

**PERAWAT  
KESEHATAN  
MASYARAKAT  
BERBASIS  
*HOME CARE***



DR. H. MUH. ALWYARIFIN, M.KES • SUDIRMAN, SKM., M.KES • NUR INAYAH ISMANIAR, SKM., M.KES

**PERAWAT  
KESEHATAN  
MASYARAKAT  
BERBASIS  
*HOME CARE***

**Perawat Kesehatan Masyarakat  
Berbasis *Home Care***

**Penulis**

Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes  
Sudirman, SKM,. M.Kes  
Nur Inayah Ismaniar, SKM,. M.Kes

**Desain Sampul:**

Wisnu

**Setting Isi**

Dimaswids

Cetakan I, Agustus 2019

**Penerbit**

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

**ISBN: 978-623-236-006-8**

# KATA PENGANTAR

**D**engan memanjatkan puji syukur ke Hadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan berpikir serta kekuatan, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*. Buku ini disusun berdasarkan referensi yang terkait langsung dengan Prinsip Prinsip Kaidah Ilmu Keperawatan Komunitas, Ilmu Keperawatan ilmiah perancangan, pelaksanaan, monitoring, pelaporan serta diseminasi hasil hasil riset.

Di berbagai negara pelayanan kesehatan menjadi isu yang penting karena hal itu berkaitan dengan nilai dasar dalam masyarakat seperti “kesehatan sebagai hak ‘mendasar’ bagi individu (*health is one of basic human right*)”. Karena itu isu mengenai pemerataan dan akses terhadap pelayanan kesehatan formal merupakan hal yang esensial dan azasi. Motto yang dikumandangkan adalah “*health is not everything, but everything without health is nothing*”. (Ekasari, 2008).

Pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan dalam mencapai

masyarakat yang sehat, tanpa mengabaikan peran lingkungan dan faktor perilaku yang lebih besar pengaruhnya (Blum). Dua determinan tersebut terakhir ini merupakan determinan yang banyak dipengaruhi oleh domain di luar kesehatan sehingga intervensinya memerlukan peran lintas sektor terkait (Effendy, 1998).

Salah satu aspek terpenting dari pelayanan keperawatan sebagai bagian inheren dengan pelayanan kesehatan adalah penekanannya pada keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat. Akan tetapi, hingga saat ini sangat sedikit perhatian yang diberikan pada keluarga sebagai objek dari studi yang sistematis dalam bidang keperawatan.

Pelayanan keperawatan dalam bentuk pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien oleh perawat kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan atau masalah kesehatan yang dihadapi yang berdasarkan pada masing-masing bidang secara profesional namun secara kolaboratif dan terintegrasi). Pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan secara berkesinambungan hingga memungkinkan klien menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri dan sesuai dengan kemampuannya.

Sasaran pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien berdasarkan kondisi kesehatannya, tingkatan klien terdiri atas individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Dalam pelayanan kesehatan *Home Care* digunakan akses secara aktif di mana Perawat Kesehatan Masyarakat mencari, menemukan, dan menyelesaikan masalah kesehatan klien di masyarakat.

Penulis

# SAMBUTAN

---

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke Hadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan berpikir serta kekuatan, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*, berdasarkan referensi yang terkait langsung dengan Prinsip dan Kaidah Ilmu dan Etika Keperawatan Kesehatan Masyarakat.

Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*. ini telah disusun sebagai salah satu upaya membantu mahasiswa 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 praktisi 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, Keperawatan, Hukum Kesehatan dan Hukum Keperawatan. Walaupun demikian diupayakan dalam kurun waktu yang tidak lama, paling tidak pada setiap edisi penerbitannya dapat direvisi sesuai dengan perkembangan Etika dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat guna melengkapi penyusunannya.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa buku ini memerlukan penyempurnaan. oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penyusun mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif demi kesempurnaan buku ini.

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

Akhirnya, penyusun menghaturkan banyak terima kasih kepada semua pihak terutama kepada istri 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, Januari 2019

Dekan FKM Universitas Hasanuddin

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Aminuddin Syam', written over a horizontal line.

Dr. Aminuddin Syam, SK, M.Kes, M.Med.Ed



# DAFTAR ISI

**KATA PENGANTAR**      v

**KATA SAMBUTAN**

**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Hasanuddin Makassar – vii**

**BAB I.**

**PENDAHULUAN – 1**

**BAB II.**

**KONSEP KEPERAWATAN – 11**

- A. Pengertian Konsep — 11
- B. Konsep Keperawatan — 13
  - 1. Pengertian Perawat — 13
  - 2. Peran Perawat — 14
  - 3. Fungsi Perawat — 16
  - 4. Tugas Perawat — 16
  - 5. Penerapan Asuhan Keperawatan — 16
  - 6. Faktor Mendukung Penerapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan — 17

- 7. Faktor Penghambat Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan — 17
- C. Paradigma — 18
- D. Paradigma Keperawatan — 19

### **BAB III**

#### **KONSEP KESEHATAN — 25**

- A. Pengertian Kesehatan — 25
- B. Pelayanan Kesehatan — 34
- C. Sistem Pelayanan Kesehatan — 36

### **BAB IV**

#### **KESEHATAN MASYARAKAT — 41**

- A. Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat — 41
  - 1. Pendahuluan — 41
  - 2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat — 43
- B. Periode Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat — 44
  - 1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre Scientific Period*) — 44
  - 2. Periode Ilmu Pengetahuan (*Scientific Period*) — 45
- C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia — 46
  - 1. Masa Pra Kemerdekaan — 46
  - 2. Masa Era Kemerdekaan — 47

### **BAB V**

#### **KONSEP PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT — 51**

- A. Pendahuluan — 51
- B. Tujuan Perawatan Kesehatan Masyarakat — 56
- C. Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 57
- D. Ruang Lingkup Keperawatan Masyarakat — 60
- E. Kegiatan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 62

- F. Prinsip Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 63
- G. Peran Perawat Kesehatan Masyarakat — 64
- H. Dasar Hukum Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 65
- I. Urgensi dari Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 73
- J. Konsep Asuhan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 74
- K. Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Pusat Kesehatan Masyarakat — 95
- L. Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat di luar Di Pusat Kesehatan Masyarakat — 97
- M. Alur Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 97

## **BAB VI**

### ***HOME CARE — 102***

- A. Perspektif Sejarah *Home Care* — 102
- B. Konsep Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 103
- C. Tujuan Diadakannya *Home Care* — 105
- D. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi *Home Care* — 106
- E. Ruang lingkup *Home Care* — 106
- F. Prinsip *Home Care* — 107
- G. Landasan Hukum *Home Care* — 107
- H. Manfaat *Home Care* — 108
- I. Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 109
- J. Lingkup Keperawatan *Home Care* — 110
- K. Jenis Pelayanan *Home Care* — 111
- L. Peran dan Fungsi Perawat *Home Care* — 112
- M. Pro dan Kontra *Home Care* di Indonesia — 113
- N. Faktor Penghambat Dalam Pelayanan *Home Care* — 115
- O. Alur Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 117

## **BAB VII.**

### **KEPEMIMPINAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 118**

- A. Pendahuluan — 118
- B. Pengertian Kepemimpinan — 119
- c. Teori Kepemimpinan — 120
- D. Gaya Kepemimpinan — 121
- D. Pemimpin Kesehatan Masyarakat — 123
- F. Prinsip Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat — 124
- G. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Pendekatan Sistem Dalam Organisasi — 128
- H. Tanggungjawab Pemimpin Kesehatan Masyarakat — 129
- I. Penerapan Kepemimpinan Dalam Kesehatan Masyarakat — 130
- J. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Komunikasi — 138
- K. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Proses Perencanaan — 142

## **BAB VIII**

### **ETIKA KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 145**

- A. Pengertian Dasar — 145
- B. Etika Kesehatan — 155
- C. Etika Keperawatan — 156
- D. Etika Perawat Kesehatan Masyarakat — 168

## **BAB IX**

### **HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT — 171**

- A. Hukum dan Kaidah Sosial — 171
- B. Hukum Kesehatan — 184
- C. Hukum Kedokteran — 207

- D. Kedokteran Forensik — 211
- E. Hukum Kesehatan Masyarakat — 215

## **BAB X**

### **HUKUM KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 231**

- A. Pendahuluan — 231
- B. Paradigma Lama Tugas Keperawatan — 233
- C. Paradigma Baru Tugas Keperawatan — 235
- D. Tenaga Keperawatan Dalam Peraturan Perundang-undangan — 236
- E. Dasar Hukum Praktik Keperawatan — 247
- F. Hubungan Pasien dan dokter — 254
- G. Hubungan Perawat Pasien/Klien — 259
- H. Kasus — 261

## **BAB. XI**

### **INFORMED CONSENT DALAM KEPERAWATAN — 264**

- A. Pendahuluan — 264
- B. Dasar Hukum Informed Consent — 269
- C. Persetujuan Klien atas Tindakan Perawat (*Consent of Client*) — 272
- D. Hak Informasi Kesehatan — 277
- E. Hak Atas Persetujuan Klien — 282
- F. Tanggung Jawab (*Liability*) — 284

## **BAB XII**

### **TANGGUNG JAWAB TENAGA KESEHATAN — 290**

- A. Pengaturan Tentang Tenaga Kesehatan Pada Umumnya — 290
- B. Kewenangan dan Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan — 293

## **BAB XIII**

### **TANGGUNG JAWAB HUKUM RUMAH SAKIT — 312**

- A. Pelayanan Kesehatan — 312
- B. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan — 318
- C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan — 329
- D. Tanggung jawab Hukum Rumah Sakit — 330

### **DAFTAR PUSTAKA — 354**

### **TENTANG PENULIS — 359**

# PENDAHULUAN

**K**eperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat. Pelayanan keperawatan mencakup seluruh siklus kehidupan manusia, berupa bantuan, yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan/atau mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

Pelayanan keperawatan juga terhadap penyediaan pelayanan kesehatan, terutama dalam usaha mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang dapat mencapai hidup sehat dan produktif. Asuhan keperawatan pada akhirnya dilakukan untuk mencapai kemandirian klien dalam meningkatkan status kesehatan secara optimal agar dapat melakukan pencegahan penyakit dan meningkatkan keadaan kesehatannya.

Perawat memberikan pelayanan dan asuhan kesehatan yang ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan menolong individu untuk mengatasi secara tepat masalah yang dihadapinya berupa tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia sebagai akibat ketidakmampuan, ketidaktahuan dan ketidakmauan. Keperawatan sebagai ilmu mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang berhubungan dengan kesehatan, pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatarbelakangi serta mempelajari berbagai upaya untuk mencapai kebutuhan tersebut, dengan memanfaatkan berbagai sumber yang potensial secara optimal sehingga manusia dapat mempertahankan, menopang, memelihara dan meningkatkan integritas seluruh kebutuhan dasarnya.

Konsep pelayanan kesehatan *Home Care* telah ada sejak tahun 1796, diperkenalkan Agen *Home Care* dan dibentuk Visiting Nursing Agency (VNA) dan sejak tahun 190 bergabung asuransi kesehatan (Health Insurance). Menurut Habbs and Perin (Suharyati, 1998) *Home Care adalah Family and or Professionally Provided Health Care and Related service delivered in the home environment*. Seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan menuntut perawat, sebagai suatu profesi, memberi pelayanan kesehatan yang optimal. Indonesia juga berupaya mengembangkan model praktik asuhan keperawatan kesehatan masyarakat profesional.

Pelayanan *Home Care* bertujuan menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan memperhatikan aspek pasien secara menyeluruh yaitu bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Dengan pelayanan kesehatan *Home Care*, dapat terlaksana pelayanan kesehatan yang terpadu (komprehensif) melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan kesehatan, pengobatan dan pemulihan.

Melalui pelayanan kesehatan *Home Care* yang diberikan kepada klien oleh perawat kesehatan masyarakat sesuai



dengan kebutuhan atau masalah kesehatan yang dihadapi yang berdasarkan pada masing-masing bidang secara profesional namun secara kolaboratif dan terintegrasi). Dengan demikian pelayanan kesehatan *Home Care* yang diberikan secara berkesinambungan hingga memungkinkan pasien menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri dan sesuai dengan kemampuannya (*sustainable and independent*).

Sasaran pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien berdasarkan kondisi kesehatannya, tingkatan klien terdiri atas individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Dalam pelayanan kesehatan *Home Care* digunakan akses secara aktif di mana Perawat Kesehatan Masyarakat mencari, menemukan, dan menyelesaikan masalah kesehatan klien di masyarakat.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan dalam mencapai masyarakat yang sehat, tanpa mengabaikan peran lingkungan dan faktor perilaku yang lebih besar pengaruhnya (Blum). Dua determinan tersebut terakhir ini merupakan determinan yang banyak dipengaruhi oleh domain di luar kesehatan sehingga intervensinya memerlukan peran lintas sektor terkait (Effendy, 1998).

Di berbagai negara pelayanan kesehatan menjadi isu yang penting karena hal itu berkaitan dengan nilai dasar dalam masyarakat seperti “kesehatan sebagai hak ‘mendasar’ bagi individu (*health is one of basic human right*)”. Oleh karena itu, isu mengenai pemerataan dan akses terhadap pelayanan kesehatan formal merupakan hal yang esensial dan azasi. Motto yang dikumandangkan adalah “*health is not everything, but everything without health is nothing*”. (Ekasari, 2008).

Salah satu aspek terpenting dari pelayanan keperawatan sebagai bagian inheren dengan pelayanan kesehatan adalah penekannya pada keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien

keperawatan. Secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat. Akan tetapi, hingga saat ini sangat sedikit perhatian yang diberikan pada keluarga sebagai objek dari studi yang sistematis dalam bidang keperawatan.

Padahal terdapat beberapa alasan penting meyakinkan mengapa unit keluarga harus menjadi fokus sentral dari keperawatan keluarga, yaitu: disfungsi apa saja yang terjadi, baik berupa penyakit, cedera, disintegrasi perpisahan dalam sebuah unit keluarga, akan memengaruhi satu atau lebih anggota keluarga, bahkan dan dalam hal tertentu, sering memengaruhi anggota keluarga yang lain dan unit ini secara keseluruhan (Friedman, 1998).

Perawatan keluarga yang komprehensif merupakan suatu proses yang kompleks, sehingga memerlukan suatu pendekatan yang logis dan sistematis untuk bekerja dengan keluarga dan anggota keluarga. Pendekatan ini disebut proses keperawatan. Yura dan Walsh (1978) menegaskan, “proses keperawatan merupakan inti dan sari dari keperawatan”. Proses adalah suatu aksi gerak yang dilakukan dengan sengaja dan sadar dari satu titik ke titik yang lain menuju pencapaian tujuan. Sehingga pada hakikatnya, proses keperawatan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang sistematis, yang digunakan ketika bekerja dengan individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Friedman, 1998).

Suatu Visi Rencana Strategis yang ingin dicapai Departemen Kesehatan adalah “Masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan“. Visi ini dituangkan menjadi 4 misi yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan, menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber

daya kesehatan, serta menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (Depkes, 2011).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 diketahui penyebab kematian di Indonesia untuk semua umur, telah terjadi pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yaitu penyebab kematian pada usia > 5 tahun, penyebab kematian yang terbanyak adalah stroke, baik di perkotaan maupun di pedesaan.

Hasil Riskesdas 2007 juga menggambarkan hubungan penyakit degeneratif seperti sindroma metabolik, stroke, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain). Prevalensi gizi buruk yang berada di atas rata-rata nasional (5,4%) ditemukan pada 21 provinsi dan 216 kabupaten/kota. Sedangkan berdasarkan gabungan hasil pengukuran gizi buruk dan gizi kurang Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di atas prevalensi nasional sebesar 18,4%. Namun demikian, target rencana pembangunan jangka menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target Millenium Development Goals sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007.

Penelitian Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Wilayah Kota Sukabumi (2011) menunjukkan bahwa 73% pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat kurang baik. Adapun faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas adalah pelatihan dan ruangan khusus asuhan keperawatan. Sedang faktor yang dominan memengaruhi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah pelatihan keperawatan dan SOP/standar/pedoman pelaksanaan dengan  $\text{Exp(B)}: 0,074$ . Pelatihan dan standar/pedoman mempunyai peranan penting dalam hal pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas sehingga dalam hal ini perlu adanya kebijakan

dalam meningkatkan cakupan program perawatan kesehatan masyarakat.

Penelitian Septiyani, Retno (2012) menunjukkan bahwa antara pengetahuan ada hubungan yang bermakna dengan kinerja koordinator ( $p=0,001$ ,  $rs=0,522$ ), sikap ada hubungan yang bermakna dengan kinerja koordinator ( $p=0,048$ ,  $rs=0,328$ ).

Penelitian Moh. Basirun Al Umah menyatakan bahwa Perawat Kesehatan Masyarakat telah dilakukan oleh 64% puskesmas, kemudian dilakukan pengecekan catatan tentang kegiatan tersebut dan hanya separuhnya yang melakukan pencatatan. Sedangkan untuk kunjungan rumah dilakukan oleh 48,48% puskesmas. Hal tersebut berarti sudah sesuai dari harapan dari dinas kesehatan kabupaten yang menargetkan 40% jangkauan pelayanan kesehatan telah dilaksanakan sesuai ketentuan Departemen Kesehatan (1998). Proses kegiatan difokuskan pada pengorganisasian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) 2013 menunjukkan terdapat secara nasional isu proporsi RT mengetahui keberadaan rumah pemerintah sebanyak 69,6 persen, sedangkan rumah sakit swasta 53,9 persen. RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi Bali (88,6%) sedangkan terendah Nusa Tenggara Timur (39,6%). Pengetahuan RT tentang keberadaan RS swasta tertinggi DI Yogyakarta (82,4%) dan terendah Sulawesi Barat (15,1%). Pengetahuan RT tentang keberadaan praktik bidan atau rumah bersalin secara nasional adalah 66,3 persen, tertinggi di Bali (85,2%) dan terendah di Papua (9,9%). Pengetahuan tentang keberadaan posyandu sebanyak 65,2 persen, tertinggi di Jawa Barat (78,2%) dan terendah di Bengkulu (26,0%).

Dalam hubungan inilah perlu ditingkatkan upaya untuk memperluas jangkauan dan mendekatkan pelayanan ke-

sehatan kepada masyarakat dengan mutu pelayanan yang baik, berkelanjutan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama keluarga miskin rawan kesehatan/risiko tinggi. Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan adalah program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 128/Menkes/SK/II/Tahun 2004.

Perawatan kesehatan masyarakat merupakan perawatan khusus yang sinergik dengan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempunaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada keluarga yang sehat, individu yang sakit dan tidak dirawat di rumah sakit beserta keluarganya, kelompok masyarakat khusus yang mempunyai masalah kesehatan sehingga akan memengaruhi masyarakat secara keseluruhan (WHO, 1959).

Selain itu, perawatan kesehatan masyarakat juga mencakup perhatian terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, membantu masyarakat mengidentifikasi masalah kesehatan sendiri serta memecahkan masalah kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan yang ada pada mereka sebelum mereka meminta bantuan kepada orang lain (WHO, 1974 dalam Anderson dan Farlane, 2004).

Ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat meliputi wilayah yang luas; sasaran yang bervariasi terhadap individu, keluarga, dan masyarakat); lingkup kegiatan pada aspek preventif, promosi, kuratif, dan rehabilitasi; dan melibatkan beberapa pihak terkait, seperti pemerintah daerah setempat, petugas kesehatan, dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan lain-lain, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat serta lainnya.

Namun kenyataannya, penyelenggaraan kegiatan ini di Indonesia sering ditemukan beberapa kendala, antara lain: jumlah tenaga perawat atau petugas kesehatan lain kurang, transportasi kurang memadai, letak demografi daerah yang terpencil dan sulit dijangkau, ataupun waktu yang terbatas. Menurut Altankhuyag (2010), praktik medis terbatas, populasi yang kecil, kesempatan melanjutkan pendidikan dan mendapatkan pelatihan terbatas, transportasi yang sulit, dan akses komunikasi yang kurang menjadi hambatan utama untuk meningkatkan kualitas PHC (Primary Health Care) di pedesaan.

Menurut hasil penelitian Farida (2009) sebelumnya perkesmas adalah program pokok puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bermasalah dalam kesehatan dalam bentuk kunjungan rumah. Asuhan keperawatan keluarga adalah askep yang diberikan pada keluarga binaan melalui proses keperawatan. Faktor yang memengaruhi dalam pelaksanaan askep keluarga adalah kewajiban perawat dan perintah dari atasan. Hambatan dan permasalahan yang dialami perawat dalam pemberian askep keluarga dapat berasal dari keluarga, perawat, letak geografis dan kebijakan yang ada di puskesmas. Peran perawat dalam pemberian askep keluarga adalah sebagai pelaksana, pendidik/ penyuluh dan motivator.

Hasil penelitian Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Wilayah Kota Sukabumi (2011) menunjukkan bahwa 73% pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat kurang baik. Adapun faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas adalah pelatihan dan ruangan khusus asuhan keperawatan. Sedang faktor yang dominan memengaruhi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah pelatihan keperawatan dan SOP/standar/pedoman pelaksanaan dengan  $\text{Exp(B)}: 0,074$ . Pelatihan dan standar/pedoman mempunyai peranan penting dalam hal pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas sehingga dalam hal ini perlu adanya

kebijakan dalam meningkatkan cakupan program perawatan kesehatan masyarakat.

Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat yang terlayani saat ini yaitu: penderita Diabetes Melitus, Hipertensi, Rematoid Atritis, Atrofi Ginjal dan TB Paru menunjukkan pemberian pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan (KepMenPan No.94 thn 2001) terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok/masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan serta pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang keperawatan/kesehatan yang dirasakan kurang memuaskan (Depkes, 2009).

Selama tiga dekade terakhir praktik keperawatan di masyarakat telah berubah. Perubahan ini berasal dari perhatian masyarakat mengenai perawatan kesehatan. Keprihatinan ini berpusat pada kualitas akses, biaya perawatan kesehatan. Perubahan yang dihasilkan memberikan pe dan tantrawat kesempatan untuk membantu pelayanan kesehatan bentuk pada awal abad ke 21. Terdapat 10 tren dalam keperawatan kesehatan akan memengaruhi pendidikan dan praktik keperawatan. Kecenderungan ini merupakan implikasi dari persiapan kualitas pendidikan dan praktik keperawatan yang berbasis pada *Home Care*. (Roberta Hunt, 2009).

Masa depan pendidikan keperawatan akan semakin penting karena:

1. Perubahan demografi dan keragaman keperawatan
2. Ledakan teknologi
3. Globalisasi ekonomi dunia dan masyarakat.
4. Konsumen terdidik, terapi alternatif, perawatan palliatif.
5. Pergeseran ke perawatan kesehatan masyarakat dan peningkatan kompleksitas perawatan *client*.
6. Biaya yang lebih tinggi dari perawatan kesehatan dan

tantangan pengelolaan keperawatan.

7. Efek dari regulasi dan kebijakan kesehatan
8. Meningkatnya kebutuhan pendidikan interdisipliner untuk praktik keperawatan kolaboratif.
9. Kekurangan keperawatan (*nursing shortages*), peluang untuk kesempatan belajar sepanjang hayat.
10. Kemajuan yang signifikan dalam ilmu pengetahuan dan penelitian.



# KONSEP KEPERAWATAN

## A. PENGERTIAN KONSEP

**S**ecara 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. Dapat juga diartikan bahwa konsep adalah 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 diprediksikan 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 bernama Ani, Nia, ataupun Ina. Konsep yang tidak langsung adalah konsep universal refleksi. Maksudnya, konsep yang menyebut suatu kelas atau golongan dan tak dapat diprediksikan pada individu-individu. Misalnya konsep “kemanusiaan”. Tak satu pun 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 diprediksikan dengan konsep tersebut atau yang merupakan contoh perwujudan konkretnya. Misalnya konsep universal refleksi “kemanusiaan” merujuk secara eksplisit pada ekstensi atau lingkup penerapannya, yakni konsep universal langsung “manusia” dapat diprediksikan pada banyak individu. Jadi, jelas bahwa konsep universal langsung hanya memaksudkan pengertiannya dan mengabstraksikan ekstensinya. Sedangkan, konsep universal refleksi tidak dapat diprediksikan karena secara eksplisit memaksudkan ekstensinya dan dengan demikian memberikan nama pada keseluruhan kelas dari hal yang dibicarakan.

## **B. KONSEP KEPERAWATAN**

### **1. Pengertian Perawat**

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial- spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju pada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri (Gartinah,1999).

Keperawatan terutama berfungsi membantu individu (sehat atau sakit) dalam menjalankan kegiatan yang mengontribusi kesehatan atau pemulihan atau kematian secara damai yang dapat dilakukan tanpa bantuan, apabila mereka memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang diperlukan, keperawatan juga membantu individu melaksanakan terapi yang disarankan dan secepat mungkin mandiri kembali.

Perawat Profesional adalah perawat yang mengikuti pendidikan keperawatan pada jenjang pendidikan tinggi keperawatan, sekurang-kurangnya DIII keperawatan (Gartinah,1999). Perawat profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya (Depkes RI, 2002). Dalam menyelenggarakan pelayanan keperawatan, perhatian utama seorang perawat adalah mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia melalui pengkajian yang saksama tentang hal-hal yang melatarbelakangi, serta mempelajari berbagai bentuk upaya untuk memenuhi kebutuhan dasar

tersebut melalui pemanfaatan berbagai sumber yang tersedia (Konsorsium Ilmu-Ilmu Kesehatan, Depdikbud RI,1991).

Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan menyebutkan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **2. Peran Perawat.**

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri dari:

### **a. Peran Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan.**

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bias direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

### **b. Peran Sebagai Advokat Klien.**

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hal atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

**c. Peran Edukator.**

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan

**d. Peran Koordinator.**

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

**e. Peran Kolaborator.**

Peran perawat di sini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

**f. Peran Konsultan.**

Peran di sini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

**g. Peran Pembaharu.**

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

### **3. Fungsi Perawat.**

Menurut Hidayat (2004.30-32). Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi diantaranya:

#### **a. Fungsi Independen.**

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, di mana perawat dapat melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia

#### **b. Fungsi Dependen.**

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan.

#### **c. Fungsi Interdependen.**

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan yang lain. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mempunyai penyakit kompleks.

### **4. Tugas Perawat.**

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan.

### **5. Penerapan Asuhan Keperawatan**

Penerapan adalah perihal mempraktikkan. (Kamus Bahasa Indonesia, 1999.1044). Sedangkan penerapan asuhan

keperawatan adalah mempraktikkan asuhan keperawatan dalam pelayanan keperawatan kepada pasien. Penerapan standar asuhan keperawatan akan mengubah sistem dalam pemberian asuhan keperawatan menjadi lebih terencana, berdasarkan pada pedoman yang jelas dan lebih bisa dipertanggungjawabkan. Faktor pendukung dari proses perubahan dalam penerapan asuhan keperawatan dapat dilihat dari aspek kebutuhan dasar manusia dan kebutuhan dasar interpretasi (Nursalam, 2002). Faktor penghambat bisa dilihat dari beberapa aspek yaitu mengancam kepentingan pribadi, persepsi yang kurang tepat, sebagai reaksi psikologi dan toleransi untuk berubah yang rendah (Nursalam, 2002). Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit TNI Malang, tentang Standar Asuhan Keperawatan dan Sikap Terhadap Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Dokter dan Perawat (Anggreini, 2005) diketahui:.

## **6. Faktor Mendukung Penerapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan:**

- a. Sebagai bukti tanggung jawab hukum.
- b. Sebagai metode dalam melayani pasien.
- c. Sebagai alat untuk dokumentasi, untuk mengetahui perkembangan pasien.
- d. Sebagai alat pertanggungjawaban perawat dalam menjalankan tugas.

## **7. Faktor Penghambat Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan:**

- a. Teori tentang Asuhan Keperawatan terlalu sulit, rumit dan agak susah.
- b. Sumber Daya Manusia masih kurang jumlahnya di ruang keperawatan.
- c. Tidak adanya penilaian dari supra sistem.

- d. Dalam pelaksanaannya masih mencontoh asuhan keperawatan

### **C. PARADIGMA**

Istilah paradigma (*paradigm*) sebagai konsep, pertama-tama dikenalkan oleh Thomas Kuhn dalam bukunya *The Structure of Scientific Revolution*. Paradigma merupakan terminologi kunci dalam model perkembangan ilmu pengetahuan yang diperkenalkan Thomas Kuhn. Selanjutnya, istilah tersebut dipopulerkan oleh Robert Friedrichs. Dia adalah orang pertama yang merumuskan pengertian paradigmas secara lebih jelas. Dia merumuskan paradigma sebagai suatu pandangan mendasar dan suatu disiplin ilmu tentang apa yang menjadi pokok persoalan (*subject matter*) yang semestinya dipelajari (*a fundamental image a dicipline has of its subject matter*). Selanjutnya, George Ritzer merumuskan pengertian paradigma secara lebih jelas dan rinci.

Menurut George Ritzer, paradigma adalah pandangan yang mendasar dari ilmuwan tentang apa yang menjadi pokok persoalan yang semestinya dipelajari oleh suatu cabang (baca: disiplin) ilmu pengetahuan. Jadi sesuatu ilmu yang menjadi pokok persoalan, suatu cabang ilmu menurut versi ilmuwan tertentu. Paradigma membantu merumuskan tentang apa yang harus dipelajari, persoalan-persoalan apa yang mesti dijawab, bagaimana seharusnya menjawabnya, serta aturan-aturan apa yang harus diikuti dalam menginterpretasikan informasi yang dikumpulkan dalam rangka menjawab persoalan-persoalan tersebut.

Berdasarkan beberapa pengertian paradigma itu, kita dapat rangkumkan bahwa paradigma adalah suatu kerangka konseptual, termasuk nilai, teknik dan metode, yang disepakati dan digunakan oleh suatu komunitas dalam memahami atau memersepsi segala sesuatu. Dengan demikian, fungsi utama paradigma adalah sebagai acuan dalam mengarahkan

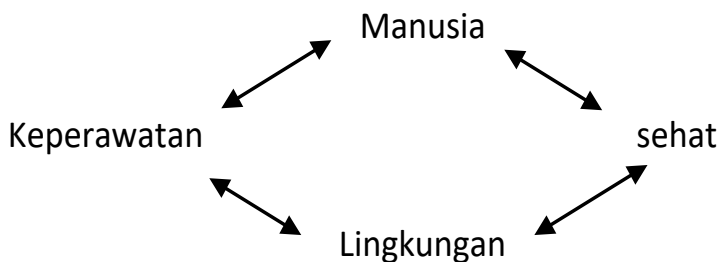


tindakan, baik tindakan sehari-hari maupun tindakan ilmiah. Sebagai acuan, maka lingkup suatu paradigma mencakup berbagai asumsi dasar yang berkaitan dengan aspek ontologis, epistemologis dan metodologis. Dengan kata lain, paradigma dapat diartikan sebagai cara berpikir atau cara memahami gejala dan fenomena semesta yang dianut oleh sekelompok masyarakat (*world view*). Seorang pribadi dapat mempunyai sebuah cara pandang yang spesifik, tetapi cara pandang itu bukanlah paradigma, karena sebuah paradigma harus dianut oleh suatu komunitas.

#### D. PARADIGMA KEPERAWATAN

Paradigma didefinisikan sebagai “the way we perceive the world.... “. Adapun Adam Smith, (1975,cit. Gaffar, 1997) mengatakan bahwa “*The paradigm explain the worlds to us on predicts its behavior*”. Dari definisi paradigma tersebut dapat dikatakan Paradigma keperawatan sebagai cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan.

Paradigma keperawatan terdiri atas 4 konsep dasar:



Keempat komponen tersebut saling berkaitan dan mencapai berinteraksi dengan dinamis.

## **a. Manusia**

Dalam keperawatan, manusia dipandang sebagai:

1. Makhluk bio-psiko-sosio kultural dan spiritual unik dan utuh
2. Mempunyai kebutuhan dasar: keseimbangan bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual.
3. Mempunyai siklus hidup: tumbuh, kembang dan memberi keturunan Memiliki kemampuan mengatasi perubahan dunia
4. Berkomunikasi dan mengembangkan budaya dan nilai-nilai
5. Berorientasi terhadap waktu mampu berjuang untuk mencapai tujuan.
6. Mempunyai keinginan untuk mewujudkan diri

Berusaha mempertahankan keseimbangan melalui interaksi dengan lingkungannya berespons positif terhadap perubahan lingkungan melalui adaptasi dan memperbesar potensi. Selalu mencoba mempertahankan kebutuhannya melalui seragkaiian peristiwa belajar, menggali serta menggunakan sumber-sumber yang diperlukan berdasarkan potensi dan keterbatasannya sebagai sasaran pelayanan keperawatan adalah manusia yang berpotensi secara aktif terlibat dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Dalam keperawatan disebut sebagai klien yang mencakup individu, keluarga, kelompok, dan komunitas.

## **a. Lingkungan**

Lingkungan dalam keperawatan adalah faktor yang bisa memengaruhi kesehatan manusia yang mencakup lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal adalah yang berasal dari dalam manusia itu sendiri yang mencakup faktor genetik, mutasi biologi, jenis kelamin, emosi (psikologis) dan predisposisi terhadap penyakit dan faktor perilaku. Lingkungan eksternal adalah lingkungan di sekitar manusia, mencakup lingkungan fisik dan biologis, sosial, kultural dan spiritual.

Dapat juga diartikan sebagai lingkungan masyarakat: kumpulan individu yang terbentuk karena interaksi antara manusia, budaya dan aspek spiritual yang dinamis, mempunyai tujuan dan sistem nilai, serta berada dalam suatu hubungan yang bersifat saling bergantung yang terorganisir. Masyarakat adalah sistem sosial di mana semua orang bersatu untuk saling melindungi dan untuk kepentingan bersama, serta dalam hubungannya dengan lingkungan atau mencapai tingkat pemenuhan kebutuhan dasar yang optimal. Keluarga merupakan unit pelayanan dasar di masyarakat. Adapun unit-unit lain yang ada di masyarakat adalah individu keluarga kelompok komunitas. Manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dengan lingkungan secara dinamis dan kemampuan manusia berespons terhadap lingkungan akan memengaruhi derajat kesehatan.

#### **b. Sehat**

Sehat merupakan suatu keadaan dinamis dalam rentang sehat sakit. WHO 1946 mendefinisikan sebagai sejahtera fisik, mental dan sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Di Indonesia, sehat diyakini sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi sesuai Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

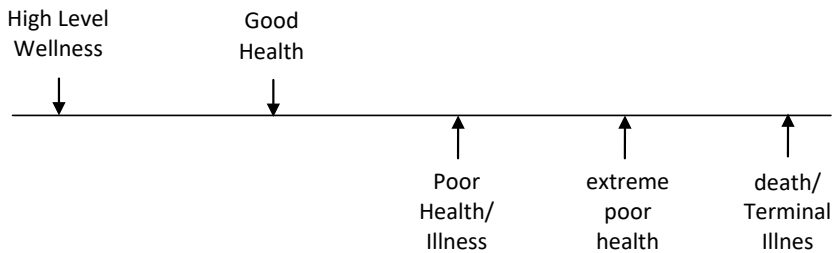
Sehat ini merupakan tanggung jawab individu dan harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif. Sehat juga ditentukan oleh kemampuan individu, keluarga, kelompok atau komunitas untuk membuat tujuan yang realistis, serta kemampuan untuk menggerakkan energi dan sumber-sumber yang tersedia untuk mencapai tujuan tersebut secara efektif dan efisien. Konsep sehat sakit ini dapat dijelaskan dalam beberapa model, diantaranya model rentang sehat sakit yang kemukakan oleh Neuman, (1990); model *High-level wellness*; model *agen-host-environment*;

### 1. Model Rentang Sehat Sakit Neuman, (1990)

Dalam model ini sehat dinyatakan sebagai derajat kesehatan yang ada pada suatu waktu dalam rentang kesehatan optimal dengan penyediaan energi maksimal hingga kematian yang menggambarkan pengurangan energi secara total. Sakit didefinisikan sebagai proses di mana fungsi individu hilang atau terganggu pada salah satu dimensi dibanding sebelumnya.

### 2. Model High-level wellness (Dunn, 1977)

Model ini memaksimalkan potensi kesehatan individu, dan individu dianggap dapat menjaga keseimbangan.



model High-level wellness (Dunn, 1977)

### 3. Model agen-host-environment (Leavell, 1965)

Pada model ini kesehatan diyakini tergantung pada hubungan yang dinamis antara agen, host dan environment. Model ini banyak dipergunakan dalam keperawatan komunitas.

### 4. Model health believe (Rosenstoch's, 1974; Becher & Maiman, 1975)

Model ini meyakini adanya hubungan antara keyakinan dan tingkah laku seseorang. Hubungan itu dipengaruhi oleh;

- a. Persepsi individu terhadap penyakit

- b. Persepsi individu terhadap keseriusan penyakit
- c. Persepsi keuntungan dalam bertindak

Keyakinan dan praktik sehat seseorang sangat dipengaruhi oleh variabel internal dan eksternal. Variabel internal antara lain tingkat pendidikan, tingkat perkembangan, persepsi fungsi personal, fungsi emosi dan spiritual. Sedang yang termasuk dalam variabel eksternal adalah keluarga, sosial ekonomi dan budaya.

Seseorang tidak selamanya dalam kondisi sehat, ada kalanya ia mengalami sakit. Definisi sakit secara tradisional adalah tidak sehat. Parson (1972) mendefinisikan sakit sebagai *“a state of disturbance in the normal functioning of the total human individual, including both the state of organism as a biological system and his person and social adjustment”*.

Sikap seseorang yang menderita sakit tidak sama, tergantung pada kultur dan sosial. Ada beberapa tahap ketika seseorang menderita sakit, yaitu:

### **1. Symptom Experience**

Pada tahap ini orang akan merasakan *“something is wrong”* dan ia akan mencari pengobatan sendiri atau secara tradisional. Ia juga akan denial atau menyangkal bahwa ia menderita suatu penyakit. Sikap menyangkal ini biasanya akan menyebabkan ia terlambat untuk berobat. Jika sikap denialnya telah berubah menjadi menerima, maka ia akan masuk dalam tahap kedua.

### **2. Assumption of the Sick Role**

Dalam tahap ini, individu akan melepaskan peran normalnya dan melakukan validasi pada orang-orang disekitarnya tentang gejala-gejala yang dirasakannya.

### **3. Medical Care Contact**

Pada tahap ini individu akan mulai mencari pengobatan ke tenaga kesehatan, tetapi ia masih melakukan negosiasi tentang pengobatan yang harus dijalannya.

### **4. Dependent Patient Role**

Di tahap ini klien telah menerima treatment yang memang harus dijalannya untuk mengobati penyakitnya.

### **5. Recovery and Rehabilitation**

Di tahap ini, individu melepaskan peran sakitnya dan mulai kembali ke peran normalnya.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi perilaku sakit seseorang adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, sosio ekonomi, agama, kebudayaan, keseimbangan psikologis, kepribadian, pendidikan, koping yang dimiliki. Sakit akan memengaruhi banyak hal, antara lain:

1. Perubahan tingkah laku dan emosi, misalnya cemas, shock, denial, marah, menarik diri.
2. Perubahan peran dalam keluarga
3. Gambaran diri
4. Konsep diri
5. Dinamika keluarga.

# KONSEP KESEHATAN

## A. PENGERTIAN KESEHATAN

**S**alah satu tujuan nasional adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja, dan ketenteraman hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat Indonesia, pemerintah dan swasta bersama-sama.

Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya. Sehat berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa, dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, diet seimbang, bekerja, istirahat, tidur, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik. Selama beberapa dekade, pengertian sehat masih diperdebatkan para ahli dan belum ada kata sepakat dari para ahli kesehatan maupun tokoh masyarakat dunia.

Sehat dan sakit adalah keadaan biopsikososial yang menyatu dengan kehidupan manusia. Pengenalan manusia terhadap kedua konsep ini kemungkinan bersamaan dengan pengenalannya terhadap kondisi dirinya. Keadaan sehat dan sakit tersebut terus terjadi, dan manusia akan memerankan sebagai orang yang sehat atau sakit. Konsep sehat dan sakit merupakan bahasa kita sehari-hari, terjadi sepanjang sejarah manusia, dan dikenal di semua kebudayaan. Meskipun demikian, untuk menentukan batasan-batasan secara eksak tidaklah mudah. Kesamaan atau kesepakatan pemahaman tentang sehat dan sakit secara universal adalah sangat sulit dicapai.

Sehat (health) adalah konsep yang tidak mudah diartikan sekalipun dapat kita rasakan dan diamati keadaannya. Misalnya, orang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat. Sebagian masyarakat juga beranggapan bahwa orang yang “gemuk” adalah orang yang sehat, dan sebagainya. Jadi faktor subjektivitas dan kultural juga memengaruhi pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat.

Kesehatan serta sehat adalah hal yang senantiasa diinginkan setiap orang. Tentunya kita tidak menginginkan sakit bukan? Pengertian sehat adalah dapat didefinisikan sebagai sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan adalah suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna.

Terdapat beberapa acuan untuk memahami konsep **sehat** yaitu:

1. Sehat adalah perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (aktual-



isasi). Perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas struktural.

2. Sehat adalah fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*self care resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*self care actions*) secara adekuat. *Self care resources*: mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap. *Self care Actions* merupakan perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi psikososial dan spiritual (Pender, 1982).
3. Dalam kamus definisi kesehatan adalah bebas dari penyakit atau rasa (Menurut Paune, 1983).
4. Konstitusi WHO 1946 merumuskan definisi sehat sebagai “*Health Is State of Physical, Mental, And Social Well Being Not Merely The Absence of Diseases and Infirmary*”. Rumusan ini memiliki cakupan yang sangat luas, yaitu “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”. Dalam definisi ini, sehat bukan sekadar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial.

Pengertian sehat yang dikemukakan oleh WHO ini merupakan suatau keadaan ideal, dari sisi biologis, psikologis, dan sosial. Kalau demikian adanya, apakah ada seseorang yang berada dalam kondisi sempurna secara biopsikososial? Untuk mendapat orang yang berada dalam kondisi kesehatan yang sempurna itu sulit sekali, namun yang mendekati pada kondisi ideal tersebut ada.

Dalam kaitan dengan konsepsi WHO tersebut, maka dalam perkembangan kepribadian seseorang itu mem-

punya 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologi, psiko-edukatif dan sosial budaya. Keempat dimensi holistik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Agama/spiritual, yang merupakan fitrah manusia. Ini merupakan fitrah manusia yang menjadi kebutuhan dasar manusia (*basic spiritual needs*), mengandung nilai-nilai moral, etika dan hukum. Atau dengan kata lain seseorang yang taat pada hukum, berarti ia bermoral dan beretika, seseorang yang bermoral dan beretika berarti ia beragama (*no religion without moral, no moral without law*).
  - b. Organo-biologi, mengandung arti fisik (tubuh/jasmani) termasuk susunan saraf pusat (otak), yang perkembangannya memerlukan makanan yang bergizi, bebas dari penyakit, yang kejadiannya sejak dari pembuahan, bayi dalam kandungan, kemudian lahir sebagai bayi, dan seterusnya melalui tahapan anak (balita), remaja, dewasa dan usia lanjut.
  - c. Psiko-edukatif, adalah pendidikan yang diberikan oleh orang tua (ayah dan ibu) termasuk pendidikan agama. Orang tua merupakan tokoh imitasi dan identifikasi anak terhadap orang tuanya. Perkembangan kepribadian anak melalui dimensi psiko-edukatif ini berhenti hingga usia 18 tahun.
  - d. Sosial-budaya, selain dimensi psiko-edukatif di atas kepribadian seseorang juga dipengaruhi oleh kultur budaya dari lingkungan sosial yang bersangkutan dibesarkan.
5. Definisi sehat WHO ini diadopsi secara utuh oleh Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan. Undang-undang kesehatan pertama Indonesia menyebutkan sehat sebagai keadaan sejahtera tentang fisik, mental, dan

keadaan sosial bukan hanya dari penyakit dan kecacatan.

6. Lahirnya Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan sebagai pengganti Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang kesehatan definisi sehat menjadi keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Pengertian sehat mengalami perubahan sesuai dengan perkembangan dan dinamika kesehatan yaitu hidup produktif dan secara sosial ekonomi.
7. Perkembangan definisi sehat kemudian dapat dilihat pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan sehat sebagai keadaan sehat dari fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Undang-Undang kesehatan ini sebagai pengganti undang-undang kesehatan sebelumnya menambahkan unsur spiritual sebagai suatu bagian dari kriteria sehat. Kelima dimensi kesehatan tersebut saling memengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat. Itulah sebabnya, maka kesehatan bersifat menyeluruh mengandung kelima aspek.

Perwujudan dari masing-masing aspek tersebut dalam kesehatan seseorang antara lain sebagai berikut:

1. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.
2. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spiritual. Pikiran sehat tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran. Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.

3. Kesehatan spiritual sehat tecermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fana ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa (Allah SWT dalam agama Islam). Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang. Dengan perkataan lain, sehat spiritual adalah keadaan di mana seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agama yang dianutnya.
4. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
5. Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan, atau pelayanan kemasyarakatan lainnya bagi usia lanjut.
6. Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam musyawarah Nasional Ulama tahun 1983 merumuskan kesehatan sebagai ketahanan “jasmaniah, ruhaniyah dan sosial” yang dimiliki manusia sebagai karunia Allah yang wajib disyukuri dengan mengamalkan tuntunan-Nya, dan memelihara serta mengembangkannya. Islam sangat memperhatikan kondisi kesehatan sehingga dalam Al-Quran dan Hadits ditemui banyak referensi tentang sehat. Misalnya Hadits Bukhari

yang diriwayatkan oleh Ibnu Abbas, Rasulullah bersabda. “Dua nikmat yang sering tidak diperhatikan oleh kebanyakan manusia yaitu kesehatan dan waktu luang.” Kosa kata “sehat wal afiat” dalam bahasa Indonesia mengacu pada kondisi ragawi dan bagian-bagiannya yang terbebas dari virus penyakit. Sehat Wal Afiat ini dapat diartikan sebagai kesehatan pada segifisik, segi mental maupun kesehatan masyarakat.

Pada abad 17 kondisi suatu pasien yang sakit hanya diidentifikasi dengan medis, namun pada perkembangannya pada abad 19 para ahli kedokteran menyadari bahwa adanya hubungan antara penyakit dengan kondisi dan psikis manusia. Hubungan timbal balik ini menyebabkan manusia menderita gangguan fisik yang disebabkan oleh gangguan mental dan sebaliknya, gangguan mental dapat pesatnya namun apabila ditinjau lebih mendalam teori-teori yang berkembang tentang kesehatan mental masih bersifat sekuler, pusat perhatian dan kajian dari kesehatan mental tersebut adalah kehidupan di dunia, pribadi yang sehat dalam menghadapi masalah dan menjalani kehidupan hanya berorientasi pada konsep sekarang ini, tanpa memikirkan adanya hubungan antara masa lalu, masa kini, dan masa yang akan datang.

Hal ini jauh berbeda dengan konsep kesehatan berlandaskan agama yang memiliki konsep jangka panjang dan tidak hanya berorientasi pada masa kini, sekarang serta di sini, agama dapat memberi dampak yang cukup berarti dalam Orang yang sehat mental akan senantiasa merasa aman dan bahagia dalam kondisi apa pun, ia juga akan melakukan introspeksi atas segala hal yang dilakukannya sehingga ia akan mampu mengontrol dan mengendalikan dirinya.

