

PERAWAT, ETIKA DAN DELEGASI TINDAKAN MEDIS

Fransita Merkunita Agliyani Fiah • Agustina
Irhamdi Achmad • Sukini



PERAWAT, ETIKA DAN DELEGASI TINDAKAN MEDIS

Fransita Merkunita Agliyani Fiah, S.Kep., M.Hkes.

Agustina. S.SiT., MKM.

Ns. Irhamdi Achmad, S. Kep., M. Kep.

Dr. Sukini, S.ST., M.HKes.



PERAWAT, ETIKA DAN DELEGASI TINDAKAN MEDIS

Penulis: Fransita Merkunita Agliyani Fiah, S.Kep., M.Hkes.
Agustina, S.SiT., MKM.
Ns. Irhamdi Achmad, S. Kep., M. Kep.
Dr. Sukini, S.ST., M.HKes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7097-45-3

Cetakan Pertama: Februari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin
tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Prakata

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hikmatnya kepada kami sehingga Buku **Perawat, Etika Dan Delegasi Tindakan Medis** ini dapat tersusun. Buku ini dibuat untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan seputar penyelesaian isu-isu dalam dunia kesehatan khususnya keperawatan serta memberikan pemahaman baru tentang pertanggungjawaban hukum dalam menjalankan tugas delegasi.

Sebagai manusia yang menjunjung tinggi prinsip memanusiakan manusia dan mengharapkan keamanan dalam memberikan maupun menerima pelayanan kesehatan maka buku ini ditulis untuk menjadi pedoman untuk keberlangsungan pelayanan kesehatan yang professional sehingga terhindar dari pelanggaran etik maupun malpraktek.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan buku ini terutama kepada orang tua, suami dan anak terkasih. Penulis menyadari bahwa buku ini belum sempurna sehingga diharapkan masukan dari pembaca untuk memperbaiki diri dalam penulisan buku-buku selanjutnya.

Dengan memanjatkan syukur kepada Tuhan, saya persembahkan buku ini untuk semua pembaca.

Kupang, 16 Desember 2024

**Fransita Merkunita Agliyani
Fiah, S.Kep., M.Hkes**

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	iv

BAB 1 ANALISIS PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG DELEGASI

TINDAKAN MEDIS.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Kewenangan Praktik Keperawatan	2
C. Dasar Hukum dalam Penyelenggaraan Praktik Keperawatan	3
D. Kompetensi Perawat.....	3
E. Aspek Hukum Pelaksanaan Delegasi Tindakan Medis	7
F. Penutup	11
Referensi.....	12
Glosarium.....	13

BAB 2 PENYELESAIAN MASALAH TERKAIT HUKUM DAN ETIK DALAM

PELAYANAN KESEHATAN	15
A. Pendahuluan.....	15
B. Pelayanan Kesehatan.....	15
C. Standar dan Perlindungan Hukum di Indonesia	16
D. Etika dan Kode Etik Petugas Layanan Kesehatan.....	16
E. Hukum dan Etik Pelayanan Kesehatan.....	17
F. Permasalahan Hukum dan Etik Pelayanan Kesehatan.....	17
G. Penyelesaian Masalah Kesehatan Berdasarkan Hukum di Indonesia	18
H. Penyelesaian Masalah Kesehatan Melalui Lembaga Profesi Kedokteran.....	18
I. Penyelesaian Sengketa Medis Non Profesi (Litigasi dan Nonlitigasi).....	19
J. Penyelesaian Sengketa Medis Secara Pidana.....	20
K. Penyelesaian Sengketa Medis Secara Administrasi Negara.....	20

L. Penutup	22
Referensi	23
Glosarium	24

BAB 3 PERMASALAHAN ETIK (ISSUE, PROBLEM, BIOETIK) DAN PENYELESAIAN MASALAH ETIK DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KESEHATAN PARU25

A. Pendahuluan.....	25
B. Isu Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru	25
C. Problem Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru	28
D. Bio Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru	32
E. Tahapan Penyelesaian Masalah (Kasus) Etik Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Kesehatan Paru	35
F. Penutup	54
Referensi	55
Glosarium	58

BAB 4 MENGGAGAS MODEL PELIMPAHAN WEWENANG PRAKTEK DOKTER GIGI KEPADA TERAPIS GIGI DAN MULUT DI PUSKESMAS.....59

A. Pendahuluan.....	59
B. Tugas dan Fungsi Terapis Gigi dan Mulut	60
C. Kewenangan	62
D. Pelimpahan Wewenang	64
E. Faktor Penyebab Dokter Gigi Memberikan Pelimpahan Wewenang	67
F. Konsep Pelimpahan Wewenang oleh Dokter Gigi kepada Terapis Gigi dan Mulut secara Tertulis dan Telah Mengikuti Pelatihan.....	71
G. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelimpahan Wewenang dari Dokter Gigi kepada Terapis Gigi dan Mulut di Puskesmas	75
H. Penutup	76

Referensi	77
Glosarium	78
Profil Penulis.....	79

BAB 1

ANALISIS PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG DELEGASI TINDAKAN MEDIS

Fransita M.A Fiah, S.Kep.,M.HKes

A. Pendahuluan

Bangsa Indonesia memiliki cita-cita luhur sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 untuk menjadikan Indonesia menjadi negara yang maju dan sejahtera. Sebagai negara yang maju dan sejahtera, Indonesia harus memiliki Sumber Daya Manusia (SDM) yang baik dan ditunjang oleh kualitas infrastruktur yang memadai. Kedua hal tersebut harus dimiliki oleh Bangsa Indonesia untuk mewujudkan Visi Indonesia Emas 2045. Tahun 2045 merupakan momentum bersejarah, karena Negara Indonesia akan genap berusia 100 tahun atau satu abad.

Keterbatasan tenaga medis (dokter) menimbulkan situasi yang mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan atau melakukan tindakan medis yang bukan wewenangnya. Tindakan tersebut dilakukan dengan atau tanpa adanya pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain termasuk dokter, sehingga dapat menimbulkan permasalahan hukum terkait dengan tanggung jawab yang dibebankan sepikak dan bisa merugikan perawat. Berdasarkan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Rote Ndao Tahun 2019-2024 rasio tenaga medis di Kabupaten Rote Ndao tahun 2014-2018 adalah Pada tahun 2018 rasio dokter spesialis sebesar 1 :79.807 penduduk, rasio dokter umum sebesar 1 : 12.278 penduduk, rasio dokter gigi sebesar 1 : 26.602 penduduk dan secara total rasio tenaga medis 1:7.501 penduduk. Jika mengacu pada target nasional menurut rencana pengembangan tenaga kesehatan tahun 2011-2025, standar rasio dokter spesialis sebesar 1:10.000 penduduk, rasio dokter umum 1:2.500 penduduk dan rasio dokter gigi sebesar 1:1.833 penduduk dan rasio tenaga medis sebesar 1:632 penduduk. Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan mengenal adanya pelimpahan wewenang, yang biasa dikenal dengan delegasi wewenang. Praktik pelimpahan wewenang (delegasi wewenang) tersebut melibatkan komunitas perawat, yang terjadi baik pada pelayanan keperawatan maupun praktik pelayanan kesehatan. Delegasi wewenang tersebut dipahami sebagai pelimpahan dari dokter kepada perawat untuk melaksanakan tugas medis tertentu.

B. Kewenangan Praktik Keperawatan

Keluarga Menurut Kamus Hukum Dictionary Of Law Complete Edition Istilah Legal memiliki makna: Sah menurut Undang-Undang. Secara garis besar legal merujuk kepada segala sesuatu yang sesuai dengan aturan, segala sesuatu yang tidak bertentangan dengan aturan yang berlaku. Istilah legal merujuk pada aturan sebagai acuannya. Untuk menentukan sesuai atau tidaknya tindakan seseorang berpatokan pada aturan yang berlaku. Menjadi seorang perawat professional perlu mengetahui dan memahami setiap peraturan yang menjadi dasar pijakannya agar terhindar dari ancaman hukum maupun kerugian yang akan dialami oleh pasien sebagai akibat seorang perawat yang tidak professional.

Ijin praktik perawat sebagaimana tercantum dalam Pasal 19 dan 20 Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan meliputi:

1. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki izin.
2. Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPP.
3. SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Perawat menjalankan praktiknya.
4. Untuk mendapatkan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), Perawat harus melampirkan:
 - a. Salinan STR yang masih berlaku;
 - b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat; dan
 - c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan. SIPP masih berlaku apabila:
 - a. STR masih berlaku; dan
 - b. Perawat berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPP.

