BPS).
    2. Bidan yang praktik perorangan harus memenuhi persyaratan yang meliputi tempat dan ruangan praktik, tempat tidur, peralatan, obat-obatan dan kelengkapan administrasi.
    3. Dalam menjalankan praktik profesionalnya harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan pendidikan dan pengalaman serta berdasarkan standar profesi.
    4. Dalam menjalankan praktik profesionalnya harus menghormati hak pasien, memperhatikan kewajiban bidan, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani, meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan dan melakukan medical record dengan baik.
    5. Dalam menjalankan praktik profesionalnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan.

b. Kewenangan Bidan

Dalam menangani kasus seorang bidan diberi kewenangan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan antara lain:

1. Pasal 9 yang menyatakan bidan dalam menjalankan praktiknya, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi: (a).

Pelayanan kesehatan ibu, (b). Pelayanan kesehatan anak (c). Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 10 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
3. Pasal 11 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
4. Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa bidan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (KB) berwenang:
   a. Memberikan penyuluhan dan koseling kesehatan reproduksi perempuan dan KB
   b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom
5. Pasal 13 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa selain kewenangan dalam pasal 10, pasal 11, dan pasal 12, Bidan yang menjalankan program Pemerintah berwenang melakukan pelayanan meliputi:
   a. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, AKDR, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.
   b. Asuhan Antenatal Care terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan di bawah supervise dokter.
   c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman

yang ditetapkan.

d. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang KIA, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan
e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah
f. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
g. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
h. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi, dan
i. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program Pemerintah.

Ayat (2) pasal ini menegaskan bahwa pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan ante natal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap IMS dan penyakit lainnya, serta Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) hanya dapat dulakukan oleh bidan yang dilatih untuk itu.

6. Pasal 14 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa bagi Bidan yang menjalankan praktik di aderah yang tidak memiliki dokter dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan dalam pasal 9.

   Ayat (2) pada pasal ini menyatakan bahwa daerah yang tidak memiliki dokter pada ayat (1) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehaan Kota/ Kabupaten.

7. Pasal 15 (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik

Bidan menyatakan bahwa pada daerah yang belum memiliki dokter, Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus menempatkan bidan dengan pendidikan minimal DIII Kebidanan.

Ayat (2) pada pasal ini mengaskan bahwa apabila tidak terdapat bidan yang dimaksud pada ayat (1) pada pasal ini, Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapaat menempatkan bidan yang mengikuti pelatihan. Pelayanan kesehatanPasal 10 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa Pelayanan kesehatan Pelayanan kesehatan.

8. Pasal18Ayat(1)PeraturanMenteriKesehatanRepublikIndonesia No. 1464 tahun 2010tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyatakan bahwa bidan dalam melaksanakanpraktik/ kerja berkewajiban untuk:
   a. Menghormati hak pasien
   a. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
   b. Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu
   c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
   d. Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis.
   e. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
   f. Melakukan catatan medik (medical record) dengan baik.

   Ayat (2) pasal ini menetapkan Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesionalnya, dengan mengikuti perkembangan lmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bdang tugasnya.

   Ayat (3) menyatakan bahwa Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah

dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

9. Pasal 19:

Dalam hal bidan didakwa telah melakukan kriminal malpractice, harus dibuktikan apakah perbuatan bidan tersebut telah memenuhi unsur tidak pidanya, yakni: apakah perbuatan (positif act atau negatif act) merupakan perbuatan yang tercela dan apakah perbuatan tersebut dilakukan dengan sikap batin (mens rea) yang salah (sengaja, ceroboh atau adanya kealpaan).

Selanjutnya apabila bidan dituduh telah melakukan kealpaan sehingga mengakibatkan pasien meninggal dunia, menderita luka, maka yang harus dibuktikan adalah adanya unsur perbuatan tercela (salah) yang dilakukan dengan sikap batin berupa alpa atau kurang hati-hati ataupun kurang praduga.

Dalam kasus atau gugatan adanya civil malpractice pembuktianya dapat dilakukan dengan dua cara yakni:

a. Cara langsung, kelalaian memakai tolak ukur adanya 4 D yakni:
    1. Duty (kewajiban). Dalam hubungan perjanjian bidan dengan pasien, bidan haruslah bertindak berdasarkan:
        a. Adanya indikasi medis
        b. Bertindak secara hati-hati dan teliti
        c. Bekerja sesuai standar profesi
        d. Sudah ada informed consent.
    2. Dereliction of Duty (penyimpangan dari kewajiban)
    Jika seorang bidan melakukan pekerjaan menyimpang dari apa yang seharusnya atau tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan menurut standard profesinya, maka bidan tersebut dapat dipersalahkan.
    3. Damage (kerugian)
    Timbulnya kerugian pada pihak pasien dalam pelayanan yang diberikan oleh bidan.
    4. Direct Causation (penyebab langsung)
    Bidan untuk dapat dipersalahkan haruslah ada

hubungan kausal (langsung) antara penyebab (causal) dan kerugian (damage)yang diderita oleh karenanya dan tidak ada peristiwa atau tindakan sela diantaranya., dan hal ini haruslah dibuktikan dengan jelas. Hasil (outcome) negatif tidak dapat sebagai dasar menyalahkan bidan. Sebagai adagium dalam ilmu pengetahuan hukum, maka pembuktiannya adanya kesalahan dibebankan/harus diberikan oleh si . (pasien).

b. Cara tidak langsung

Cara tidak langsung merupakan cara pembuktian yang mudah bagi pasien, yakni dengan mengajukan fakta-fakta yang diderita olehnya sebagai hasil layanan (doktrib.n res ipsa loquitur). Doktrin res ipsa loquitur dapat diterapkan apabila fakta-fakta yang ada memenuhi kriteria:

1. Fakta tidak mungkin ada/terjadi apabila bidan tidak lalai
2. Fakta itu terjadi memang berada dalam tanggung jawab bidan
3. Fakta itu terjadi tanpa ada kontribusi dari pasien dengan perkataan lain tidak ada contributory negligence.

Tidak setiap upaya kesehatan selalu dapat memberikan kepuasan kepada pasien baik berupa kecacatan atau bahkan kematian. Malapetaka seperti ini tidak mungkin dapat dihindari sama sekali. Yang perlu dikaji apakah malapetaka tersebut merupakan akibat kesalahan bidan atau merupakan risiko tindakan, untuk selanjutnya siapa yang harus bertanggung jawab apabila kerugian tersebut merupakan akibat kelalaian bidan. ●

BAB XII
HUKUM PERUMAHSAKITAN

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan "jalan" bagi tiap orang untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Dalam kerangka peningkatan derajat kesehatan yang optimal tersebut, setiap orang mempunyai hak atas pelayanan kesehatan (*the right to health care*). Hak tersebut dalam kehidupan kita di Indonesia merupakan pengembangan dari hak asasi manusia yang terkandung dalam Pasal 27 ayat 2 UUD 1945 yaitu tiap warganegara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang dapat diartikan termasuk berhak atas pelayanan kesehatan yang memungkinkan hidup layak.

Dari dokumen *General Agreement in Tariri*fs *on Trade (GATT*s) tahun 1991 yang mengatur secara khusus mengenai "*service sectoral classification list"* menyebutkan *"health related and social services"* sebagai salah satu dari sektor-sektor yang termasuk dalam bidang jasa, yang disepakati dengan diterbitkannya Undang-Undang No. 7 Tahun 1994 tentang *Agreement Establishing the World Trade Organization*. Atas dasar ini maka hubungan horizontal-kontraktual antara dokter-pasien merupakan jual beli antara penjual jasa pelayanan kesehatan dengan pembeli jasa kesehatan (Koeswadji, 2002).

Berdasarkan dokumen GATTs dan Undang-Undang No. 7 Tahun 1994 di atas maka secara prinsipil pelayanan kesehatan sangat penting bagi negara, karena menyangkut hajat hidup orang banyak, sehingga ia wajib dkuasai oleh negara (Pasal 33 ayat 2 UUD 1945). Hal ini dapat dikatakan sejalan dengan keberadaan negara kita sebagai negara hukum yang memberikan perlindungan kepada hak asasi manusia. Dengan demikian baik tenaga kesehatan maupun maupun pasien menyadari dan mengerti bukan hanya hak-hak mereka saja tetapi juga hak-hak orang lain (Pozgar, 1996:457).

Sistem pelayanan kesehatan melalui rumah sakit adalah tatanan daripada tingkat pelayanan rumah sakit yang disusun menurut pola rujukan timbal antara masyarakat, Puskesmas, rumah sakit, dan sarana kesehatan lainnya, sehingga tercapai pelayanan yang bermutu, berdaya guna, dan berhasil guna.

Berdasarkan hal tersebut, maka menurut I.G.M. Brata Ranuh (Kumpulan Makalah Kongres Persi II: 1982) sistem pelayanan kesehatan melalui rumah sakit perlu dipahami dan akan merupakan pedoman bagi semua pihak yang berkepentingan dalam penyelenggaraan dan pembangunan rumah sakit, termasuk penyusunan kebijaksanaan dan penyempurnaan organisasi rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta, dan sebagai petunjuk pokok pelaksanaan perumahsakitan.

Rumah sakit menurut WHO adalah suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medik jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehablitatif utnuk orang-orang yang menderita sakit, terluka, dan untuk mereka yang mau melahirkan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/MENKES/PER/II/1989 tentang Rumah Sakit pasal 1 disebutkan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan, dan penelitian.

B. Tanggung jawab Hukum Rumah Sakit

Menurut sejarahnya dahulu warga masyarakat yang sakit dan dirawat di sebuah rumah sakit pribadi *(private hospital)* tidak dapat menuntut ganti rugi apabila menderita cedera karena rumah sakit merupakan suatu lembaga yang dilindungi oleh doktrin Charitable Community (Soekanto dan Herkutanto, 1987: 126-127) Doktrin tersebut ditegakkan terutama karena lembaga-lembaga derma tidak akan mungkin menanggulangi ganti rugi yang harus dibayarkannya karena putusan pengadilan mengenai perkara gugatan pasien. Dalam kasus " Schoendorff VsTh eSociety of the New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E.92 (1914) Amerika Serikat diterapkan doktrin ini.

Penerapan doktrin Charitable Community oleh pengadilan di Amerika Serikat menurut Harold L Hirsh (Soekanto dan Herkutanto, 1987: 112^) di dukung oleh tiga teori. Teori pertama adalah teori kepercayaan *(Trust Theory)* yang menyatakan bahwa dana-dana yang dikelola oleh suatu lembaga derma hanya bertujuan untuk membantu penderita. Apabila dana tersebut digunakan untuk membayar ganti rugi maka tujuannya sudah disalahgunakan karena dinikamti oleh pasien secara individual.

Teori kedua, yakni implied waiver menyatakan bahwa pasien secara sukarela berobat dan dirawat di rumah sakit dan ditanggung oleh dana yang berasal dari derma sehingga pasien tersebut dianggap dengan sendirinya menanggalkan haknya untuk menuntut ganti rugi apabila terjadi kecelakaan.

Teori ketiga adalah teori Respondeat Superior. Teori ini menyatakan bahwa atasan atau majikan bertanggung jawab atas hasil pekerjaanbawahan atau pekerja apabila pekerjaan tersebut dilakukan untuk memenuhi kepentingan atasan atau majikan. Oleh karena lembaga-lembaga derma bukan merupakan organisasi yang bertujuan mencari keuntungan, maka rumah sakit tidak dapat dipertanggung jawabkan atas perbuatan-perbuatan bawahan.

Dengan demikian maka haluan pengadilan untuk membatasi tanggung jawab hukum rumah sakit dilandaskan atas kepentingan umum.

Pada permulaan abad ke XX mulai terjadi perubahan bahwa rumah sakit dapat dimintai tanggung jawab hukum menurut doktrin *"Respondeat Superior"* dalam arti rumah sakit bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan bawahannya baik sebagai status tetap mapun tidak, kecuali bagi mereka yang menjalankan tugas profesi sebagaitamu visitor yang sekarang banyak diselenaggarakan di rumah sakit (Poernomo, 2000:150).

Dalam kasus Bing Vs Thuning, 2 N.Y, 2d 656 tahun 1957 (Soekanto dan Herkutanto, 1989:127) pengadilan New York dalam putusannya menolak doktrin Charitable Community dan menerapkan doktrin Respondeat Superior. Menurut pengadilan doktrin Respondeat Superior didasarkan atas prinsip-prinsip kokoh hukum dan keadilan mengenai tanggung jawab hukum sehingga kekebalan hukum merupakan pengecualian. Sudah sepatutnya bahwa petugas yang menyelenggarakan kepentingan-kepentingan umum berhati-hati. Pengadilan juga menyatakan bahwa sikap hati-hati bukan hanya berkaitan dengan moral, tetapi juga merupakan hukum yang benar. Hal itu harus diterapkan baik terhadap individu maupun terhadap organisasi-organisasi sehingga tidak ada alasan untuk mengecualikan lembaga-lembaga derma seperti rumah sakit dari tanggung jawab itu. Pemberian derma memang merupakan suatu kegiatan mulia, tetapi hal itu tidak boleh dilakukan apabila-sikap hati-hati dilupakan.

Penerapan doktrin respondeat superior mempunyai dua tujuan pokok yaitu:

1. Adanya jaminan bahwa ganti rugi dibayarkan kepada penderita.
2. Mengingatkan bahwa hukum dan keadilan menghendaki sikap tindak hati-hati.

Dengan perkembangan ilmu kesehatan secara pesat, rumah

sakit pun tidak dapat melepaskan diri dari tanggung jawab pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya. Doktrin Charitable Community dalam bidang hukum tidak dapat dipergunakan lagi terhadap tanggung jawab hukum rumah sakit. Harold l. Hirs (Soekanto dan Herkutanto, 1989) menyatakan: *While it was once believed that hospital merely provided facilities for patient to receive medical care, recent advances in medical technology have caused the roles of the physician and the hospital to become so intertwined as to be almost inseparable. As the roles of the physician and the hospital have become more integrated, procedures more and more complex, the chances of error or mistake have increase proportionately.*

Rumah sakit secara institusional bertanggung jawab terhadap segala konsekuensi yang timbul berkenaan dengan pelanggaran terhadap kewajibannya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Merupakan suatu kewajiban rumah sakit untuk tersedianya dan kesiapan tenaga kesehatan, tersedianya sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan serta siap pakai. Selain itu rumah sakit bertanggung jawab atas pemeliharaan segala sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam hal ini tanggung jawab rumah sakit dapat didasarkan pada (Miller, 1996: 326:327):

1. Pelanggaran kewajiban oleh tenaga kesehatan *(a violation by an employee of the employee's duities..)*
2. Pelanggaran kewajiban rumah sakit *(a violation of hospital's duties)*. Rumah sakit bertanggung jawab untuk melengkapi segala peralatan yang diperlukan untuk penegakan diagnosis dan terapi terhadap pasien.

Dengan demikian pelanggaran kewajiban oleh tenaga kesehatan akan melahirkan tanggung jawab tenaga kesehatan, sedang pelanggaran kewajiban rumah sakit akan melahirkan tanggung jawab rumah sakit dalam penyediaan sarana dan fasilitas. Atas dasar ini maka tanggung jawab hukum dalam pelayanan kesehatan pada asasnya dibebankan kepada tenaga kesehatan dan kepada rumah sakit.

Menurut Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 29 menyebutkan kewajiban rumah sakit yaitu:

(1). Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban:

a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
b. Memberi pelayanan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya
e. Menyediakan sarana dan pelayanan sesuai bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis,pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayanai pasien
h. Menyelenggarakan rekam medis
i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui,lanjut usia
j. Melaksanakan sistem rujukan
k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien

n. Melaksanakan etika rumah sakit
o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bahaya
p. Melaksnakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau edokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
r. Menyusun dan melaksanakan peraturan interna rumah sakit *(hospitla bylaws)*
s. Melindungi dan meberkan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan
t. Memberlakukanseluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

(2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksudpada ayat (1) dikenakan sanksi admnistratif berupa:
a. Teguran
b. Teguan tertulis, atau
c. Denda atau pencabutan izin rumah sakit

Pasal 30 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan:

(1) Setiap rumah sakit berhak:
a. Menentukan jumlah,jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan kelasifikasi rumah sakit
b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan renumerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan
d. Meneriam bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
e. Mengugat pihak yang mengakibatkan kerugian
f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melak-

sanaan pelayanan kesehatan

g. Mempromosikan pelayanan kesehatan yang ada dirumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan
h. Mendapatkan insenti pajak bagi rumah sakit publik danrumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

Selanjut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit menetapkan kewajiban dan hak pasien. Pasal 31 undang-undang inimeyebutkan bahwa:

(1) Setiap pasien mempunyai kewajiban terhadap rumah sakit atas pelayanan yang diterimanya

Kewajiban pasien ini antara lain mematuhi ketentuan yang berlaku di rumah sakit, memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima sesuai dengan ketentuan yang berlaku, memberikan infomasi yang lengkap dan jujur tentang maslah kesehatannya kepada tenaga kesehatan di rumah sakit, dan mematuhi kesepakatan dengan rumah sakit.

Pasal 32 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit menetapkan setiap pasien mempunyai hak:

a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit
b. Memperoleh informasi tentang hak kewajiban pasien
c. Memperoleh pelayanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi operasional dan standar prosedur operasional
e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan didapatkan
g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan ke-

inginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit

h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit
i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
j. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan endis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama di dalamperawatn di rumah sakit
o. Mengajukan usul, saran, perbakan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya
p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
q. Menggugat dan/atu menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tdak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana dan
r. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perauran perundang-undangan

Perihal keselamatan pasien dalam Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 dalam Pasal 133 disebutkan:

(1) Rumah sakit wajib menerapkan stándar keselamatan pasien

(2) Stándar keselamatan pasien sebagaimana diamksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganlisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

Dalam Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 selain keselamatan pasien juga diatur tentang perlindungan hukum dan tanggung jawab hukum rumah sakit. Perlindungan hukum rumah sakit disebutkan dalam Pasal 44 yaitu:

(1) Rumah sakit dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran
(2) Pasien dan/atau keluarga yang menuntut rumah sakit dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum
(3) Penginformasian kepada media massa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memberikan kewenangan kepada rumah sakit untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab rumah sakit.

Pasal 45 Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 menyebutkan:

(1) Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarga menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif
(2) Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.

Tanggung jawab hukum rumah sakit diatur dalam Pasal 46 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan "Rumah sakit bertanggungjawb secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan oleh kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit". Kalau dicermati pasal ini menunjukan bahwa semua kerugian yang

ditanggung rumah sakit karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena kelalaiannya. Tindakan tenaga kesehatan yang dapat dipertanggung jawabkan oleh rumah sakit adalah semua tindakan tenaga kesehatan yang baik yang memperatasnamakan maupun tanpa memperatasnamakan rumah sakit.

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pasal 14 jo pasal 16 disebutkan pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajad kesehatan masyarakat. Tanggung jawab pemerintah ini meliputi tugas mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan. Sesuai dengan ketentuan tersebut, pemerintah mengatur upaya kesehatan maupun sumber daya kesehatan.

Sumberdaya kesehatan khususnya tenaga kesehatan dan sarana kesehatan berperan dalam pelaksanaan kesehatan. Pelaksananan pelayanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh kesiapan dan ketersediaan tenaga kesehatan dalam hal ini dokter dan perawat. Kesiapan dokter dan perawat dalam menjalankan tugas di bidang pelayanan kesehatan sebagaimana telah dikemukakan berkaitan dengan kewenangan yang dimiliki oleh dokter dan perawat tersebut. Pelaksanaan wewenang yang dimiliki itu akan melahirkan tanggung jawab atas pelaksanaan tersebut. Karena itu tanggung jawab hukum tenaga kesehatan dalam hal ini dokter dan perawat dimaksudkan kesiapannya dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan yang dibebankan kepadanya.

Pelaksanaan tugas tenaga kesehatan pada prinsipnya didasarkan pada hubungan hukum kedua tenaga kesehatan dengan pasien. Hubungan hukum antara dokter perawat dapat merupakan hubungan rujukan (penyerahan kewenangan), di mana tenaga kesehatan melakukan tindakan sesuai dengan keputusannya. Hubungan delegasi (pelimpahan kewenangan) di mana tenaga kesehatan dapat mengambil kebijakan

sendiri, tetapi melakukan tidak sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan oleh dokternya. Sedangkan hubungan antara dokter dan perawat dengan pasien didasarkan pada prinsip kepercayaan dan kerahasiaaan. Prinsip hubungan kepercayaan menunjukkan adanya kepercayaan pasien kepada dokter bahwa dokter tahu penyakitnya dan tahu tentang obat yang digunakan untuk menyembuhkan penyakit tersebut, sedangkan prinsip kepercayaan menunjukkan bahwa bahwa segala informasi yang telah diberikan oleh pasien kepada dokter berkaitan dengan sakit dan penyakitnya tidak akan diungkapkan kepada orang lain kecuali atas persetujuan pasien atau dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tanggung jawab dokter apabila yang menjalankan tugasnya di rumah sakit pemerintah, maka pemerintah (dalam hal ini sebagai atasannya) ikut bertanggung jawab. Pertanggung jawaban atasan atas perbuatan dokter menurut Dalmy Iskandar (1998) didasarkan pada pertimbangan bahwa dokter tersebut bekerja untuk dan atas nama rumah sakit yang bersangkutan, serta dalam melaksanakan pekerjaanya terikat kepada peraturan kerja yang ada pada rumah sakit tersebut.

Freidom, Mechanic, dan Cockerham dalam Benyamin Lumenta (1987) melihat pelaksanaan pelayanan kesehatan tidak terlepas dari tiga komponen utama dari sistem pelayanan kesehatan yaitu ketenagakerjaan yang meliputi tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan dan lain-lain), fasilitas yang meliputi semua lokasi fisik yang melayani pasien atau menunjang pelayanan pasien seperti apotik dan laboratorium. fasilitas dasar yang utama ialah rumah sakit termasuk semua perangkatnya seperti laboratorium, ruangan pendidikan dsb. Komponen ketiga adalah teknologi meliputi setiap perangkat pelaksanaan yang penting bagi penegekan masalah kesehatan, penanganannya, bahkan pencegahannya.

Dokter dan perawat yang bekerja di rumah sakit

pemerintah sebagaimana telah dikemukakan merupakan karyawan yang digaji oleh suatu rumah sakit tersebut adalah pegawai negeri Pegawai negeri yang merupakan aparat negara yang melaksanakan hak dan kewajiban, bukan hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban negara sebagai subyek hukum. Hak dan kewajiban tersebut bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban negara sebagai badan hukum publik.

Sebab itu dokter yang bekerja pada rumah sakit pemerintah melaksanakan hak dan kewajiban bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban rumah sakit sebagai badan hukum publik. Karena itu tanggung jawab dari semua tindakan yang bersumber dari hak dan kewajiban menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Secara umum kesalahan/kelalaian dapat dipersalahkan kepada rumah sakit sebagai badan hukum yakni:

a. Bila terdapat keputusan/instruksi dari pengurus memberikan tugas-tugasnya dan sebagai akibat dari keputusan mengakibatkan terjadinya kasus.
b. Bila tidak ada keputusan/instruksi dari pengurus, maka kesalahan /kelalaian tersebut dapat dipersalahkan kepada Direktur rumah sakit, asalkan dapat dibuktikan bahwa ia telah melampaui batas wewenang yang diberikan kepadanya. Atau bahwa ia telah melakukan suatu kesalahan kasar yang seharusnya diketahui dan tidak dilakukannya.
c. Pengurus juga dapat dipersalahkan apabila ia mengetahui, namun tidak mencegahnya, bahkan telah menerima baik tindakan yang mengandung unsur kesalahan/kelalaian tersebut.
d. Apabila sebuah rumah sakit melakukan percobaan-percobaan yang bertentangan dengan hukum maka rumah sakit dapat dmintai pertangggungjawabannya secara

pidana.

e. Rumah sakit (Direktur) dalam hal-hal tertentu dapat dimintakan pertanggung jawaban secara pidana apabila ia dalam memerintahkan sesuatu tahu atau seharusnya mengetahui bahwa instruksi tersebut mengandung suatu risiko yang serius bagi pihak ketiga. Namun tentunya kesemuanya ini harus diteliti kasusnya.

Tanggung jawab rumah sakit dilandaskan pada hukum dan peraturan perundang-undangan rumah sakit yang berlaku di Indonesia. Hukum rumah sakit ini meliputi kaidah-kaidah hukum tentang perumah sakitan dan pemberian pelayanan di dalam rumah sakit oleh tenaga kesehatan serta akibat-akibat hukumnya (Guwandi, 1991). Dengan demikian tanggung jawab rumah sakit tidak terlepas dari hubungan antara pasien, tenaga kesehatan, dan rumah sakit.

Rumah sakit merupakan organ yang mempunyai kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum. Hukum yang telah menjadikan rumah sakit sebagai *"Recht Person"* dan oleh karena itu rumah sakit juga dibebani dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya. Sebaliknya perlu pula dipahami bahwa rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya dapat terdistribusi kepada tenaga kesehatan yang ada di dalam rumah sakit.

Selain daripada itu pada suatu rumah saki terdapat banyak hal yang diputuskan dalam masing-masing tingkat atau bidang. Masing-masing bidang dapat mempengaruhi berhasil tidaknya pemberian pelayanan kesehatan. Secara umum dikatakan terdapat suatu multi-management dalam memberikan pelayanan kesehatan. Faktor itikad baik dan unsur kepercayaan sangat menentukan keberhasilan pelayanan. Dalam hal ini segala sesuatu di rumah sakit tergantung kepada pelakunya.

Lebih dari itu banyak terdapat pendelegasian wewenang dalam pelaksanaan tugas di rumah sakit. Karena itu dalam garis besarnya tanggung jawab rumah sakit jika dilihat dari sudut pelakunya dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan:

a. Tanggung jawab bidang rumah sakit, penanggungjawabnya adalah kepala rumah sakit.
b. Tanggung jawab bidang medik penaggungjawabnya adalah masing-masing tenaga medik di rumah sakit tersebut.
c. Tanggung jawab bidang keperawatan, penanggungjawabnya adalah masing-masing perawat, bidan dan para medik non perawatan di rumah sakit tersebut.

Namun dalam suatu rumah sakit pucuk pimpinan dan tanggung jawab terletak pada kepala rumah sakit yang melakukan manajemen, sehingga sesuatu yang terjadi menimbulkan kerugian pada pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, maka yang bertanggung jawab adalah pihak rumah sakit. Sekali pelayanan kesehatan telah mulai diberikan oleh rumah sakit maka kewajiban utnuk menghindari terjadinya kerugian pada pasien dan kewajiban utnuk mengambil langkah-langkah untuk perlindungan pasien tersebut (Wing, 1989).

Dalam kaitan dengan pertanggung jawaban pekerjaan atau profesi maka tuntutan hukum bukan terhadap dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menimbulkan kerugian pasien, tetapi juga terhadap rumah sakit.

Dari sudut rumah sakit, maka tanggung jawab rumah sakit meliputi tiga hal sebagai berikut (a) tanggung jawab berkaitan dengan personalia (b)tanggung jawab yang menyangkut sarana dan peralatan (c)tanggung jawab yang menyangkut kewajiban memberikan pelayanan kesehatan.

Tanggung jawab rumah sakit yang berkaitan dengan personalia di mana rumah sakit mempekerjakan tenaga kesehatan baik berupa tenaga tetap maupun tenaga tidak tetap utnuk menghasilkan jasa pelayanan kesehatan sehingga terjalin

hubungan majikan bawahan. Dari tanggung jawab rumah sakit berkaitan dengan personalia melahirkan doktrin tanggung jawab.

Tanggung jawab rumah sakit yang menyangkut sarana dan peralatan dapat dibedakan atas tanggung jawab penyediaan sarana perhotelan seperti penyediaan kamar-kamar lengkap dengan temapt tidur, kasue sperei, bantal, penerangan, air, fasilitas pencucian, dapur penyediaan makan apsien dan lain-lain. Selain itu tanggung jawab penyediaan peralatan perumah-sakitan seperti kamar bedah lengkap dengan peralatannya, peralatan rontgen, kamar bersalin, poliklinik, UGD dan alin-lain dan peralatan lainnya sesuai dengan tipe atau kelas rumah sakit tersebut.

Jadi selain tanggung jawab rumah sakit dalam hal sarana dan fasilitas adalah selain melengkapinya sesuai tipe atau kelas rumah sakit juga peralatan tersebut harus dalam keadaan siap pakai. Karena setiap keterlambatan dalam penyediaannya pada detik-detik kritis akan bisa membawa akibat fatal dan bahkan sampai kepada penuntutan hukum.

Dengan demikian jika dalam suatu tindakan operasi tiba-tiba terjadi pemadaman lampu PLN misalnya, maka rumah sakit bertanggung jawab atas semua kemampuan dan ketersediaan peralatan perumahsakitan. Sehingga kejadian ini tidak dikatakan sebagai suatu kecelakaan medik belaka jika terjadi sesuatu pada pasien akibat pemadaman lampu tersebut. Dalam kasus Arrondissementsrechtbank Leuwarden, 23 Desember 1987, rumah sakit dijatuhi denda F.25.000 karena dianggap bersalah tidak cukup hati-hati dalam usaha pengamanan alat narkose yang dipakai di rumah sakit. Rumah sakit juga diper-salahkan tidak melakukan manajemen yang baik, karena keliru menyambung saluran nippel N_2O yang tertukar dengan saluran nippel O_2 sehingga berakibat fatal. Dokternya dijatuhi hukuman bersyarat 6 bulan karena dipersalahkan memakai alat

narkose yang rusak sehingga menyebabkan pasien meninggal dunia.