Solusi terbaik untuk dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan mental adalah dengan mengamalkan nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-hari, kesehatan mental seseorang dapat

ditandai dengan kemampuan orang tersebut dalam penyesuaian diri dengan lingkungannya, mampu mengembangkan potensi yang terdapat dalam dirinya sendiri semaksimal mungkin untuk menggapai ridho Allah SWT, serta dengan mengembangkan seluruh aspek kecerdasan, baik kesehatan spiritual, emosi maupun kecerdasan intelektual.

Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya hidup adalah proses penyesuaian diri terhadap seluruh aspek kehidupan, orang yang tidak mampu beradaptasi dengan lingkungannya akan gagal dalam menjalani kehidupannya. Manusia diciptakan untuk hidup bersama, bermasyarakat, saling membutuhkan satu sama lain dan selalu berinteraksi, hal ini sesuai dengan konsep sosiologi modern yaitu manusia sebagai makhluk *Zoon Politicon*. Gangguan mental dapat dikatakan sebagai perilaku abnormal atau perilaku yang menyimpang dari norma-norma yang berlaku di masyarakat, perilaku tersebut baik yang berupa pikiran, perasaan maupun tindakan. Stress, depresi dan alkoholik tergolong sebagai gangguan mental karena adanya penyimpangan, hal ini dapat disimpulkan bahwa gangguan mental memiliki titik kunci yaitu menurunnya fungsi mental dan berpengaruhnya pada ketidak wajaran. Adapun gangguan mental yang dijelaskan.

Berikut ini gaya hidup sehat untuk mencegah kematian dini:

1. Selalu aktif. Dalam hal ini usahakan untuk tidak sering duduk terlalu lama baik itu di depan komputer atau menonton acara televisi yang Anda sukai. Anda dapat memulainya dengan mengurangi waktu untuk berlama-lama di depan komputer atau televisi dengan melakukan aktivitas lainnya yang membuat Anda tetap bergerak dan aktif.
2. Sinar matahari pagi sangat baik untuk kesehatan tubuh Anda. Ini dikarenakan, dengan terpapar sinar matahari pagi,

maka tubuh akan terpacu untuk memproduksi vitamin D. Vitamin D pada tubuh memiliki fungsi untuk menangkal penyakit jantung, aneka jenis kanker dan juga mencegah pengeroposan tulang dini.

3. Menambah atau memperbanyak untuk mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran sangat baik untuk nutrisi tubuh Anda. Berbagai buah-buahan seperti jeruk, semangka, pepaya, apel dan lain-lain serta aneka sayuran seperti bayam, sawi dan lain-lain merupakan buah-buahan dan sayur-sayuran yang dimaksud.
4. Rutin berolahraga merupakan salah satu faktor yang dapat membuat badan Anda lebih sehat dan fit sepanjang hari. Anda dapat memulainya, dengan menyisihkan waktu pagi untuk berolahraga pagi seperti berjalan, berlari maupun bersepeda santai.
5. Stop merokok. Ini merupakan salah satu gaya hidup sehat yang sulit dilakukan bagi mereka yang menjadikan kebiasaan merokok sebagai kebutuhan. Tapi tahukah Anda, kandungan rokok sangat tidak bersahabat untuk kesehatan tubuh Anda.
6. Mulai hari Anda dengan tertawa atau tersenyum. Karena aktivitas tersenyum maupun tertawa berdampak sangat baik untuk meningkatkan daya tahan tubuh serta kesehatan tubuh itu sendiri. Anda dapat memulainya dengan sering bercanda dengan teman atau menonton berbagai acara komedi di televisi.
7. Usahakan untuk membatasi, mengurangi atau bahkan menghilangkan untuk mengonsumsi aneka makanan siap saji. Dengan mulai memasak makanan sendiri, Anda akan lebih mengetahui, apakah makanan yang Anda masak baik untuk kesehatan tubuh Anda atau malah berdampak buruk bagi kesehatan tubuh Anda.

## B. PELAYANAN KESEHATAN.

Pelayanan kesehatan adalah 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 menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, 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 ataupun 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 sendiri 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.

### **C. 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 pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan Fungsi Rumah Sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan:

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

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 per-orangan, 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 menghasilkan 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 memengaruhi sistem tersebut. Contoh: Di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah: Dokter, perawat, obat-obatan. Prosesnya:

kegiatan pelayanan puskesmas, Outputnya: Pasien sembuh/ tidak sembuh, dampaknya: meningkatnya status kesehatan masyarakat, umpan baliknya: keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan, lingkungannya sama dengan masyarakat dan instansi-instansi di luar puskesmas tersebut.

Tujuan Pelayanan Kesehatan adalah

1. Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan). Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit). Terdiri dari:
  - a. Preventif primer terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
  - b. Preventif sekunder terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut
  - c. Preventif tersier pembuatan diagnosis ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosis dan pengobatan kuratif (penyembuhan penyakit).
  - d. Rehabilitasi (pemulihan). 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 kesehatan 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.

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 keyakinan dan kepercayaan masyarakat pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan, 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 kecenderungan 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 di sini 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 sebagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

### **5. Bermutu**

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

# KESEHATAN MASYARAKAT

## A. SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

### 1. Pendahuluan

Pada hakikatnya pembangunan yang kita laksanakan ini, yang kita dengung-dengungkan sebenarnya adalah pembangunan manusia, dengan kata lain kita membangun sumber daya manusia. Indikator pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI). IPM atau HDI adalah indeks komposisi atau gabungan dari Umur Harapan Hidup (UHH), Angka Melek Huruf (tingkat pendidikan) dan Pendapatan Perkapita (GNP/Cap).

Salah satu indikator IPM yaitu Umur Harapan Hidup (UHH) adalah tanggung jawab dari pembangunan sektoral kesehatan, karena tujuan pembangunan kesehatan adalah peningkatan status atau derajat kesehatan, sedangkan indikator utama derajat kesehatan adalah Angka Kematian Bayi (AKB). Untuk menghitung UHH adalah dengan mengetahui AKB tersebut,

dengan kata lain tujuan pembangunan kesehatan pada akhirnya peningkatan UHH, dengan kata lain juga peranan pembangunan kesehatan sangat besar kontribusinya terhadap IPM atau pembangunan pada umumnya.

Pada lima tahun terakhir IPM Indonesia terpuruk terus. Posisi Indonesia pada urutan 112, sedangkan Vietnam 109, itu artinya pembangunan Indonesia di bawah Vietnam. Bila dilihat dari konsep IPM tersebut, maka salah satu penyebab buruknya kinerja pembangunan Indonesia adalah pembangunan kinerja kesehatan. Banyak penyebab rendahnya kinerja pembangunan kesehatan Indonesia, diantaranya yang cukup besar pengaruhnya adalah faktor lingkungan salah satunya lingkungan politik. Lingkungan politik yang kurang mendukung, menyebabkan berbagai kebijakan di bidang kesehatan yang juga kurang mendukung atau tidak "*Healthy Public Policy*", sehingga kebijakan kesehatan Indonesia yang kurang kondusif. Untuk upaya ini maka peranan promosi kesehatan sangat dominan dalam rangka membangun kemitraan untuk membangun koalisi strategis.

Perkembangan promosi kesehatan tidak terlepas dari perkembangan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia. Hal ini dapat dipahami karena Visi Promosi Kesehatan yang tertuang dalam berbagai konvensi Internasional Promosi Kesehatan, mulai dari Konferensi Promosi Kesehatan pertama di Ottawa, Canada tahun 1986 yang menerbitkan "*The Ottawa Charter*". Konferensi kedua di Adelaide, Australia tahun 1988 yang mengeluarkan "*Adelaide Recommendation*". Konferensi Ketiga di Sundsvall, Swedia tahun 1991 dan Konferensi yang terakhir atau keempat di Jakarta tahun 1997 dengan menerbitkan "*The Jakarta Declaration*" adalah mengubah lingkungan yang memengaruhi kesehatan yang tertuang dalam "*The Five Ottawa Charter Strategies*" diantaranya adalah "*built healthy public policy, create supportive enviroment, dan strengthen*



community action' (The Jakarta Declaration, 1997).

Sedangkan konsep kesehatan masyarakat visi terbesarnya yang dapat mengubah sistem atau yang besar pengaruhnya dalam memengaruhi kesehatan adalah faktor lingkungan di antara faktor-faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor hereditas (Blum, dalam Gani, 2000).

Uraian di atas menunjukkan bahwa paradigma atau pola pikir Kesehatan Masyarakat maupun Promosi Kesehatan adalah mengubah lingkungan atau sistem tatanan kesehatan secara komprehensif (holistik). Dengan kata lain peran Promosi Kesehatan dalam kesehatan adalah mengintervensi berbagai faktor derajat kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhinya (Notoatmodjo, 2005). Untuk itu, wajarlah bila kita membahas sedikit mengenai perkembangan kesehatan masyarakat.

## **2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat.**

Perkembangan Kesehatan Masyarakat tidak terlepas dari sejarah Kesehatan Masyarakat (Public Health), yaitu tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani Asclepius atau Aesculapius dan Higea. Aesculapius adalah seorang dokter pertama, yang tampan dan pandai telah melakukan pengobatan bahkan bedah dengan prosedur yang baik. Sedangkan Higea adalah asistennya yang cantik dan melakukan pencegahan penyakit dan mengajarkan kepada masyarakat untuk hidup bersih, melaksanakan hidup seimbang, kebersihan diri menghindari dari makanan dan minuman yang kotor dan beracun, makan makanan yang bergizi dan cukup istirahat.

Pada akhirnya kedua orang ini akhirnya menjadi suami istri. Menggabungkan dua aliran kesehatan yang berbeda tapi tidak saling bertentangan, saling berhubungan satu sama lain. Aliran Aesculapius cenderung menunggu terjadinya penyakit atau setelah sakit yaitu melalui pengobatan atau kuratif. Sedangkan aliran Higea cenderung melakukan pencegahan

penyakit (preventif) serta upaya-upaya peningkatan (promosi) kesehatan. Mitologi tersebut menjadi inspirasi bagi embrio Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat.

## **B. PERIODE PERKEMBANGAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT.**

### **1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre Scientific Period*).**

Sejarah kebudayaan peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma (*The Pre-Cristion Period*). Pada saat itu pemerintah kota telah melakukan upaya-upaya pemberantasan penyakit. Sebagai bukti ditemukan dokumen-dokumen tentang peraturan-peraturan tertulis yang mengatur tentang pembuangan air limbah (*drainase*), pengaturan air minum, pembuangan sampah, dan sebagainya. (Hanlon, 1964). Dari hasil penemuan arkeologi pada saat itu telah dibangun WC Umum (*Public Latrine*) dan sumber air minum sendiri namun untuk alasan 'estetika', bukan untuk alasan kesehatan.

Pada kerajaan Romawi Kuno, peraturan-peraturan yang dibuat berdasarkan alasan kesehatan. Dalam hal itu pegawai kerajaan ditugaskan untuk melakukan supervisi ke lapangan ke tempat air minum (*Public Bar*), warung makan, tempat prostitusi, dan sebagainya. (Notoadmodjo, 2005).

#### **a. Abad Pertama sampai Abad Ketujuh.**

Pada masa ini berbagai penyakit menyerang penduduk. Di berbagai tempat terjadi endemik atau wabah penyakit. Bahkan begitu banyaknya penyakit menular dan, oleh karena itu kesehatan masyarakat makin dirasakan pentingnya (Halon, 1964). Penyakit kolera menjalar dari Inggris ke Afrika, kemudian ke Asia (khususnya Asia Barat dan Asia Timur) dan akhirnya sampai ke Asia Selatan. Pada Abad ke 7 India menjadi pusat

endemik kolera. Selain kolera, penyakit lepra menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui emigran. Upaya-upaya yang dilakukan adalah perbaikan lingkungan yaitu higiene dan sanitasi, pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah menjadi bagian kehidupan masyarakat waktu itu (Notoadmodjo, 2005).

#### **b. Abad ke-13 sampai abad ke-17.**

Pada masa ini kejadian endemik Pes yang paling dasyat terjadi di China dan India, diperkirakan 13 juta orang meninggal. Catatan lain di India, Mesir dan Gaza 13.000 orang meninggal setiap harinya, atau selama wabah tersebut jumlah kematian mencapai 60 juta orang. Peristiwa tersebut dikenal dengan 'The Black Death'. Pada abad tersebut Kolera juga menjadi masalah di beberapa tempat. Tahun 1603 terjadi kematian 1 di antara 6 orang karena penyakit menular. Tahun 1665 meningkat menjadi 1 di antara 5 orang. Tahun 1759 tercatat penyakit-penyakit lain yang mewabah diantaranya Dipteri, Tifus, dan Disentri.

## **2. Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period).**

Penyakit yang muncul dalam periode ini terutama pada abad ke 18-sampai permulaan abad ke 19 bukan saja dilihat sebagai fenomena biologis yang sempit, tetapi merupakan suatu masalah yang komplek. Pada masa ini juga ditemukan berbagai macam vaksin dan bahan disinfektans. Vaksin Cacar oleh Luis Pasteur, Asam Carbolic untuk sterilisasi ruangan operasi ditemukan oleh Joseph Lister, Ether untuk Anestesi oleh Williem Marton, dan sebagainya.

Tahun 1832 di Inggris terjadi Epidemik Kolera. Parlemen Inggris menugaskan Edmin Chadwich, seorang pakar sosial untuk memimpin penyelidikan penyakit tersebut. Atas laporannya tersebut parlemen Inggris mengeluarkan undang-undang tentang upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan dan tempat kerja, pabrik, dan

sebagainya. John Simon diangkat oleh pemerintah Inggris untuk menangani masalah kesehatan.

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 mulai dikembangkan pendidikan tenaga kesehatan. Tahun 1883 Sekolah Tinggi Kedokteran didirikan oleh John Hopkins di Baltimore AS, dengan salah satu departemennya adalah Departemen Kesehatan Masyarakat. Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dan sebagainya. Dari segi pelayanan masyarakat, pada tahun 1855 untuk pertama kalinya pemerintah AS membentuk Departemen Kesehatan yang merupakan peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Tahun 1972 dibentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Association) (Notoamodjo, 2005).

## **C. PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA.**

### **1. Masa Pra-Kemerdekaan.**

Pada tahun 1807 Gubernur Jendral Daendels melakukan pelatihan praktik persalinan pada para dukun bayi. Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter Jawa di Batavia yaitu STOVIA. Tahun 1888 di Bandung didirikan Pusat Laboratorium Kedokteran yang selanjutnya menjadi Lembaga Eykman sekarang. Pada Tahun 1913 didirikan Sekolah Dokter Belanda yaitu NIAS di Surabaya. Tahun 1922 terjadi wabah pes, sehingga tahun 1933-1935 diadakan pemberantasan pes dengan DDT dan vaksinasi massal.

Hasil penyelidikan Hydric, petugas kesehatan pemerintah waktu itu, penyebab kesakitan dan kematian yang terjadi di Banyumas adalah kondisi sanitasi, lingkungan dan perilaku penduduk yang sangat buruk. Hydric kemudian mengembangkan percontohan dan propaganda kesehatan.

## **2. Masa Era Kemerdekaan.**

### **a. Pra Reformasi.**

#### **1. Masa Orde Lama.**

Pada tahun 1951 konsep Bandung Plan diperkenalkan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yaitu konsep pelayanan yang menggabungkan antara pelayanan kuratif dan preventif. Tahun 1956 didirikanlah proyek Bekasi oleh dr. Y. Sulianti di Lemah Abang, yaitu model pelayanan kesehatan pedesaan dan pusat pelatihan tenaga. Kemudian didirikan Health Centre (HC) di 8 lokasi, yaitu di Indrapura (Sumut), Bojong Loa (Jabar), Salaman (Jateng), Mojosari (Jatim), Kesiman (Bali), Metro (Lampung), DIY dan Kalimantan Selatan. Pada tanggal 12 November 1962 Presiden Soekarno mencanangkan program pemberantasan malaria dan pada tanggal tersebut menjadi Hari Kesehatan Nasional (HKN).

#### **2. Masa Orde Baru.**

Konsep Bandung Plan terus dikembangkan, tahun 1967 diadakan seminar konsep Puskesmas. Pada tahun 1968 konsep Puskesmas ditetapkan dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional dengan disepakatinya bentuk Puskesmas yaitu Tipe A, B & C. Kegiatan Puskesmas saat itu dikenal dengan istilah 'Basic'. Ada Basic 7, Basic 13 Health Service yaitu: KIA, KB, Gizi Mas., Kesling, P3M, PKM, BP, PHN, UKS, UHG, UKJ, Lab, Pencatatan dan Pelaporan. Pada tahun 1969, Tipe Puskesmas menjadi A & B. Pada tahun 1977 Indonesia ikut menandatangani kesepakatan Visi: "Health For All By The Year 2000", di Alma Ata, negara bekas Federasi Uni Soviet, pengembangan dari konsep "Primary Health Care". Tahun 1979 Puskesmas tidak ada pen 'Tipe'an, dan dikembangkan piranti manajerial Perencanaan dan penilaian Puskesmas yaitu 'Micro Planning' dan Stratifikasi Puskesmas. Pada tahun 1984 dikembangkan Posyandu, yaitu pengembangan dari pos penimbangan dan karang gizi. Posyandu dengan 5 programnya yaitu, KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare dan

Imunisasi dengan 5 Mejanya (Notoadmodjo, 2005). Pada waktu-waktu selanjutnya Posyandu bukan saja untuk pelayanan Balita tetapi juga untuk pelayanan ibu hamil. Bahkan pada waktu-waktu tertentu untuk promosi dan distribusi Vit.A, Fe, Garam Yodium, dan suplemen gizi lainnya. Bahkan Posyandu saat ini juga menjadi andalan kegiatan penggerak masyarakat (mobilisasi sosial) seperti PIN, Campak, Vit dan sebagainya.

#### **b. Reformasi.**

Waktu terus bergulir, tahun 1997 Indonesia mengalami krisis ekonomi. Kemiskinan meningkat, kemampuan daya beli masyarakat rendah, menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan rendah, kemudian dikembangkan program kesehatan untuk masyarakat miskin yaitu, JPS-BK. Tahun 1998 Indonesia mengalami reformasi berbagai bidang termasuk pemerintahan dan menjadi negara demokrasi. Tahun 2001 otonomi daerah mulai dilaksanakan, sehingga di lapangan program-program kesehatan bernuansa desentralisasi dan sebagai konsekuensi negara demokrasi, program-program kesehatan juga banyak yang bernuansa 'politis'. Tahun 2003 JPS-BK kemudian menjadi PKPS-BBM Bidang Kesehatan, tahun 2005 berubah lagi menjadi Askeskin.

Pada saat itu juga dikembangkan Visi Indonesia Sehat Tahun 2010 dengan Paradigma Sehat. Puskesmas dan Posyandu masih tetap eksis, bahkan Posyandu menjadi andalan ujung tombak 'mobilisasi sosial' bidang kesehatan. Dalam era otonomi dan demokrasi menuntut akuntabilitas dan kemitraan, sehingga berkembang LSM-LSM baik bidang kesehatan, maupun bukan untuk menuntut akuntabilitas tersebut dalam berbagai bentuk partisipasi. Sebagai 'partnership' LSM-LSM tersebut program kesehatan yang bertanggung jawab adalah Promosi Kesehatan. Promosi kesehatan harus menjadi ujung tombak mewakili program kesehatan secara keseluruhan, baik sebagai pemasaran-sosial Visi Indonesia Sehat 2010 untuk

mengubah paradigma (Paradigma Sehat) petugas kesehatan dan masyarakat.

Tugas lain promosi kesehatan melakukan **advokasi, komunikasi kesehatan dan mobilisasi sosial**, baik kepada pihak legislatif, eksekutif maupun masyarakat itu sendiri. Terutama melalui kemitraan dengan LSM-LSM tersebut. Dengan kata lain, pada era otonomi/desentralisasi saat ini sektor kesehatan harus diperjuangkan juga secara politik karena sebenarnya saat ini bidang kesehatan disebut juga sebagai era 'Political Health', maka peranan promosi kesehatan sangat menonjol dalam ikut mengakomodasi upaya tersebut dengan berbagai strategi.

Secara universal perkembangan Kesehatan Masyarakat dibagi menjadi 5 era, dengan dasar pembagian 5 unsur, yaitu unsur jangkauan dengan filosofi yang dianut dengan titik berat pelayanan, unsur penyelenggaraan pendidikan dan penelitian pengembangan, seperti pada tabel berikut ini.

**Tabel 1: Era Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

Unsur Pengembangan	Empirical Health Era < 1850	Basic Science Era (1850-1900)	Clinical Science Era (1900-1950)	Public Health Science Era (1950-1900)	Political Science Era > 1900
Titik Berat Pelayanan	Gejala-Gejala Penyakit	Bakteri & Penyakit	Pasien (Penderita)	Masyarakat/ penduduk	Masyarakat dan Lingkungan Kesehatan
Cara Penyelenggaraan Pendidikan	Mengikuti petunjuk secara mutlak dari pengajar	Diagnosis Laboratorium	Poliklinik/Balaiobatan sebagai tempat praktik	Klinik & balai Kesehatan Masyarakat dan masyarakat sebagai tempat praktik	RS Pendidikan dan daerah lokasi praktik
Penelitian dan Pengembangan	Pengalaman Empiris (historikal)	Pengembangan Laboratorium	Pengembangan Kedokteran	Pengembangan masyarakat dan dengan pengembangan tolok ukur dan kriteria-kriteria	Selain pengembangan Iptek Kedokteran dan masyarakat, juga dikembangkan bidang ilmu yang lain seperti ekonomi, sosial dan politik.

**Sumber:** Notoatmodjo, 2005



# KONSEP PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT

## A. PENDAHULUAN

**A**da dua istilah yang perlu dipahami terlebih dahulu sebelum membahas perawatan kesehatan masyarakat, yaitu Public Health Nursing (PHN) dan Community Health Nursing (CHN), kedua istilah tersebut bila diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia mempunyai arti yang sama yakni Perawatan Kesehatan Masyarakat. *Public Health Nursing* merupakan istilah lama, seperti halnya terdapat dalam buku karya Ruth B. Freeman yang berjudul *Public Health Nursing Practice* (1961), tetapi dalam bukunya *Community Health Nursing Practice* (1981), Freeman tidak lagi menggunakan istilah *Public* tetapi menggantinya dengan istilah *Community*.

Perubahan istilah tersebut disebabkan karena, Public Health Nursing mengandung pengertian yang sangat luas, tidak terbatas, misalnya masyarakat Indonesia, masyarakat Jepang dan sebagainya. Tidak jelas batasnya, sulit untuk mengukur sarannya dalam pembinaan perawatan kesehatan

masyarakat, sehingga terjadilah perubahan istilah menjadi Community Health Nursing.

Community Health Nursing, *Community* artinya masyarakat terbatas yang mempunyai persamaan nilai (*values*), perhatian (*interest*) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga. Misalnya masyarakat suku terasing, masyarakat sekolah, masyarakat pekerja, masyarakat petani, dan dalam bidang kesehatan kita kenal dengan kelompok ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, ibu nifas, kelompok bayi, kelompok anak balita, kelompok usia lanjut, kelompok masyarakat dalam suatu wilayah desa binaan dan sebagainya. Dengan demikian dalam pembinaannya akan lebih mudah, karena telah diketahui karakteristik dari tiap-tiap kelompok tersebut.

Dalam perawatan kesehatan masyarakat (Community Health Nursing), *Community* (masyarakat) merupakan sasaran yang dibina atau yang mendapatkan pelayanan kesehatan dan keperawatan, *Health* (Kesehatan) adalah tujuan yang ingin dicapai, dan *Nursing* (keperawatan) adalah pelayanan yang diberikan, dan inilah inti dari perawatan kesehatan masyarakat.

Beberapa literatur menyebut Keperawatan Kesehatan Masyarakat secara terminologi sebagai Keperawatan Komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan rehabilitasi dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (CHN, 1977).

Di Indonesia dikenal dengan sebutan perawatan kesehatan masyarakat (PERKESMAS) yang dimulai sejak permulaan

konsep Puskesmas diperkenalkan sebagai institusi pelayanan kesehatan profesional terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif.

Banyak sekali definisi yang telah dirumuskan oleh para ahli keperawatan kesehatan masyarakat dan institusi-institusi kesehatan, diantaranya adalah:

**1. World Health Organization (WHO,1995).**

Perawat kesehatan masyarakat adalah lapangan perawat khusus yang merupakan gabungan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan dengan meningkatkan kesehatan, penyempurnaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada keluarga yang sehat, individu yang sakit dan tidak dirawat di rumah sakit beserta keluarganya, kelompok masyarakat khusus yang mempunyai masalah kesehatan di mana hal tersebut akan memengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

**2. Ruth B. Freeman (1961).**

Perawatan kesehatan masyarakat adalah sebagai suatu lapangan khusus di bidang keperawatan, di mana teknik keperawatan, keterampilan hubungan antara manusia dan keterampilan berorganisasi diterapkan dalam hubungan yang serasi pada keterampilan anggota profesi kesehatan lain dan kepada tenaga sosial demi untuk memelihara kesehatan masyarakat. Pelayanan perawatan kesehatan masyarakat meliputi pelayanan yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok-kelompok dan meliputi pula kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada masyarakat secara keseluruhan, seperti penyelidikan dengan epidemiologi, memberikan

kesadaran tentang hukum dan perundang-undangan terutama di bidang kesehatan dan mengorganisasi masyarakat untuk melakukan kegiatan-kegiatan kesehatan.

**3. American Nurses Association (1973).**

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu sintesis dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan penduduk. Sifat dari praktik ini adalah menyeluruh dan paripurna, pelayanan tidak terbatas pada kelompok umur tertentu, pelayanan perawatan kesehatan masyarakat berkelanjutan tidak epidotik, tanggung jawabnya yang dominan adalah terhadap seluruh penduduk. Karena itu, perawatan ditujukan pada individu-individu, keluarga-keluarga, kelompok-kelompok yang memengaruhi kesehatan terhadap keseluruhan penduduk, peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, penyuluhan kesehatan, koordinasi dan pelayanan keperawatan yang berkelanjutan dipergunakan dalam pendekatan yang menyeluruh terhadap keluarga, kelompok dan masyarakat.

**4. Departemen Kesehatan RI (1986).**

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh perawat, dengan mengikutsertakan team kesehatan lainnya dan masyarakat untuk memperoleh tingkat kesehatan yang lebih tinggi dari individu, keluarga dan masyarakat.

**5. Rapat Kerja Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Cibulan tanggal 2-5 April 1989**

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan

peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara mandiri dalam upaya kesehatannya (Depkes RI, 1993).

#### **6. Effendy, 1998.**

Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah bidang khusus dari keperawatan yang merupakan gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu sosial yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit (mempunyai masalah kesehatan/keperawatan), secara komprehensif melalui upaya-upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan resosialitatif dengan melibatkan peran aktif masyarakat secara terorganisir bersama tim kesehatan lain untuk dapat mengenal masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi serta memecahkan masalah-masalah yang mereka miliki menggunakan proses keperawatan sesuai dengan kemampuan untuk meningkatkan taraf hidup sehat sehingga dapat meningkatkan fungsi kehidupan dan derajat kesehatan seoptimal mungkin dan diharapkan dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya.

Dari beberapa definisi di atas maka dapat ditarik satu kesimpulan bahwa unsur-unsur perawatan kesehatan masyarakat adalah;

1. Bagian integral dari pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan.
2. Merupakan bidang khusus dari keperawatan

3. Gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial (interaksi sosial dan peran serta masyarakat)
4. Sasaran pelayanan adalah individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
5. Ruang lingkup kegiatan adalah upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif (lebih ditekankan kepada upaya promotif dan preventif).
6. Melibatkan partisipasi masyarakat.
7. Bekerja secara team.
8. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dan perilaku.
9. Menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan ilmiah.
10. Bertujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

## **B. TUJUAN PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Secara umum Perawatan Kesehatan Masyarakat bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya agar dapat menjalankan fungsi kehidupan sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. Sedangkan tujuan khusus Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi, menetapkan masalah kesehatan atau keperawatan dan prioritas masalah, merumuskan berbagai alternatif pemecahan masalah keperawatan yang mereka hadapi, penilaian hasil kesehatan dalam memecahkan masalah kesehatan/keperawatan, mendorong dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan atau keperawatan, meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara

mandiri (self care), menanamkan perilaku sehat melalui upaya pendidikan kesehatan, tertanganinya kelompok-kelompok risiko tinggi yang rawan terhadap masalah kesehatan, menunjang fungsi puskesmas dalam menurunkan angka kematian bayi, ibu dan balita serta tercapainya keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Effendy,1998).

### **C. SASARAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Sasaran Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes RI, 1993).

Sasaran perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan.

#### 1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat memengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

#### 2. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga. Anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan/keperawatan, maka akan berpengaruh

terhadap anggota-anggota keluarga yang lain, dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya.

### 3. Kelompok khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk diantaranya adalah:

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti: ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah dan usia lanjut. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, diantaranya adalah:
  - b. Penderita penyakit menular, seperti: TBC, Lepra, AIDS, penyakit kelamin lainnya.
  - c. Penderita yang menderita penyakit tidak menular seperti: penyakit DM, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dan lainnya.
  - d. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, diantaranya: wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika serta kelompok-kelompok pekerja tertentu.
4. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi diantaranya adalah: panti wredha, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental, sosial) dan penitipan anak balita.
  5. Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup dan bekerja sama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai suatu kesatuan sosial dengan batas-batas yang telah ditetapkan dengan jelas. Masalah kesehatan masyarakat dapat bermula dari perilaku individu, keluarga, ataupun perilaku kelompok masyarakat dalam banyak hal,



diantaranya adalah yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan, misalnya membuang sampah sembarangan, BAB di sungai yang digunakan orang banyak sebagai tempat mandi, mencuci dan aktivitas-aktivitas lainnya.

Menurut Effendy, (1998) yang dimaksud individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan/keperawatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab maka akan dapat memengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

Sedangkan pengertian keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat terdiri dari kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, di mana satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Pengertian kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan dan termasuk di dalamnya adalah:

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan seperti ibu hamil, bayi baru lahir. Anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.
- b. Kelompok khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, diantaranya penderita penyakit menular TBC, lepra, AIDS, dan lain-lain. Penderita dengan penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental, dan lain-lain.
- c. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit diantaranya: wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika, kelompok pekerja tertentu dan lain-lain.

- d. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, diantaranya panti wredha, panti asuhan, pusat pusat rehabilitasi dan penitipan anak balita.

Sedangkan pengertian masyarakat adalah masyarakat dalam wilayah tertentu yang mempunyai masalah kesehatan, misalnya masyarakat di daerah endemis suatu penyakit seperti endemis malaria, diare, DHF, dan lain-lain, masyarakat dengan lingkungan kehidupan yang buruk, misalnya daerah kumuh perkotaan; masyarakat di daerah yang mempunyai masalah kesehatan yang menonjol dibandingkan dengan daerah sekitarnya, seperti daerah AKB tinggi; masyarakat di daerah yang mempunyai kesenjangan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari daerah sekitarnya, seperti cakupan ANC rendah, cakupan imunisasi rendah dan lain-lain; serta masyarakat di daerah pemukiman baru yang diperkirakan akan mengalami hambatan dalam melaksanakan adaptasi kehidupannya, seperti masyarakat di daerah transmigrasi, pemukiman kembali masyarakat terasing dan lain-lain (Effendy,1998).

#### **D. RUANG LINGKUP KEPERAWATAN MASYARAKAT.**

Ruang lingkup praktik perawatan kesehatan masyarakat, meliputi upaya-upaya, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga dan kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialitatif). Dalam memberikan asuhan perawatan kesehatan masyarakat kegiatan yang ditekankan adalah upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya-upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

## 1. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan memberikan:

- a. Penyuluhan kesehatan masyarakat
- b. Peningkatan gizi
- c. Pemeliharaan kesehatan perseorangan
- d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan.
- e. Olahraga secara teratur.
- f. Rekreasi
- g. Pendidikan seks

## 2. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui kegiatan-kegiatan:

- a. Imunisasi massal terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil.
- b. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah.
- c. Pemberian vitamin A, yodium melalui posyandu, puskesmas atau di rumah.

## 3. Upaya Kuratif

Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan-kegiatan:

1. Perawatan orang sakit di rumah (*home nursing*)
2. Perawatan orang sakit tindak lanjut, perawatan dari puskesmas dan rumah sakit.
3. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin dan nifas.

4. Perawatan payudara
5. Perawatan tali pusat bayi baru lahir

#### **4. Upaya Rehabilitatif**

Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya: kusta, TBC, cacat fisik dll dilakukan melalui kegiatan-kegiatan:

1. Latihan fisik, bagi yang mengalami gangguan fisik seperti penderita Kusta, patah tulang, kelainan bawaan.
2. Latihan-latihan fisik tertentu bagi penderita penyakit tertentu, misalnya TBC: latihan nafas dan batuk. Penderita stroke melalui fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat.

#### **5. Resosialitatif**

Adalah upaya untuk mengembalikan individu, keluarga dan kelompok-kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat diantaranya adalah: kelompok-kelompok yang di asingkan oleh masyarakat, karena menderita suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti wanita tuna susila (WTS), tuna wisma dan sebagainya.

### **E. KEGIATAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Kegiatan praktik perawatan kesehatan masyarakat diantaranya:

1. Memberikan asuhan perawatan langsung pada individu, keluarga, dan kelompok.
2. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan masyarakat dalam rangka mengubah perilaku.
3. Individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

4. Konsultasi dan pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi.
5. Bimbingan dan pembinaan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
6. Melaksanakan rujukan terhadap kasus-kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut.
7. Penemuan kasus pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
8. Sebagai penghubung antara masyarakat dengan unit pelayanan kesehatan.
9. Melaksanakan asuhan kesehatan komunitas, melalui pengenalan masalah kesehatan masyarakat, perencanaan kesehatan, pelaksanaan dan penilaian kegiatan menggunakan proses keperawatan sebagai suatu pendekatan ilmiah keperawatan.
10. Mengadakan koordinasi di berbagai kegiatan asuhan perawatan komunitas.
11. Mengadakan kerja sama lintas program dan lintas sektoral dengan instansi terkait.
12. Memberikan ketauladanan yang dapat dijadikan panutan oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang berkaitan dengan keperawatan dan kesehatan.
13. Ikut serta dalam penelitian untuk mengembangkan perawatan kesehatan masyarakat sesuai dengan tingkat pelayanan dan pendidikan yang dimiliki.

## **F. PRINSIP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Perawat kesehatan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan didasarkan pada prinsip:

1. Klien atau unit perawatan adalah penduduk.
2. Kewajiban utama adalah untuk *achieve greatest* baik untuk jumlah terbesar dari orang atau penduduk sebagai whole and untuk melindungi.

3. Proses yang digunakan oleh perawat kesehatan masyarakat termasuk bekerja dengan klien sebagai mitra sejajar pencegahan.
4. *Primary* adalah prioritas dalam memilih kegiatan yang tepat keperawatan
5. Kesehatan masyarakat berfokus pada strategi yang menciptakan kondisi lingkungan, sosial, dan ekonomi yang sehat di mana populasi dapat berkembang
6. Perawat kesehatan masyarakat wajib aktif mengidentifikasi dan menjangkau semua orang yang mungkin mendapat manfaat dari kegiatan atau layanan tertentu.
7. Penggunaan optimal dari sumber daya yang tersedia untuk menjamin peningkatan terbaik secara keseluruhan dalam kesehatan penduduk merupakan elemen kunci dari praktik.
8. Bekerjasama dengan berbagai profesi lainnya, populasi, organisasi, dan kelompok pemangku kepentingan lainnya adalah cara yang paling efektif untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan masyarakat.

## **G. PERAN PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT**

Banyak peranan yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat diantaranya adalah:

1. Pelaksana pelayanan perawatan (Provider of Nursing Care)
2. Sebagai pendidik (Health Educator)

Dalam memberikan pendidikan dan pemahaman kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik di rumah, puskesmas dan di masyarakat dilakukan secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan-perubahan perilaku seperti yang diharapkan dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Peran ini dapat dilakukan oleh petugas kesehatan (perawat komunitas) dan anggota profesi lain dalam bentuk formal ataupun nonformal. Pengajaran yang di lakukan

bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Fokus pengajaran dapat berbentuk, penanaman perilaku sehat, peningkatan nutrisi dan pengaturan diet, olah raga, pengelolaan stress, pendidikan tentang proses penyakit dan pentingnya pengobatan yang berkelanjutan, pendidikan tentang penggunaan obat, pendidikan tentang perawatan mandiri.

3. Sebagai pengamat kesehatan (*Health Monitor*)
4. Koordinator pelayanan kesehatan (*Coordinator of Services*)
5. Sebagai pembaharu (Inovator)
6. Pengorganisir pelayanan kesehatan (Organisator)
7. Sebagai panutan (*Role Mode*).

## **H. DASAR HUKUM KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Adapun dasar hukum pelaksanaan Perawat Kesehatan Masyarakat yaitu:

### **1. UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan**

Pasal 11 huruf c menyebutkan Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam tenaga keperawatan yang pada Ayat (4) menyebutkan Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat.

Pasal 62 ayat (1) menegaskan bahwa Tenaga Kesehatan termasuk perawat kesehatan masyarakat dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada Kompetensi yang dimilikinya. Selanjutnya Pasal 65 Ayat (1) dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan termasuk perawat kesehatan masyarakat dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis.

## 2. UU No. 38 tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan

Pasal 1 Angka 3 menyebutkan Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

## 3. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 63 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan menyebutkan “Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat. Ayat (2) pasal ini menegaskan “Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan. Selanjutnya ayat (3) dalam pasal ini dinyatakan **“Pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan** ilmu kedokteran dan **ilmu keperawatan** atau cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya.

Berdasarkan pasal 63 ayat (3) Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 Perawat termasuk Perawat Kesehatan Masyarakat memiliki kewenangan untuk melakukan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan.

## 4. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Pada Pasal 12 ayat (1) dinyatakan bahwa persyaratan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) yaitu rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga



keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga nonkesehatan.

## 5. UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Dalam Pasal 73 disebutkan pada ayat (1) 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 tanda registrasi dan/atau surat izin praktik. Pada ayat (2) 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) pasal ini menyatakan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat(1) dan ayat (2) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan oleh peraturan perundang-undangan.

Penjelasan pasal 73 ayat (3) disebutkan tenaga kesehatan dimaksud antara lain bidan dan perawat yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## 6. UU 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 sendiri urusan 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 dipertanggungjawabkan 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.

Jadi, mengenai Izin Praktik Mandiri Perawat 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.

7. **Peraturan Menteri Kesehatan RI NO. 1295/MENKES/PER/XII/2007 tentang Perubahan Pertama Atas Peraturan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/MENKES/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Menteri Kesehatan RI.**

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan diubah sebagai berikut: Ketentuan Pasal 8, diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

## Pasal 8

Sekretariat Jenderal terdiri dari :

- a. Biro Perencanaan dan Anggaran;
- b. Biro Kepegawaian;
- c. Biro Keuangan dan Perlengkapan;
- d. Biro Hukum dan Organisasi;
- e. Biro Umum;
- f. Pusat Data dan Informasi,
- g. Pusat Kanan Pembangunan Kesehatan,
- h. Pusat Promosi Kesehatan;
- i. Pusat Penanggulangan Knsis,
- j. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan;
- k. Pusat Komunikasi Publik;
- l. Pusat Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan;
- m. Pusat Pemeliharaan, Peningkatan dan Penanggulangan Intelegensia Kesehatan.”

“BAB XVIII A PUSAT PEMELIHARAAN, PENINGKATAN DAN PENANGGULANGAN INTELEGENSIA KESEHATAN Bagian Pertama Kedudukan, Tugas dan Fungsi. Pasal 957

- ((1) Pusat Pemeliharaan Peningkatan dan Penanggulangan Intelegensia Kesehatan adalah pelaksana tugas di bidang pemeliharaan, peningkatan dan penanggulangan intelegensia kesehatan yang berada langsung di bawah menteri.
- (2) Pusat Pemeliharaan, Peningkatan dan Penanggulangan Intelegensia Kesehatan dipimpin oleh seorang kepala yang dalam melaksanakan tugas sehari-hari bertanggung jawab kepada Sekretaris Jenderal.

## 8. **Kepmenkes No. 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan**

Kepmenkes ini pada Pasal 8 ayat (1) Perawat dapat melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan

kesehatan, praktik perorangan dan/atau berkelompok. Ayat (2) pada Kepmenkes Perawat yang melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan harus memiliki SIK. Pada ayat (3) Perawat yang melakukan praktik perorangan/berkelompok harus memiliki SIPP.

Pasal 9 (1) SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Pada ayat (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan:

- a. foto copy SIP yang masih berlaku;
- b. surat keterangan sehat dari dokter;
- c. pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar,
- d. surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tanggal mulai bekerja.
- e. rekomendasi dari organisasi Profesi

Pasal 12 Dalam Kepmenkes (1) Pimpinan penyelenggara pendidikan perawat wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi mengenai peserta didik yang baru lulus, - selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah dinyatakan lulus pendidikan keperawatan. (2) Bentuk dan isi laporan dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam formulir I terlampir.

Pasal 13 Perawat yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi di mana sekolah berada guna memperoleh SIP selambat-lambatnya 11 (satu) bulan setelah menerima ijazah pendidikan keperawatan.

## **9. Kepmenkes No 46 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.**

Pasal 1 Permenkes ini menyatakan Standar Pelayanan

Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Pasal 2 Permenkes ini menyatakan sebagai berikut:

- (1) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyelenggarakan pelayanan dasar kesehatan sesuai SPM Bidang kesehatan.
- (2) SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a) Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar;
  - b) Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar;
  - c) Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
  - d) Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
  - e) Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
  - f) Setiap Warga Negara Indonesia usia 15 -.59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
  - g) Setiap Warga Negara Indonesia usia 60 tahun keatas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
  - h) Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
  - i) Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
  - j) Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
  - k) Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar; dan

- l) Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

## 10. Kepmenkes No 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Pasal 1 point 4 Kepmenkes No 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyatakan Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Pasal 7 Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, Puskesmas berwenang untuk:

- a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. melaksanakan rekam medis;
- g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi

- terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
  - i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
  - j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

## **11. Kepmenkes No.836 Tahun 2005 tentang Pengembangan Manajemen Kinerja Perawatan/Bidan**

Kepmenkes No 279 Tahun 2006 tentang Pedoman Upaya Penyelenggaraan Perkesmas di Puskesmas.

### **I. URGENSI DARI KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Perawatan kesehatan masyarakat merupakan bidang khusus dalam ilmu keperawatan yang merupakan gabungan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan sosial (WHO, 1959). Suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat<sup>63</sup>. Dengan demikian ada 3 teori yang menjadi dasar ilmu perawatan kesehatan masyarakat yaitu: Ilmu keperawatan, Ilmu kesehatan masyarakat dan Ilmu sosial (peran serta masyarakat).

Kebanyakan perawat kesehatan masyarakat merasa percaya diri dalam praktik dan hubungan dengan perawat dan profesional mereka yang lain, meskipun kurang sering dengan dokter. Perasaan mereka tentang keamanan gaji dan pekerjaan yang dicampur, dan sebagian besar perawat kesehatan masyarakat ingin lebih banyak kesempatan belajar, kebijakan dan praktik informasi dan kesempatan untuk berdiskusi tentang pekerjaan. Mereka membutuhkan masyarakat untuk berbuat lebih banyak

untuk mengatasi faktor-faktor penentu sosial kesehatan dan menyediakan sumber daya berkualitas baik.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat pada dasarnya menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah: pengkajian data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilaksanakan secara sistematis dan berkelanjutan.

## **J. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Dalam pelayanan keperawatan, standar sangat membantu perawat dan untuk mencapai asuhan yang berkualitas, sehingga perawat harus berpikir realistis tentang pentingnya evaluasi sistematis terhadap semua aspek asuhan yang berkualitas tinggi. Namun keberhasilan dalam mengimplementasikan standar sangat tergantung pada individu perawat itu sendiri, usaha bersama dari semua staf dalam suatu organisasi, disamping partisipasi dari seluruh anggota profesi.

Kamus Oxford memberikan beberapa pengertian konsep kunci mengenai definisi standar. *Pertama*, standar adalah derajat terbaik. *Kedua*, standar memberikan suatu dasar perbandingan. *Ketiga*, beberapa pengertian lain seperti tertulis dibawah ini;

1. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya (PP 102 tahun 2000).
2. Standar adalah suatu catatan minimum di mana terdapat



kelayakan isi dan akhirnya masyarakat mengakui bahwa standar sebagai model untuk ditiru.

3. Standar adalah suatu pernyataan tertulis tentang harapan yang spesifik.
4. Standar adalah pernyataan tertulis dari suatu harapan-harapan yang spesifik Standar adalah suatu patokan pencapaian berbasis pada tingkat.
5. Standar adalah suatu pedoman atau model yang disusun dan disepakati bersama serta dapat diterima pada suatu tingkat praktik untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Reyers, 1983).
6. Standar adalah nilai-nilai (*values*) yang tertulis meliputi peraturan-peraturan dalam mengaplikasi proses-proses kunci, proses itu sendiri, dan hasil sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.
7. Standar adalah menaikkan ketepatan kualitatif atau kuantitatif yang spesifik dari komponen struktural dalam sistem pelayanan kesehatan yang didasarkan pada proses atau hasil suatu harapan (Donebean).

Standar yang berbasis pada sistem manajemen kinerja menegaskan spesifikasi suatu kinerja antara lain;

- a. Spesifik (*specific*)
- b. Terukur (*measurable*)
- c. Tepat (*appropriate*)
- d. Handal (*reliable*)
- e. Tepat waktu (*timely*)

Standar yang dikembangkan dengan baik akan memberikan ciri ukuran kualitatif yang tepat seperti yang tercantum dalam standar pelaksanaannya. Standar selalu berhubungan dengan mutu karena standar menentukan mutu. Standar dibuat untuk mengarahkan cara pelayanan yang akan diberikan serta hasil yang ingin dicapai.

Terdapat empat ketentuan standar yaitu:

1. Harus tertulis dan dapat diterima pada suatu tingkat praktik, mudah dimengerti oleh para pelaksananya.
2. Mengandung komponen struktur (peraturan-peraturan), proses (tindakan/*actions*) dan hasil (*outcomes*). Standar struktur menjelaskan peraturan, kebijakan fasilitas dan lainnya. Proses standar menjelaskan dengan cara bagaimana suatu pelayanan dilakukan dan *outcome* standar menjelaskan hasil dari dua komponen lainnya.
3. Standar dibuat berorientasi pada pelanggan, staf dan sistem dalam organisasi. Pernyataan standar mengandung apa yang diberikan kepada pelanggan/pasien, bagaimana staf berfungsi atau bertindak dan bagaimana sistem berjalan. Ketiga komponen tersebut harus berhubungan dan terintegrasi. Standar tidak akan berfungsi bila kemampuan atau jumlah staf tidak memadai.
4. Standar harus disetujui atau disahkan oleh yang berwenang. Sekali standar telah dibuat, berarti sebagian pekerjaan telah dapat diselesaikan dan sebagian lagi adalah mengembangkannya melalui pemahaman (desiminas). Komitmen yang tinggi terhadap kinerja prima melalui penerapan-penerapannya secara konsisten untuk tercapainya tingkat mutu yang tinggi.
5. Standar Asuhan Keperawatan secara resmi telah diberlakukan untuk diterapkan di seluruh rumah sakit melalui SK Direktur Jenderal Pelayanan Medis No.YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993. Standar Asuhan Keperawatan terdiri dari:

Standar I : Pengkajian keperawatan.

Standar II : Diagnosis keperawatan.

Standar III : Perencanaan keperawatan.