Terkait sebagaimana diatur dalam Pasal 20 SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik. Dan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat. Sedangkan pada Pasal 21 mengharuskan perawat yang melakukan praktik mandiri untuk memasang papan nama Praktik Keperawatan.

Tidak berlakunya SIPP sebagaimana tercantum dalam Pasal 22 apabila:

- a. Dicabut berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. Habis masa berlakunya;
- c. Atas permintaan Perawat; atau
- d. Perawat meninggal dunia.

C. Dasar Hukum dalam Penyelenggaraan Praktik Keperawatan

Sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Pasal 28 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan, dijelaskan tentang bagaimana seharusnya perawat melaksanakan Praktik Keperawatan diantaranya :

1. Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sasarannya.
2. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas
3. Praktik Keperawatan mandiri; dan
4. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
5. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
6. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.
7. Ketentuan lebih lanjut mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan dalam suatu wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Menteri.

D. Kompetensi Perawat

1. Standar Kompetensi

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat Standar Kompetensi Perawat terdiri atas 5 (lima) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi Perawat. Area kompetensi juga merupakan adaptasi dari 5 (lima) domains of the ASEAN *Nursing Common Core Competencies* yang merupakan kesepakatan seluruh negara-negara anggota ASEAN. Setiap area kompetensi ditetapkan definisinya, yang kemudian dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi.

Standar Kompetensi Perawat dilengkapi dengan pokok bahasan, daftar masalah, daftar diagnosis, dan daftar keterampilan Keperawatan, dengan uraian sebagai berikut:

- a. Daftar Pokok Bahasan berisikan jenis-jenis pengetahuan sesuai cabang ilmu yang diperlukan untuk memenuhi kompetensi Perawat vokasi dan profesi ners.
- b. Daftar Masalah berisikan masalah yang sering ditemukan pada Praktik Keperawatan yang mendasari dibutuhkannya Pelayanan Keperawatan.
- c. Daftar ini diperlukan untuk melatih dan membiasakan mahasiswa Keperawatan mengenali masalah-masalah yang akan dihadapi di dalam Praktik Keperawatan

dengan menjadikan daftar tersebut sebagai pemicu diskusi dalam proses pendidikan Keperawatan.

- d. Daftar Diagnosis berisikan Diagnosis Keperawatan yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Daftar ini diperlukan untuk membantu institusi pendidikan Keperawatan dalam penyusunan bahan ajar dan pelatihan keterampilan untuk mencapai standar kompetensi Perawat.
- e. Daftar Keterampilan berisikan intervensi Keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
- f. Daftar ini diperlukan untuk perumusan bentuk, mekanisme, fasilitas kesehatan, dan sarana pendukung keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi standar kompetensi Perawat.

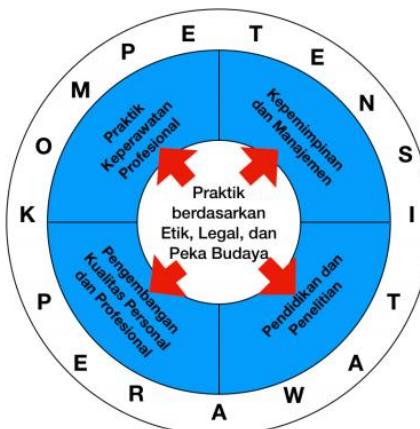
2. Kerangka Kompetensi

Ilmu Keperawatan merupakan sintesis dari ilmu biomedik, psikologi, sosial, perilaku, antropologi, dan budaya. Pelayanan/Asuhan Keperawatan yang berkualitas bagi masyarakat perlu mendapatkan jaminan standar kompetensi. Kompetensi Perawat mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan (soft and hard skill).

Kerangka kompetensi Perawat dikelompokkan dalam 5 (lima) area kompetensi. Area ini sesuai dengan 5 (lima) domains of the *ASEAN Nursing Common Core Competencies* sebagai berikut:

- a. Praktik berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya
- b. Praktik Keperawatan Profesional
- c. Kepemimpinan dan Manajemen
- d. Pendidikan dan Penelitian
- e. Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

3. Penjabaran Area Kompetensi



Gambar.1.1
Area Kompetensi Perawat

a. Area Praktik Keperawatan berdasarkan Etik, Legal dan Peka Budaya

1) Kompetensi inti: Mampu melakukan Praktik Keperawatan berdasarkan praktik etik, legal, dan peka budaya.

2) Lulusan Perawat mampu:

a) Praktik Keperawatan Berdasarkan Etik

- Memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam Pelayanan Keperawatan.
- Menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara Klien dengan Perawat.
- Memprioritaskan kepentingan Klien dalam pemberian Pelayanan Keperawatan
- Menjaga hak privasi Klien
- Menjaga rahasia Klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik.
- Menjaga kesehatan diri Perawat sehingga tidak berdampak kepada Klien.
- Menghindari konflik kepentingan dengan Klien dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- Menunjukkan sikap empati dan kepedulian (*caring*) dalam pemberian Pelayanan Keperawatan.
- Menjaga dan membangun hubungan profesional sesama Perawat dan dengan profesi lain untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
- Melindungi Klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu.
- Berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesionalan untuk menjaga kualitas Pelayanan Keperawatan.

b) Praktik Keperawatan Berdasarkan Legal

- Memahami ketentuan peraturan perundangundangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
- Melakukan Praktik Keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
- Menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan Keperawatan.

c) Praktik Keperawatan Berdasarkan Peka Budaya

- Menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian Pelayanan Keperawatan.
- Mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

b. Area Praktik Keperawatan Profesional

- 1) Kompetensi inti: Mampu melakukan Praktik Keperawatan secara profesional berdasarkan keilmuan Keperawatan.
- 2) Lulusan Perawat mampu:
 - a) Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu Keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah Keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinum meliputi:
 - Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - Perumusan Diagnosis Keperawatan dan analisis masalah Keperawatan sesuai dengan standar Praktik Keperawatan
 - Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan.
 - Intervensi Keperawatan sesuai masalah dan Diagnosis Keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus.
 - Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik
 - b) Memahami standar mutu yang digunakan dalam Pelayanan Keperawatan untuk melindungi Klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
 - Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

c. Area Kepemimpinan dan Manajemen

- 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen Asuhan Keperawatan dan manajemen Pelayanan Keperawatan.
- 2) Lulusan perawat mampu:
Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:
 - a) Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

- b) Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
- c) Fasilitas kesehatan untuk menunjang Pelayanan Keperawatan.
- d) Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
- e) Penyelenggaran Pelayanan Keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.
- f) Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan Pemerintah dalam bidang kesehatan dan Keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.

d. Area Pendidikan dan Penelitian

1) Kompetensi inti:

Mampu melakukan praktik pendidikan dalam Keperawatan dan penelitian dalam bidang Keperawatan.

2) Lulusan Perawat mampu:

- a) Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (Preceptor) dalam pendidikan Keperawatan.
- b) Memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan Keperawatan.
- c) Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang Keperawatan.
- d) Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan.

e. Area Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

1) Kompetensi inti:

Mampu melakukan pengembangan kualitas praktik personal dan profesional dalam bidang Keperawatan.

2) Lulusan Perawat mampu:

- a) Menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi Keperawatan melalui program pengembangan keprofesian berkelanjutan.
- b) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang Keperawatan untuk menunjang mutu Pelayanan Keperawatan.

E. Aspek Hukum Pelaksanaan Delegasi Tindakan Medis

Capaian Ketentuan peraturan perundang-undangan di Indonesia tentang pelimpahan wewenang tindakan medis ke perawat dalam pelayanan kesehatan

diatur dalam beberapa undang-undang. Pelimpahan wewenang tindakan medis kepada perawat dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dalam Undang-undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, Undang-undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Permenkes Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Secara terperinci peraturan perundang-undangan di Indonesia pelimpahan wewenang tindakan medis ke perawat dalam pelayanan kesehatan, bisa digambarkan sebagai berikut:

1. Menurut Undang-undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan BAB V Praktik Keperawatan pada Pasal 29, yaitu:

Pada ayat (1) dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai: "pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluhan dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, Peneliti Keperawatan, Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Dimana tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri, pelaksana tugas Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel" Pada Pasal 32 menyebutkan antara lain: "pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya, Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandate, pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab, pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan, pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan, tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang, dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang: melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis, melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat, dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah".