Dalam perspektif hukum kesehatan Indonesia berkaitan dengan sarana dan fasilitas Pengadilan Negeri Bengkulu memutuskan dr. Dicky R. Effendi dan dr. Dody Sujono tidak terbukti melakukan perbuatan melanggar hukum karena bukan tanggung jawab keduanya membeli gas yang dipakai untuk pembiusan sebelum operasi dilakukan. Sehingga walaupun Arif Budiaanto dan Syaifuddin tewas pada bulan Maret 2002 karena keracunan CO_2 mestinya pembiusan dengan gas N_2O. Dengan diputuskan bebas, hakim memerintahkan kehormatan kedua dokter itu dipulihkan. (Kompas 25 Juli, 2002).

Tanggung jawab rumah sakit berkaitan dengan kewajiban memberikan perawatan *(duty of care)* di sini hukum menuntut agar semua orang menjalankan urusan pribadi dan melakukan kegiatan profesinya harus dengan wajar. Harus dijaga agar orang lain tidak sampai menderita kerugian atau cedera yang tidak perlu. Seorang dokter dianggap bertanggung jawab terhadap kesalahan profesi apabila sikap dan tindakannya tidak menurut standar profesi sehingga pasien sampai menderita ceder atau meninggal dunia Demikian pula rumah sakit dianggap bertanggung-jawab apabila kewajiban memberikan pelayanan yang baik tidak sesuai dengan standar pelayanan medis rumah sakit tersebut. Contoh kasus untuk tanggung jawab berdasarkan kewajiban telah kami kemukakan di atas.

Dengan demikian suatu ketentuan bahwa rumah sakit yang mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien harus dijaga agar fungsi tersebut dijalankan. Pasal 42 ayat (3) Undang-Undang No. 44 tentang Rumah Sakit menyatakan " Setiap Rumah sakit mempunyai kewajiban merujuk pasien yang memerlukan pelayanan di luar kemampuan pelayanan rumah sakit. Dalam Pasal 43 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan:

(1) Rumah Sakit wajiba menerapkan standar keselamatan pasien
(2) Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisis, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.profesi medik para dokter
(3) Rumah Sakit melaporkan kegaiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri
(4) Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonym danj ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien

Menurut kode etik rumah sakit, beberapa kewajiban rumah sakit yaitu:

a. Kewajiban terhadap umum

Rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya. Pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan pada dasarnya merupakan penyelenggaraan pelayanan secara menyeluruh, yang satu dengan yang lain terkait erat sedemikian rupa, sehingga terlaksana pelayanan rumah sakit, yang:

a. Setiap saat memberikan pelayanan.
b. Beranjak dari pendirian dan pandangan bahwa manusia adalah salh satu kesatuan psiko-sosio-somati.
c. Memberi layanan kepada pasien selaku konsumen yang dewasa dan mengakui dan menghormati sepenuhnya hak haknya.
d. Menjamin diberikannya mutu pelayanan teknik medik yang menunjukkan kemampuan dan keterampilan. Sehubung dengan itu, perlu dilakukan berbagai

tindakan pengwasan dan pengamanannya.

e. Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan yang manusiawi dan dilakukan dengan dedikasi tinggi serta penuh kehati hatian.

f. Diselenggarakan sebagai sebuah lembaga sosial ekonomi unutk kepentingan seluruh rakyat yang pada haklikatnya merupakan sumber pembiayaan proses pelayanan rumah sakit dan oleh karena itu tidak diperkenankan mendahulukan dan mengutamakan hal ihwal yang menyangkut biaya dari layanan, khususnya dalam menghadapi kasus gawat darurat.

b. Kewajiban terhadap masyarakat

Rumah sakit harus senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya pada harapan dan kebutuhan sayarakat setempat.Kebijaksanaan pelayanan rumah sakit harus senantiasa berorientasi kepada kebutuhan masyarakat setempat, dengan memperhatikan antara lain tingkat sosial ekonomi masayrakat, tingkat pendidikan, budaya masyarakat, komposisis penduduk, pola penyakit, dan sebagainya

c. Kewajiban terhadap penderita

Rumah sakit harus mengindahkan hak hak asasi pasien. Hak asasi pasien adalah hak-hak yang sangat fundamental yang dimiliki pasien sebagai seorang makhluk Tuhan, terutama yang menyangkut hak-hak yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit yang dalam hal ini ada 2 (dua) hak dasar pasien yaitu:

1. Hak untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan dan asuhan keperawatan yang bermutu, sesuai dengan standar profesi kedokteran dan standar profesi keperawatan.
2. Hak untuk menentukan nasib sendiri.

Dari kedua hak dasar di atas dapat diturunkan hak-hak

pasien lainnya seperti hak untuk memperoleh informasi mengenai Kesehatan/penyakitnya, hak untuk memilih rumah sakit, hak untuk memilih dokter, hak untuk memilih pendapat dokter lain (second opinion), hak atas privacy dan hak atas kerahasiaan pribadinya, hak untuk menyetujui atau menolak tindakan atau pengobatan yang kan dilakukan oleh dokter, dan lain-lain kecuali yang dianggap bertentangan dengan undang-undang, dengan nilai-nilai agama, moral dan dengan nilai-nilai Pancasila,seperti tindakan euthanasia, aborsi tanpa indikasi medik dan lain sebagainya tidak bisa dibenarkan.

d. Kewajiban terhadap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit.

   Rumah sakit harus menjamin agar pimpinan, staf, dan karyawannya senantiasa mematuhi etika profesi masing masing. Tugas penting rumah sakit adalah membina iklim manajerial yang kondusif bagi pendidikan dan pelatihan kepribadian karyawan. Rumah sakit harus mengadakan seleksi tenaga staf dokter, perawat dan tenaga lainya berdasrkan nilai, norma, dan standar ketenagaan. Rumah sakit harus menjamin agar koordinasi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat tepelihara. Rumah sakit harus memberi kesempatan kepad seluruh tenaga rumah sakit unutk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilannya.

e. Kewajiban terhadap lembaga terkait

   Rumah sakit harus memelihara hubugan yang baik dengan pemilik berdasarkan nilai-nilai dan etika yang berlaku di masyarakat Indonesia

Kembali pada tanggung jawab berkaitan dengan personalia di atas dalam praktiknya pembagian tanggung jawab seperti diuraikan di atas tidak sesederhana itu. Karena dalam hal pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit terhadap pasien, ketiga

penanggungjawab dari sudut pelaku, masing–masing melakukan pelayanan yang berkaitan. Sehingga sulit memilah–milah secara tegas pertanggung jawaban masing–masing hak. Sehubungan dengan kesulitan ini maka tanggung jawab rumah sakit didasarkan pada doktrin-doktrin sebagai berikut:

1. **Vicarious Liability (Respondet Superior, Let master Answer, Captain of the Ship).**

   Prinsip utama tanggung jawab ini adalah atasanlah yang bertanggung jawab atas semua kerugian yang ditimbulkan oleh bawahan. Rumah sakit bertindak sebagai atasan dari staf rumah sakit yang bertindak sebagai bawahan. Kriteria inti dari bawahan menurut Keputusan Hoge Raad (Mahkamah agung Belanda) tertanggal 28 Desember 1899 dinyatakan bawahan adalah pihak-pihak yang tidak dapat bertindak secara sendiri dalam hubungan dengan atasannya karena memerlukan pengawasan atau petunjuk-ptunjuk tertentu.

   Dengan demikian rumah sakit sebagai atasan mempunyai tanggung jawab perdata yang sangat luas. Dalam hal dokter bekerja tidak dalam kaitan langsung untuk dan atas nama rumah sakit (termasuk juga dokter, karyawan untuk pasien pribadinya) dianggap bertanggung jawab atas segala kesalahan staf maupun perawat bedahnya. Sebab dalam hal demikian perawat tersebut dianggap telah dipijamkan kepada sang dokter, sehingga kesalahan yang dilakukan staf maupun perawat beralih kepada sang dokter Jika penanganan pasien secara tim, maka pertanggung jawaban atas kesalahan dibebankan kepada masing-masing ahli sesuai keahliannya (Wiradharma, 1996).

   Dalam kasus Nuboer, operasi terhadap pasien yang kemudian ternyata tertinggal jarum dalam perut pasien. Nuboer bekerja dengan ahli–ahli lain. Pasien menuntut Nuboer atas dasar perbuatan melanggar hukum (pasal 1365 KUH Perdata). Nuboer menyatakan bahwa ia harus berpacu dengan

waktu dan hanya punya waktu 6-7 menit untuk bekerja dengan penuh konsentrasi, sehingga tidak mungkin lagi ia mengawasi teman sejawatnya satu persatu. Mahkamah Agung (Hoge Raad) tanggal 11 Maret 1968 menyatakan bahwa kasus ini ditangani oleh suatu tim di mana masing-masing anggota berkualifikasi dan bertanggung jawab, sehingga mereka tidak bisa dianggap sebagai bawahan Prof. Nuboer. Penerapan doktrin respondent superior mempunyai dua tujuan pokok (Soekanto, 1987) yaitu:

a. Adanya jaminan bahwa ganti rugi dibayarkan kepada pasien
b. Mengingatkan bahwa hukum dan keadilan mengambil sikap tindak hati-hati.

2. **Coorporate Liability (Hospital Liability)**

Menurut doktrin ini rumah sakit bertanggung-jawab atas semua kejadian atau peristiwa di dalam rumah sakit. Dalam hal kesalahan seorang dokter, maka tanggung jawab akan diambil alih oleh rumah sakit. Pihak rumah sakit kemudian mempergunakan hak regresnya untuk meminta ganti rugi kepada dokter yang melakukan kesalahan tersebut. Untuk itu rumah sakit berhak melakukan penyelidikan dengan memanggil piak yang mungkin terkait dengan kejadian dalam rumah sakit.

3. **Onstensible Agency.**

Dalam doktrin ini dianut bahwa sebuah rumah sakit telah memperlakukan dokter sedemikian rupa sehingga menimbulkan kesan bahwa ia adalah dokter tetap rumah sakit, maka rumah sakit dianggap ikut bertanggung jawab atas tindakan dokter tersebut. Doktrin ini tidak berlaku bila pihak wajar seharusnya mengetahui bahwa dokter tersebut bukanlah dokter tetap rumah rumah sakit (Herkutanto dan Effendi, 1995).

4. **Strict Liability**

Dalam doktrin ini dianut bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas semua kejadian terlepas dari kesalahan rumah sakit

tersebut. Di sini berlaku asas *"Res Ipsa Laquitor" (The thing speaks for itself)* yaitu fakta telah berbicara sendiri.

Dari keempat jenis tangungjawab rumah sakit di atas maka tanggung jawab hukum yang dianut di Indonesia yaitu jenis tanggung jawab rumah sakit Coorporate Liability sebagaimana Pasal 46 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan "Rumah sakit bertanggungjawb secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan oleh kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit". Kalau dicermati pasal ini menunjukan bahwa semua kerugian yang ditanggung rumah sakit karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena kelalaiannya..

Hal ini mengingat Kode Etik Perumahsakitan Indonesia Kepmenkes RI No.924/Menkes/SK/Per/XII/1986 tentang Berlakunya Kode Etik Rumah Sakit Indonesia bagi rumah sakit di seluruh Indonesia**.** Bab I Kepmenkes ini menetapkan bahwa rumah sakit sebagai suatu institusi harus mentaati Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian di rumah sakit (koersif penulis), memberikan pelayanan yang baik, memberikan pertolongan emergency tanpa mengharuskan pembayaran uang muka terlebih dahulu, memelihara peralatan dengan baik dan agar selalu siap pakai, dan merujuk kepada rumah sakit lain jika tidak tersedianya peralatan atau tenaga spesialis yang dibutuhkan oleh pasien.

Selanjutnya dalam Bab III menyatakan bahwa rumah sakit harus mengindahkan hak-hak pasien, memberikan penjelasan apa yang diderita pasien dan tindakan apa yang hendak dilakukan, meminta persetujuan pasien *(informed consent)* sebelum melakukan tindakan medik, mengindahkan hak pribadi (privacy) pasien dan menjaga rahasia pasien.

Dalam KODERSI tahun 2000 disebut Rumah sakit harus dapat mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua

kejadian di rumah sakit. Tanggung jawab rumah sakit meliputi tanggung jawab umum. dan tanggung jawab khusus yang meliputi tanggung jawab hukum, etik dan tata tertib atau disiplin. Tanggung jawab rumah sakit merupakan kewajiban pimpinan rumah sakit menjawab pertanyaan mengenai permasalahan permasa-lahan peristiwa, kejadian dan keadaan di rumah sakit. Tanggung jawab khusus muncul jika ada anggapan bahwa rumah sakit telah melanggar kaidah kaidah, baik dalam bidang hukum, etik, maupun tata tertib atau disiplin.

Pertanggung jawaban rumah sakit pada semua kejadian yang timbul dalam rumah sakit sesungguhnya dianut dengan pertimbangan bahwa lebih menjamin kepastian hukum terutama jika tuntutan hukum dari pasien dan atau keluarganya atas pelayanan selama menjalani pengobatan dan perawatan yang berhubungan dengan subjek gugatan. Sehingga kesulitan pasien dan atau keluarganya dalam menentukan tergugat apakah menggugat dokter atau rumah sakit dapat teratasi. Kedua, adanya hak regres dari rumah sakit yaitu hak untuk menunutu kemablai pihak-pihak yang dianggap bersalah atas timbulnya kejadian yang mendatangkan kerugian pada pasien dan atau kelurganya.

Dokter yang dituntut ganti rugi berdasarkan kesalahan dapat membela diri dengan mengajukan beberapa alasan:

1. Adanya keadaan yang memaksa (overmacht/force majeur)
2. Pasien sendiri telah lalai (exceptio non adimpleti contractus)
3. Pasien ditolong dalam keadaan darurat.
4. Pasien telah melepaskan tuntutannya atas ganti rugi (waver right)
5. Peraturan mengenai jangka waktu menuntut telah lewat
6. Workmen's compensation.

Selain itu di bidang medik terdapat beberapa dasar peniadaaan kesalahan yaitu:

1. Risiko pengobatan (risk of treatment) meliputi: risiko yang

melekat *(inherent risk)* reaksi alergik, komplikasi dalam tubuh pasien.

2. Kecelakaan medik *(medical accident)*
3. Kekeliruan penilaian medik *(non-negligent error of judgement)*
4. Volenti non fit injuria
5. Contributory negligence.

Seorang dokter dapat dikatakan telah melakukan kesalahan jika telah menyimpang dari kewajiban berdasarkan persetujuan tindakan medik dan Standar Pelayanan Medik. Adapun standar pelayanan medik menurut Leenen (Achdiat, 1993: 56) yaitu,bekerja dengan teliti dan hati-hati, sesuai dengan ukuran medik, sesuai dengan kemampuan rata-rata dibanding dokter dari kategori keahlian medik yang sama,dalam situasi dan kondisi yang seimbang, dengan sarana dan upaya yang memenuhi perbandingan wajar dibanding dengan tujuan konkrit tindakan medik tersebut.

Adanya dasar peniadaan hukuman, tidak berarti bahwa secara yuridis dokter tidak dapat diajukan ke pengadilan baik tuntutan pidana maupun perdata berdasarkan adanya risiko pengobatan, kecelakaan medik dan lain-lain (Ameln, 1991), melainkan harus semuanya dikembalikan kepada pembuktian tentang standar pelayanan medik (SPM) dan persetujuan tindakan medik *(informed consent)* Pemenuhan terhadap adanya indikasi medik, standar pelayanan medik dan persetujuan tindakan medik merupakan ketentuan untuk meniadakan sifat bertentangan dengan hukum dari suatu tindakan medik.

C. Hospital Bylaw

Istilah Hospital Bylaw itu terdiri dari dua kata 'Hospital' dan 'Bylaw'. Kata 'Hospital' mungkin sudah cukup familiar bagi kita, yang berarti rumah sakit. Sementara kata 'Bylaw' terdapat beberapa definisi yang dikemukakan para ahli. Menurut The

Oxford Illustrated Dictionary: *Bylaw is regulation made by local authority or corporation*. Pengertian lainnya, *Bylaws means a set of laws or rules formally adopted internally by a faculty, organization, or specified group of persons to govern internal functions or practices within that group, facility, or organization* (Guwandi, 2004). Dengan demikian, pengertian Bylaw tersebut dapat disimpulkan sebagai peraturan dan ketentuan yang dibuat suatu organisasi atau perkumpulan untuk mengatur para anggota-anggotanya. Keberadaan Hospital Bylaw memegang peranan penting sebagai tata tertib dan menjamin kepastian hukum di rumah sakit. Ia adalah 'rules of the game' dari dan dalam manajemen rumah sakit.

Ada beberapa ciri dan sifat Hospital Bylaw yaitu *pertama, tailor-made*. Hal ini berarti bahwa isi, substansi, dan rumusan rinci Hospital Bylaw tidaklah mesti sama. Hal ini disebabkan oleh karena tiap rumah sakit memiliki latar belakang, maksud, tujuan, kepemilikan, situasi, dan kondisi yang berbeda. Adapun ciri *kedua,* Hospital Bylaw dapat berfungsi sebagai 'perpanjangan tangan hukum'. Fungsi hukum adalah membuat peraturan-peraturan yang bersifat umum dan yang berlaku secara umum dalam berbagai hal. Sedangkan kasus-kasus hukum kedokteran dan rumah sakit bersifat kasuistis. Dengan demikian, maka peraturan perundang-undangannya masih harus ditafsirkan lagi dengan peraturan yang lebih rinci, yaitu Hospital Bylaw.

Sebagaimana diketahui, hampir tidak ada kasus kedokteran yang persis sama, karena sangat tergantung kepada situasi dan kondisi pasien, seperti kegawatannya, tingkat penyakitnya, umur, daya tahan tubuh, komplikasi penyakitnya, lama pengobatan yang sudah dilakukan, dan sebagainya. *Ketiga,* Hospital Bylaw mengatur bidang yang berkaitan dengan seluruh manajemen rumah sakit meliputi administrasi, medik, perawatan, pasien, dokter, karyawan, dan lain-lain. *Keempat,* rumusan Hospital Bylaw harus tegas, jelas, dan terperinci. Hospital Bylaw tidak membuka peluang untuk ditafsirkan lagi secara individual. Kelima, Hospital Bylaw harus

bersifat sistematis dan berjenjang.

Hospital Bylaw merupakan materi muatan pengaturan dapat meliputi antara lain: tata tertib rawat inap pasien, identitas pasien, hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, informed consent, rekam medik, visum et repertum, wajib simpan rahasia kedokteran, komite medik, panitia etik kedokteran, panitia etika rumah sakit, hak akses dokter terhadap fasilitas rumah sakit, persyaratan kerja, jaminan keselamatan dan kesehatan, kontrak kerja dengan tenaga kesehatan dan rekanan. Adapun bentuk HBL dapat merupakan kumpulan dari Peraturan Rumah Sakit, *Standar Operating Procedure* (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan, Pengumuman, Pemberitahuan dan Perjanjian (MOU).

Namun demikian, peraturan internal rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan diatasnya seperti Keputusan Menteri, Keputusan Presiden, Peraturan Pemerintah dan Undang-undang. Dalam bidang kesehatan pengaturan tersebut harus selaras dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan peraturan pelaksanaannya.

Belakangan ini tidak jarang keluhan masyarakat bahwa rumah sakit tidak melayani masyarakat dengan baik. Bahkan beberapa rumah sakit saat ini telah dituntut karena pelayanan yang tidak sesuai harapan. Ini bisa menjadi salah satu indikasi bahwa masih ada rumah sakit yang belum mempunyai aturan rumah sakit yang jelas, sistematis, dan rinci. Karena itu, sesuai prinsip *tailor made* rumah sakit seharusnya mempunyai Hospital Bylaw yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Banyaknya kasus malapraktik di negara ini merupakan salah satu bentuk dari kurang demokratisnya dokter dalam melayani pasien. Tidak dapat disangkal bahwa di negara ini masih banyak rumah sakit yang menerapkan doctor-oriented. Padahal, seharusnya manajemen rumah sakit menetapkan patient-oriented.

Akibat manajemen rumah sakit yang kerap kali ”menganak-emaskan” para dokternya, dalam artian mengelola rumah sakit

berdasarkan keinginan para dokter, telah menjadi bumerang bagi perkembangan rumah sakit di negara ini. Contoh kecil berkembangnya sikap doctor-oriented dapat dilihat dari perekrutan dokter oleh pihak pengelola rumah sakit. Dalam hal ini, pihak manajemen akan mempekerjakan dokter-dokter yang sudah terkenal dan mempunyai pasien tetap.

Secara ekonomis, praktik seperti ini memang menguntungan. Pasien-pasien dokter yang direkrut tersebut akan berpindah ke rumah sakit di mana si dokter berpraktik, selain berpraktik secara pribadi. Padahal, hal seperti ini tidak boleh dilakukan karena dokter dengan kemampuannya yang terbatas, tidak mungkin bisa menangani begitu banyak pasien. Otak dan tubuh kita perlu istirahat setelah digunakan dalam jangka waktu tertentu. Tapi, hal ini sering diabaikan karena sejumlah dokter lebih mementingkan nilai material yang dapat diraihnya.

Dengan demikian, kepentingan Hospital Bylaw dapat dilihat dari tiga sudut yaitu *pertama,* untuk kepentingan peningkatan mutu pelayanan. Dalam hal ini Hospital Bylaw dapat menjadi instrumen akreditasi rumah sakit. Rumah sakit perlu membuat standar-standar yang berlaku baik untuk tingkat rumah sakit maupun untuk masing-masing pelayanan misalnya pelayanan medis, pelayananan keperawatan, administrasi dan manajemen, rekam medis, pelayanan gawat darurat, dan sebagainya. Standar-standar ini terdiri dari elemen struktur, proses, dan hasil. Adapun elemen struktur meliputi fasilitas fisik, organisasi, sumber daya manusianya, sistem keuangan, peralatan medis dan non-medis, AD/ART, kebijakan, SOP/Protap, dan program. Proses adalah semua pelaksanaan operasional dari staf/unit/bagian rumah sakit kepada pasien/keluarga/masyarakat pengguna jasa rumah sakit tersebut. Hasil (*outcome*) adalah perubahan status kesehatan pasien, perubahan pengetahuan/pemahaman serta perilaku yang mempengaruhi status kesehatannya di masa depan, dan kepuasan pasien.

Kepentingan yang *kedua,* dilihat dari segi hukum Hospital Bylaw dapat menjadi tolak ukur mengenai ada tidaknya suatu kelalaian atau kesalahan di dalam suatu kasus hukum kedokteran. Di dalam Hukum Rumah Sakit pembuktian yang lebih rinci harus terdapat dalam Hospital Bylaw. *Ketiga,* dilihat dari segi manajemen risiko, maka HBL dapat menjadi alat (*tool*) untuk mencegah timbulnya atau mencegah terulangnya suatu risiko yang merugikan. Dengan demikian, pasien akan semakin terlindungi sesuai prinsip *patient safety*. Hospital Bylaw juga akan memperjelas fungsi dan kedudukan dokter dalam sebuah rumah sakit. Sebagai tenaga medis, dokter dituntut melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Apalagi, berdasarkan strategi WTO pada tahun 2010 Indonesia akan membuka peluang dokter asing untuk berpraktik. Sementara itu, ASEAN bersepakat dua tahu lebih cepat yaitu pada tahun 2008 membuka peluang yang sama untuk tenaga kesehatan. ●

BAGIAN 4

INFORMASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

BAB XIII

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN *(INFORMED CONSENT)*

A. Pendahuluan

Secara historis, masalah informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan konfidensialitas kesehatan telah disebutkan dalam sumpah Hipocrates. Disitu tertulis "Apa yang saya lihat atau dengar selama perawatan atau bahkan di luar perawatan menyangkut kehidupan manusia, yang tidak boleh di bawah ke luar, akan saya jaga kerahasiaannya, dengan menganggap sebagai hal yang memalukan jika saya membicarakannya".

Dalam Piagam Hak-Hak Pasien (Patient's Bill of Right) yang dikeluarkan oleh Ikatan Rumah Sakit Amerika pada tahun 1973 terdapat ketentuan: "Pasien mempunyai hak untuk mengharapkan agar semua informasi dan catatan yang menyangkut perawatannya diperlakukan sebagai rahasia".

Berdasarkan hal ini dapat dikatakan bahwa antara pasien dan tenaga kesehatan selain terdapat hubungan yang bersifat kepercayaan yang dilandasi dengan hubungan yang bersifat rahasia.

Informasi kesehatan merupakan salah satu hak pasien yang

menjadi prasyarat terwujudnya hak untuk memelihara kesehatan *(the right to health care)* dan hak untuk menentukan nasib sendiri *(the right to self determination)*. Informasi ini bersifat konfindensial sebagai refleksi dari hubngan kerahsiaan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien.

Dalam pergaulan sehari-hari dalam masyarakat, suatu informasi disebut konfidenssial apabila dalam penyampaiannya bertujuan:

1. Untuk mendapatkan cara berkomunikasi, apabila informasi itu menyangkut hal-hal yang sensitif antara dua orang yang mempunyai hubungan khusus.
2. Agar orang-orang yang tidak berhak untuk mengetahui komunikasi konfidensial itu benar-benar tidak mungkin memperolehnya.

Prinsip konfidensialitas kesehatan ini harus tetap dijaga dan dijamin kerahasiaannya. Ada dua alasan untuk menjaga konfidensialitas kesehatan yaitu:

1. Dalam perspektif utilitaristis yang mengacu ke konsekuensi yang mungkin timbul dalam jangka panjang. Tanpa konfidensialitas maka hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien sangat terganggu. Dengan jaminan konfidensialitas kesehatan maka seorang pasien akan membeberkan seluruh gejala dan sebab penyakitnya, tanpa rasa takut bahwa suatu kondisi yang memalukan akan diketahui oleh umum.
2. Bersifat non utilitaristis yang melihat perlunya penghormatan terhadap hak-hak pribadi, karena hak atas suatu wilayah kehidupan yang bersifat pribadi merupakan hak–hak asasi manusia.

B. Hak Atas Informasi Kesehatan

Hak atas informasi kesehatan pada dasarnya dapat dibagi (Koeswadji,1984) atas:

1. Hak Atas Informasi Berdasarkan Hak Asasi Manusia

Apabila hak atas informasi dikaitkan dengan hak asasi manusia, maka hak tersebut merupakan sebagian dari hak pasien dalam pelayanan kesehatan yaitu jasa pelayanan. Adanya hak ini bersumber dari hubungan keperdataan timbul karena adanya suatu perjanjian antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien untuk memberikan pertolongan. Dalam perjanjian itu terkandung beberapa persyaratan, yang apabila persyaratan-persyaratan tidak dipenuhi dapat diajukan gugatan.

Lazimnya persyaratan dalam hubungan perjanjian antara dokter dengan pasien tidak secara eksplisit dituangkan ke dalam persyaratan perjanjian, namun dianggap telah terkandung di dalamnya sesuai dengan etik profesi yang mengikat dokter dalam menjalankan profesi jabatannya. Dalam hubungan tersebut, pengertian informasi pasien merupakan suatu bentuk spesies dari bentuk umum penerangan kepada pasien.

Informasi dalam bentuk penerangan kepada pasien mempunyai pengertian:

a. Segala pengetahuan yang dapat diberikan kepada pasien
b. Bimbingan atau tuntunan untuk menolong pasien dalam menghadapi beban psikis yang mungkin timbul karena perawatan serta akibat-akibatnya.
c. Pendidikan kepada pasien mengenai segala kemungkinan yang terjadi sehingga pasien siap dalam menghadapi dan menyesuaikan dengan keadaan dirinya.
d. Instruksi dalam bentuk tertulis atau lisan, gerakan tangan yang dilakukan pada waktu pemeriksaan dan selama proses penyembuhan.

2. Informasi Kepada Pasien berdasarkan Etika Medis.

Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) berisi antara lain tentang hak dan kewajiban secara umum, terhadap pasien, terhadap teman sejawat, dan terhadap dirinya sendiri. Kode etik

merupakan pedoman perilaku bagi pengemban dan pelaksana medis yang berisikan antara lain syarat-syarat yang diperlukan untuk memberikan batasan tentang apa yang disebut perbuatan benar dan baik dan batasan-batasan untuk sesuatu yang dapat dikatakan baik dan benar.

Dalam Mukadimah KODEKI khususnya alinea pertama dinyatakan bahwa sejak permulaan umat manusia, yang tersurat dikenal adanya hubungan kepercayaan antara dua insan, sang pengobat dan penderita dalam jaman modern disebut sebagai transaksi terapeutik. Dalam transaksi ini kedua belah pihak secara umum terikat oleh syarat-syarat yang telah disepakati, dan bila transaksi itu sudah terjadi, maka kedua belah pihak dibebani hak dan kewajiban yang harus dipenuhi. Dokter dibebani kewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia. Kewajiban ini sering disebut sebagai kewajiban memegang teguh rahasia jabatan yang mempunyai aspek hukum dan tidak bersifat mutlak.