Standar IV : Intervensi keperawatan.

Standar V : Evaluasi keperawatan.

Standar VI: Catatan asuhan keperawatan.

Lingkup praktik keperawatan kesehatan masyarakat berupa asuhan keperawatan langsung dengan fokus pemenuhan dasar kebutuhan dasar masyarakat yang terkait kebiasaan atau perilaku dan pola hidup tidak sehat sebagai akibat ketidakmampuan masyarakat beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal. Asuhan keperawatan kesehatan masyarakat menggunakan pendekatan proses keperawatan kesehatan masyarakat, yang terdiri atas pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dengan sasaran pada individu, keluarga, kelompok, atau komunitas

**a. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

Pada tahap pengkajian ini perlu didahului dengan sosialisasi program perawatan kesehatan masyarakat serta program apa saja yang akan dikerjakan bersama-sama dalam komunitas tersebut. Sasaran dari sosialisasi ini meliputi tokoh masyarakat baik formal maupun informal, kader masyarakat, serta perwakilan dari tiap elemen di masyarakat (PKK, karang taruna, dan lainnya). Setelah itu, kegiatan dianjurkan dengan dilakukannya Survei Mawas Diri (SMD) yang diikuti dengan kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

Survei Mawas Diri adalah kegiatan pengenalan, pengumpulan, dan pengkajian masalah kesehatan oleh tokoh masyarakat dan kader setempat di bawah bimbingan petugas kesehatan atau perawat di desa<sup>22</sup>. Tujuan Survei Mawas diri agar masyarakat mengenal, mengumpulkan data, dan mengkaji masalah kesehatan yang ada di desa, timbulnya minat dan kesadaran untuk mengetahui masalah kesehatan dan pentingnya permasalahan tersebut untuk diatasi.

Survei Mawas Diri dilaksanakan di desa terpilih dengan memilih lokasi tertentu yang dapat menggambarkan keadaan desa pada umumnya. SMD dilaksanakan oleh kader masyarakat yang telah ditunjuk dalam pertemuan tingkat desa. Informasi tentang masalah-masalah kesehatan di desa dapat diperoleh sebanyak mungkin dari kepala keluarga yang bermukim di lokasi terpilih tersebut. Waktu pelaksanaan SMD dilaksanakan sesuai dengan hasil kesepakatan pertemuan desa. Cara pelaksanaan Survei Mawas Diri adalah sebagai berikut.

Perawat kesehatan masyarakat dan kader yang ditugaskan untuk melakukan Survey Mawas Diri meliputi:

1. Penentuan sasaran, baik jumlah KK maupun lokasinya
2. Penentuan jenis informasi masalah kesehatan yang akan dikumpulkan dalam mengenal masalah kesehatan
3. Penentuan cara memperoleh informasi kesehatan, misalnya apakah akan mempergunakan cara pengamatan atau wawancara. Cara memperoleh informasi dapat dilakukan dengan kunjungan dari rumah ke rumah atau melalui pertemuan kelompok sasaran
4. Pembuatan instrumen atau alat untuk memperoleh informasi kesehatan. Misalnya dengan menyusun daftar pertanyaan (kuesioner) yang akan dipergunakan dalam wawancara atau membuat daftar hal-hal yang akan dipergunakan dalam pengamatan.
5. Kelompok pelaksanaan SMD dengan bimbingan perawat di desa mengumpulkan informasi masalah kesehatan sesuai dengan yang direncanakan.
6. Kelompok pelaksanaan SMD dengan bimbingan perawat di desa mengolah informasi masalah kesehatan yang telah dikumpulkan sehingga dapat diperoleh perumusan masalah kesehatan dan prioritas masalah kesehatan di wilayahnya.

Pengkajian asuhan keperawatan kesehatan masyarakat terdiri atas dua bagian utama, yaitu inti komunitas (*core*) dan delapan subsistem yang melengkapinya. Inti komunitas menjelaskan kondisi penduduk yang dijabarkan dalam demografi, vital statistik, sejarah komunitas, nilai dan keyakinan, serta riwayat komunitas, sedangkan delapan subsistem lainnya meliputi lingkungan fisik, pendidikan, keamanan, dan transportasi, politik dan pemerintah, layanan kesehatan dan sosial, komunitas, ekonomi, dan rekreasi.

Komponen lingkungan fisik yang dikaji meliputi lingkungan sekolah dan tempat tinggal yang mampu memengaruhi kesehatan, batasan wilayah, luas daerah, denah atau peta wilayah, iklim, jumlah dan kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, dan kegiatan penduduk sehari-hari. Lingkungan fisik juga dapat dikaji melalui *wiendshield*.

Data yang dikaji dari subsistem layanan kesehatan dan sosial meliputi fasilitas di dalam komunitas dan di luar komunitas. Layanan kesehatan meliputi ketersediaan layanan kesehatan, bentuk layanan, jenis layanan, sumber daya, karakteristik konsumen, statistik, pembayaran, waktu pelayanan, kemanfaatan, keterjangkauan, keberlangsungan, dan keberterimaan layanan komunitas. Layanan sosial dapat meliputi layanan konseling, panti wreda bagi lansia, pusat perbelanjaan, dan lain-lain yang merupakan sistem pendukung bagi komunitas dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Pengkajiaan pelayanan kesehatan dan sosial juga meliputi kebijakan dari pemerintah setempat terhadap kedua layanan tersebut.

Pada subsistem ekonomi dikaji pendapatan penduduk, rata-rata penghasilan, status pekerjaan, jenis pekerjaan, sumber penghasilan, jumlah penduduk miskin, keberadaan

industri, toko/pusat pembelanjaan, dan tempat komunitas bekerja, dan bantuan dana untuk pemeliharaan kesehatan. Komponen ini mempermudah komunitas memperoleh bahan makanan dan sebagainya.

Sementara itu pada komponen politik dan pemerintahan dikaji situasi politik dan pemerintahan di komunitas, peraturan dan kebijakan pemerintah daerah terkait kesehatan komunitas, dan adanya program kesehatan yang ditunjukkan pada peningkatan kesehatan komunitas.

Pengkajian subsistem komunikasi meliputi media informasi yang dimanfaatkan, bagaimana komunikasi sering dimanfaatkan masyarakat, orang-orang yang berpengaruh, keikutsertaan dalam pendidikan kesehatan, bagaimana biasanya komunitas memperoleh informasi tentang kesehatan, adakah perkumpulan atau wadah bagi komunitas sebagai sarana untuk mendapatkan informasi, dari siapa komunitas memperoleh banyak informasi tentang kesehatan, dan adakah sarana komunikasi formal dan informal dalam komunitas.

Komponen pendidikan meliputi status pendidikan masyarakat, ketersediaan dan keterjangkauan sarana pendidikan, fasilitas pendidikan yang ada di komunitas, jenis pendidikan, tingkat pendidikan, komunitas yang buta huruf.

Pengkajian subsistem rekreasi diarahkan pada kebiasaan komunitas berekreasi, aktivitas di luar rumah termasuk dalam mengisi waktu luang dan jenis rekreasi yang dapat dimanfaatkan oleh komunitas, dan sarana penyaluran bakat komunitas.

Metode pengumpulan data pengkajian asuhan keperawatan antara lain Windshield survey, informant interview, observasi partisipasi, dan focus group discussion (FGD).

- a. Windshield Survery. Windshield survery dilakukan dengan berjalan-jalan di lingkungan komunitas untuk menentukan gambaran tentang kondisi dan situasi yang terjadi di komunitas, lingkungan sekitar komunitas, kehidupan komunitas, dan karakteristik penduduk yang ditemui di jalan saat survai dilakukan.
- b. Informant Interview. Sebelum terjun ke masyarakat, instrumen pengkajian sebaiknya dikembangkan dan dipersiapkan terlebih dahulu. Instrumen yang perlu dikembangkan untuk melakukan pengkajian terhadap masyarakat antara lain kuesioner, pedoman wawancara, dan pedoman observasi. Untuk mendapatkan hasil yang akurat dan agar masyarakat membina rasa percaya (*trust*) dengan perawat diperlukan kontak yang lama dengan komunitas. Perawat juga harus menyertakan lembar persetujuan (*informed consent*) komunitas yang dibubuhi tanda tangan atau cap jempol akan melakukan tindakan yang membutuhkan persetujuan komunitas. *Informed consent* juga mencantumkan jaminan kerahasiaan terhadap isi persetujuan dan dapat yang telah disampaikan. Wawancara dilakukan kepada *key informant* atau tokoh yang menguasai program.
- c. Observasi Partisipasi. Setiap kegiatan kehidupan di komunitas perlu diobservasi. Tentukan berapa lama observasi akan dilakukan, apa, di mana, waktu, dan tempat komunitas yang akan diobservasi. Kegiatan observasi dapat dilakukan menggunakan format observasi yang sudah disiapkan terlebih dahulu, kemudian catat semua yang terjadi, dengan tambahan penggunaan kamera atau video. Informasi yang penting diperoleh menyangkut aktivitas dan arti sikap atau tampilan yang ditemukan di komunitas. Observasi dilakukan terhadap kepercayaan komunitas, norma,

nilai, kekuatan, dan proses pemecahan masalah di komunitas.

- d. Focus Group Discussion (FGD). FGD merupakan diskusi kelompok terarah yang dilakukan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang perasaan dan pikiran mengenai satu topik melalui proses diskusi kelompok, berdasarkan pengalaman subjektif kelompok sasaran terhadap satu institusi/produk tertentu FGD bertujuan mengumpulkan data mengenai persepsi terhadap sesuatu, misalnya, pelayanan yang dan tidak mencari konsensus serta tidak mengambil keputusan mengenai tindakan yang harus dilakukan. Peserta FGD terdiri dari 6-12 orang dan harus homogen, dikelompokkan berdasarkan kesamaan jenis kelamin, usia, latar belakang sosial ekonomi (pendidikan, suku, status perkawinan, dan sebagainya). Lama diskusi maksimal 2 jam. Lokasi FGD harus memberikan situasi yang aman dan nyaman sehingga menjamin narasumber berbicara terbuka dan wajar.

FGD menggunakan diskusi yang terfokus sehingga membutuhkan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan terbuka, fasilitator, moderator, notulen, dan observer. Fasilitator dapat menggunakan petunjuk diskusi agar diskusi terfokus. Peran fasilitator menjelaskan diskusi, mengarahkan kelompok, mendorong peserta untuk berpartisipasi dalam diskusi, menciptakan hubungan baik, fleksibel, dan terbuka terhadap saran, perubahan, gangguan, dan kurangnya partisipasi.

Perekam jalannya diskusi yang paling utama adalah pengamat merangkap pencatat (observer dan recorder) hal yang perlu dicatat adalah tanggal diskusi, waktu diskusi diadakan, tempat diskusi, jumlah peserta, tingkat partisipasi peserta, gangguan selama proses diskusi,



pendapat peserta apa yang membuat peserta menolak menjawab atau membuat peserta tertawa, kesimpulan diskusi, dan sebagainya. Penggunaan alat perekam saat SGD berlangsung harus mendapat izin dari responden terlebih dahulu.

Sebelum membuat instrumen pengkajian keperawatan komunitas seperti kuisioner, pedoman wawancara, pedoman observasi, atau *windshield survey*, kisi-kisi instrumen pengkajian sebaiknya dibuat terlebih dahulu, agar data yang akan ditanyakan dan dikaji kepada komunitas tidak tumpang tindih sehingga waktu yang digunakan lebih efektif dan efisien.

#### **b. Diagnosis Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

Selain data primer, data sekunder yang diperoleh melalui laporan/dokumen yang sudah dibuat di desa/kelurahan puskesmas, kecamatan, atau dinas kesehatan, misalnya laporan tahunan puskesmas, monografi desa, profil kesehatan, dan sebagainya, juga perlu dikumpulkan dari komunitas. Setelah dikumpulkan melalui pengkajian, data selanjutnya dianalisis, sehingga perumusan diagnosis keperawatan dapat dilakukan.

Diagnosis dirumuskan terkait garis pertahanan yang mengalami kondisi terancam. Ancaman terhadap garis pertahanan fleksibel memunculkan diagnosis potensial; terhadap garis normal memunculkan diagnosis resiko; dan terhadap garis pertahanan resisten memunculkan diagnosis aktual/gangguan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks.

Diagnosis keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis sebagai berikut:

## 1. **Diagnosis sejahtera**

Diagnosis sejahtera/*wellness* digunakan bila komunitas mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan komunitas potensial, hanya terdiri dari komponen problem (p) saja, tanpa komponen etiologi (e). Contoh diagnosis sejahtera/*wellness*: Potensial peningkatan tumbuh kembang pada balita dir t 05 rw 01 desa x kecamatan A, ditandai dengan cakupan imunisasi 95% (95%), 80% berat badan balita di atas garis merah KMS, 80% pendidikan ibu adalah SMA, cakupan posyandu 95%.

## 2. **Diagnosis ancaman (risiko).**

Diagnosis risiko digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, tetapi sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan komunitas risiko terdiri atas problem (p), etiologi (e), dan simptom/sign (s). Contoh diagnosis risiko: Risiko terjadinya konflik psikologis pada warga RT 05, RW 01 desa x kecamatan A yang berhubungan dengan koping masyarakat yang tidak efektif ditandai dengan pernah terjadi perkelahian antar- RT, kegiatan gotong royong, dan silaturahmi, rutin rw jarang dilakukan, penyuluhan kesehatan terkait kesehatan jiwa belum pernah dilakukan, masyarakat sering berkumpul dengan melakukan kegiatan yang tidak positif seperti berjudi.

## 3. **Diagnosis aktual/gangguan**

Diagnosis gangguan ditegakkan bila sudah timbul gangguan atau masalah kesehatan di komunitas, yang didukung oleh beberapa data maladaptif. Perumusan

diagnosis keperawatan komunitas aktual terdiri atas problem (p), etiologi (e), dan simptom/sign (s). Contoh diagnosis aktual: Gangguan/masalah kesehatan reproduksi pada agregat remaja yang berhubungan dengan kurangnya kebiasaan *hygiene personal*, ditandai dengan 92% remaja mengatakan mengalami keputihan patologis, upaya yang dilakukan remaja dalam mengatasi keputihan 80% didiamkan saja, 92% remaja mengatakan belum pernah memperoleh informasi kesehatan reproduksi dari petugas kesehatan.

Tingginya kasus diare di wilayah RW 5 kelurahan X yang berhubungan dengan tidak adekuatnya penggunaan fasilitas layanan kesehatan untuk penanggulangan diare, keterbatasan, dan kualitas sarana pelayanan diare.

Setelah data dianalisis dan masalah keperawatan komunitas ditetapkan prioritas masalah kesehatan komunitas yang perlu ditetapkan bersama masyarakat melalui musyawarah masyarakat desa (MMD) atau lokakarya mini masyarakat. Prioritas masalah dibuat berdasarkan kategori dapat diatasi, kemudahan, dan kekhususan, mengingat banyaknya masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Pemilihan masalah ini sangat penting dilakukan, agar implementasi yang dilakukan benar-benar bermanfaat bagi masyarakat dan secara tidak langsung akan membangun rasa percaya diri dan kompetensi masyarakat untuk mengatasi masalah yang lain (Bract, 1990 dalam Helvie, 1998).

### **c. Perencanaan Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi

atau meminimalkan stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan normal, dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & McFarlane, 2000).

Tujuan terdiri atas tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum/TUM) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di komunitas, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus/TUK) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu).

Rencana kegiatan yang akan dilakukan bersama masyarakat dijabarkan secara operasional dalam *planning of action* (POA) yang disusun dan disepakati bersama masyarakat saat MMD atau lokakarya mini masyarakat.

#### **d. Implementasi Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah masyarakat. Sering kali, perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Implementasi melibatkan aktivitas tertentu sehingga program yang ada dapat dilaksanakan, diterima, dan direvisi jika tidak berjalan. Implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan komunitas menggunakan strategi proses kelompok, pendidikan kesehatan, kemitraan (*partnership*), dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Perawat komunitas menggali

dan meningkatkan potensi komunitas untuk dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya.

Tujuan akhir setiap program di masyarakat adalah melakukan perubahan masyarakat. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari anggota masyarakat. Perubahan nilai dan norma di masyarakat dapat disebabkan oleh faktor eksternal, seperti adanya undang-undang, situasi politik, dan kejadian kritis eksternal masyarakat. Dukungan eksternal ini juga dapat dijadikan daya pendorong bagi tindakan kelompok untuk melakukan perubahan perilaku masyarakat. Organisasi eksternal dapat menggunakan model *social planning* dan *locality development* untuk melakukan perubahan, menggalakkan kemitraan dengan memanfaatkan sumber daya internal dan sumber daya eksternal.

Perawat komunitas harus memiliki pengetahuan yang memadai agar dapat memfasilitasi perubahan dengan baik, termasuk pengetahuan tentang teori dan model berubah. Perubahan yang terjadi di masyarakat sebaiknya dimulai dari tingkat individu, keluarga, masyarakat, dan sistem di masyarakat. Ada beberapa model berubah<sup>36</sup>, yaitu:

### **1. Model berubah Kurt Lewin**

Proses berubah terjadi pada saat individu, keluarga, dan komunitas tidak lagi nyaman dengan kondisi yang ada. Model ini terdiri dari:

- a. *Unfreezing*, bila ada perasaan butuh untuk berubah baru implementasi dilakukan, dengan tujuan membantu komunitas menjadi siap untuk melakukan perubahan.
- b. *Change* yaitu intervensi mulai diperkenalkan kepada kelompok.
- c. *Refreezing* meliputi bagaimana membuat suatu

program menjadi stabil melalui pemantauan dan evaluasi.

Contoh: pada kasus flu burung, saat *unfreezing* berubah menjadi *refreezing*, perawat komunitas perlu mempertahankan kondisi yang ada dengan melakukan kemitraan tentang bagaimana kebiasaan masyarakat yang sudah bagus dapat dipertahankan dan kebiasaan masyarakat yang kurang mendukung kesehatan tidak lagi terjadi, seperti kebiasaan tidak melakukan cuci tangan.

## **2. Strategi berubah Chin & Benne**

Strategi berubah ini sangat cocok digunakan oleh perawat komunitas dalam mengkaji status individu, kelompok, dan masyarakat dalam membuat keputusan untuk berubah. Strategi ini merupakan strategi untuk melakukan perubahan di komunitas, bukan tahap proses berubah. Menurut model ini untuk melakukan perubahan diperlukan strategi perubahan yaitu:

- a. Rational empiris, dikatakan bahwa untuk melakukan perubahan di komunitas, perlu terdapat fakta dan pertimbangan tentang seberapa besar keuntungan yang diperoleh dengan adanya perubahan tersebut. Contoh: adanya kebiasaan merokok yang banyak terjadi di masyarakat, terutama remaja, diperlukan peran perawat komunitas untuk memfasilitasi perubahan dengan memberikan promosi kesehatan bahaya merokok melalui media, seperti poster, leaflet, modul data kejadian kesakitan dan kematian akibat merokok atau mengajak melihat langsung kondisi korban akibat rokok. Dengan adanya fakta, diharapkan terjadi perubahan pada individu.

- b. Normatif reedukatif yaitu pertimbangan tentang keselarasan perubahan dengan norma yang ada di masyarakat.
- c. *Power coercive* yaitu strategi perubahan yang menggunakan sanksi baik politik maupun sanksi ekonomi. Misalnya sanksi terhadap perokok yang merokok di tempat umum berupa denda atau kurungan.

### **3. First order and second order change**

Menurut model ini *first order* bertujuan mengubah substansi atau isi di dalam sistem, sedangkan pada *second order*, perubahan ditujukan pada sistemnya. Contoh: Adanya risiko pergaulan bebas yang saat ini marak di kalangan remaja, perawat komunitas perlu mengubah substansi yang ada dalam sistem (*frist order*) seperti membentuk dan melihat kader kesehatan remaja (KKR) di sekolah dan di masyarakat, melakukan promosi kesehatan kepada siswa, guru, orang tua dan masyarakat melakukan dukungan lintas -sektor dan lintas-program kepada aparat terkait program melalui jaringan kemitraan, dan sebagainya. Selain itu, diperlukan juga perubahan pada sistem (*second order*) termasuk fasilitas yang ada, seperti menyediakan klinik remaja, revitalisasi UKS di sekolah, kebijakan pemerintah terkait remaja dan sebagainya.

Mengukur adanya perubahan masyarakat pada tingkat individu, dapat diketahui dari tingkat kesadaran individu terhadap perubahan, bagaimana individu mengerti tentang masalah yang dihadapi, tingkat partisipasi individu, dan adanyan perubahan dalam bentuk tingkah laku yang ditampilkan. Adanya *role model* yang ada di masyarakat dapat dijadikan

pendorong untuk mengubah norma dan praktik individu dalam perubahan masyarakat.

Pada tingkat masyarakat, perubahan lebih difokuskan pada kelompok dan organisasi, termasuk adanya perubahan kebijakan yang berhubungan dengan masalah yang terjadi di masyarakat, adanya dukungan dan partisipasi dalam kegiatan masyarakat serta aktivitas lain yang berhubungan dengan penyelesaian masalah. Perubahan di masyarakat dapat dievaluasi melalui pengembangan koalisi, partisipasi masyarakat dalam dukungan untuk mencapai tujuan, dan perubahan nilai dan norma yang berlaku di masyarakat.

Setiap akan melakukan kegiatan di masyarakat implementasi program, sebaiknya dibuat dahulu laporan pendahuluan (LP) kegiatan asuhan keperawatan komunitas yang meliputi:

- a. Latar belakang yang berisi kriteria komunitas, data yang perlu dikaji lebih lanjut terkait implementasi yang akan dilakukan, dan masalah keperawatan komunitas yang terkait dengan implementasi saat ini.
- b. Proses keperawatan komunitas yang berisi diagnosis keperawatan komunitas, tujuan umum, dan tujuan khusus.
- c. Implementasi tindakan keperawatan, yang berisi topik kegiatan, target kegiatan, metode, strategi kegiatan, media dan alat bantu yang dipergunakan, waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan, pengorganisasian petugas kesehatan beserta tugas, susunan acara, setting tempat acara.
- d. Kriteria evaluasi, yang berisi evaluasi struktur, evaluasi proses, dan evaluasi hasil dengan



menyebutkan target persentase pencapaian hasil yang diinginkan.

- e. Pelaksanaan kegiatan perkesmas, dilakukan berdasarkan POA Perkesmas yang telah disusun. Pemantauan kegiatan perkesmas secara berkala dilaksanakan oleh kepala puskesmas dan koordinator puskesmas dengan melakukan diskusi tentang permasalahan yang dihadapi terkait pelaksanaan perkesmas serta melakukan penilaian setia akhir tahun dengan membandingkan hasil pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah disusun.

Pembahasan masalah perawat kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan cara mengadakan kegiatan:

1. Lokakarya Mini Bulanan
2. Lokakarya mini bulanan dilakukan setian bulan di puskesmas, dihadiri oleh staf puskesmas dan unit penunjangnya untuk membahas kinerja internal puskesmas termasuk cakupan, mutu pembiayaan, masalah, dan hambatan yang ditemui termasuk pelaksanaan perawat kesehatan masyarakat dan kaitanya dengan masalah lintas program lainnya.
3. Lokakarya Mini Tribulanan

Lokakarya mini tribulanan dilakukan setiap 3 bulan sekali, dipimpin oleh camat dan dihadiri oleh staf puskesmas dan unit penunjangnya, instansi lintas- sektor tingkat kecamatan untuk membahas masalah dalam pelaksanaan puskesmas termasuk perawat kesehatan masyarakat terkait dengan lintas-sektor dan pemasalahan yang terjadi untuk mendapatkan penyelesaiannya.

#### 4. Refleksi Diskusi Kasus (RDK)

Refleksi diskusi kasus merupakan metode yang digunakan dalam merefleksikan pengalaman dalam satu kelompok diskusi untuk berbagai pengetahuan dan pengalaman yang didasarkan atas standar yang berlaku. Proses diskusi ini memberikan ruang dan waktu bagi peserta diskusi untuk merefleksikan pengalaman masing-masing serta kemampuannya tanpa tekanan kelompok, terkondisi, setiap peserta saling mendukung, member kesempatan belajar terutama bagi peserta yang tidak terbiasa dan kurang percaya diri dalam menyampaikan pendapat (WHO.2003). RDK dilakukan minimal seminggu sekali, dihadapi oleh perawat perawat kesehatan masyarakat di puskesmas untuk membahas masalah teknis perawat kesehatan masyarakat.

Dalam pemberian asuhan keperawatan komunitas kepada individu/keluarga/kelompok dan masyarakat agar pemahaman dan keterampilan perawat komunitas lebih meningkat. Adapun persyaratan metode RDK adalah:

1. Kelompok terdiri atas 5-8 orang.
2. Salah satu anggota kelompok berperan sebagai fasilitator, satu orang lagi sebagai penyaji, dan sisanya sebagai peserta.
3. Posisi fasilitator, penyaji, dan peserta lain dalam diskusi setara (*equal*).
4. Kasus yang disajikan oleh penyaji merupakan pengalaman yang terkait asuhan keperawatan di komunitas yang menarik untuk dibahas dan didiskusikan, perlu penanganan dan pemecahan masalah.
5. Posisi duduk sebaiknya melingkar tanpa dibatasi

oleh meja atau benda lainnya agar peserta dapat bertatap dan berkomunikasi secara bebas.

6. Tidak boleh ada interupsi dan hanya satu orang saja yang berbicara dalam satu saat, peserta lainnya memerhatikan dan mendengarkan.
7. Tidak diperkenankan ada dominasi, kritik yang dapat memojokkan peserta lainnya.
8. Peserta berbagi (*sharing*) pengalaman selama satu jam dan dilakukan secara rutin.
9. Setiap anggota secara bergiliran mendapat kesempatan sebagai fasilitator, penyaji, dan anggota peserta diskusi.
10. Selama diskusi, diusahakan agar tidak ada peserta yang tertekan atau terpojok. Yang diharapkan justru dukungan dan dorongan dari setiap peserta agar terbiasa menyampaikan pendapat mereka masing-masing.

**e. Evaluasi Tindakan Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistemik berkenaan dengan program kerja dan efektivitas dari serangkaian program yang digunakan masyarakat terkait program kegiatan, karakteristik, dan hasil yang telah dicapai (patton, 1986 dalam Helvie, 1998). Program evaluasi dilakukan untuk memberikan informasi kepada perencanaan program dan pengambil kebijakan tentang efektivitas dan efisiensi program.

Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai dengan rencana dan tuntutan masyarakat. Evaluasi digunakan untuk mengetahui beberapa tujuan yang diharapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk masyarakat setempat sesuai

dengan kondisi dan situasi masyarakat, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah masyarakat. Evaluasi ditujukan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan masyarakat dan program apa yang dibutuhkan masyarakat, apakah media yang digunakan tepat, ada tidaknya program perencanaan yang dapat diimplementasikan, apakah program dapat menjangkau masyarakat, siapa yang menjadi target sasaran program, apakah program yang dilakukan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat. Evaluasi juga bertujuan mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaian. Program evaluasi dilaksanakan untuk memastikan apakah ada hasil program sudah sejalan dengan sasaran dan tujuan, memastikan biaya program sumber daya, dan waktu pelaksanaan program yang telah dilakukan. Evaluasi juga diperlukan untuk memastikan apakah prioritas program yang disusun sudah memenuhi kebutuhan masyarakat, dengan membandingkan perbedaan program terkait keefektifannya.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan pelayanan kesehatan. Evaluasi proses difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil. Evaluasi hasil dapat diukur melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan perubahan perilaku masyarakat.

Evaluasi terdiri atas evaluasi formatif, menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sementara itu, evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan. Pengukuran efektivitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan

dalam pelaksanaan program. Pengukuran efektivitas program di komunitas dapat dilihat berdasarkan:

1. Pengukuran komunitas sebagai klien.  
Pengukuran ini dilakukan dengan cara mengukur kesehatan ibu dan anak, mengukur kesehatan komunitas.
2. Pengukuran komunitas sebagai pengalaman  
Pembina hubungan. Pengukuran dilakukan dengan cara melakukan pengukuran sosial dari determinan kesehatan.
3. Pengukuran komunitas sebagai sumber.  
Ini dilakukan dengan mengukur tingkat keberhasilan pada keluarga atau masyarakat sebagai sumber informasi dan sumber intervensi kegiatan.

## **K. PRAKTIK KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT**

Banyak orang awam dan profesional kesehatan sama lebih mempertimbangkan lembaga resmi atau pemerintah sebagai pengaturan praktik utama perawat kesehatan masyarakat. Ruang lingkup dan Standar Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat mengartikulasikan dengan jelas bahwa hal ini tidak terjadi. Ciri utama keperawatan kesehatan masyarakat bukan di masyarakat (misalnya di luar institusi perawatan akut), tetapi fokus pada menciptakan kondisi kesehatan populasi.

Kesempatan berlatih untuk perawat dalam organisasi pemerintah atau pejabat dan sukarela atau non-official telah memegang tempat penting dalam sejarah keperawatan kesehatan masyarakat, dan mereka terus melakukannya. Perawat kesehatan masyarakat dapat bekerja dengan lokal, negara bagian dan teritorial, dan badan-badan federal untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan mereka untuk

membantu mencapai fungsi kesehatan masyarakat inti penilaian, pengembangan kebijakan, dan jaminan.

Ruang lingkup praktik keperawatan kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya. Peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga dan kelompok-kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialitatif) (Effendy,1998). Ruang lingkup kegiatannya dibagi menjadi dua, yaitu kegiatan di dalam gedung puskesmas dan di luar gedung puskesmas.

Di dalam gedung puskesmas meliputi pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat yang dilakukan di ruang rawat jalan puskesmas atau puskesmas pembantu dan ruang rawat inap puskesmas, termasuk pemeliharaan ruangan, peralatan, dan lingkungannya. Model praktik keperawatan profesional merupakan suatu sistem, baik menyangkut struktur, proses dan nilai-nilai profesional, yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan. Lingkup cakupan, dan batasan wewenang serta tanggung jawab seorang perawat profesional (ners) dalam praktik keperawatan di puskesmas atau di rumah sakit dikaji. Perawat profesional dengan sikap dan kemampuan profesional dapat diberi wewenang dan tanggung jawab melaksanakan praktik keperawatan di rumah sakit dan puskesmas.

Perawat kesehatan masyarakat di puskesmas adalah semua perawat di puskesmas yang menjabat sebagai pejabat fungsional perawat dan bekerja di puskesmas yang disebut dengan perawat puskesmas (Depkes RI, 2004). Pelaksana utama dari kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat adalah semua perawat fungsional keperawatan di puskesmas.

Menurut Departemen Kesehatan dan Kesehatan Sosial (2001) Puskesmas diberi wewenang untuk mengelola sendiri semua keuangan yang tersedia dan diperoleh dari pemerintah daerah/kota, dari masyarakat dalam bentuk JPKM, Askes, Dana Sehat, dan lain-lain, dari retribusi kunjungan pasien, swasta/lembaga swadaya masyarakat, pemerintah pusat dan bantuan dalam bentuk grant atau pinjaman luar negeri dengan tata cara pengelolaan dan pertanggung jawaban keuangan serta kemampuan sumber daya yang tersedia di Puskesmas Peran Perawat Kesehatan Masyarakat.

#### **L. PRAKTIK KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT DI LUAR DI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT.**

Kegiatan di luar gedung puskesmas meliputi: pembinaan kesehatan terhadap sasaran perawatan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerja puskesmas melalui daerah binaan keperawatan, pembinaan kesehatan kelompok khusus baik kelompok masyarakat yang terikat dalam suatu institusi maupun kelompok masyarakat khusus non-institusi, pembinaan kesehatan pada keluarga rawan sesuai dengan kriteria, pelayanan keperawatan tindak lanjut di rumah termasuk pembinaan terhadap keluarganya, sehingga kesinambungan pelayanan kesehatan di puskesmas atau rumah sakit atau institusi sarana kesehatan dapat terlaksana. Demikian juga pelayanan keperawatan terhadap kasus resiko tinggi di rumah termasuk pembinaan terhadap keluarganya (Depkes. RI, 1993).

#### **M. ALUR PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat melibatkan berbagai program atau sektor lain, oleh karena itu perawatan kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh semua tenaga kesehatan secara koordinatif, termasuk di dalamnya adalah tenaga

medis, perawat dan bidan serta dimungkinkan tenaga kesehatan lain seperti tenaga sanitasi dan tenaga gizi (Depkes RI, 1997).

Metodologi yang digunakan dalam melaksanakan keperawatan kesehatan masyarakat melalui beberapa tahapan kegiatan yang disebut proses keperawatan sebagai suatu pendekatan ilmiah dalam bidang keperawatan, di mana sejak dulu keperawatan telah dilaksanakan oleh perawat dan bidan, namun dewasa ini perlu lebih meningkatkan mutu pelayanan dan mutu tenaga keperawatan (Depkes RI, 1990).

Peran adalah tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya dalam suatu sistem, sedangkan perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai pendidikan dalam sistem pelayanan kesehatan. Kedudukannya dalam sistem ini adalah anggota tim kesehatan yang mempunyai wewenang dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan.

Mengingat akan kewenangan tersebut perawat mempunyai kewajiban serta tanggung jawab dalam mengemban dan melaksanakan tugasnya. Tim kesehatan atau masyarakat menurut tingkah laku perawat seperti yang mereka harapkan berdasarkan ukuran-ukuran tingkah laku perawat yang baik. Pelaksanaan penilaiannya dilakukan oleh orang lain mengingat tingkah laku merupakan kegiatan yang berinteraksi dengan orang lain (Depkes RI, 1997). Peranan yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat diantaranya sebagai: Pelaksana pelayanan keperawatan/*Provider of Nursing Care*, Pendidik/*Health Educator*, Pengamat Kesehatan/*Health Monitor*, Koordinator Pelayanan Kesehatan/*Coordinator of Service*, Pembaharu/Inovator, Pengorganisir Pelayanan Kesehatan/Organisator, Panutan/*Role Model*, Tempat Bertanya /Fasilitator, Pengelola/*Manager* (Effendy, 1998).

Sedangkan peran Perawat Kesehatan Masyarakat diantara-



nya adalah sebagai pengelola perawatan kesehatan masyarakat yang dibagi menjadi dua, yaitu sebagai koordinator Perkesmas dan penanggung jawab daerah binaan, sebagai pelaksana Perkesmas dan pendidik. Fungsi dan tugas perawat tidak terlepas dari perannya karena fungsi adalah pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Sedangkan tugas adalah kegiatan-kegiatan yang harus dilaksanakan untuk memenuhi fungsinya. Dapat dikatakan bahwa tugas adalah perincian dari fungsi yang harus dilakukan sehubungan dengan hak, wewenang dan tanggung jawabnya. Perawatan mempunyai peran dalam melaksanakan perawatan kesehatan masyarakat sesuai dengan perannya (Depkes RI, 1993).

Sebagai koordinator Perawat Kesehatan Masyarakat perawat mempunyai tugas yaitu mempelajari juklak dan juknis perkesmas, mendata tentang tenaga keperawatan dan non keperawatan puskesmas, mempelajari input dari penyusunan POA puskesmas terpadu, membuat rekapitulasi data sasaran yang telah mendapatkan pelayanan perkesmas dari semua petugas pelaksana. Koordinator perkesmas harus memantau dan memberikan bimbingan penerapan proses keperawatan kepada penanggung jawab daerah binaan dan pelaksana lainnya, merekapitulasi semua hasil pencapaian dan menyerahkan kepada petugas SP2TP setiap bulan, memantau hasil yang dicapai kegiatan perkesmas dan kegiatan yang terkait di setiap daerah binaan serta membahasnya pada rapat bulanan perkesmas juga melakukan konsultasi dan rujukan dalam pelaksanaan kegiatan perkesmas kepada kepala perkesmas serta dalam pelaksanaan perkesmas merangkap sebagai penanggung jawab daerah binaan atau pelaksana perkesmas (Depkes RI, 1993).

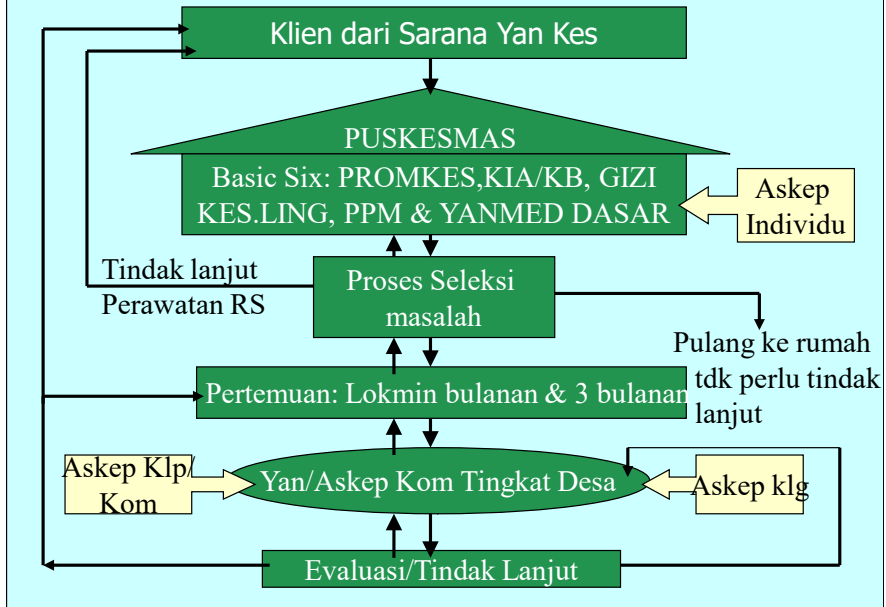
Sebagai penanggung jawab daerah binaan keperawatan memiliki tugas diantaranya mempelajari petunjuk pelaksana dan petunjuk teknis perkesmas, mendata sasaran daerah binaan, menentukan prioritas yang harus segera dilayani

dengan memperhatikan prioritas masalah kesehatan yang perlu ditanggulangi dan menerapkan proses kegiatan kepada sasaran serta melakukan koordinasi dengan pelaksanaan kegiatan lainnya. Tugas lain yang harus dilakukan sebagai penanggung jawab daerah binaan keperawatan yaitu memantau dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan perkesmas di daerah binaan, melakukan konsultasi dan rujukan kepada koordinator dan kepala puskesmas serta melaporkan hasil kegiatan kepada koordinator Perawat Kesehatan Masyarakat (Depkes RI, 1993).

Sebagai pelaksana Perawat Kesehatan Masyarakat dalam melaksanakan perawatan kesehatan masyarakat mempunyai tugas mengumpulkan data sasaran, melaksanakan proses keperawatan kepada sasaran, memadukan proses keperawatan dengan kegiatan perkesmas lainnya yang menjadi tanggung jawabnya. Di samping itu, perawat harus melakukan konsultasi dan rujukan kepada penanggung jawab daerah binaan serta melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan kepada penanggung jawab daerah binaan atau koordinator perkesmas (Depkes RI, 1993).

Perawat Kesehatan Masyarakat juga berperan sebagai pendidik di mana tugasnya memberikan bimbingan dan pengajaran tentang perkesmas kepada tenaga keperawatan lain. Sebagai pendidik perawat harus memberikan bimbingan dan pengajaran tentang perkesmas pula kepada siswa perawat dalam rangka praktik lapangan (Depkes RI, 1993). Dari uraian tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kualitas pelayanan keperawatan ditentukan oleh perawat profesional, perawat yang profesional membutuhkan pemimpin-pemimpin transformasional untuk membantu mereka memaksimalkan kapasitas dan kemampuan yang mereka miliki, dorongan, motivasi, kepercayaan dari pemimpin transformasional.

## ALUR PELAYANAN PERKESMAS



# HOME CARE

### A. PERSPEKTIF SEJARAH HOME CARE.

**S**ampai akhir abad ke 20 perawatan dikaitkan dikaitkan terutama dengan rumah sakit. Namun secara historis pengaturan keperawatan adalah rumah. Referensi tertulis pertama yang mengurus orang sakit di rumah ditemukan dalam kitab Perjanjian Baru, di mana disebutkan mengunjungi orang sakit di rumah untuk membantu perawatan mereka.

Florence Nightingale yang disebut sebagai ibu keperawatan modern mengembangkan suatu model klasik untuk mendidik perawat berbasis program di rumah sakit. Kurikulum Nightingale juga termasuk program pelatihan pertama untuk mendidik perawat kabupaten dengan 1 tahun dari pelatihan yang ditujukan untuk mempromosikan perawatan diri dan kesehatan masyarakat.

Lilian Wald dan Mary Brewster mulai program untuk mengunjungi perawat di AS pada awal. Wald, pendiri keperawatan kesehatan masyarakat menggambarkan ide-ide kontemporer terkait keperawatan, ibu (*motherhood*), kesejahteraan sosial, dan

masyarakat. Karyanya dirancang untuk merespons kebutuhan masyarakat yang berisiko terbesar dengan merawat orang sakit di rumah mereka dan memberikan petunjuk pencegahan untuk mengurangi penyakit. Wald berpendapat bahwa perawat, melalui dirinya “pengenalaan pasien dan hubungan organiknya dengan lingkungan” bisa menjadi “titik awal” untuk layanan yang lebih luas di masyarakat. Wald percaya bahwa perawat bisa mencapai dan mendidik klien mereka dalam arti yang luas, menggambarkan keragaman keyakinan budaya dan tuntutan sosial dari warga.

Pada tahun 1910, sekitar 90% dari semua perawatan diberikan di rumah. Setelah PD I perawatan sakit mulai bergeser ke rumah sakit. Di awal tahun 1950-an, kompleksitas tumbuh dalam teknologi keperawatan mengakibatkan kebutuhan peningkatan untuk perawatan di rumah sakit. Selama tahun 1960-an dan 1970-an seseorang biasanya tinggal di rumah sakit selama 7 sampai 10 hari untuk kondisi tanpa komplikasi atau untuk operasi. Keadaan ini berlanjut sampai tahun 1980an, ketika meningkatnya biaya perawatan kesehatan, perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaannya.

## **B. KONSEP PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN *HOME CARE***

Di AS pelayanan kesehatan *Home Care* sudah ada sejak tahun 1796, kemudian berkembang pada tahun 1885-1986 yang diperkenalkan dengan nama Agen *Home Care* dan dibentuk Organisasi Perawat Kunjungan Rumah (*Visit Nursing Agency*) dan pada tahun 1909 bergabung dengan asuransi kesehatan.

Negara Inggris diperkenalkan oleh tokoh keperawatan dunia Florence Nightingale (1820-1910) dan pada abad 19 berkembang konsep District Nursing.

Di Indonesia tidak begitu banyak catatan mengenai *Home Care*, namun sejak Konsep Puskesmas tahun 70-an dikenal

melalui Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Nursing*). Melalui Surat Keputusan Menkes No.1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, kegiatan *Home Care* kedepan akan berkembang pesat.

Secara konseptual pelayanan kesehatan *Home Care* sesungguhnya perpanjangan pelayanan kesehatan rumah sakit (*Hospital Based Home Care*) suatu program memainkan peran penting bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan kebutuhan kesehatan bagi komunitas dan menjadikan kesinambungan pelayanan (*Continuum of Hosptal care*). *Home Care* merupakan strategi diversifikasi rumah sakit untuk kolaborasi, kondisi dan membangun jaringan dengan penyedia layanan lain sehingga mengurangi duplikasi layanan tertentu dan membangun "*Community Heathth Partnership*."

*Home Care* adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumahnya, yang merupakan sintesis dari pelayanan keperawatan komunitas dan keterampilan teknikal tertentu yang berasal dari spesialisasi kesehatan tertentu, yang berfokus pada asuhan keperawatan individu dengan melibatkan keluarga, dengan tujuan menyembuhkan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental/emosi pasien. *Home Care* (HC) menurut Habbs dan Perrin, 1985 adalah merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien (Lerman D. & Eric B.L, 1993), Sehingga *Home Care* dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

Menurut Depkes RI (2002) mendefinisikan bahwa *Home Care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu, keluarga, di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit. Layanan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien/keluarga

yang direncanakan, dikoordinir, oleh pemberi layanan melalui staf yang diatur berdasarkan perjanjian bersama.

Rice. R, (2001) mengidentifikasi jenis kasus yang dapat dilayani pada program *Home Care* yang meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus klinik dan yang biasa dijumpai di komunitas.

Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di RS adalah:

1. Klien dengan COPD
2. Klien dengan penyakit gagal jantung
3. Klien dengan gangguan oksigenasi
4. Klien dengan mengalami perlukaan kronis
5. Klien dengan diabetes
6. Klien dengan gangguan fungsi perkemihan
7. Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan (rehabilitasi)
8. Klien dengan terapi cairan infus di rumah
9. Klien dengan gangguan fungsi persarafan
10. Klien dengan AIDS

Sedangkan kasus dengan kondisi khusus, meliputi:

1. Klien dengan post partum
2. Klien dengan gangguan kesehatan mental
3. Klien dengan kondisi usia lanjut
4. Klien dengan kondisi terminal (Hospice and Palliative care) (Rice R, 2001.,Allender &Spradley, 2001).

### **C. TUJUAN DIADAKANNYA *HOME CARE***

Keperawatan Kesehatan Masyarakat berbasis *Home Care* bertujuan:

1. Terpenuhi kebutuhan dasar (bio-psiko- sosial- spiritual) secara mandiri.
2. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.

3. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.

#### **D. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI HOME CARE**

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi pelaksanaan keperawatan kesehatan berbasis *Home Care* yaitu:

1. Kesiapan tenaga dan partisipasi masyarakat.
2. Upaya promotif atau preventif
3. Sumber daya tenaga keperawatan.
4. Kebutuhan pasien.
5. Kependudukan
6. Dana

#### **E. RUANG LINGKUP HOME CARE**

Ruang Lingkup keperawatan kesehatan masyarakat berbasis *Home Care* yaitu:

- a. Memberi asuhan keperawatan secara komprehensif.
- b. Melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya.
- c. Mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga.

Secara umum lingkup perawatan kesehatan di rumah juga dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Pelayanan medis dan asuhan keperawatan.
- b. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik.
- c. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik.
- d. Pelayanan informasi dan rujukan.
- e. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan.
- f. Higiene, dan sanitasi perorangan serta lingkungan.
- g. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial.



## **F. PRINSIP HOME CARE**

Agar pelayanan *Home Care* ini dapat berjalan dengan lancar maka perlu diperhatikan beberapa prinsip dalam melakukan pelayanan *Home Care*. Prinsip-prinsip tersebut diantaranya:

- a. Pengelolaan *Home Care* dilaksanakan oleh perawat.
- b. Pelaksana *Home Care* adalah terdiri dari profesi kesehatan yang ada (dokter, bidan, perawat, ahli gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lain).
- c. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
- d. Mengumpulkan data secara sistematis, akurat dan komprehensif.
- e. Menggunakan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan dalam menetapkan diagnosis.
- f. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada kebutuhan.
- g. Memberi pelayanan paripurna yang terdiri dari preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif.
- h. Mengevaluasi respons pasien dan keluarganya dalam intervensi keperawatan, medis dan lainnya.
- i. Bertanggung jawab terhadap pelayanan yang bermutu melalui manajemen.
- j. Memelihara dan menjamin hubungan baik di antara anggota tim.
- k. Mengembangkan kemampuan profesional.
- l. Berpartisipasi pada kegiatan riset untuk pengembangan *Home Care*.
- m. Menggunakan kode etik profesi dalam melaksanakan pelayanan di *Home Care*

## **G. LANDASAN HUKUM HOME CARE**

Legislasi pelaksanaan Perawat Kesehatan Masyarakat di Indonesia melalui:

- a. UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- b. UU No. 38 tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan
- c. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- d. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- e. UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- f. UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
- g. PP No. 25 tahun 2000 Tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah.
- h. Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.
- i. Kepmenkes No. 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas.
- j. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Perkesmas.
- k. SK Menpan No. 94/KEP/M. PAN/11/2001 Tentang Jabatan Fungsional Perawat.
- l. Permenkes No. 920 tahun 1986 Tentang Pelayan Medis Swasta.