Pada Pasal 33 menyebutkan antara lain: "pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu debagaimana dimaksud dalam pasal 29 ayat (1) huruf f merupakan penugasan Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas, keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat, pelaksanaan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat, dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang: melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis, merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada system rujukan, dan melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian".

2. Menurut Permenkes Nomor 2052 Tahun 2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran pada Pasal 23 menyebutkan antara lain: Dokter dan dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan kemampuan dan kompetensi yang dimiliki dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:
 - a. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
 - b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan penerima pelimpahan;
 - c. pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan;
 - d. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
 - e. tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus. Hal ini juga seperti yang didasarkan pada Pasal 15 huruf d Permenkes Nomor 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, yang menyatakan bahwa: Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berwenang untuk pelayanan

tindakan medik hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.

Adapun hal yang perlu diperhatikan dalam pendeklegasian wewenang dokter kepada perawat adalah:

- a. Tanggungjawab utama tetap berada pada dokter yang memberikan pendeklegasian wewenang;
- b. Perawat mempunyai tanggungjawab pelaksana;
- c. Pendeklegasian hanya dapat dilaksanakan setelah perawat tersebut mendapat pendidikan dan kompetensi yang cukup untuk menerima pendeklegasian;
- d. Pendeklegasian untuk jangka waktu panjang atau terus menerus dapat diberikan kepada perawat kesehatan dengan kemahiran khusus (perawat spesialis), yang diatur sendiri dengan peraturan tersendiri (*standing order*).

Pendeklegasian wewenang dokter kepada perawat harus dilakukan secara tertulis dengan pertimbangan berikut:

- a. Mempunyai kekuatan hukum yang kuat dan kekuatan pembuktian karena dilindungi oleh peraturan yang berlaku;
 - b. Dapat berfungsi sebagai alat bukti tertulis mengenai kewenangan yang didelegasikan sehingga apabila terjadi perbuatan di luar kewenangan hal tersebut menjadi tanggung jawab penerima wewenang, bukan tanggung jawab pemberi wewenang;
 - c. Pendeklegasian wewenang dalam keperawatan disesuaikan dengan kemampuan profesional dan kompetensi perawat sebagai penerima wewenang.
3. Menurut Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan pada pasal 65 menyebutkan: "dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis, pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan dengan ketentuan, tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelayanan, pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan pemberi pelimpahan, pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan, tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan".

Pemerintah mengeluarkan peraturan pendeklegasian wewenang tindakan kedokteran kepada perawat melalui Pasal 23 Permenkes Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011. Pasal 23 tersebut tidak tegas tindakan kedokteran apa yang dapat dilimpahkan dokter kepada perawat dan apakah setiap kali perawat

mendapatkan pendeklegasian wewenang dari dokter harus selalu dibuat ataukah cukup satu kali saja dibuatkan sebagai surat kuasa untuk melakukan tindakan kedokteran, ketentuan ayat (1) tidak diikuti penjelasan maupun petunjuk teknis cara atau standar operasional prosedur pelimpahan kewenangan sehingga menurut peneliti ayat (1) perlu lebih dipertegas kalimatnya ataukah setidaknya ada petunjuk teknis lebih khusus lagi untuk dijadikan pedoman atau standar operasional prosedur pelaksanaan suatu pendeklegasian wewenang dokter kepada perawat. Pada ayat (2), kata kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter difasilitas pelayanan, peneliti berpandangan bahwa kata tersebut belum jelas maknanya karena belum ada penjelasan atau indikator kapan dikatakan kebutuhan pelayanan melebihi ketersediaan dokter, apakah apabila ada 100 pasien hanya diperiksa oleh 1 orang dokter sudah dapat dikatakan kebutuhan pelayanan melebihi ketersediaan dokter, ketentuan tersebut belum ada pedoman yang dapat diambil sebagai dasar. Sementara ayat (3) huruf e disebutkan tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus, kata tidak bersifat terus menerus tidak memberikan batasan tidak terus menerus itu berapa jangka waktunya, kata-kata yang tidak jelas maknanya, ketidakjelasan dapat menimbulkan interpretasi ganda. Secara substansi dasar pendeklegasian kewenangan dokter kepada perawat adalah Pasal 23 Permenkes RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, tetapi Pasal 23 tersebut belum jelas dan tegas mengenai pelimpahan kewenangan dokter kepada perawat. Kecuali ketika berbicara dari aspek pasien sebagai konsumen terhadap pelayanan kesehatan, maka pemerintah dapat membuat format lain yang semakna dengan penjelasan dari pasal tersebut.

Perawat professional harus memahami setiap peraturan yang menjadi pedoman bagi pelaksanaan asuhan keperawatan agar terhindar dari kesalahan (*dolus*) maupun kelalaian (*culpa*).

F. Penutup

Kesehatan adalah masalah yang sangat mendasar dalam kehidupan manusia, untuk mencapai derajat kesehatan yang maksimal dibutuhkan kolaborasi interdisiplin dan setiap profesi diharapkan mampu menjalankan tugasnya secara profesional dan bertanggung jawab terutama bekerja sesuai dengan tugas dan kewenangannya agar terhindar dari malpraktik.

Referensi

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan

Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat Standar Kompetensi Perawat

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat

Glosarium

D

Delegasi : pelimpahan kewenangan dari Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat beralih sepenuhnya kepada penerima delegasi

BAB 2

PENYELESAIAN MASALAH TERKAIT HUKUM DAN ETIK DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Agustina

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, maka kesehatan merupakan hak yang dilindungi hukum bagi seluruh warga negara (Ardinata, 2020). Mengingat hak atas kesehatan dari sudut pandang hak asasi manusia, sesuai dengan kewajiban utama negara/pemerintah(Kurniawati & Fahmi, 2023). Permasalahan kesehatan di Indonesia merupakan permasalahan penting yang menjadi perhatian pemerintah. Tersirat dalam pembukaan UUD 1945 bahwa tujuan nasional negara Indonesia adalah "melindungi segenap bangsa Indonesia dan sedarah serta turut serta dalam memajukan kesejahteraan umum". Pasal 28 Ayat H (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan, "Setiap orang berhak hidup baik dan sehat, mempunyai tempat tinggal, hidup sejahtera lahir dan batin. " dinyatakan dengan jelas. Hak atas layanan lingkungan dan kesehatan (Karwur, 2024).

B. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan ini terdiri atas pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan baik perorangan maupun masyarakat dalam ketentuan ini meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Adapun tujuan pelayanan kesehatan tersebut adalah: Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien disbanding kepentingan lainnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan non diskriminatif. Pelayanan kesehatan sesungguhnya tidak hanya meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan kuratif dan preventif untuk kepentingan perorangan, tetapi

juga meliputi misalnya lembaga pelayanannya, sistem kepengurusannya, pembiayaannya, pengelolaannya, tindakan pencegahan umum dan penerangan(Busro, 2018).

C. Standar dan Perlindungan Hukum di Indonesia

Petugas kesehatan adalah petugas kesehatan yang profesional. Petugas kesehatan yang profesional mendasarkan semua prilaku dan tindakannya dalam melayani masyarakat atau pasien harus didasarkan pada standar profesi. Oleh sebab itu setiap jenis tenaga kesehatan yang melayani 88 di berbagai sarana atau fasilitas kesehatan harus mempunyai acuan bertindak (etika) profesi atau "Kode Etik Profesi" sebagai standar profesi kesehatan ini harus dirumuskan oleh masing-masing organisasi atau perkumpulan profesi. Misalnya, untuk standar atau etika dokter disusun oleh IDI (Ikatan Dokter Indonesia), etika atau standar profesi bidan oleh IBI (Ikatan Bidan Indonesia), etika atau standar profesi perawat oleh PPNI (Perkumpulan Perawat Nasional Indonesia), dan seterusnya (Harahap, 2017).