2. Informasi Kepada Pasien Dalam Hukum Pidana

Pada asasnya ada dua dasar yang penting adalam hukum pidana erat berkaitan dengan masalah rahasia kedokteran. Rahasia kedokteran kerapkali menempatkan dokter atau tenaga kesehatan lainnya dalam posisi yang dilematis. Kewajiban untuk tidak mengungkapkan rahasia kedokteran (Pasal 322 KUHP) dan kewajiban memberikan kesaksian (Pasal 179 KUHAP) atau penarikan diri sebagai saksi dan karena itu tidak memberikan informasi sama sekali. Kedua pasal ini menempatkan dokter dalam posisi yang dilemmatis. Pasal 322 KUHP mengharuskan dokter untuk bersikap pasif untuk tidak mengungkap rahasia pasien, sebaliknya pasal 179 KUHAP mengharuskan dokter memberikan informasi.

C. Persetujuan Tindakan Kedokteran (Informed Consent)

1. Sejarah Perkembangan

Dalam satu dasa warsa terakhir ini, dunia pelayanan kesehatan Indonesia seakan-akan "dihentakkan" oleh munculnya berbagai tuntutan hukum dari pasien dan atau keluarganya terhadap tenaga kesehatan. Bermula dari kasus dr. Setianingrum di Pati tahun 1988, sempat dimejahijaukan (Guwandi, tanpa tahun). Lalu kemudian rentetan kasus yang makin gencar, yang dapat ditelusuri dan diketahui perkaranya sampai ke tingkat pengadilan adalah kasus bayi Wong tahun 1983, kasus Siti Aisyah tahun 1985, kasus Andriani tahun 1986, kasus Pluit tahun 1987, dan kasus Chandra tahun 1988 (Guwandi, 1994). Dari sekian kasus tersebut bersumber dari ketidak tahuan atau kesalah pahaman tentang persetujuan tindakan kedokteran (informed consent).

Menurut sejarahnya, sebelum tahun 1981, belum pernah terdengar seorang tenaga kesehatan atau rumah sakit digugat ke pengadilan karena tuntutan seorang pasien dan atau keluarganya. Soalnya, pada waktu itu hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien masih bersifat paternalistik. Sehingga suatu kejadian yang tidak diinginkan, terjadi pada saat pengobatan berlangsung oleh pasien diterima hanya sebagai musibah. Tenaga kesehatan seakan-akan memiliki kekebalan kharismatik (Herkutanto, 1995).

Hubungan tenaga kesehatan khususnya dokter dengan pasien ini diuraikan secara cermat oleh Talcot Parsons, yang menggambarkan posisi pasien yang umumnya pasrah, tidak mengetahui keadaan penyakitnya dan sangat emosional. Sehingga tidak memungkinkan baginya melakukan tindakan yang rasional dalam menghadapi penyakit yang dideritanya (Riyadi, 1993).

Dokter di lain pihak dibolehkan melakukan tindakan apapun yang dianggap perlu untuk menyembuhkan atau mengurangi penderitaan pasiennya. Juga harus mampu melakukan tindakan secara profesional tanpa melihat keuntungan material dari tindakan-

nya tersebut. Dengan kata lain, hubungan dokter pasien umumnya adalah hubungan otokratik yang searah dengan dominasi dokter pada hubungan tersebut. Dalam perspektif sosiologis kedudukan dokter lebih tinggi daripada pasien, maka perannya juga dianggap lebih penting (Soekanto, 1987).

Sebagaimana telah dikemukakan bahwa dengan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran dan semakin pesatnya penemuan-penemuan teknologi di bidang medis menunjukkan peningkatan pelayanan kesehatan. Penggunaan alat-alat canggih seperti *ultra-sonografi* (USG), *computerized tomografi scanning* (CT-Scan), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) telah membantu ketepatan diagnosa. Juga alat-alat kedokteran seperti respirator, heartlung machine, organ transplant yang dapat mencegah kematian seorang pasien secara teknis untuk beberapa hari, minggu, bahkan beberapa bulan, bukan lagi barang asing bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Di samping itu dengan dengan kemajuan yang telah dicapai dalam bidang pelayanan kesehatan tersebut, memengruhi hubungan dokter dan petugas kesehatan lainnya secara perlahan-lahan telah mengalami pelbagai perubahan. Perubahan-perubahan itu oleh Soerjono Soekanto (Karbala,1993) terjadi antara lain karena kepercayaan masyarakat sebagai calon pasien tidak lagi tertuju secara pribadi, akan tetapi pada keampuhan ilmu dan teknologi kesehatan. Masyarakat sekarang ini menganggap bahwa tugas dokter bukan hanya menyembuhkan pasien *(curing)* tetapi tugasnya ditekankan pada perawatan *(caring)*.

Di samping itu pemahaman akan kesehatan dewasa ini juga telah mengalami pergeseran bukan hanya keadaan tanpa penyakit tetapi berarti kesejahteraan fisik, mental, dan sosial. Tingkat kecerdasan masyarakat mengenai kesehatan semakin meningkat serta banyaknya peraturan yang memberikan perlindungan hukum kepada pasien sehingga pasien semakin mengetahui dan memahami hak-haknya dalam hubungannya dengan dokter.

Dengan perkembangan ini, secara yuridis kedudukan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya pada hakekatnya adalah setaraf.Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan misalnya, secara lugas mengubah pola hubungan dokter pasien menjadi hubungan dua arah, di mana dokter dan pasien sekarang sejajar dan bersifat sebagai mitra dalam memecahkan masalah penyakit.

Secara tegas pasal 24 ayat (1)menetapkan bahwa" tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan, standar pelayanan, dan standar prosedur opreasional. Bahkan dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 huruf j disebutkan setiap pasien berhak mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakanmedis,tujuan tindakan medis,alternatif tindakan,risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

Hak informasi adalah penjelasan tentang rencana pemeriksaan diagnosis, pengobatan dan efek samping, serta kemungkinan kegagalan dari tindakan yang akan dilakukan dokter terhadap pasiennya (Wing, 1985). Sedangkan persetujuan adalah pernyataan bahwa pasien menyetujui tindakan tertentu (umumnya operatif) yang akan dilakukan dokter terhadap dirinya. Hak atas informasi dari dokter dan persetujuan oleh pasien ini biasa disebut dengan persetujuan tindakan medik (Gerichte toestemming).

Persetujuan tindakan medik digunakan ketika terjadi hubungan profesional antara dokter dengan pasiennya, khususnya berkaitan dengan usaha memperoleh kesembuhan. Dengan persetujuan tindakan medik antara dokter dan pasien terjalin suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Sebagai suatu perjanjian sudah tentu tidak terlepas dari pelbagai masalah seperti siapakah yang akan dimintai persetujuan jika pasien jauh dari keluarganya sedang pihak pasien sendiri tidak mungkin diharapkan

persetujuan tersebut. Bagaimana andaikata timbul persoalan tentang pemberian persetujuan pada suatu tindakan medik, di mana pasien menyatakan tidak memberikan persetujuan, sedangkan dokter menyatakan sudah mendapatkan persetujuan, kepada siapakah beban pembuktian dikenakan?. Bahkan yang sering menggelisahkan kita bila formulir persetujuan tindakan medik itu terdapat klausula atau syarat eksonerasi yang isinya mengurangi atau menghapuskan tanggung jawab dokter.

2. Dasar Hukum Persetujuan Tindakan Kedokteran

Suatu tindakan operasi tanpa persetujuan pasien dapat dikategorikan sebagai penganiayaan (pasal 351 KUHP) atau seorang ahli anastesi yang membius bisa dikenakan pasal 89 KUHP yaitu membuat orang pingsan atau tidak berdaya disamakan dengan menggunakan kekerasan.

Pada asasnya hubungan antara dokter dengan pasien pada transaksi terapeutik itu bertumpu pada dua macam hak asasi manusia yang dijamin oleh dokumen maupun konvensi ineternasional (Koeswadji, 1992) yaitu hak untuk menentukan nasib sendiri *(the right to self determination)* dan hak untuk mendapatkan informasi *(the right to information)*. Kedua hak ini bertolak dari hak atas perawatan *(the right to health care)*.

Dalam melaksanakan suatu persetujuan, kedua belah pihak yang terikat pasien dan dokter dan tenaga kesehatan lainnya, memiliki hak dan kewajiban masing-masing. Beberapa hak yang dimiliki pasien adalah:

a. Hak memilih dokter dan rumah sakit
b. Hak memperoleh infromasi medis dan persetujuan
c. Hak menolak pengobatan
d. Hak atas rahasia dirinya
e. Hak untuk memutuskan hubungan dengan dokter
f. Hak menerima ganti rugi
g. Hak atas bantuan yuridis

Adapun kewajiban pasien adalah:

a. Kewajiban memberi infromasi yang sebenarnya kepada dokter
b. Kewajiban mematuhi nasihat dokter yang mengobatinya
c. Kewajiban menyimpan rahasia pribadi dokter yang mengobatinya
d. Kewajiban untuk memberikan imbalan/honororium yang pantas
e. Kewajiban untuk mentaati peraturan rumah sakit dan melunaskan biaya rumah sakit

Ada beberapa hak dimiliki dokter antara lain:

a. Hak untuk bekerja menurut standar profesi medis
b. Hak untuk menolak melaksanakan tindakan medis yang tidak dapat dipertanggung jawabkannya secara profesional
c. Hak menolak suatu tindakan medis yang menurut suara hatinya tidak baik
d. Hak mengakhiri hubungan dengan pasien, kecuali dalam keadaan darurat
e. Hak atas privacy dokter
f. Hak atas bantuan yuridis

Sedang kewajiban dokter adalah:

a. Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial pemeriksaan kesehatan
b. Kewajiban yang berhubungan dengan hak pasien
c. Kewajiban yang berhubungan dengan standar profesi dan kewajiban yang timbul dari standar profesi.

Pada hakikatnya persetujuan tindakan medik:

a. Memberikan perlindungan hukum kepada pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pembenarannya yang dilakukan tanpa pemberitahuan pasien. Dengan kata lain perlindungan tersebut terutama diarahkan kepada kemungkinan-kemungkinan bahwa dokter melakukan

kekeliruan karena kelalaian.

b. Memberi perlindungan hukum kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern tidak tanpa risiko dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu risiko (inherent risk). Sehingga kalau dokter telah melakukan tugasnya dengan benar menurut tolok ukur profesional (Standar profesi) maka yang bersangkutan harus mendapat perlindungan hukum.

Dari segi hukum perdata, perjanjian adalah suatu peristiwa di mana seorang berjanji kepada seorang lain atau di mana dua orang itu saling berjanji untuk melaksanakan sesuatu. Dalam bentuknya, perjanjian itu berupa suatu rangkaian perkataan yang mengandung janji-janji atau kesanggupan yang diucapkan atau ditulis. Suatu perjanjian juga dinamakan **persetujuan** (Subekti, 1979).

Dengan demikian setiap persetujuan adalah merupakan perjanjian yang merupakan perbuatan hukum dan olehnya itu diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Pasal 1233 KUH Perdata menegaskan "Tiap-tiap perikatan dilahirkan baik karena persetujuan, maupun karena undang-undang". Dalam hubungan dokter pasien, sang dokter berjanji untuk memberikan "prestasi" berupa tindakan medik yang sebaik-baiknya dan pasien berjanji memberikan informasi secara benar atau mematuhi nasihat doketr dan sebagainya.

Selain diatur dalam KUH Perdata, persetujuan tindakan medik juga diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 56 yang menegaskan:

(1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seliuruh tindakan pertolongan yang diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap

Selanjutnya, dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Pasal 32 huruf j disebutkan "Setiap pasien berhak mendapat informasi yang

meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan".

Peraturan Menteri Kesehatan No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Dalam pasal 1 disebutkan bahwa persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Selanjutnya dalam pasal 2 ayat 1 Permenkes tersebut ditentukan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Persetujuan ini dapat dibuat secara lisan maupun tertulis (ayat 2). Pasal 3 ayat 1 lebih menyatakan bahwa setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis, yang ditanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Dari ketentuan tersebut, ternyata bahwa pada asasnya persetujuan tindakan medik merupakan keharusan. Dokter yang melakukan tindak medik, tanpa ada persetujuan dari pasien atau keluarganya, dapat dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan surat izin praktiknya.

Seorang pasien berhak untuk memberikan atau tidak memberikan persetujuan untuk tindakan medik lain terhadap dirinya. Untuk dapat mengambil keputusan ia memerlukan informasi yang lengkap sehingga dapat mempertimbangkannya. Seorang dokter yang melakukan pembedahan terhadap pasien misalnya tanpa persetujuan dapat dipersalahkan menurut hukum. Berdasarkan pasal 351 KUHP ia dapat dituduh telah melakukan penganiayaan. Dokter ahli bius pun dapat dituntut berdasarkan pasal 89 KUHP sebagai pembantu karena telah melakukan tindak kekerasan, yaitu membuat seorang berada dalam keadaan tak berdaya (onmacht) atau pingsan, termasuk dalam arti ini juga pemberian anastesi. dari segi hukum perdata tindakan seperti berdasarkan pasal 1365 KHU

Perdata dapat digugat karena telah melakukan perbuatan melawan hukum (onrechtmatige daad).

Persetujuan tindakan medik adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien dan atau keluarganya kepada dokter untuk melakukan suatu tindakan medik terhadapnya, sesudah diberikan informasi lengkap dan yang dipahaminya. Timbulnya lembaga ini sebenarnya tidak terlepas dari perjuangan untuk menegakkan hak asasi manusia terutama hak untuk menentukan diri sendiri *(the right to self determination)* dan hak untuk mendapatkan pemeliharaan kesehatan *(the right to health care)*.

Di Amerika Serikat lembaga persetujuan tindakan medik ini berkembang melalui suatu periode dari keputusan-keputusan pengadilan sekitar 1957-1972. Namun, keputusan yang sangat berpengaruh dalam perkembangan lembaga persetujuan tindakan medik ini yakni dalam kasus *"Schoendorff vs Society of New York Hospitals"* tahun 1914. Di dalam kasus tersebut hakim Benyamin Cordozo yang menjadi sangat terkenal telah memutuskan: *Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages.* Jadi setiap orang yang dewasa dan berpikiran sehat berhak untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap dirinya, dan seorang ahli bedah yang melakukan suatu operasi tanpa izin pasiennya telah melakukan pelanggaran untuk mana ia harus mengganti kerugian.

Di Indonesia, doktrin persetujuan tindakan medik (informed consent) diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran yang di dalam pasal 1 disebutkan bahwa persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Di samping Peraturan Menteri Kesehatan tersebut persetujuan tindakan medik juga diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 56 ayat jo pasal 32 huruf j Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.. Bahkan persetujuan tindakan medik ini secara materiel sudah diterima dan secara yuridis sudah berlaku sejak tahun 1981 dalam Peraturan Pemerintah No. 18 Tahun 1981 tentang Bedah Mayat Klinis dan Bedah mayat Anatomis serta Transplantasi Alat dan atau Jaringan Tubuh Manusia) yang antara lain menetapkan:

a. Sebelum persetujuan tentang transplantasi alat atau jaringan tubuh manusia diberikan oleh calon donor hidup, calon donor yang bersangkutan diberitahu oleh dokter konsultan mengenai sifat operasi, akibat-akibatnya dan kemungkinan yang dapat terjadi.
b. Dokter sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 harus yakin benar, bahwa calon donor yang bersangkutan telah menyadari sepenuhnya arti dari pemberitahuan tersebut.

Menurut hukum perdata, hubungan profesional dokter pasien dapat terjadi karena dua hal yaitu:

1. Berdasarkan perjanjian *(ius contractu)* yang berbentuk persetujuan medik secara sukarela antara dokter dengan pasien berdasarkan kehendak bebas.
2. Berdasarkan hukum *(ius delicto)* yang memberlakukan barangsiapa merugikan orang lain harus memberi ganti rugi.

Suatu perjanjian mempunyai kekuatan hukum apabila memenuhi yang disebutkan dalam pasal 1320 KUH Perdata yaitu:

a. Adanya kesepakatan atau persetujuan dari pihak-pihak yang membuat perjanjian.
b. Kemampuan pihak-pihak untuk membuat perjanjian.
c. Adanya obyek tertentu yang diperjanjikan.
d. Perjanjian tersebut mempunyai suatu sebab yang halal.

Dua syarat pertama dinamakan syarat-syarat subyektif, tidak terpenuhinya syarat ini mengakibatkan perjanjian dapat dibatalkan. Dua syarat terakhir dinamakan syarat-syarat obyektif, tidak terpenuhinya syarat ini mengakibatkan perjanjian batal demi hukum. Dalam hubungan dengan persetujuan tindakan medik baik dokter maupun pasien maka kesepakatan itu harus didasarkan pada kemauan bebas. Artinya kesepakatan itu tidak didasarkan pada salah satu alasan pembatalan perjanjian yaitu cacad kehendak berupa:

a. Suatu kesesatan *(dwaling)*
b. Suatu paksaan *(dwang)*
c. Suatu penipuan *(bedrog)*
d. Penyalahgunaan keadaan *(Misbruik van Omstandigheiden, Undue Influence)*

Ketiga alasan pembatalan perjanjian itu didasarkan pada pasal 1321 KHU Perdata, sedang alasan pembatalan terakhir merupakan perkembangan baru dalam ilmu pengetahuan hukum terutama hukum perdata. Mengenai syarat kemampuan dalam persetujuan tindakan medik berarti bahwa pihak-pihak yang terlibat dalam perjanjian harus mampu dan layak. Anak-anak dibawah umur atau orang yang hilang ingatan merupakan orang-orang yang tidak dapat disebut mampu melakukan perbuatan hukum secara layak dan bertanggung jawab.

Selain daripada itu suatu persetujuan tindakan medik yang diberikan dinyatakan tidak sah karena diberikan oleh yang tidak berwenang misalnya persetujuan itu diberikan oleh bukan pasien dan atau keluarganya atau orang yang paling dekat dengan pasien. Demikian pula jika terjadi kekhilafan atau kesesatan misalnya tanggung jawab informasi diambil alih oleh perawat sedang pasien secara pasti tidak mengetahuinya. Dengan adanya persetujuan, maka lahirlah perjanjian yang mengikat kepada para pihak yakni dokter dan pasien. Konsekuensinya, seluruh rangkaian pelayanan dokter yang menurut standar profesi medik dibenarkan, akan

mengikat kepada pihak pasien. Artinya, pihak dokter harus menjalankan profesinya sesuai dengan standar yang diwajibkan, sedangkan pihak pasien menghormati setiap tindakan dokter yang menurut standar medik dibenarkan.

Meskipun demikian, pelaksanaan perjanjian ini pun oleh hukum disandarkan pula pada itikad baik. Sebab di dalam apsal 1338 ayat 3 KUH Perdata dinyatakan setiap perjanjian harus dilaksnakan dengan itikad baik. Pelaksanaan perjanjian yang didasrkan pada itikad baik itu tidak terlepas dari kepatutan. Sebagai tolok ukur, apakah pelayanan medik yang dilaksanakan oleh dokter sudah dilaksanakan dengan patut atau tidak, maka kita harus mengacu pada standar pelayanan medik yang berlaku.

Sebagai suatu perjanjian, maka dalam persetujuan tindakan medik berlaku pula asas konsensuil (pasal 1338 ayat 1 KHU Perdata). Karena itu suatu tindakan medik itu sudah sah sudah apabila telah disepakati mengenai hal-hal yang pokok dan tidaklah diperlukan sesuatu formalitas. Atas dasar ini pula maka suatu persetujuan tindakan medik tidak semua harus dibuat secara tertulis, mengingat karena tidak praktis dan tidak mungkin untuk setiap kali membuat secara tertulis pada setiap tindakan medik yang akan dilakukan.

Hanya tindakan operatif serta tindakan-tindakan lain yang bersifat invasif atau yang ada melekat risiko yang harus dimintakan persetujuan tertulis lebih dahulu. Hal ini demi kepentingan dan perlindungan hukum dokter yang bersangkutan. Suatu tindakan medik berupa terapi dengan penyinaran, di mana bisa mengakibatkan efek sampingan seperti rambut rontok, rasa mual, lemas dan sebagainya atau pemeriksaan radilogis dengan memakai kontras yang juga mengandung suatu risiko atau pada pada pembuatan artrografi mutlak memerlukan persetujuan tertulis.

Kembali kepada pasal 1338 KUH Perdata sebagai rujukan tiap perjanjian. Menurut pasal ini suatu perjanjian hanya dapat dibatalkan atas persetujuan kedua belah pihak. Dalam persetujuan tindakan medik **"nampaknya"** pasien setiap saat dapat

membatalkan persetujuan tersebut, tanpa sang dokter bisa berbuat apa-apa. Jika hal ini terjadi maka sudah tentu dokter akan mengajukan surat penolakan untuk ditanda tangani oleh pasien. Sebagai konsekuensinya pasien akan menanggung sendiri segala risiko yang mungkin timbul dan ia tidak dapat mempersalahkan dokternya.

Sebaliknya jika pihak dokter secara sepihak membatalkan persetujuan dengan jalan menghentikan semua tindakan medik, maka konsekuensinya jelas bertentangan kode etik kedokteran dan pasien dapat mengajukan tuntutan hukum atas pemberhentian tindakan medik tersebut. Bahkan dengan persetujuan pasien pun seorang dokter tidak dapat menghentikan tindakan medik, karena tindakan demikian dapat dikategorikan sebagai tindakan euthanasia, dan dokter dapat diperhadapkan pada tuntutan pidana berdasarkan pasal 344 KUHP. Ini menunjukkan bahwa dalam persetujuan tindakan medik, pihak yang membatalkan perjanjian secara sepihak **"pasti"** akan mengalami kerugian dari pembatalan tersebut. Sehingga dapat dikatakan persetujuan tindakan memiliki **"keunikan"** dibanding dengan perjanjian lainnya.

Suatu tindakan medik yang dilakukan berdasarkan penyalah gunaan keadaan (*Misbruik van Omstandigheiden, Undue Influence*) dinyatakan tidak sah. Jika seorang pasien, baru diperkenankan masuk rawat di rumah sakit apabila telah menanda tangani suatu surat pernyataan secara umum yang menyatakan "bahwa ia menyatakan setuju atas segala tindakan medik yang akan dilakukan dan akan membebaskan dokter dan rumah sakit dari segala tuntutan hukum "jelas tidak mempuyai nilai yuridis. Pernyataan seperti ini bertentangan dengan pasal 1320 KUH Perdata jo pasal 1337 KUH Perdata.

3. Pemberian Informasi

Secara yuridis informasi ini merupakan hak pasien berkaitan dengan:

a. Penyakitnya dan tindakan apa yang hendak dilakukan oleh dokter terhadap dirinya.
b. Jawaban atas pertanyaan yang diajukan kepada dokter.
c. Untuk memilih alternatif lain jika ada,
d. Untuk menolak usul tindakan yang hendak dilakukan.

Karena merupakan hak pasien, maka informasi ini merupakan kewajiban bagi dokter untuk memberikannya. Tanpa harus diminta, pasien wajib memperoleh informasi mengenai penyakitnya serta tindakan apa yang hendak dilakukan oleh dokter terhadap dirinya. Kewajiban pemberian informasi tentunya tidak terlepas dari kondisi di mana seorang dokter pada umumnya melihat pasien hanya dari segi medik saja, sedang bagi pasien mungkin ada faktor lain yang tidak kalah pentingnya seperti faktor keuangan, rencana keluarga, agama, psiskis, sosial dan lain sebagainya, termasuk bahwa pasien berhak untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap dirinya *(the right self determination).*

Kewajiban dokter untuk memberikan informasi menjadi sangat penting terutama:

1. Apabila sifat dan risiko itu lebih serius
2. Apabila kemungkinan timbulnya risiko itu lebih besar
3. Apabila tindakan yang hendak diberikan tidak begitu mutlak
4. Apabila masih ada satu atau beberapa alternatif lain
5. Apabila risiko itu tidak begitu diketahui oleh masyarakat.
6. Apabila dalam keadaan khusus itu timbulnya risiko lebih besar.

Informasi yang harus diberikan oleh dokter kepada pasien, pada prinsipnya merupakan hak yang bersifat pribadi, oleh karena itu tidak dapat dialihkan kepada orang lain. Namun, jika dikehendaki oleh pasien, ia dapat menunjuk seorang lain untuk menerima informasi tersebut biasanya salah satu anggota terdekat seperti suami atau isteri, anak, orang tua, saudara atau keluarga lainnya.

Unsur-unsur infromasi yang perlu disampaikan adalah:

a. Prosedur yang akan dilakukan, mengenai alat yang akan digunakan, bagian tubuh mana yang akan terkena, kemungkinan perasaan nyeri yang bisa timbul, kemungkinan perlunya dilakukan perluasan operasi, tujuan dari tindakan diagnostik atau terapi.
b. Risiko tindakan, mengakibatkan kelumpuhan atau kebutaan, kemungkinan timbulnya, sering atau jarangtaraf keseriusan, kelumpuhan total atau parsial, apakah segera setelah tindakan dilakukan atau lebih lama.
c. Manfaat dari tindakan yang akan dilakukan dan alternatif tindakan yang dapat dilakukan.
d. Kemungkinan yang dapat timbul jika tindak tidak dilakukan dan ramalan *(prognosis)* atau perjalanan penyakit.
e. Informasi mengenai biaya yang diperkirakan.

Jika pasien ditangani oleh beberapa dokter berbagai spesialisasi maka yang memberikan informasi adalah dokter yang akan melakukan tindakan mediknya *(treating physician)* misalnya dokter ahli bedah yang akan membedah, atau dokter ahli radiolgi bagi yang akan memberikan suatu radioterapi atau dokter ahli jantung bagi yang akan melakukan katerisasi jantung.

Pemberian informasi kepada pasien bukan hanya terbatas pada tindakan medik melainkan juga termasuk pemberian obat-obat. Terutama apabila ada efek sampingan *(side efect)* yang dapat ditimbulkan oleh obat-obat tersebut. Misalnya Diazepam (Valium) dan lain semacamnya yang bisa menimbulkan kantuk dan berkurang reaksi. Dokter harus menjelaskan efek samping tersebut dan memberitahukan agar tidak mengendarai sendiri kendaraan sesudah meminum obat tersebut.

Di samping itu informasi tetap diperlukan sehubungan adanya larangan untuk meminum suatu obat sekaligus dengan obat lain yang bisa menimbulkan efek samping lainnya. Atau jika ada larangan untuk meminum alkohol berbarengan dengan obat

tersebut. Di dalam pemberian informasi kepada pasien, dokter harus memperhatikan bahwa suatu tindakan medik yang dilakukan baru pada tahap diagnostik misalnya. Ini disebabkan oleh karena rata-rata pasien meletakkan harapan kepada dokter agar menyembuhkan penyakitnya atau setidak-tidaknya dapat meringankan penderitaan, sedangkan tindakan yang bersifat diagnostik belum sampai ke tahap pengobatan (terapheutik).

Persoalan yang sering muncul sebagai kendala dalam pelaksanaan pemberian informasi ialah bahasa yang dipakai. Pada umumnya pasien tentu awam dari bahasa kedokteran dan tidak semua isitlah-istilah kedokteran dapat dengan mudah diterjemahkan ke dalam bahasa orang awam. Selain itu, tidak semua dokter dapat menyampaikan informasi dengan bahasa sederhana yang dapat dengan mudah dipahami oleh pasien.

Kesenjangan pengetahuan antara dokter sebagai pemberi jasa kesehatan *(health provider)* dan pasien sebagai penerima jasa kesehatan *(health receiver),* membuat penyampaian informasi kadang-kadang kurang efektif. Penyampaian yang tidak efektif dapat menimbulkan berbagai masalah. Sebagai contoh konkrit adalah salahnya penerimaan informasi yang terjadi dalam kasus operasi mata di Sukabumi (Kasus Muchjidin, 1984). Mungkin saja sudah memberikan informasi yang cukup kepada pasien, namun berhubung pasien kurang/tidak memahami bahasa yang dipergunakan oleh dokter, maka dipermasalahkan tentang "informasi *(informed)*nya".

Pasien menandatangani surat persetujuan tindakan medik, tetapi pasien mengakui bahwa pasien tidak diberi informasi. Mungkin saja yang menurut dokter sudah diberi informasi, menurut pasien belum, karena pasien tidak mengerti bahwa apa yang telah dikatakan oleh dokter itu adalah sebuah informasi untuk dirinya. Seringkali pasien menganggukkan kepala seakan-akan mengerti, tanpa pertanyaan sebab apa yang ditanyakan dia sendiri tidak tahu. Dokter menganggap anggukan pasien sebagai tanda mengerti,

kemudian menyerahkan formulir persetujuan tindakan medik dan pasien membubuhkan tanda tangan.

Sebaliknya kewajiban memberikan informasi dari pasien dalam rangka penegakan diagnosis penyakit yang dideritanya dan selanjutnya diagnosis ini sangat penting untuk menentukan suatu tindakan medik. Suatu tindakan pasien yang dengan sengaja menyembunyikan atau memberi informasi yang salah kepada dokter jelas bertentangan dengan prinsip **"perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik "** (Pasal 1338 ayat 3 KUH Perdata).

Untuk pemberian informasi ini dikenal teori pemberian informasi yaitu cara mengukur atau menilai pemberian informasi yang harus dilakukan yakni:

a. Tes standar profesional yaitu memakai ukuran dari dokter yang wajar secara rata-rata. Dalam kasus Thimatariga c. Chambers tahun 1980 dinyatakan bahwa apabila penjelasan dari semua risiko yang penting tidak akan mengubah keputusan dari seorang yang wajar seperti di dalam posisi pasien.
b. Tes orientasi pasien melihat dari segi pasiennya terdiri atas tes subyektif memakai ukuran pasien secara pribadi, secara individual, sehingga setiap pasien penilaiannya berbeda walaupun penyakitnya sama. Sedangkan tes obyektif memakai ukuran pasien sebagai manusia biasa (wajar) secara umum.