## **H. MANFAAT *HOME CARE***

Pelaksanaan keperawatan masyarakat berbasis *Home Care* memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Bagi Klien dan Keluarga:
  1. Program *Home Care* (HC) dapat membantu meringankan biaya rawat inap yang makin mahal, karena dapat mengurangi biaya akomodasi pasien, transportasi dan konsumsi keluarga.
  2. Mempererat ikatan keluarga, karena dapat selalu berdekatan pada saat anggota keluarga ada yang sakit.
  3. Merasa lebih nyaman karena berada di rumah sendiri
  4. Makin banyaknya wanita yang bekerja di luar rumah, sehingga tugas merawat orang sakit yang biasanya

dilakukan ibu terhambat, oleh karena itu kehadiran perawat untuk menggantikannya.

b. Bagi Perawat:

1. Memberikan variasi lingkungan kerja, sehingga tidak jenuh dengan lingkungan yang tetap sama.
2. Dapat mengenal klien dan lingkungannya dengan baik, sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan situasi dan kondisi rumah klien, dengan begitu kepuasan kerja perawat akan meningkat.
3. Data dan minat pasien.

c. Bagi Rumah Sakit:

1. Membuat rumah sakit tersebut menjadi lebih terkenal dengan adanya pelayanan *Home Care* yang dilakukannya.
2. Untuk mengevaluasi dari segi pelayanan yang telah dilakukan.
3. Untuk mempromosikan rumah sakit tersebut kepada masyarakat

## I. PELAYANAN KESEHATAN *HOME CARE*

Perkembangan Pelayanan Kesehatan Di rumah Sejauh ini bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Di sisi lain banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa di rawat di rumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor yang mendorong perkembangan perawatan kesehatan di rumah adalah:

- a. Kasus-kasus penyakit terminal dianggap tidak efektif dan tidak efisien lagi apabila dirawat di institusi pelayanan

kesehatan. Misalnya pasien kanker stadium akhir yang secara medis belum ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai kesembuhan.

- b. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan relatif lama. Dengan demikian berdampak pada makin meningkatnya kasus-kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Misalnya pasien pasca-stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi yang membutuhkan waktu relatif lama.
- c. Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, merasakan bahwa perawatan klien yang sangat lama (lebih dari 1 minggu) tidak menguntungkan bahkan menjadi beban manajemen.
- d. Banyak orang merasakan bahwa dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia, karena seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena terikat aturan-aturan yang ditetapkan.
- e. Lingkungan di rumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian klien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit, sehingga dapat mempercepat kesembuhan (DEPKES, 2002).

## **J. LINGKUP KEPERAWATAN HOME CARE**

Lingkup praktik keperawatan mandiri meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonatal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, dan asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa dilaksanakan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.

Keperawatan yang dapat dilakukan dengan secara langsung (*direct care*) yang meliputi pengkajian bio- psiko- sosio-

spiritual dengan pemeriksaan fisik secara langsung, melakukan observasi, dan wawancara langsung, menentukan masalah keperawatan, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan yang memerlukan keterampilan tertentu untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang menyimpang, baik tindakan-tindakan keperawatan atau tindakan-tindakan pelimpahan wewenang (terapi medis), memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan dan melakukan evaluasi.

Kegiatan keperawatan lain adalah mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan yang diberikan kepada klien, dokumentasi ini diperlukan sebagai pertanggungjawaban dan tanggung gugat untuk perkara hukum dan sebagai bukti untuk jasa pelayanan keperawatan yang diberikan. Melakukan koordinasi dengan tim yang lain kalau praktik dilakukan secara berkelompok. Sebagai pembela/pendukung (advokat) klien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan klien di rumah dan bila diperlukan untuk tindak lanjut ke rumah sakit dan memastikan terapi yang klien dapatkan sesuai dengan standar dan pembiayaan terhadap klien sesuai dengan pelayanan/asuhan yang diterima oleh klien. Menentukan frekuensi dan lamanya keperawatan kesehatan di rumah dilakukan, mencakup berapa sering dan berapa lama kunjungan harus di lakukan.

## **K. JENIS PELAYANAN HOME CARE**

Adapun jenis pelayanan keperawatan kesehatan berbasis *Home Care* dapat dibagi tiga kategori yaitu:

- a. Keperawatan klien yang sakit di rumah merupakan jenis yang paling banyak dilaksanakan pada pelayanan keperawatan di rumah sesuai dengan alasan kenapa perlu di rawat di rumah. Individu yang sakit memerlukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kesehatannya dan mencegah tingkat keparahan sehingga tidak perlu di rawat di rumah sakit.

- b. Pelayanan atau asuhan kesehatan masyarakat yang fokusnya pada promosi dan prevensi. Pelayanannya mencakup mempersiapkan seorang ibu bagaimana merawat bayinya setelah melahirkan, pemeriksaan berkala tumbuh kembang anak, mengajarkan lansia beradaptasi terhadap proses menua, serta tentang diet mereka.
- c. Pelayanan atau asuhan spesialistik yang mencakup pelayanan pada penyakit-penyakit terminal misalnya kanker, penyakit-penyakit kronis seperti diabetes, stroke, hipertensi, masalah-masalah kejiwaan dan asuhan pada anak.

## **L. PERAN DAN FUNGI PERAWAT *HOME CARE***

Perawat *Home Care* dapat berfungsi sebagai:

- a. Manajer kasus yaitu mengelola dan mengkolaborasikan pelayanan, dengan fungsi:
  - 1. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.
  - 2. Menyusun rencana pelayanan.
  - 3. Mengoordinir aktivitas tim.
  - 4. Memantau kualitas pelayanan.
- b. Pelaksana yaitu memberi pelayanan langsung dan mengevaluasi pelayanan dengan fungsi:
  - 1. Melakukan pengkajian komprehensif.
  - 2. Menyusun rencana keperawatan.
  - 3. Melakukan tindakan keperawatan.
  - 4. Melakukan observasi terhadap kondisi pasien.
  - 5. Membantu pasien dalam mengembangkan perilaku coping yang efektif.
  - 6. Melibatkan keluarga dalam pelayanan.
  - 7. Membimbing semua anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.
  - 8. Melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan.
  - 9. Mendokumentasikan asuhan keperawatan.

## M. PRO DAN KONTRA *HOME CARE* DI INDONESIA.

Di awal perjalanannya *Home Care nursing* sesungguhnya merupakan bentuk pelayanan yang sangat sederhana, yaitu kunjungan perawat kepada pasien tua atau lemah yang tidak mampu berjalan menuju rumah sakit atau yang tidak memiliki biaya untuk membayar dokter di rumah sakit atau yang tidak memiliki akses kepada pelayanan kesehatan karena strata sosial yang dimilikinya. Pelaksanaannya juga merupakan inisiatif pemuka agama yang *care* terhadap merebaknya kasus gangguan kesehatan. Perawat yang melakukannya dikenal dengan istilah perawat kunjung (*visiting nurse*). Bentuk intervensi yang diberikan berupa kuratif dan rehabilitatif. Pada saat klien dan keluarga memutuskan untuk menggunakan sistem pelayanan keperawatan di rumah (*Home Care nursing*), maka klien dan keluarga berharap mendapatkan sesuatu yang tidak didapatkannya dari pelayanan keperawatan di rumah sakit adapun klien dan keluarga memutuskan untuk tidak menggunakan sistem ini, mungkin saja ada pertimbangan-pertimbangan yang menjadikan *Home Care* bukan pilihan yang tepat di bawah ini terdapat tentang pro dan kontra *Home Care* di Indonesia.

Mereka yang pro *Home Care* berpendapat:

- a. *Home Care* memberikan perasaan aman karena berada di lingkungan yang dikenal oleh klien dan keluarga, sedangkan bila di rumah sakit klien akan merasa asing dan perlu adaptasi.
- b. *Home Care* merupakan satu cara di mana perawatan 24 jam dapat diberikan secara fokus pada satu klien, sedangkan di rumah sakit perawatan terbagi pada beberapa pasien. *Home Care* memberi keyakinan akan mutu pelayanan keperawatan bagi klien, di mana pelayanan keperawatan dapat diberikan secara komprehensif (biopsikososiospiritual).

- c. *Home Care* menjaga *privacy* klien dan keluarga, di mana semua tindakan yang berikan hanya keluarga dan tim kesehatan yang tahu. *Home Care* memberikan pelayanan keperawatan dengan biaya relatif lebih rendah daripada biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. *Home Care* memberikan kemudahan kepada keluarga dan *care giver* dalam memonitor kebiasaan klien seperti makan, minum, dan pola tidur di mana berguna memahami perubahan pola dan perawatan klien.
- d. *Home Care* memberikan perasaan tenang dalam pikiran, di mana keluarga dapat sambil melakukan kegiatan lain dengan tidak meninggalkan klien. *Home Care* memberikan pelayanan yang lebih efisien dibandingkan dengan pelayanan di rumah sakit, di mana pasien dengan komplikasi dapat diberikan pelayanan sekaligus dalam *Home Care*.
- e. Pelayanan *Home Care* lebih memastikan keberhasilan pendidikan kesehatan yang diberikan, perawat dapat memberi penguatan atau perbaikan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan keluarga.

Adapun yang kontra *Home Care* berpendapat:

1. *Home Care* tidak termanaged dengan baik, contohnya jika menggunakan *agency* yang belum ada hubungannya dengan tim kesehatan lain seperti: dokter spesialis, petugas laboratorium, petugas ahli gizi, petugas fisioterapi, psikolog dan lain-lain.
2. *Home Care* membutuhkan dana yang tidak sedikit jika dibandingkan dengan menggunakan tenaga kesehatan secara individu.
3. Klien *Home Care* membutuhkan waktu yang relatif lebih banyak untuk mencapai unit-unit yang terdapat di rumah sakit, misalnya: unit diagnostik rontgen, unit diagnostik CT scan, unit diagnostik MRI, laboratorium dan lain-lain.
4. Pelayanan *Home Care* tidak dapat diberikan pada klien



dengan tingkat ketergantungan total, misalnya: klien dengan koma, tingkat keterlibatan anggota keluarga rendah dalam kegiatan perawatan, di mana keluarga merasa bahwa semua kebutuhan klien sudah dapat terlayani dengan adanya *Home Care*.

5. Pelayanan *Home Care* memiliki keterbatasan fasilitas *emergency*, misalnya: fasilitas resusitasi, fasilitas defibrilator jika tidak berhasil, pelayanan *Home Care* berdampak tingginya tingkat ketergantungan klien dan keluarga pada perawat

#### **Standar Alat *Home Care***

- a. Alat kesehatan terdiri atas Tas/kit, Pemeriksaan fisik, Set perawatan luka, Set *emergency*, Set pemasangan selang lambung, Set huknah, Set memandikan, Set pengambilan preparat, Set pemeriksaan lab. Sederhana, Set infus/injeksi, Sterilisator, Pot/urinal, Tiang infus, Tempat tidur khusus orang sakit, Pengisap lendir, Perlengkapan oksigen, Kursi roda, Tongkat/tripot, Perlak/alat tenun.
- b. Alat habis pakai terdiri atas Obat *emergency*, Perawatan luka, Suntik atau pengambilan darah, Set infus, NGT dengan berbagai ukuran, Huknah, Kateter, Sarung tangan, Masker,
- c. Sarana lain terdiri atas alat dan media pendidikan kesehatan, ruangan beserta perlengkapannya, kendaraan, alat komunikasi, dokumentasi Pembiayaan Sarana Dan Prasarana dan Obat-Obatan.

## **N. FAKTOR PENGHAMBAT DALAM PELAYANAN *HOME CARE***

Terdapat beberapa faktor penghambat yaitu:

- a. Adanya rasa kurang atau belum percayanya masyarakat atau keluarga terhadap pelayanan *Home Care*.

- b. Situasi dan keadaan lingkungan atau wilayah serta kurangnya akses transportasi jarak wilayah yang terlalu jauh sehingga kurang mendapat pelayanan *Home Care* dari pihak rumah sakit serta keadaan yang kurang mendukung, misalnya pada lingkungan rumah susun yang berkaitan dengan ketenangan, kebersihan, kerapian yang kurang mendukung untuk proses penyembuhan dalam pelayanan *Home Care*. Hal ini menyebabkan persepsi masyarakat kurang baik terhadap keberadaan *Home Care*.
- c. Tenaga kesehatan yang kurang kompeten dalam melaksanakan pelayanan *Home Care*.
- d. Banyak masyarakat yang belum tahu tentang pelayanan *Home Care*.
- e. Terbatasnya tenaga kesehatan.
- f. Adanya panggilan kunjungan yang tidak diperlukan, hal ini akan membuang waktu, tenaga dan biaya.
- g. Hambatan yang datang dari pasien dan keluarga.
- h. Ketergantungan penderita dan atau keluarga.
- i. Untuk kolaborasi dengan tim profesional lain membutuhkan waktu yang cukup lama.
- j. Letak geografis yang jauh memengaruhi efektivitas pelayanan dan *cost* yang diperlukan.

Meski terdapat faktor penghambat, beberapa kelebihan pelayanan kesehatan masyarakat berbasis *Home Care* yaitu:

1. Bisa meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan.
2. Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan.
3. Pembiayaan yang lebih murah dibanding biaya pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

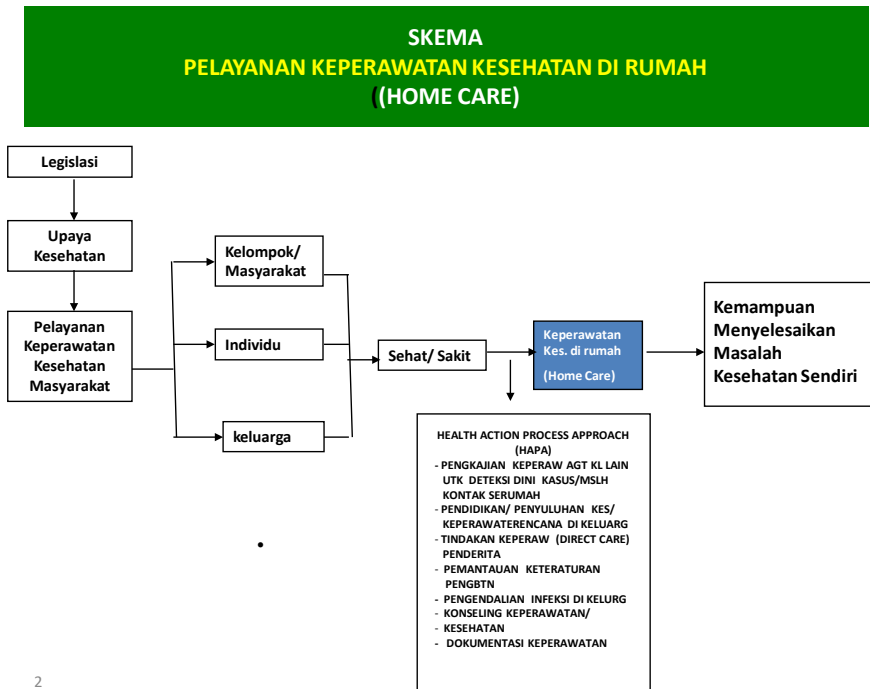
Kekurangan pelayanan kesehatan keperawatan kesehatan masyarakat berbasis *Home Care* yaitu:

- Penanganan masa kritis kurang cepat dan kurang efektif.
- Kurang perhatian atau pengawasan dari tenaga medis.
- Letak geografis yang berjauhan, sehingga sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan .

## O. ALUR PELAYANAN KESEHATAN *HOME CARE*

Terlepas dari kelemahan pada pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat namun efisiensi dan efektivitas pelayanan menjadikan pelayanan keperawatan kesehatan berbasis *Home Care* memberikan kemudahan kepada keluarga dan care giver dalam memonitor kebiasaan klien seperti makan, minum, dan pola tidur di mana berguna memahami perubahan pola dan perawatan klien.

Adapun alur perawatan kesehatan *Home Care* terlihat pada skema di bawah ini.



## BAB VII.

---

# KEPEMIMPINAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

### A. PENDAHULUAN

**M**anajemen keperawatan pada dasarnya berfokus pada perilaku manusia. Untuk mencapai tingkat tertinggi dari produktivitas pada pelayanan keperawatan, pasien membutuhkan manajer perawat yang terdidik dalam pengetahuan dan keterampilan tentang perilaku manusia untuk mengelola perawat profesional serta pekerja keperawatan non-profesional.

Mc.Grego menyatakan bahwa setiap manusia merupakan kehidupan individu secara keseluruhan yang selalu mengadakan interaksi dengan dunia individu lainnya. Apa yang terjadi dengan orang tersebut merupakan akibat dari perilaku orang lain. Sikap dan emosi dari orang lain memengaruhi orang tersebut. Bawahan sangat tergantung pada pimpinan dan berkeinginan untuk diperlakukan adil. Suatu hubungan akan berhasil apabila

dikehendaki oleh kedua belah pihak.

Bawahan memerlukan rasa aman dan akan memperjuangkan untuk melindungi diri dari ancaman yang bersifat semu atau yang benar-benar ancaman terhadap tidak terpenuhinya kebutuhan dalam situasi kerja.

Atasan /pimpinan menciptakan kondisi untuk mewujudkan kepemimpinan yang efektif dengan membentuk suasana yang dapat diterima oleh bawahan, sehingga bawahan tidak merasa terancam dan ketakutan. Untuk dapat melakukan hal tersebut di atas, baik atasan maupun bawahan perlu memahami tentang pengelolaan kepemimpinan secara baik, yang pada akhirnya akan terbentuk motivasi dan sikap kepemimpinan yang profesional.

## **B. PENGERTIAN KEPEMIMPINAN**

Ada beberapa batasan tentang kepemimpinan, antara lain:

1. Kepemimpinan adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas-tugas tertentu yang dipercayakan kepadanya (OrdwayTead).
2. Kepemimpinan adalah suatu proses yang memengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mau berbuat dan mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan (Stogdill).
3. Kepemimpinan adalah hubungan yang tercipta dari adanya pengaruh yang dimiliki seseorang terhadap orang lain sehingga orang lain tersebut secara sukarela mau dan bersedia bekerjasama untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Georgy R. Terry).
4. Kepemimpinan adalah suatu proses yang memengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai

tujuan tertentu yang telah ditetapkan dalam suatu situasi tertentu (PaulHersay, Ken Blanchard).

Dapat dipahami dari empat batasan di atas bahwa kepemimpinan akan muncul apabila ada seseorang yang karena sifat-sifat dan perilakunya mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain untuk berpikir, bersikap, dan ataupun berbuat sesuatu sesuai dengan apa yang diinginkannya. Kepemimpinan dalam konteks organisasi utamanya menekankan pada fungsi pengarahan yang meliputi memberitahu, menunjukkan, dan memotivasi bawahan. Fungsi manajemen ini sangat terkait dengan faktor manusia dalam suatu organisasi, yang mencakup aksi antar manusia dan berfokus pada kemampuan seseorang dalam memengaruhi orang lain.

Di dalam keperawatan kepemimpinan merupakan penggunaan keterampilan seorang pemimpin (perawat) dalam memengaruhi perawat-perawat lain yang berada di bawah pengawasannya untuk pembagian tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai. Setiap perawat mempunyai potensi yang berbeda dalam kepemimpinan, namun keterampilan ini dapat dipelajari sehingga selalu dapat diterapkan dan ditingkatkan.

### **C. TEORI KEPEMIMPINAN**

Ada beberapa yang pernah dikemukakan, antara lain:

1. Teori orang besar atau teori bakat.

Teori orang besar (*the great men theory*) atau teori bakat (*Trait theory*) ini adalah teori klasik dari kepemimpinan. Di sini disebutkan bahwa seorang pemimpin dilahirkan, artinya bakat-bakat tertentu yang diperlukan seseorang untuk menjadi pemimpin diperolehnya sejak lahir.

## 2. Teori situasi

Bertolak belakang dengan teori bakat ialah teori situasi (*situational theory*). Teori ini muncul sebagai hasil pengamatan, di mana seseorang sekalipun bukan keturunan pemimpin, ternyata dapat pula menjadi pemimpin yang baik. Hasil pengamatan tersebut menyimpulkan bahwa orang biasa yang jadi pemimpin tersebut adalah karena adanya situasi yang menguntungkan dirinya, sehingga ia memiliki kesempatan untuk muncul sebagai pemimpin.

## 3. Teori Ekologi

Sekalipun teori situasi kini banyak dianut, dan karena itu masalah kepemimpinan banyak menjadi bahan studi, namun dalam kehidupan sehari-hari sering ditemukan adanya seorang yang setelah berhasil dibentuk menjadi pemimpin, ternyata tidak memiliki kepemimpinan yang baik. Hasil pengamatan yang seperti ini melahirkan teori ekologi, yang menyebutkan bahwa seseorang memang dapat dibentuk untuk menjadi pemimpin, tetapi untuk menjadi pemimpin yang baik memang ada bakat-bakat tertentu yang terdapat pada diri seseorang yang diperoleh dari alam.

## D. GAYA KEPEMIMPINAN

Telah disebutkan bahwa gaya kepemimpinan tersebut dipengaruhi oleh sifat dan perilaku yang dimiliki oleh pemimpin. Karena sifat dan perilaku antara seorang dengan orang lainnya tidak persis sama, maka gaya kepemimpinan (*leadership style*) yang diperlihatkan pun juga tidak sama.

Bertitik tolak dari pendapat adanya hubungan antara gaya kepemimpinan dengan perilaku tersebut, maka dalam membicarakan gaya kepemimpinan yang untuk bidang administrasi sering dikaitkan dengan pola manajemen (*pattern of management*), sering dikaitkan dengan pembicaraan tentang

perilaku. Tegantung dari sifat dan perilaku yang dihadapi dalam suatu organisasi dan atau yang dimiliki oleh pemimpin, maka gaya kepemimpinan yang diperlihatkan oleh seorang pemimpin dapat berbeda antara satu dengan yang lainnya.

Berbagai gaya kepemimpinan tersebut jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam yaitu:

1. Gaya Kepemimpinan Diktator

Pada gaya kepemimpinan diktator (*dictatorial leadership style*) ini upaya mencapai tujuan dilakukan dengan menimbulkan ketakutan serta ancaman hukuman. Tidak ada hubungan dengan bawahan, karena mereka dianggap hanya sebagai pelaksana dan pekerja saja.

2. Gaya Kepemimpinan Autokratis.

Pada gaya kepemimpinan ini (*autocratic leadership style*) segala keputusan berada ditangan pemimpin. Pendapat atau kritik dari bawahan tidak pernah dibenarkan. Pada dasarnya sifat yang dimiliki sama dengan gaya kepemimpinan diktator tetapi dalam bobot yang agak kurang.

3. Gaya Kepemimpinan Demokratis

Pada gaya kepemimpinan demokratis (*democratic leadership style*) ditemukan peran serta bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan secara musyawarah. Hubungan dengan bawahan dibangun dengan baik. Segi positif dari gaya kepemimpinan ini mendatangkan keuntungan antara lain: keputusan serta tindakan yang lebih objektif, tumbuhnya rasa ikut memiliki, serta terbinanya moral yang tinggi. Sedangkan kelemahannya: keputusan serta tindakan kadang-kadang lamban, rasa tanggung jawab kurang, serta keputusan yang dibuat terkadang bukan suatu keputusan yang terbaik.



#### 4. Gaya Kepemimpinan Santai

Pada gaya kepemimpinan santai (*laissez-faire leadership style*) ini peranan pimpinan hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan kepada bawahan, jadi setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatan masing-masing sesuai dengan kehendak masing-masing pula.

### D. PEMIMPIN KESEHATAN MASYARAKAT

Pemimpin kesehatan masyarakat sangat diyakini akan memengaruhi tatanan kesehatan masyarakat. Pemimpin kesehatan masyarakat memperoleh instrumen dan keterampilan dari memonitoring kesehatan masyarakat yang efektif. Pemimpin dalam kesehatan masyarakat tidak hanya berfungsi dalam organisasi kesehatan masyarakat, mereka juga berfungsi antar organisasi. Keterampilan antar-organisasi sangat penting. Selain itu, pemimpin kesehatan masyarakat mempraktikkan kepemimpinan mereka dalam tatanan komunitas. Pengembangan kepemimpinan juga merupakan cara untuk menghubungkan akademik kesehatan masyarakat dengan praktik kesehatan masyarakat karena informasi mengintegrasikan pengetahuan riset dengan realitas praktik kesehatan masyarakat.

Menjelang abad ke-21, secara tidak mengherankan, terjadi peningkatan perhatian terhadap konsep perubahan. Meskipun demikian, perubahan selalu ada dan selalu menjadi fakta kehidupan. Untuk mengatur perubahan yang terjadi, layanan kesehatan dan profesional kesehatan masyarakat harus terlibat dalam tingkat pengembangan kebijakan dan politik. Mereka harus menyusun visi mereka mengenai layanan kesehatan seharusnya dan bekerjasama untuk merealisasikan visi tersebut, dan agar tugas ini terlaksana, profesional tersebut harus memiliki berbagai keterampilan kepemimpinan. Pada tahun 1988, *the future of public health* berpendapat bahwa pembentukan pemimpin yang efektif merupakan kesempatan yang

tidak boleh disia-siakan. Sesuai dengan pandangan tersebut, laporan juga menyebutkan kekhawatiran bahwa institut kesehatan masyarakat tidak mengajarkan pelatihan kepemimpinan yang dibutuhkan.

Pelatihan pemimpin masa depan sangat penting. Pemimpin kesehatan masyarakat memerlukan pelatihan tidak hanya pada spesialisasi kesehatan masyarakat, namun juga dalam teknik dan instrumen manajemen yang terbaru. Untuk mendukung aktivitas kesehatan masyarakat pada tingkat lokal, negara bagian, dan federal, mereka membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik, pengambilan keputusan, pengembangan kebijakan, dan lain-lain. Pemimpin harus mempelajari bagaimana organisasi mereka berfungsi, bagaimana bekerja antar-organisasi, dan bagaimana mengintegrasikan kegiatan organisasi mereka ke dalam masyarakat yang mereka layani.

Kepemimpinan kesehatan masyarakat mencakup komitmen terhadap masyarakat dan nilai yang melingkupinya. Kepemimpinan kesehatan masyarakat juga mencakup komitmen terhadap keadilan sosial, namun, pemimpin kesehatan masyarakat tidak boleh membiarkan komitmen tersebut mengurangi kemampuan mereka untuk menjalani agenda kesehatan masyarakat yang telah disusun dengan baik. Selain itu, pemimpin dalam kesehatan masyarakat harus bekerja dalam paradigma yang mengatur kesehatan masyarakat, namun hal tersebut bukan berarti bahwa mereka tidak dapat mengubah paradigma tersebut. Pemimpin mengusulkan paradigma baru ketika paradigma lama kehilangan keefektifannya.

## **F. PRINSIP KEPEMIMPINAN KESEHATAN MASYARKAT**

Salah satu cara menyempurnakan definisi kepemimpinan kesehatan masyarakat secara khusus adalah dengan mempertimbangkan beberapa prinsip yang harus digunakan oleh pemimpin kesehatan masyarakat untuk mengarahkan tindakan

mereka. Di bawah ini adalah 5 dari daftar 16 prinsip kepemimpinan kesehatan masyarakat.

### **1. Prinsip 1**

Infrastruktur kesehatan masyarakat harus diperkuat oleh penggunaan fungsi inti dan layanan esensial kesehatan masyarakat sebagai pedoman untuk perubahan yang harus terjadi. Pemimpin kesehatan masyarakat harus mengevaluasi status kesehatan masyarakat, mengevaluasi kapasitas masyarakat untuk memenuhi prioritas kesehatannya, dan mengimplementasikan tindakan preventif untuk mengurangi dampak atau bahkan menghindari krisis kesehatan masyarakat.

### **2. Prinsip 2**

Tujuan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan status kesehatan setiap individu dalam masyarakat. Pemimpin kesehatan masyarakat sangat percaya bahwa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dapat dilakukan. Berkaitan dengan hal ini, kesehatan masyarakat berbeda dengan sistem layanan medis, yang menekankan pada pengobatan dan rehabilitasi. Setiap individu harus mempelajari manfaat kesehatan masyarakat dan bagaimana kualitas hidup dapat ditingkatkan secara optimal jika aturan tertentu diikuti.

### **3. Prinsip 3**

Koalisi masyarakat harus dibentuk untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dalam komunitas. Kesehatan masyarakat merupakan tanggung jawab komunitas dan aktivitasnya berbasis populasi. Ini berarti bahwa misi kesehatan masyarakat adalah bekerja dengan semua kelompok dalam komunitas untuk meningkatkan kesehatan seluruh anggotanya.

### **4. Prinsip 4**

Pemimpin kesehatan masyarakat lokal dan negara bagian

harus bekerjasama untuk melindungi kesehatan setiap individu tanpa menghiraukan status gender, ras, etnik, atau sosial ekonomi pemimpin kesehatan masyarakat benar-benar percaya pada prinsip bahwa semua manusia diciptakan sama.

## **5. Prinsip 5**

Perencanaan kesehatan masyarakat yang rasional membutuhkan kolaborasi antara pemimpin lembaga kesehatan masyarakat, dewan kesehatan lokal (jika dewan tersebut ada), serta dewan lokal, dan daerah yang lain.

## **6. Prinsip 6**

Pemimpin kesehatan masyarakat yang baru harus mempelajari teknik dan praktik kepemimpinan dari pemimpin kesehatan masyarakat yang berpengalaman.

## **7. Prinsip 7**

Pemimpin kesehatan masyarakat harus harus mengembangkan keterampilan kepemimpinan mereka secara kontinu. Pemimpin tidak pernah berhenti belajar.

## **8. Prinsip 8**

Pemimpin tidak hanya harus berkomitmen pada pembelajaran sepanjang hidup, namun juga pada perkembangan dirinya. Harga diri merupakan faktor utama dalam pengembangan diri dan penting untuk kompetensi personal yang dibutuhkan untuk menghadapi tantangan kehidupan.

## **9. Prinsip 9**

Infrastruktur kesehatan masyarakat harus berdasarkan pondasi proteksi kesehatan untuk semua, nilai dan prinsip demokrasi, serta penghargaan terhadap struktur sosial masyarakat.

## **10. Prinsip 10**

Pemimpin kesehatan masyarakat harus berpikir secara global namun bertindak secara lokal.

## **11. Prinsip 11**

Pemimpin kesehatan masyarakat harus menjadi manajer yang baik.

## **12. Prinsip 12**

Pemimpin harus berhubungan dengan manajer dan staf lain dalam organisasi, pemimpin harus menjadi pengarah dan motivator kegiatan dalam organisasi, pemimpin harus memengaruhi semua fase kerja dalam organisasi, dan pemimpin harus mengantisipasi masa depan dan mengembangkan organisasi dengan cara mempertimbangkan masa depan tersebut.

## **13. Prinsip 13**

Pemimpin kesehatan masyarakat harus proktif dan tidak reaktif.

## **14. Prinsip 14**

Setiap tingkat sistem kesehatan masyarakat membutuhkan pemimpin. Faktanya, pemimpin tidak harus memiliki posisi resmi untuk menjadi pemimpin dan sepertinya kekuatan menjadi semakin tinggi.

## **15. Prinsip 15**

Pemimpin kesehatan masyarakat mempraktikkan keahlian mereka pada tingkat komunitas dan harus memahami apa yang di maksud dengan komunitas.

## 16. Prinsip 16

Pemimpin kesehatan masyarakat harus mempraktikkan apa yang mereka ajarkan.

### **G. KEPEMIMPINAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PENDEKATAN SISTEM DALAM ORGANISASI**

Kepemimpinan yang baik bergantung pada pemikiran sistem. Tipe kepemimpinan ini berfokus pada cara mengimplementasikan komponen sistem yang penting untuk memenuhi kebutuhan yang diidentifikasi. Pemimpin bertanggung jawab untuk mengarahkan aktivitas implementasi dan menyampaikan kepada masyarakat mengenai langkah yang diambil oleh lembaga dalam merespons isu kesehatan masyarakat global.

Pembentukan tim merupakan bagian penting dalam memimpin lembaga kesehatan masyarakat. Pemimpin membentuk tim untuk memenuhi kebutuhan sistematis lembaga. Ketika anggota tim ditetapkan, tim perlu mengklarifikasi nilai yang akan mengarahkan aktivitas mereka.

Pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Berpikir secara sistematis dan bertindak secara strategis
- b. Mempromosikan perubahan
- c. Mendukung nilai lembaga dan masyarakat
- d. Memahami hubungan antara input sistem, intervensi program, dan output
- e. Memantau dan mengevaluasi dampak perubahan
- f. Mempraktikkan pemikiran sistem pada lima tingkat kepemimpinan yaitu pengembangan kepemimpinan personal, kepemimpinan pada tingkat tim, kepemimpinan pada tingkat lembaga, kepemimpinan pada tingkat komunitas, kepemimpinan pada tingkat profesional.

## H. TANGGUNG JAWAB PEMIMPIN KESEHATAN MASYARAKAT

Pemimpin lembaga kesehatan masyarakat lokal memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan lembaga mereka memastikan bahwa lembaga dilihat sebagai sumber informasi kesehatan masyarakat serta penyediaan program dan layanan berkualitas tinggi. Mereka mengembangkan hubungan dengan pemimpin lembaga kesehatan masyarakat di negara bagian dan juga mengembangkan kemitraan dengan penyedia layanan kesehatan masyarakat.

Pemimpin lembaga kesehatan masyarakat memiliki tanggung jawab penting terhadap staf lembaga. Mereka harus benar-benar memantau dan mengevaluasi kinerja serta kepuasan kerja staf. Jika evaluasi kinerja dilakukan dengan baik dan kontinu, staf dapat mempelajari tanggung jawab kerja sepenuhnya dan memahami tanggung jawab tersebut dengan lebih efektif. Selain itu, pemimpin kesehatan masyarakat harus antusias dalam melindungi kesehatan masyarakat dan dapat memotivasi kolega menjadi antusias juga. Pada tingkat lembaga, pemimpin kesehatan masyarakat memiliki tanggung jawab untuk:

1. Memahami bagaimana lembaga berfungsi
2. Mendelegasikan otoritas jika memungkinkan
3. Memantau kepuasan konsumen
4. Membuat perubahan struktural dalam lembaga untuk mengakomodasi masalah kesehatan masyarakat yang ada atau yang baru
5. Manggali masa depan alternatif untuk lembaga
6. Menerapkan model fungsi inti dalam aktivitas lembaga
7. Memberdayakan staf lembaga dan anggota masyarakat seperti beri mereka pelatihan dan memungkinkan mereka mencapai standar, hargai mereka atas prestasi mereka, percaya kepada mereka, dan lain-lain.

# I. PENERAPAN KEPEMIMPINAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

## 1. Kepemimpinan, Pemimpin dan Penilaian

Penilaian menjadi lembaga kesehatan masyarakat dan komunitas sebagai mitra. Idealnya, pemimpin lembaga kesehatan masyarakat dan komunitas harus bekerjasama dengan sejumlah kelompok masyarakat untuk menentukan kebutuhan kesehatan dan prioritas kesehatan masyarakat. Salah satu pelajaran yang penting adalah penentuan kebutuhan kesehatan masyarakat dan strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut harus memperhitungkan batas komunitas, sumber daya masyarakat dan budaya lokal, jika tidak, strategi intervensi berisiko ditolak oleh anggota masyarakat dan umumnya menjadi tidak efektif.

Tahap *pertama*, proses penilaian adalah merancang sistem informasi kesehatan masyarakat yang terintegrasi. Keberhasilan tahap ini membutuhkan kemitraan sejati, berdasarkan prinsip kepemimpinan kesehatan masyarakat, antara departemen kesehatan lokal dan negara bagian, lembaga terkait kesehatan nasional (termasuk *center fo disease control and prevention/ CDC*), kelompok masyarakat dan lembaga lain.

Tahap *kedua*, mengidentifikasi sumber daya komunitas dan mengevaluasi keefektifannya. Pemimpin kesehatan masyarakat harus memahami komunitas tempat mereka bekerja. Mereka harus melihat sumber daya kesehatan dalam komunitas tersebut, seperti fasilitas kesehatan, profesional kesehatan, ketersediaan obat dan vaksin, serta sistem transportasi medis darurat. Mereka juga harus memiliki sumber daya lainnya dalam komunitas, seperti program sanitasi, program pendidikan, rencana respons bencana, dan program kesehatan jiwa serta program konseling lainnya untuk menentukan ketersediaan dan keefektifan sumber daya tersebut.

Tahap *Ketiga*, menggunakan data yang terkumpul. Data



penelitian harus diubah menjadi informasi yang dapat digunakan oleh pemimpin kesehatan masyarakat untuk pengambilan keputusan yang efektif. Pemimpin kesehatan masyarakat seringkali gagal dalam menyampaikan informasi dengan jelas sehingga mereka kehilangan kredibilitas dimata pembuat kebijakan.

Penilaian bergantung pada pengumpulan data dan penggunaan teknik sistem informasi sehingga pemimpin kesehatan masyarakat perlu mengetahui bagaimana merancang aktivitas pengumpulan data, menggunakan teknologi informasi terbaru, menginterpretasikan data, menerjemahkan data menjadi informasi yang bermanfaat, dan membangun sistem data yang menggunakan pendekatan berbasis bukti. Informatika kesehatan masyarakat merupakan bidang baru yang dirancang untuk memberi pengetahuan yang penting kepada pemimpin untuk melaksanakan tugas tersebut.

Berikut ini merupakan enam prinsip yang berhubungan dengan penggunaan sistem informasi oleh pemimpin kesehatan masyarakat:

- a. Pemimpin kesehatan masyarakat perlu menggunakan data dari dua sistem data yang berbeda. Sistem data yang pertama melaporkan pemberian layanan langsung dan program pertemuan. Suatu pertemuan manajemen kasus atau kunjungan rumah misalnya. Sistem data yang kedua mengumpulkan data berbasis populasi.
- b. Pemimpin kesehatan masyarakat perlu mengingat bahwa manusia adalah makhluk yang kompleks dan terintegrasi, sedangkan program-program bersifat terpisah. Suatu program mungkin hanya terfokus pada satu bagian diri manusia. Pemimpin perlu mengadvokasi informasi yang mengintegrasikan jenis data yang berbeda sehingga mereka dapat lebih memahami masalah kesehatan anggota masyarakat.

- c. Pengguna kesehatan masyarakat harus menerima umpan balik dari pengumpul data. Pengguna kesehatan masyarakat perlu mengetahui mengapa data harus dikumpulkan dan diberi umpan balik.
- d. Sistem data harus fleksibel dan dirancang untuk memenuhi kebutuhan pemimpin kesehatan lokal ketika mereka memantau kesehatan anggota kesehatan masyarakat.
- e. Sistem informasi harus kompatibel sehingga pemimpin harus dapat mengakses sumber data yang berbeda hanya dengan menggunakan satu komputer (internet menjadi sumber data yang sangat bermanfaat bagi pemimpin kesehatan masyarakat karena semua data pada websites dapat diakses oleh siapa pun dengan perangkat lunak/software internet).
- f. Pemimpin kesehatan masyarakat perlu menjaga privasi. Masyarakat ingin mendapat jaminan bahwa privasinya tetap terjaga.

Pemimpin kesehatan masyarakat memerlukan informasi jika mereka ingin memengaruhi masyarakat yang mereka layani secara positif. Untuk memastikan bahwa pemimpin kesehatan masyarakat menerima informasi yang diperluka, mereka harus:

1. Mengikuti pelatihan informatika
2. Mempelajari tehnik pengumpulan indikator status kesehatan
3. Mempelajari bagaimana menginterpretasikan data dan mengubah data menjadi informasi yang bermanfaat.
4. Mempelajari bagaimana mengakses informasi melalui internet
5. Mengeksplorasi instrumen analisis yang berbeda untuk memahami data yang lebih baik
6. Menggunakan data yang kualitatif dan kuantitatif
7. Terlibat dalam pengembangan sistem informasi
8. Mengintegrasikan sistem data yang bertentangan

## **2. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Pengembangan Kebijakan**

### **a. Politik Dalam Kebijakan Kesehatan Masyarakat**

Pengembangan kebijakan merupakan proses yang kompleks ketika partisipan mempertimbangkan alternatif tindakan dan menentukan alternatif mana yang akan diterapkan. Pengembangan kebijakan merupakan proses tim, serta banyak individu dan organisasi yang dapat terlibat, yang meliputi lembaga kesehatan lokal dan negara bagian, pejabat terpilih, kelompok masyarakat, profesional kesehatan masyarakat, penyedia layanan kesehatan dan sektor swasta.

Pemimpin kesehatan masyarakat perlu menjadi advokat bagi lembaga mereka dan bagi pendekatan berbasis populasi dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Mereka juga perlu membedakan program kesehatan masyarakat dengan program sosial lainnya dan membuat justifikasi yang kuat bahwa program kesehatan masyarakat harus didukung tanpa menghiraukan program lain yang dipilih masyarakat.

Berikut ini beberapa pedoman yang berkaitan dengan politik dalam pengembangan kebijakan kesehatan masyarakat:

1. Perhatikan kesehatan secara nasional dan tren kebijakan sosial pada saat mengembangkan kebijakan lokal.
2. Buat justifikasi mengenai pentingnya memiliki kesehatan masyarakat pemerintah dalam komunitas.
3. Gunakan kelompok kepentingan khusus kesehatan masyarakat dalam pengembangan kebijakan masyarakat.
4. Kembangkan kebijakan kesehatan dan sosial yang terintegrasi dan mandiri untuk masyarakat.

### **b. Trend Kebijakan**

Pengembangan kebijakan, dalam arti sederhana, merupakan prasyarat universal dalam kehidupan masyarakat dan

pengembangan kebijakan dipengaruhi oleh konteks sejarah yang terjadi.

Pemimpin kesehatan masyarakat, selain berperan sebagai pelindung nilai masyarakat, harus membantu masyarakat dalam mendefinisikan kembali nilai mereka dan menciptakan nilai baru yang merefleksikan realitas saat ini. Struktur politik akan berubah seiring dengan banyaknya orang yang terlibat dalam aktivitas politik. Pemimpin kesehatan masyarakat akan lebih banyak bekerja dalam komunitas dan keterikatan dengan lembaga akan berkurang dibandingkan dengan masa lalu.

Untuk meningkatkan pemahaman mereka mengenai tren sosial dan ekonomi, pemimpin kesehatan masyarakat perlu mempelajari tehnik peramalan (*forecasting*). Pemimpin kesehatan masyarakat dilihat sebagai ahli dalam masalah kesehatan masyarakat dan dewan pengatur lembaga kesehatan masyarakat membutuhkan pemimpin kesehatan masyarakat sebagai pengarah masa depan yang ingin diraih dan bagaimana menyiapkan pengembangan masa depan.

Untuk membuat keputusan kebijakan yang baik, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

1. Mempelajari masa lalu komunitas
2. Memahami bagaimana lembaga kesehatan masyarakat lokal dan negara bagian memengaruhi hasil kesehatan sepanjang waktu
3. Mempelajari teknik peramalan
4. Menggali trend nasional dan membandingkannya dengan trend lokal dan negara bagian
5. Mengembangkan kebijakan yang memperhitungkan biaya

### **c. Advokasi dan Pemberdayaan**

Advokasi kesehatan masyarakat dilihat sebagai instrumen penting untuk perubahan sosial. Pemimpin kesehatan masyarakat bertanggung jawab dalam melindungi kesehatan anggota

masyarakat dan menyusun intervensi yang sesuai untuk anggota masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan atau risiko kesehatan.

Pemimpin kesehatan masyarakat mengurangi upaya advokasi bukan hanya karena mereka frustrasi oleh ketidakmampuan untuk memperoleh penerimaan dalam masyarakat yang mereka layani, namun juga karena advokasi menjadi rancu dengan *lobbying*. *Lobbying* merupakan aktivitas yang dilakukan untuk kepentingan khusus (biasanya oleh organisasi atau kelompok organisasi terkait). Advokasi dalam mendukung perubahan dalam kebijakan masyarakat mencakup riset, pengembangan pernyataan kebijakan, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi.

Pemimpin kesehatan masyarakat perlu menyeimbangkan upaya advokasi (yang di dalamnya terdapat ruang untuk keinginan) dengan upaya penegakan (yang seharusnya tidak memihak). Jika mereka berhasil membangun kepercayaan dan kredibilitas dalam masyarakat lokal, mereka dapat melibatkan masyarakat dalam regulasi kesehatan dan advokasi.

Dalam upaya memberdayakan anggota masyarakat untuk menjadi advokat-diri, pemimpin kesehatan masyarakat perlu memahami bahwa pemberdayaan tidak akan berfungsi jika pemberdayaan diberlakukan sebagai trend. Pemimpin kesehatan masyarakat, dikarenakan keterampilan dan posisi kepemimpinan mereka dalam organisasi kesehatan masyarakat cenderung memiliki prestise yang lebih sebagai advokat kesehatan mereka dan memiliki kontrol yang lebih dibandingkan anggota masyarakat. Tujuannya adalah untuk memberi tanda kepada seluruh anggota masyarakat bahwa mereka memiliki suara dalam kebijakan.

Profesional kesehatan masyarakat dan anggota kesehatan masyarakat dapat bekerjasama untuk memperbaiki kualitas

hidup, namun anggota masyarakat memerlukan informasi mengenai gaya hidup sehat dan keterampilan untuk mewujudkan gaya hidup sehat. Pemimpin kesehatan masyarakat harus memberi umpan balik kepada anggota masyarakat terkait dengan perkembangan mereka dalam mencapai tujuan. Sebagai contoh, mereka dapat membuat kartu laporan masyarakat atau beberapa mekanisme lain untuk umpan balik terhadap keberhasilan dan kegagalan anggota kesehatan masyarakat.

Berikut ini merupakan pedoman advokasi bagi pemimpin kesehatan masyarakat:

1. Bangun kepercayaan dan kredibilitas dengan konstituen masyarakat
2. Berdayakan orang lain untuk menjadi advokat
3. Lakukan riset mengenai masalah kesehatan dan buat pernyataan kebijakan dalam bentuk proposal legislatif
4. Bekerja dengan pejabat terpilih atau yang ditunjuk pada pelaksanaan legislasi yang sesuai

#### **d. Tantangan Kepemimpinan**

Tantangan untuk pemimpin kesehatan masyarakat adalah mengajak kelompok yang berbeda dalam masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Terdapat risiko nyata dalam upaya memengaruhi proses politik. Pemerintah kesehatan masyarakat komunitas dan lokal, negara bagian, serta federal mungkin memiliki agenda yang bertentangan. Kelompok kepentingan khusus seringkali berupaya mengganggu agenda kesehatan masyarakat melalui kontribusi dalam partai politik dan *lobbying* untuk mencegah disahkannya undang-undang.

Pada kasus ketika pemimpin kesehatan masyarakat terlibat dalam pengesahan undang-undang, mereka perlu memantau dampak dari undang-undang tersebut. Pemimpin kesehatan masyarakat pada tingkat lokal, negara bagian dan

federal mengambil peran kepemimpinan dalam mempromosikan metode survei AIDS yang baik, menyusun kebijakan untuk mengurangi kecemasan penderita AIDS, meningkatkan perhatian terhadap biaya dan aksesibilitas terhadap pengobatan baru, dan mempromosikan peningkatan jumlah program untuk mencegah penyebaran penyakit. Pemimpin kesehatan masyarakat berada pada posisi yang kuat dalam membantu mengatasi krisis bahkan ketika hal tersebut belum populer untuk dilakukan. Hasilnya adalah kualitas hidup sebagian besar orang yang terinfeksi AIDS secara substansial membaik.