Ketentuan tentang standar profesi petugas kesehatan ini dalam Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 1996 yaitu. Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan, Standar profesi tenaga kesehatan ini selanjutnya ditetapkan oleh Menteri, Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk: Menghormati hak pasien, Menjaga kerahasiaan identitas dan tata kesehatan pribadi pasien, memberi informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan, meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan, membuat dan memelihara rekam medis (Andrianto & Athira, 2022)

D. Etika dan Kode Etik Petugas Layanan Kesehatan

Tenaga kesehatan yang berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan harus memenuhi ketentuan yaitu Kode etik, standar Profesi, Hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, standar prosedur operasional. Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi diatur oleh organisasiorganisasi profesi yang bersangkutan. Sedangkan ketentuan mengenai hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, danstandar prosedur operasional diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Astutik, 2018). Pelayanan medis yang berlaku di rumah sakit tentunya tidak lepas dari standar prosedur yang berlaku di masing-masing rumah sakit sehingga dokter atau tenaga kesehatan di tuntut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak boleh lepas dari standar yang telah ditetapkan, namun dalam kenyataan di lapangan seringkali dokter atau tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas-tugasnya lalai dan tidak jarang

mengakibatkan kondisi pasien bisa berubah menjadi lebih sakit ataupun meninggal karena kelalaian tersebut yang berakibat pada tuntutan hukum (Koswara, 2018).

E. Hukum dan Etik Pelayanan Kesehatan

Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Oleh sebab itu, hukum kesehatan mengatur dua kepentingan yang berbeda, yaitu penerima pelayanan, yang harus diatur hak dan kewajiban, baik perorangan, kelompok atau masyarakat. Penyelenggara pelayanan organisasi dan sarana-prasarana pelayanan, yang juga harus diatur hak dan kewajibannya. Mengingat banyaknya penyelenggara pelayanan kesehatan, baik dari segi perorangan maupun kolektivitas, di mana masing-masing mempunyai kekhususan antara pihak yang dilayani kesehatannya maupun sifat pelayanan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, maka hukum kesehatan itu dikelompokkan menjadi berbagai bidang, antara lain Hukum Kedokteran dan Kedokteran Gigi, hukum Keperawatan, hukum Farmasi Klinik, hukum Rumah Sakit, hukum Kesehatan Masyarakat, hukum Kesehatan Lingkungan, hukum Rumah Sakit. Disamping ketentuan mengenai aturan sebagaimana dikemukakan di atas, terdapat pula etika kesehatan berupa Lafal sumpah dokter, dokter gigi, Apoteker, lafal sumpah tenaga keperawatan, kebidanan dan teknisi kesehatan, kode Etik Kedokteran, kedokteran gigi dan Apoteker, kode etik keperawatan, kebidanan dan teknisi kesehatan, kode etik Rumah Sakit Sedangkan hukum dan etik terkait dengan hukum kesehatan adalah : Hukum Pidana, Perdata Hukum Administrasi (Tata Usaha Negara), Hukum Agama, Militer, Etika Umum dan bisnis, Etika tenaga profesi lain (Hukum, Wartawan) ,UU No 39 th 1999 (HAM) (Nurnaeni, 2021).

F. Permasalahan Hukum dan Etik Pelayanan Kesehatan

Tindakan yang dikaitkan dengan pelaku sehubungan dengan pelayanan atau pengobatan medis yang melanggar hukum. Ketidaksahan yang ditimbulkan disebabkan oleh beberapa kemungkinan, antara lain:

1. Pelanggaran Standar Profesi Kesehatan
2. Pelanggaran Standar prosedur Operasional.
3. Pelanggaran hukum, seperti membuka praktik tanpa STR atau SIP.
4. Perbuatan yang melanggar peraturan etika kesehatan dan kedokteran.
5. Pelanggaran Prinsip Umum Kedokteran
6. Perbuatan yang melanggar ketertiban umum dan kesusilaan.

7. Perawatan tidak sesuai dengan kebutuhan medis pasien
8. Perawatan tidak sesuai dengan *informed consent*, dll.

Oleh karena itu, dalam kasus malpraktik pelayanan kesehatan, apakah adanya kerugian kejadian tersebut disebabkan oleh wanprestasi tenaga medis atau karena perbuatan melawan hukum, sangat bergantung pada alasan gugatan/tuntutan yang diajukan pasien. Hal ini disebabkan karena pada intinya akibat yang ditimbulkan akan sampai pada satu titik yaitu adanya penyimpangan pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter dalam praktik kedokteran (Novianto, 2017).

G. Penyelesaian Masalah Kesehatan Berdasarkan Hukum di Indonesia

Penanganan dapat dilakukan dengan dua cara yakni jalur litigasi (pengadilan) yakni sebuah proses di mana pengadilan menjatuhkan keputusan yang mengikat para pihak yang berselisih dalam suatu proses hukum yang terlihat dalam tingkat mana hukum dan kewajiban dan non-litigasi yang berarti menyelesaikan masalah hukum diluar pengadilan melalui negosiasi, konsolidasi, mediasi, dan lain-lain. Jalur non litigasi juga dikenal dengan Penyelesaian Sengketa Alternatif. Dalam sengketa medis, pemilihan jalur penyelesaian sebaiknya dengan mediasi, melalui jalur ini baik tenaga medis maupun pasien dapat mengutarakan permasalahan dan memilih sendiri cara penyelesaiannya. Penyelesaian sengketa medis dapat dilakukan melalui lembaga profesi kedokteran dan non profesi (Kurniawati & Fahmi, 2023).

H. Penyelesaian Masalah Kesehatan Melalui Lembaga Profesi Kedokteran

Dalam penyelesaian sengketa medis, ada beberapa upaya yang bisa dilakukan pasien selain jalur mediasi dengan pihak tenaga medis ataupun rumah sakit, pasien dapat melaporkan ke MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) dan pengadilan. Pasal 66 Undang-undang Kesehatan menyatakan bahwa jika terjadi sengketa medik, pilihlah mediasi sebagai penyelesaiannya. Karena dengan mediasi dokter/dokter gigi dan pasien selaku pihak penggugat bisa leluasa mengutarakan permasalahannya dan mereka sendiri yang memilih cara penyelesaiannya. Selanjutnya bahwa dalam penyelesaian sengketa diatur dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan terdapat pada Bab XI yakni pasal 78 yang menyatakan bahwa "Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan". Adanya undang-undang ini mengarahkan jika terjadi kelalaian medis yang dilakukan oleh petugas

pelayanan kesehatan haruslah di selesaikan lewat jalur mediasi (nonlitigasi) (Anggraini, 2022).

I. Penyelesaian Sengketa Medis Non Profesi (Litigasi dan Nonlitigasi)

Penyelesaian sengketa medis melalui Non Profesi dapat dilakukan dengan jalur litigasi dan non litigasi. Jalur litigasi dapat dilakukan melalui gugatan Perdata, Pidana maupun secara Administrasi. Dasar hukum penyelesaian sengketa medis melalui peradilan hukum perdata antara lain pasal 32 huruf q UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit; pasal 66 UU Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran; pasal 1238, 1239, 1365, 1466 KUH Perdata, dimana jika terjadi wanprestasi ataupun perbuatan melawan hukum maka hasil keputusannya adalah penggantian kerugian. Penyelesaian sengketa medis. Melalui peradilan hukum pidana berawal dengan adanya laporan kepada pihak kepolisian. Tanggung jawab hukum timbul jika telah terbukti terjadinya malapraktik dalam putusan pengadilan. Dasar hukum yang berkaitan dengan malapraktik antara lain : Pasal 322 KUHP tentang kewajiban simpan Rahasia Medis; Pasal 344 KUHP tentang Euthanasia; Pasal 346-349 KUHP tentang Abortus provokatus; Pasal 351 tentang penganiayaan; Pasal 359-361 tentang kelalaian yang berakibat luka berat ataupun kematian (Anggraini, 2022).

Penyelesaian sengketa medis nonlitigasi dapat dilakukan melalui Arbitrase, yaitu salah satu cara penyelesaian suatu sengketa perdata diluar pengadilan umum yang berdasarkan atas perjanjian Arbitrase yang sebelumnya telah dibuat secara tertulis oleh pihak yang bersengketa. Adapun dasar hukumnya adalah Undang-undang No 30 Tahun 1999 pasal 1 angka 10 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

Selain Arbitrase juga bisa melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa yang merupakan lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak yakni penyelesaian sengketa diluar pengadilan melalui tahap-tahap konsultasi, negosiasi, mediasi, konsiliasi atau penilaian ahli. Mediasi sebagai perwujudan keadilan restoratif (*restorative justice*) merupakan cara penyelesaian terbaik yang perlu diupayakan pada sengketa medis antara pasien dengan dokter Sengketa medis antara dokter dengan pasien umumnya berawal dari upaya pelayanan kesehatan yang dipandang kurang memuaskan hasilnya bagi pasien. Pada pasal 29 UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan ditetapkan bahwa, dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesi, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi (Deni Setiyawan et al., 2023).