Dalam kasus Dessi v United States tahun 1980 dinyatakan bahwa kausa di dalam informed consent harus ditentukan oleh suatu standard obyektif. Apakah seseorang yang hati-hati di dalam posisi penggugat akan memutuskan, apabila ia sudah diberikan cukup infromasi dari semua risiko yang sifatnya penting?.

Menurut Jay Katz (Guwandi, 1994) dalam persetujuan tindakan medik terkandung suatu doktrin bahwa keputusan tentang pemberian pengobatan kepada seorang pasien harus terjadi secara kolaboratif antara dokter dan pasiennya. Namun dalam praktiknya

doktrin ini tidak dapat diterapkan secara konsekuen oleh karena tubuh otonomi pasien itu sendiri mengandung beberapa batasan dan tekanan yang terdapat dalam diri manusia itu sendiri. Tekanan yang melekat pada otonomi itu adalah:

a. Dari luar yaitu berupa tekanan atau paksaan *(coercion, dwang)* misalnya untuk kepentingan umum, pemerintah bisa mengadakan pembatasan-pembatasan seperti dalam kasus wabah penyakit, wajib lapor tentang penyakit tertentu, serta vaksinasi terhadap penyakit menular. Di samping itu pengaruh berupa penyalah gunaan keadaan seperti seorang dokter mempuyai pengaruh lebih terhadap pasien yang tidak tahu apa-apa tentang penyakitnya. Karena itu dokter dapat memengruhi jalan pikiran pasien.
b. Dari dalam diri pasien sendiri *(limitation of free will)*
   Seorang pasien yang berada dalam keadaan sakit, tidak dapat dengan bebas menentukan pilihannya. Tak mungkin manusia bebas secara penuh oleh karena di dalam kehidupan manusia akan selalu ada hal-hal yang menghalangi orang itu sendiri untuk menentukan pilihannya.Selain itu, bila hak otonomi itu dipertahankan secara konsekuen dalam keadaan tertentu bahkan bisa membawa akibat yang lebih fatal. Misalnya dalam keadaan darurat dan tak berdaya atau apabila pengungkapan yang sebenarnya bahkan bisa membahayakan diri pasien itu sendiri.

Berdasarkan hal di atas maka keharusan pemberian informasi kepada pasien tidak perlu dilakukan bila pasien berada dalam keadaan darurat, di mana memerlukan tindakan medik segera untuk menyelamatkan jiwa pasien bersangkutan. Fred Ameln (1991) secara tegas mengemukakan 4 kelompok pasien yang tidak memerlukan informasi yaitu:

a. Jika terapi menghendaki demikian misalnya terapi placebo
b. Jika informasi itu merugikan pasien misal pasien penderita penyakit jantung.

c. Jika pasien mengidap penyakit jiwa, sehingga tidak bisa diajak berkomunikasi, *informed consent* diganti dengan keputusan pengadilan.
d. Jika pasien belum dewasa.

4. Pemberian Persetujuan Pasien

Atas dasar informasi yang disampaikan oleh dokter, maka pasien dapat memberikan atau menolak memberikan persetujuan. Yang dapat dimintai persetujuan tindakan medik ini hanyalah pasien yang cakap untuk melakukan suatu perjanjian (pasal 1320 KHU Perdata), dalam hal ini hanya mereka yang telah dewasa dan berada dalam keadaan sadar sehat mental. Pasien dewasa adalah yang telah berumur 21 (dua puluh satu) tahun keatas atau telah menikah. Bagi pasien dewasa yang berada di bawah pengampuan (curatele) atau yang menderita gangguan mental, persetujuan diberikan oleh orang tua /wali/curator. Sedang bagi pasien yang berumur di bawah 21 tahun persetujuan diberikan oleh orang tua/ wali dan bila tidak mempunyai orang tua/wali dan atau orang tua/wali berhalangan maka persetujuan diberikan oleh keluarga terdekat atau induk semang.

Dalam hal pasien menolak memberikan persetujuan tindakan medik maka dokter harus menjelaskan dan menekankan lagi urgensi dari tindakan medik yang akan diambil, sekaligus menjelaskan lagi risiko-risiko yang bisa timbul akibat penolakan atas persetujuan tindakan medik itu. Jika pasien tetap menolak, maka dokter lalu meminta pasien untuk menandatangani Surat Penolakan dan mencatat di rekam medis *(medical record)* atas penolakan tersebut dengan catatan bahwa pasien tetap menolak. walaupun sudah dijelaskan risikonya. Dari surat penolakan dan catatan rekam medis dapat merupakan bukti bahwa pasien menyatakan tidak setuju atas usul tindakan medik yang hendak dilakukan dokter dan akan menanggung sendiri segala risiko yang mungkin timbul dan yang tidak dapat lagi dipersalahkan kepada dokternya *(Volenti non fit injuria)*.

Dalam hal pasien tidak sadar/pingsan serta tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medik berada dalam keadaan gawat dan atau darurat yang memerlukan tindakan medik segera untuk kepentingannya tidak diperlukan persetujuan dari siapapun. Misalnya seorang pasien korban kecelakaan lalu lintas dalam keadaan tidak sadar dibawa ke Unit Gawat Darurat (ICU). Keadaanya sudah sangat gawat dan tidak ada waktu lagi untuk mencari atau menghubungi anggota keluarganya untuk terlebih dahulu meminta persetjuan, maka dokter harus segera mengambil tindakan (pasal 4 Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008).

Tindakan medik yang diambil mesti semata-mata untuk menolong jiwanya. Menyelamatkan jiwa pasien menjadi pertimbangan utama ketimbang mendahulukan persetujuan tindakan mediknya. Dalam kondisi seperti itu adalah wajar seseorang tidak akan menolak jika ada yang hendak menolong jiwanya. Dalam kasus seperti ini pasien dianggap telah memberi persetujuan.

Menurut Fred Ameln di dalam literatur Leenen dikemukakan adanya "fiksi hukum *(juridische fictie)* yang menyatakan seseorang dalam keadaan tidak sadar akan menyetujui apa yang berada dalam keadaan sadar pada situasi dan kondisi sakit yang sama(Karbala, 1993). Dalam keadaan demikian, orang itu pasti akan meminta pertolongan orang lain dan akan memberikan persetujuannya untuk dilakukan tindakan medik demi penyelamatan jiwanya. Hanya saja perlu diingat bahwa di dalam mengambil tindakan itu, terbatas pada tindakan penyelamatan jiwa *(life saving)* atau penyelamatan anggota tubuh *(limb saving)*. Tidak diperluas dengan operasi lain (extended operation) yang secara langsung tidak ada hubungan dengan tindakan penyelamatan atau anggota tubuh tersebut.

Pengambilan tindakan medik ini ditempuh melalui konstruksi "*Zaakwaraneming*" sebagaimana diatur dalam pasal 1354 KHU Perdata " Apabila seseorang secara suakrela tanpa disuruh telah mengurusi urusan orang lain, baik dengan atau tanpa sepengetahuan orang itu, maka orang itu dianggap telah mengikatkan dirinya

untuk meneruskan mengurusi urusan itu, sehingga orang tersebut sudah mampu mengurusinya sendiri"

5. Tanggung Jawab (Liability)

Sebelum membahas tentang jawab ini lebih jauh, terlebih dahulu dikemukakan makna tanggung jawab. Persoalannya adalah istilah tanggung jawab ini di dalam istilah asing dapat bermakna responsibilitas *(responsibility)* dan liabilitas *(liability).* Kedua istilah ini kalau diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia mempunyai pengertian yang tidak berbeda. Namun dalam pengertian bahasa Inggeris yang sebenarnya lebih tampak dalam dua pengertian yang berbeda satu sama lain. Responsibilitas *(Responsibility)* bersifat lebih luas, misalnya dalam hubungan moral, politik, religius, dan sebagainya. Sedang liabilitas *(Liability)* lebih bersifat hukum (Siahaan, 1987).

Dalam pelaksanaan persetujuan tindakan medik ada dua jenis tanggung jawab dokter yaitu tanggung jawab etik dan tanggung jawab yuridis. Menurut Kartono Mohammad (Karbala, 1993) bahwa pada adasarnya persetujuan tindakan medik itu mempunyai landasan etik yaitu keharusan bagi dokter untuk menghormati kemandirian (otonomi) pasien. Otonomi ini dimaksudkan bahwa setiap manusia mempunyai hak untuk erpikir dan berbuat sesuatu untuk dirinya sendiri terutama mengenai hal yang sangat bagi dirinya seperti kesehatan.

Sebagai suatu profesi, maka profesi kedokteran juga mempunyai kode etik profesi. Kodeetik kedokteran ini tertuang dalam Surat keputusan Menteri kesehatan RI No. 434/Men. Kes/X/1983 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) bagi para dokter di Indonesia. Dalam KODEKI tersebut terkandung empat prinsip pokok kode etik yaitu kode etik terhadap masyarakat umum, pasien, teman sejawat, dan diri sendiri.

Kode etik menyangkut kewajiban umum antara lain menyatakan bahwa "dalam menjalankan pekerjaan kedokterannya seorang

dokter janganlah dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan pribadi. Kewajiban terhadap pasien antara lain dikatakan bahwa "seorang dokter harus senantiasa mengingat kewajiban melindungi hidup makhluk insani". Sedangkan kewajiban terhadap teman sejawatnya antara lain dinyatakan bahwa "seorang dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan". Kewajiban dokter terhadap diri sendiri dinyatakan antara bahwa sorang dokter senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepad cita-citanya yang luhur. Seorang dokter harus tetap memelihara kesehatan dirinya".

Khusus kode etik yang berkaitan dengan persetujuan tindakan medik tercantum dalam pasal 10 yakni bahwa setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi makhluk hidup insani. Di dalam alinea penjelasan pasal tersebut dikatakan bahwa "sebelum operasi dimulai, perlu dibuat lebih dahulu persetujuan tertulis dari penderita atau keluarganya yang masih sadar". Ini berarti bahwa seorang dokter yang tidak memberikan keterangan, dan melakukan suatu tindakan medik tanpa persetujuan pasien atau keluarganya, telah melanggar kode etik kedokteran. Pelanggaran terhadap kode etik tersebut dapat dijatuhi sanksi oleh Majelis Kehormatan Kode Kedokteran (MKEK) berupa hukuman administratif.

Penentuan ada atau tidak adanya kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dalam menerapkan standar profesi dilakukan oleh Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK) yang diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 56 Tahun 1995 tentang Majelis Dispilin Tenaga Kesehatan. Keanggotaan MDTK ini terdiri dari berbagai unsur yang diketuai oleh seorang Sarjana Hukum. Tanggung jawab hukum khususnya pertanggung jawaban perdata pada umumnya bertujuan untuk memperoleh kompensasi atas tindakan yang merugikan dan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan. Ada dua dasar pertanggung jawaban perdata yaitu pertanggung jawaban berdasarkan perjanjian dan pertanggung

jawaban berdasarkan kerugian. Sebagaimana diketahui hubungan dokter pasien didasarkan atas suatu perjanjian. Ada dua kategori perjanjian dalam hukum perdata yaitu:

a. Perjanjian berdasarkan hasil kerja *(Resultaatsverbintenis)* misalnya kontrak pemborong.
b. Perjanjian berdasarkan daya upaya/usaha yang maksimal *(Inspanningsverbintenis).*

Perjanjian medik pada umumnya didasarkan atas kewajiban berusaha. Makna konsep ini dokter harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya. Ia harus mengerahkan segenap kemampuannya untuk pasien. Dokter harus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar pelayanan medik. Penyimpangan dari standar profesi berarti melanggar perjanjian. Diantara unsur-unsur perjanjian medis adalah:

a. Perawatan medis tertentu
b. Perhatian akan hak-hak pasien
c. Praktek medis yang terorganisasi dengan baik
d. Pembayaran ongkos, baik langsung atau melalui tabungan asuransi

Berdasarkan perjanjian ini maka setiap kali pasien merasa bahwa dokter tidak melaksanakan atau tidak memenuhi kewajiban yang ditetapkan dalam perjanjian dapat mengajukan gugatan karena dokter ingkar janji (wanprestasi). Wanprsetasi atas persetjuan tindakan medik misalnya:

a. Tidak melakukan apa yang disanggupi akan dilakukan
b. Melakukan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagaimana dijanjikan.
c. Melakukan apa yang dijanjikan tetapi terlambat.
d. Melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan.

Gugatan untuk membayar ganti rugi atas dasar wanprestasi yang telah dilakukan oleh dokter. Contoh Keputusan Rechtbank di Breda tanggal 15 April 1936 (Sihaloho, 1986) yang dikemukakan

oleh ahli hukum Berkhouwer dan Vorstman menyatakan *"wanner nu de arts zijn contactuele verplichtingen niet nakomt door het maken van een beroepfout, pleegt hij wanprestatie enkan hij tot het betalen van schadevergoeding worden aangesproken"* (terjemahan Soerjono Soeknato "Bila dokter tidak melaksanakan kewajiban-kewajiban kontraktuilnya dengan melakukan *kesalahan profesional,* dia melakukan *wanprestasi* dan dipertanggung jawabkan untuk *membayar ganti rugi*).

Pola pertanggung jawaban perdata tanpa didasarkan pada perjanjian dikenal 2 model pertanggung jawaban yaitu pertanggung jawaban berdasarkan kesalahan *(the fault liabiliy, tortious liability)* biasanya dikenal sebagai perbuatan melanggar hukum, dan model pertanggung jawaban berdasarkan risiko *(the risk liability, strict liability)*. Pada pertanggung jawaban dengan kesalahan *(fault liability)* didasarkan pada perbuatan melanggar hukum. Untuk menetapkan adanya perbuatan melanggar hukum *(onrechtmatigedaat, tort)* pasal 1365 KUH Perdata harus dipenuhi yaitu (Abbing, 1990):

a. Tindakan melawan hukum
b. Kesalahan atau kealpaan
c. Ada kerugian
d. Terdapat hubungan langsung antara dilanggarnya suatu aturan dan kepentingan pasien yang telah dirugikan.
e. Terdapat hubungan antara tindakan dan kerugian yang timbul.

Pasal 1365 KUH Perdata tersebut biasanya dikaitkan dengan pasal lain yaitu pasal 1371 KUH Perdata yang berbunyi sebagai berikut " Menyebabkan luka atau cacatnya anggota badan dengan sengaja atau karena kurang hati-hati memberikan hak kepada si korban untuk, selian penggantian biaya-biaya penyembuhan, menuntut penggantian kerugian yang disebabkan oleh luka atau cacat tersebut". Dengan pola perbuatan melanggar hukum, beban pembuktian tentang kesalahan dokter, berada ditangan pasien dan atau keluarganya. Kekurangan dari pertanggungan jawaban ini

adalah bahwa karena perjanjian antara dokter dan pasien adalah perjanjian untuk melakukan usaha, sehingga sangat sukar bagi pasien untuk membuktikan adanya kesalahan atau kelalaian.

Selain itu seringkali pasien tidak memiliki informasi yang diperlukan untuk pembuktian itu. Apalagi hanya dokter yang mengetahui seluk beluk informasi tentang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Sebaliknya pertanggung jawaban berdasarkan perbuatan melanggar hukum selalu dijadikan dasar gugatan jika tidak ada hubungan perjanjian. Sehubungan dengan kemungkinan adanya proses pendelegasian dalam pelaksanaan persetujuan tindakan medik, maka tanggung jawab dokter juga meliputi tindakan yang dilakukan oleh para pembantunya (pasal 1367 KUH Perdata) yaitu:

a. Mahasiswa kedokteran yang sedang melakukan co-schap
b. Terhadap perawat yang diperbantukan kepadanya
c. Terhadap dokter lain yang membantunya dalam hal dokter lain itu sedang belajar kepadanya sebagai dokter spesialis.

Dilain pihak pada pertanggung jawaban berdasarkan risiko *(strict liability)* beban pembuktian terletak dipundak dokter, pasien hanya menunjukkan faktanya serta adanya hubungan antara orang yang menyebabkan kerugian dan kerugian yang diderita. Beban pembuktian seperti ini sering juga disebut beban pembuktian terbalik *(burden shift of proof)*. Prinsip utama pertanggung jawaban ini adalah bahwa fakta telah berbicara sendiri *(the thing speaks itself, res ipsa loquitur)*, dan karena itu dokter dari awal ia dianggap bersalah/lalai *(inference of negligence)* sampai ia dapat membuktikan ketidak salahannya atau kelalaiannya.

Penerapan prinsip ini terlihat dalam kasus Cassidy V. Ministry of Health (1951). Pasien menderita kaku pada kedua jari tangannya *(Dupuytren's contractue)*. Untuk memperbaiki kemampuan gerak dari kedua jari tangan tersebut harus dilakukan operasi. Operasi dilakukan dan sesudahnya tangannya diletakkan pada sebuah papan dan diikatkan dengan kain kasa. Rupanya libatan kain kasa

itu terlampau kencang sehingga darah tidak mengalir ke tangan tersebut, karena itu 14 hari kemudian sewaktu dibuka ternyata empat jari tangan pasien semuanya menjadi kaku. Hakim Lord Justice Denning yang sangat terkenal mengatakan dalam kasus ini sebagai berikut: Pasien cukup untuk mengatakan saya datang ke rumah sakit untuk disembuhkan dua jari tangan yang kaku. Saya keluar dari rumah sakit dengan empat jari tangan yang kaku dan tangan saya menjadi tidak berguna. Peristiwa inbi tidak akan terjadi apabila telah dilakukan dengan teliti dan hati-hati (Soetrisno, 1992). ●

BAB XIV
RAHASIA MEDIK

A. Pendahuluan

Rahasia Medik biasa juga disebut rahasia kedokteran adalah segala sesuatu yang dianggap rahasia oleh pasien yang terungkap dalam hubungan medis dokter-pasien baik yang diungkapkan secara langsung oleh pasien (subjektif) maupun yang diketahui oleh dokter ketika melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang (objektif). Rahasia medis ini juga sering disebut sebagai rahasia jabatan dokter yang timbul karena menjalankan tugas profesionalnya sebagai dokter.

Rahasia medik merupakan hak pasien yang harus dilindungi dan dijunjung tinggi oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan. Pelanggaran terhadap hak pasien ini merupakan sebuah kejahatan yang dapat dimintai pertanggung jawaban hukum. Dalam pelayanan kesehatan dokter memperoleh informasi penyakit pasien yang sesungguhnya merupakan sesuatu yang sifatnya privasi yang terpaksa disampaikan kepada dokter demi kesembuhan penyakitnya. Dari sejak dulu, rahasia pasien ini tetap terjaga dan terjamin di tangan kalangan tenaga kesehatan.

Rahasia medis ini hanya dapat dibukan oleh rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal telah mendapatkan persetujuan dari pasien yang bersangkutan, demi untuk kepentingan

orang banyak atau untuk kepentingan penegakan hukum.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka semua rahasia medis yang tertuang dalam rekam medik adalah menjadi hak sepenuhnya dari pasien yang bersangkutan dan oleh sebab itu maka berkas rekam medik perlu di jaga kerahasiaanya agar tidak dengan mudah di baca oleh pihak-pihak yang tidak berkompeten untuk mengetahui rahasia medis pasien tersebut. Di beberapa negara yang menganut kebebasan mutlak melaksanakan perlindungan rahasia medik dengan sangat ketat, sehingga rekam medik menjadi sangat konfidensial. Seorang suami tidak dengan mudah mendapatkan isi rekam medik istrinya ataupun sebaliknya jika oleh suami atau istri tersebut menyatakan bahwa hal tersebut konfidens bagi pasangannya. Sebegitu ketatnya perlindungan rahasia medis tersebut, terkadang sampai meninggalpun rahasia tersebut tetap tersimpan rapi.

B. Ruang Lingkup Rahasia Medik

Dalam hubungan dengan perlindungan kerahasiaan antara dokter dan pasiennya, perlindungan hukum yang diberikan bukan hanya terhadap kerahasiaan dalam hubungan langsung, tetapi lebih luas sesuai doktrin hukum tentang "perlindungan hasil kerja". Yang dimaksud oleh doktrin perlindungan hasil kerja adalah perlindungan terhadap kerahasiaan medik bukan hanya rahasia yang terbit dari hubungan langsung (konsultasi), melainkan juga perlindungan kerahasiaan dari informasi yang didapatkan dari sumber lain yang didapatkan dari pasien yang bersangkutan.

Tentu saja tidak semua informasi atas pengakuan, dokumen, fakta, data atau yang diperoleh dari hasil pemeriksaan pasien merupakan kerahasiaan yang dilindingi hukum. Hanya kerahasiaan tertentu saja yang merupakan rahasia yang dilindungi, yakni rahasia-rahasia yang memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Rahasia tersebut merupakan informasi substansial dan penting bagi pasiennya atau bagi pengobatannya.

2. Rahasia itu sebelumnya belum pernah terbuka untuk umum. Apabila rahasia tersebut telah terbuka untuk umum, tapi belum meluas atau jika digunakan sebagai alat bukti maka rahasia tersebut tidak boleh dibocorkan kepada orang lain.
3. Rahasia tersebut bukanlah informasi yang memang tersedia untuk publik.
4. Rahasia yang jika dibuka akan menimbulkan malu bagi pasien, dokter, atau pihak-pihak lain.
5. Rahasia yang jika dibuka akan merugikan pasiennya.
6. Rahasia yang jika dibuka akan mempersulit pengobatan terhadap pasien.
7. Rahasia yang jika dibuka akan menimbulkan kemungkinan pasien tidak lagi memberikan informasi selanjutnya pada dokter. Hal ini akan mempersulit dalam proses pengobatan.
8. Bagi pasien, informasi tersebut sangat penting dan atau sensitif.
9. Jika dibuka rahasia tersebut, akan menimbulkan kemarahan/ gejolak/atau sikap masyarakat yang merugikan kepentingan pasien dan atau mepersulit pengobatan.
10. Pasien tidak pernah mengizinkan *(no waiver)* secara tegas atau tersirat untuk dibuka rahasia itu.

Karena itu, bukan merupaka kerahasiaan dan boleh dibuka oleh dokter terhadap informasi yang tidak memenuhi syarat-syarat diatas, asal saja dilakukan denga penuh kewaspadaan, iktikad baik, dan jika tidak dilarang oleh pasien. Sikap dokter yang paling baik dalam hal ini adalah jika ragu, jangan *(if doubt, dont)*. Disamping itu, dalam hubungan dengan pihak ketiga yang mendengar informasi dari pasien, untuk dapat diputuskan rahasia atau tidaknya informasi tersebut, perlu terlebih dahulu dilakukan pengujian-pengujian tertentu. Pengujian tersebut antara lain:

a. Metode pengujian subjektif Menurut metode ini faktor utama untuk menentukan apakah suatu informasi merupakan rahasia atau tidak dengan melihat kepada "maksud"

dari pasiennya. Jika pasien menginginkan informasi tersebut dirahasiakan maka informasi itu menjadi rahasia.

b. Metode pengujian objektif. Dalam metode ini faktor utama untuk menentukan apakah informasi tersebut adalah rahasia dengan melihat informasi itu sendiri. Jika sifat informasi itu adalah rahasia maka itu menjadi rahasia.

c. Metode pengujian menurut keperluan. Berdasarkan metode pengujian menurut keperluan ini, maka jika pihak ketiga mendengarkan informasi rahasia dan keberadaan pihak ketiga itu memang diperlukan ditempat itu maka pihak ketiga juga wajib menyimpan informasi tersebut. Kemudian, meskipun rahasia tersebut termasuk kategori yang mestinya dilindungi, rahasia itu dapat pula dibuka jika:
    1. Diperbolehkan oleh pasiennya.
    2. Kepentingan umum menghendakinya.
    3. Rahasia tersebut dapat menjadi alat bukti untuk kasus pidana, meskipun tidak semua rahasia yang dapat dibuka untuk menjadi alat bukti.
    4. Penyakit tersebut dibuka untuk mencegah akan dilakukannya penyakit berat (menular) oleh pasien atau orang lain. Meskipun dalam hal ini, lebih bijaksana jika dokter itu meminta berhenti *(duty to withdraw)* sebagai dokter daripada membuka rahasia. Atau melaksanakan kewajiban mengingat (duty to warn) oleh dokter kepada calon korban jika telah ada ancaman yang nyata *(firm intention)*.
    5. Undang-undang lain memperbolehkan dibukannya informasi tersebut seperti dalam UU No 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran pasal 48 ayat 2.

C. Dasar Hukum Rahasia Medik

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009

Pasal 57 UUK ayat (1) menyebutkan setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyeenggara pelayanan kesehatan. Dalam ayat (2) pasalini ditegaskan hak atas rahasia kesehatan pribadi tidak berlaku dalam hal:

a. Perintah undang-undang
b. Perintah pengadilan
c. Izin yang bersangkutan
d. Kepentingan masyarakat

Kepentingan orang tersebut

2. Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Berkaitan dengan rahasia kedokteran ini, dalam Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 38 ayat (1) disebutkan setiap rumah sakit harus menyimpan rahasia kedokteran. Sedang ayat (2) pasal 38 menegaskan rahasia kedokteran hanya dapat dibuka untuk kepentingan pasien, untuk pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, atas persetujuan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Di samping itu Pasal 44 ayat (1) Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan rumah sakit dapat menolak mengungkap segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran. Selanjutnya ayat (2) pasal 44 ini menegaskan pasien dan/atau keluarga yang menuntut rumah sakit dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum.

3. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Pasal 48 UU Praktik Kedokteran menyatakan bahwa Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran

wajib menyimpan rahasia kedokteran. Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingankesehatan pasien, memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kedokteran diatur dengan Peraturan Menteri.

4. Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter

Jaminan bahwa rahasia pasien itu tetap terjaga dapat ditelusuri pada Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter yang berbunyi:" Saya akan merahasiakan segala sessuatu yang saya ketahui karena pekerjaan saya sebagai dokter.

Versi lafal sumpah dokter ini juga diintroduksikan oleh World Medical Association yang berbunyi: *"I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died"* Pada 1968 di Sydney dirumuskan *Internasional Code of Medical Ethics: " A doctor shall preserve absolute secrecy on all he knows about his patient because the confidence entrusted in him".*

Sedangkan pada tahun 1981 *Declaration of Lisbon* merumuskan: *"The patient has the right to expect that his physician will respect the confidential nature of all his medical and personal details"*

Menurut Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran pasal 1 disebutkan: "Rahasia kedokteran ialah "segala sesuatu yang diketahui" oleh orang-orang tersebut dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaan dalam lapangan kedokteran". "Segala sesuatu yang diketahui" adalah segala fakta yang didapat dalam pemeriksaan penderita, interpretasinya untuk menegakkan diagnose dan melakukan pengobatan; dari anamnese, pemeriksaan jasmaniah, pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran dan sebagainya. Juga termasuk fakta yang dikumpulkan oleh pembantu-pembantunya.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ruang lingkup informasi tidak hanya mengenai pasien dan penyakitnya, tetapi

juga mengenai keluarga pasien. Juga dapat dikatakan bahwa wajib simpan rahasia kedokteran mempunyai dasar hukum sebagai berikut:

a. Kepentingan pasien adalah menjelaskan segala sesuatu mengenai dirinya kepada dokter tanpa ada rasa khawatir bahwa hal itu akan diberitahukan kepada pihak-pihak lain.
b. Kepentingan umum mengendaki agar setiap warga masyarakat yang memerlukan bantuan kesehatan tidak terhalang karena kekhawatiran bahwa data mengenai dirinya tidak dirahasiakan.
c. Profesi kedokteran menuntut agar kepercayaan yang diberikan oleh pasien terjamin.

5. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)

KODEKI disahkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 434/MEN.KES/SK/X/1989 tentang Berlakunya Kode Etik Kedokteran Indonesia mempertegas jaminan tetap terjaganya rahasia pasien tersebut. Pasal tersebut berbunyi "Seorang dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, karena kepercayaan yang diberikan kepadanya, bahwa juga setelah pasien meninggal dunia".

Dalam perspektif etikolegal seorang dokter harus menghormati hak pasien diantaranya dengan menjaga rahasia medik/kedokteran yang terdapat didalam pasien tersebut, hal ini sesuai dalam KODEKI pasal 12. Menurut Penjelasan Pasal 12 Kode Etik Kedokteran, cakupan pasal ini adalah:

(1) Seorang dokter wajib merahasiakan apa yang dia ketahui tentang pasien yang ia peroleh dari diri pasien tersebut dari suatu hubungan dokter-pasien sesuai ketentuan perundang-undangan.
(2) Seorang dokter tidak boleh memberikan pernyataaan tentang diagnosis dan/atau pengobatan yang terkait diag-

nosis pasien kepada pihak ketiga atau kepada masyarakat luas tanpa persetujuan pasien.

(3) Seorang dokter tidak boleh menggunakan rahasia pasiennya untuk merugikan pasien, keluarga atau kerabat dekatnya dengan membukanya kepada pihak ketiga atau yang tidak berkaitan.

(4) Dalam hal terdapat dilema moral atau etis akan dibuka atau dipertahankannya rahasia pasien, setiap dokter wajib berkonsultasi dengan mitra bestari dan/atau organisasi profesinya terhadap pilihan keputusan etis yang akan diambilnya.