Kesuksesan terkadang menciptakan musuh politik. Pemimpin kesehatan masyarakat harus mengambil risiko dari masalah kesehatan penting yang mereka anggap perlu ditangani. Konsekuensinya bagi mereka dapat berupa pembalasan politik, pemotongan anggaran, dan kehilangan posisi kepemimpinan. Pemimpin kesehatan masyarakat juga dapat berkonflik dengan pemimpin masyarakat. Untuk mengurangi risiko konflik, mereka perlu bekerjasama dengan pemimpin masyarakat, *lobbyist*, dan kelompok kepentingan khusus pada agenda bersama. Pada saat yang sama mereka perlu menyadari bahwa pembuatan kontrak memiliki risiko tersendiri karena kolaborasi dengan *lobbyist* dan kelompok kepentingan khusus mungkin mengompromikan aktivitas pengawasan masyarakat.

Dalam area pengembangan politik, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

1. Bekerjasama dengan organisasi layanan terkendali (*managed care organization*)
2. Bekerjasama dengan legislator negara bagian dan *congress* Amerika Serikat
3. Menyusun agenda kebijakan bersama dengan pemimpin masyarakat
4. Menerapkan kebijakan meskipun kebijakan tersebut ditentang oleh kelompok kepentingan khusus

5. Memahami hubungan antara politik dan kebijakan
6. Mendukung kerjasama antara organisasi kesehatan lokal, negara bagian dan federal

## **J. KEPEMIMPINAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN KOMUNIKASI**

### **1. Komunikasi**

Untuk menjadi komunikator yang efektif, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Mengembangkan keterampilan komunikasi mereka sepenuhnya sebagai bagian dari agenda pembelajaran seumur hidup mereka
- b. Menghargai agenda berbeda yang diajukan oleh anggota atau mitra koalisi
- c. Menggunakan fungsi inti kesehatan masyarakat untuk mengarahkan komunikasi dengan orang lain
- d. Menggunakan keterampilan komunikasi mereka untuk mengarahkan transfer pengetahuan
- e. Mengawasi hambatan komunikasi

Memimpin adalah proses interaksi yang melibatkan pemimpin dan pengikutnya, dan tentu saja komunikasi yang baik diantara semua partisipan dan proses tersebut mutlak penting. Pemimpin harus menghindari sikap terlalu patuh atau agresif dalam berkomunikasi.

Banyak pemimpin kesehatan masyarakat percaya bahwa mereka memiliki keterampilan interpersonal yang terasah dengan baik, namun faktanya, observasi menunjukkan bahwa pemimpin tersebut seringkali memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan staf dan mitra komunitasnya.

Pemimpin harus berhati-hati untuk tidak membiarkan rasa marah memengaruhi penilaian mereka. Keahlianlah yang harus



mengalahkan pembicaraan pemimpin, bukan gelar organisasi mereka. Selain itu, pemimpin harus selalu menghargai orang yang mereka ajak berbicara. Setiap pembicaraan harus didasarkan pada rasa saling percaya.

Pemimpin juga harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami audiensnya, seperti mengabaikan istilah khusus dalam kesehatan masyarakat. Mereka harus berbicara dari hati dan menggunakan prospektif yang positif. Untuk memastikan bahwa komunikasi interpersonal berjalan dengan efektif, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Berbicara dengan orang yang lain dengan cara dan topik yang bermakna.
- b. Bersikap asertif, bukan agresif.
- c. Mengontrol perasaan tidak suka.
- d. Menggunakan keahlian, bukan gelar mereka, sebagai dasar untuk memperhatikan apa yang mereka katakan.
- e. Terbuka untuk mempertimbangkan gagasan baru.
- f. Menghargai agenda orang lain dan mengetahui kapan harus mengabaikan agenda pribadi mereka sendiri.
- g. Menggunakan bahasa yang dapat dipahami, berbicara dari hati dan menggunakan perspektif yang positif.

## **2. Mendengar Aktif**

Pemimpin kesehatan masyarakat tidak hanya harus menjadi pembicara yang pandai tetapi juga harus menjadi pendengar yang aktif. Mendengar aktif membutuhkan konsentrasi. Tujuannya adalah untuk memahami apa yang orang lain katakan dan apa maksudnya. Empat keterampilan penting yang dibutuhkan untuk mendengar aktif adalah:

- a. Intensitas keterlibatan dalam interaksi
- b. Empati terhadap pesan dan maksud orang lain
- c. Penerimaan pesan orang lain tanpa menghakimi sampai orang tersebut selesai berbicara

- d. Keinginan untuk mendapatkan semua informasi yang dibutuhkan untuk mendapat kesimpulan

### 3. Public Speaking

Pemimpin kesehatan masyarakat harus memiliki visi yang jelas mengenai masa depan, namun usaha yang mereka lakukan untuk mengembangkan visi semuanya akan sia-sia kecuali jika mereka dapat memperkenalkan visinya dan memotivasi orang lain untuk menyampaikannya.

Pemimpin kesehatan masyarakat yang harus melakukan banyak *public speaking* sebaiknya membiasakan diri mereka untuk banyak melakukan interaksi berbicara dengan masyarakat luas.

Dalam menyiapkan bahan pembicaraan dan menyajikannya kepada audiens, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Memahami secara mendalam mengenai topik pembicaraan
- b. Mempelajari karakter audiens
- c. Membuat pembicaraan menjadi informatif, persuasif, dan menyenangkan
- d. Mengintegrasikan opini dan fakta
- e. Bersikap jujur dan menyampaikan fakta
- f. Menyesuaikan pesan verbal dan pesan yang disampaikan melalui bahasa tubuh
- g. Menggabungkan teori dan praktik

### 4. Wawancara

Keterampilan wawancara digunakan oleh pemimpin kesehatan masyarakat ketika mewawancarai pelamar kerja, staf lembaga untuk keanggotaan tim kerja yang dikepalai sendiri, dan perwakilan organisasi masyarakat terdapat pengembangan kemitraan.

Terdapat perbedaan antara rekrutmen langsung dan tidak langsung. Rekrutmen langsung terikat pada posisi lowongan yang tersedia saat itu. Rekrutmen tidak langsung ditujukan untuk pengembangan kelompok pelamar kerja yang potensial melalui magang, program promosi kesehatan masyarakat, penyuluhan masyarakat, dll.

## 5. Komunikasi Tertulis

Pemimpin harus menguasai semua tipe komunikasi. Komunikasi tertulis dapat memiliki pengaruh yang besar terhadap pembaca.

Pemimpin kesehatan masyarakat yang terlibat dalam membuat informasi promosi kesehatan tertulis atau jenis tulisan lainnya harus memperhatikan petunjuk berikut ini:

- a. Menggunakan bahasa yang santun dan mengontrol diri terhadap pemakaian kosakata yang dipahami pembaca.
- b. Menguasai beragam metode penulisan dan menggunakan metode yang tepat untuk tiap bagian tulisan.
- c. Membuat kerangka karangan sebagai bagian tulisan sebelum menuliskannya
- d. Memeriksa ejaan dan memperbaiki kesalahan penulisan.
- e. Mencegah masuknya informasi yang tidak berhubungan ke dalam tulisan tersebut.
- f. Menulis dengan cara yang sama ketika Anda berbicara, namun pilihlah kata dengan lebih cermat.

## 6. Umpan Balik

Dalam memberikan umpan balik, termasuk umpan balik terhadap kinerja seseorang, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Menekankan hal positif namun menunjukkan pendekatan kinerja mana yang dapat ditinggalkan.

- b. Berkonsentrasi pada perilaku yang khusus dibandingkan perilaku yang umum.
- c. Bersikap objektif dan berorientasi pada tujuan (mengarahkan pada perbaikan kinerja pekerjaan)
- d. Memberikan umpan balik menurut cara yang sesuai
- e. Membuat siklus umpan balik yang berkelanjutan

## **K. KEPEMIMPINAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PROSES PERENCANAAN.**

### **1. Perencanaan Kesehatan Masyarakat**

Perencanaan merupakan bentuk pengambilan keputusan yang rasional.

- a. Tahap pertama dalam proses perencanaan adalah menentukan sasaran dan tujuan.
- b. Tahap kedua adalah menentukan keterbatasan proses perencanaan serta kemungkinan perubahan keadaan yang dapat memengaruhi betapa mudahnya sasaran dan tujuan dicapai.
- c. Tahap ketiga adalah memutuskan tindakan, kebijakan, serta program apa yang akan diimplementasikan. Strategi yang tepat pada tahap ini adalah mengembangkan serangkaian susunan hasil sehingga mereka yang terlibat dalam perencanaan memiliki beberapa pilihan untuk memilihnya.

Perhatikan bahwa walaupun perencanaan itu adalah hal yang baik (yaitu implementasinya akan tertuju pada pencapaian sasaran dan tujuan yang diinginkan) pemimpin harus tetap selalu waspada terhadap faktor-faktor yang dapat melemahkan proses implementasi dan terkadang harus memodifikasi aktivitas mereka sebagai akibat kejadian yang tidak diperkirakan.

Perencanaan kesehatan masyarakat merupakan aspek penting dalam promosi layanan kesehatan masyarakat. Aktivitas

perencanaan harus menggunakan data episemiologi dan berbasis komunitas yang artinya bahwa mereka mengintegrasikan kepentingan public dan swasta untuk kepentingan penduduk. Pemimpin kesehatan masyarakat harus melibatkan mitra masyarakat dalam proses perencanaan, dan perencanaan yang dikembangkan harus mencakup semua segmen komunitas.

Pengumpulan data dan penilaian memberi informasi kepada pemimpin kesehatan masyarakat mengenai kebutuhan masyarakat yang harus segera dipenuhi, sehingga mereka dapat mengarahkan aktivitas perencanaannya pada pengembangan kebijakan dan program dalam merespons kebutuhan tersebut. Ketika program dan kebijakan telah dibuat, keefektifannya harus dievaluasi, dan jika program dan kebijakan diketahui kurang efektif dibandingkan yang diharapkan, pemimpin kemudian dapat menetapkan perencanaan lebih lanjut untuk memperbaikinya.

Pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Menggunakan fungsi inti, praktik organisasi, dan layanan esensial masyarakat sebagai dasar perencanaan kesehatan masyarakat.
- b. Mempelajari bagaimana menggunakan beragam metodologi perencanaan dan memilih model yang sesuai dengan perencanaan tertentu.
- c. Menentukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai sasaran dan tujuan kesehatan masyarakat yang diinginkan.
- d. Menggunakan prinsip dan pembentukan skenario untuk menemukan strategi layanan kesehatan masyarakat yang inovatif.
- e. Terlibat dalam aktivitas perencanaan formal.
- f. Menjalin kemitraan masyarakat untuk melaksanakan aktivitas perencanaan

## 2. Perencanaan Strategis

Hubungan antara strategi dan taktik sama seperti hubungan antara sasaran dan tujuan. Baik sasaran maupun tujuan adalah keadaan akhir atau keadaan yang diinginkan dari permasalahan. Salah satu perbedaannya adalah sasaran cenderung memiliki ruang lingkup yang luas sedangkan tujuan relatif lebih sempit. Perbedaan lainnya adalah tujuan merupakan keadaan akhir yang sebagian besar diperjuangkan karena tujuan mengarahkan kita pada pencapaian sasaran.

Strategi merupakan rencana atau metode yang secara relatif ruang lingkungannya besar, sering bersifat jangka panjang, dan seringkali melibatkan pemanfaatan sumber daya yang signifikan. Perencanaan strategis merupakan perencanaan yang ditujukan pada pencapaian sasaran (keadaan akhir yang signifikan atau bahkan sangat penting). Pada dasarnya, perencanaan strategis merupakan pekerjaan yang sangat penting dan sebagian besar dibebankan pada pemimpin.

Berkaitan dengan perencanaan strategis, pemimpin kesehatan masyarakat harus:

- a. Mempelajari manfaat perencanaan strategis
- b. Melakukan analisis *stakeholder*
- c. Mengembangkan proses perencanaan strategis yang melibatkan stakeholder dalam masyarakat
- d. Tetap optimistik dalam proses perencanaan strategis sebagai satu cara untuk memotivasi partisipasi lain
- e. Melakukan persiapan yang dibutuhkan untuk mempersiapkan setiap tahap yang berturut-turut pada proses perencanaan strategis.
- f. Melakukan penilaian terhadap kapasitas organisasi

# ETIKA KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh: Indar

## A. PENGERTIAN DASAR

### 1. Etika

**E**tika yang dalam bahasa Inggris *Ethics* adalah istilah yang muncul dari Aristoteles, berasal dari kata Yunani *ethos* yang berarti adat, budi pekerti. Dalam filsafat, pengertian etika adalah telaah dan penilaian kelakuan manusia ditinjau dari kesusilaannya. Kesusilaan yang baik merupakan ukuran kesusilaan yang disusun bagi diri seseorang atau merupakan kumpulan keharusan, kumpulan kewajiban yang dibutuhkan oleh masyarakat atau golongan masyarakat tertentu dari anggota-anggotanya. Kesusilaan biasanya didasarkan pada hal tertentu, misalnya pada agama atau kesejahteraan atau kemakmuran negara (Gunawan, 1992).

Etika sebagai ilmu menurut Socrates meliputi asas dan prinsip yang mengandung validitas yang sifatnya universal. Ini

berarti bahwa apa yang baik menurut seseorang adalah baik untuk semua orang dan apa yang merupakan kewajiban bagi seseorang juga merupakan kewajiban bagi semua orang.

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 diperlukan yaitu (Soejitno, 2.000):

- a. 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.
- b. Dalam masa transformasi masyarakat yang tanpa tanding di bawah gelombang modernisasi. Dalam transformasi masyarakat yang tanpa tanding. Dalam situasi seperti ini, etika dapat membantu agar kita 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.
- c. Proses perubahan sosial budaya dan moral yang 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, agar, kita tidak mudah terpancing. Etika juga membantu agar kita tidak naif dan ekstrem: agar kita tidak terlalu cepat memeluk segala pandangan yang baru, tetapi juga tidak menolak nilai-nilai hanya karena baru dan belum terbiasa.
- d. Etika juga diperlukan oleh kaum agama, yang satu pihak menemukan dasar kemantapan mereka dalam iman



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

Menurut penulis, etika juga diperlukan dalam pelayanan asuhan keperawatan sebagai suatu bentuk pelayanan profesi sebagaimana profesi lainnya tentunya berlandaskan pada prinsip-prinsip etis di dalam menjalankan tugas profesionalnya khususnya ketika melakukan interaksinya dengan klien atau pasiennya. Di samping itu paradigma pelayanan kesehatan, di samping berbasis pengobatan (*curing*) juga berbasis pemeliharaan kesehatan (*caring*). Demikian pula transisi epidemiologis di mana pemeliharaan kesehatan untuk penyakit degeneratif membutuhkan waktu "*touch*" perawat dengan pasien yang memerlukan waktu lebih lama.

Keberadaan etika dalam strata kehidupan sosial tidak terlepas dari sistem kemasyarakatan manusia yang terdiri atas aspek jasmaniah dan aspek rohaniah. Aspek yang terakhir terdiri atas kodrat alamiah, kodrat budaya, serta dunia nilai. Kodrat alamiah manusia terdiri atas cipta (pikiran, rasio), karsa (kehendak, kemauan), rasa (perasaan, emosi). Cipta melalui logika menciptakan ilmu pengetahuan. Sedang karsa melalui etika menciptakan religi, akhlak, sopan santun, dan hukum. Sementara rasa menciptakan kesenian melalui estetika. Hal-hal yang diciptakan itu merupakan kodrat budaya, sedang dunia nilai yang masing-masing dihasilkannya adalah kebenaran, keserasian, dan keindahan. Sistematika prosesnya secara visual adalah sebagai berikut:

Kodrat Alamiah	Kodrat Budaya	Dunia Nilai
Cipta	Logika-Ilmu	Kebenaran
Karsa	Etika-religi, akhlak, sopan santun, hukum	Keserasian
Rasa	Estetika- Kesenian	Keindahan

Sumber: Soekanto, 1987

Menurut Webster's New Collegiate Dictionary, etika didefinisikan sebagai " 1. ....*the discipline dealing with what is good and bad and with moral duty and obligation*; 2a. *a set of moral principles and value*; 2b. *a theory or system of moral values*; 2c. *the principles of conduct governing an individual or a group*".

Dalam Kamus besar Bahasa Indonesia (Dep. P dan K RI, 1998) disebutkan etika mengandung tiga pengertian yaitu (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 masyarakat.

Telah banyak ahli filsafat yang menyusun definisi tentang pengertian etika. Fred Ameln (1991) mengutip beberapa definisi etika. Etika ialah teori tentang perbuatan manusia, yaitu ditimbang menurut baik dan buruknya (M.Y. Langeveld). Definisi yang sama dikemukakan pula W. Banning bahwa etika ialah teori tentang kelakuan/perbuatan manusia, yaitu ditimbang menurut baik dan buruknya. Walaupun memakai definisi yang sama, namun Langeveld dan Banning mengklasifikasi etika secara berbeda.

K. Bertens (Wiradharma, 1999) cenderung membedakan etika dalam tiga arti. *Pertama*, dalam arti nilai-nilai atau norma-norma moral yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya. Misalnya etika agama Budha, etika Protestan. Arti etika di sini sebagai "sistem nilai" yang dapat berfungsi dalam kehidupan seseorang atau masyarakat. *Kedua*, etika dapat berarti kumpulan asas atau nilai moral. Dalam artian ini etika dimaksudkan sebagai "kode etik". *Ketiga*, etika berarti ilmu tentang yang baik atau yang buruk. Dalam hal ini etika baru menjadi ilmu bila kemungkinan-kemungkinan etis (asas-asas atau nilai-nilai tentang yang dianggap baik dan buruk) yang begitu saja diterima dalam masyarakat seringkali tanpa disadari menjadi bahan refleksi

bagi suatu penelitian sistematis dan metodis.

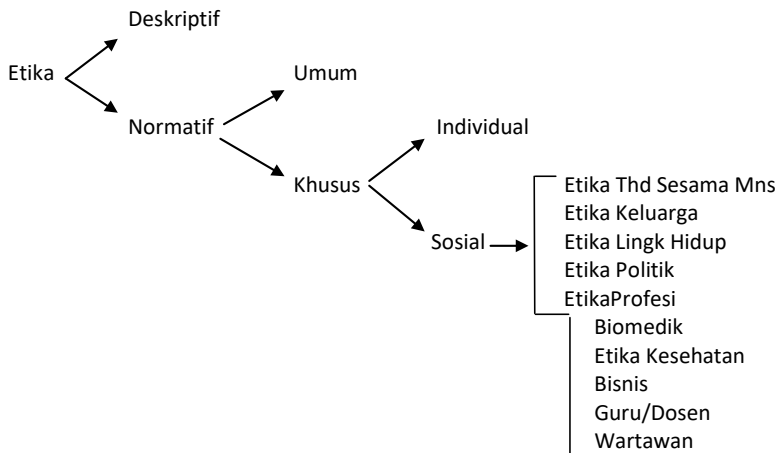
Etika secara umum dapat dibagi menjadi etika umum dan etika khusus. Etika umum berbicara mengenai kondisi-kondisi dasar bagaimana manusia bertindak secara etis, teori-teori etika dan prinsip-prinsip moral dasar yang menjadi pegangan bagi manusia dalam bertindak serta tolok ukur dalam menilai baik atau buruknya suatu tindakan tecermin 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.

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 teoretis 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. Sistematika etika dapat 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.

Etika deskriptif membahas mengenai fakta apa adanya yaitu mengenai nilai dan pola perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas konkret 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 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 mengimbuai manusia untuk bertindak yang baik dan menghindari yang jelek.

Etika Normatif, biasanya dikelompokkan menjadi Etika umum; yang membahas berbagai hal yang berhubungan dengan kondisi manusia untuk bertindak etis dalam mengambil kebijakan berdasarkan teori-teori dan prinsip-prinsip moral dan Etika khusus yang terdiri dari Etika sosial, Etika individu dan Etika Terapan. Etika sosial menekankan tanggungjawab sosial dan hubungan antar sesama manusia dalam aktivitasnya. Etika individu lebih menekankan pada kewajiban-kewajiban manusia sebagai pribadi. Etika terapan adalah etika yang diterapkan pada profesi.

Pandangan De Graaf (1972) tentang etika sebagai kesadaran yang sistematis terhadap perilaku yang dapat dipertanggungjawabkan. 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.

Berdasarkan sistematika etika di atas terlihat bahwa etika keperawatan termasuk etika kesehatan yang merupakan bagian dari etika profesi, sedangkan etika profesi termasuk dalam rumpun etika sosial.

Titik sentral etika adalah penilaian terhadap hal-hal yang disetujui dan yang tidak disetujui. Daya cakup terhadap titik sentral itu antara lain:

1. Apa yang benar dan apa yang salah
2. Apa yang merupakan kebaikan dan apa yang merupakan keburukan
3. Apa yang merupakan kebajikan dan apa yang merupakan kejahatan

#### 4. Apa yang dikehendaki dan apa yang ditolak

Dalam keadaan normal, apa yang benar merupakan kebaikan, kebajikan dan dikehendaki, sedang apa yang salah merupakan keburukan, kejahatan, dan ditolak. Dengan demikian, dapatlah dikatakan bahwa etika paling sedikit mengarah pada analisis psikologis atau sosiologis untuk menjelaskan perihal tolok ukur penilaian yang dipergunakan. Sekaligus merekomendir sikap tindak atau perilaku.

Sikap tanduk dan perilaku tenaga keperawatan juga berkaitan dengan sikap etis yang mengandung arti (1) ajaran tentang baik buruk yang diterima umum mengenai perbuatan, sikap, kewajiban, akhlak, budi pekerti, susila (2) kondisi mental yang membuat orang tetap berani, bersemangat, bergairah, berdisiplin dan sebagainya, isi hati atau keadaan perasaan sebagaimana terungkap dalam perbuatan (3) ajaran kesusilaan yang dapat ditarik dari suatu cerita.

## 2. Etiket

Etiket berasal dari bahasa Inggris *Etiquette*. Etiket adalah tata cara dalam masyarakat beradab dalam memelihara hubungan antara sesama manusia. Persamaannya dengan etika yakni sama-sama menyangkut perilaku manusia serta memberi norma bagi perilaku manusia dengan menyatakan apa yang harus dilakukan atau tidak boleh dilakukan. Etiket menyangkut suatu perbuatan yang dilakukan yang hanya berlaku dalam pergaulan dan tidak berlaku bilamana tidak ada orang lain. Dibandingkan dengan etika yang keberlakuannya tidak terbatas pada perbuatan tapi juga menilai perbuatan itu sendiri. Etika tidak bergantung pada hadir tidaknya seseorang, dengan kata lain berlaku mutlak. Etiket bersifat relatif bisa tidak sopan dalam suatu kebudayaan namun sopan dalam kebudayaan lain. Etiket memandang manusia dari segi lahir sedangkan etika memandang manusia dari segi batin.

### 3. 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, **philosophy** 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 Eilat 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 sebagai 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 duties*

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-hamburkan 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.

## **B. ETIKA KESEHATAN**

Dalam kaitan dengan profesi kesehatan, suatu tindakan etis sifatnya, jika ditunjang dengan integritas moral yang tinggi. Artinya, untuk dapat berkembang secara optimal diperlukan nilai-nilai bagi profesi kesehatan di dalam menjalankan tugas profesionalnya dengan baik dan didukung oleh peraturan hukum yang mengatur pekerjaan profesi kesehatan tersebut. Sebab tanpa dukungan moral yang tinggi serta peraturan hukum, maka masyarakat mungkin kurang tertarik bahkan tidak akan memanfaatkan pelayanan profesi kesehatan. Atas dasar norma dan nilai moral yang terkandung dalam etika yang mendasari profesi kesehatan untuk bertindak secara etis dan mengambil keputusan berdasarkan pertimbangan etis dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Etika kesehatan (*Gezondheidsethiek*) menurut Leenen suatu pengkhususan dari etika umum, suatu penerapan dari nilai etika terhadap bidang pemeliharaan/pelayanan kesehatan. Sedang menurut Soerjono Soekanto (1987), etika kesehatan jelas mencakup penilaian terhadap gejala kesehatan yang disetujui, dan juga mencakup suatu rekomendasi bagaimana bersikap tindak secara pantas dalam bidang kesehatan.

Menurut Thirouz, 1977 (Soekanto: 1987) etika kesehatan meliputi: “...*treatment of dying patients, allowing someone to*

*die mercy death, and mercy killing; behavior control; human experimentation and informed consent; genetics, fertilization, and birth; health care delivery and its cost; population and birth control, abortion, sterilization; allotment of scarce medical resources, organ transplantation, and hemodialysis; and truth telling and confidentiality in medicine. In short ....(it) really concerned with the establishment between the sick and the dying on the one hand, and the healthy and the medical professionals on the other”.*

Dengan demikian, etika kesehatan mencakup penanganan pasien yang mungkin tidak tertolong lagi, membiarkan seseorang meninggal dunia dengan tenang dan nyaman (*euthanasia*), percobaan dengan menggunakan manusia dan persetujuan tindakan kedokteran, rekayasa genetika, pembuahan dan kelahiran, pelayanan medis dan biayanya, kependudukan dan pengendalian kelahiran, pengguguran kandungan, sterilisasi, transplantasi organ, hemodialisa dan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang terbatas, rahasia medis, serta ketulusan pemberian informasi kepada pasien. Dengan kata lain, etika kesehatan berbicara tentang hubungan antarmanusia yang etis antara pasien dan orang mati di satu pihak, dan hubungan antara tenaga kesehatan profesional dengan lingkungan sosialnya.

### **C. 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 pengertian dasar perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara 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 teoretis 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 nilai yang dianut oleh masyarakat yang bersangkutan. Nilai merupakan 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 sehingga nilai yang dianut oleh seorang dapat berbeda dengan nilai yang dianut orang lain.

Perawat dalam memberikan pelayanan senantiasa berlandaskan pada etika keperawatan. Landasan etik dimaksudkan pedoman tentang baik buruknya suatu tindakan yang ber-

hubungan 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 keterampilan semata ke pelayanan yang berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
2. Transisi fokus keperawatan dari peran kuratif ke peran preventif dan promotif, yaitu terjadi pergeseran fokus asuhan keperawatan dari peran kuratif yang didominasi oleh dokter menjadi promotif dan preventif yang mandiri tanpa mengabaikan peran kuratif dan rehabilitatif.
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 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/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 bertanggungjawab 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 memelihara 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 Volksgezondheid*) 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-hari secara 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 pada standar keperawatan, dilandasi oleh etik keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan.

Asuhan keperawatan ditujukan untuk memandirikan dan atau menyejahterakan klien yang diberikan sesuai dengan karakteristik ruang lingkup keperawatan, dikelola secara profesional dalam konteks 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.

Praktik keperawatan pada dasarnya dilakukan melalui pendekatan praktik dan pendekatan prinsip keperawatan.

## **1. Pendekatan Praktik Keperawatan**

Dalam falsafah etika, atau nilai-nilai moral, pada umumnya terdapat dua aliran utama yaitu aliran deontologis (*non-consequentialist*) dan aliran teleologis (*consequentialist*).

### **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 apa pun

konsekuensinya. Jika Tuhan melarang orang membunuh sesama manusia maka apa pun 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 seseorang wajib berbuat 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 teoretis aliran deontologis 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 teleologis bermula dari United Kingdom yang oleh Jeremy Bentham (1748-1832) dimaksudkan sebagai dasar etis pembaruan hukum Inggris, terutama hukum pidana. Pada aliran Teleologis 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 apa pun 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 yang belum berpengalaman sekalipun tetap dibenarkan untuk melakukan tindakan pembedahan sesuai dengan pengetahuannya yang dimilikinya. Hal ini dilakukan demi keselamatan pasien.

Dalam aliran konsekuensialis ini sendiri terdapat dua sub-aliran yang berbeda yakni egoisme dan utilitarianisme. 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. Egoisme psikologis 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 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 individual, 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 intuisiisme 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 intuisiisme 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 penderitaan 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.

## **2. Prinsip-Prinsip Etika Keperawatan**

Pada hakikatnya keperawatan sebagai profesi senantiasa mengabdikan 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 utama dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Gartianh, 2004). Asuhan 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 kebutuhan klien
- b. Diarahkan pada pencapaian tujuan
- c. Bertanggungjawab dalam penyelesaian masalah 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 klien.

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

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

Prinsip ini menyatakan perlunya memberikan bantuan atau sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain seperti melindungi dan mempertahankan hak klien.

**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 klien.

**c. Menjaga kerahasiaan (*confidentiality, fidelity*).**

Prinsip ini menegaskan perlunya komitmen terhadap pelayanan yang diberikan untuk klien mendapat kepercayaan dari klien. Sebab, tanpa jaminan penyimpanan rahasia, klien kemungkinan tidak akan menyampaikan semua informasi yang diperlukan dan akan memengaruhi proses perawatan dan penyembuhan penyakit tersebut.

**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 setiap pribadi manusia mempunyai “otonomi moral”. Artinya, ia mempunyai hak dan kewajiban untuk menentukan sendiri tindakan-tindakannya dan mempertanggungjawabkannya di hadapan Tuhan. Dengan demikian, otonomi memberikan kebebasan yang bertanggung jawab. Hanya karena seseorang memiliki kebebasan maka ia dibebani dengan kewajiban. Jadi, moralitas 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 memengaruhi 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. Dengan demikian otonomi memiliki 2 dua bentuk esensial yaitu bertindak bebas (*acting freely*) dan bekerja secara rasional (*deliberating rationally*). Untuk bertindak bebas tenaga kesehatan lepas

dari pengaruh tenaga kesehatan lainnya termasuk paksaan, kekerasan, dan muslihat (Mitchell dan Lovat, 1993)

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.

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

Prinsip ini sangat penting dalam hal penerapan permintaan persetujuan untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan (*informed consent*). Berkata benar (*truth telling*) dimaksudkan bahwa tenaga kesehatan termasuk perawat maupun pasien harus menyampaikan informasi yang benar. Tanpa informasi yang benar, maka proses pelayanan tidak akan berjalan dengan baik. Akan tetapi walaupun secara umum klien mempunyai hak atas kebenaran, terutama

tentang keadaan kesehatan mereka, namun perawat tidak selalu harus menyampaikan semua kebenaran kepada pasien. Dalam keadaan tertentu, perawat hanya akan menyampaikan kepada orang yang dapat mewakili keluarganya, yang cukup dewasa dan siap menerima kebenaran.

**f. Berlaku adil (*justice*).**

Prinsip berlaku adil (*justice*) dimaksudkan dalam pemberian pelayanan, perawat bertindak tidak diskriminatif dalam arti segala tindakan mereka tidak didasarkan pada pertimbangan kemampuan finansial maupun pertimbangan suku, agama, ras, dan antargolongan. 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 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 melanggar prinsip keadilan. Prinsip material menunjuk pada 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 perawat dalam menjalankan tugasnya tidak sampai menyinggung masalah pribadi pasien, demikian pula klien menerima semua bentuk pelayanan tanpa melakukan suatu perbuatan yang sensitif dan menyentuh persoalan pribadi dari perawat yang bersangkutan.

#### **D. ETIKA PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT**

*Quad Council (1999) stated, Ethics asserts the public health nurse's responsibility to identify that present ethical dilemmas or jeopardize human rights and or freedom and to seek council as needed in dealing with these issues. Public Health nurses are to "promote, protect, and preserve autonomy, confidentiality, dignity, and human rights".*

Etika menegaskan tanggung jawab perawat kesehatan masyarakat untuk mengidentifikasi bahwa dilema etika hadir atau membahayakan hak asasi manusia dan atau kebebasan dan mencari badan yang diperlukan dalam menangani masalah ini. Perawat kesehatan masyarakat untuk "mempromosikan, melindungi, dan melestarikan otonomi, kerahasiaan, martabat, dan hak asasi manusia" (Dewan Quad. 1999. p.19).

*Ethical decision making in Public Health Nursing. An ethical dilemma exists when there are good reasons for one or more mutually exclusive alternatives. each alternatives has both*

*desirable and undesirable aspects. Ethical dilemmas usually take one of two forms 1 there is evidence that the act in question is morally right and there is also evidence that the act on either side is morally wrong but the strength of evidence on either side is inconclusive. 2. the person believes that he or she is morally obligated to perform two or more mutually exclusive actions, thus he or she can not do both in the same circumstances.*

Pengambilan keputusan etis dalam Perawat Kesehatan Masyarakat. Dilema etika ada ketika ada alasan yang baik untuk satu atau lebih tindakan alternatif eksklusif. Masing-masing alternatif memiliki aspek yang diinginkan dan tidak diinginkan. Dilema etika biasanya mengambil salah satu dari dua bentuk

1. Ada bukti bahwa tindakan tersebut secara moral benar dan ada juga bukti bahwa tindakan di kedua sisi secara moral salah tetapi kekuatan bukti di kedua sisi tidak meyakinkan.
2. Orang percaya bahwa dia secara moral berkewajiban untuk melakukan dua atau lebih saling tindakan eksklusif, sehingga ia tidak bisa melakukan keduanya dalam situasi yang sama.

Dalam praktiknya perawat kesehatan masyarakat memiliki beberapa prinsip dasar yaitu:

- a. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat.
- b. Terdapat 4 (empat) tingkat sasaran pelayanan kesehatan masyarakat yaitu individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat.
- c. Perawat bekerja atas peran serta masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
- d. Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- e. Dasar pelayanan kesehatan dengan pendekatan pemecahan masalah.

- f. Kegiatan utama mencakup masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
- g. Bertujuan untuk meningkatkan fungsi kehidupan utamanya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- h. Penekanannya pada pembinaan perilaku sehat.
- i. Bekerja secara *team* bukan individu.
- j. Peningkatan kesehatan
- k. Home visit untuk membantu mengatasi masalah klien
- l. Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan utama
- m. Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada.
- n. Pelaksanaan asuhan keperawatan masyarakat dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.

Pelayanan perawat kesehatan masyarakat didasarkan pada prinsip etik yaitu:

- 1. Prinsip Kebaikan yakni mempertimbangkan bahaya dan keuntungan.
- 2. Prinsip Autonomi di mana individu bebas menentukan tindakan atau keputusannya.
- 3. Prinsip kejujuran/*Veracity* -merupakan dasar terbinanya suatu kepercayaan.



# HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh: Indar

### A. HUKUM DAN KAIDAH SOSIAL

**P**ada 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 kepentingan-kepentingannya terlindung dari bahaya yang mengancamnya. Untuk itu ia memerlukan bantuan manusia lain. Dengan kerja sama 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 yakni *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.

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 keputusan-keputusan itu berjangka panjang dan yang harus dianggap berlaku terhadap peristiwa-peristiwa yang serupa dalam masa yang akan datang.
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 membebani sanksi atau menjatuhkan hukuman. Perbedaan antara kaidah hukum dengan kaidah lainnya dapat dilihat pada gambar berikut:

	Kaidah Kepercayaan	Kaidah Kesusilaan	Kaidah Kesopanan	Kaidah Hukum
Tujuan	Penyemp. Mns jng sp jht	Penyemp. Mns jng smp jahat	Pembuatnya: Ketertib. masy smp ada korban	Pembuatnya: Ketertib. masy smp ada korban
Isii	Ditujukan kpd sikap batin	Ditujukan kpd sikap batin	Ditujukan kpd sikap lahir	Ditujukan kpd sikap lahir
Asal usul	Dari Tuhan	Diri sendiri	Dr luar diri mns	Dr luar diri mns
Sanksi	Dari Tuhan	Diri sendiri	Masy tdk resmi	Dr masy tdk resmi
Daya Kerja	Membebani kewajiban	Membebani kewajiban	Membebani kewajiban	Membebani hak & kewajiban

Sumber: Sudikno Mertokusumo, 1991

## 1. Tujuan dan Sumber 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 bertujuan 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 yang 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:

- a. Dalam arti historis yaitu tempat menemukan hukum dalam sejarah, yang dapat dibagi atas diketemukan atau dikenal hukum secara historis: dokumen-dokumen kuno, lontar dan tempat pembentuk undang-undang mengambil bahannya.
- b. Dalam arti sosiologis (teleologis) merupakan faktor-faktor yang menentukan sisi positif, misalnya keadaan agama, pandangan agama dan sebagainya.
- c. Dalam arti filosofis yang terdiri atas 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.

Dalam arti filosofis juga memandang 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.

- d. 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 adat
- c. Traktat
- d. Yurisprudensi
- e. Pendapat ahli hukum 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.

Beberapa asas yang dikenal dalam perundang-undangan yaitu:

1. Undang-undang tidak berlaku surut.
2. Undang-undang yang lebih tinggi mempunyai kedudukan yang lebih tinggi pula. Hal ini membawa konsekuensi sebagai berikut:
  - a. Peraturan yang lebih tinggi tidak dapat diubah atau dihapuskan oleh peraturan yang lebih rendah tingkatannya, tetapi prosesnya sebaliknya dimungkinkan. Hal-hal yang wajib diatur oleh peraturan yang lebih tinggi tidak mungkin diatur oleh peraturan rendah, sebaliknya dimungkinkan.

- b. Isi peraturan rendahan tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi, sedangkan sebaliknya mungkin, dan kalau ini terjadi maka peraturan rendahan menjadi batal.
  - c. Peraturan yang lebih rendah dapat merupakan peraturan pelaksanaan dari peraturan yang lebih tinggi, sebaliknya tidak mungkin.
3. Undang-undang yang bersifat khusus mengesampingkan undang-undang yang bersifat umum.
  4. 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.
  5. Undang-undang tidak dapat diganggu gugat.
  6. 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 hierarki dan tata urutan peraturan perundangan-undangan yaitu:

1. Undang Undang Dasar
2. Ketetapan MPR
3. UU/Perpu
4. Peraturan Pemerintah
5. Keputusan Presiden
6. Peraturan Daerah

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 efek-

tivitasnya 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 penguasa, 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 filosofis yakni 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 dasarnya 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 dapat berakhir karena:

- a. ditentukan dalam undang-undang itu sendiri
- b. dicabut secara tegas
- c. undang-undang lama bertentangan dengan undang-undang baru
- d. timbulnya hukum kebiasaan yang bertentangan dengan undang-undang atau undang-undang tidak ditaati.

Mengenai ruang lingkup berlakunya undang-undang menurut tempat atau orang terdapat tiga kemungkinan 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-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 warga negara Indonesia saja tetapi juga tidak terbatas pada wilayah saja.

## 2. Pembagian Hukum

Berdasarkan kriteria fungsi hukum di bagi atas:

- a. Hukum Materiel, terdiri dari 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.

Dari segi isinya hukum dapat dibagi 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 privat pun penguasa pun dapat juga menjadi pihak. Peraturan hukum publik sifatnya memaksa, sedangkan peraturan hukum privat sifatnya mengatur meskipun ada yang sifatnya memaksa.

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 administrasi 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 namun 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. Berfungsinya hukum dapat dilihat dari:

a. 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 sekadar menjaga agar setiap orang menjalankan peranannya sebagaimana diharapkan dari padanya.

b. Sarana untuk melakukan perubahan sosial (*social engineering*).

Dengan fungsi hukum sebagai sarana untuk melakukan perubahan di dalam masyarakat, dari hukum diharapkan tidak hanya sekadar meneguhkan pola-pola yang memang telah ada di dalam masyarakat tetapi juga ia berusaha untuk menciptakan hal-hal atau hubungan-hubungan baru.

c. Fungsi hukum sebagai alat pemersatu (*social integration*) yaitu mengatur dan menciptakan tatanan. Adanya hukum di sini dimaksudkan untuk mengatur kehidupan bersama di dalam masyarakat.

Agar suatu kaidah hukum atau peraturan tertulis benar-benar berfungsi, dikembalikan seyogianya paling sedikit pada 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. Penghayatan terhadap fungsi hukum
  - c. Penerapan dari kaidah hukum itu sendiri.

Dalam ilmu hukum, diajarkan tiga ketaatan terhadap hukum yaitu:

1. Bersifat *compliance*, taat pada suatu ketentuan hukum hanya karena takut pada sanksi. Ini paling 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 *internalization* yaitu ketaatan terhadap ketentuan hukum bukan karena takut sanksi melainkan karena nilai intrinsik kita.

Persamaan antara etik dan hukum (Hanafiah dan Amir, 1999) adalah:

1. Sama-sama merupakan alat untuk mengatur tertibnya hidup masyarakat.
2. Sama-sama objeknya adalah tingkah laku manusia.
3. Sama-sama mengandung hak dan kewajiban anggota masyarakat
4. Sama-sama menggugah kesadaran untuk bersikap manusiawi.
5. Sumbernya adalah hasil pemikiran para pakar dan pengalaman para senior

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 diselesaikan melalui pengadilan.
6. Penyelesaian pelanggaran etik tidak selalu disertai bukti fisik, penyelesaian pelanggaran hukum memerlukan bukti fisik.
7. Etika menekankan kebaikan, karena itu melahirkan tuntunan. Hukum menekankan kesalahan dan melahirkan tuntutan

Baik kaidah hukum maupun etik terdiri dari bentuk tertulis maupun tidak tertulis. Pelanggaran terhadap hukum tidak selalu harus diselesaikan melalui pengadilan. Penyelesaian suatu perkara apakah dijukan ke pengadilan atau tidak itu dipengaruhi budaya masyarakat setempat.

Berkaitan dengan hubungan antara etik dan hukum, Smith dan Davids (Samil, 2001) mengemukakan dalam empat hal yaitu:

1. Sesuai dengan etik dan sesuai dengan hukum
2. Bertentangan dengan etik dan bertentangan dengan hukum
3. Sesuai dengan etik, tetapi bertentangan dengan hukum
4. Bertentangan dengan etik, tetapi sesuai dengan hukum.

Di antara keempat hal tersebut di atas, seorang tenaga kesehatan besar kemungkinan berhadapan dengan hal ketiga dan keempat.

## **B. HUKUM KESEHATAN**

### **1. Pengertian Hukum Kesehatan (Health Law)**

Beberapa istilah yang berkaitan dengan Hukum Kesehatan yaitu:

Medical Law (Inggris, 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 Mangunkusumo 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 bound to 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 menentukan 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 application 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”*.



## 2. 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 insimulation, 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.*

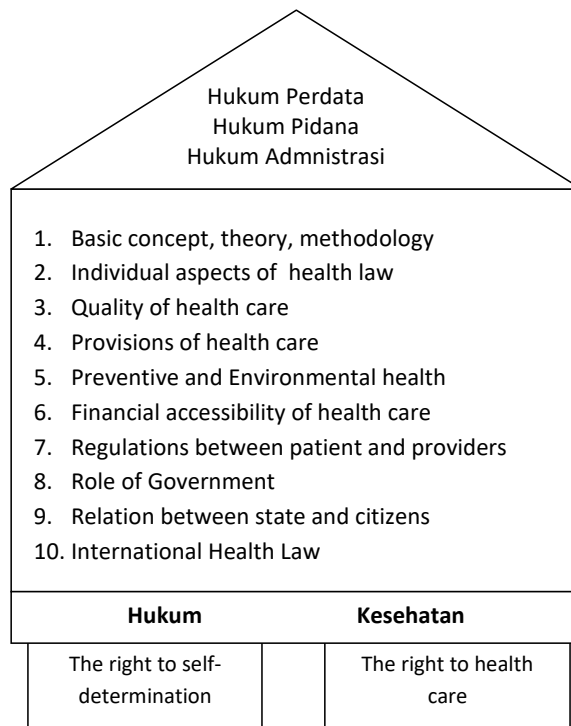
*.....Role of government, e.g. health inspectors, competencies and procedures, the role of legislations.*

*.....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 fondasi 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 medis, ilmu pengetahuan kesehatan, dan hukum serta sumber-sumber lainnya.

2. Hukum Kedokteran adalah bagian dari Hukum Kesehatan yang menyangkut pelayanan medis.
3. 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, di mana ditekankan pentingnya persetujuan tindakan medis (*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  
Substansi 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 pasien kepada dokter atau dokter gigi tersebut.

## 6. Literatur

Merupakan pendapat ahli hukum yang berwibawa menjadi sumber hukum kesehatan. Misalnya mengenai pertanggungjawaban hukum (*liability*), perawatan tidak boleh melakukan tindakan medis kecuali atas tanggung jawab dokter (*prolonged arm doctrine*).

## 4. 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 medis 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 suatu 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 si pengambil alih peran itu, namun tetap melahirkan tanggung jawab yang harus

dipikul si pengambil alih 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 KUHPerdara). Bahkan tuntutan hukum dapat pula didasarkan pada perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*) sesuai dengan pasal 1365 KUHPerdara. Hasil penelitian (Jurnal Penelitian Univ. Muhammadiyah) 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 menginsafi 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 menaati 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. Oleh 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* adalah kealpaan berat yang terdiri atas
  - (a). *Culpa lata* yang dinskyafi
  - (b). *Culpa lata* yang tidak dinskyafi

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 hukum
  - c. Tidak ada alasan pembenar
2. Unsur segi pelaku
    - a. Pelaku mampu mempertanggungjawabkan 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 menceritakan 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* (*Assumption 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 medis (*error in judgement*) yaitu suatu kekeliruan yang dilakukan oleh seorang yang profesional dalam mempertimbangkan suatu hal bukanlah suatu kelalaian.
3. Kecelakaan medis (*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 medis dianggap tidak melawan hukum apabila memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Mempunyai indikasi medis, untuk mencapai suatu tujuan yang konkret.
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 medis

Persoalan indikasi medis dan dilakukan menurut prinsip-prinsip ilmu kedokteran (*lege artis*) merupakan prasyarat standar pelayanan medis yang harus dipenuhi. Sedangkan indikasi medis dan persetujuan tindakan medis jika dihubungkan dengan pelaksanaan tindakan medis dapat dilihat dari:

1. Tindakan medis atas dasar indikasi medis dengan adanya persetujuan tindakan medis. Jika hal ini dilakukan dokter terhadap pasien maka dapat dibenarkan.
2. Tindakan medis atas dasar indikasi medis tanpa persetujuan tindakan medis. Hal ini dapat dibenarkan jika pasien berada dalam keadaan darurat (gawat medis) tanpa ada keluarga atau keluarga dekat pasien yang dapat dihubungi dan menghendaki tindakan medis segera.

3. Tindakan medis 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 medis mengalami kegagalan, dokter tetap bertanggung jawab atas tindakan tersebut.
4. Tindakan medis tanpa indikasi medis 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 atau tidak berdaya dan Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan.

Berkaitan dengan indikasi medis, persetujuan tindakan medis dengan pelaksanaan tindakan medis tampak dalam Kasus Bedah Ny. Sulastri Tahun 1987 (Mardiyanti, 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 anafilatik 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 streptomycin itu sulit dihindarkan dan jika hal ini tidak dilakukan 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 medis. Persetujuan tindakan medis hanya dapat meniadakan sifat melawan hukum perbuatan jika tindakan itu atas dasar indikasi medis. Tanpa indikasi medis tindakan dokter sering dipertanyakan 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 sesuai dengan rumusan delik dan sifat melawan hukumnya perbuatan, dan dari segi pelaku perbuatan yang dilihat dari kemampuan bertanggungjawab serta adanya kesalahan pelaku. Namun demikian, suatu perbuatan yang sesuai dengan 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 mempertanggungjawabkan perbuatannya.