J. Penyelesaian Sengketa Medis Secara Pidana

Melalui Peradilan Umum Pasien membuat Laporan Polisi telah terjadi tindak pidana atas dirinya. Berkaitan dengan tindak pidana bidang kesehatan baik yang diatur dalam KUHP maupun di luar KUHP. Tanggung jawab hukum timbul setelah dapat membuktikan terjadinya malpraktek Pasal-pasal dalam KUHP yang relevan dengan masalah tanggung jawab pidana, al: Pasal 322 KUHP tentang Pelanggaran Wajib Simpan Rahasia; Pasal 344 KUHP tentang Eutanasia; Pasal 346 - 349 KUHP tentang Abortus Provokatus; Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan; Pasal-pasal 359-361 KUHP tentang kelalaian yang mengakibatkan mati atau luka- luka berat (Sinaga, 2021).

Dalam Undang – Undang Praktik Kedokteran, al: Pasal 75 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Surat Tanda Registrasi; Pasal 76 UU No. 29 Tahun 2004 tentang melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik; Pasal 77, 78 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Penipuan dan Pemalsuan Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik; Pasal 79 UU No. 29 Tahun 2004 tentang tidak memasang papan nama, tidak membuat rekam medis dan tidak memenuhi kewajibannya sesuai dengan UU; Pasal 80 UU No. 29 Tahun 2004 tentang mempekerjakan dokter atau dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik. Tahap – tahap dalam penyelesaian kasus pidana adalah: Membuat laporan atau pengaduan tentang adanya suatu tindak pidana; Klarifikasi; Proses penyelidikan; Pemanggilan pihak-pihak; Pembuatan berita acara klarifikasi; Panggil saksi-saksi; Jika disimpulkan ada dugaan tindakan pidana masuk ke penyidikan (di Kepolisian); Penuntutan (di Kejaksaan); Persidangan (di Pengadilan). Sedangkan tahap – tahap persidangan adalah: Pembacaan Surat Dakwaan; Eksepsi (jika ada); Tanggapan Jaksa Penuntut Umum; Putusan Sela oleh Hakim Ketua Majelis; Pembuktian (Pemeriksaan saksi / Keterangan ahli); Pembacaan Tuntutan, (Requisitor); Pembacaan Pembelaan (Pleidi); Pembacaan Replik (Tanggapan JPU atas Pleidi Penasihat Hukum); Pembacaan Duplik (Tanggapan Penasihat Hukum atas Replik dari Penyelesaian Sengketa Medis Di Indonesia (Trisnadi, 2017).

K. Penyelesaian Sengketa Medis Secara Administrasi Negara

Peradilan Tata Usaha Negara/Tata Negara berlaku asas yang sama seperti dalam acara peradilan perdata, namun ada tambahan “prosedur pemberhentian”. Dalam prosedur ini, hakim menilai perselisihan antara para pihak dan mempertimbangkan apakah perselisihan tersebut layak untuk dirujuk ke Pengadilan Tata Usaha Negara. Hakim menjadi lebih aktif dalam menyelidiki kasus. Sengketa tata usaha negara berdasarkan Undang-undang Nomor 5 Tahun 1986 Tahun

tentang Peradilan Tata Usaha Negara sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2004 dan terakhir diubah dengan Undang-undang Nomor Tahun 2009 Nomor 51: Yang Timbul di Bidang Sengketa Tata Usaha Negara Perorangan, badan hukum perdata, dan alat atau pejabat tata usaha negara di pusat dan daerah, termasuk perselisihan perburuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang timbul akibat dikeluarkannya keputusan tata usaha negara. Surat perintah tata usaha negara diterbitkan berdasarkan hasil acara sengketa tata usaha negara (Haripin & Yusuf, 2024).

L. Penutup

Penyelesaian masalah terkait hukum dan etika dalam pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara, di antaranya Komite Etik dan Hukum, Mediasi, Peran organisasi profesi, Koordinasi dan sosialisasi. Selain itu, hukum kesehatan juga dapat membantu dalam menyelesaikan kesalahan dalam pelayanan kesehatan (mal praktik medis). Hukum kesehatan mengatur tentang hak, kewajiban, fungsi, dan tanggung jawab para pihak terkait dalam bidang kesehatan.

Referensi

- Andrianto, W., & Athira, A. B. (2022). Telemedicine (online medical services) dalam era new normal ditinjau berdasarkan hukum kesehatan (studi: program telemedicine Indonesia/temenin di rumah sakit dr. Cipto mangunkusumo). *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 52(1), 220–250.
- Anggraini, I. D. (2022). *Perbandingan Penyelesaian Sengketa Medis Dengan Menggunakan Undang-Undang Kesehatan Dan Undangundang Perlindungan Konsumen*.
- Ardinata, M. (2020). Tanggung jawab negara terhadap jaminan kesehatan dalam perspektif hak asasi manusia. *Jurnal Ham*, 11(2), 319–332.
- Astutik, A. (2018). Standar Pelayanan Medis Nasional sebagai Bentuk Pembatasan Otonomi Profesi Medis. *Halu Oleo Law Review*, 1(2), 252–277.
- Busro, A. (2018). Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medis (Inform Consent) Dalam Pelayanan Kesehatan. *Law, Development and Justice Review*, 1(1), 1–18.
- Deni Setiyawan, S. H., Rahmad, N., Wardana, D. J., & SH, M. H. (2023). *Hukum Kesehatan*. Inspirasi Pustaka Media.
- Harahap, R. A. (2017). *Etika dan Hukum Kesehatan*.
- Haripin, H., & Yusuf, H. (2024). PENYELESAIAN SENGKETA MEDIS DI INDONESIA. *Jurnal Intelek Dan Cendikiawan Nusantara*, 1(2), 2583–2595.
- Karwur, C. E. T. (2024). PEMENUHAN HAK MEMPEROLEH KESEHATAN DITINJAU DARI PASAL 28 H AYAT 1 UNDANG-UNDANG DASAR NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 1945. *LEX PRIVATUM*, 13(2).
- Koswara, I. Y. (2018). Perlindungan Tenaga Kesehatan dalam Regulasi Perspektif Bidang Kesehatan Dihubungkan dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Sistem Jaminan Sosial. *Jurnal Hukum POSITUM*, 3(1), 1–18.
- Kurniawati, S., & Fahmi, F. (2023). Penyelesaian Sengketa Medis Berdasarkan Hukum Indonesia. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research*, 3(2), 12234–12244.
- Novianto, W. T. (2017). Sengketa Medik: Pergulatan Hukum dalam Menentukan Unsur Kelalaian Medik. *Surakarta: UNS*.
- Nurnaeni, N. (2021). Literature Review-Etika Dan Hukum Kesehatan. *Jurnal Berita Kesehatan*, 14(2).
- Sinaga, N. A. (2021). Penyelesaian sengketa medis di indonesia. *Jurnal Ilmiah Hukum Dirgantara*, 11(2).
- Trisnadi, S. (2017). Perlindungan Hukum Profesi Dokter Dalam Penyelesaian Sengketa Medis. *Jurnal Pembaharuan Hukum*, 4(1), 24–41.

Glosarium

H

HAM : Hak Asasi Manusia

I

IBI : Ikatan Bidan Indonesia

K

KUHP : Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

M

MKDKI : Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia

S

STR : Surat Tanda Registrasi

SIP : Surat Izin Praktik

P

PPNI : Perkumpulan Perawat Nasional Indonesia

U

UU : Undang-undang

UUD : Undang-undang Dasar

BAB 3

PERMASALAHAN ETIK (ISSUE, PROBLEM, BIOETIK) DAN PENYELESAIAN MASALAH ETIK DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KESEHATAN PARU

IRHAMDI ACHMAD

A. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan paru, seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, atau infeksi paru-paru (pneumonia), memerlukan pendekatan yang komprehensif, termasuk pertimbangan terhadap aspek etik. Perawat sering kali dihadapkan pada berbagai dilema etik, terutama ketika harus menyeimbangkan antara kebutuhan pasien, harapan keluarga, serta batasan hukum dan moral dalam pemberian layanan kesehatan.