Penjelasan dari cakupan pasal ini: Misalnya dalam penafsiran "kepentingan umum" yang harus juga dilindungi. Dokter atau Organisasi profesi yang diminta nasehat wajib melakukan hal terbaik untuk mencari pemecahan atas permasalahan yang dihadapi.

(5) Setiap dokter wajib hati-hati dan mempertimbangkan implikasi sosial-ekonomi-budaya dan legal terkait dengan pembukaan rahasia pasiennya yang diduga/mengalami gangguan jiwa, penyakit infeksi menular seksual dan penyakit lain yang menimbulkan stigmatisasi masyarakat.

(6) Setiap dokter pemeriksa kesehatan untuk kepentingan hukum dan kemasyarakatan wajib menyampaikan hasil pemeriksaaan kepada pihak berwewenang yang memintanya secara tertulis sesuai ketentuan perundang-undangan.

(7) Seorang dokter dapat membuka rahasia medis seorang pasien untuk kepentingan pengobatan pasien tersebut, perintah undang-undang, permintaan pengadilan, untuk melindungi keselamatan dan kehidupan masyarakat setelah berkonsultasi dengan organisasi profesi, sepengetahuan/ijin pasien dan dalam dugaan perkara hukum pihak pasien telah secara sukarela menjelaskan sendiri diagnosis/pengobatan penyakitnya di media assa/elek-

tronik/internet.

(8) Seorang dokter wajib menyadari bahwa membuka rahasia jabatan dokter dapat membawa konsekuensi etik, disiplin dan hukum.

Adapun orang-orang yang diwajibkan menyimpan rahasia kedokteran adalah:

1. Tenaga kesehatan
2. Mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan
3. Orang lain yang ditetapkan oleh Menteri.,

Walaupun demikian, dalam keadaan-keadaan tertentu dokter harus juga mengungkapkan rahasia kedokteran, demi untuk kepentingan pihak lain.

a. Karena penetapan undang-undang: Pembuatan Visum et Rivertum, Pelaporan penyakit yang menimbulkan wabah (UU NO. 4 tahun 1984 tentang Wabah),
b. Menjalankan perintah undang-undang (pasal 50 KUHP), Menjalankan perintah jabatan (Pasal 51 KUHP).
c. Untuk kepentingan umum, seorang sopir yang menderita penyakit ayan bisa menimbulkan bahaya pada orang jlain ika tidak dikemukakan.
d. Untuk kepentingan pasien sendiri, jika seorang pasien yang hendak menikah dengan seorang penderita AIDS.

Pelanggaran terhadap kewajiban untuk menyimpan rahasia kedokteran dapat dijatuhkan sanksi:

1. Sanksi hukum pidana yaitu pasal 322 KUHP: "Barangsiapa dengan sengaja membuka rahasia yang wajib disimpannya kaarena jabatan atau pekerjaannya, baik yang sekarang maupun yang dahulu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana denda paling banyak enam ratus rupiah".
2. Sanksi hukum perdata yaitu pasal 1365 KUH Perdata: Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian

kepada orang lain, mewajibkan orang-orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut".

3. Sanksi administratif yaitu pasal 54 Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan:" Terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin".
4. Sanksi masyarakat: tenaga kesehatan yang membocorkan rahasia kedokteran akan dijauhi oleh pasien dan masyarakat.

Akan tetapi, berkaitan dengan sanksi hukum pidana, dalam hal tertentu dokter diperhadapkan kepada keadaan yang dilematis sehubungan dengan pasal 322 KUHP. Dalam hal ia diperhadapkan sebagai saksi dengan keharusan mengungkapkan rahasia kedokteran dalam sidang pengadilan berkenaan dengan dengan pasal 187b, pasal 187 c KUHAP yo pasal 8b yo pasal 10 Permenkes No. 269 Tahun 2008. Ketentuan pasal 322 KUHP melarang dokter untuk mengungkapkan rahasia kedokteran (dokter bersikap pasif), sebalinya pasal 224 KUHP mewajibkan dokter untuk memberikan kesaksian (dokter bersikap aktif).

Untuk mengetahui dengan pasti sejauhmana batasan kewajiban hukum dokter untuk menyimpan rahasia profesi dengan kewajiban hukum memberikan kesaksian itu terletak ditangan hakim yang berwenang untuk menentukan sah tidaknya berdasarkan pasal 170 KUHAP. Batasan-batasan itu adalah:

1. Dalam hal dokter hadir di pengadilan sebagai saksi ahli tanpa ada sangkut pautnya dengan pihak yang berperkara maka dokter bebas untuk memberikan keterangan sesuai dengan keahlian, tanpa menunjuk person tertentu.
2. Jika dokter tampil di pengadilan, sebagai pihak yang digugat oleh pasiennya, maka dokter dapat mengungkapkan hal-hal yang diketahui atas rahasia penyakit pasiennya. Hal ini

sebagai konsekuensi logis bahwa pasien telah melepaskan hak privacy (waiver right) dan dokter memiliki hak untuk membela kepentingannya.

3. Jika dokter diminta oleh pasiennya untuk menjadi saksi bagi pasien yang berperkara dengan pihak lain, maka dokter pun boleh mengungkapkan rahasia yang diketahui atas diri pasein, karena si pasien telah dianggap menggunakan hak waiver atau dokter dapat juga menolak permintaan pasiennya melalui hak tolak ungkap (Verschongsrecht).

Dari sisi praktik pelayanan kemungkinan dapat terjadi dilematis rahasia medik. Sebagai ilustrasi jika kunjungan pasien ke dokter adalah kunjungan yang bersifat sangat pribadi. Saat berkunjung, pasien ingin menceritakan tentang penyakit serta keluhannya. Saat menangani pasien, dokter membutuhkan informasi lain seperti riwayat penyakit sebelumnya, riwayat keluarga, anak-anaknya, pekerjaannya, hubungan istri atau suami, dan sebagainya. Ketika memeriksa pasien, dokter akan menemukan lebih banyak lagi hal yang bersifat sangat pribadi. Jika dokter meminta pasien melakukan pemeriksaan lainnya, akan lebih banyak lagi terkuak hal-hal pribadi pasien tersebut. Misalnya, dari pemeriksaan laboratorium dokter dapat berkesimpulan bahwa pasien tiu adalah pecandu minuman keras, mengalami infeksi saluran kemih, mengidap HIV/AIDS dan lainnya.

Bagi seorang dokter/tenaga medis, menjaga menjaga rahasia pasien sering menjadi dilema, terutama jika bertentangan dengan kepentingan pihak lain atau bahkan kepentingan umum. Karena dalam ilmu hukum diajarkan bahwa menjaga rahasia pasien oleh dokter tidaklah mutlak. Artinya, dalam hal-hal tertentu rahasia medik boleh bahkan wajib dibuka kepada pihak lain. Jika misalnya seorang pasien yang menderita HIV/AIDS, kemudian pasien tersebut ingin mendonorkan darahnya kepada pihak lain tersebut terancam terkena penyakit yang mematikan itu, secara etika dan hukum dokter wajib memberi tahu bahwa pendonor tersebut menderita AIDS. Hal ini,

rahasia pasien tersebut bertentangan dengan kepentingan umum, sehingga kepentingan umum harus lebih didahulukan. Di samping untuk kepentingan umum, kekecualian lain terhadap kewajiban menjaga rahasia tersebut mestinya berlaku dalam hal-hal antara lain:

1. Jika ada persetujuan dari pasien untuk dibuka informasinya
2. Jika dilakukan komunikasi dengan dokter yang lain dari pasien itu
3. Jika informasi tersebut tidak tergolongkan rahasia.

Selain itu, terdapat beberapa alasan bagi dokter untuk membuka rahasia kedokteran, hal tersebut diatur dalam Pasal 48 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik, yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 48 UU Praktik Kedokteran:

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran.
2. Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
3. Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kedokteran diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 10 ayat (2) Permenkes No. 269 Tahun 2008:

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:

a. untuk kepentingan kesehatan pasien;
b. memenuhi permintaan aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
d. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan

perundang-undangan; dan

e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Dari dua pasal di atas, terlihat bahwa selain hal-hal di atas dokter tidak dapat membuka rahasia kedokteran. Namun dalam permasalahan ini, guna kepentingan terbaik bagi anak maka dokter dapat memberitahukan orang tua atau wali anak tersebut untuk kemudian orang tua atau wali tersebut melaporkan pada Pihak Kepolisian.

Bagi seseorang yang belum dewasa, dokter dapat memberitahukan hasil pemeriksaan pada walinya atau orangtuanya karena bukan hanya karena seorang anak belum cakap, namun juga terdapat konsekuensi psikologis bagi anak tersebut. Wali atau orangtua tersebut setelah mengetahui adanya tanda-tanda kekerasan seksual pada anak mereka dapat melaporkan pada Pihak Kepolisian. Definisi wali sendiri diatur dalam Pasal 1 angka 5 Undang-Undang No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, adalah: "Wali adalah orang atau badan yang dala kenmyataannya menjalankan kekuasaan asuh sebagai orang tua terhadap anak".

Bila anak tersebut diasuh oleh orang tuanya maka beritahukanlah tanda-tanda kekerasan seksual tersebut pada orang tuanya. Dalam perkara tersebut, berdasarkan keterangan dokter, orang tua dapat melaporkan kekerasan seksual yang terjadi pada anaknya kepada Pihak Kepolisian untuk diadakan penyidikan dan visum.

Dalam perkara ini, terdapat peran dokter yang memeriksa pertama kali tersebut. Dokter yang pertama kali mengetahui tanda-tanda kekerasan seksual pada anak tersebut dapat didatangkan untuk dijadikan saksi. Ketika dokter dihadapkan sebagai saksi, dokter dapat mengutarakan apa yang diketahuinya terkait pasien (anak) tersebut. Namun dokter tersebut juga mempunyai hak undur diri sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, yang berbunyi:

"Mereka yang karena pekerjaan, harkat martabat atau jabatan-

nya diwajibkan menyimpan, dapat minta dibebaskan dari kewajiban untuk memberi keterangan sebagai saksi, yaitu tentang hal yang dipercayakan kepada mereka". Pengecualian terhadap pasal Pasal 170 ayat (1) ini telah dikemukakan sebelumnya.

F. Surat Keterangan Medik

Dalam menjalankan profesinya, tidak jarang seorang dokter membuat berbagai jenis keterangan medik untuk pihak tertentu. Hal ini sering membawa permasalahan tersendiri, karena dapat menyangkut masalah hukum yang lebih luas. Berberapa surat keterangan medik yang dikeluarkan olrh dokter untuk berbagai kepentingan. Dilihat dari segi kepentingannya, maka surat keterangan medik dapat dibedakan atas (IDI, 1994):

1. Surat keterangan medik untuk kepentingan peradilan

   Keterangan medik seperti ini adalah menyangkut *Visum et Rivertum*. kewajiban dokter untuk membuat Visum et Rivertum ini telah diatur dalam pasal 133 KUHAP. Visum et Rivertum ini akan dijadikan sebagai alat bukti di depan sidang pengadilan. *Visum et Rivertum* adalah laporan tertulis yang dibuat oleh dokter dengan menggunakan dengan menggunakan pengetahuan kelimuannya yang sebaik-baiknya berdasarkan sumpah, atas apa yang dilihat dan ditemukan pada benda bukti (manusia atau benda yang berasal dari tubuh manusia) untuk kepentingan peradilan.

   Dalam menangani kasus untuk membantu proses peradilan di sini peran dokter sebagai ahli forensik. Di sini korban yang diperiksa berstatus sebagai benda bukti dan diatur dalam peraturan perundang-undangan secara imperatif. Tindakan yang dilakukan oleh dokter di sini adalah pemeriksaan forensik yang bertujuan untuk menegakkan keadilan.

2. Surat keterangan medik untuk kepentingan bukan peradilan

   Surat keterangan medik seperti ini antara lain surat

keterangan sakit, keterangan sehat, dan keterangan kematian. Surat keterangan sakit umumnya diberikan terhadap pasien yang memerlukannya. Penggunaan surat keterangan sakit oleh pasien digunakan pada pelbagai kepentingan yang umumnya diserahkan kepada pihak ketiga misalnya untuk sekolahnya, instansi tempat bekerja, dan bahkan untuk menunda sidang pengadilan.

Sesuai dengan namanya, surat keterangan sakit memuat pernyataan tertulis seorang dokter tentang keadaan pasiennya yang sakit. Dipandang dari sudut hukum kesehatan, pemberian surat keterangan sakit dilaksanakan oleh seorang dokter dalam rangka menjalankan profesinya. Disini sebenarnya terbentuk suatu transaksi terapeutik yang dapat berarti bahwa surat keterangan itu dituliskan berdasarkan hasil pengamatan dan pemeriksaannya sendiri.

Dalam konstruksi ini dokter menyatakan sepakat untuk berusaha mengobati pasien dengan menggunakan pengetahuan yang sebaik-baiknya. Tetapi dokter tidak dapat menjamin keberhasilan usaha tersebut. Jadi transaksi ini didasarkan pada perjanjian usaha *(inspanningverbintennis)* bukan perjanjian berdasarkan hasil *(resultaatverbintennis)*.

Umumnya masyarakat masih belum bisa membedakan antara surat keterangan sakit (yang mengandung unsur subjektif) dan surat keterangan penyakit (yang mengandung unsur objektif). Pada surat keterangan penyakit yang menajdi ukuran adalah ada atau tidaknya kelainan anatomis atau fungsi tubuh. Sehingga bila yang diminta adalah surat keterangan sakit, maka dokter tidak menjanjikan telah memastikan ada tidak rasa sakit itu, terutama pada pasien berpura-pura sakit (simulasi). Dari segi yuridis, dokter tidak dapat dipersalahkan akan hasil pemeriksaan itu, asalkan telah berusaha memeriksa sesuai dengan standar profesi.

Selain surat keterangan sakit, kita kenal surat keterangan

sehat. Surat keterangan sehat pada umumnya tidak begitu banyak menimbulkan masalah, karena tidak akan menimbulkan keadaan "tidak hadir" yang dapat merugikan pihak ketiga. Penggunaan surat keterangan sehat oleh pasien dapat beraneka ragam, yang umumnya juga diserahkan kepada pihak ketiga, misalnya untuk sekolahnya atau instansi tempat bekerja.

Umumnya surat keterangan sakit diikuti dengan pernyataan agar pasien harus beristirahat atau tidak melakukan kegiatan selama jangka waktu tertentu. Keadaan tak hadir inilah yang biasanya menimbulkan permasalahan pihak ketiga misalnya pada instansi tempat bekerja atau sidang pengadilan.

Hal yang mendasari untuk menentukan terganggu tidaknya kesehatan pasien, yang dikaitkan dengan perlu tidaknya seseorang diberi istirahat dan menghentikan kegiatannya adalah adanya perasaan sakit. Perasaan sakit ini bisa merupakan hal yang bersifat subyektif oleh karena tidak jarang suatu penyakit tidak menimbulkan rasa sakit. Sebaliknya, seseorang dapat mengeluh sakit, walaupun secara klinis tidak ditemukan kelainan anatomis maupun fisiologis.

Surat keterangan sehat pada prinsipnya menunjukkan adanya kemampuan terutama secara fisik untuk melakukan pekerjaan tertentu atau menghadapi keadaan dan situasi tertentu misalnya keterangan sehat untuk mengemudi atau akan belajar di luar negeri. Dokter di sini dapat dimintai pertanggung jawabannya bila terjadi sesuatu hal yang bisa menimbulkan kecelakaan akibat keterangan pemeriksaan yang diberikannya itidak benar.

Surat kematian umumnya berisikan pernyataan telah meninggalnya seseorang dan perkiraan kasar tentang penyebab kematiannya apakah disebabkan oleh penaykit menular atau tidak. Pernyataan penyebab kematian tersebut sebenarnya merupakan pengungkapan rahasia pekerjaan/jabatan, tetapi hal ini diperkenankan sepanjang itu menyangkut kepentingan

umum. Dari segi yuridis, dengan meninggalnya seseorang maka akan terjadi peralihan hak-hak maupun kewajiban-kewajiban dari almarhum atau almarhumah. ●

BAB XV

REKAM MEDIK *(MEDICAL RECORD)*

A. Pendahuluan

Salah satu indikator untuk menilai mutu suatu pelayanan kesehatan adalah dengan tersedianya suatu rekam medik yang lengkap dan akurat. Tanpa kelengkapan dan keakuratan rekam medik menimbulkan kesan bahwa pelayanan kesehatan tidak berlangsung semestinya dan sulit membayangkan fakta aktual yang terjadi Ini disebabkan karena rekam medik merupakan kumpulan segala segala kegiatan para pelaksana kesehatan yang ditulis dan digambarkan atas aktivitas mereka terhadap pasien.

Hayt dan Hayt malah menyebut sebagai kompilasi fakta yang berhubungan dengan sejarah perkembangan kesehatan pasien, penyakitnya dan pengobatan yang diterima. Suatu kompilasi dokumenter yang dapat dipergunakan dalam berbagai hal oleh dokter, pasien, institusi kesehatan di mana pasien dirawat, masyarakat luas maupun untuk pengembangan ilmu kedokteran.

Menurut Huffman dalam *"Medical record management" medical record is the who, where, and how of patient care during hospitalization. It must containt sufficient information to clearly identify the patient, to jsutify the diagnosis and treatment, and record the result.* Jadi inti

rekam medik adalah sarana yang mengandung informasi tentang penyakit dan pengobatan pasien yang ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan suatu pelayanan kesehatan.

Dalam kaitan dengan hal di atas Pozgar (1996: 373 –376) menegaskan medical record dimaksudkan "*to record the the course of a patient's treatment and the changes in a patient's condition; to document the communication between the practioner responsible for the patient and any other health professional who contributes to the patient's care; to assist in procteting the legal interests of the patient, the organization, and the practioner. ……..medical records aid police inverstigation, provide information for determining the cause of death, and indicate the extent of injury in workers' compensation or personal injury proceedings*".;

B. Sejarah Perkembangan Rekam Medik

Menurut sejarahnya, perkembangan rekam medik berjalan seiring dengani ilmu kedokteran. Sejak tahun 3.000-2.500 SM rekam medik telah ada walaupun masih dalam bentuk primitive berupa tulisan-tulisan pada dinding gua, batu, daun-daun yang telah dikeringkan.

Di Mesir pada tahun 3.000-2.500 SM telah didapati catatan-catatan ilmu kedokteran. Pada waktu ituterdapat banyak catatan pada dinding pyramid. Thouth seorang tabib Mesir yang juga dianggap sebagai dewa telah banyak menulis mengenai anatomi, ilmu penyakit, instrument dan ilmu obat-obatan. Imhotek seorang tabib yang merangkap sebagai arsitek Mesir telah banyak menulis tentang pengobatan.

Edwin Smith dan George Ebert telah menemukan catatan yang dituls pada daun-daun Papyrus. Aesculapius seorang tabib yang telah membuat catatan tentang ilmu kedokteran. Hippocrates (450-377SM) telah membuat catatan yang lengkap mengenai kasus-kasus penyakit yang telah ditemukan. Galen, 600 tahun setelah Hippocrates telah menyusun catatan tentang ilmu pengobatan dan ilmu penyakit dalam suatu buku, sehingga membentuk suatu

perpustakaan dalam bidang ilmu kedokteran.

Dalam kita Bible (Kristen) dan Taimud (Yahudi) telah tertera ilmu kedokteran. Rhazes (Al-Ghazali) tahun 965-925 M di rumah sakit Persia telah menulis banyak buku-buku kedokteran mengenai pengobatan penyakit cacar dan penyakit infeksi lainnya. Demikian pula Avicena (Ibnu Sina) yang hidup 980-1037 M banyak menulis ilmu-ilmu kedokteran.

Di London, rumah sakit St. Bartholomous mulai membuat catatan dari penderita yang dirawat di rumah St. Bartholomous mendapat dukungan dan perhatian pemerintah atas usaha-usahanya yang telah dijalankan. Andreas Vesalius (1514-1554) telah menggunakan Record dengan sebaik-baiknya sehingga bias menyusun anatomi. Dr. William Harvey di RS. Bartholomous telah menganjurkan kepada dokter-dokter untuk membuat record dari pengobatan penderita.

Pada tahun 1913 seorang dokter ahli bedah Franklin Martin yang ingin memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien dan mendidik dokter-dokter bedah baru dengan menganjurkan aar mempergunakan rekam medik sebagai alat menilai pelayanan di rumah sakir untuk kepentingan penelitian. Pada tahun 1921 rumah sakit Massachusert's mempunyai *clinical record* yang komplit dan dilengkapi dengan perpustakaanya.

Di Indonesia sejak jaman kemerdekaan rumah sakit sudah melalkukan kegiatan pencatatan, hanya saja belum dilaksanakan dengan baik sebagaimana pencatatan dengan informasi yang benar. Dengan lahir PP No. 10 tahun 1960 tentang Kewajiban Menyimpan Rahasia Kedokteran ditetapkan agar semua tenaga kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran termasuk berkas rekam medik. Kemudian SK. Menkes RI No. 034/ Birhup/1972 tentang Sistem Referral menyatakan guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik maka setiap rumah sakit mempunyai dan merawat statistic yang up to date, serta membuat rekam medik berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Dengan dikeluarkan Permenkes No. 269/MENKES/PER/111/2008 tentang Rekam Medis merupakan landasan hukum pelaksanaan rekam medik semua tenaga kesehatan di rumah sakit. Tahun 1981 Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah mengeluarkan SK. No. 78 tahun 1991 tentang Petunjuk Teknis penyelenggaraan rekam medik di seluruh rumah sakit di Indonesia (Dep. Kesehatan, 1994).

C. Tujuan dan Kegunaan Rekam medik

Pembuatan suatu rekam medik bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang mentukan dalam upaya pelayanan di rumah sakit.

Sejak dulu hubungan dokter pasien bertumpu pada unsur kepercayaan bahwa dokter mampu memberikan pelayanan kesehatan dan mampu dipercaya untuk menyimpan rahasian kedokteran mengenai penyakit pasien dan hal-hal lain yang sifatnya privacy. Karena itu dapat dikatakan bahwa informasi yang tersimpan dalam rekam medik bersifat rahasia yang dijaga kebocorannya. Rekam medik mengandung 2 kategori informasi yaitu:

1. Informasi yang mengandung kerahasiaan meliputi perihal pemeriksaan, pengobatan, pengamatan mengenai pasien yang bersangkutan. Informasi ini berkaitan dengan kewajiban simpan rahasia kedokteran sehingga tidak boleh disebar luaskan.
2. Infromasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan berisikan identitas pasien serta informasi non medis lainnya.

Kegunaan rekam medik adalah:

1. Administrative value

   Rekam medik mempunyai peranan penting di dalam pengelolaan rumah sakit. Pihak administrator tenaga kesehatan sesungguhnya baru dapat menjalankan kegiatan pelayanan kesehatan dengan baik jika dilengkapi dengan

rekam medik. Nilai administratif ini berkaitan dengan tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan dalam mencapai tujan pelayanan kesehatan.

2. Legal value

   Rekam medik merupakan alat bukti baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan di depan sidang pengadilan, karena ia berisikan tentang siapa, kapan, bagaimana tindakan medik itu berlangsung. Denagn demikian suatu rekam medik memberikan jaminan kepastian hukum atas adasar keadilan dalam rangka menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

3. Financial or fiscal value

   Biaya yang ditanggung pasien selama dalam perawatan berasal dari rentetan kegiatan pelayanan kesehatan dapat dipakai sebagai perencanaan rumah sakit untuk masa yang akan datang. Karena itu isi suatu rekam medik dapat dijadikan sebgai bahan untuk menetapkan biaya pemabayaran pelayanan di rumah sakit. Sebab tanpa adanya bukti catatan, tindakan atau pelayanan maka pemabayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.

4. Research value

   Semua penyakit dan perjalanannya serta pengaruh pengobatan dan lain-lain berasal dari data yang diambil dari rekam medik yang dapat dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Karena itu isi suatu rekam medik mengandung informasi sebagai bahan untuk penelitian dan pengembangan imu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Education value

   Rekam medik berisi data dan informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan medis yang diberikan kepada pasien dapat digunakan sebagai bahan pendidikan dan pengajaran. Karena isi rekam medik menyangkut data

atau informasi tentang perkembangan kronologis dari kegaiatan pelayanan kepada pasien. Informasi ini dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang kesehatan.

6. Documentary value

   Semua bahan pengamatan yang dikumpulkan, ditata dan disiapkan untuk dipakai baik bentuknya tertulis, foto, hasil ECG dan lain-lain. Dokumen ini dapat dieprgunakan bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit

Berkaitan dengan fungsi dan peranan rekam medik, Picard (Soekanto, 1987) mengutip pendapat Canadian Council on Hospital Acreditation mengemukakan sebagai berikut:

"Medical record are an importan tool in the practice of medicine.They serve as a basis for planning patient care; they provide a means of communication between attending physician and other physician and with nurses and other professional groups contributing to patient's care, they furnish documentary eveidence of the course of the patient's illness, treatment and response to treatment. Very importantly in the accredited hospital, they serve as the basic document for medical staf's review, study an evaluation of the medical care rendered to the patient. For this reason the C.C.H.A considers the quality care given in a hospital, but a valuable tool to maintain quality care and promote staf education".

Jadi dari suatu rekam medik dapat dievaluasi perjalanan penyakit, tindakan dokter serta obat-obat yang dipakai dalam penegakan terapinya. Hal ini mengingat karena catatan yang terdapat dalam berkas rekam medik merupakan rangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan kesehatan kepada pasien. Ia merupakan bukti dokumentasi rumah sakit terhadap segala usahanya dalam menyembuhkan pasien.

Ini berarti bahwa tanpa pencatatan ke dalam rekam setiap hasil pemeriksaan ke dalam rekam medik dapat berpengaruh baik pada kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang bersangkutan.

Akibat yang ditimbulkan dari kelalaian ini bila kelak timbul tuntutan hukum dari pasien dan atau keluarganya baik terhadap dokter dan tenaga kesehatan lainnya maupun terhadap rumah saklit atas pelayanan yang diberikan kepadanya.

D. Dasar Hukum Rekam Medik

Di Indonesia rekam medik diatur dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/111/2008 tentang Rekam Medis. Pada pasal 1 Permenkes No. 269/MENKES/PER/111/2008 disebutkan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Penulisan catatan itu harus jelas, kalau terjadi kesalahan harus dicoret dengan satu garis, sehingga kesalahan masih dapat dibaca dan diparaf, tidak boleh dihapus dengan tip-ex.Pasal 5 Pemuatan data dilakukan secara kronolgis dalam lembaran berkas yang mesti berurutan. Dokter/dokter gigi wajib membuat rekam medis:

1. Harus dibuat segera setelah Pasien menerima pelayanan
2. Catatan dan Dokumentasi terdiri dari hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain.
3. Tanda tangan dr, drg dan tenaga kesehatan tertentu
4. Kalau ada kesalahan tulis dapat dibetulkan
5. Cara pembetulan: dicoret, ditulis pembetulannya dan diparaf.

Rekam medik harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan. Makna dari ketentuan ini adalah bahwa setiap pemeriksaan yang dilakukan harus disertai pencatatan ke dalam rekam medik.

Dalam pasal 8 Permenkes R.I. No. 269 tahun 2008 dijelaskan tentang penyimpanan, pemusnahan, dan kerahasiaan bahwa:

1. Pasien rawat disimpan sampai minimum 5 tahun
2. Setelah 5 tahun dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan kedokteran

3. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan kedokteran setelah sampai 10 tahun
4. Ayat (3) di atas dilaksanakan oleh petugas yang di tunjuk oleh Pimpinan Sarana pelayanan kesehatan dan bagi institusi non rumah sakit menurut pasal 9 disimpan sampai minimal 2 tahun.

Sebagai perbandingan di India berkas rekam medik dapat sekurang-kurangnya 10 tahun, sedang di Israel berakas rekam medik dapat disimpan selama 100 tahun. Permenkes R.I. No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medik secara eksplisit menyatakan berkas rekam medik milik sarana pelayanan kesehatan, sedang isinya menjadi milik pasien. Berkas ini dsimpan sampai lima tahun terhitung dari tanggal terakhir berobat. Kasus hilangnya berkas rekam medik Tatang Tedy seorang pegawai Puskesmas di Cimalaya yang setelah menjalani operasi pada RSHS Bandung justru semua bagian tubuhnya lumpuh total. Meskipun kasus ini belum sempat dimejahijaukan akan tetapi Tatang sebenarnya untuk menuntut pertanggungjawban RSHS Bandung atas kelalaiannya yang telah mengakibatkan kerugian yang beruntun, dipecat dari pekerjaannya serta gagal mendapatkan bantuan, hanya karena tidak dapat mengajukan bukti atau argumen tentang kesehatannya yang semestinya dapat dilakukan dengan menunjukkan berkas rekam medik.

Yang wajib menyimpan RHS pasal 10 ayat (1) adalah dokter/ dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola rekam medis serta pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Inforasi dalam rekam medis menurt ayat (2) pasal ini dapat dibuka jika:

a. Untuk kepentingan kesehatan pasien
b. Memenuhi permintaan aparat penegak hukum
c. Permintaan dan/ persetujuan pasien sendiri

Dalam pasa12 disebutkan berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis milik pasien di mana isi rekam medis dalam bentuk ringkasan rekam medis. Pada

ayat (4) ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat/di copy oleh pasien/orang lain yang diberi kuasa/atas persetujuan tertulis pasien/ keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Jadi dari segi yuridis rumah sakit sebagai pemilik segala catatan yang yang ada di rumah sakit termasuk rekam medik. Ini berarti bahwa berkas rekam medis tidak boleh keluar dari sarana pelayanan kesehatan, pasien tidak boleh membawa pulang berkas ini. Jika pasien, penyidik, saksi maupun saksi ahli membutuhkan berkas rekam medis hanya diberikan photo copy.