Dalam pada itu, ada perbedaan penting antara tindak pidana biasa dan tindak pidana medis. Pada tindak pidana biasa yang terutama diperhatikan adalah akibatnya (*gevolg*) sedangkan pada tindak pidana medis 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 pasien mungkin masih termasuk “*scientifically justifiable risk*”, risiko yang memang melekat pada tindakan medis 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 medis apalagi pembedahan akan selalu terdapat risiko timbulnya sesuatu yang bersifat negatif. Karena itu, sebelum pembedahan harus didahului dengan persetujuan tindakan medis.

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 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.

Menurut Guwandi (tanpa tahun: 11) dari literatur luar negeri disebutkan dalam terdapat empat hal dapat disebut keadaan darurat yaitu:

1. Pasien dalam keadaan shock
2. Terdapat perdarahan (*haemorrhage*).
3. Patah tulang (*fracture*).
4. Kesakitan (*pain*).

Keadaan darurat dalam terminologi pelayanan kesehatan disebut juga dengan kegawatan medis. Sejauh ini memang belum ada batasan yuridisnya dan tentunya tugas kalangan medis untuk merumuskannya, sebab rumusan itulah yang akan dijadikan acuan penting bagi hakim dalam penyelesaian sengketa hukum. American Hospital Association (AHA) merinci kondisi kegawatan medis menjadi (Dahlan,2000):

1. Kondisi dianggap emergensi yaitu kondisi yang menurut pendapat pasien, keluarganya atau orang-orang yang membawa pasien ke rumah sakit memerlukan perhatian medis segera. Kondisi ini berlangsung sampai dokter memeriksanya dan menemukan keadaan sebaliknya, yaitu pasien tidak dalam keadaan terancam jiwanya.
2. Kondisi emergensi yang sebenarnya yaitu setiap kondisi yang secara klinik memerlukan penanganan medis segera.

Dari definisi yang dibuat oleh AHA di atas dimaksudkan sebagai suatu kemauan untuk menghormati penilaian yang dibuat oleh masyarakat. Sebagai suatu definisi ini dibuat oleh orang awam dalam bidang kedokteran tentunya memiliki beberapa kelemahan, tetapi kadang-kadang penilaian mereka itu benar. Kenyataan membuktikan bahwa dari pasien-pasien yang pernah ditolak masuk rumah sakit benar-benar meninggal dunia di rumah sehingga rumah sakit harus menghadapi tuntutan hukum

Definisi yuridis tentang kegawatan medis berdasarkan *the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)* yang diloloskan oleh Kongres Amerika pada tahun 1986 adalah sebagai berikut.

- a. *A medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that in the absence of immediate medical attention could reasonable be expected to result in:*
  1. *Placing the health of individual (or . with respect to pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy.*
  2. *Serious impairment to bodily functions or*
  3. *Serious dysfunction of any bodily organ or part, or*
- b. *With respect to a pregnant woman who is having constraction*
  1. *That there is inadequate time to effect a safe transfer to another facility before delivery, or*
  2. *That transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or unborn child.*

Dari definisi keadaan darurat di atas dapat disimpulkan bahwa suatu keadaan darurat dapat terjadi apakah itu di tempat kejadian suatu kecelakaan atau keadaan darurat di mana pasien telah dibawa ke ruangan emergensi (*emergency room*).

Sehubungan dengan keadaan darurat ini di Amerika Serikat dikenal beberapa hukum kedokteran yang disebut (Maryanti, 1988):

### **1. *Liability Act***

Tergolong perangkat hukum yang ketat. Di sini dikenal ketentuan bahwa bila seorang dokter telah bersedia menerima seorang pasien maka ia sepenuhnya memikul tanggung jawab. Hal yang demikian juga

berlaku dalam keadaan darurat, ketika pasien berada dalam keadaan tidak sadar

## **2. *Good Samaritan Law.***

Dalam keadaan darurat, hukum ini menggariskan bahwa tanggung jawab dokter tidak bisa dipaksakan. Artinya undang-undang ini memberikan immunitas kepada dokter dari tuntutan malpraktik mengingat dokter bekerja dalam situasi kegawatan medis, di mana di tempat kejadian tidak tersedia fasilitas dan waktu yang cukup untuk berpikir dan berkonsultasi dengan teman sejawatnya.

## **3. *Medico Legal Consideration***

Kumpulan ketentuan sangat rumit dan masuk dalam bidang teknis kedokteran. Tujuannya adalah untuk melindungi dokter dari malpraktik yang tidak dapat dihindarkan. Jadi bukan karena kealpaan, tetapi karena ilmu kedokterannya sendiri memang belum bisa menjamin keberhasilan suatu praktik.

Definisi keadaan darurat di atas dapat disimpulkan bahwa suatu keadaan darurat dapat terjadi berdasarkan gejala akut yang cukup parah tingkat keparahan suatu penyakit yang memerlukan tindakan medis segera seperti dalam kondisi seorang ibu hamil, orang yang mengalami gangguan serius pada fungsi tubuh maupun disfungsi serius dari organ tubuh. Atas dasar ini maka sesungguhnya suatu keadaan darurat medis dapat terjadi di tempat kejadian suatu kecelakaan baik di jalan raya, perusahaan, maupun kecelakaan rumah tangga atau keadaan darurat di mana pasien telah dibawa ke ruangan emergensi (*emergency room*).

**Kegawatan medis atau gawat darurat dalam terminologi hukum** disebut keadaan darurat. Istilah

keadaan darurat menurut Langemeyer (Effendy, 1978) hanya dipakai untuk kejadian-kejadian di mana sifat melawan hukumnya yang hapus. Keadaan darurat merupakan alasan penghapus pidana bagi perbuatan yang bersifat melawan hukum (pasal 48 KUHP). Menurut Hukum Pidana ada 3 hal yang dapat menimbulkan keadaan darurat yaitu:

1. Ada pertentangan antara dua kepentingan hukum. Contoh yang diberikan Cicero (105-43 SM) dua orang mendapat kecelakaan di laut dan terkatung-katung di tengah laut dan berpegang pada sebilah papan. Papan itu hanya digantungi oleh satu orang saja. Karena masing-masing ingin menyelamatkan jiwanya, maka salah satu diantaranya harus menjadi korban, mereka satu sama lain menghadapi suatu keadaan darurat.
2. Ada pertentangan antara dua kewajiban hukum. Misalnya kewajiban untuk memenuhi panggilan menjadi saksi pada waktu yang bersamaan pada dua pengadilan yang berbeda.
3. Ada pertentangan antara satu kepentingan hukum dan satu kewajiban hukum. Misalnya pencurian makanan semata-mata karena menghindari mati kelaparan..

Dari segi hukum perdata dikenal pula istilah keadaan memaksa (*overmacht* atau *force majeure*) yaitu suatu keadaan di mana seseorang yang mengajukan pembelaan atas tidak dipenuhi kewajiban memberikan prestasi dari suatu perjanjian karena hal-hal yang sama sekali di luar dugaannya (Subekti, 1979). Dengan mencermati beberapa pengertian tentang keadaan darurat di atas, maka di Indonesia belum ada satu pun rumusan yang dapat dikategorikan ke dalam salah satu pengertian tersebut.

Menurut Kepts. Menkes RI No. 434/Men. Kes/SK/X/ tentang Berlakunya KODEKI Bagi Para Dokter di Indonesia



Bab II butir 12 menyatakan bahwa seorang dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas kemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu untuk memberikan pertolongan tersebut. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang beritikad baik menolong sesamanya dibebaskan dari tanggung jawab hukum, dengan pertimbangan bahwa benar dalam keadaan darurat, pertolongan harus diberikan, semampu ia memberikan pertolongan yang dibutuhkan korban. Namun demikian, sebelumnya perlu kriteria atau tolok ukur apa yang dapat dipakai untuk menentukan bahwa pasien berada dalam keadaan darurat (*Emergency case*).

Istilah keadaan darurat secara eksplisit dapat ditemukan pada UUK No. 36 Tahun 2009 Pasal 58 ayat (2) yang berbunyi “Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat” Keadaan gawat yang berbeda makna dengan darurat dapat ditemukan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 585/Men. Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis Pasal 11 menyatakan: “Dalam hal pasien tidak sadar serta tidak didampingi keluarga terdekat dan secara medis berada dalam keadaan gawat dan atau darurat yang memerlukan tindakan medis segera untuk kepentingannya, tidak diperlukan persetujuan dari siapa pun”

Ketentuan yang berhubungan dengan keadaan darurat yang berkaitan dengan keselamatan jiwa juga terdapat dalam Pasal 531 KUHP yang menyatakan: “Barangsiapa menyaksikan ada orang di dalam keadaan bahaya maut, lalai memberikan atau mengadakan pertolongan kepadanya sedang pertolongan itu dapat diberikannya dengan tidak mengkuatirkan, bahwa ia sendiri atau orang lain akan kena

bahaya dihukum kurungan paling lama 3 bulan atau denda paling tinggi Rp. 4.500 Jika orang yang perlu ditolong itu mati. Pada penjelasan pasal tersebut di atas (Soesilo, 1976: 295) disebutkan bahwa “Dalam keadaan bahaya maut” adalah bahaya yang ada seketika misalnya berada dalam rumah terbakar, tenggelam di air, seorang akan membunuh diri dan sebagainya. Selanjutnya “Memberikan pertolongan” adalah menolong sendiri, “Mengadakan pertolongan adalah misalnya memintakan pertolongan polisi atau dokter” .

Ketentuan pasal 531 KUHP mewajibkan siapa saja untuk menolong seseorang yang berada dalam situasi bahaya maut. Apabila tidak memberikan pertolongan sehingga karenanya meninggal dunia maka mereka dapat dituntut berdasarkan pasal tersebut di atas. Demikian pula, secara hukum dokter wajib melakukan penanganan terhadap setiap orang yang berada dalam keadaan kegawatan medis di tempat kejadian baik karena kecelakaan maupun karena penyakit. Mengacu pada definisi keadaan darurat yang dirumuskan AHA, maka di ruangan emergensi pun dokter berkewajiban untuk memberikan pertolongan kepada pasien.

Dalam kaitan dengan hal di atas Pasal 304 KUHP menyatakan “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 “.

Bertolak dari pengertian keadaan darurat sebagaimana dikemukakan di atas, maka suatu tindakan yang dilakukan dalam keadaan demikian itu perbuatannya tidak melawan hukum. Sifat melawan hukum perbuatan itu akan menjadi hapus. Sifat melawan hukum utau perbuatan merupakan salah satu syarat untuk penjatuhan pidana.

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 pertanggungjawaban dokter 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 administrative 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 diajatkannya atas seseorang hanya karena si individu terhukum terbukti melakukan suatu kejahatan. Karena itu, tidak seorang pun boleh diperlakukan sebagai alat untuk mencapai tujuan dari orang lain”.

Menurut Hegel (Ohoitumur, 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 sudah 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.

### **C. HUKUM KEDOKTERAN**

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 Kedokteran meliputi ketentuan yang berhubungan langsung dengan pelayanan medis. Dapat dikatakan Hukum kedokteran merupakan Hukum Kesehatan dalam arti sempit. Hukum Kedokteran sendiri dapat dibedakan dalam (1). Hukum Kedokteran dalam arti luas (*Medical law*) yaitu segala ketentuan medis 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.

Praktik kedokteran mengombinasikan antara 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 apa yang yang diperlukan olehnya.

Pusat dari praktik kedokteran adalah hubungan antara pasien dan dokter yang dibangun ketika seseorang mencari dokter untuk mengatasi masalah 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. Menganalisis data
4. Membuat rencana perawatan (tes yang harus dijalani berikutnya, 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 sejauh mana 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 berikutnya.

Hubungan dokter pasien dapat dianalisa dari pandangan masalah etika. Banyak nilai dan masalah etika yang dapat ditambahkan dari keterkaitan ini. Tentunya masalah etika amat dipengaruhi oleh tingkat masyarakat, masa, budaya, dan pemahaman terhadap nilai moral. Sebagai contoh, pada 30 tahun terakhir ini, penegasan dan tuntutan terhadap hak otonomi pasien kian meningkat di dalam kedokteran 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.

Sebuah evaluasi medis yang lengkap terdiri dari sebuah riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium atau citra medis, analisis 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 illness*) urutan kronologis dari tanda dan klasifikasi dari setiap tanda
3. Aktivitas 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 diagnosis. 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. Tampilan umum pasien dan penunjuk spesifik dari penyakit
3. Kulit, kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan, dan kerongkongan
4. Kardiovaskular jantung dan pembuluh darah
5. Saluran pernapasan termasuk paru paru
6. Tubuh (abdomen) dan rektum
7. Organ genitalia (kelamin)
8. Otot rangka (anggota gerak tubuh)
9. Kondisi persarafan (kesadaran, otak, saraf kranial, saraf perifer)
10. Psikiatrik atau kejiwaan (orientasi, mental).

#### **D. KEDOKTERAN FORENSIK**

Selanjutnya, 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.

Tujuan utama kedokteran forensik adalah untuk proses penegakan hukum dan keadilan. Pekerjaan dokter dalam kedokteran forensik dilandasi oleh Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP). 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 Tanggungjawab dokter forensik merupakan tanggungjawab 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 penasihat 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 (KUHP) baru yang diatur dalam Undang-Undang No. 8 Tahun 1981 tentang KUHP tidak ada satu pasal pun memuat perkataan *Visum Et Revertum*. Hanya di dalam Lembaran Negara tahun 1973 No. 350 pasal 1 dan pasal 2 yang menyatakan bahwa *visum Et Rivertum* adalah suatu keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter atas sumpah atau janji tentang apa yang dilihat pada benda yang diperiksanya yang mempunyai daya bukti dalam perkara pidana (Idries,1997).

Dalam pasal 187 butir c KUHP 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 KUHP 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 KUHP, dalam hal ini pihak penyidik.
- b. *Visum et Rivertum* 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 sejauh mana 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 dilahirkan 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 adalah 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.

## **E. HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT**

### **1. Pendahuluan**

Sebenarnya perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia disebutkan Soekidjo (Hapsara, 2004) dimulai sejak abad ke 16. Antara lain dengan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti pada waktu itu. Selanjutnya berbagai perkembangan telah terjadi misalnya ditandai dengan adanya berbagai upaya pemberantasan penyakit, pembentukan Puskesmas, Posyandu, Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Sistem Kesehatan Nasional 1982, Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009.

Secara historis hubungan antara hukum dan kesehatan masyarakat dikemukakan oleh seorang ahli hukum Inggris Edwin Chadwick tahun 1850-an ketika pertama kali membuat kebijakan terhadap sanitasi lingkungan. Bersama dengan Hamlin, Chadwick menyatakan “Public health is every where and always contingent”.

Selanjutnya di Amerika Serikat, pemerintah kota New York telah membuat peraturan mengenai keharusan adanya laporan mengenai dan monitoring kasus penyakit TBC pada tahun 1890-an (Fox, 2001).

Suatu integritas hukum dan kesehatan masyarakat seyogianya merefleksikan 3 (tiga) prinsip yaitu menetapkan kewajiban (*duty*), kekuasaan (*power*), dan pembatasan (*restrain*). Ketentuan hukum yang mengatur masalah kesehatan sudah semestinya membebaskan kewajiban (*duty*) pada pemerintah untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat. Dalam hukum positif kita pasal 15 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan ditegaskan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Penciptaan ketentuan hukum yang demikian itu jelas akan mengakomodir pada perlindungan kesehatan dan keselamatan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Implikasi selanjutnya, menunjukkan komitmen pemerintah untuk menjamin infrastruktur kesehatan masyarakat seperti sistem jaminan sosial nasional, serta lebih memberikan ekspektasi dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Ketentuan hukum dan perundang-undangan kesehatan seyogianya memberikan kewenangan kepada pemerintah (*power*) guna mengatur individu dan usaha bisnis untuk keamanan dan kesejahteraan masyarakat seperti dalam masalah udara dan air bersih, keamanan produk, kesehatan dan keselamatan di tempat kerja, serta pengendalian penyakit menular. Adanya Badan Pengawas Dampak Lingkungan (Bapedal) dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Bahkan untuk kepentingan kesehatan masyarakat diberikan kewenangan kepada negara untuk melakukan pembatasan (*restrictions*) hak asasi manusia seperti dalam keadaan darurat, terjadinya kejadian luar biasa (KLB) maupun dalam kondisi terjadinya wabah.

Dalam praktiknya, penerapan hukum (*law enforcement*) untuk kesehatan masyarakat terdapat beberapa permasalahan

substansial. *Pertama*, ketentuan hukum ini masih tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan. Jadi belum terkodifikasi dengan sistematis. Peraturan tentang makanan dan minuman yang memenuhi syarat kesehatan terkait dengan beberapa departemen. Masalah formalin pada makanan dan boraks misalnya diatur dalam Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pasal 21, Undang-Undang Pangan No. 7 Tahun 1996 pasal 8, Peraturan Menteri Kesehatan No. 329 Tahun 1976 tentang Produksi dan Peredaran Bahan Makanan, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 722 Tahun 1988 tentang Bahan Tambahan Makanan Yang Diizinkan Untuk Makanan, peraturan menteri perdagangan, peraturan menteri perindustrian, serta peraturan menteri kesehatan. Akibatnya ketika timbul persoalan penyalahgunaan formalin misalnya, peraturan manakah yang tepat dijadikan rujukan dalam masalah tersebut?

*Kedua*, beberapa peraturan sudah saatnya ditinjau kembali karena tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan dinamika masyarakat. Kitab Undang-Undang Pidana (KUHP) dan Undang-Undang Wabah No. 4 Tahun 1984 sudah saatnya untuk ditinjau kembali berhubung akhir-akhir ini muncul berbagai sindrom penyakit seperti HIV/AIDS, SARS, SBS maupun Flu Burung (Avian Flue).

*Ketiga*, beberapa peraturan menyangkut kesehatan masyarakat kurang dapat lagi mengayomi dan memberikan jaminan kepastian hukum. Dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pasal 292 KUHP hanya menjerat pelaku homoseksual antara orang dewasa dan anak. Selain itu, jika terjadi kasus HIV/AIDS, SBS, flue burung, anthrax, SARS, benarkah undang-undang wabah No. 4 Tahun 1984 dapat diterapkan untuk kasus-kasus ini? Dalam praktik, departemen kesehatan menginrodusir peraturan dalam bentuk Permenkes yang masih dipertanyakan keabsahannya dari segi hierarki dan tata urutan peraturan perundang-undang menurut Tap MPR No. III tahun 2000.

Dalam pembukaan Undang-Undang dasar 1945 tercantum cita-cita bangsa Indonesia yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mencapai cita-cita bangsa tersebut di atas, maka diselenggarakan pembangunan nasional di segala bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Oleh sebab itu, penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber dayanya.

Pembangunan upaya kesehatan sebaliknya meliputi upaya peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*). Dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan kesehatan, maka Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (UUK) diintrodusir sebagai suatu perangkat hukum kesehatan yang dinamis.

UUK ini lahir menggantikan UUK sebelumnya, yaitu Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang menggantikan Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan yang dinilai telah ketinggalan dan tak dapat lagi mengikuti perkembangan masyarakat. Dalam UUK No. 36 Tahun 2009 mengandung beberapa asas dalam pelayanan kesehatan serta memuat hak-hak asasi manusia sebagai refleksi dari isu global kesehatan sebagai hak asasi manusia. UUK di latarbelakangi



pertimbangan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) maupun penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*).

Beberapa pertimbangan kelahiran UUK sekarang ini: 1) kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, 2) setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional, 3) setiap hal yang mengganggu kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan juga berarti investasi bagi pembangunan negara, 4) setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggungjawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat, 5) UUK No. 23 Tahun 1992 sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan, tuntutan, dan kebutuhan hukum dalam masyarakat antara lain pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global belum terakomodatif dalam UUK ini. Di samping itu kelahiran UUK No. 23 Tahun 1992 dipandang masih menitik beratkan pada pengobatan (kuratif). Hal itu akan menimbulkan dana yang lebih besar dibandingkan dengan upaya pencegahan, 6) dibutuhkan sebuah UU yang berwawasan sehat, bukan UU yang berwawasan sakit 7) perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan lahirnya UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah terakhir dengan UU No. 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang No. 32

Tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. UUK No. 23 Tahun 1992 perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah. Oleh karena itu, perlu dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan.

### **1. Implikasi Hukum Pada Kesehatan Masyarakat**

Dalam menjalankan tugas profesionalnya tenaga kesehatan masyarakat akan selalu menerapkan hukum positif sebagai dasar pembenaran dari segala tindakannya. Bahkan terkadang mereka merancang dan kemudian menerapkan peraturan tersebut, Karena itu untuk pemberlakuan secara efektif peraturan perundang-undangan, mereka perlu tahu sesuatu tentang bagaimana hukum dibaca dan diterapkan. Mereka juga perlu memahami konteks hukum yang lebih luas termasuk menemukan sumbernya. Dengan demikian, profesi kesehatan masyarakat bukan hanya tahu peraturan yang berkaitan dengan profesi tapi juga, idealnya, hukum hukum positif di bidang kesehatan (termasuk tentunya ketentuan konstitusional). Dia harus mampu mengantisipasi, setidaknya secara luas, bila tindakan mereka mendapat tantangan dari masyarakat dan ketika dia membutuhkan masukan maupun saran dari setiap tindakannya.

Seringkali tindakan pragmatis lebih dramatik. Sejak tahun 2001, serangkaian ancaman kesehatan masyarakat yang tinggi, mulai dari SARS sampai ke serangan Anthrax terlihat peran penting hukum dalam keadaan darurat kesehatan masyarakat. Dalam situasi ini, hukum kesehatan masyarakat memberikan wewenang tindakan perlindungan kepada masyarakat. Hukum bagaimanapun juga dapat memaksakan tindakan tertentu sebagai suatu intervensi publik.

Meskipun hambatan ini, seperti kebutuhan untuk menyediakan proses karena ketika memberlakukan karantina, sekilas mungkin tampak sulit untuk beberapa profesional kesehatan masyarakat, ini kendala hukum juga dapat membantu mendamaikan nilai kesehatan masyarakat dengan nilai-nilai lain, seperti otonomi dan kesetaraan, yang banyak diadakan di masyarakat kita. Menariknya, nilai ini mungkin sendiri mendukung kesehatan masyarakat, bahkan ketika tampaknya membuat beban untuk mencapai tujuan-tujuan kesehatan masyarakat sistem kesehatan masyarakat.

Hubungan antara hukum dan kesehatan masyarakat bukan hanya pragmatis sebagaimana dikemukakan sebelumnya. Tenaga kesehatan masyarakat perlu mengetahui sistem hukum untuk mengatasi penghalang hukum dalam melakukan tugas mereka. Hal ini sangat mendasar, mengingat kesehatan masyarakat merupakan upaya kolektif yang bertujuan agar penduduk tetap sehat, untuk itu hukum menyediakan struktur sosial dan norma-norma untuk mencapai kesehatan masyarakat. Karena itu tidak dapat dipungkiri bahwa hukum diperlukan oleh masyarakat untuk mencapai tujuan masyarakat dan memberikan landasan untuk pembenaran dari segala tindakannya.

A. Stephen L. Issac dan Steven A. Schroeder (Goodman, 2007) menunjukkan, hukum telah memainkan peran penting dalam banyak kemenangan mengenai kesehatan masyarakat yang utama pada abad lalu, termasuk menghapuskan timbal dari bensin dan pengurangan tingkat kematian disebabkan dari kendaraan dan merokok. Dalam berbagai kasus ini, hukum telah menyediakan alat untuk melaksanakan rekomendasi kesehatan masyarakat. Pengakuan bahwa kesehatan masyarakat bergantung pada hukum bukan hal baru. Sejarah kesehatan masyarakat

menunjukkan kepada kita bahwa masa peradaban awal sudah terlibat dalam kesehatan masyarakat dengan kegiatan menegakkan kode sanitasi, mengatur pasokan makanan, dan menyediakan perawatan bagi orang sakit. Kegiatan ini, banyak berpengaruh pada kesejahteraan masyarakat. apad masalah, yang lebih tepat untuk didirikan pada keyakinan religius bergabung daripada pemahaman ilmiah (melalui empirisme kasar pasti menginformasikan banyak praktik). Untuk ini praktisi kesehatan masyarakat awal, alat utama kesehatan masyarakat adalah hukum. Dalam dunia kuno, praktik kesehatan masyarakat tergantung pertama dan utama pada pembentukan sistem hukum yang dapat memastikan organisasi. Dan penggunaan otoritas sipil untuk mengharamkan praktik dianggap mengancam kesehatan dan praktik resep berpikir untuk dilengkapi. Lalu, seperti sekarang, pengetahuan tentang apa yang meringankan kesehatan masyarakat sangat membantu ketika itu bergabung dengan mekanisme, ditentukan oleh hukum untuk mengurangi ancaman tersebut.

Ketergantungan kesehatan masyarakat tentang hukum terutama terlihat saat krisis. Ketika wabah mengancam, hukum adalah mekanisme utama untuk mendukung kesehatan masyarakat. Apakah mereka mengandalkan penegakan karantina laut atau mendirikan rumah hama, orang selalu bergantung pada kemampuan hukum untuk respons struktur dan menegakkan norma-norma dalam menanggapi ancaman terhadap kesehatan masyarakat. Memang di saat krisis, variabel yang paling ampuh membedakan masyarakat yang bertahan wabah dari yang bukan tingkatan pengetahuan ilmiah masyarakat melainkan respon hukum dan stabilitas.

Dengan demikian, pada akhir abad ke 19, kota di AS yang telah mendirikan badan kesehatan terorganisir

dan telah memberikan mereka kewenangan hukum yang diperlukan jauh lebih mampu bertahan dari ancaman kolera dan penyakit epidemik lainnya dibanding dengan masyarakat yang tidak memiliki struktur untuk merespons.

Hari ini keberhasilan badan kesehatan masyarakat dan praktisi tetap tergantung pada undang-undang yang menetapkan kantor mereka, memberikan kewenangan, sesuai dana mereka. Sebagai bentukan negara, balai kesehatan tergantung sekali pada undang-undang negara untuk eksistensi, dukungan keuangan dan otoritas.

Hukum menentukan apakah mereka dapat memeriksa restoran, membunuh nyamuk, atau orang-orang karantina untuk penyakit menular. Hukum juga memberikan informasi bahwa balai kesehatan dan peneliti perlu menentukan prioritas dan kebijakan kesehatan masyarakat. Selama bertahun-tahun, pemahaman epidemiologi benar-benar tergantung pada undang-undang yang mewajibkan menjaga statistik vital dan pelaporan penyakit. Bahkan saat ini, ketika para peneliti sering mengandalkan sumber informasi lain, profesi kesehatan masyarakat mengandalkan hukum *surveillance* kesehatan masyarakat, serta hukum statistik vital untuk memberikan sentinel ancaman kesehatan baru yang muncul.

Akan tetapi, itu terlalu mudah untuk diyakini bahwa peran hukum dalam memfasilitasi kesehatan masyarakat terbatas pada diberlakukannya disebut hukum kesehatan masyarakat, yang berkaitan dengan penciptaan dan otorisasi dari dinas kesehatan, pelacakan informasi kesehatan, dan peraturan langsung kegiatan yang berbahaya. Meskipun undang-undang yang berhubungan dengan apa yang disebut fungsi inti kesehatan masyarakat adalah sangat penting, mereka hanyalah puncak gunung es hukum yang terkait dengan kesehatan masyarakat.

Bahkan dengan rumah, dengan cara yang lebih ekstrem, hukum sebagai alat pemesanan sosial adalah *sine qua non* kesehatan masyarakat. Pertimbangan untuk contoh, kesehatan masyarakat, tujuan 2010 sebesar menghilangkan kesenjangan di bidang kesehatan. Apakah ini tantangan bagi ilmu pengetahuan atau untuk hukum? Penelitian ilmiah walaupun mungkin penting untuk penentuan faktor tertentu bertanggungjawab untuk kesenjangan, ilmu saja tidak dapat mengatasi mereka. Tidak ada pil ajaib yang dapat dikembangkan untuk mengakhiri ras, perbedaan dalam kesehatan. Juga tidak bisa pejabat kesehatan masyarakat, bertindak sendiri, menggunakan keterampilan kesehatan masyarakat untuk memecahkan masalah.

Sebaliknya, jika ada pendekatan berarti untuk menghilangkan perbedaan ras adalah ada, maka akan perlu muncul dari berbagai macam respons sosial yang akan diinformasikan oleh penelitian kesehatan masyarakat, tetapi akan bergantung pada atau digagalkan oleh hukum. Jadi, meskipun studi kesehatan masyarakat dan profesionalis akan mengajarkan kita di mana beberapa masalah berbohong dan apa yang perlu dilakukan, kita perlu beralih ke hukum untuk menyelesaikan beberapa masalah ini. Mungkin beberapa dari hukum-hukum akan melibatkan fungsi kesehatan masyarakat inti (seperti hukum menyediakan untuk klinik kesehatan masyarakat di lingkungan tertentu), tetapi hukum yang lebih jauh mungkin diperlukan juga. Mungkin hukum yang berkaitan dengan perumahan yang terjangkau, zonasi, tempat kerja diskriminasi, pajak penghasilan, atau kepemilikan obat akan memainkan peran dalam bersekongkol atau memperlambat perbedaan ras. Berbagai masalah lain dan tanggapan dalam domain hukum mungkin harus ditangani jika tujuan kesehatan di tahun 2010 bisa bahkan sebagian dapat direalisasikan.

Sebagian besar inisiatif kesehatan masyarakat, selalu melibatkan hukum. Dan berkali-kali, hukum dipahami baik sebagai disiplin maupun sebagai satu perangkat alat sosial dapat menyediakan mekanisme yang kuat untuk secara dramatis mengubah jalannya kesehatan masyarakat. Dampak bahwa litigasi telah disebarkan, regulasi, pemahaman rokok di AS menunjukkan potensi adanya perangkat hukum untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Hukum juga dapat membela kepentingan industri yang mengancam kesehatan masyarakat, mempertahankan status quo, dan menempatkan kepentingan ekonomi di atas kepentingan masyarakat. Sebagai contoh, di awal abad ke 20, hukum konstitusi AS ditafsirkan diterapkan sedemikian rupa untuk pembatasan besar pada kemampuan negara untuk mengatur kondisi berbahaya di tempat kerja. Hari ini Amandemen Pertama dapat menimbulkan hambatan yang tangguh untuk ketat (mungkin efektif) regulasi iklan rokok. Hukum demikian selalu pada kesehatan masyarakat, tetapi belum tentu sekutu.

Hambatan bahwa hukum dapat menciptakan untuk hasil kesehatan masyarakat dari lebih dari terjadi sikap. Mereka muncul, sebagian, dari pandangan dunia yang sangat berbeda dihargai oleh masing-masing disiplin. Dengan demikian, fokus profesi hukum pada tujuan-tujuan subjektif dapat menekankan hak-hak individu, termasuk hak milik, penyediaan prosedur yang adil, dan pengenaan pembatasan melampaui batas pemerintah.

Perlindungan individu ini mungkin di pabrik jangka panjang benih untuk masyarakat yang sehat, tetapi dalam jangka pendek, dapat mengganggu dan menghalangi inisiatif kesehatan masyarakat yang penting. Pejabat kesehatan masyarakat, oleh karena itu, mungkin dimaafkan untuk mengasumsikan bahwa hukum hanya melemparkan

rintangan di jalan mereka. Hukum itu juga dapat digunakan secara positif untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan bagaimana yang bisa dilakukan-telah lebih jarang dihargai baik pengacara atau praktisi kesehatan masyarakat.

Namun perkembangan, seperti penggunaan litigasi untuk menantang industri tembakau dan pekerjaan pengacara untuk menangani bahaya lingkungan, harus sebenarnya mengingatkan kita bahwa tidak hanya hukum menciptakan lingkungan pendukung yang diperlukan kesehatan masyarakat, juga mendukung afirmatif tertentu tujuan kesehatan masyarakat.

## **2. Implikasi Kesehatan Masyarakat Pada Hukum**

Jadi bagaimana kesehatan masyarakat memengaruhi hukum?. Ketergantungan hukum terhadap kesehatan masyarakat, saya kira jauh lebih penting daripada ketergantungan kesehatan masyarakat terhadap hukum. Namun tetap kritis. Tanpa pertanyaan, tingkat minimal kesehatan masyarakat diperlukan untuk hukum untuk berfungsi dengan baik. Sama seperti kesehatan masyarakat terancam ketika pelanggaran hukum ada, hukum terancam ketika masyarakat adalah bahaya. Selama epidemi demam kuning tahun 1793 misalnya, otoritas sipil mogok di Philadelphia, mengancam tidak hanya hukum setempat tetapi juga konststitusi yang masih muda, karena kota itu kemudian adalah ibukota AS. Dalam arti, hukum adalah sebuah kemewahan yang dimungkinkan hanya bila tingkat sederhana kesehatan masyarakat tercapai. Jika itu benar, maka pembentukan dan pemeliharaan kesehatan masyarakat mungkin menjadi yang pertama penting dan perlu usaha hukum.

Oleh karena itu, pepatah common law salus populi



suprema lex merupakan pemahaman yang yang tidak hanya harus hukum melayani kesehatan masyarakat tetapi juga bahwa kesehatan masyarakat adalah hadapan hukum. Ketergantungan hukum terhadap kesehatan masyarakat, namun tidak terbatas pada mencegah anarki yang menyertai epidemi. Kesehatan masyarakat telah hukum dan berkaitan dengan hukum dibanyak cara yang halus lainnya. Sebagai contoh, salah satu tantangan berkelanjutan dalam Konstitusi AS telah menemukan luas disepakati on arbiter dan prinsip-prinsip yang dapat digunakan untuk membantu membatasi batas-batas antara otoritas federal dan otoritas negara dan antara ruang publik dan otonomi individual.

Dalam suatu negara nilai diperebutkan dan sering bertentangan dengan penilaian moral, masyarakat telah terbukti menjadi salah satu yang paling banyak diterima alasan-alasannya untuk tindakan komunal. Dalam peran tersebut, kesehatan masyarakat memainkan peran penting, meskipun sering tidak diakui, peran dalam perkembangan hukum konstitusional AS. Dengan demikian, doktrin yang beragam seperti yang berkaitan dengan Klausul Perdagangan, hak privasi, dan keempat amandemen semua telah dibangun dan diperkaya oleh pertimbangan kesehatan. Hukum konstitusi, oleh karena itu berutang budi terhadap kesehatan masyarakat yang belum diakui.

Disiplin dan keahlian kesehatan masyarakat juga terbukti penting untuk pengembangan organisasi birokrasi dan hukum administrasi. Di banyak tempat, polisi medis lama telah membentuk model yang kita kenal sebagai polisi. Dengan demikian, pemerintah menggunakan alat-alat penegakan hukum, dan alat-alat yang digunakan untuk pengadilan meninjau dan membatasi penegakan itu, telah dikembangkan dalam pembibitan kesehatan masyarakat dan telah didirikan dengan cara yang tak terhitung pada

pemahaman yang diperoleh dari perjuangan untuk meningkatkan kesehatan komunal.

### 3. Definisi Hukum Kesehatan Masyarakat

Hukum kesehatan masyarakat adalah suatu studi kekuasaan hukum dan kewajiban negara, bekerjasama dengan mitra-mitranya, untuk menjamin kondisi orang untuk sehat (seperti untuk mengidentifikasi, mencegah, dan meringankan risiko kesehatan penduduk) dan membatasi kekuasaan negara terhadap otonomi, privasi, kebebasan, kepemilikan atau perlindungan kepentingan individu untuk kebaikan seiring zaman. Tujuan utama hukum kesehatan masyarakat adalah mewujudkan tingkat tertinggi kesehatan fisik dan mental masyarakat sesuai dengan nilai keadilan sosial (*Public health law is the study of the legal powers and duties of the state, in collaboration with its partners, to assure the conditions for people to be healthy (e.g. to identify, prevent, ameliorate risks to health in the populations) and the limitations on the power of the state to constrain the autonomy, privacy, liberty, proprietary, or other legally protected interests of individuals for the common good. The prime objective of public health law is to pursue the highest possible level of physical and mental health in the population, consistent with the value of social justice).*

Dari definisi yang dikemukakan di atas menunjukkan ada 7 determinan esensial dari hukum kesehatan masyarakat yaitu:

1. Pemerintah (*government*) bahwa aktivitas kesehatan masyarakat menjadi tanggungjawab utama pemerintah.
2. Paksaan dan pembatasan kekuasaan (*coercion and the limits on power*) bahwa tenaga kesehatan masyarakat memiliki kekuasaan untuk memaksa individu dan urusan perdagangan untuk melindungi masyarakat.

Jadi berdasarkan ketentuan hukum membatasi kekuasaan pemerintah ini.

3. Sistem Kesehatan Masyarakat (*Public Health Sytem*). Lembaga kesehatan masyarakat adalah pusat sistem kesehatan multisektoral. Lembaga kesehatan masyarakat dapat bertindak sebagai katalis untuk tindakan departemen pemerintah lainnya dan menstimulir, mengoordinir, dan mengatur pelaku non-pemerintah. Terdapat 5 pelaku yaitu institusi pelayanan kesehatan, masyarakat, perdagangan, media dan akademisi
4. Kependudukan, kesehatan masyarakat berfokus pada kesehatan penduduk. Tentu saja, tenaga kesehatan masyarakat peduli terhadap akses dan kualitas perawatan medis, namun perhatian utama adalah menciptakan kondisi agar masyarakat menjadi sehat.
5. Masyarakat; entitas lokal seperti gereja, organisasi kemasyarakatan, dan kelompok advokasi kesehatan dapat memberikan kontribusi untuk kesehatan tetangga. Keterlibatan masyarakat dapat secara efektif mempromosikan kegiatan yang kesehatan.
6. Pencegahan; Lapangan kesehatan masyarakat menekankan pencegahan penyakit dan cedera, seperti yang dibedakan, banyak kegiatan yng paling ampuh kesehatan masyarakat berorientasi pencegahan seperti vaksinasi, pendidikan kesehatan, peraturan *seat belt*.
7. Keadilan sosial, berpusat pada misi kesehatan masyarakat. “Keadilan” membutuhkan pemerintahan yang adil dan kepastian hukum dan memiliki 3 atribut penting yang relevan khusus untuk hukum kesehatan masyarakat: non-diskriminasi, prosedur yang adil, dan alokasi beban dan manfaat yang adil.

Rumusan ini menunjukkan hubungan antara negara dan warga negara dalam masyarakat atau publik adalah

bahwa negara memiliki kekuatan memaksa (*coercive power*) untuk menciptakan kesehataan bagi masyarakat, negara memiliki kewajiban (*duties*) secara konstitusional untuk menciptakan, meningkatkan dan mempromosikan kesehatan bagi masyarakat, dan negara harus dibatasi (*restraint*) dari tindakan dalam menggunakan kekuasaan dan kekuatannya. Sudah tentu dalam pelaksanaan kekuasaan (*power*) negara ini cenderung mengancam hak individual seperti kebebasan atas pribadi, privasi, maupun pemilikan misalnya merokok, obesitas, konsumsi alkohol, pergaulan bebas.

Demikian pula dalam menjalankan kewajiban negara (*duties*) seringkali tidak mendapat dukungan kesadaran individu akan kepentingan kolektivitas mereka. Apalagi pembatasan (*restraint*) tindakan negara dalam aktivitas kesehatan masyarakat cenderung warga masyarakat kurang berpartisipasi kalau tidak mau dikatakan tidak berpartisipasi dalam melakukan pengawasan atas tindakan dan kebijakan negara di bidang kesehatan masyarakat.

---

# HUKUM KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh: Indar

## 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 operasionalnya 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 medis yakni dokter dan dokter gigi. Namun dalam Undang-Undang NO. 36 Tahun 2014

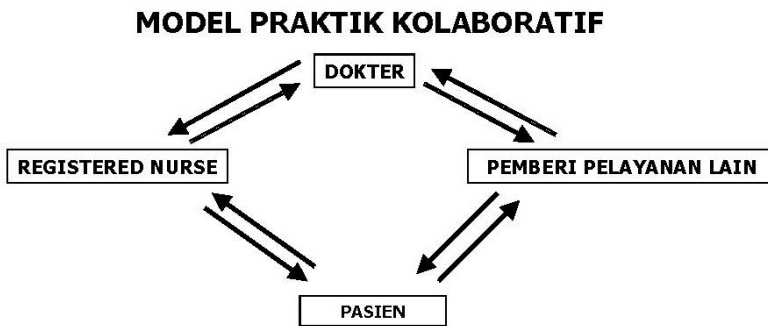
menempat tenaga keperawatan sebagai tenaga kesehatan mandiri terpisah dari tenaga kebidanan.

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 2014 bermakna 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.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 telah menetapkan batas kewenangan antara dokter dan perawat, tetapi perawat meskipun secara tidak langsung dapat melakukan pengobatan kecuali sebelumnya mendapat izin tertulis dari dokter dan dalam keadaan kegawatan medis (*emergency case*) sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik 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 izin Penyelenggaraa Praktik Perawat.

Dengan kata lain, bahwa peranan perawat tidak 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 medis 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 lokasi yang dibutuhkan. (Putusan Mahkamah Agung Negeri Belanda (Arrest Hoge Raad) tanggal 4 Nopember 1952. Ketentuan ini terkenal dengan nama “*Prolonged arm doctrine*”. 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.



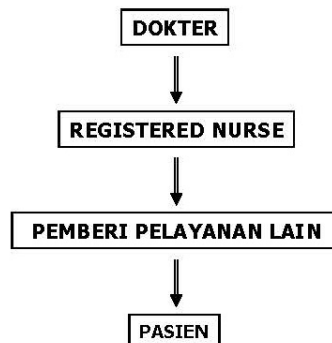
SUMBER: *AMERICAN ASS OF CRITICAL-CARE NURSES, 1988*

## B. PARADIGMA LAMA TUGAS KEPERAWATAN

Dokter dalam menjalankan tugasnya dalam kenyataannya sering dibantu oleh perawat. Dengan kata lain, perawat bisa juga melakukan tindakan medis yang semestinya dilakukan oleh dokter. Jadi perawat menjalankan “dwi fungsi” tindakan yaitu tindakan medis dan tindakan keperawatan. Dengan demikian, sering aktivitas seorang dokter dapat memengaruhi 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 medis, dia juga menyadari bahwa sebetulnya secara formal ini adalah bidang dokter. Oleh karena itu, perawat sering kali mengeluh karena harus bekerja ganda, sedang penghargaan untuk itu hanya diperoleh oleh seorang 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 di bawah 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 stres dan frustrasi yang secara tidak langsung memengaruhi 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**

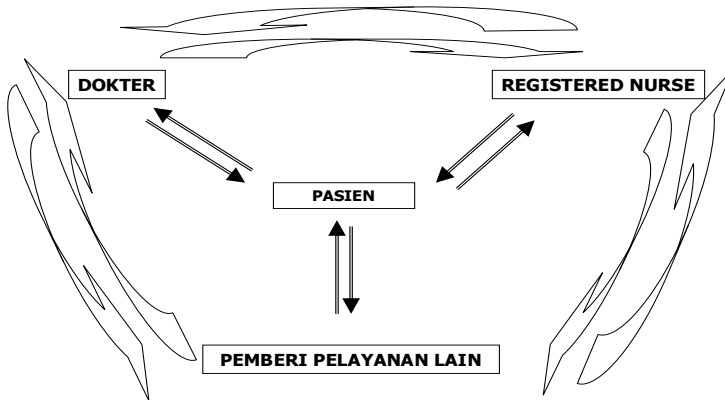
Di dalam era baru sebagaimana disebutkan di atas seyogianya tidak terjadi konflik dengan profesi lain ketika ia menjalankan tugasnya. Literatur internasional menunjukkan keputusan banding Pengadilan New York tahun 1985 mengakui pandangan modern bahwa perawat bukan lagi menjadi petugas kesehatan yang 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 antarpetugas kesehatan di rumah sakit ataupun di PKM sebagai berikut:

1. Adanya pengakuan timbal balik dalam bingkai keilmuan masing-masing.
2. Pengakuan dan penghormatan kepada otonomi masing-masing dalam 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 di bawah 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 terselenggaranya 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. 36 Tahun 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 keterampilan 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 dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 di atas, maka berdasarkan keahlian dan kewenangannya, lingkup kerja dokter adalah pada

tindakan medis, 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, menjalin 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 UU Praktik Keperawatan No. 38 Tahun 2014 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 di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan 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 tanggungjawabnya 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 di luar negeri yang diakui oleh 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 pendidikan 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 perawat profesional yang terintegrasi.

13. *Licensed Practical Nurs* (LPN) adalah perawat vokasional yang teregistrasi.

Lingkup praktik keperawatan menurut UU Praktik Keperawatan No. 38 Tahun 2014 adalah:

1. Memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat 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 memandirikan pasien
3. Memberikan pelayanan keperawatan di sarana kesehatan dan tatanan lainnya.
4. Melaksanakan pengobatan dan tindakan medis terbatas, pelayanan KB, imunisasi, pertolongan peralihan normal dan menulis permintaan obat/ resep.
5. Melaksanakan program pengobatan secara tertulis dari dokter.

Tindakan medis terbatas adalah jenis dan bentuk tindakan medis 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 uji 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 *pertama*, pengkajian keperawatan (*assessment errors*) termasuk kegagalan mengumpulkan data atau informasi tentang pasien secara adekuat atau kegagalan

mengidentifikasi informasi yang diperlukan seperti data hasil pemeriksaan laboratorium.

*Kedua*, kesalahan pada tahap perencanaan keperawatan (*planning errors*) 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 label, salah menangani pasien dan yang lebih berat adalah salah memberikan transfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Dari seluruh kegiatan yang paling berbahaya tampaknya 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 Hillside Hospital di New York tahun 1975 bahwa dalam rekam medis tidak ada pada lembar catatan perawat tentang observasi 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 kepe-

rawatan untuk menetapkan diagnosis 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 mengeluarkan surat No. B006/A-3/1/1982 dan R-00/A-3/1/1982 kepada Kepala Kejaksaan Tinggi dan Kepala Kejaksaan Negeri seluruh Indonesia 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 saksama 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 Menteri 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 ke pemeriksaan hukumnya bila memang ternyata tidak saja melanggar etik tetapi juga melanggar hukum.

Dalam kenyataan pelayanan kesehatan sehari-hari, pekerjaan dokter sering dibantu oleh perawat. Dengan kata lain, bahwa peranan perawat tidak 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 medis adalah:

1. Penegakan diagnosis, pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis, harus diputuskan oleh dokter sendiri.
2. Delegasi tindakan medis 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 medis 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 medis 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. Oleh karena itu, mereka pun 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 label, salah menangani pasien dan yang lebih berat adalah salah memberikan transfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Kasus-kasus yang terjadi berkaitan 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 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 Hillside Hospital di New York tahun 1975 bahwa dalam rekam medis tidak ada pada lembar catatan perawat tentang observasi 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 **NOMOR 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 meliputi pengkajian, penetapan diagnosis 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 medis 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 menggunakan 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 livelihood 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 “ Tenega Kesehatan”.
6. Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 “ Praktik Keperawatan”
7. KEPMENKES NO. 1239 THN 2001 “ Praktik dan Registrasi Keperawatan”.
8. PSL 304 KUHP PSL 531 KUHP, PSL 170 KUHP

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 khususnya pasal 27 ayat 2 dikatakan: “Tiap-tiap warga negara 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 perundang-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 dipertanggungjawabkan 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 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 mengkhawatirkan, 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 menyimpan 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 di dalamnya jasa pelayanan kesehatan. Pasal 5 undang-undang ini menentukan bahwa hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen dalam mengonsumsi barang dan atau jasa.

e. Undang-Undang NO. 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; dan memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.
- g. PP No. 32 Tahun 1006 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 melaksanakan 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) Pelaksanaan ketentuan sebagaimana 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

Di mana: 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 medis dengan dua syarat yaitu harus atas permintaan tertulis dari dokter dan dalam keadaan darurat.