Menurut Butts & Rich (2020), isu-isu etik dalam keperawatan melibatkan pertimbangan moral yang berkaitan dengan hak pasien, otonomi, *beneficence* (kebaikan), *non-maleficence* (tidak merugikan), keadilan, dan kerahasiaan.

B. Isu Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru

1. Isu-Isu Etik

a. Otonomi Pasien

1) Definisi:

Otonomi adalah hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri berdasarkan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

2) Contoh Dilema:

Seorang pasien dengan penyakit paru kronis, misalnya PPOK stadium lanjut, mungkin memilih untuk menghentikan intervensi medis yang intensif dan beralih ke perawatan paliatif. Di sisi lain, keluarga atau tim medis mungkin merasa bahwa intervensi lebih lanjut masih dapat memperpanjang hidup

pasien. Perawat berada di posisi yang sulit ketika pasien dan keluarga memiliki keinginan yang berbeda terkait perawatan.

3) Solusi Etik:

Perawat harus menghormati keputusan pasien yang berhak menentukan perawatan yang ingin mereka terima, meskipun keputusan tersebut mungkin bertentangan dengan pandangan profesional atau harapan keluarga (Johnstone, 2019).

b. Beneficence (Kebaikan) dan Non-maleficence (Tidak Merugikan)

1) Definisi:

Beneficence berarti perawat harus berusaha melakukan tindakan yang mendatangkan kebaikan bagi pasien, sedangkan non-maleficence menuntut agar perawat tidak melakukan tindakan yang merugikan pasien.

2) Contoh Dilema:

Dalam kasus pasien dengan asma atau penyakit paru lain, perawat mungkin dihadapkan pada keputusan untuk memberikan obat yang dapat meredakan gejala jangka pendek, tetapi memiliki efek samping yang merugikan dalam jangka panjang. Misalnya, pemberian kortikosteroid untuk mengendalikan gejala dapat berisiko menyebabkan efek samping seperti osteoporosis atau penurunan sistem imun.

3) Solusi Etik:

Perawat harus berkolaborasi dengan tim medis dan pasien untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil didasarkan pada keseimbangan manfaat dan risiko. Penjelasan yang jelas tentang risiko dan manfaat harus disampaikan kepada pasien agar mereka dapat membuat keputusan yang terinformasi (Beauchamp & Childress, 2019).

c. Keadilan

1) Definisi: Prinsip keadilan menuntut perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan secara adil dan merata, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau latar belakang pasien.

2) Contoh Dilema: Dalam situasi di mana sumber daya kesehatan terbatas, misalnya ventilator atau tempat tidur di ICU, perawat mungkin dihadapkan pada dilema mengenai siapa yang berhak menerima perawatan yang lebih intensif. Hal ini sering kali muncul pada pasien dengan penyakit paru yang memerlukan intervensi ventilasi mekanis.

3) Solusi Etik: Perawat harus memastikan bahwa alokasi sumber daya dilakukan secara adil berdasarkan kebutuhan medis, bukan pada preferensi pribadi atau tekanan dari pihak luar. Pengambilan keputusan harus didasarkan pada pedoman medis yang objektif dan adil (Daniels, 2018).

d. Kerahasiaan dan Privasi

1) Definisi:

Perawat wajib menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien, termasuk diagnosis dan kondisi mereka, sesuai dengan aturan privasi yang berlaku.

2) Contoh Dilema:

Seorang pasien dengan tuberkulosis paru mungkin tidak ingin anggota keluarga atau rekan kerja mereka mengetahui diagnosis ini karena kekhawatiran terhadap stigma sosial. Namun, ada kewajiban hukum untuk melaporkan kasus TB kepada otoritas kesehatan masyarakat untuk mencegah penyebaran penyakit.

3) Solusi Etik:

Perawat harus menjaga keseimbangan antara kewajiban untuk melindungi kerahasiaan pasien dan tanggung jawab untuk melaporkan penyakit menular sesuai dengan regulasi. Keterbukaan dengan pasien mengenai kewajiban ini dan mencari cara untuk melindungi privasi mereka semaksimal mungkin adalah langkah yang penting (Sullivan, 2021).

e. Hak Pasien dalam Perawatan Akhir Hayat

1) Definisi:

Pasien memiliki hak untuk menentukan jenis perawatan yang mereka inginkan, termasuk perawatan paliatif atau keputusan untuk menolak intervensi yang memperpanjang hidup.

2) Contoh Dilema:

Pasien dengan penyakit paru yang sudah dalam kondisi terminal mungkin lebih memilih perawatan yang fokus pada kenyamanan daripada intervensi medis yang agresif. Namun, keluarga pasien atau anggota tim medis mungkin tidak setuju dengan keputusan ini.

3) Solusi Etik:

Perawat perlu memberikan dukungan kepada pasien dalam membuat keputusan akhir hayat dan membantu keluarga memahami keinginan pasien. Dalam situasi ini, penting untuk mengutamakan otonomi pasien sambil tetap memberikan edukasi dan dukungan emosional bagi keluarga (Ferrell & Coyle, 2019).

2. Strategi Mengatasi Isu Etik dalam Pelayanan Keperawatan

a. Pendidikan Berkelanjutan

Perawat harus terus memperbarui pengetahuan tentang etika keperawatan, terutama yang berkaitan dengan penyakit paru, melalui pelatihan

berkelanjutan dan pendidikan formal. Ini membantu perawat untuk lebih siap menghadapi dilema etik dan membuat keputusan yang tepat.

b. Keterlibatan dalam Diskusi Interprofessional

Perawat harus bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya, seperti dokter, pekerja sosial, dan ahli etika medis, dalam mendiskusikan masalah etik yang dihadapi pasien. Kolaborasi antarprofesi dapat membantu menemukan solusi yang sesuai dengan prinsip etik dan kepentingan pasien.

c. Komunikasi Efektif dengan Pasien dan Keluarga

Keterbukaan dan komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarga sangat penting dalam menangani dilema etik. Perawat harus mampu menjelaskan pilihan perawatan, risiko, dan manfaat dengan cara yang jelas dan mudah dipahami, sehingga pasien dan keluarga dapat membuat keputusan yang terinformasi.

d. Penerapan Standar dan Protokol Etik

Rumah sakit dan fasilitas kesehatan perlu memiliki pedoman dan protokol yang jelas mengenai penanganan isu etik dalam pelayanan keperawatan. Perawat harus memahami dan mengikuti pedoman ini untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil sejalan dengan standar etik profesional.

Isu etik dalam pelayanan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan paru merupakan tantangan yang memerlukan pemikiran yang hati-hati dan keputusan yang bijaksana. Prinsip-prinsip otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, keadilan, dan kerahasiaan harus dipertimbangkan secara seimbang untuk memastikan perawatan yang etis dan bermutu tinggi. Perawat memiliki peran penting sebagai advokat pasien dalam menjaga hak-hak mereka dan meminimalkan risiko terjadinya konflik etik dalam perawatan kesehatan.

C. Problem Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru

Pelayanan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan paru, seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, dan pneumonia, perawat sering kali dihadapkan pada situasi yang kompleks, baik dari segi klinis maupun etik. Masalah kesehatan paru membutuhkan intervensi yang tepat dan sering kali mendesak, namun, perawat juga harus memperhatikan hak-hak pasien, integritas moral, serta batasan hukum yang mengatur pelayanan kesehatan.

Menurut Beauchamp & Childress (2019), problem etik dalam keperawatan melibatkan pertimbangan prinsip otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, dan keadilan yang sering kali berkonflik satu sama lain dalam situasi klinis.

1. Problem Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru, sebagai berikut:

a. Otonomi Pasien yang Berkurang

1) Masalah Etik

Otonomi pasien mengacu pada hak pasien untuk menentukan tindakan medis yang akan dilakukan pada mereka. Pada pasien dengan penyakit paru yang parah, misalnya PPOK atau pneumonia yang menyebabkan kesulitan bernapas, kemampuan pasien untuk memahami informasi dan membuat keputusan yang terinformasi sering kali terganggu. Selain itu, pasien yang menggunakan ventilator mungkin tidak dapat berkomunikasi dengan jelas mengenai keinginan mereka.

2) Contoh Kasus

Seorang pasien PPOK dengan saturasi oksigen rendah mungkin ingin menghentikan penggunaan ventilator, tetapi keluarga atau dokter merasa bahwa pasien masih memiliki peluang untuk pulih.