Sedangkan pasal 10 ayat (2) Permenkes tersebut menyatakan bahwa rekam medik merupakan berkas yang wajib dijaga kera-hasiaannya. Pasien berhak mengetahui dan melihat berkas rekam medis miliknya untuk kepentingan second opinion, sebagi dasar pembiayaan kesehatan, catatan pribadi, maupun sebgai alat bukti di depan pengadilan.

Tanggung jawab rumah sakit terhadap berkas rekam medik bukan hanya terbatas pada pemaaparan isi rekam medik, tetapi juga bertanggung jawab atas hilangnya, rusaknya, atau pemalsuan rekam medik, serta penggunaan oleh orang badan atau badan yang tidak berhak.

Pozagar (1996) menyatakan:

"*the duty of an organization's employees and staff to maintain confidentiality encompassses both verbal and written communication. This requirement also applies to consultants, contracted individuals, students, and volunteers. Information about patient, regardless of the method in which it is required, is confindential and should no be disclosed without the patient's permission*".

Mengenai pemilikan rekam medik Miller berpendapat (1996) bahwa:

"*the medical records is unusual type of property because, physically, it belongs to the hospital and the hospital must exercise considerable control over access, but the patient and others have an interest in the information in the record. The hospital owns the papper or otheer*

material on which the information is recorded, but it is just a custodian of the information. The patient and others have a right of access to the information in many circumstnaces, but they do not have a right to posession of original records. Courts have also ruled that patient do not have a right to X –ray negatives. The patien does not purchases the professional service of interpreting the X-ray. Thus, the could not use the physician's retention of the X-ray as defense to a suit to collect professional fees".

Rekam medik dapat dipakai sebagai: Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien,bahan pembuktian dalam perkaran hokum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Bambang Poernomo (2000) mengemukakan setiap rumah sakit harus tersedia rekam medik yang standar dan meuat formulasiyang singkat tetapi jelas serta terpelihara dengan baik oleh tenaga ahli ahli rekam medik. Rekam medik menjadi (1) milik pasien yang terpelihara di rumah sakit karena logika hukum jika terjadi kasus (dapat disita oleh polisi/pengadilan (2) dapat dituntut oleh pasien untuk dimusnahkan karena rahasia tidak menghendaki dibaca/diketahui orang lain (3) dapat diperguanakan oleh pasien untuk kepentingan pihak ketiga dalam rangka pekerjaan atau asuransi.

Fungsi rekam medik di atas memperlihatkan kepada kita bahwa salah satu usaha untuk melindungi pelayanan kesehatan dari tuntutan pidana atau tuntutan ganti rugi ialah dengan mengusahakan rekam medik yang akurat. Berkas rekam medik itu bukti penting bagi rumah sakit apabila kelak timbul suatu perkara, karena memuat catatan medik tentang apa yang telah dilakukan oleh rumah sakit.

Menghadapi tuntutan pidana berkaitan dengan kasus malpraktik seperti dokter dalam melakukan pengobatan mengakibatkan pasien menderita luka ringan atau luka berat atau bahkan meninggal dunia, maka dalm persidangan dokter sebagai terdakwa

dapat menyodorkan rekam medik sebagai alat bukti berdasarkan pasal 184 KUHAP untuk menguatkan pembuktiannya ataupun untuk menyangkal tuduhan terhadap dirinya. Sebab rekam medik dapat menjelaskan terapi apa yang telah dilakukan dokter terhadap pasiennya, sudah sesuai dengan standar profesi atau belum sehingga dengan demikian hakim dapat meentukan apakah perbuatan dokter itu dilakukan dengan sengaja atau tidak dan apakah dokter dapat diperslahkan atau tidak.

Lain halnya dengan tuntutan ganti rugi terhadap dokter atas kesalahan baik yang disengaja ataupun karena kelalaian dalam pengobatan biasanya didasarkan atas hubungan transaksi terapeutik. Konsekuensi dari transaksi ini pada beban pembuktian, bahwa apakah tindakan yang dilakukan oleh dokter itu bertentangan dengan perjanjian (wanprestasi) sesuai dengan pasal 1234 KUH Perdata ataupun perbuatan melanggar hukum pasal 1365 KUH perdata. Dalam hal-hal biasa, pasien (penggugat) lah yang harus membuktikan kesalahan atau kelalaian pada pihak dokter atau rumah sakit (tergugat).

Prinsip pembuktian di atas erat kaitannya dengan pasal 163 HIR yakni " Barangsiapa yang mengatakan mempunyai sesuatu hak atau kejadian untuk menegakkan hak itu, atau untuk membantah hak orang lain, maka orang itu harus membuktikan adanya hak itu atau adanya kejadian itu". Namun dalam hal-hal tertentu, keslahan atau kelalaian dari pihak dokter atau rumah sakit sedemikian jelasnya sehingga orang awampun dapat menilainya. Kasus Gobin Prasad, seorang anak anggota parlemen India, telah ditabrak sebuah truk serta mengalami patah tulang. Ia di bawa ke rumah sakit dan entah bagaiman oleh dokter bedah rumah sakit tersebut mengatakan harus diamputasi. Namun apa lacur yang diamputasi ternyata kaki yang sehat. Kaki yang patah yang seharusnya dibuang tetap melekat pada tubuhnya. Pemidahan beban pembuktian (the shifting burden of proof) pada kasus semacam ini dapat dilakukan dengan memakai ajaran "Res ipsa loquitor" artinya "the thing speaks for

itslf" fakta suadah berbicara. Prinsip tanggung jawab hukum ini biasa disebut dengan Strict Liability. Doktrin ini juga diserta dengan konsep praduga bersalah artinya dari awal diduga bersalah sampai ia membuktikan ketidak salahannya.

Terlepas dari siapa yang dibebani pembuktian maka baik pasien maupun, perawat, dan rumah sakit dapat mengajukan rekam medik sebagai salah satu alat bukti (pasal 164 HIR) untuk mengukuhkan atau untuk menangkal gugatan.

E. Aspek Hukum Dokumentasi Rekam Medik

Dokumentasi catatan keperawatan merupakan bagian yang ada dan menyatu didalam berkas rekam medik. Pertimbangan yang melatar belakangi perlunya dibuat rekam medik ialah untuk mendokumentasikan semua kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pasien serta menyediakan media komunikasi diantara tenaga kesehatan bagi kepentingan keperawatan penyakitnya pada saat ini maupun yang akan datang. Oleh sebab itu maka semua data medik diungkapkan dan dicatat dalam bentuk sedemikian rupa sehingga dapat dipakai sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan yang merawat pasien tersebut.

Pengumpulan data klien memiliki karakteristik lengkap, akurat, nyata, dan relevan yang bermakna:

1. Lengkap di mana data yang terkumpul harus lengkap guna membantu mengatasi masalah klien yang adekuat.
2. Akurat dan nyata di mana dalam pengumpulan data kemungkinan terjadi salah paham. Untuk mencegah hal tersebut perawat harus berpikir secara akuratbdan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati, dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang sekiranya mertagukan.
3. Relevan dalam arti bahwa buat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Dengan mencatat data yang relevan

sesuai masalah klien merupakan data fokus terhadap maslaha klien sesuai dengan situasi khusus.

Melalui pencatatan data yang akurat, relevan, dan lengkap maka diharapkan dapat mengurangi adanya kesalahan dalam memberikan pelayanan keperawatan terhadap klien. Hal inipun dibutuhkan oleh tenaga kesehatan lainnya seperti adanya komunikasi antara perawat dan dokter didasarkan kebenaran informasi.

Rekam medis sebagai dokumen adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran dan Pasal 1 angka (1) PerMenKes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik). Kepentingan terhadap rekam medis ini tidaklah hanya penting di bidang kesehatan saja, namun juga di bidang hukum. Hal ini dikarenakan bahwa salah satu dari pemanfaatan rekam medik sebagaimana diatur dalam Pasal 13 Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik adalah sebagai alat bukti.

Berhubungan dengan kepentingan inilah lalu pihak-pihak yang terkait di dalamnya ingin memiliki rekam medik ini. Rekam medik pada dasarnya dimiliki oleh pihak pasien dan juga pihak tenaga medis, pihak-pihak yang berkepentingan ini memiliki hak atas kepemilikan rekam medik dalam jenis dan bentuknya masing-masing. Berdasarkan kepemilikannya, para pihak berhak untuk dapat menggunakan rekam medik tersebut sesuai dengan fungsinya, yang salah satunya adalah sebagai bukti hukum di persidangan. Rekam medis dapat dipergunakan sebagai alat bukti di dalam persidangan guna memenuhi syarat yang dicantumkan dalam sistem pembuktian yang dianut oleh KUHAP.

Dalam KUHAP Pasal 184 ayat (1) huruf c, ditegaskan, alat bukti dalam perkara pidana terdiri atas:

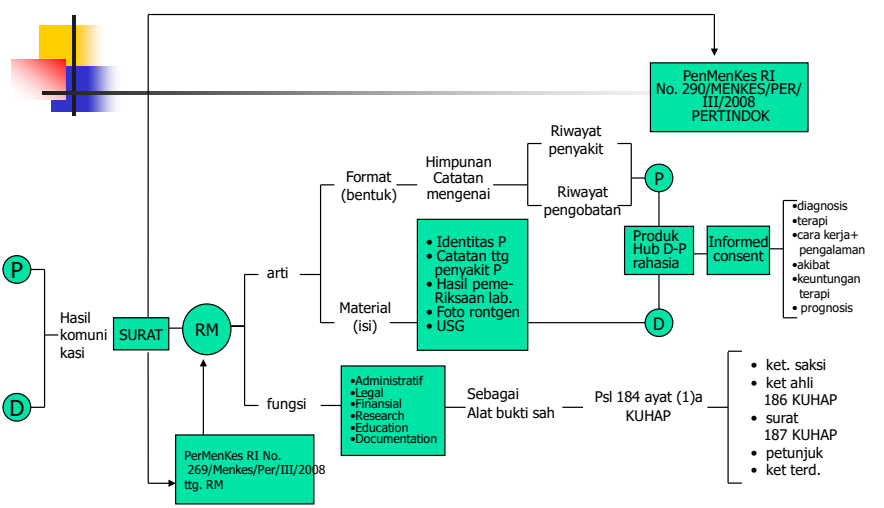
a. Keterangan terdakwa
b. Keterangan saksi

c. Keterangan ahli
d. Surat
e. Petunjuk

Jika dicermati ketentuan pasal 184 ayat (1) huruf c KUHAP, maka rekam medik digolongkan sebagai alat bukti surat. Dalam sengketa pelayanan kesehatan dalam perkara perkara perdata (Pasal 164 HIR) atau tuntutan pidana maka rekam medik ini juga dapat dijadikan alat bukti baik bagi pasien dan atau keluarganya untuk menguatkan gugatannya atau tuntutan pidana.

Dokter dan tenaga kesehatan lainnnya serta fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat menggunakan rekam medik sebagai alat bukti untuk menangkal gugatan pasien dan atau keluarganya atau tuntutan pidana yang dalam isi rekam medik tersebut berbeda dengan tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, tindakan medis mana yang dilakukan oleh dokter telah sesuai dengan Standar Profesi Medis. Dengan kata lain rekam medik sebagai alat bukti berfungsi ganda, dapat digunakan oleh pasien dan atau keluaganya maupun tenaga kesehatan dan fasiltas kesehatan di pengadilan Untuk jelasnya dapat dilihat gambar berikut.

Rekam Medik (RM) Sebagai Alat Bukti Yg Berfungsi Ganda



BAGIAN 5

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN

BAB XVI

PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Perlindungan Hukum

Secara kebahasaan, kata perlindungan dalam bahas Inggris disebut dengan *protection*. Istilah perlindungan menurut KBBI dapat disamakan dengan istilah proteksi, yang artinya adalah proses atau perbuatan memperlindungi,sedangkanmenurut *Black's Law Dictionary*, *protection* adalah *the act ofprotecting*.

Perlindungan hukum adalah suatu perlindungan yang diberikan terhadap subjek hukum dalam bentuk perangkat hukum baik yang bersifat preventif maupun yang bersifat represif, baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Perlindungan hukum merupakan gambaran fungsi hukumya itu konsep di mana hukum dapat memberikan keadilan, ketertiban, kepastian, kemanfaatndan kedamaian.

Adapun pendapat yang dikutip dari beberapa ahli mengenai perlindungan hukum yaitu:

1. Menurut Satjito Rahardjo perlindungan hukum adalah adanya upaya melindungi kepentingan seseorang dengan cara

mengalokasikan suatu Hak Asasi Manusia kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut.

2. Menurut Setiono perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk Melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketentraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia.
3. Menurut Muchsin perlindungan hukum adalah kegiatan untuk melindungi individu dengan menyerasikan hubungan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan dalam menciptakan adanya ketertiban dalam pergaulan hidup antara sesama manusia.
4. Menurut Hetty Hasanah perlindungan hukum yaitu merupakan segala upaya yang dapat menjamin adanya kepastian hukum, sehingga dapat memberikan perlindungan hukum kepada pihak-pihak yang bersangkutan atau yang melakukan tindakan hukum.

Menurut Undang-Undang No. 40 tahun 1999 tentang Pers, perlindungan hukum adalah jaminan perlindungan pemerintah dan atau Masyarakat kepada warganegara dalam melaksanakan fungsi, hak,kewajiban, dan peranannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga,perlindunganhukum adalah segala upaya yang ditujukan untuk memberikan rasa aman kepada korban yang dilakukan oleh pihak keluarga, advokat, lembaga sosial, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, atau pihak lainnya baik sementara maupun berdasarkan penetapan pengadilan. Sedangkan perlindungan hukum yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah No.2 Tahun 2002 tentang Tata cara Perlindungan Terhadap Korban dan Saksi Dalam Pelanggaran Hak Asasi Manusia yang Berat, perlindungan hukum adalah suatu bentuk pelayanan yang wajib

dilaksanakan oleh aparat penegak hukum atau aparat keamanan untuk memberikan rasa aman baik fisik maupun mental, kepada korban dan saksi, dari ancaman,gangguan, teror, dan kekerasan dari pihak manapun, yang diberikan pada tahap penyelidikan, penyidikan, penuntutan,dan atau pemeriksaan di sidang pengadilan.

Suatu perlindungan dapat dikatakan sebagai perlindungan hukum apabila mengandung unsur-unsur sebagai berikut:

1. Adanya pengayoman dari pemerintah terhadap warganya.
2. Jaminan kepastian hukum.
3. Berkaitan dengan hak-hak warganegara.
4. Adanya sanksi hukuman bagi pihak yang melanggarnya.

Esensi perlindungan hukum terhadap penanam modal adalah suatu perlindungan yang memberikan jaminan bagi seorang penanam modal, bahwa ia akan dapat menanamkan modalnya dengan situasi yang fair terhadap para pihak yang terkait dengan hukum, masyarakat,dan pihak-pihaklainnya, terutama dalam hal mendapatkan akses informasi mengenai situasi pasar, situasi politik dan masyarakat,asset yang dikelola oleh penanam modal, peraturan perundang-undangan, dan lain sebagainya.

B. Bentuk Perlindungan Hukum

Perlindungan hukum bisa berarti perlindungan yang diberikan terhadap hukum agar tidak ditafsirkan berbeda dan tidak cederai oleh aparat penegak hukum dan juga bisa berarti perlindungan yang diberikan oleh hukum terhadap sesuatu. Hakekatnya setiap orang berhak mendapatkan perlindungan dari hukum. Dengan demikian hampir seluruh hubungan hukum harus mendapat perlindungan dari hukum. Oleh karena itu terdapat banyak macam perlindungan hukum. Berdasarkan teori dari Philipus M.Hadjon[24.] menyatakan bahwa perlindungan hukum adalah perlindungan akan harkatdan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subyek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan.

Perlindungan hukum bagi rakyat terdiri dari perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif.

1. **Perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif** Perlindungan hukum preventif adalah perlindungan hukum ini bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa. Sehingga upaya yang dilakukan lebih difokuskan untuk meminimalisir terjadinya masalah yang sekaligus untuk menghindari munculnya akibat dari suatu masalah. Dalam implementasinya bentuk perlindungan ini adalah dengan dibentuknya peraturan perundang-undangan yang bersifat regulatif. Negara diharapkan mengaplikasikan tujuan dibentuknya peraturan perundang-undangan yakni melindungi segenap bangsa Indonesia. Bentuk perlindungan ini dapat ditemukan, di antaranya:

   a. **Undang-Undang Dasar RI 1945.**

      Perlindungan terhadap segenap bangsa Indonesia baik pasien, tenaga kesehatan, maupun fasilitas kesehatan berlandaskan pada Undang-undang Dasar1945, Pembukaan, Alinea keempat berbunyi:"*Kemudian dari pada itu untuk membentuk suatu Pemerintah NegaraIndonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia*". Umumnya, sampai saat ini orang bertumpu pada kata"segenapbangsa" sehingga diambil sebagai asas tentang persatuan seluruh bangsa Indonesia. Akan tetapi dari kata "melindungi" di dalamnya terkandung pula asas perlindungan hukum pada segenap bangsa yaitu bagi segenap bangsa tanpa kecuali.

      Landasan hukum lainnya terdapat pada ketentuan termuat dalam Pasal27 ayat 2 UUD Negara Republik Indonesia 1945 yang berbunyi:"*Tiap-tiap warganegara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan*". Dari dasar hukum ini bahwa pada prinsipnya setiap warganegara Indonesia mempunyai hak untuk memperoleh *penghidupan*

yang layak di Indonesia. Kata "penghidupan yang layak" dapat bermakna termasuk pelayanan kesehatan yang bermutu. Sehingga sudah jelas bahwa dasar diatas merupakan pedoman dalam pembuatan kebijakan yang mengatur, memenuhi dan melindungi aktivitas pelayanan kesehatan.

b. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

UU kesehatan No.36/2009 berfungsi sebagai "payung hukum" yang mengacu pada tanggung jawab pemerintah pusat dan kemudian menen tukan apa yang diharapkan pemerintah pusat dari pemerintah daerah. Ketentuan yang langsung berkaitan dengan perlindungan terhadap Tenaga kesehatan terdapat dalam

1. pasal 23 ayat (3) yang berbunyi: "Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah" Dalam pasal 23 di atas menjelaskan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan serta tugasny, tenaga kesehatan harus memiliki izin baik berupa SIK (Surat Iziin Kerja) atau SIP (Surat Izin Praktek) dari pemerintah.
2. Pasal 27 (1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. (2) Tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.n(3) Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah. Penjelasan dari pasal 27 di atas, tenaga kesehatan berhak mendapatkan perlindungan hukum apabila pasien sebagai konsumen kesehatan menuduh/merugikan tenaga kesehatan di mana tenaga kesehatan sudah

melakukan tugas sesuai ke ahliannya serta kewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi baru.

c. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Dikeluarkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan diselenggarakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.1 Bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. .

Ketentuan yang terdapat di dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagian besar berkaitan erat dengan pelayanan kesehatan serta tanggung jawab tenaga kesehatan terhadap rumah sakit sebagai berikut:

1. Mendedikasikan keahlian yang dimiliki sepenuhnya untuk pelayanan.
2. Melakukan pelayanan terhadap pasien dengan penuh tanggung jawab dan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
3. Patuh terhadap peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
4. Menjaga rahasia medis pasien dalam nama baik Rumah Sakit.

Dalam hal ini, rumah sakit harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi seluruh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di

rumah sakit melalui pembentukan berbagai perangkat aturan di rumah sakit meliputi, peraturan internal staf medis, standar prosedur operasional dan berbagai pedoman pelayanan kesehatan serta melalui penyediaan SDM (Sumber Daya Manusia) yang memiliki kompetensi dalam bidang medikolegal.

d. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran

Undang-Undang ini bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan praktik kedokteran. Hak dan kewajiban dokter di atur dalam pasal 50 dan pasal 51 Undang-Undang No.29 Tahun 2004 adalah: Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak diatur dalam pasal 50:

a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional.
c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya, dan
d. Menerima imbalan jasa.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban diatur dalam pasal 51:

a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi danstandar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya

tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;

d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Penjelasan pasal 50 dan pasal 51 di atas, Yang dimaksud dengan "standar profesi" adalah batasan kemampuan (*knowledge, skill and professional attitude*) minimal yang harus dikuasai oleh seorang individuuntuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secaramandiri yang dibuat oleh organisasi profesi sedangkan yang dimaksud dengan "standar prosedur operasional" adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proseskerja rutin tertentu.

e. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan

Undang-undang ini berisi tentang sejumlah ketentuan yang bertujuan untuk memberikan dan memenuhi perlindungan hukum pada perawat. Tujuan dari Undang-undang tersebut adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, memberikan pelindungan meningkatkan mutu perawat, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta kepastian hukum kepada perawat dan pasien.

f. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yaitu setiap orang yang nantinya mengabdikan diri pada bidang kesehatan yang memiliki keterampilan dan/atau pengetahuan melalui pendidikan disektor kesehatan yang guna jenis tertentu dan memer-

lukan kewenangan dalam melakukan upaya dari kesehatan. Dalam peraturan perundang-undangan ini bertujuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan, mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, memberikan pelindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan, mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepadamasyarakat dan tenagakesehatan.

Dalam Pasal11 ayat (1) Tenaga kesehatan dikelompokkan ke dalam:

a. tenaga medis,
b. tenaga psikologiklinis,
c. tenaga keperawatan,
d. tenaga kebidanan
e. tenaga kefarmasian,
f. tenaga kesehatanmasyarakat,
g. tenaga kesehatan lingkungan,
h. tenaga gizi, i. tenaga keterapian fisik,
i. tenaga keteknisian medis,
j. tenaga teknikbiomedika,
k. tenaga kesehatan tradisional dan
l. tenaga kesehatan lain.

g. Peraturan Menteri Tenaga Kerja (Permenakertrans) No.12Tahun2013 tentang Tata Cara PenggunaanTenaga Kerja Asing (TKA)

Pasal4 Permenakertrans No. 12 Tahun 2013. Rumusannya begini:"Pemberi kerja TKA yang berbentuk persekutuan perdata, firma (Fa), persekutuan komanditer (CV), dan usaha dagang (UD) dilarang mempekerjakan TKA kecuali diatur dalam undang-undang". Rumusan ini berarti CV, UD, atau Firma hanya boleh menggunakan TKA jika diatur

dalam undang-undang. Sesuai pasal 26 Permenakertrans, ini menjadi syarat untuk mempekerjakan TKA. Syarat ini dicantumkan untuk menindak lanjuti hasil monitoring KPK terhadap lembaga negara termasuk Kemenakertrans. Ini juga sejalan dengan spirit UU No. 13Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan yang mendorong kompetensi kerja. Kompetensi itu antara lain dibuktikan lewat sertifikat kompetensi. Kalau sertifikat kompetensi tak ada, maka TKA harus sudah punya pengalaman di bidang tersebut minimal lima tahun sebelum menduduki jabatan tertentu. Pemberi kerja juga harus men cermati pasal 32 Permenakertrans TKA yang mengatur tentang besaran kompensasi penggunaan TKA. Menurut Diar besaran kompensasise nilai 100 dolar AS berlaku untuk satu jabatan dan perbulan untuk setiap TKA. Dengan begitu maka TKAyang memegang dua jabatan di perusahaan be rbeda sebagaimana diatur dalampasal 33ayat(3) Permenakertrans maka yang harus dibayar yaitu duakali besaran kompensasi. Misalnya, seorang TKA menjabat sebagai direksi di perusahaan A dan sebagai komisarisdi perusahaan B Dengankondisiitu makakompensasi yang dibayar untuk seorangTKA 200 dolarAS setiap bulan.

i. P**erlindungan Hukum Represif**

Sedangkan perlindungan hukum repsresif adalah perlindungan yang bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan atau sengketa yang timbul. Perlindungan ini barua kan dilakukan pada saat pelaksanaan perjanjian berlangsung. Dengan demikian perlindungan yang diberikan lebih ditekankan pada upaya untuk mencari penyelesaian sengketa dalam rangka mempertahankan hak-hak yang dimiliki para pihak. ●

BAB XVII

PENEGAKAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Penegakan Hukum

Penegakan hukum adalah proses dilakukannya upaya untuk tegaknya atau berfungsinya norma-norma hukum secara nyata sebagai pedoman perilaku dalam lalu lintas atau hubungan-hubungan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.

Penegakan hukum merupakan suatu usaha untuk mewujudkan ide-ide keadilan, kepastian hukum dan kemanfaatan social menjadi kenyataan. Jadi penegakan hukum pada hakikatnya adalah proses perwujudan ide-ide. Penegakan hukum adalah proses dilakukannya upaya tegaknya atau berfungsinya norma-norma hukum secara nyata sebagai pedoman pelaku dalam lalu lintas atau hubungan-hubungan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.

Penegakan hukum merupakan usaha untuk mewujudkan ide-ide dan konsep-konsep hukum yang diharapakan rakyat menjadi kenyataan. Penegakan hukum merupakan suatu proses yang melibatkan banyak hal.

Menurut Soerjono Soekanto, penegakan hukum adalah kegiatan menyerasikan hubungan nilai-nilai yang terjabarkan

didalam kaidah-kaidah/pandangan nilai yang mantap dan mengejewantah dan sikap tindak sebagai rangkaian penjabaran nilai tahap akhir untuk menciptakan, memelihara dan mempertahankan kedamaian pergaulan hidup. Penegakan hukum secara konkret adalah berlakunya hukum positif dalam praktik sebagaimana seharusnya patutdipatuhi. Oleh karena itu, memberikan keadilan dalam suatu perkara berarti memutuskan hukum in concreto dalam mempertahankan dan menjamin ditaatinya hukum materiil dengan menggunakan cara procedural yang ditetapkan oleh hukum formal.

Menurut Satjipto Raharjo penegakan hukum pada hakikatnya merupakan penegakan ide-ide atau konsep-konsep tentang keadilan, kebenaran, kemamfaatan sosial,dan sebagainya. Jadi Penegakan hukum merupakan usahauntuk mewujudkan ide dan konsep-konsep tadi menjadi kenyataan.

Hakikatnya penegakan hukum mewujudkan nilai-nilai atau kaedah-kaedah yang memuat keadilan dan kebenaran,penegakan hukum bukan hanya menjadi tugas dari para penegak hukum yang sudah di kenal secara konvensional, tetapi menjadi tugas dari setiap orang. Meskipun demikian, dalam kaitannya dengan hukum publik pemerintahlah yang bertanggung jawab.

B. Klasifikasi Penegakan Hukum

Penegakan hukum dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Ditinjau dari sudut subyeknya

   Dalam arti luas, proses penegakkan hukum melibatkan semua subjek hukum dalam setiap hubungan hukum.Siapa saja yang menjalankan aturan normative atau melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu dengan mendasarkan diri pada norma aturan hukum yang berlaku, berarti dia menjalankan atau menegakkan aturan hukum. Dalam arti sempit, penegakkan hukum hanya diartikan sebagai upaya aparatur penegakan hukum tertentu untuk menjamin dan memastikan bahwa suatu aturan hukum berjalan sebagaimana seharusnya.

2. Ditinjau darisudut obyeknya

Dalam arti luas, penegakkan hukum dari segi hukum itu sendiri yang mencakup pada nilai-nilai keadilan yang di dalamnya terkandung bunyi aturan formal maupun nilai-nilai keadilan yang ada dalam bermasyarakat. Dalam arti sempit, penegakkan hukum itu hanya menyangkut penegakkan peraturan yang formal dan tertulis.

Joseph Goldstein membedakan penegakan hukum pidana menjadi 3 bagian yaitu:

1. *Tota lenforcement,* yakni ruang lingkup penegakan hukum pidana sebagaimana yang dirumuskan oleh hukum pidana substantif (*subtantive law of crime*). Penegakan hukum pidana secara total ini tidak mungkin dilakukan sebab para penegak hukum dibatasi secara ketat oleh hukum acara pidana yang antara lain mencakup aturan aturan penangkapan, penahanan, penggeledahan, penyitaan dan pemeriksaan pendahuluan. Di samping itu mungkin terjadi hukum pidana substantif sendiri memberikan batasan-batasan. Misalnya dibutuhkan aduan terlebih dahulu sebagaisyarat penuntutan pada delik-delik aduan (*klacht delicten*).Ruang lingkup yang dibatasi inidi sebut sebagai *area of no enforcement*.
2. *Full enforcement*, setelah ruang lingkup penegakan hukum pidana yang bersifat total tersebut dikurangi *area of noen forcement* dalam penegakan hukum ini para penegak hukum diharapkan penegakan hukum secara maksimal.
3. *Actual enforcement,*menurut Joseph Goldstein *full enforcement* ini dianggap *not a realistic expectation,* sebab adanya keterbatasan keterbatasan dalam bentuk waktu, personil, alat-alat investigasi, dana dan sebagainya, yang kesemuanya mengakibatkan keharusan dilakukannya *discretion* dan sisanya inilah yang disebut dengan *actual enforcement*.