## F. HUBUNGAN PASIEN DAN DOKTER

Penentuan bila hubungan dokter pasien terjadi adalah sangat penting. Karena pada saat itu sang dokter harus memenuhi kewajiban hukum dan timbulnya tanggung jawab terhadap pasiennya. Pada umumnya dimulainya hubungan dokter pasien apabila seorang pasien meminta seorang dokter untuk mengobatinya dan sang dokter menerimanya, maka pada saat itu sudah dimulai hubungan kontrak antar dokter dan pasien.

Sebenarnya hubungan antara pasien-dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada hubungan kepercayaan dan kerahasiaan. Masyarakat 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 pandang 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 di bidang pengetahuan maupun di bidang keterampilan. Dengan demikian, pasien senantiasa harus percaya pada kemampuan dokter atau tenaga kesehatan tempat dia 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 institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dijiwai oleh semangat kemanusiaan untuk menolong orang yang menderita karena kesehatannya terganggu.

Oleh 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 memengaruhi 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 frequently is pictured as a kindly, thoughtful, warm person, deeply interested in and committed 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) menggambarkan 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 ready and willing to cooperate. The physician considers himself 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 needs.* 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 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 pengadilan untuk memeriksa apakah tertuduh menderita penyakit jiwa

atau tidak dan melaporkan kepada pengadilan, maka tidak terdapat hubungan dokter pasien.

4. Seorang spesialis bedah yang melakukan suatu otopsi terhadap suatu tubuh mayat, tidak terdapat hubungan dokter pasien.
5. Suatu tanya 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 pasien 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.

## **G. HUBUNGAN PERAWAT 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/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 bertanggungjawab atas segala risiko yang mungkin timbul selama pasien/klien dalam perawatan
- f. 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 bertanggungjawab 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. Beberapa cara berakhirnya hubungan dokter pasien yakni (Guwandi, 2004):

1. Sembuhnya pasien dari keadaan sakitnya dan sang dokter menganggap tidak 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. Di dalam kasus gawat darurat, apabila dokter yang mengobati atau dokter pilihan pasien sudah datang 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 pasiennya 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 no longer needed*).
2. pasien menolak pengobatan dan perawatan (*the patient withdraws from the relationship*)
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 notice 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*).

Informed 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 diminimalisir 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*).

Informed consent sebagai suatu bentuk persetujuan dari klien telah diatur oleh pemerintah dalam Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Tenaga medis yang tidak memberikan hak pasien untuk memberikan *informed consent* yang jelas dapat dikategorikan melanggar *case law*.

## H. KASUS

Contoh kasus malpraktik karena *informed consent* yaitu kasus yang terjadi antara Anna Marlina Simanungkalit dengan dokter di RS Persahabatan Jakarta Timur pada Februari 2013 lalu. Kejadian bermula pada 20 Februari 2013 pasien memeriksakan benjolan pada lehernya, oleh dokter pasien didiagnosis Struma Multinodosa Non Toksika atau menurut pasien disebut tumor kelenjar tiroid. Oleh dokter pasien dianjurkan untuk menjalankan operasi pengangkatan tumor, pasien dan keluarga diberikan *informed consent* yang harus ditanda

tangani. Setelah dilakukan tindakan operasi ternyata kondisi pasien mengalami penurunan dan terus memburuk hingga harus dilarikan ke ICU, sampai pada 23 Maret 2013 pasien tidak tertolong dan meninggal.

Keluarga kemudian menuntut dokter rumah sakit yang merawat pasien karena saat diberikan *informed consent* pasien dan keluarga tidak diberitahu tentang efek samping dari operasi yang akan dijalankan. Namun menurut dokter, pasien telah diberikan *informed consent* yang didalamnya telah dijelaskan tentang efek samping operasi yang akan dijalankan.

Penjelasan tentang *informed consent* menjelang operasi umumnya masih kurang dilakukan para dokter kita di Indonesia. Penyebabnya bias dikarenakan oleh berbagai alasan yang salah satunya dikarenakan terlalu banyak pasien yang dilayani sehingga waktu untuk berkonsultasi sedikit. (S. Jacobalis, 2003).

Berawal dari situasi inilah yang menjadikan posisi perawat hendaknya berada di tengah-tengah. Perannya sebagai advokat atau pembela pasien diharapkan mampu untuk bertanggung jawab dalam membantu pasien dan keluarga menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*informed consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya serta mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien. Hal ini harus dilakukan, karena pasien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyak petugas kesehatan. Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien, sehingga diharapkan perawat harus mampu membela hak-hak pasien. (Mubarak dan Nur Chayatin, 2009).

Sebagai konselor (*Counsellor*), hendaknya perawat mampu membantu pasien untuk menyadari dan mengatasi tekanan psikologis atau masalah sosial dan membangun hubungan

interpersonal yang baik untuk meningkatkan perkembangan seseorang di mana didalamnya di berikan dukungan emosional dan intelektual. Perawat juga berperan sebagai tempat konsultasi bagi pasien terhadap masalah yang dialami atau mendiskusikan tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. (Mubarak dan Nur Chayatin,2009).

---

# ***INFORMED CONSENT*** **DALAM KEPERAWATAN**

**Oleh: Indar**

## **A. PENDAHULUAN**

**D**alam 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, 1994:3). Dari sekian kasus tersebut bersumber dari ketidaktahuan atau kesalahpahaman tentang persetujuan tindakan medis (*informed consent*).

Menurut sejarahnya, sebelum tahun 1981, kecuali pada sebelum tahun 1979 ketika kasus dokter The F.L. dituduh

melanggar pasal 304 KUHP jo Pasal 306 KUHP dan Pasal 359 KUHP jo Pasal 361 KUHP (Arief Sidharta, 1990) 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 (Herikutanto, 1995:7).

Adanya perubahan status yuridis dari “perpanjangan tangan” menjadi “kemitraan” atau “kemandirian”, seorang perawat juga telah dianggap bertanggungjawab hukum untuk malpraktik keperawatan yang dilakukannya. Karena itu, mereka pun dapat terkena gugatan hukum bila terjadi akibat negatif dari pelayanannya kepada pasien.

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2014 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 label, salah menangani pasien dan yang lebih berat adalah salah memberikan transfusi darah sehingga mengakibatkan hal yang fatal. Kasus-kasus yang terjadi berkaitan 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 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 Hillside Hospital di New York tahun 1975 bahwa dalam rekam medis tidak ada pada lembar catatan perawat tentang observasi 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.

Permenkes No.1239/Menkes/SK/IV/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat pasal 15 menetapkan perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berwenang untuk:

1. Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis 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 medis 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.

Hubungan perawat dengan klien jika dicermati, menggambarkan posisi klien yang umumnya pasrah, tidak mengetahui keadaan penyakitnya dan sangat emosional. Sehingga tidak memungkinkan baginya melakukan tindakan yang rasional dalam menghadapi penyakit yang dideritanya.

Perawat dilain pihak dibolehkan melakukan tindakan apapun yang dianggap perlu untuk menyembuhkan atau mengurangi penderitaan kliennya. Juga harus mampu melakukan tindakan secara profesional tanpa melihat keuntungan materiel dari tindakannya tersebut. Dengan kata lain, hubungan pasien klien umumnya adalah hubungan otokratik yang searah dengan dominasi perawat pada hubungan tersebut. Dalam perspektif sosiologis kedudukan perawat lebih tinggi daripada klien, maka perannya juga dianggap lebih penting.

Akan tetapi, berkat perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dan semakin pesatnya penemuan-penemuan teknologi di bidang medis menunjukkan peningkatan pelayanan kesehatan. Penggunaan alat-alat canggih seperti ultrasonografi (USG), Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan), dan Magnetic Resonance Imaging (MRI) menyebabkan hampir semua penyakit telah dapat diagnosis secara tepat. Melalui 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.

Seiring dengan dengan kemajuan yang telah dicapai dalam bidang pelayanan kesehatan tersebut, dewasa ini hubungan dokter dan petugas kesehatan lainnya secara perlahan-lahan telah mengalami pelbagai perubahan. Perubahan-perubahan itu oleh Soerjono Soekanto (Husein Karbala, 1993: 37) terjadi antara lain karena kepercayaan masyarakat sebagai calon pasien tidak lagi tertuju secara pribadi, akan tetapi pada kemampuan ilmu dan teknologi kesehatan. Masyarakat sekarang ini menganggap bahwa tugas dokter bukan hanya menyembuhkan pasien (*curing*) tetapi tugasnya ditekankan pada perawatan (*caring*)(koersif penulis). Di samping itu, pemahaman akan kesehatan dewasa ini juga telah mengalami pergeseran bukan hanya keadaan tanpa penyakit tetapi berarti kesejahteraan fisik, mental, dan sosial.

Di samping itu, 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 hakikatnya adalah setaraf.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, secara lugas mengubah pola hubungan perawat klien menjadi hubungan dua arah, di mana perawat dan klien sekarang sejajar dan bersifat sebagai mitra dalam memecahkan masalah penyakit. Secara tegas pasal 53 ayat 2 menetapkan bahwa” tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien”. Yang dimaksud dengan hak pasien ialah hak mendapatkan informasi, hak memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran, dan hak atas pendapat kedua.

Hak informasi adalah penjelasan tentang rencana pemeriksaan diagnosis, pengobatan dan efek samping, serta

kemungkinan kegagalan dari tindakan yang akan dilakukan dokter terhadap pasiennya (Kenneth R. Wing, 1985). Dalam perspektif keperawatan merupakan penjelasan yang diberikan oleh perawat sebelum penyelenggaraan asuhan keperawatan. Sedangkan persetujuan adalah pernyataan bahwa klien menyetujui tindakan tertentu yang akan dilakukan perawat terhadap dirinya. Hak atas informasi dari perawat dan persetujuan oleh klien pasien ini biasa disebut dengan *Informed Consent*.

*Informed Consent* digunakan ketika terjadi hubungan profesional antara perawat dengan kliennya, khususnya berkaitan dengan usaha memperoleh kesembuhan. Dengan *Informed Consent* antara perawat dan klien 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 klien jauh dari keluarganya sedang pihak klien sendiri tidak mungkin diharapkan persetujuan tersebut. Bagaimana andaikata timbul persoalan tentang pemberian persetujuan pada suatu tindakan keperawatan, di mana klien menyatakan tidak memberikan persetujuan, sedangkan perawat menyatakan sudah mendapatkan persetujuan, kepada siapakah beban pembuktian dikenakan? Bahkan yang sering menggelisahkan kita bila formulir *Informed Consent* itu jika terdapat klausula atau syarat eksonerasi yang isinya mengurangi atau menghapuskan tanggung jawab perawat.

## **B. DASAR HUKUM INFORMED CONSENT**

Sehubungan dengan *Informed Consent*, maka acuan kita yang pertama-tama tentunya adalah kepedulian kita (*concern*) terhadap eksistensi negara kita sebagai negara hukum. Karena konsekuensi logisnya adalah tidak ada satu pun tindakan yang diperkenankan melanggar atau bertentangan dengan hukum yang berlaku. Hubungan profesional dalam bentuk persetujuan

tindakan pun tetap berada dalam pengertian dasar ini.

Pada dasarnya hubungan antara perawat dengan pasien pada transaksi terapeutik itu bertumpu pada dua macam hak asasi manusia yang dijamin oleh dokumen maupun konvensi internasional (Hermien Hadiati Koeswadji, 1992:103) 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*).

Pada hakikatnya Informed Consent bertujuan *pertama*, memberikan perlindungan hukum kepada klien terhadap tindakan perawat yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medis tidak ada dasar pembedaannya yang dilakukan tanpa pemberitahuan klien. Dengan kata lain, perlindungan tersebut terutama diarahkan pada kemungkinan-kemungkinan bahwa perawat melakukan kekeliruan karena kelalaian. *Kedua*, memberi perlindungan hukum kepada perawat terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur terapeutik keperawatan modern tidak tanpa risiko dan pada setiap tindakan medis ada melekat suatu risiko (*inherent risk*). Sehingga kalau perawat 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,1979:1) 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 medis yang sebaik-baiknya dan pasien berjanji memberikan informasi secara benar atau mematuhi nasihat dokter dan sebagainya.

Selain diatur dalam KUH Perdata, Informed Consent juga diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan Pasal 24 jo pasal 27 menetapkan sebagai berikut:

1. Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak-hak pasien.
2. Standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik.
3. Tenaga kesehatan termasuk perawat dalam menjalankan tugasnya harus menghormati hak-hak pasien.
4. Hak-hak pasien meliputi hak atas informasi (koersif penulis), hak untuk memberikan persetujuan (koersif penulis), hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).

Dari ketentuan tersebut di atas, terdapat hak klien yang pada hakikatnya merupakan landasan hukum pemberian Informed Consent dari perawat sebelum melaksanakan praktik asuhan keparawatan. Dengan demikian, ternyata bahwa pada dasarnya Informed Consent merupakan keharusan. Perawat tentunya bertanggungjawab atas pelaksanaan ketentuan tentang Informed Consent tersebut. Perawat yang melakukan tindak keparawatan, tanpa ada persetujuan dari klien atau keluarganya, dapat dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan surat izin praktiknya.

### **C. PERSETUJUAN KLIEN ATAS TINDAKAN PERAWAT (CONSENT OF CLIENT)**

Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan oleh klien dan atau keluarganya kepada perawat untuk melakukan suatu tindakan keperawatan 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*). Dalam perspektif etik, hak untuk menentukan nasib sendiri merupakan basis dari kebebasan dari klien untuk bertindak (*autonomy of client*).

Harris (Flecher, et all, 1995) menyebutkan kriteria untuk menetapkan adanya kemandirian klien (*autonomy of client*) yaitu:

1. Tidak berada dalam pengawasan. Misalnya tidak menderita penyakit kejiwaan.
2. Tidak dalam kondisi ketidakmampuan bertindak rasional. Misalnya kemampuan membuat putusan berdasarkan pertimbangan rasional.
3. Tidak pernah mendapatkan informasi yang selayaknya sebelum melakukan tindakan.

Dengan kata lain, seseorang klien tetap memiliki otonomi jika tidak berada dalam satu kondisi tersenbut di atas. Otonomi ini dimaksudkan bahwa setiap manusia mempunyai hak untuk berpikir dan berbuat sesuatu untuk dirinya sendiri terutama mengenai hal yang sangat penting bagi dirinya seperti kesehatan.

Melalui otonomi klien, berimplikasi kepada jenis tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan. Berdasar pada informasi yang diberikan akan berkaitan erat dengan dengan diagnosis dan pengobatan, sehingga klien dapat menerima atau menolak tindakan yang akan diberikan. Dalam perspektif

pelayanan kesehatan sebagai perawat mesti memperoleh persetujuan klien sebelum melaksanakan suatu prosedur, terutama prosedur untuk tindakan invasif, misalnya suatu *intramuscular injection*.

Di Amerika Serikat lembaga persetujuan tindakan medis ini berkembang melalui suatu periode dari keputusan-keputusan pengadilan sekitar 1957-1972. Namun, keputusan yang sangat berpengaruh dalam perkembangan lembaga persetujuan tindakan medis 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 medis (*informed consent*) diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran yang di dalam pasal 1 disebutkan bahwa persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Di samping Peraturan Menteri Kesehatan tersebut persetujuan tindakan medis juga diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 53 ayat 2. Bahkan persetujuan tindakan medis 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 bahwa 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.

Menurut hukum perdata, hubungan profesional dokter pasien dapat terjadi karena dua hal yaitu:

1. Berdasarkan perjanjian (*ius contractu*) yang berbentuk persetujuan medis 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:

1. Adanya kesepakatan atau persetujuan dari pihak-pihak yang membuat perjanjian.
2. Kemampuan pihak-pihak untuk membuat perjanjian.
3. Adanya objek tertentu yang diperjanjikan.
4. Perjanjian tersebut mempunyai suatu sebab yang halal.

Dua syarat pertama dinamakan syarat-syarat subjektif, tidak terpenuhinya syarat ini mengakibatkan perjanjian dapat dibatalkan. Dua syarat terakhir dinamakan syarat-syarat objektif, tidak terpenuhinya syarat ini mengakibatkan perjanjian batal demi hukum.

Dalam hubungan dengan Informed Consent baik perawat maupun klien maka kesepakatan itu harus didasarkan pada kemauan bebas. Artinya kesepakatan itu tidak didasarkan pada salah satu alasan pembatalan perjanjian yaitu cacat kehendak



berupa suatu kesesatan (*dwaling*), paksaan (*dwang*), suatu penipuan (*bedrog*), penyalahgunaan keadaan (*Misbruik van Omstandigheden, 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 Informed Consent berarti bahwa pihak-pihak yang terlibat dalam perjanjian harus mampu dan layak. Anak-anak di bawah 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 medis 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 perawat dan klien. Konsekuensinya, seluruh rangkaian pelayanan perawat yang menurut standar profesi keperawatan dibenarkan, akan mengikat kepada pihak klien. Artinya, pihak perawat harus menjalankan profesinya sesuai dengan standar yang diwajibkan, sedangkan pihak pasien menghormati setiap tindakan perawat yang menurut standar asuhan keperawatan yang dibenarkan.

Meskipun demikian, pelaksanaan perjanjian ini pun oleh hukum disandarkan pula pada itikad baik. Sebab di dalam pasal 1338 ayat 3 KUH Perdata dinyatakan setiap perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Pelaksanaan perjanjian yang didasarkan pada itikad baik itu tidak terlepas dari kepatutan. Sebagai tolok ukur, apakah pelayanan yang dilaksanakan oleh

perawat sudah dilaksanakan dengan patut atau tidak, maka kita harus mengacu pada standar asuhan keperawatan yang berlaku.

Sebagai suatu perjanjian, maka dalam persetujuan tindakan medis berlaku pula asas konsens (pasal 1338 ayat 1 KHU Perdata). oleh karena itu, suatu tindakan keperawatan itu sudah sah apabila telah disepakati mengenai hal-hal yang pokok dan tidaklah diperlukan suatu formalitas. Atas dasar ini pula maka suatu informed Consent tidak semua harus dibuat secara tertulis, mengingat karena tidak praktis dan tidak mungkin untuk setiap kali membuat secara tertulis pada setiap tindakan medis 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 medis berupa terapi dengan penyinaran, di mana bisa mengakibatkan efek sampingan seperti rambut rontok, rasa mual, lemas dan sebagainya atau pemeriksaan radiologis dengan memakai kontras yang juga mengandung suatu risiko atau 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 medis “tampaknya” klien setiap saat dapat membatalkan persetujuan tersebut, tanpa sang perawat bisa berbuat apa-apa. Jika hal ini terjadi maka sudah tentu perawat 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 perawatnya.

Sebaliknya, jika pihak perawat secara sepihak membatalkan persetujuan dengan jalan menghentikan semua tindakan keperawatan, maka konsekuensinya jelas bertentangan dengan kode etik keperawatn dan klien dapat mengajukan tuntutan hukum atas pemberhentian tindakan keperawatan tersebut. Bahkan dengan persetujuan klien pun seorang perawat tidak dapat menghentikan tindakan keperawatan, karena tindakan demikian dapat dikategorikan sebagai tindakan *euthanasia*, dan perawat dapat diperhadapkan pada tuntutan pidana berdasarkan pasal 344 KUHP. Ini menunjukkan bahwa dalam Informed Consent, 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 keperawatan yang dilakukan berdasarkan penyalahgunaan keadaan (*Misbruik van Omstandigheden*, *Undue Influence*) dinyatakan tidak sah. Jika seorang klien, baru diperkenankan masuk rawat di rumah sakit apabila telah menandatangani suatu surat pernyataan secara umum yang menyatakan “bahwa ia menyatakan setuju atas segala tindakan medis yang akan dilakukan dan akan membebaskan perawat dan rumah sakit dari segala tuntutan hukum” jelas tidak mempunyai nilai yuridis. Pernyataan seperti ini bertentangan dengan pasal 1320 KUH Perdata jo pasal 1337 KUH Perdata.

#### **D. HAK INFORMASI KESEHATAN**

Secara yuridis informasi ini merupakan hak klien berkaitan dengan perawatan penyakitnya dan tindakan apa yang hendak dilakukan oleh perawat terhadap dirinya, jawaban atas pertanyaan yang diajukan kepada perawat, untuk memilih alternatif lain jika ada, untuk menolak usul tindakan yang hendak dilakukan. Karena merupakan hak klien, maka informasi ini merupakan kewajiban bagi perawat untuk memberikannya.

Tanpa harus diminta, klien wajib memperoleh informasi mengenai penyakitnya serta tindakan apa yang hendak dilakukan oleh perawat terhadap dirinya. Kewajiban pemberian informasi tentunya tidak terlepas dari kondisi di mana seorang perawat pada umumnya melihat pasien hanya dari segi keperawatan keluhan klien saja, sedang bagi klien mungkin ada faktor lain yang tidak kalah pentingnya seperti faktor keuangan, rencana keluarga, agama, psikis, sosial dan lain sebagainya, termasuk bahwa klien berhak untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap dirinya (*the right self determination*).

Informasi yang harus diberikan oleh perawat kepada klien, pada prinsipnya merupakan hak yang bersifat pribadi, oleh karena itu tidak dapat dialihkan kepada orang lain. Namun, jika dikehendaki oleh klien, ia dapat menunjuk seorang lain untuk menerima informasi tersebut biasanya salah satu anggota terdekat seperti suami atau istri, anak, orang tua, saudara atau keluarga lainnya.

Unsur-unsur informasi yang perlu disampaikan adalah:

1. 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.
2. Risiko tindakan, mengakibatkan kelumpuhan atau kebutaan, kemungkinan timbulnya, sering atau jarang taraf keseriusan, kelumpuhan total atau parsial, apakah segera setelah tindakan dilakukan atau lebih lama.
3. Manfaat dari tindakan yang akan dilakukan dan alternatif tindakan yang dapat dilakukan.
4. Kemungkinan yang dapat timbul jika tidak dilakukan dan ramalan (prognosis) atau perjalanan penyakit
5. Informasi mengenai biaya yang diperkirakan.

Di dalam pemberian informasi kepada klien, perawat harus memperhatikan bahwa suatu tindakan yang dilakukan baru pada tahap diagnostik keperawatan misalnya. Ini disebabkan oleh karena rata-rata klien meletakkan harapan kepada perawat agar menyembuhkan penyakitnya atau setidaknya-tidaknya dapat meringankan penderitaan, sedangkan tindakan yang bersifat diagnostik belum sampai ke tahap pengobatan (terapeutik).

Berdasarkan otonominya, maka seorang klien yang akan disuntik misalnya berhak mendapatkan informasi tentang bagian tubuh mana yang menjadi lokasi penyuntikan. Dampak dari penyuntikan akan menimbulkan efek berupa mual, pusing mesti diinformasikan. Persoalan yang sering muncul sebagai kendala dalam pelaksanaan pemberian informasi ialah bahasa yang dipakai. Pada umumnya pasien tentu awam dari bahasa keperawatan dan tidak semua istilah-istilah keperawatan dapat dengan mudah diterjemahkan ke dalam bahasa orang awam. Selain itu, tidak semua perawat dapat menyampaikan informasi dengan bahasa sederhana yang dapat dengan mudah dipahami oleh klien. Kesenjangan pengetahuan antara perawat sebagai pemberi jasa kesehatan (*health provider*) dan klien sebagai penerima jasa kesehatan (*health receiver*), membuat penyampaian informasi kadang-kadang kurang efektif. Penyampaian yang tidak efektif dapat menimbulkan berbagai masalah. Mungkin saja sudah memberikan informasi yang cukup kepada klien, namun berhubung klien kurang/tidak memahami bahasa yang dipergunakan oleh perawat, maka dipermasalahkan tentang “informasi (informed)-nya”.

Klien menandatangani surat Informed Consent, tetapi klien mengakui bahwa pasien tidak diberi informasi. Mungkin saja yang menurut perawat sudah diberi informasi, menurut klien belum, karena klien tidak mengerti bahwa apa yang telah dikatakan oleh perawat itu adalah sebuah informasi untuk dirinya. Seringkali klien menganggukkan kepala seakan-akan

mengerti, tanpa pertanyaan sebab apa yang ditanyakan dia sendiri tidak tahu. Perawat menganggap anggukan klien sebagai tanda mengerti, kemudian menyerahkan formulir Informed Consent dan klien membubuhkan tanda tangan.

Sebaliknya, kewajiban memberikan informasi dari klien dalam rangka penegakan diagnosis keperawatan dari penyakit yang dideritanya dan selanjutnya diagnosis ini sangat penting untuk menentukan suatu tindakan keperawatan. Suatu tindakan klien yang dengan sengaja menyembunyikan atau memberi informasi yang salah kepada perawat 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 (1). Tes standar profesional yaitu memakai ukuran dari profesi 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 klien. (2). Tes orientasi klien, melihat dari segi kliennya terdiri atas tes subjektif memakai ukuran klien secara pribadi, secara individual, sehingga setiap klien penilaiannya berbeda walaupun penyakitnya sama. Sedangkan tes objektif 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 objektif. Apakah seseorang yang hati-hati di dalam posisi penggugat akan memutuskan, apabila ia sudah diberikan cukup informasi dari semua risiko yang sifatnya penting?. Menurut Jay Katz (Guwandi:1994) dalam persetujuan tindakan medis 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:

1. 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 penyalahgunaan keadaan seperti seorang dokter mempunyai pengaruh lebih terhadap pasien yang tidak tahu apa-apa tentang penyakitnya. Oleh karena itu, dokter dapat memengaruhi jalan pikiran pasien.
2. 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 medis segera untuk menyelamatkan jiwa pasien bersangkutan. Fred Ameln (1991:44) secara tegas mengemukakan 4 kelompok pasien yang tidak memerlukan informasi yaitu:

1. Jika terapi menghendaki demikian misalnya terapi placebo
2. Jika informasi itu merugikan klien misal pasien penderita penyakit jantung.
3. Jika klien mengidap penyakit jiwa, sehingga tidak bisa diajak berkomunikasi, *Informed Consent* diganti dengan keputusan pengadilan.
4. Jika klien belum dewasa.

## **E. HAK ATAS PERSETUJUAN KLIEN**

Atas dasar informasi yang disampaikan oleh perawat, maka klien dapat memberikan atau menolak memberikan persetujuan. Yang dapat dimintai *Informed Consent* ini hanyalah klien 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. Klien dewasa adalah yang telah berumur 21 (dua puluh satu) tahun keatas atau telah menikah.

Bagi klien 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 klien menolak memberikan *Informed Consent* maka perawat harus menjelaskan dan menekankan lagi urgensi dari tindakan yang akan diambil, sekaligus menjelaskan lagi risiko-risiko yang bisa timbul akibat penolakan atas *Informed Consent* itu. Jika klien tetap menolak, maka perawat lalu meminta klien untuk menandatangani Surat Penolakan dan mencatat di rekam medis (*medical record*) atas penolakan tersebut dengan catatan bahwa klien tetap menolak. Walaupun



sudah dijelaskan risikonya. Dari surat penolakan dan catatan rekam medis dapat merupakan bukti bahwa klien menyatakan tidak setuju atas usul tindakan yang hendak dilakukan perawat dan akan menanggung sendiri segala risiko yang mungkin timbul dan yang tidak dapat lagi dipersalahkan kepada perawatnya (*Volenti non fit injuria*).

Dalam hal klien tidak sadar/pingsan serta tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medis berada dalam keadaan gawat dan atau darurat yang memerlukan tindakan medis segera untuk kepentingannya tidak diperlukan persetujuan dari siapa pun. Misalnya seorang klien korban kecelakaan lalu lintas dalam keadaan tidak sadar dibawa ke Unit Gawat Darurat (ICU). Keadaannya sudah sangat gawat dan tidak ada waktu lagi untuk mencari atau menghubungi anggota keluarganya untuk terlebih dahulu meminta persetujuan, maka dokter harus segera mengambil tindakan (pasal 4 Permenkes No. 290 Tahun 2008).

Tindakan yang diambil mesti semata-mata untuk menolong jiwanya. Menyelamatkan jiwa klien menjadi pertimbangan utama ketimbang mendahulukan Informed Consent. Dalam kondisi seperti itu adalah wajar seseorang tidak akan menolak jika ada yang hendak menolong jiwanya. Dalam kasus seperti ini klien dianggap telah memberi persetujuan. Menurut Fred Ameln di dalam literatur Prof. Leneen 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 (Husein Karbala, 1993:82). Dalam keadaan demikian, orang itu pasti akan meminta pertolongan orang lain dan akan memberikan persetujuannya untuk dilakukan tindakan medis 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 ini ditempuh melalui konstruksi “Zaakwaraneming” sebagaimana diatur dalam pasal 1354 KHU Perdata “Apabila seseorang secara suka rela tanpa disuruh telah mengurus urusan orang lain, baik dengan atau tanpa sepengetahuan orang itu, maka orang itu dianggap telah mengikatkan dirinya untuk meneruskan mengurus urusan itu, sehingga orang tersebut sudah mampu mengurusinya sendiri”.

## **F. 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 Inggris 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 (N.H.T. Siahaan, 1987: 199).

Dalam pelaksanaan Informed Consent ada 3 jenis tanggung jawab perawat yaitu tanggung jawab etik, tanggung jawab profesi dan tanggung jawab yuridis. Tanggung jawab etik berkaitan dengan pelaksanaan praktik asuhan keperawatan berdasarkan kode etik keperawatan. Menurut Kartono Mohammad (Husein Karbala, 1993:89) bahwa pada dasarnya Informed Consent itu mempunyai landasan etik yaitu keharusan bagi perawat, untuk menghormati kemandirian (otonomi) klien.

Kode etik menyangkut kewajiban umum antara lain menyatakan bahwa “dalam menjalankan praktik keperawatan

seorang perawat janganlah dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan pribadi. Kewajiban terhadap pasien antara lain dikatakan bahwa “seorang perawat senantiasa menghargai, dan menghormati norma, adapt istiadat, dan nilai yang berlaku dalam masyarakat di mana ia bertugas. Sedangkan kewajiban terhadap teman sejawatnya antara lain dinyatakan bahwa “ seorang perawat dalam menjalankan tugasnya harus menghormati teman sejawatnya dan tenaga kesehatan lainnya”.

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 perawat klien didasarkan atas suatu perjanjian. Ada dua kategori perjanjian di dalam hukum perdata yaitu perjanjian berdasarkan hasil kerja (*Resultaatsverbinten*) misalnya kontrak pemborong, perjanjian berdasarkan daya upaya/usaha yang maksimal (*Inspanningsverbinten*). Perjanjian medis pada umumnya didasarkan atas kewajiban berusaha. Makna konsep ini perawat harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya. Ia harus mengerahkan segenap kemampuannya untuk klien. Perawat harus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar. Penyimpangan dari standar profesi berarti melanggar perjanjian. 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). Wanprestasi atas persetujuan tindakan medis 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 perawat. Contoh Keputusan Rechtbank di Breda tanggal 15 April 1936 (Kinsar Sihaloho, 1986: 475) 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 dipertanggungjawabkan untuk *membayar ganti rugi*).

Pola pertanggungjawaban perdata tanpa didasarkan pada perjanjian dikenal 2 model pertanggungjawaban yaitu pertanggungjawaban berdasarkan kesalahan (*the fault liability, tortious liability*) biasanya dikenal sebagai perbuatan melanggar hukum, dan model pertanggung jawaban berdasarkan risiko (*the risk liability, strict liability*).

Pada pertanggungjawaban dengan kesalahan (*fault liability*) didasarkan pada perbuatan melanggar hukum. Untuk menetapkan adanya perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatigedaat, tort*) pasal 1365 KUH Perdata harus dipenuhi yaitu (Roscam Abbing, 1990), tindakan melawan hukum, terdapat hubungan langsung antara dilanggarnya suatu aturan dan kepentingan pasien yang telah dirugikan, kesalahan atau kealpaan, ada kerugian pasien, 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, selain penggantian biaya-biaya penyembuhan, menuntut penggantian kerugian yang disebabkan oleh luka atau cacat tersebut”.

Dengan pola perbuatan melanggar hukum, beban pembuktian tentang kesalahan perawat, berada di tangan klien dan atau keluarganya. Kekurangan dari pertanggungjawaban ini adalah bahwa karena perjanjian antara perawat dan klien adalah perjanjian untuk melakukan usaha, sehingga sangat sukar bagi klien untuk membuktikan adanya kesalahan atau kelalaian. Selain itu seringkali klien tidak memiliki informasi yang diperlukan untuk pembuktian itu. Apalagi hanya perawat yang mengetahui seluk beluk informasi tentang ilmu pengetahuan dan teknologi perawatan. Sebaliknya, pertanggungjawaban berdasarkan perbuatan melanggar hukum selalu dijadikan dasar gugatan jika tidak ada hubungan perjanjian.

Sehubungan dengan kemungkinan adanya proses delegasian dalam pelaksanaan persetujuan tindakan medis dari dokter, maka tanggung jawab dokter juga meliputi tindakan yang dilakukan oleh para pembantunya (pasal 1367 KUH Perdata) yaitu, mahasiswa kedokteran yang sedang melakukan *co-schap*, terhadap perawat yang diperbantukan kepadanya, terhadap dokter lain yang pembantunya dalam hal dokter lain itu sedang belajar kepadanya sebagai dokter spesialis.

Di lain pihak pada pertanggungjawaban berdasarkan risiko (*strict liability*) beban pembuktian terletak di pundak perawat, 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 pertanggungjawaban 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 ketidaksalahannya atau kelalaiannya.

Penerapan prinsip ini terlihat dalam kasus *Cassidy V. Ministry of Health* (1951). Pasien menderita kaku pada kedua jari tangannya (*Dupuytren's contracture*). 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 ini tidak akan terjadi apabila telah dilakukan dengan teliti dan hati-hati (S. Soetrisno, 1992).

Seorang perawat dapat dikatakan telah melakukan kesalahan jika telah menyimpang dari kewajiban berdasarkan Informed Consent dan Standar Pelayanan Keperawatan. Sebagai perbandingan dengan tenaga medis, standar pelayanan medis menurut Leenen (Chrisdiono M. Achdiat, 1993:56) yaitu, bekerja dengan teliti dan hati-hati, sesuai dengan ukuran medis, sesuai dengan kemampuan rata-rata dibanding dokter dari kategori keahlian medis yang sama, dalam situasi dan kondisi yang seimbang, dengan sarana dan upaya yang memenuhi perbandingan wajar dibanding dengan tujuan konkret tindakan medis tersebut. Menurut hemat penulis, standar ini dapat dijadikan acuan dalam pelayanan keperawatan.

Adanya dasar peniadaan hukuman, tidak berarti bahwa

secara yuridis perawat tidak dapat diajukan ke pengadilan baik tuntutan pidana maupun perdata berdasarkan adanya risiko pengobatan, kecelakaan medis dan lain-lain (Ameln, 1991:95), melainkan harus semuanya dikembalikan kepada pembuktian tentang standar asuhan keperawatan dan Informed Consent. Pemenuhan terhadap standar pelayanan dan Informed merupakan satu-satunya ketentuan untuk meniadakan sifat bertentangan dengan hukum dari suatu tindakan keperawatan.

Dari uraian sebelumnya diketahui bahwa untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan Informed Consent mutlak diperlukan. Pemberian persetujuan oleh klien dilakukan setelah penyampaian informasi oleh perawat. Terdapat beberapa kelompok klien yang tidak memerlukan informasi untuk pelaksanaan tindakan pelayanan. Kekuatan mengikat suatu perjanjian sangat kuat dan tak dapat dibatalkan secara sepihak dalam keadaan bagaimanapun. Tapi dalam Informed Consent, jika pihak klien membatalkan perjanjian secara sepihak, pihak tenaga kesehatan termasuk perawat tidak dapat berbuat apa-apa.

Dalam keadaan darurat di mana klien dalam keadaan tidak sadar, tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuannya dan penundaan tindakan akan berakibat fatal, maka Informed Consent tidak lagi diperlukan. Dalam situasi seperti itu, penundaan tindakan hanya karena menunggu persetujuan dan kemudian berakibat fatal, bahkan dapat dijadikan dasar untuk menuntut perawat karena kelalaian.

---

# TANGGUNG JAWAB TENAGA KESEHATAN

Oleh: Indar

### A. PENGATURAN TENTANG TENAGA KESEHATAN PADA UMUMNYA

**T**enaga 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 6 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

Menurut Pasal 11 ayat (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 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 keterampilan fisik;
- j. tenaga keteknisian medis;
- k. tenaga teknik biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lain

Dari kedua peraturan yang mengatur tenaga kesehatan tidak memberikan batasan tentang profesi kesehatan. Namun demikian dari sekian jenis tenaga kesehatan menurut PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdapat beberapa diantaranya yang dikategorikan sebagai profesi kesehatan. Ini tentu berangkat dari pengertian profesi yang telah dibahas pada bab tentang profesi dan kode etik. Dengan kata lain, tidak semua tenaga kesehatan yang disebutkan oleh kedua ketentuan mengenai tenaga kesehatan termasuk sebagai profesi kesehatan.

Menurut hemat penulis hanya tenaga medis, tenaga keperawatan, dan sebagian dari tenaga kefarmasian yang dapat disebut tenaga kesehatan. Adapun tenaga kesehatan masyarakat misalnya sementara dalam upaya menjadikan sebagai profesi. Etika, kode etik, organisasi Di dalam menjalankan tugasnya tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi umum, harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak penggunaan pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional (Pasal 22 jo Pasal 24 UUK No. 36 Tahun 2009. Pasal 27 ayat 1 Undang Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapat imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai profesinya. Sedangkan ayat (2) pasal ini tercantum bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan

pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki. Selanjutnya pasal 28 ayat (1) UUK menyebutkan bahwa untuk kepentingan hukum tentang kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya yang ditanggung oleh negara.

Selanjut Pasal 29 UU No. 36 Tahun 2009 menegaskan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Penjelasan pasal menyatakan bahwa mediasi dilakukan bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan. Mediasi bertujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak.

Jika dilihat dari perspektif hukum kesehatan, dalam pelayanan kesehatan hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien didasarkan hukum perjanjian khususnya perjanjian usaha (*resuult verbintenis*). Dalam kaitan dengan upaya mediasi untuk penyelesaian sengketa, hemat penulis sengketa yang dimaksud adalah sengketa privat. Sengketa ini memang berada dalam ranah hukum perjanjian yang berkaitan dengan tuntutan ganti rugi. Artinya, bahwa dalam sengketa publik *in casu* tuntutan pidana tentunya mediasi tidak dapat dilakukan mengingat salah satu karakteristik hukum pidana tidak dapat dilakukan kompromi.

Selanjutnya Pasal 58 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 menegaskan bahwa setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan. Namun tuntutan ganti rugi ini menurut ayat (2) tidak dapat dilakukan terhadap tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.

## **B. KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB HUKUM TENAGA KESEHATAN**

### **1. Kewenangan Tenaga Kesehatan**

Dalam UUK No. 36 Tahun 2009 pasal 23 ayat (1) disebutkan dengan tegas tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Ayat (2) pasal ini menegaskan kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian masing-masing. Penjelasan pasal ini menyatakan bahwa kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikannya setelah melalui proses registrasi dan pemberian izin dari pemerintah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dengan demikian dalam UUK tidak ditemukan apa itu kewenangan. Begitu pula dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan tidak dibahas pengertian kewenangan. Walaupun sesungguhnya pembahasan mengenai kewenangan tenaga kesehatan tidak dapat dilepaskan dari pengertian tenaga kesehatan. Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tenaga kesehatan memerlukan **kewenangan** (koersif penulis). Dari rumusan ini tampak bahwa kewenangan menjadi landasan berpijak dalam melakukan upaya kesehatan bagi tenaga kesehatan termasuk dokter dan perawat. Dengan demikian maka kewenangan mengandung makna kekuasaan untuk bertindak dan melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang telah digariskan oleh peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan wewenang kalau dicermati dapat dikatakan sebagai refleksi dari hubungan hukum yang timbul dari pelayanan kesehatan antara tiap jenis tenaga kesehatan dengan pasien. Dalam setiap hubungan hukum termasuk hubungan hukum antara tenaga kesehatan dengan pasien mengandung hak dan kewajiban masing-masing pihak. Hak memberikan

kenikmatan dan keleluasaan kepada individu untuk melaksanakannya, sedangkan kewajiban memberikan beban dan pembatasan kepada individu untuk melaksanakannya. Oleh karena itu, konkretisasi dari hukum menjadi hak dan kewajiban terjadi dengan perantara kejadian, keadaan atau perbuatan orang yang oleh hukum dihubungkan dengan akibat.

## **2. Tanggung jawab Etik Tenaga Kesehatan**

Apabila pengertian hakikat etika dikaitkan dengan dengan pengertian profesi, maka etika profesi merupakan sekelompok prinsip-prinsip etika yang dirumuskan oleh kelompok-kelompok itu sendiri khususnya dalam fungsi sebagai pedoman, penuntun dalam berperilaku. Dengan etika profesi menjadi landasan bagi profesi yang bersangkutan dalam menjalankan tugas profesinya. Dengan demikian, sebagai suatu profesi maka adanya etika profesi mutlak dipersyaratkan. Etika profesi ini dituangkan ke dalam suatu Kode Etik profesi.

Kode etik suatu profesi adalah berupa norma-norma yang harus dipatuhi oleh setiap anggota profesi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugas profesinya dan dalam hidupnya di masyarakat. 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.

Dalam perspektif hukum tentang keperawatan maka tanggung jawab didasarkan pada kode etik keperawatan. Jika terjadi konflik yang berkaitan pengamalan etik keperawatan akan diselesaikan melalui Majelis Kehormatan Profesi Keperawatan.

Dalam Undang Prraktik Keperawatan No. 38 Tahun 2014 majelis ini disebut sebagai Konsil Keperawatan Indonesia yang bertugas memeriksa, mengadili, dan memutuskan konflik yang terjadidalam hal ini.

### **3. Tanggung jawab Profesi Tenaga Kesehatan**

Para pengemban profesi di dalam menjalankan tugas profesinya berlandaskan pada kemampuan berupa pengetahuan, keterampilan maupun sikap profesionalnya (*knowledge, skill, and personal attitude*). Kemampuan ini harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat.

Tenaga kesehatan dalam hubungan dengan ketentuan pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan membawa konsekuensi profesional dari tindakan yang telah dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun pihak lain yang bukan tenaga kesehatan berlandaskan kepada keahlian dan kewenangannya.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, baik secara kuantitatif maupun kualitatif akan ditentukan oleh kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan. Dengan demikian, maka mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tersedianya tenaga kesehatan dari pemanfaatannya yang diarahkan melalui proses interaksi dan prosedur tertentu, sehingga menghasilkan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pasien.

Pelaksanaan wewenang kalau dicermati dapat dikatakan sebagai refleksi dari hubungan hukum yang timbul dari pelayanan kesehatan antara tiap jenis tenaga kesehatan dengan pasien. Dalam setiap hubungan hukum termasuk hubungan hukum antara tenaga kesehatan dengan pasien mengandung hak dan kewajiban masing-masing pihak. Hak memberikan kenikmatan dan keleluasaan kepada individu untuk melaksanakannya,

sedangkan kewajiban memberikan beban dan pembatasan kepada individu untuk melaksanakannya. Oleh karena itu, konkretisasi dari hukum menjadi hak dan kewajiban terjadi dengan perantara kejadian, keadaan atau perbuatan orang yang oleh hukum dihubungkan dengan akibat. Adapun hak dan kewajiban tenaga kesehatan menurut UUK No.36 tahun 2009

1. Pasal 24 ayat (1): " Tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan kesehatan, dan standar prosedur operasional."
2. Pasal 27 ayat (1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Ayat (2) pasal ini tenaga kesehatan dalam melaksanakan berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.
3. Pasal 28 ayat (1) Untuk kepentingan hukum tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya yang ditanggung oleh negara.
4. Pasal 29 menegaskan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui medisi.

Ketentuan pasal 24, pasal 27, pasal 28, dan pasal 29 menunjukkan sesungguhnya UUK secara tegas mengatur tentang hak dan kewajiban tenaga kesehatan termasuk perawat. Namun bila dicermati, ketentuan di atas tidak secara eksplisit menyebutkan dengan jelas hak pengguna pelayanan kesehatan, hak memperoleh perlindungan hukum, kewajiban melakukan pemeriksaan kesehatan bagi tenaga kesehatan.

Selanjutnya, pertanggungjawaban tenaga kesehatan dapat dimintakan apabila melakukan kelalaian dalam menjalankan

tugasnya harus diselesaikan terlebih dahulu dengan mediasi. Mediasi dilakukan bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan. Ini dilakukan dengan tujuan menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak.

Penjelasan tentang hak dapat ditelaah dari sudut peranan atau fungsi yang dilakukan oleh seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Apabila peranan atau kegunaan diri itu ditujukan bagi dirinya sendiri inilah yang disebut hak. Di samping itu, pengertian hak adalah suatu peranan yang boleh dilakukan dan boleh juga tidak dilakukan. Sebaliknya, pengertian kewajiban dapat dilihat sebagai peranan yang ditujukan bagi orang lain, atau kewajiban adalah suatu peranan yang harus dilakukan atau harus tidak dilakukan (Wiradharma, 1999: 33). Dari perumusan hak ini, jika seorang pemilik hak ingin menegakkan haknya, itu sangat tergantung kepada yang bersangkutan.

Jika yang bersangkutan ingin menegakkan haknya maka ia dengan sendirinya dilindungi oleh hukum. Sebab hak adalah kepentingan yang dilindungi oleh hukum, sedangkan kepentingan adalah tuntutan perorangan atau kelompok yang diharapkan untuk dipenuhi. Kepentingan pada hakikatnya mengandung kekuasaan yang dijamin dan dilindungi oleh hukum dalam melaksanakannya. Apa yang dinamakan hak itu sah karena dilindungi oleh sistem hukum. Pemegang hak melaksanakan kehendaknya itu diarahkan untuk memuaskan (Mertokusumo, 1991:41). Atas dasar ini pelaksanaan hak-hak pasien atas pelayanan kesehatan perlu mendapat jaminan dan perlindungan hukum.

Adanya prioritas pertimbangan hak pasien demikian itu pada dasarnya mengacu pada hakikat pelayanan kesehatan yang berlandaskan pada hubungan terapeutik yang menghasilkan

perikatan antara dokter sebagai penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*). Dari perikatan ini kemudian muncul hak dan kewajiban masing-masing pihak. Atas dasar ini maka merupakan kewajiban tenaga kesehatan untuk tetap mempertimbangkan hak-hak pasien dalam menjalankan tugasnya.

Pertimbangan hak-hak pasien sebelum melakukan tindakan sesungguhnya merupakan konsekuensi hukum dari masing-masing pihak sebagai refleksi dari unsur itikad baik dalam melaksanakan perjanjian guna mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan (Pasal 1338 ayat 3 KUHPerdara).

Dalam literatur pengertian kewenangan dapat berarti kompetensi atau otoritas. Kewenangan dalam arti kompetensi memiliki makna kemampuan (*ability*), sedangkan kewenangan dalam arti otoritas memiliki makna kekuasaan (*power*). Pada dasarnya otoritas seseorang seharusnya dikaitkan dengan kompetensinya. Namun kedua pengertian itu sering dirancukan dengan menggunakan satu kata, yaitu kata “kewenangan”.