3) Solusi Etik

Perawat harus melakukan penilaian tentang sejauh mana pasien memahami konsekuensi dari keputusannya, dan bekerja sama dengan tim medis serta keluarga untuk menghormati keinginan pasien tanpa mengabaikan upaya terbaik untuk menyelamatkan hidup mereka (Butts & Rich, 2020, hlm. 78).

b. Intervensi Medis yang Agresif di Akhir Hidup

1) Masalah Etik

Dalam banyak kasus penyakit paru lanjut, terutama pada pasien dengan PPOK atau kanker paru stadium akhir, ada dilema antara memberikan intervensi medis agresif untuk memperpanjang hidup atau memilih perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup. Keluarga sering menginginkan segala upaya dilakukan untuk memperpanjang hidup pasien meskipun hal ini mungkin hanya menambah penderitaan.

2) Contoh Kasus

Seorang pasien dengan kanker paru metastatik yang sudah tidak responsif terhadap pengobatan ingin mengakhiri perawatan medis intensif, tetapi keluarga mendesak agar ventilasi mekanis dilanjutkan untuk memperpanjang hidupnya.

3) Solusi Etik

Perawat berperan penting dalam memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan keinginan mereka, dengan tetap

menghormati prinsip beneficence (melakukan yang terbaik untuk pasien) dan non-maleficence (tidak merugikan pasien) (Ferrell & Coyle, 2019).

c. Keterbatasan Sumber Daya

1) Masalah Etik

Dalam kondisi krisis, seperti pandemi atau jumlah pasien yang melebihi kapasitas rumah sakit, sumber daya kesehatan seperti ventilator, obat-obatan, dan ruang perawatan sering kali terbatas. Perawat mungkin dihadapkan pada situasi di mana mereka harus memilih siapa yang mendapatkan prioritas dalam penggunaan alat medis yang terbatas.

2) Contoh Kasus

Di ICU paru, terdapat dua pasien yang sama-sama membutuhkan ventilator, tetapi hanya satu yang tersedia. Salah satu pasien adalah orang tua dengan PPOK stadium lanjut, sementara yang lain adalah pasien muda dengan pneumonia yang masih memiliki harapan pemulihan tinggi.

3) Solusi Etik

Prinsip keadilan menuntut agar keputusan diambil berdasarkan kriteria medis yang objektif, bukan berdasarkan status sosial, usia, atau preferensi pribadi. Tim kesehatan, termasuk perawat, harus terlibat dalam pengambilan keputusan yang adil dan transparan (Daniels, 2018).

d. Tanggung Jawab Perawat dalam Penyampaian Informasi

1) Masalah Etik

Perawat memiliki tanggung jawab untuk menyampaikan informasi yang akurat kepada pasien mengenai kondisi kesehatan dan prognosis mereka. Namun, ketika menyampaikan informasi tentang penyakit paru yang serius atau kronis, perawat harus berhati-hati agar tidak menimbulkan kecemasan yang berlebihan pada pasien.

2) Contoh Kasus

Seorang pasien yang baru saja didiagnosis dengan kanker paru mungkin meminta informasi lengkap tentang prognosisnya, tetapi keluarganya meminta agar perawat tidak memberikan informasi tersebut karena khawatir pasien akan merasa depresi.

3) Solusi Etik

Perawat harus menghormati hak pasien untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan terlibat dalam pengambilan keputusan. Pada saat yang sama, pendekatan komunikasi yang sensitif harus digunakan agar pasien dapat memahami situasi tanpa menimbulkan stres yang tidak perlu (Sullivan, 2021).

e. Kerahasiaan Pasien dengan Penyakit Menular

1) Masalah Etik

Penyakit paru seperti tuberkulosis dan pneumonia memiliki risiko penularan yang tinggi, terutama di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Dalam beberapa kasus, pasien mungkin tidak ingin diagnosis mereka diketahui oleh orang lain, tetapi tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk melaporkan penyakit menular ke otoritas terkait.

2) Contoh Kasus

Seorang pasien yang didiagnosis dengan tuberkulosis paru menolak untuk memberitahu rekan kerjanya tentang penyakit tersebut karena takut akan stigma sosial. Namun, berdasarkan regulasi kesehatan, penyakit ini harus dilaporkan untuk mencegah penyebaran lebih lanjut.

3) Solusi Etik

Perawat harus menjaga keseimbangan antara kerahasiaan pasien dan kewajiban untuk melindungi masyarakat dari risiko penularan penyakit. Edukasi kepada pasien mengenai pentingnya pelaporan ini sangat penting, sambil tetap memastikan bahwa privasi mereka dijaga se bisa mungkin (Johnstone, 2019).

2. Strategi Mengatasi Problem Etik dalam Pelayanan Keperawatan

a. Kolaborasi Antarprofesional

Dalam menghadapi dilema etik, perawat harus bekerja sama dengan dokter, pekerja sosial, dan ahli etika untuk membuat keputusan yang terbaik bagi pasien. Diskusi tim memungkinkan pertimbangan berbagai perspektif dalam memecahkan masalah etik.

b. Penggunaan Protokol dan Pedoman Etik

Rumah sakit dan fasilitas kesehatan harus memiliki pedoman etik yang jelas dalam menangani pasien dengan masalah kesehatan paru. Perawat harus memahami protokol ini agar dapat membuat keputusan yang sesuai dengan standar etik yang berlaku.

c. Pendidikan Berkelanjutan dalam Etika Keperawatan

Perawat perlu terus meningkatkan pengetahuan mereka tentang isu etik melalui pelatihan berkelanjutan dan pendidikan formal. Pemahaman yang lebih baik tentang etika keperawatan akan membantu perawat menghadapi masalah etik dengan lebih percaya diri dan terinformasi.

d. Komunikasi yang Efektif

Keterbukaan dalam komunikasi dengan pasien dan keluarga adalah kunci dalam menangani problem etik. Perawat harus mampu menjelaskan situasi medis, opsi perawatan, dan konsekuensi dari setiap keputusan dengan cara yang mudah dipahami.

Problem etik dalam pelayanan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan paru adalah tantangan yang memerlukan pendekatan yang hati-hati dan berimbang. Perawat harus mempertimbangkan prinsip otonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan dalam setiap keputusan yang mereka ambil. Kolaborasi tim medis dan komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga akan membantu memecahkan dilema etik yang mungkin muncul, sehingga perawatan yang diberikan tetap etis dan bermutu tinggi.

D. Bio Etik dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru

Bioetika dalam pelayanan keperawatan mengacu pada penerapan prinsip-prinsip etika dalam konteks praktik keperawatan, terutama ketika berhadapan dengan pasien yang mengalami masalah kesehatan paru-paru, seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, atau kanker paru. Penerapan bioetik menjadi sangat penting karena kondisi pasien ini sering kali membutuhkan keputusan yang kompleks dan sensitif terkait pengobatan, perawatan paliatif, dan hak pasien.

1. Definisi Bioetik

Bioetik adalah cabang ilmu yang mengkaji masalah-masalah etika yang muncul dari perkembangan biologi dan kedokteran, khususnya dalam konteks perawatan kesehatan. Bioetik mencakup isu-isu yang berkaitan dengan moralitas dalam praktik medis, penelitian ilmiah, serta keputusan terkait kesehatan dan kehidupan manusia. Fokus utama dari bioetik adalah pengambilan keputusan yang etis dalam situasi-situasi yang kompleks, seperti penggunaan teknologi medis, hak pasien, penelitian genetika, perawatan akhir hidup, dan pembagian sumber daya kesehatan. Dalam konteks keperawatan, bioetik membantu perawat memahami dan menerapkan prinsip-prinsip etis seperti otonomi, kebijakan (*beneficence*), tidak merugikan (*non-maleficence*), dan keadilan dalam praktik sehari-hari mereka.

2. Definisi bioetik menurut para ahli:

- a. Beauchamp dan Childress (2001)

Bioetik didefinisikan sebagai studi yang mengkaji aspek moral dari kehidupan biologis dan kesehatan manusia, serta bagaimana keputusan medis harus diambil berdasarkan prinsip-prinsip etis. Mereka menyoroti empat prinsip utama bioetika, yaitu otonomi, kebijakan (beneficence), tidak merugikan (non-maleficence), dan keadilan (justice).