Sebagai suatu proses yang bersifat sistemik, maka penegakan hukum pidana menampakkan diri sebagai penerapan hukum

pidana (*criminallaw application*) yang melibatkan pelbagai sub sistem struktural berupa aparat kepolisian, kejaksaan, pengadilan dan pemasyarakatan. Termasuk didalamnya tentu saja lembaga penasehat hukum. Dalam hal ini penerapan hukum haruslah dipandang dari 3 dimensi:

1. Penerapan hukum dipandang sebagai system normative (*normative system*) yaitu penerapan keseluruhan aturan hukum yang menggambarkan nilai-nilai sosial yang didukung oleh sanksi pidana.
2. Penerapan hukum dipandang sebagai sistem administratif (*administrative system*) yang mencakup interaksi antara pelbagai aparatur penegak hukum yang merupakan sub sistem peradilan diatas.
3. Penerapan hukum pidana merupakan system sosial (*social-system*), dalam arti bahwa dalam mendefinisikan tindak pidana harus pula diperhitungkan pelbagai perspektif pemikiran yang ada dalam lapisan masyarakat.

C. Faktor Mempengaruhi Penegakan Hukum

Faktor yang mempengaruhi penegakan hukum menurut Soerjono Soekanto adalah:

1. Faktor Hukum

   Praktik penyelenggaraan hukum di lapangan ada kalanya terjadi pertentangan antara kepastian hukum dan keadilan, hal ini disebabkan oleh konsepsi keadilan merupakan suatu rumusan yang bersifat abstrak, sedangkan kepastian hukum merupakan suatu prosedur yang telah ditentukan secara normatif. Justru itu, suatu kebijakan atau tindakan yang tidak sepenuhnya berdasar hukum merupakan sesuatu yang dapat di benarkan sepanjang kebijakan atau tindakan itu tidak bertentangan dengan hukum. Maka pada hakikatnya penyelenggaraan hukum bukan hanya mencakup *law enforcement*, namun juga peace maintenance, karena penyelenggaraan hukum sesungguhnya merupakan

proses penyerasian Antara nilai kaedah dan pola perilaku nyata yang bertujuan untuk mencapai kedamaian.

2. Faktor Penegak Hukum

   Fungsi hukum, mentalitas atau kepribadian petugas penegak hukum memainkan peranan penting, kalau peraturan sudah baik,tetapi kualitas petugas kurang baik, ada masalah. Karena itu, salah satu kunci keberhasilan dalam penegakan hukum adalah mentalitas atau kepribadian penegak hukum.

3. Faktor Sarana atau Fasilitas Pendukung

   Faktor sarana atau fasilitas pendukung mencakup perangkat lunak dan perangkat keras, salah satu contoh perangkat lunak adalah pendidikan. Pendidikan yang diterima oleh Polisi dewasa ini cenderung pada hal-hal yang praktis konvensional, sehingga dalam banyak hal polisi mengalami hambatan didalam tujuannya, diantaranya adalah pengetahuan tentang kejahatan computer, dalam tindak pidana khusus yang selamaini masih diberikan wewenang kepada jaksa, hal tersebut karena secara teknis yuridis polisi dianggap belum mampu dan belum siap. Walaupun disadari pula bahwa tugas yang harus diemban oleh polisi begitu luas dan banyak.

4. Faktor Masyarakat

   Penegak hukum berasal dari masyarakat dan bertujuan untuk mencapai kedamaian didalam masyarakat. Setiap warga masyarakat atau kelompok sedikit banyaknya mempunyai kesadaran hukum, persoalan yang timbul adalah taraf kepatuhan hukum, yaitu kepatuhan hukum yang tinggi, sedang, atau kurang. Adanya derajat Kepatuhan hukum masyarakat terhadap hukum, merupakan salah satu indikator berfungsinya hukum yang bersangkutan.

5. Faktor Kebudayaan

   Berdasarkan konsep kebudayaan sehari-hari, orang begitu sering membicarakan soal kebudayaan. Kebudayaan menurut Soerjono Soekanto, mempunyai fungsi yang sangat besar

bagi manusia dan masyarakat,yaitu mengatur agar manusia dapat mengerti bagaimana seharusnya bertindak,berbuat,dan menentukan sikapnya kalau mereka berhubungan dengan orang lain. Dengan demikian, kebudayaan adalah suatu garis pokok tentang perikelakuan yang menetapkan peraturan mengenai apa yang harus dilakukan, dan apa yang dilarang. ●

BAB XVIII

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Sengketa bisa timbul kapan saja dan di mana saja pada saat dua buah kepentingan tidak dapat diakomodasi secara bersama-sama dan sudah pasti tidak akan mungkin menghasilkan keputusan kemenangan di kedua belah pihak. Salah satu pihak harus menurunkan tuntutannya agar didapat suatu keseimbangan di antara kedua kepentingan dari pihak yang bersengketa.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berimplikasi juga pada perubahan pola hubungan antar anggota masyarakat yang mengubah ranah dan tatanan kehidupan serta pola interaksi sosial dalam berbagai sendi kehidupan masyarakat, juga berpegaruh terhadap pola hubungan antar manusia dalam upaya kesehatan.

Pada prinsipnya, hubungan antara pasien-tenaga kesehatan dan rumah sakit dikenal dengan apa yang dinamakan transaksi *terapeutik*, di mana terjadi suatu ikatan kontrak dalam hal pengobatan dan perawatan penyakitnya serta pelayanan kesehatan yang sesuai standar.

Dalam menjalankan tugas, tenaga kesehatan terikat oleh norma-norma baik yang berasal dari norma kesusilaan yang di dalamnya terdapat kaidah-kaidah etik maupun dari norma hukum, yang berlaku dan mengikat setiap warga negara. Konsekuensi logis berlaku dan mengikatnya kaidah etika dan hukum terhadap setiap pelaku tugas profesional adalah setiap subjek pelaku tugas professional selalu dapat diminta pertanggungjawaban baik secara etika profesi maupun peraturan perundang-undang yang berlaku.

Tanggung jawab etika profesi dikenal dengan tuntutan pertanggungjawaban melalui Majelis Kode Etik Profesi sebagaimana diharuskan oleh Undang-Undang N0. 18 Tahun 2001 tentang Ilmu, Pengatahuan, dan Teknologii, di mana setiap profesi wajib memiliki Dewan Kehormatan Profesi.

Sedangkan tanggung jawab hukum dikenal dengan sebutan gugatan perdata, tuntutan pidana maupun adminitrasi negara. Namun tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya juga mendapatkan perlindungan hukum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 27 ayat (1) yang menegaskan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, sehingga tenaga kesehatan merasa aman dan nyaman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara optimal.

Banyaknya kasus dugaan malpraktik dalam pelayanan kesehatan menjadi *warning* dan *become aware* bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperbaiki kualitas dalam pelayanan kesehatan. Tidak jarang dijumpai keterlambatan penanganan terhadap pasien oleh tenaga kesehatan disebabkan kelalaian atau alasan-alasan lain seperti biaya perawatan yang seharusnya tidak terjadi.

Kelalaian atau hasil kerja dari tenaga kesehatan dapat berakibat timbulnya tuntutan dari pasien. Hal ini menandakan semakin tumbuhnya kesadaran hukum masyarakat khusunya kesadaran pasien dan atau keluarganya terhadap hak-haknya yaitu antara lain untuk memperoleh pelayanan yang baik maupun ganti rugi apabila

tenaga kesehatan terbukti melakukan malpraktik. Dengan kata lain, saat ini telah muncul fenomena pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak lagi bersikap pasif.

Sengketa dalam bidang kesehatan merupakan *inherent factor* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dugaan malpraktik, ketidakpuasan pelayanan, pembiayaan kesehatan yang kurang terjangkau, pelanggaran disiplin dan pelanggaran etika profesi merupakan *cause effetct isu* yang sering dipermasalahkan dalam sengketa pelayanan kesehatan. Penyelesaian segketa yang dilakukan melalui lembaga peradilan bersifat terbuka dan mengadili dengan hasil akhir kalah (*lose*) dan menang (*win*)memberikan kerugian pada para pihak khususnya dalam hubungan antar para pihak pasca proses peradilan.

Kasus malpraktik yang menimpa Prita Mulyasari yang bersengketa dengan Rumah Sakit Omni Internasional Serpong-Tangerang, di mana Mahkamah Agung mengabulkan kasasi Jaksa Penuntut Umum Pengadilan Negeri Tangerang terhadap keputusan tuntutan pencemaran nama baik RS Omni Internasional. Pada tingkat Pengadilan Negeri Tangerang tuntutan pidana terhadap Prita Mulyasari dinyatakan bebas murni, sementara itu gugatan perdata terhadap Prita Mulyasari tidak dikabulkan.

Jika dicermati dapat terlihat bahwa asal-muasal kasus sengketa medik antara Prita Mulyasari itu berawal dari rasa ketidakpuasaan seorang pasien yang mendapat perawatan tenaga medis dan pelayanan kesehatan rumah sakit. Sebagai seorang pasien yang tidak puas karena tidak ditanggapi atau tidak mendapat penjelasan yang tidak memadai dari pihak rumah sakit sehingga melampiaskan kekesalannya di dunia maya melalui penyebaran e-mail tentang perlakuan dokter dan rumah sakit yang dianggap merugikannya itu.

Dari peristiwa tersebut terlihat adanya suatu dugaan komunikasi yang buruk antara pihak dokter dan rumah sakit sebagai *health provider* dengan pasien sebagai *health receiver*. Bersumber dari rasa ketidakpuasan dalam pelayanan yang diterima menjadi suatu

konflik yang berlanjut dengan apa yang disebut sebagai sengketa pelayanan kesehatan,

B. Pengertian Sengketa

a. Menurut Kamus Bahasa Indonesia sengketa adalah pertentangan atau konflik, Konflik berarti adanya oposisi atau pertentangan antara orang orang, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi terhadap satu objek permasalahan.
b. Menurut Winardi sengketa adalah pertentangan atau konflik yang terjadi antara individu-individu atau kelompok-kelompok yang mempunyai hubungan atau kepentingan yang sama atas suatu objek kepemilikan, yang menimbulkan akibat hukum antara satu dengan yang lain.
c. Menurut Achmad Ali sengketa adalah pertentangan antara dua pihak atau lebih yang berawal dari persepsi yang berbeda tentang suatu kepentingan atau hak milik yang dapat menimbulkan akibat hukum bagi keduanya.

Dari berbagai pendapat diatas maka dapat dikatakan bahwa sengketa adalahmasalah antara dua orang atau lebih di mana keduanya saling mempermasalahkan suatu objek tertentu, hal ini terjadi dikarenakan kesalahpahaman atau perbedaan pendapat atau persepsi antara keduanya yang kemudian menimbulkan akibat hukum bagi keduanya.

C. Sengketa Pelayanaan Kesehatan

Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin tenaga kesehatan dan pelanggaran hukum dari tenaga kesehatan. Khusus untuk gugatan ganti rugi dan tindak kriminal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena termasuk dalam ranah sengketa pelayanan kesehatan penyelesaiannya dapat dilakukan melalui lembaga peradilan.

Pada kenyataannya, dalam penanganan pasien, sering terjadi perbedaan pandangan antara fasiitas kesehatan, tenaga kesehatan,

dan pasien. Perbedaan sudut pandang ini yang pada gilirannya dapat berlanjut menjadi sengketa antara fasiliatas kesehatan, tenaga kesehatan dan pasien dengan gugatan atau tuntutan bahwa tenaga kesehatan telah melakukan kelalaian medik.

Dengan kata lain bahwa sengketa dalam pelayanan kesehatan terjadi karena adanya perasaan tidak puas dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi yang telah diperjanjikan (*wanprestasi)*. Rasa tidak puas pasien terhadap pelayanan rumah sakit dapat menimbulkan keluhan ataupun protes yang apabila tidak tertangani dengan secara bijak oleh pihak rumah sakit sehingga dapat menimbulkan konflik yang berujung pada sengketa.

Tuntutan atau gugatan kelalaian medik yang dialamatkan ke dokter pada hakekatnya adalah proses hukum yang ingin meminta pertanggungjawaban atas kesalahan yang dibuatnya, baik yang berupa kelalaian maupun kesengajaan. Dengan kata lain tanggung jawab tenaga kesehatan-lah yang menjadi obyek tuntutan atau gugatan kelalaian medik, dengan wujud tanggung jawab yang dapat berbentuk ganti rugi atau hukuman lain sesuai keputusan hakim.

D. Alternatif Penyelesaian Sengketa

Dalam Pasal 24 UUD 1945 Bahwa kekuasaan kehakiman dilakukan oleh sebuah Mahakamah Agung dan Badan peradilan yang berada dibawahnya dalam lingkungan peradilan umum, lingkungan peradilan agama, lingkungan peradilan militer, lingkungan peradilan tata usaha negara, dan oleh Mahkamah Konstitusi. Ketentuan Pasal 24 mengisyaratkan bahwa penyelesaian sengketa yang terjadi dikalangan msyarakat dilakukan melaui jalur pengadilan (*litigasi*). Badan peradilan adalah pemegang kekuasaan kehakiman yang mewujudkan hukum dan keadilan.

Meskipun demikian, sistem hukum Indonesia juga membuka peluang menyelesaikan sengketa di luar pengadilan (*nonlitigasi*). Green menyebutkan dua model penyelesaian sengketa dalam bentuk

formal dan bentuk informal.

Dalam pasal 58 Undang Undang No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman disebutkan bahwa upaya penyelesaian sengketa perdata dapat dilakukan di luar pengadilan negara melalui arbitrase atau alternatif penyelesaian sengketa. *Alternative Dispute Solution* (ADS) atau di Indonesia dikenal dengan istilah Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS).

APS adalah salah satu solusi dalam menyelesaikan permasalahan hukum dalam pelayanan kesehatan dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di Pengadilan Negeri.

Litigasi adalah penyelesaian sengketa atau perkara melalui jalur pengadilan dan sebaliknya non litigasi adalah penyelesaian sengketa atau perkara di luar pengadilan dengan cara penyelesaian sengketa alternatif. Sengketa hukum yang akan diselesaikan melalui upaya hukum *(recht midellen*) proses litigasi di pengadilan dalam rangka mempertahankan suatu hak disebut perkara.

Alternatif penyelesaian sengketa adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yaitu penyelesaian diluar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, konsiliasi, atau penilaian ahli. (Pasal 1 angka 1 Undang-Undang No 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa).

Pengertian masing-masing lembaga penyelesaian sengketa di atas sebagai berikut:

a. **Konsultasi**: suatu tindakan yang bersifat "personal" antara suatu pihak tertentu (klien) dengan pihak lain yang merupakan pihak konsultan, di mana pihak konsultan memberikan pendapatnya kepada klien sesuai dengan keperluan dan kebutuhan kliennya.

b. **Negosiasi**: suatu upaya penyelesaian sengketa para pihak tanpa melalui proses pengadilan dengan tujuan mencapai kesepakatan bersama atas dasar kerja sama yang lebih harmonis dan kreatif.

c. **Mediasi**: cara penyelesaian sengketa melalui proses perundangan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh mediator.
d. **Konsiliasi**: penengah akan bertindak menjadi konsiliator dengan kesepakatan para pihak dengan mengusahakan solusi yang dapat diterima.
e. **Penilaian Ahli**: pendapat para ahli untuk suatu hal yang bersifat teknis dan sesuai dengan bidang keahliannya Arbitrase adalah cara penyelesaian suatu sengketa perdata diluar peradilan umum yang didasarkan pada perjanjian arbitrase yang dibuat secara tertulis oleh pihak yang bersengketa.

Cara penyelesaian sengketa menurut dalam Pasal 6 Undang-Undang No 30 Tahun 1999 Arbitrase dan Alternatif Penyelesain Sengketa yaitu Sengketa atau beda pendapat perdata dapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di pengadilan negeri.

Dalam pasal 2 kembali ditegaskan bahwa undang-undang ini mengatur penyelesaian sengketa atau beda pendapat antar para pihak dalam suatu hubungan hukum tertentu yang telah mengadakan perjanjian arbitrase yang secara tegas menyatakan bahwa semua sengketa atau beda pendapat yang timbul atau yang mungkin timbul dari hubungan hukum tersebut akan diselesaikan dengan cara arbitrase atau melalui alternatif penyelesaian sengketa.

Penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui alternatif penyelesaian sengketa diselesaikan dalam pertemuan langsung oleh para pihak dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari dan hasilnya dituangkan dalam suatu kesepakatan tertulis. Dalam hal sengketa atau beda pendapat tidak dapat diselesaikan, maka atas kesepakatan tertulis para pihak, sengketa atau beda pendapat diselesaikan melalui bantuan seseorang atau lebih penasehat ahli maupun melalui seorang mediator.

Apabila para pihak tersebut dalam waktu paling lama 14 hari

dengan bantuan seseorang atau lebih penasehat ahli maupun melalui seorang mediator tidak berhasil mencapai kata sepakat, atau mediator tidak berhasil mempertemukan kedua belah pihak, maka para pihak dapat menghubungi sebuah lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa untuk menunjuk seorang mediator. Setelah penunjukan mediator oleh lembaga alternatif penyelesaian sengketa, dala waktu paling lama 7 (tujuh) hari usaha mediasi harus dapat dimulai.

Usaha penyelesaian sengketa atau beda pendapat melaui mediator dengan memegang teguh kerahasiaan, dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari harus tercapai kesepakatan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh semua pihak yang terkait. Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat secara tertulis adalah final dan mengikat para pihak untuk dilaksanakan dengan itikad baik serta wajib didaftarkan di Pengadilan Negeri dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak penandatanganan.

Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat wajib selesai dilaksanakan dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak penandatanganan. Apabila usaha perdamaian tidak dapat dicapai, maka para pihak berdasarkan kesepakatan tertulis secara tertulis dapat mengajukan usaha penyelesaian melalui lembaga arbitrase atau arbitrase ad-hoc.

Sangat sulit untuk membuktikan suatu tindakan dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan benar atau salah, Hal ini disebabkan sengketa yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan permasalahan yang timbul akibat adanya hubungan dalam rangka melakukan upaya penyembuhan. Timbulnya ketidakpuasan pasien yang umumnya disebabkan oleh karena dugaan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan kewajiban dalam upaya penyembuhan tersebut.

Berdasarkan kondisi yang terjadi pada sengketa dalam pelayanan kesehatan, peluang untuk penyelesaian sengketa sangat

diperlukan suatualternatif untuk penyelesaian masalah yang terukur dan memiliki kredibilitas yang mampu mengakomodasi sengketa dalam pelayanan kesehatan dengan tetap mengutamakan kesepakatan atau mufakat yang menguntungkan kedua belah pihak.

Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) Nomor 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dikarenakan permasalahan hukum dalam pelayanan kesehatan bersifat khusus (*lex specialis)*, ketentuan mengenai penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan diamanahkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tepatnya pada pasal 29 yang berbunyi bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Selain itu dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan diatur pula mengenai penyelesain perselisihan, di mana dalam pasal 78 dikatakan bahwa dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Mediasi sebagai bentuk alternatif penyelesaian sengketa merupakan pendekatan yang tepat. Dijustifikasi dan dilegalkan oleh sistem hukum di Indonesia. Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) Nomor 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dalam hal sengketa pelayanan kesehatan ketentuan mengenai mediasi dalam penyelesaian sengketa medik kesehatan diamanahkan dalam

pasal 29 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

E. Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan Melalui Mediasi

1. Latar Belakang

Pola pikir dan bentuk hubunga antar manusia *(human relationship)* sebagai suatu bentuk peradaban sekarang ini telah berubah dan bergeser dari manusia sebagai makhluk sosial ke arah manusia sebagai makhluk individual. Ini terlihat dengan jelas pada pola-pola kehidupan masyarakat perkotaan. Sifat individualistis ini bahkan dapat menjadi faktor pencetus terjadinya sengketa dalam masyarakat termasuk di dalamnya sengketa dalam pelayanan kesehatan (*health service disputes*). Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul akibat karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin, dan tindak kriminal dari tenaga kesehatan. Khusus untuk tindak kriminal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena termasuk dalam ranah tindak pidana penyelesaiannya dilakukan melalui lembaga peradilan.

Tuntutan globalisasi saat ini adalah "meniscayakan" suatu sistem yang fleksibel, cepat, amhan, dan mudah dalam segala aspek kehidupan manusia termasuk dalam penyelesaian sengketa dalam bidang kesehatan yang selalu timbul dan berkembang dalam kehidupan masyarakat. Kesehatan merupakan kebutuhan pokok dalam kehidupan manusia, di sisi lain pengetahuan dan keterampilan masyarakat awam terbatas. Masyarakat cenderung untuk meminta bantuan kepada petugas kesehatan sebagai "*the owner of body of knowledge*" dari pengejahwantahan upaya kesehatan. Sehingga dalam hal ini, pasien sebenarnya merupakan faktor *liveware* yang harus dipandang sebagai subjek yang memiliki pengaruh besar atas hasil akhir layanan kesehatan bukan sekedar objek. Hak-hak pasien harus dipenuhi mengingat pasien menjadi salah suatu tolok ukur mutu pelayanan kesehatan sementara ketidakpuasan pasien dapat menjadi pemicu lahirnya tuntutan hukum.

Dalam menjalankan tugas, tenaga kesehatan terikat oleh norma-norma baik yang berasal dari etika profesi maupun dari norma hukum, yang berlaku dan mengikat setiap warga negara. Konsekuensi logis berlaku dan mengikatnya etika profesi dan hukum terhadap setiap pelaku tugas profesional maka setiap subjek pelaku tugas professional selalu dapat diminta pertanggungjawaban baik secara etika profesi maupun pertauran perundang-undang yang berlaku.

Tanggung jawab etika profesi dikenal dengan tuntutan pertanggungjawaban melalui Majelis Kode Etik Profesi sebagaimana diharuskan oleh Undang-Undang N0. 18 Tahun 2001 tentang Ilmu, Pengatahuan, dan Teknologi. Bahwa setiap profesi wajib memiliki Dewan Kehormatan Profesi. Sedangkan tanggung jawab hukum dikenal dengan sebutan gugatan perdata, tuntutan pidana maupun adminitrasi negara. Namun tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya juga mendapatkan perlindungan hukum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 27 ayat (1) yang menegaskan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, sehingga tenaga kesehatan merasa aman dan nyaman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara optimal.

Banyaknya kasus dugaan malpraktik dalam pelayanan kesehatan menjadi *warning* dan *become aware* bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperbaiki kualitas dalam pelayanan kesehatan. Tidak jarang dijumpai keterlambatan penanganan terhadap pasien oleh tenaga kesehatan disebabkan kelalaian atau alasan-alasan lain seperti biaya perawatan yang seharusnya tidak terjadi. Kelalaian atau hasil kerja dari tenaga kesehatandapat berakibat timbulnya tuntutan dari pasien. Hal ini menandakan semakin tumbuhnya kesadaran hukum masyarakat khusunya kesadaran pasien dan atau keluarganya terhadap hak-haknya yaitu antara lain untuk memperoleh pelayanan yang baik maupun ganti rugi apabila tenaga

kesehatan terbukti melakukan malpraktik. Dengan kata lain, saat ini telah muncul fenomena pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak lagi bersikap pasif.

Dengan banyaknya kasus yang diakibatkan ketidakpuasan konsumen maka pemerintahpun mengeluarkan Undang-Undang tentang Perlindungan Konsumen Nomor 8 Tahun 1999 yang salah satu ketentuannya adalah bahwai konsumen pelayanan jasa berhak atas keamanan, kenyamanan dan keselamatan, informasi yang benar, jelas dan jujur serta menuntut ganti rugi apabila tenaga kesehatan lainnya selama melakukan pelayanan kesehatan melakukan kesalahan atau kelalaian yang merugikan pasien. Ketentuan ini dalam hal tertentu secara analogis dapat diterapkan kepada pasien di pelayanan kesehatan mengingat bahwa konsumen maupun pasien sama-sama memiliki *"customer satisfaction"*.

Sengketa dalam bidang kesehatan merupakan *inherent factor* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dugaan malpraktik, ketidakpuasan pelayanan, pembiayaan kesehatan yang kurang terjangkau, pelanggaran disiplin dan pelanggaran etika profesi merupakan *cause effetct isu* yang sering dipermasalahkan dalam sengketa pelayanan kesehatan. Penyelesaian segketa yang dilakukan melalui lembaga peradilan bersifat terbuka dan mengadili dengan hasil akhir kalah (*lose*) dan menang (*win*)memberikan kerugian pada para pihak khususnya dalam hubungan antar para pihak pasca proses peradilan.

Mediasi sebagai bentuk alternatif penyelesaian sengketa merupakan pendekatan yang tepat. Dijustifikasi dan dilegalkan oleh sistem hukum di Indonesia. Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) No. 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dalam hal sengketa pelayanan kesehatan ketentuan mengenai mediasi dalam penyelesaian sengketa medik kesehatan diamanahkan dalam

pasal 29 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Cara penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan yang timbul karena tidak harmonisnya hubungan tenaga kesehatan atau Rumah Sakit dengan pihak pasien selama ini paling sering digunakan masyarakat saat ini adalah melalui jalur litigasi yaitu melalui proses beracara di Pengadilan Tingkat I, Pengadilan Tinggi hingga ke Mahkamah Agung. Suatu hal yang nampak jelas dalam proses penyelesaian sengketa melalui jalur litigasi adalah sifat terbuka, adanya pihak yang menang dan pihak yang kalah bila ditinjau dari aspek budaya dan hubungan antar manusia dalam sosial kemasyarakatan dipandang tidak menguntungkan karena hasil putusan tersebut bisa menjadi sumber bibit perpecahan dan ketidakharmonisan hubungan para pihak.

Secara alami pihak yang merasa dikalahkan oleh putusan pengadilan tidak dapat begitu saja menerima terhadap putusan yang dijatuhkan. Oleh karena itu, dapat dikatakan permasalahan sesungguhnya belum selesai secara hukum tetapi masih menyisakan sengketa relasi antar pihak (*human relationship-conflict*). Adanya konflik relasi tersebut tentu tidak menguntungkan apalagi bila melibatkan ranah yang lebih besar misalnya kelompok, institusi, perusahaan atau negara dalam segala bidang termasuk di dalamnya bidang pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan didasarkan atas motivasi untuk memberikan pertolongan kepada pihak pasien untuk meringankan penderitaan dan membantu proses penyembuhan berdasarkan ilmu kedokteran dan kesehatan bukan motivasi untuk mencelakakan, menganiaya, membuat kecacatan atau menderita pasien. Hasil perawatan yang muncul kadang tidak sesuai dengan harapan pasien dan tenaga kesehatan yang pada dasarnya bukan suatu tindakan yang didasari oleh niat tindak pidana sebagaimana sering dijadikan dasar penuntutan oleh keluarga pasien melalui Perbuatan Melanggar Hukum.

Berdasarkan fenomena tersebut diperlukan suatu upaya

yang lebih arif dalam penanganan sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan sehingga bisa menguntungkan para pihak yang bersengketa. Sebelum ada putusan dari pengadilan profesi maka ketidaksesuaian logika antara pasien dan dokter atau rumah sakit disebut sebagai sengketa medik, bukan malpraktik kedokteran. Harus dianalisis terlebih dahulu setiap peristiwa buruk (*adverse event*), sebab tidak semua *adverse event* identik dengan malpraktik kedokteran. Setelah dianalisis baru dapat diketahui apakah masuk dalam katagori pidana ataukah kecelakaan (*misadventure*).

Secara garis besar penyelesaian sengketa dapat diselesaikan melalui proses peradilan (litigation) dan di luar proses peradilan (*non litigation*). Penyelesaian sengketa di luar proses peradilan (*non litigation*) dapat diselesaikan melalui mekanisme *Alternative Dispute Resolution* (ADR) diantaranya melalui proses mediasi, konsiliasi maupun arbitrase sebagai alternatif penyelesaian sengketa yaitu *win-win solution* yang sama-sama menguntungkan para pihak dan hasil putusannya dapat diterima para pihak.

Upaya penyelesaian sengketa tersebut terlebih dahulu diselesaikan melalui mekanisme mediasi sebagaimana diatur dalam pasal 29 Undang-Undang Kesehatan yang menegaskan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

2. Pelayanan Kesehatan Berbasis Upaya Maksimal (*Inspanning Verbintennis*).

Ilmu kesehatan dan kedokteran bukanlah ilmu pasti yang bisa memberikan jaminan hasil, pasien atau keluarga pasien datang ke institusi pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dari tenaga kesehatan dengan harapan sembuh dari penyakitnya. Di sisi lain tenaga kesehatan hanya dapat mengusahakan berdasarkan ilmu kesehatan dan kedokteran untuk meringankan dan mengupayakan penyembuhan bukan memberikan jaminan kesembuhan.

Ketidakpastian ilmu kesehatan dan kedokteran pada dasarnya dipengaruhi oleh banyak faktor terutama terkait dengan variasi biologi masing-masing pasien. Variasi biologis yang fluktuatif dari waktu ke waktu dari individu yang sama akan memberikan respon pengobatan dengan hasil yang berbeda dan hasil pengobatan akan menjadi lebih sulit diprediksi lagi bila individuya berbeda. Dengan kata lain, hasil dari proses pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tidak dapat dipastikan. Namun demikian bukan berarti pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tanpa dasar tetapi didasarkan oleh keilmuan medis. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan ikatan profesi dalam upaya menjamin kualitas layanan membuat berbagai standar yang dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

Kesalahan yang sering muncul dilakukan tenaga kesehatan yang berpraktik adalah kadang memberikan tawaran kepada pasien dengan berbagai fasilitas pelayanan seolah-olah akan memberikan jaminan hasil atau kepastian terhadap pengobatan yang dilakukan. Sudah tentu akan menimbulkan sengketa dikala akhirnya tidak sesuai dengan yang ditawarkan. Memang benar tidak selamanya pelayanan kesehatan bernuansa upaya maksimal, namun akhir-akhir ini ada juga yang bernuansa hasil terutama pada pasien tanpa indikasi medis seperti pelayanan kosmetika atau estetika.