Kewenangan dalam arti kompetensi bersumber dari institusi formal yang dibuktikan dengan tanda lulus (ijazah). Sehingga seorang dokter seyogianya merupakan alumni fakultas kedokteran atau dokter gigi seyogianya alumni fakultas kedokteran gigi yang otoritasnya adalah menyangkut tindakan-tindakan medis. Demikian pula, dengan perawat semestinya lulusan perguruan tinggi di bidang keperawatan atau alumni Fakultas Keperawatan yang otoritasnya adalah tindakan-tindakan keperawatan.

Contoh lain tenaga kefarmasian, latar belakang mereka seyogianya minimal lulusan Sekolah Menengah Farmasi atau Perguruan Tinggi di bidang Farmasi, atau alumni Fakultas MIPA. Untuk itu otoritasnya seyogianya meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan distribusi obat, pengelolaan obat, pelayanan



obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.

Kewenangan dalam arti otoritas bersumber dari penguasa di bidang kesehatan dalam hal ini Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan mempunyai kekuasaan hukum untuk mengatur segala aspek kesehatan di Indonesia, termasuk pemberian kewenangan yang telah jelas adalah pemberian izin praktik, di mana untuk memperoleh izin tersebut harus dipenuhi kompetensi di bidang kedokteran yang dibuktikan dengan ijazah dokter.

Dalam praktik pelayanan kesehatan sering terjadi adanya pembagian dan pengalihan kewenangan. Misalnya seorang dokter meminta perawat untuk melakukan penyuntikan pada pasien atau seorang dokter umum melakukan rujukan pada dokter spesialis. Perlu ditekankan di sini bahwa jenis kewenangan yang dapat dialihkan adalah kewenangan dalam arti otoritas (kewenangan untuk bertindak), karena kemampuan seseorang tidak dapat dialihkan.

Pengalihan kewenangan dapat berupa pelimpahan kewenangan atau penyerahan kewenangan. Pada pelimpahan kewenangan (pendelegasian kewenangan), penerima kewenangan hanya dapat bertindak atau membuat kebijakan berdasarkan pendelegasian yang diberikan. Jenis tindakan yang didelegasikan pada pihak lain adalah tindakan yang masih dalam lingkup kewenangan pihak penerima delegasi tersebut. Dalam hal demikian, tanggung jawab terletak pada pihak penerima delegasi yang bersangkutan. Akan tetapi bila tindakan yang didelegasikan adalah di luar lingkup kewenangan pihak penerima delegasi maka pihak pemberi delegasi yang tetap bertanggungjawab atas segala akibat yang timbul. Sedangkan pada penyerahan kewenangan, penerima kewenangan dapat membuat kebijakan sendiri dan bertanggungjawab atas konsekuensi kebijakan tersebut.

#### 4. Tanggung jawab Hukum Tenaga Kesehatan

Tanggung jawab dalam bahasa Inggris ditemui dengan istilah *Responsibility*, *Liability*, dan *Accountability*. Ketiga istilah ini bila diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia memiliki pengertian yang tidak berbeda. Namun dalam bahasa Inggris tampak bahwa ketiganya berada dalam pengertian yang berlainan. *Responsibility* yang dalam kota kata bahasa Indonesia diterima dengan istilah *Responsibilitas*, *Liability* dengan *Libilitas*, dan *Accountability* dengan *Akuntabilitas*. *Responsibilitas* (*responsibility*) mengarah kepada pengertian yang lebih luas misalnya dalam hubungan moral, politik, religius, dan sebagainya.

Sedang *liabilitas* (*liability*) pengertiannya lebih bersifat legalistik (Siahaan, 1987:1999). Adapun *akuntabilitas* dalam percakapan sehari-hari lebih mengarah pada urusan keuangan. Dalam bahasan selanjutnya, istilah tanggung jawab dikaitkan dengan istilah *liabilitas* (*liability*) dan *responsibilitas* (*responsibility*).

Dalam kamus, tanggung jawab itu dinyatakan sebagai: *“Responsibility is a having the character of a free moral agent, capable of determining one’s own acts, capable of deterred of consideration of sanction or consequences”*.

Definisi ini memberikan pengertian yang dititikberatkan pada (Salam, 1997: 28):

1. Harus ada kesanggupan untuk menetapkan sikap terhadap sesuatu perbuatan.
2. Harus ada kesanggupan untuk memikul risiko dari suatu perbuatan.

Secara sederhana menurut penulis tanggung jawab adalah kesiediaan dan kesanggupan untuk menerima dan menanggung segala konsekuensi hukum dari segala tindakan dan akibat tindakan yang telah dilakukan. Dengan demikian, tanggung-jawab itu muncul sejak tindakan itu dimulai sampai selesainya tindakan.

Dalam hubungan dengan ketentuan pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan membawa konsekuensi hukum dari tindakan yang telah dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun pihak lain yang bukan tenaga kesehatan berlandaskan kepada keahlian dan kewenangannya.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, baik secara kuantitatif maupun kualitatif akan ditentukan oleh kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan. Dengan demikian, maka mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tersedianya tenaga kesehatan dari pemanfaatannya yang diarahkan melalui proses interaksi dan prosedur tertentu, sehingga menghasilkan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pasien.

Banyaknya tenaga kesehatan untuk masing-masing kategori tenaga kesehatan ditentukan oleh jumlah kapasitas tempat tidur yang dimiliki oleh rumah sakit. Rasio antara jenis tenaga kesehatan 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

Type RS	TM/TT	TPP/TT	TNMP/TT	TNP
A & B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	¾
D	1/15	½	1/6	2/3

Di mana

- TM : Tenaga Medis
- TPP : Tenaga Paramedis Perawatan
- TNMP : Tenaga Non Medis Perawatan
- TNP : Tenaga Perawatan
- TT : Tempat Tidur

Berkaitan dengan pelayanan kesehatan maka seorang tenaga kesehatan harus tetap bertindak dalam wewenangnya, jika ia merasa tidak mampu, ia harus mengundang ahli atau mengi-

rimkan pasien yang bersangkutan kepada seorang ahli (Leenen dan Lamintang, 1981:38). Oleh karena itu, dalam pelayanan kesehatan sering terjadi adanya pengalihan kewenangan. Pengalihan kewenangan dapat berupa pelimpahan kewenangan atau penyerahan kewenangan. Pada pelimpahan kewenangan (pendelegasian kewenangan), penerima kewenangan tidak dapat membuat kebijakan sendiri, selain dari apa yang didelegasikan tetapi tanggung jawab masih ada pada pemberi kewenangan.

Selain wewenang yang dimiliki, tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya harus menaati prosedur pelayanan kesehatan berupa pelaksanaan persetujuan tindakan medis dan standar pelayanan medis. Sebab, tanpa persetujuan tindakan medis dan penerapan standar pelayanan medis, maka penyelenggaraan pelayanan takkan terlaksana. Persetujuan tindakan medis merupakan persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

Suatu persetujuan tindakan medis (informed consent) oleh Paul S. Appelbaum, Charles W. Lidz and Alan Meisel (Soekanto, 1990:19) merupakan: “ . . . . . *legal rules that prescribe behaviors for physicians in their interaction with patient and provide for penalties, under given circumstances, if physicians deviate from those expectations; to ethical doctrine, rooted in our society's cherished value of autonomy, that insures to patient their right of self determination when medical decisions need to be made; and to an interpersonal process whereby physicians . . . interact with patients to select an appropriate course of medical care*”.

Sehubungan dengan kewajiban dokter untuk memberikan informasi kepada pasien, Thiroux (Veronica, 1999:62-63) mengemukakan berbagai argumen tentang pemberitahuan atau penyampaian kebenaran dalam dunia kedokteran yang didasarkan pada

1. Pandangan paternalisme. (a) Karena pasien tidak mempunyai pendidikan medis, sehingga tidak mengerti apa yang dikatakan dokter kepadanya, maka pasien cukup hanya mengetahui bahwa kenyataannya dokter sedang melakukan upaya maksimal untuknya. (b) Lebih baik tidak diberitahukan keadaan yang sebenarnya, terlebih jika hal tersebut merupakan kabar buruk, agar tidak mengganggu atau memengaruhi semangat dan kemauan pasien untuk sembuh atau kemauannya untuk hidup. (c) Tidak ada gunanya memberi kabar buruk kepadanya, karena jika seandainya prognosis menunjukkan bahwa pasien itu akan meninggal, bukankah pada akhirnya pasien itu akan meninggal. Oleh sebab itu, sebaiknya pasien dibiarkan menjalankan dan menikmati sisa hidupnya sebahagia mungkin. (d) Lebih baik keluarga pasien diberitahu, tetapi jangan memberitahu pasien karena pasien ingin dilindungi terhadap kabar buruk.
2. Pandangan individualisme. (a) Karena yang dipermasalahkan adalah tubuh dan jiwa pasien, maka hanya pasien yang berhak untuk mengetahui dan diberitahu seluruh informasi mengenai dirinya. (b) Lebih mudah bagi dokter mengobati pasien yang sadar tentang keadaan dirinya, terlebih jika dokter sendiri dan atau keluarganya tidak harus berpura-pura seolah-olah penyakit atau cedera yang diderita pasien itu tidak serius, atau bahwa pasien tidak akan meninggal. (c) Pasien seringkali marah kepada dokter karena tidak diberitahu terlebih dahulu tentang efek samping, atau hak-hak yang menyakitkan dan gangguan-gangguan perasaan akibat suatu pengobatan.
3. Pandangan moderat, diperlukan pengungkapan informasi yang memadai kepada pasien jika pasien mau mengetahui keadaan yang sebenarnya, atau sudah dalam taraf mau mengetahuinya. Pasien ditempatkan sebagai pengendali dalam menentukan informasi yang seharusnya diterima

dari pelayanan medis. Dalam kaitan ini beberapa aspek yang harus diperhatikan (a) Mendengarkan pasien dengan saksama serta memperhatikan apa sebenarnya yang ingin diketahuinya atau hal yang dicoba untuk ditanyakan. (b) Jangan menghindar dari pertanyaan yang mendesak, terus terang atau langsung, melainkan jawablah dengan jujur tetapi tidak kasar. (c) Jangan paksakan informasi untuk diterima apabila pasien belum siap untuk mendengar, hanya karena dokter sudah siap untuk membicarakannya atau terlalu sibuk untuk menunggu sampai pasien siap. (d) Jangan menghindari kebenaran dengan menggunakan bahasan teknis atau media atau omong kosong tetapi sebaliknya harus berusaha menjelaskan segala sesuatu yang ingin diketahui oleh pasien dalam isitilah awam atau bahasa sehari-hari. (e) Menyadari bahwa penjelasan atau jawaban mungkin harus diberikan secara bertahap atau lebih dari satu kali. Manusia memang selalu ingin melindungi diri terhadap kejutan yang disebabkan oleh kabar buruk dengan cara tidak mendengarkan dengan benar mengenai sesuatu yang dikatakan kepadanya. (f) Kebenaran selalu diberitahukan dengan jelas, hati-hati dan manusiawi, jangan sekali-kali kasar, dingin, tanpa memberi harapan atau tanpa rasa kasihan. (g) Jangan sekali-kali meninggalkan pasien serta keluarganya tanpa memberi harapan sedikit pun. Walaupun hanya dengan jaminan bahwa dokter akan berusaha sekuat tenaga untuk menyembuhkan pasien serta memberikan kenyamanan dan bebas dari kenyerian.

Namun demikian Fred Ameln (1991:44) secara tegas mengemukakan 4 kelompok pasien yang tidak memerlukan informasi yaitu:

1. Jika terapi tidak menghendaki demikian misalnya placebo

2. Jika informasi itu merugikan pasien misalnya penderita penyakit jantung
3. Jika pasien mengidap penyakit jiwa
4. Jika pasien belum dewasa.

Pemenuhan terhadap persetujuan tindakan medis dan standar pelayanan medis termasuk ketentuan untuk meniadakan sifat bertentangan dengan hukum dari tindakan medis. Secara materiel, suatu tindakan medis itu sifatnya tidak bertentangan dengan hukum apabila memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

1. Mempunyai indikasi medis, untuk mencapai suatu tujuan yang konkret.
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 medis

Standar pelayanan medis adalah ukuran atau kriteria dari tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Terdapat beberapa pengertian standar antara lain:

1. Tingkat *performance* atau keadaan yang dapat diterima seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat *performance* atau kondisi tersebut.
2. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
3. Ukuran atau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
4. 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:

1. Menjelaskan apa yang harus dicapai
2. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai
3. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memenuhi beberapa hal penting yaitu:

1. Dapat diukur (*measurable*)
2. Dapat dipercaya (*realistic*)
3. Semestinya (*appropriate*)
4. Sesuai keinginan dan dapat diterima (*desirable and acceptable*)

Standar dalam pelayanan medis banyak macamnya. Jika ditinjau 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*) yaitu 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:
    1. Garis besar kebijakan (*policy*) yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya.



2. Struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.
3. 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 process*) proses yang dimaksudkan di sini dibedakan atas dua macam yaitu:
  1. Tindakan medis (*Medical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.
  2. 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 diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. 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 medis (*medical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medis..
- b. Penampilan aspek non medis (*nonmedical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan non-medis.

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

Leenen (1991) merumuskan standar profesi medis sebagai berikut:

1. Tindakan yang teliti dan hati-hati  
Setiap anggota masyarakat, termasuk dokter harus menaati 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 medis  
Standar 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 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 proporsionalitas

Dilihat dari keseimbangan antara sarana upaya yang dilakukan dengan tujuan konkret yang ingin dicapai. Sehingga tidak timbul suatu upaya yang dilakukan terkesan sebagai suatu bentuk dari *defensive medicine* dalam arti negatif maupun positif.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa standar pelayanan (termasuk kode etik dan peraturan perundang undangan di bidang kesehatan) sangat berperan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, karena merupakan pedoman bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya secara baik. Ia menjadi tolok ukur bagi tenaga kesehatan dan menjadi salah satu dasar pertanggungjawaban yang dapat dikenakan kepada para tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya.

Selain pemberian persetujuan, pasien juga berhak mendapatkan rekam medis yang merupakan sarana yang mengandung informasi tentang penyakit dan pengobatannya. Tidak adanya catatan dalam rekam medis dianggap bahwa tidak ada bukti dilakukannya suatu aktivitas pelayanan kesehatan. Dalam kasus *Dale vs Munthale 1977* (Soekanto dan Herkutanto:1987) dijelaskan: *“it is unfortune that the defendand did not make careful notes. This was a routine house call him and he did not hear of the death until notified..... some months later. The plaintiff’s memory*

*of the event leading up to her husband's death would, of course, be sharpened by the impact of his death. In retrospect this was not just a routine house call to her and I think she would tend to remember every detail of what occurred".*

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

1. Menghormati pasien.
2. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
3. Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan.
4. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
5. Membuat dan memelihara rekam medis.

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 berhak atas tuntutan ganti rugi atas kejadian tersebut.

Pada negara Anglo Saxon telah diberikan tolok ukur dari kelalaian yang dikenal sebagai 4 D dari Negligence (Guwandi, 1994:30) yaitu:

1. Kewajiban (*Duty*)
2. Pelanggaran terhadap kewajiban (*Derelection of that duty*)
3. Penyebab langsung (*Direct causation*)
4. Kerugian (*Damage*)

Terdapat lima lima D implikasi dari terjadinya malpraktik yaitu:

1. Perkembangan penyakit (*Diseases*)
2. Kecacatan (*Disability*)

3. Kematian (*Death*)
4. Ketidaknyamanan (*Discomfort*)
5. Ketidakpuasan (*Dissatisfaction*)

Dokter dan tenaga kesehatan lainnya termasuk perawat yang diadukan dapat mengajukan pembelaan:

1. *Absence of duty, tidak ada kewajiban atau tidak terjadi hubungan dokter pasien*
2. *Absence of dereliction of duty, tidak pelanggaran atau penyimpangan dari Standard of Care*
3. *Absence of direct causation, kerugian yang ditimbulkan adalah "foreseeable".*
4. *Contributory negligence*

# TANGGUNG JAWAB HUKUM RUMAH SAKIT

Oleh: Indar

### A. PELAYANAN KESEHATAN

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 warga negara 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 Taririfs on Trade (GATTs)* 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 dikuasai 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).

Secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah:

“Setiap pelayanan atau program yang ditujukan pada perorangan atau masyarakat dan dilaksanakan secara perseorangan atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi dengan tujuan untuk memelihara atau meningkatkan derajat kesehatan yang dipunyai” (Azwar, 1996).

Pelayanan kesehatan menurut Benyamin Lumenta (1989, 15) adalah kegiatan makro sosial yang berlaku antara pranata atau lembaga dengan suatu populasi tertentu, masyarakat atau komunitas. Pelayanan kesehatan mempunyai cakupan yang amat luas, yaitu keseluruhan masyarakat.

Bila pengertian tersebut di atas dikaitkan dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 1982 sebagai suatu sistem, maka upaya kesehatan merupakan sub-sistem di mana rumah sakit adalah salah satu bagian dari sub-sistem ini. Upaya kesehatan

merupakan proses dari SKN ini dapat dilaksanakan dalam berbagai bentuk pelaksanaan kesehatan, yang ditentukan oleh jenis kebutuhan dan kemampuan sesuai dengan tahap perkembangan masyarakat dan bangsa.

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 perumahsakitian.

Rumah sakit menurut WHO adalah suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk 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.

Pasal 13 Permenkes RI di atas memberikan klasifikasi rumah sakit sebagai berikut:

- (1) Rumah Sakit Umum Pemerintah terdiri atas



- a. Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan sub-spesialistik luas.
  - b. Kelas BII mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan sub-spesialistik terbatas
  - c. Kelas BI mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik sekurang-kurangnya 11 jenis spesialisik.
  - d. Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik sekurang-kurangnya spesialisik 4 dasar lengkap
  - e. Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medis dasar.
- (2) Rumah sakit Kelas A dan Kelas BII dapat berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

Setiap rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosialnya dengan antara lain menyediakan fasilitas untuk merawat penderita yang tidak atau kurang mampu untuk:

- a. Rumah sakit pemerintah sekurang-kurangnya 75% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia
- b. Rumah sakit swasta sekurang-kurangnya 25% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia (pasal 25).

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 18 Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan

1. jenis pelayanan dan
2. pengelolaannya.

Pasal 19 (1) Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam

1. Rumah Sakit Umum dan
2. Rumah Sakit Khusus.

Ayat (2) pasal ini menetapkan Rumah Sakit Umum

sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. (3) Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Pasal 20 ayat (1) menetapkan berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat. Pada ayat (2) pasal ini menyebutkan Rumah Sakit publik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

Pasal 20 ayat (3) menetapkan Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ayat (4) pasal ini menyebutkan bahwa Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

Pasal 21 Rumah Sakit privat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Pasal 22 (1) Rumah Sakit dapat ditetapkan menjadi Rumah Sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan. (2) Rumah Sakit pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang membidangi urusan pendidikan.

Pasal 23 (1) Rumah Sakit pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 merupakan Rumah Sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. (2)

Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Pendidikan dapat dibentuk Jejaring Rumah Sakit Pendidikan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Rumah Sakit pendidikan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedua Klasifikasi Pasal 24 (1) Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

Ayat (2) pasal ini Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

- a. Rumah Sakit umum kelas A;
- b. Rumah Sakit umum kelas B
- c. Rumah Sakit umum kelas C;
- d. Rumah Sakit umum kelas D.

Ayat (3) pasal ini menegaskan Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

- a. Rumah Sakit khusus kelas A;
- b. Rumah Sakit khusus kelas B;
- c. Rumah Sakit khusus kelas C.

Ayat (4) pasal ini menetapkan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai klasifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

## B. 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 satu pun tindakan yang diperkenankan melanggar atau bertentangan dengan hukum yang berlaku. Hubungan profesional dalam bentuk pelayanan kesehatan pun tetap berada dalam lingkup pengertian ini.

Apabila kita tinjau 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 mencapai 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 warga negara 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 kita 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. Yakni bahwa 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 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 di bidang kesehatan.
2. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh 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 bertanggungjawab. Serta Pasal 8 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data 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 gang-

guan 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-tingginya merupakan 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 upaya kesehatan 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 masyarakat, termasuk fakir miskin, orang telantar 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 materiel 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 bertanggungjawab atas kesalahan atau kelalaiannya dalam melaksanakan 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. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 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 perawat 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. Stndar profesi adalah pedoman yang dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik.

Standar profesi kesehatan menurut Leenen dalam bukunya "Gezondheidszorgen Echt" mengatakan bahwa formula dari norma standar profesi tenaga kesehatan adalah bertindak secara

sama dengan cara yang secara proporsional 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 medis antara dokter dan pasien terjadi

suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Perjanjian antara dokter dan pasien dalam persetujuan tindakan medis adalah perjanjian daya upaya/usaha yang maksimal (*inspanning verbitennis*).

Dari perjanjian ini dokter harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya, mengerahkan segenap kemampuannya, keterampilannya, ilmu pengetahuannya untuk menyembuhkan pasien. dokter harus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar pelayanan medis, 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 perawat pasien tersebut.

Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 menyebutkan persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien dan atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

Selanjutnya pasal 2 Permenkes di atas menetapkan bahwa semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien **harus** (koersif dari penulis) mendapat persetujuan tindakan medis. Persetujuan dapat diberikan dalam bentuk lisan maupun tertulis. Setiap tindakan medis 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 medis merupakan prosedur dalam pelayanan kesehatan yang merupakan suatu keharusan untuk dilakukan. Dokter yang melakukan tindakan medis 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. Surat KEPMENKES RI No. 032/Birhup/ 1972 tentang Referral System

Konsep tentang rujukan secara historis peletak dasarnya seorang dokter unani pada abad V yang bernama Hipokrates dalam sumpahnya yang kemudian mengilhami banyak orang yang berkarya dalam bidang medis. Sumpah 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 tanggung jawab secara timbal balik mengenai masalah kesehatan baik di tingkat vertikal maupun horizontal dan tentang wilayah rujukan pelayanan kesehatan ditetapkan dalam pasal 5 sebagai berikut:

- (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 penderitaan 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 Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit Pasal 24 menetapkan sebagai berikut:

- (1) Pelaksanaan rujukan 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 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. Surat Kepts. Menkes RI 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 medis (**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 medis adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan.

## **7. Permenkes No. 259 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 yang berlaku. 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.

## **C. TUJUAN, MANFAAT, DAN STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN**

Dalam UUK 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 kata lain, 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 konkret dari sistem pelayanan kesehatan yang ditunjang dengan peraturan hukum yang dapat menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat bagi setiap orang yang memerlukannya.

#### **D. 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 bantuan 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 dinikmati 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 bantuan 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 bertanggungjawab atas hasil pekerjaan bawahan atau pekerja apabila pekerjaan tersebut dilakukan untuk memenuhi kepentingan atasan atau majikan. Oleh karena lembaga-lembaga bantuan bukan merupakan organisasi yang bertujuan mencari keuntungan, maka rumah sakit tidak dapat dipertanggungjawabkan 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 bertanggungjawab atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan bawahannya baik sebagai status tetap maupun tidak, kecuali bagi mereka yang menjalankan tugas profesi sebagai tamu visitor yang sekarang banyak diselenggarakan 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 bantuan seperti rumah sakit dari tanggung jawab itu. Pemberian bantuan 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. Mengingat 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 tanggungjawab hukum rumah sakit. Harold I. 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 bertanggungjawab 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 bertanggungjawab 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 duties*).
2. Pelanggaran kewajiban rumah sakit (*a violation of hospital's duties*). Rumah sakit bertanggungjawab 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 dasarnya 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, antidiskriminasi, 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 melayani 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. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (hospital by laws)
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

(2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:

- a. Teguran
- b. Teguran 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 klasifikasi rumah sakit
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan renumerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- c. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan
- d. Meneriam bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan
- g. Mempromosikan pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan
- h. Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

Selanjutnya Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit menetapkan kewajiban dan hak pasien. Pasal 31 undang-undang ini menyebutkan 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 informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah 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 keinginannya 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 medis, 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 dalam perawatan di rumah sakit.
- o. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya.
- p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
- q. Menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak 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 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.

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 bertanggungjawab 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 Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 menyebutkan “Rumah sakit bertanggungjawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan oleh kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit”. Kalau dicermati pasal ini menunjukkan bahwa semua kerugian yang ditanggung rumah sakit karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena kelalaiannya. Tindakan tenaga kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan oleh rumah sakit adalah semua tindakan tenaga kesehatan yang baik yang mengatasnamakan maupun tanpa mengatasnamakan rumah sakit.



Dalam UUK pasal 14 jo pasal 16 disebutkan pemerintah bertanggungjawab untuk meningkatkan derajat 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.

Sumber daya kesehatan, khususnya tenaga kesehatan dan sarana kesehatan berperan dalam pelaksanaan kesehatan. Pelaksanaan 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. Oleh 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 kerahasiaan. 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 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 bertanggungjawab. Pertanggungjawaban 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 pekerjaannya 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 dan sebagainya. Komponen ketiga adalah teknologi meliputi setiap perangkat pelaksanaan yang penting bagi penegakan 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 yang merupakan aparat negara yang melaksanakan hak dan kewajiban, bukan hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban negara sebagai subjek hukum. Hak dan kewajiban tersebut bukanlah hak dan kewajiban aparat melainkan hak dan kewajiban negara sebagai badan hukum publik.

Oleh karena 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. Oleh 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 dimintai pertanggungjawabannya secara pidana.
- e. Rumah sakit (Direktur) dalam hal-hal tertentu dapat dimintakan pertanggungjawaban 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 perumahsakitian 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 sakit terdapat banyak hal yang diputuskan dalam masing-masing tingkat atau bidang. Masing-masing bidang dapat memengaruhi berhasil tidaknya pemberian pelayanan kesehatan. Secara umum dikatakan terdapat suatu multi-managemen 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. Oleh 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 medis penanggungjawabnya

adalah masing-masing tenaga medis di rumah sakit tersebut.

- c. Tanggung jawab bidang keperawatan, penanggung-jawabnya adalah masing-masing perawat, bidan dan para medis 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 bertanggungjawab adalah pihak rumah sakit. Sekali pelayanan kesehatan telah mulai diberikan oleh rumah sakit maka kewajiban untuk menghindari terjadinya kerugian pada pasien dan kewajiban untuk mengambil langkah untuk perlindungan pasien tersebut (Wing, 1989).

Dalam kaitan dengan pertanggungjawaban 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 untuk 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 tempat tidur, kasur, bantal, penerangan, air, fasilitas pencucian, dapur penyediaan makan pasien dan lain-lain. Selain itu tanggung jawab penyediaan peralatan perumahsakit seperti kamar bedah lengkap dengan peralatannya, peralatan rontgen, kamar bersalin, poliklinik, UGD dan lain-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 pada penuntutan hukum.

Dengan demikian, jika dalam suatu tindakan operasi tiba-tiba terjadi pemadaman lampu PLN misalnya, maka rumah sakit bertanggungjawab atas semua kemampuan dan ketersediaan peralatan rumah sakit. Sehingga kejadian ini tidak dikatakan sebagai suatu kecelakaan medis 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 dipersalahkan 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 Budianto dan Syaifuddin tewas pada bulan Maret 2002 karena keracunan CO<sub>2</sub> mestinya pembiusan dengan gas N<sub>2</sub>O. 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 bertanggungjawab terhadap kesalahan profesi apabila sikap dan tindakannya tidak menurut standar profesi sehingga pasien sampai menderita cedera atau meninggal dunia Demikian pula rumah sakit dianggap bertanggungjawab apabila kewajiban memberikan pelayanan yang baik tidak sesuai dengan standar pelayanan medis rumah sakit tersebut. Contoh kasus untuk tanggung jawab berdasarkan kewajiban telah dikemukakan 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 wajib 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 medis para dokter

- (3) Rumah Sakit melaporkan kegiatan 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 anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem 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:

1. Setiap saat memberikan pelayanan.
2. Beranjak dari pendirian dan pandangan bahwa manusia adalah salah satu kesatuan psiko-sosio-somati.
3. Memberi layanan kepada pasien selaku konsumen yang dewasa dan mengakui dan menghormati sepenuhnya hak-haknya.
4. Menjamin diberikannya mutu pelayanan teknik medis yang menunjukkan kemampuan dan keterampilan. Sehubungan dengan itu, perlu dilakukan berbagai tindakan pengawasan dan pengamanannya.
5. Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan yang manusiawi dan dilakukan dengan dedikasi tinggi serta penuh kehati hatian.
6. Diselenggarakan sebagai sebuah lembaga sosial eko-



nomi untuk kepentingan seluruh rakyat yang pada hakikatnya 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 masyarakat setempat. Kebijaksanaan pelayanan rumah sakit harus senantiasa berorientasi kepada kebutuhan masyarakat setempat, dengan memperhatikan antara lain tingkat sosial ekonomi masyarakat, tingkat pendidikan, budaya masyarakat, komposisi 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 akan 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 medis 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 lainnya berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan. Rumah sakit harus menjamin agar koordinasi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat terpelihara. Rumah sakit harus memberi kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilannya.

- e. Kewajiban terhadap lembaga terkait

Rumah sakit harus memelihara hubungan 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 pertanggungjawaban masing-masing hak. Sehubungan dengan kesulitan ini maka tanggung jawab rumah sakit didasarkan pada doktrin-doktrin sebagai berikut:

**1. *Vicarious Liability (Respondent Superior, Let master Answer, Captain of the Ship).***

Prinsip utama tanggung jawab ini adalah atasanlah yang bertanggungjawab 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-petunjuk 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 bertanggungjawab atas segala kesalahan staf maupun perawat bedahnya. Sebab dalam hal demikian perawat tersebut dianggap telah dipinjamkan kepada sang dokter, sehingga kesalahan yang dilakukan staf maupun perawat beralih kepada sang dokter. Jika penanganan pasien secara tim, maka pertanggungjawaban 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 bertanggungjawab, sehingga mereka tidak bisa dianggap sebagai bawahan Prof. Nuboer. Penerapan doktrin *respondent superior* mempunyai dua tujuan pokok (Soekanto, 1987) yaitu:

1. Adanya jaminan bahwa ganti rugi dibayarkan kepada pasien
2. 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 pihak 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 bertanggungjawab atas tindakan dokter tersebut. Doktrin ini tidak berlaku bila pihak rumah sakit seharusnya mengetahui bahwa dokter tersebut bukanlah dokter tetap rumah rumah sakit (Herikutanto 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 tanggung jawab 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 bertanggungjawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan oleh kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit”. Kalau dicermati pasal ini menunjukkan bahwa semua kerugian yang ditanggung rumah sakit karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena kelalaiannya.

Hal ini mengingat Kode Etik Perumhaskitan 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 menaati 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 medis, 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 tanggungjawab 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 permasalahan 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.

Pertanggungjawaban 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 kembali menuntut pihak-pihak yang dianggap bersalah atas timbulnya kejadian yang mendatangkan kerugian pada pasien dan atau keluarganya.

Dokter yang dituntut ganti rugi berdasarkan kesalahan dapat membela diri dengan mengajukan beberapa alasan:

1. Adanya keadaan yang memaksa (*overmacht/force majeure*)
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 medis terdapat beberapa dasar peniadaan kesalahan yaitu:

1. Risiko pengobatan (*risk of treatment*) meliputi: risiko yang melekat (*inherent risk*) reaksi alergik, komplikasi dalam tubuh pasien.
2. Kecelakaan medis (*medical accident*)
3. Kekeliruan penilaian medis (*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 medis dan Standar Pelayanan Medis. Adapun standar pelayanan medis menurut Leenen (Achdiat, 1993:56) yaitu, bekerja dengan teliti dan hati-hati, sesuai dengan ukuran medis, sesuai dengan kemampuan rata-rata dibanding dokter dari kategori keahlian medis yang sama, dalam situasi dan kondisi yang seimbang, dengan sarana dan upaya yang memenuhi perbandingan wajar dibanding dengan tujuan konkret tindakan medis 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 medis dan lain-lain (Ameln, 1991), melainkan harus semuanya dikembalikan kepada pembuktian tentang standar pelayanan medis (SPM) dan persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Pemenuhan terhadap adanya indikasi medis, standar pelayanan medis dan persetujuan tindakan medis merupakan ketentuan untuk meniadakan sifat bertentangan dengan hukum dari suatu tindakan medis.

# DAFTAR PUSTAKA

- Allender, Judith Ann., Rector,Cherie., and Warner, Kristine D..2014. *Community & public Health Nursing. Promoting the Public's Health*. Wolters Kluwer.Lippintcott Williams & Wilkins Philadelphia. Baltimore. New York. London.
- Ali A Zainal. 2002. *Dasar-dasar keperawatan Profesional*. Widya Medika. Yogyakarta
- Andarmoyo, Sulistyو. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu. Yogya
- Azwar. Azrul. 1996. *Pengantar Adminitrasi Kesehatan*. Edisi Kedua. PT Binarupa. Jakarta
- Bass. B.M. 1982. *Stogdill's handbook of leadeship*. New York.
- Budi, Setyo Ilham. 2009. *Modul Pelatihan Pelayanan Keperawatan Keluarga Di Rumah; Manajemen Kasus*. Direktorat bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis Depkes RI. Jakarta
- Budi, Setyo Ilham. 2009. *Modul Pelatihan Pelayanan Keperawatan Keluarga Di Rumah; Asuhan Keperawatan Klien Dengan Masalah Psikososial Dalam Konteks Keluarga Di Rumah*. Direktorat bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal



- Bina Pelayanan Medis Depkes RI. Jakarta
- Budi, Setyo Ilham. 2009. *Modul Pelatihan Pelayanan Keperawatan Keluarga Di Rumah; Askep Ibu Nifas Dengan Infeksi Puerperalis Dalam Konteks Keluarga Di Rumah*. Direktorat bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis Depkes RI. Jakarta.
- Cholil, Muhammad..2011. *Gaya Kepemimpinan Transformasional Berpengaruh Positif Terhadap Kualitas Layanan Perawat*. Disertasi. Fakultas Psikologi UGM. Yogyakarta.
- Darmawan. Deden. 2012. *Buku Ajar. Keperawatan Komunitas*. Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1993. Jakarta. *Petunjuk Pengelolaan Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Depkes RI. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 1996. Jakarta. *Pedoman Pamantauan Penilaian Program Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Depkes RI. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 1997. *Standar Asuhan Keperawatan*. Depkes RI. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*. Depkes RI. Jakarta
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas. Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Ekasari, Mia Fatma, dkk. 2008. *Keperawatan Komunitas Upaya Memandirikan Masyarakat untuk Hidup Sehat*. Jakarta: Trans Info Media.
- MANAJEMEN KESEHATAN\_Teori dan Praktik di Puskesmas
- Fallen, R. & Budi Dwi K, R. 2010. *Keperawatan Komunitas*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Goodman, Richard A..2007. *Law in Public Health Practice*. Oxford. New Yok.
- Handoko, H. 1995. *Manajemen Personalia Dan Sumber Daya*

- Manusia Edisi Ii*. BPFE. Yogyakarta.
- Hidayat A Azis Alimul, Uliyah Musrifatur. 2005. *Kebutuhan Dasar Manusia*. EGC. Jakarta.
- Hunt. Roberta. 2009. *Introduction to Community-Based Nursing*. 4TH. Edition. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia. Baltimore. New York. London.
- Huston., Marguiss., 2000. *Leadership Roles and Management Function in Nursing*. Third Edition. Lippincott. Philadelphia.
- Indar. 2008. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Lembaga Penerbitan Universitas Hasanuddin. Makassar
- Indar. 2014. *Dimensi Etik dan Hukum Keperawatan*. Masagen Press. Makassar.
- Indar. 2014. *Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Ivanov, Luise and Blue. Carolyn L. 2008. *Public Health Nursing. Leadership, Policy & Practice*. Delmar. Cengage. Australia. USA.
- J. Durhaamm and Kafehn. 1990. *Transformational Leadership and Nurse Executive*. Journal Nursing of Administration.
- Kemendes RI Nomor 369/MENKES/SK/II/2007. 2007. *Tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta
- Kepmenkes RI Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005. 2005. *Tentang Pedoman Peraturan internal Staf Medis di RS*. Jakarta
- Kozieer, Dkk. 1991. *Fundamentalis of Nursing, Concepts process and Practice 4<sup>th</sup> ed*. Addison Wesley Publishing Company Inc. California.
- Mardalis. 2010. *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*. Bumi Aksara. Jakarta
- Mendora, Fery. 2012. *Hasil persentasi;Kebjakan Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Diakses Tanggal 17 Februari 2012. Makassar
- Moriguchi, Ikuko. 2011. *Hasil Seminar Kerjasama Internasional Di Bidang Perkesmas Berdasarkan Kegiatan Phc Di Sulsel*

- dan Pengalaman Di Jepang*. Universitas Hasanuddin. Makassar
- Mubarak, Wahit Iqbal & Chayatin Nurul. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Salemba Medika. Jakarta
- Mubarak, Wahit Iqbal, Nurul Chayat.in dan Bambang Adi Santoso. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas. Pengantar dan Teori*. Buku I. Penerbit Salemba Medika. Jakarta.
- Mubarak, Wahit Iqbal, Nurul Chayat.in dan Bambang Adi Santoso. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas. Konsep dan Aplikasi*. Buku II. Penerbit Salemba Medika. Jakarta.
- Mubarak, Wahit Iqbal 2005. *Pengantar Keperawatan Komunitas*. CV. Sagung Seto. Jakarta.
- Nasir, Abdul ., Muhith, Abdul., Sajidin., Muhammad. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan. Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika.
- Nursalam. 2001. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Palutturi, Sukri.. 2014. *Public Health Leadrship. Pustaka Pelajar*. Yogyakarta
- Potter, Patricia A. 1996. *Pengkajian Kesehatan*, EGC. Jakarta
- PPNI. 2001. *Standar Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta
- Priharjo Robert. 2005. *Konsep dan Perspektif Praktik Keperawatan Profesional*. edisi 2. Buku kedokteran, EGC. Jakarta
- Rakernas IPPKI. 2011. *Hasil Persentasi Peran Perkemas Dalam Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat*. Jakarta
- Ramli, Idra & Kusnanto, Hari. 2006. *Pelaksanaan Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat Keluarga Miskin Di Kabupaten Agam*. KMPK. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Rowitz, Louis.2012. *Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat (Public Health Leadership)*. Buku Kedokteran EGC.
- Septino, tien & Hasanbasri, Mubasysyir. 2007. *Evaluasi Proses Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Kabupaten Lima Puluh Kota*. KMPK. Universitas

- Gajah Mada. Yogyakarta
- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan*. Edisi I. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Sitorus Ratna. 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional di RS*. EGC. Jakarta.
- Sulaeman, Endang Sutisna. *Manajemen Kesehatan.\_Teori dan Praktik di Puskesmas*
- Suparmi, Yulia. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia*. PT. Citra Aji Parama. Yogyakarta
- Suprajitno. 2003. *Asuhan Keperawatan; Aplikasi Dalam Praktik*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Tafwidhah, Yuyun Nurachmah, ., Elly., Haryati, Tutik Sri.. 2012. *Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jurnal Keperawatan Indonesia. Vol.15, No. 1. Maret 2012
- Tjahyono Kuncoro. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta
- Wartanah Tarwoto. 2004. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta
- Widianto, Falsalade Candra. 2014. *Keperawatan Komunitas. Dengan Pendekatan Praktis*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Yura H dan Walsh, MB. 1988. *The nursing Process Assess Planning Implementing Evaluating 5<sup>th</sup> ed coun: Appleton dan Large, Norwalk*
- Tahun 2000. *JURNAL: Competency Development in Public Health Leadership*.

# INDEKS

## A

Adam smith 19  
Altankhuyag 8  
altruisme 163  
Anna Marlina Simanungkalit  
261  
Aristoteles 145, 167, 174  
Arrondissementsrechtbank  
Leuwarden 344  
*Assumption of the Sick Role* 23  
A. Stephen L. Issc 221  
Azwar 39, 306, 313, 354

## B

Beauchamp 154  
Benyamin Cordozo 273  
Benyamin Lumenta 313, 340

## C

Casio 34  
Charles W.Lidz and Alan Meisel  
302  
Cicero 202  
Cockerham 340  
Collin 241, 246, 266

## D

Dalmy Iskandar 340  
Davids 183  
De Graaf 151  
De La Bassecour Caan 205  
delik 193  
Dependent Patient Role 24  
De Young 159  
dimensi holistik 28  
dr. Patah 47

dr. Y. Leimena 47

dr. Y. Sulianti 47

## E

Edmin Chadwich 45

Effendy vi, 3, 55, 57, 59, 60,  
96, 98, 202, 355

Egoisme etis 162

Egoisme psikologis 162

Ellis dan Hartley 156

Ether 45

etika 28, 35, 145, 146, 147,  
148, 149, 150, 151, 152,  
153, 155, 156, 157, 160,  
162, 163, 164, 168, 169,  
183, 209, 235, 242, 252,  
294, 334, 348

Etika deskriptif 150

Etika individual 149

Etika kesehatan 155

Etika khusus 149

Etika normatif 150

Etika Normatif 151

Etika sosial 149, 150, 151

Etika umum 149, 151

Etiket 152

eudemisme 163

euthanasia 156, 161, 187,  
277, 348

Evaluasi 93

## F

Farida 8

Florence Nightingale 102, 103

Focus Group Discussion (FGD)  
82

Fred Ameln 148, 281, 283,  
304

Freidom 340

Friedman 4

## G

Gaya Kepemimpinan Auto-  
kratis. 122

Gaya Kepemimpinan Demo-  
kratis 122

Gaya Kepemimpinan Diktator  
122

Gaya Kepemimpinan Santai  
123

George Ritzer 18

Gerechtshof Amsterdam 244

Gubernur Jendral Daendels  
46

Guwandi 159, 188, 198, 199,  
257, 260, 261, 264, 280,  
310, 342

## H

Hamlin 215

Harold L Hirsh 330

Hegel 206

Helen Dupuis 151

Hidayat 16, 356

Hodgetts 34

Hoge Raad 193, 233, 244,  
349, 350

*Home Care* 104

- Hukum Kedokteran xii, 184, 189, 200, 207, 208  
 Hukum Kesehatan 187  
 hukum kesehatan masyarakat 220, 223, 228, 229  
 Hukum publik 180  
 Hukum tata negara 180  
 Hydric 46
- I**
- I.G.M. Brata Ranuh 314  
 Immanuel 161  
 Implementasi keperawatan 86  
 Informant Interview 81  
 Informed consent 81, 261  
 intuisiisme 163
- J**
- Jay Katz 280  
 Jeremi Bentham 161  
 Jf. Childress 167  
 J.G. Holland 172  
 John Hopkins 46  
 John Simon 46  
 Joseph Lister 45
- K**
- kaidah sosial 172  
 Kant 205, 206  
 Kartono Mohammad 284  
 K. Bertens 148  
 Keadilan commutatif 168  
 Keadilan distributif 167  
 Kebebasan ekstensial 166
- Kebebasan sosial 166  
 kedokteran forensik 186, 211, 213  
 kelalaian 193  
 keluarga 59  
 kemandirian klien 272  
 Keperawatan 13  
 kesalahan 192  
 Konferensi Helsinki 189  
 konsep sehat 26
- L**
- Langemeyer 202  
 Leenen 155, 185, 190, 191, 288, 302, 308, 323, 353  
 Lemaire 318, 321  
 Leopold Pospisil 173  
 Lilian Wald 102  
 Lingkungan internal 20  
 lingkungan masyarakat 21
- M**
- Mary Brewster 102  
 Mc.Gregory 118  
 Mechanic 340  
 Medical Care Contact 24  
 Mochtar Kusumaatmadja 175  
 Moh. Basirun Al Umah 6  
 Moral 153
- N**
- Neuman 21, 22  
 Ny. Sulastris 196

## P

paradigma 18  
Paradigma keperawatan 19  
Parson 23  
Paul S. Appelbaum 302  
Pelayanan keperawatan v, vi,  
1, 13, 159  
Pelayanan Kesehatan 34  
pembangunan manusia 41  
Pemimpin kesehatan 133  
pendidikan keperawatan 9, 13,  
70, 239  
Peran perawat 14  
Perawat 156, 238  
Perawat Kesehatan Masyarakat  
v, vi, vii, xi, xii, 3, 5, 6, 8,  
64, 65, 66, 97, 98, 99,  
100, 107, 168, 169, 355  
Perawat Profesional 13  
*Perry and Polder* 164  
Posyandu 47, 48, 215  
proses keperawatan 4  
Purnadi Purbacaraka 320  
Puskesmas 37

## Q

Quad Council 168

## R

Raja Hammurabi 184  
Recovery and Rehabilitation  
24  
Refleksi diskusi kasus 92

Retno 6  
Rice. R, 105  
Robert Friedrichs 18  
Robert R. Miller 172  
Robinson 256  
Ruth B. Freeman 51

## S

Samuel L. Bloom 256  
sehat 21  
Septiyani 6  
Sistem pelayanan kesehatan  
36  
Smith 183  
Socrates 145  
Soekidjo 215  
Soerjono Soekanto 155, 268,  
320  
Solis 256  
Spoken 151  
standar 74  
Standar pelayanan medis 305  
Steven A. Schroeder 221  
Strategi berubah Chin & Benne  
88  
*Surat Permintaan Visum et  
Rivertum* (SPVR) 212  
Survei Mawas Diri 77, 78  
Symptom Experience 23

## T

Tenaga Kesehatan 237  
teori deontologis 161



Teori Ekologi 121  
Teori orang besar 120  
teori Proporsionalitas 206  
teori Retribusi 206  
Teori situasi 121  
Thiroux 154, 258, 302  
Thomas Kuhn 18  
tindak pidana biasa 198  
T.L. Beuschamp 167  
tradisionalisme 163

## U

universalisme 162, 163  
Upaya Kesehatan Masyarakat  
72  
Utilitarianisme 162  
Utrecht 176

## V

van Apeldoorn 175  
van der Mijn 186  
Verbene 320  
Vietnam 42  
Virginia Hendersen 157  
Visi Rencana Strategis 4  
*Visum et rivertum* 213

## W

W. Banning 148  
West Lake Community Hospital  
241, 246, 266  
Williem Marton, 45  
Windshield Survery 81

## Y

Yura dan Walsh 4

## Z

Zoon Politicon 32

## TENTANG PENULIS



**Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes** adalah staf Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, menempuh pendidikan awal di Universitas Hasanuddin Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Administrasi Negara lulusan Tahun 1988 di Makassar, melanjutkan Program Magister di Universitas Airlangga Jurusan Manajemen Kesehatan Tahun 1995 di Surabaya dan Program Doktor di Universitas Hasanuddin Fakultas Kedokteran lulusan Tahun 2016 di Makassar. Saat ini menjabat sebagai Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Baramuli Pinrang. Saat ini aktif di Organisasi Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI) Pusat sebagai Ketua Departemen Bidang Kerja sama.



**Sudirman, SKM,. M.Kes** adalah staf Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Baramuli, menempuh pendidikan awal di STIKES Baramuli Program Studi Kesehatan Masyarakat lulusan Tahun 2010 di Pinrang, melanjutkan Program Magister di Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Gizi Tahun 2017 di Makassar. Saat ini menjabat sebagai Kepala Tata Usaha di STIKES Baramuli dan sebagai Wakil Direktur II Bidang Keuangan dan Kepegawaian di AKBID Haji Amirullah Makassar. Saat ini aktif di Organisasi Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat (PERSAKMI) Pengda Kabupaten Pinrang.



**Nur Inayah Ismaniar, SKM,. M.Kes** adalah staf dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Baramuli, menempuh pendidikan awal di Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan lulusan Tahun 2013 di Makassar, melanjutkan Program Magister di Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan lulusan Tahun 2015 di Makassar.