Perikatan-perikatan yang timbul dari suatu perjanjian dibagi dalam perikatan hasil dan perikatan usaha. Perbedaan antara perikatan hasil dan perikatan usaha (*resultaat s eninspanning verbintenis*) dimulai dari tulisan Ph. A.N. Houwing "*De inhoud van de verbintenis en deovermacht*", yang terbit pada tahun 1953 di WNPR 4316-4324 (Bunga Rampai *Medical Malpractice*, MARI, 1992: 3-4). Suatu perikatan disebut perikatan hasil apabila debitur berkewajiban menghasilkan suatu hasil atau akibat, misalnya dokter gigi menambal gigi yang berlubang, hasilnya adalah gigi tidak berlubang lagi dan penyakit giginya menjadi sembuh. Berbeda dengan perikatan usaha, pengertiannya adalah suatu

perikatan di mana debitur berkewajiban dengan suatu usaha (pemeliharaan, perawatan dan pengabdian) guna mencapai suatu tujuan tertentu, misalnya seorang ahli bedah dalam melakukan operasi katup jantung. Hasilnya tidak selalu dapat dipastikan dapat menyembuhkan penyakit yang diderita pasiennya. Perbedaan ini sangat penting dalam hubungannya dengan beban pembuktian. Pada suatu perikatan hasil (*resultaatsverbintenis*) kreditur cukup menyatakan bahwa debitur tidak memenuhi kewajibannya.

Pada umumnya pelayanan kesehatan merupakan upaya dengan niat baik untuk memberikan pertolongan, meringankan penderitaan dan mengupayakan kesembuhan berdasarkan standar kompetensi dan standar operating prosedur. Karena itu bila terjadi efek samping atau hasil yang tidak sesuai dengan harapan bukanlah suatu tindak pidana sehingga bila terjadi sengketa dapat diselesaikan melalui proses mediasi.

Konflik pelayanan kesehatan yang dikarenakan pasien atau keluarga pasien menganggap dirugikan atau mengalami resiko medis maka penyelesaiannya bukan melalui tuntutan pidana atau gugatan perdata melainkan diproses sebagai "sengketa medis" yang diselesaikan melalui "mediasi medis" atau peradilan khusus kesehatan yang bersifat "*ad hoc*" tanpa campur tangan peradilan umum dari aparat penegak hukum umum.

3. Mediasi dan Budaya Luhur Bangsa Indonesia

Bangsa Indonesia sangat dikenal dengan budaya ketimurannya yang santun, ramah, kegotong-royongan dan selalu mengedepankan musyawarah untuk menyelesaikan perbedaan pendapat. Nilai-nilai positif ini perlu kita budayakan lagi dalam setiap aspek kehidupan, khususnya dalam mencarikan solusi terhadap penyelesaian sengketa yang muncul baik antar individu, kelompok maupun institusi. Perbedaan pendapat diantara individu dalam hidup bermasyarakat dan bernegara akan selalu ada. Fenomena ini mempunyai dua sisi yaitu baik dan buruk, bila pendapat ini dapat dikelola dengan baik

maka akan berdampak positif terhadap proses kemajuan tetapi apabila tidak berkembang menjadi konflik atau sengketa.

Penyelesaian sengketa yang ada saat ini sering mengesampingkan nilai-nilai luhur yang dimiliki bangsa Indonesia. Ada kecenderungan setiap konflik selalu dibawa pada proses peradilam di pengadilan (litigasi). Nilai-nilai yang telah kita miliki sudah saatnya untuk disosialisasikan kembali ke masyarakat bahwasanya semua sengketa itu dapat diselesaikan dengan jalan musyawarah untuk mufakat dan tidak mengharuskan untuk dibawa ke lembaga peradilan untuk hasil akhir menang atau kalah, cara lain tersebut adalah proses mediasi. Mediasi adalah penyelesaian sengketa antara para pihak dengan bantuan pihak ketiga netral yang disebut dengan mediator. Proses mediasi mengedepankan *win-win solution* melalui perundingan, musyawarah untuk mencapai persetujuan damai guna mengakhiri sengketa yang ada dengan mengedepankan untuk tetap menjaga hubungan baik para pihak.

Proses mediasi pada dasarnya telah ada sejak Bangsa Indonesia ini ada. Sebagai contoh sengketa suami istri, pembagian warisan, batas tanah, kepemilikan tanah dan sebagainya bisa didamaikan oleh orang tua/sesepuh/tokoh masyarakat yang berperan sebagai pihak ketiga yang netral (mediator). Tetapi dengan globalisasi, peran mediasi mengalami kemunduran kalau tidak dapat dikatakan ditinggalkan paling sering dikedepankan. Ironisnya, bangsa dan Negara Indonesia yang dikenal dengan dengan budaya ketimurannya, jika dibandingkan dengan Negara Jepang dan Singapura yang dikenal sebagai negara modern tetapi masih mempertahankan tradisi budaya untuk menyelesaikan sengketa dengan jalan damai melalui *Chotei/ Wakai* di Jepang dan *Mediation Center* di Singapura.

4. Mediasi Dalam Penyelesaian Sengketa Kesehatan

Mediasi di Indonesia perlu dipupuk kembali dengan menghidupkan tradisi lama yang telah dimiliki dengan keharusan

memberlakukan sistem hukum yang berlaku di Indonesia. Hal ini mempunyai dasar hukum diantaranya pasal 6 Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif penyelesaian sengketa, pasal 130 HIR/ 154 Rbg dan Peraturan Mahkamah Agung (Perma) Nomor 2 Tahun 2003 yang disempurnakan dengan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008. Mediasi dalam bidang kesehatan merupakan suatu pendekatan baru yang bisa ditempuh sebagai alternative penyelesaian sengketa yang diwajibkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 yang secara tegas dalam pasal 29 yang mengatur: "**Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi".**

Mediasi pada dasarnya bersifat universal berlaku lintas suku, lintas agama dan lintas Negara asal pemasalahan tersebut tidak termasuk dalam permasalahan pidana serta tidak bertentangan dengan sistem hukum suatu negara. Berdasarkan ketentuan dalam Perma Nomor 1 tahun 2008 bahwa perkara yang masuk di pengadilan tingkat pertama meliputi pengadilan umum dan Pengadilan Agama, Pengadilan Tinggi maupun Mahkamah Agung dapat dilakukan mediasi. Mediasi dapat dilakukan di dalam pengadilan maupun di luar pengadilan, baik oleh hakim mediasi maupun mediator bersertifikat yang disetujui oleh para pihak. Pada Pengadilan Tingkat pertama, semua perkara perdata wajib untuk lebih dahulu diselesaikan melalui perdamaian dengan bantuan mediator. Adanya ketentuan tersebut hendaknya dapat direspon secara lebih baik dan disosialisasikan pada masyarakat karena prosedur penyelesaian dengan jalan mediasi disamping menghasilkan hasil akhir yang saling menguntungkan kedua belah pihak yang mampu menjaga hubungan baik para pihak juga tidak memerlukan waktu yang lama laupun biaya yang mahal. Disamping itu dapat membantu beban kerja lembaga peradilan untuk mengurangi penumpukan perkara di lembaga tersebut. Proses mediasi dalam pelayanan kesehatan tidak

berlaku pada tindak pidana, misalnya melakukan tindakan aborsi tanpa indikasi medis, menghilangkan nyawa orang (*euthanasia)*, memperjualbelikan organ manusia dan sebagainya.

Mediasi dapat dilakukan di dalam pengadilan maupun di luar pengadilan. Perkara atau sengketa kesehatan yang telah masuk dalam pengadilan biasanya pada persidangan pertama akan ditawarkan oleh hakim untuk melakukan mediasi terlebih dahulu. Para pihak dapat memilih mediator yang disepakatinya untuk selanjutnya diberi kesempatan melakukan mediasi selama 40 hari dan dapat diperpanjang 14 hari atas permintaan para pihak, sebagaimana ada dalam ketentuan Perma Nomor 1 Tahun 2008. Perkara atau sengketa yang belum masuk di lembaga peradilan, para pihak bisa memilih mediator bersertifikat yang berpraktik swasta untuk membantu menyelesaikan sengketa yang dihadapinya.

Pada keadaan ini proses mediasi tidak dibatasi oleh waktu sebagaimana bermediasi di pengadilan. Mediasi dijalankan dengan sifat tertutup dan tidak mengikuti kaidah beracara di pengadilan, penjadwalan, memilih narasumber ahli dan poin kesepakatan perdamaian dibuat oleh para pihak. Sedangkan mediator yang bersifat netral hanya membantu dalam merumuskan titik tengah kesepakatan yang menguntungkan kedua belah pihak. Hasil kesepakatan perdamaian dapat dimintakan penetapan dari pengadilan untuk mendapatkan akta perdamaian agar bersifat *Final* dan *Binding* serta dapat dilakukan eksekusi bila dikemudian hari dijumpai wanprestasi dari salah satu pihak.

5. Mediasi Sebagai bagian Upaya Menuju Masyarakat Sejahtera.

Menghukum, memenangkan gugatan dalam suatu putusan lembaga peradilan merupakan istilah yang bermakna negatif bagi pihak yang menerimanya dan bagi orang yang mencari keadilan. Suatu kasus gugatan keluarga pasien misalnya terhadap rumah sakit dengan landasan Perbuatan Melawan Hukum karena

anggota keluarganya meninggal akibat dugaan malpraktik. Dalam persidangan, karena tidak terbukti melakukan Perbuatan Melawan Hukum maka putusan pengadilan menolak gugatan penggugat dan menghukum penggugat membayar biaya perkara. Ini menunjukkan bahwa pihak pencari keadilanpun dapat dihukum dan dapat dituntut balik dengan dalih pencemaran nama baik. Permasalahan tersebut sebenarnya dapat diselesaikan melalui proses mediasi dan masing-masing pihak sadar akan manfaat serta kepentingannya tentu akan mendapatkan hasil akhir yang lebih baik yaitu hubungan antara pihak dapat terjaga, kedua belah pihak mendapatkan keuntungan yang seimbang, akan meningkatkan harmonisasi dalam kehidupan bermasyarakat untuk menuju masyarakat yang damai, jauh dari rasa dendam dan tidak mengutamakan konflik.

Dalam ilmu pengetahuan hukum dapat diartikan dalam 3 (tiga) hal yaitu pertama, hukum dalam artinya sebagai adil (keadilan). Arti yang kedua, hukum dalam artinya sebagai undang-undang dan/ atau peraturan mengenai tingkah laku (tertulis) yang dibuat oleh penguasa. Dan ketiga, hukum dalam arti sebagai hak. Hukum dalam arti yang kedua inilah yang lazimnya disebut sebagai hukum objektif yaitu yang berupa rangkaian peraturan yang mengatur yang mengatur tentang macam-macam perbuatan yang boleh dilakukan dan dilarang, siapa yang melakukannya serta sanksi apa yang dijatuhkan atas pelanggaran peraturan tersebut. Dokter atau dokter gigi sebagai suatu profesi memiliki tanggung jawab profesi atas pelayanan medisnya. Terhadap pelanggaran hukum tersebut yang dilakukan oleh profesi dokter ini dapat dilakukan tindakan atau dengan kata lain dilakukan penegakan hukum. ●

DAFTAR PUSTAKA

Abbing, H.D.C. R. J. 1990. ***Pertanggunggugatan Perdata Rumah Sakit***. *Pro Yustitia*, 3:3-15. Bandung.

Abdurrahman, H. 1995. ***Ilmu Hukum, Teori Hukum dan Ilmu Perundang-undangan.*** P.T.Citra Aditya Bakti, Bandung.

Achdiat, C.M. 1993a. ***Hak dan Kewajiban Dalam Profesi Kedokteran.*** *M. Medika.* 2:56-62, Jakarta.

------. 1993b. ***Aspek-Aspek Hukum Malpraktik dan Kelalaian Medik***. *M.Medik.* 3:7-14, Jakarta.

Adi, K. 1986. ***Peranan Hukum Dalam Menciptakan Disiplin Sosial Masyarakat***. *M.Arena Hukum*. 1:42-56, Malang.

Adji, O. S. 1984. ***Hukum Kedokteran, Aspek Hukum Pidana dan Hukum Perdata.*** *M.Hukum dan Pembangunan*, 4::362-395, Jakarta

Ali, A. 1999a. ***Pengadilan dan Masyarakat.*** Hasanuddin University Press, Makassar.

------. 1999b. ***Sistem Hukum*** . Saduran, FH Universitas Hasanuddin Makassar.

Ali A Zainal. 2002. ***Dasar-dasar keperawatan Profesional.*** Widya Medika. Yogyakarta.

Allender, Judith Ann., Rector,Cherie., and Warner, Kristine D..2014. ***Community & Public Health Nursing. Promoting the Public's Hea****lth.* Wolters Kluwer. Lippintcott Williams & Wilkins

Philadelphia. Baltimore. New York. London.

Ameln, F. 1991. ***Kapita Selekta Hukum Kedokteran.*** Grafikatama Jaya, Jakart

Amri, A.1997. ***Bunga Rampai Hukum Kesehatan.*** Widya Medika, Jakarta.

Aubert, V. 1973. ***Sociology of Law,*** Penguin Education. Penguin Books Ltd, Baltimore, USA.

Andarmoyo, Sulistyo. 2012. ***Keperawatan Keluarga.*** Graha Ilmu. Yogya.

Azwar. Azrul. 1996. ***Pengantar Adminitrasi Kesehatan***.Edisi Kedua. PT Binarupa. Jakarta.

Brine, Peter, 1990. ***Medicine, Medical Ethics, and The Value of Life,*** John Wiley & Son, New York. an, Jakarta.

Cassette, A. 1993. *Hak Asasi Manusia Di Dunia Yang Berubah*. Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.

Coughlin, S.S. and Beauchamp, T.L. 1996. *Ethics and Epidemilogy*. Oxford University Press, New York.

Fletcher, N et al, 1995. ***Ethics, Law and Nursing.*** Manchester University Press, Manchester and New York.

Gautama, S. 1983. ***Pengertian Tentang Negara Hukum.*** Alumni, Bandung.

Gostin, L.O...2000. ***A Public Health Approach to Reducing Error: Medical Malpractice as a Barrier.*** J. American Medical Association.

Gostim Lawrence O. 2007. ***Law In Public Health,*** University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.

Grad, F.P. 1990. ***The Public Health Law.*** American Public Health Association, Washington.

Guwandi, J, 1991. ***Etika dan Hukum Kedokteran***, FKUI, Jakarta

HS, Salim .1993. ***Bayi Tabung, Tinjauan Aspek Hukum.*** Sinar Grafika, Jakarta.

Hendrojono Soewono, 2007, ***Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Dokter Dalam Transaksi Terapeutik,*** Jakarta,

Srikandi. Halaman 150.

Hunt. Roberta. 2009. I***ntroduction to Community-Based Nursing.*** 4TH. Edition.Wolters Kluwer.Lippintcott Williams & Wilkins Philadelphia. Baltimore. New York. London.

Huston., Marguiss,.2000. ***Leadership Roles and Management Function in Nursing.*** Third Edition. Lipincott. Philadelpia.

Iskandar, H. D. 1998**.** ***Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, dan Pasien.*** Sinar Grafika, Jakarta.

Indar, 2010, ***Etika dan Hukum Kesehatan***, Penerbit Laphas. Makassar

------. 2014. ***Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat,*** Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

------. 2014. ***Dimensi Etik dan Hukum Keperawatan.*** Masagena. Makassar

Ivanov, Luise and Blue. Carolyn L. 2008. ***Public Health Nursing. Leadership***, Policy & Practice. Delmar. Cangage. Australia. USA.

Koeswadji, Hermin H, 2003. ***Hukum Untuk Perumahsakitan,*** PT. Cipta Aditya, Bandung.

Kurnia Nova.2009. ***Etika Profesi Kebidanan***. Panji Pustaka. Yogyakarta.

Marimbi, Hanum. 2009. ***Etika dan Kode Etik Profei Kebidanan***. Mitra Cendekia Press. Yogyakarta.

Marmi. 2014. ***Etika Profesi Bidan***. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.

------. 2014. ***Konsep Kebidanan***. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.

Mellani, Nikon, dkk. 2009. **Kebidanan Komunitas**. Fitramaya. Yogyakarta

Mertokusumo, Sudikno, 2000. **Mengenal Hukum**, Liberty, Yogyakarta

Michael, Kenneth.R, & Terence J.Lovat, 1993. **Bioethics For Medical and Health Profesional**, Soc.Science Press, Mario Street, Redlem, NSW.

Monage, John.F, 1998. **Health Care Ethics**, Aspen Publisher, Gaithersburg, Maryland., Jakarta.

Mukti, A.G dan Adi H.S, 1993. **Abortus, Bayi tabung, Euthanasia, Transplantasi Ginjal, dan Operasi Kelamin Dalam Tinjauan Medis, Hukum dan Agama Islam,** Aditya Media, Yogyakarta

Nusye Kl Jayanti, 2009, ***Penyelesaian Hukum Dalam Malapraktik Kedokteran,*** Cetakan Pertama, Yogyakarta, Penerbit Pustaka Yustisia, halaman 106.

Rismalinda.2011. ***Etika Profesi dan Hukum kesehatan.*** Jakarta.

Soekanto, Soerjono dan Herkutanto, 1987. ***Pengantar Hulkum Kesehatan,*** Remadja Karja, Bandung.

Sujianti dan Susanti. 2009. ***Konsep Kebidanan.*** Nufia Medika. Yogyakarta.

Sujiyatini dan Dewi Nilda Synthia.2011. ***Etika Profesi Kebidanan,*** Rohia Press. Yogyakarta.

Suryono, 2010. ***Hukum Kesehatan Penyelesaian Dugaan Mal Praktik Pada Pelayanan Kesehatan,*** Yogyakarta, PD IBI Yogyakarta.

SusenoTutu A dan H.Masruroh.2010. ***Etika Profesi Kebidanan.*** Citra Pustaka. Yogyakarta.

Mukti, A.G dan Adi H.S, 1993. ***Abortus, Bayi tabung, Euthanasia, Transplantasi Ginjal, dan Operasi Kelamin Dalam Tinjauan Medis, Hukum dan Agama Islam,*** Aditya Media, Yogyakarta

Wahyuni Heni Puji (2009). ***Etika Profesi Kebidanan.*** Fitramaya. Yogyakarta.

Wiradharma, 1999. ***Etika Profesi Medis,*** Universitas Tri Sakti, Jakarta

UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahteraokanter

UU No. 29 ahun 2004 tentang Praktik Ked

UU No. 23 Tahun 2014 tentang Otonomi Daerah

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan

UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

UU No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan
Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik
Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
Permenkes N0. 1464 tahun 2010.tentang Regstrasi dan Praktik Kebidanan.

INDEKS

A

Abdullah viii, 202
Accountability 60, 101
Achmad Ali 390
Administrative value 358
Agama Islam 35, 410
Akal 41
aliran deontologis *(non-consequentialist)* 52, 94
aliran teleologis (*consequentilalist*) 52, 94
Altruism 60
Amerika Serikat 57, 206, 280, 320
Amir 203
Andreas Vesalius 357
Antonomy, 170
Apeldoorn 190, 193, 194
Arif Budiaanto 294
Aristoteles 50, 99, 170, 193
Asuhan keperawatan 94, 105, 243
Attribute of authority 192
Attribute of intention of universal application 192
Attribute of obligation 192
Attribute of sanction 192
A.W.Green 127

B

Babylonia 205
Bambang Poernomo 364
Banning 40
Beneticence, 170
Benyamin Lumenta 289
Berkata benar *(truth telling)* 49
berlaku adil *(justice)* 50
Bertens 33
Bidan 45, 48, 89, 134, 138, 140, 142, 146, 148, 152, 154, 155, 156, 158, 161, 163, 166, 169, 170, 172, 174, 175, 261, 268, 270, 272, 273, 275, 276, 409

budaya hukum *(Cukture of law)* 196

C

Campbell 165
Casio 11
Cockerham 289
Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan) 8
Coughlin 43, 408

D

Dalmy Iskandar 289
Davis 167
De Graaf 40
Deklarasi Geneva 75, 76, 77
De La Bassecour Caan 219
Dewi 35, 410
De Young 93
Dicky R. Effendi 294
Dilema moral 165
Documentary value 360
Dody Sujono 294
Duty 60, 276

E

Education value 359
Edwin Smith 356
Egisme psikologgis 53, 96
Ego 36
Egoisme etis 53, 96
etika 42
Etika v, viii, x, xii, 3, 5, 7, 33, 38, 39, 41, 46, 60, 68, 74, 75, 78, 84, 91, 97, 126, 135, 137, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 311, 408, 410, 418
etika agama Budha 33
etika hedonisme 54, 97
Etika Klinis 78
etika orang Jawa 33
Etika profesi 137
Etika Profesi 60, 137, 171, 172, 175, 409, 410
etika Protestan 33
Etika Rumah Sakit xii, 177, 178, 182
Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI) 182
Etik bidan 139
E.Utrecht 191
Excellence 60

F

Fertilisasi in vitro 35
Ficsbach 117, 118
Financial or fiscal value 359
Franklin Martin 357
Frans Magnis Soseno 44
Fred Ameln 329, 331
Freidom 289
Full enforcement 383

G

Geny 193
George Ebert 356
George R.Terry 168
Ghazali 41
Gibson 167

Ginekology 36
Guwandi 93, 209, 218, 230, 258, 259, 291, 303, 313, 328, 408

H

Hanafiah 203
Harold L Hirsh 280
Hati Nurani 41
Hayt 355
Hegel 220
Helen Dupuis 40
Hendropuspito 128
Herkutanto 8, 58, 206, 280, 281, 282, 299, 313, 410
Hetty Hasanah 372
Hipokrates 27, 75, 78
Hippocrates 356
Hodgetts 11
Hoge Raad 214, 237, 248, 298, 299
Honor and integrity, 60
Hospital Bylaw xiii, 302, 303, 304, 305, 306
hukum baik tertulis *(Written law)* 196

I

Id 36
I.G.M. Brata Ranuh 279
Ikatan Dokter Indoesia (IDI) 84
Immanuel 52, 95, 170
Immanuel Kant 52, 170
Indonesia 8, 12, 20, 33, 37, 44, 46, 63, 66, 73, 75, 84, 88, 102, 124, 169, 171, 177, 186, 190, 200, 205, 209, 223, 243, 252, 270, 273, 274, 275, 278, 291, 294, 297, 300, 306, 332, 344, 357, 361, 374, 375, 389, 390, 391, 392, 395, 398, 408, 419
Ismani 93, 95, 96, 257

J

Jay Katz 328
J.C.T Simorangkir 191
Jeremi Bentham 52, 95
Jf. Childress 51, 100
J.G. Holland 191
Johnson 165, 167
Jonsen cs 78
Joseph Goldstein 383
Justice, 170

K

Karel J. Veeger 128
Kasus Muchjidin 327
kasus Nuboer 298
Katolik 35
Keadilan commutatif *(justitia commutiva)* 51, 100
Keadilan distributif *(justitia distributiva)* 50, 99
Keperawatan v, xi, xiii, 63, 66, 91, 94, 97, 101, 103, 105, 107, 108, 109, 114, 115, 116, 124, 125, 126, 178, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 251, 252, 378, 408, 409, 411, 418

Kimball Young 127
Kode etik kebidanan 140
Kode etik profesi 64, 65, 81
KODERSI 176, 183, 186, 300
Koeswadji 42, 278, 310, 316, 409
Komite Medik xii, 181, 182
Konferensi Helsinki 210
Konsil Keperawatan xi, 124, 125, 126

L

Lawrence M. Friedman 195
Leenen 25, 90, 206, 211, 224, 302, 331
Legal value 359
Lemaire 20, 22
Leopold Pospisil 192
Levey 10
lex superior derogat lege inferiori 196
Licensed PracticalNurs (LPN) 244
Lingkungan dan adat istiadat 41
Loomba 10

M

Magnetic Resonance Imaging (MRI) 8
Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK) 25
Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) 84
Majelis Pembelaan anggota (MPA) 174
Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) 174
Marmi 41, 45, 409
Mechanic 289
menghormati privasi *(privacy)* 51
Miller 191, 259, 282, 363
MKDKI xi, 72, 73, 74, 86, 87, 88, 89
MKEK xi, 84, 85, 88, 89, 183, 333
Moral keagamaan, 165
Moral sekuler, 165
MPA 171, 172, 174, 175, 176
MPEB xii, 171, 172, 174, 175, 176
Muchsin 372
M.Z.Lawang 127

N

Naluri (Insting) 41
Ners generalis 244
Ners konsultan 244
Ners spesialis 244
Newstorm 167
Non Maletificence, 170

O

otonomi klinis 48
otonomi moral 48

P

Pancasila 20, 41, 66, 81, 140, 183, 297
Pelayanan kebidanan xi, 126, 149, 152, 157
Pendidikan 42
Perawat 243

Perawat profesional 243
Perawat vokasional 243
Perry 98, 117, 122
PERS xii, 177, 182, 183
PERSI 177, 182, 183
Ph. A.N. Houwing 401
Poerwadarminta 33
Potter 117, 122
Pozagar 363
Pozgar 28, 191, 279, 356
Prita Mulyasari 389
profesi 58
Profesi 57, 58
Purnadi Purbacaraka 22

R

Rahardjo 190, 371
Raja Hammurabi 205
Registered Nurse 244
rekam medik 363, 364
Research value 359
Respect for others 60
Rhazes 357
Robbin 167
Robert R. Miller 191
Roscoe Pound 57

S

Samuel L. Bloom 229
Satjito Rahardjo 371
Setiono 372
Sidharta 8, 57, 59, 60
Soeganda Poerbacaraka 44, 164
Soejitno 34, 48
Soekanto 21, 22, 58, 202, 206, 280, 281, 282, 299, 314, 360, 381, 384, 385, 410
Soerjono Soekanto 22, 314, 381, 384, 385
Solis 230
Spoken 40
St. Bartholomous 357
struktur hukum *(Structure of law)* 196
substansi hukum *(Subtance of law)* 196
Superego 36
Syaifuddin 294
Sydney 76, 343

T

Taimud 357
Talcott Parsons 59
Taquiri 167
Teori campuran 193
Teori Etis 193
teori Respondeat Superior 280
Teori Utilitis 193
Thiroux 43, 231
Thouth 356
tidak tertulis *(Unwritten law)* 196
T.L. Beuschamp 51, 100
Tota lenforcement 383
Tuti A. Suseno 45

U

Ultrasonograpfi (USG) 8
utilisme invidual 53, 96

utilisme sosial 53, 96, 97
Utrecht 191, 194

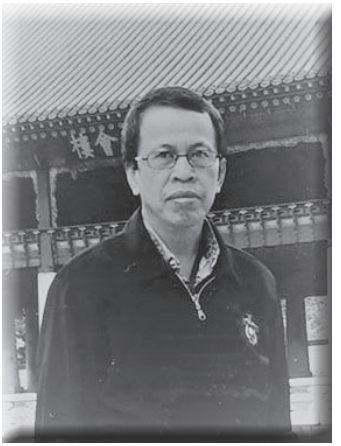
V

Van der Mijn 206
Visum et Rivertum 232, 234, 235, 346, 351

W

W.B. van der Mijn 58
Wiradharma 52, 62, 95, 410

BIOGRAFI PENULIS



PROF. Dr. H. INDAR, SH, MPH lahir di Makassar 10 November 1953. Guru Besar Etika dan Hukum Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Hukum Unhas Tahun 1984, Pendidikan S-2 pada University of Hawaii at Manoa USA Tahun 1990. Gelar Doktor di bidang Hukum Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Tahun 2003 dengan judul Disertasi "Perspektif Hak-Hak Atas Pemeliharaan Kesehatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Makassar dan Parepare ".Dosen luar biasa pada FKM UMI Makassar, FKM Universitas Panca Sakti Makassar, FKM Universitas Indonesia Timur Makassar, STIK Tamalate Makassar, STIK Makassar, STIKES Mega Rezky Makakassar, STIK Baramuli Kabupaten Pinrang, STIK GIA Makassar, STIKES Nani Hasanuddin Makassar, STIKES Panakukang/APIKES Makassar, Akademi Kebidanan Amrullah Makassar, Akademi Hiperkes Makassar pada Mata Kuliah Etika dan Hukum Kesehatan, Etika dan

Hukum Keperawatan, Etikolegal Dalam Pelayanan Kebidanan, dan Peraturan Perundang-Undangan Kesehatan Kerja. Selain sebagai Staf Pengajar juga sebagai Seksi Hukum Pengendalian AIDS Sulawesi Selatan (KPAD) tahun 2003. Anggota Dewan Kesehatan Kota Makasaar tahun 2003, Penyusun Hospital Bylaws RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo. Pembantu Rektor I dan III Universitas Indonesia Timur 2006. Pengelola S2 AKK Ketua Konsentrasi S2AKK Unhas 2007-2016. Ketua STIK Tamalatea Makassar 2015-2016.Sekolah Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin. Anggota Pusat Pengkajian dan Pemberian Bantuan Hukum Indonesia (P3BHI) Makassar 1985-1986. Konsultah Hukum Rumah Sakit Pelamonia Makassar 2005. Anggota Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia (MKHI)