- b. Potter (1971)

Potter mendefinisikan bioetik sebagai jembatan antara biologi dan nilai-nilai humanistik. Bioetik tidak hanya mengkaji isu medis tetapi juga melibatkan pemahaman etis tentang kelangsungan hidup manusia dan dampaknya terhadap lingkungan, dengan tujuan menjaga keseimbangan antara perkembangan ilmu pengetahuan dan kesejahteraan manusia.

c. Albert R. Jonsen (1998)

Menurut Jonsen, bioetik adalah studi sistematis yang mengkaji masalah-masalah moral yang muncul dalam ilmu biomedis dan praktik medis, serta bagaimana prinsip-prinsip etika dapat diterapkan untuk menyelesaikan dilema yang terjadi dalam bidang ini.

d. Helga Kuhse (2012)

Kuhse mendefinisikan bioetik sebagai studi tentang pertanyaan-pertanyaan etis yang timbul di bidang biologi dan kedokteran. Ia mengemukakan bahwa bioetik mencakup topik yang luas, termasuk penelitian biomedis, reproduksi manusia, hak pasien, dan teknologi medis baru.

e. Tom L. Beauchamp & James F. Childress (2013)

Mereka menyebutkan bahwa bioetik adalah disiplin yang membantu menyusun keputusan moral yang melibatkan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan, serta berfokus pada penerapan prinsip-prinsip etika dalam konteks medis dan klinis.

Setiap ahli menawarkan perspektif yang berbeda, tetapi umumnya, bioetik melibatkan penerapan prinsip etika untuk membantu membuat keputusan yang benar dalam bidang kesehatan dan kedokteran.

3. Prinsip-Prinsip Bioetika

Dalam pelayanan keperawatan, terdapat empat prinsip dasar bioetika yang harus diperhatikan:

a. Otonomi (*Autonomy*)

Pasien memiliki hak untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri. Pada pasien dengan masalah kesehatan paru, perawat harus memastikan bahwa mereka memahami pilihan pengobatan, risiko, manfaat, serta konsekuensi dari setiap keputusan yang mereka buat. Edukasi yang jelas dan transparan menjadi kunci agar pasien dapat membuat keputusan secara informatif.

"Autonomy in healthcare is crucial for ensuring patient-centered care, particularly for individuals suffering from chronic lung diseases" (Jones & Smith, 2018).

b. *Beneficence* (Kebajikan)

Prinsip ini mengharuskan perawat untuk selalu berusaha melakukan tindakan yang paling baik bagi pasien. Misalnya, pada pasien dengan kanker paru stadium lanjut, tindakan kebajikan bisa berupa penawaran perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, daripada hanya fokus pada pengobatan kuratif yang mungkin tidak efektif.

"Nurses must weigh the benefits of invasive treatments against the quality of life, particularly in advanced pulmonary diseases" (Williams et al., 2020).

c. *Non-Maleficence* (Tidak Membahayakan)

Perawat harus menghindari tindakan yang dapat menyebabkan bahaya pada pasien. Dalam konteks pasien dengan penyakit paru kronis, perawat harus berhati-hati dalam memberikan terapi oksigen atau obat-obatan, memastikan dosis dan metode pemberian yang tepat untuk mencegah komplikasi seperti hiperventilasi atau infeksi sekunder *"Preventing harm is the cornerstone of ethical nursing care, especially when managing chronic pulmonary conditions" (Garcia & Robinson, 2019).*

d. *Justice* (Keadilan)

Prinsip ini menuntut perawat untuk memberikan perawatan yang adil kepada semua pasien tanpa diskriminasi. Pasien dengan masalah kesehatan paru yang memiliki keterbatasan akses ke perawatan harus mendapatkan layanan yang sama seperti pasien lainnya. Ini mencakup akses ke pengobatan, ventilasi mekanik, atau transplantasi paru jika diperlukan.

"Justice ensures equal access to essential treatments for all patients, regardless of socioeconomic status, particularly in chronic lung disease care" (Turner et al., 2021).

4. Penerapan Bioetika dalam Pelayanan Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru

a. Komunikasi Terapeutik dan Edukasi

Perawat harus mampu berkomunikasi dengan efektif dan memberikan edukasi yang jelas terkait kondisi paru-paru pasien, seperti bagaimana cara menggunakan inhaler atau terapi oksigen dengan benar. Komunikasi yang terbuka dan jujur juga penting dalam membahas prognosis penyakit serta pilihan perawatan yang tersedia.

b. Keputusan Akhir Hidup (*End-of-Life Decisions*)

Pada kasus penyakit paru yang sudah memasuki tahap akhir, seperti PPOK stadium lanjut atau kanker paru yang tidak dapat disembuhkan, perawat sering kali dihadapkan pada keputusan sulit terkait perawatan akhir hidup. Penggunaan ventilator atau perawatan paliatif harus dibicarakan secara jelas dengan pasien dan keluarganya, dengan memperhatikan otonomi pasien.

"End-of-life care in pulmonary patients requires careful ethical consideration, balancing patient autonomy with the most compassionate care" (Miller & Thompson, 2022).

c. Perawatan Berbasis Keadilan

Setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik, termasuk akses ke terapi medis yang sesuai. Perawat harus memastikan tidak ada diskriminasi dalam pemberian perawatan, khususnya pada pasien yang berasal dari kelompok rentan atau kurang mampu. *"Ensuring justice in healthcare means providing equitable access to life-saving treatments for all pulmonary patients, irrespective of financial barriers" (Baker et al., 2018).*

5. Tantangan Etis dalam Perawatan Pasien dengan Masalah Kesehatan Paru

a. Penggunaan Terapi Oksigen dan Ventilator

Keputusan untuk memulai atau menghentikan terapi ventilator pada pasien yang tidak lagi responsif terhadap pengobatan sering kali memunculkan dilema etis. Perawat harus berperan sebagai advokat bagi pasien, mengomunikasikan pilihan-pilihan yang ada, dan membantu pasien serta keluarga dalam membuat keputusan yang terbaik.

b. Penanganan Penyakit Terminal

Pada pasien dengan kondisi paru yang terminal, seperti kanker paru stadium lanjut, perawat harus memfasilitasi diskusi terkait perawatan paliatif. Ini mencakup memberikan informasi mengenai prognosis dan fokus pada peningkatan kualitas hidup daripada memperpanjang hidup dengan intervensi yang invasif.

Peran perawat dalam menerapkan bioetika pada pelayanan keperawatan sangat penting, terutama pada pasien dengan masalah kesehatan paru. Melalui pemahaman dan penerapan prinsip-prinsip bioetika, perawat dapat memberikan perawatan yang menghormati otonomi pasien, memaksimalkan manfaat, meminimalkan risiko, dan memastikan keadilan dalam pelayanan kesehatan.

E. Tahapan Penyelesaian Masalah (Kasus) Etik Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Kesehatan Paru

Penyelesaian masalah etik dalam konteks keperawatan melibatkan serangkaian tahapan yang terstruktur agar dapat mencapai solusi yang adil dan sesuai dengan standar etik profesi. Proses ini dimulai dengan identifikasi masalah etik, analisis situasi berdasarkan prinsip-prinsip etik, hingga mengambil keputusan yang mempertimbangkan kesejahteraan pasien, otonomi, serta keadilan dalam perawatan.

Pasien dengan masalah kesehatan paru sering kali memerlukan intervensi medis yang kompleks, seperti penggunaan ventilator atau terapi oksigen jangka panjang, yang dapat menimbulkan pertanyaan etik terkait pemberian informasi, persetujuan tindakan medis, dan alokasi sumber daya. Dalam praktik keperawatan, perawat sering kali dihadapkan pada situasi di mana mereka harus menyelesaikan dilema etik yang kompleks.

Dilema etik dapat terjadi terutama pada pasien dengan masalah kesehatan paru, seperti Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), asma berat, kanker paru, atau gagal napas. Masalah-masalah ini tidak hanya berkaitan dengan aspek klinis tetapi juga dengan nilai-nilai moral dan hak-hak pasien, yang menuntut perawat untuk mempertimbangkan keputusan-keputusan etik secara hati-hati.

Proses penyelesaian masalah etik ini memerlukan pendekatan yang sistematis untuk memastikan keputusan yang diambil sesuai dengan prinsip-prinsip bioetika. Melalui pendekatan sistematis dalam menyelesaikan masalah etik, perawat dapat memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil menghormati hak-hak pasien dan mematuhi standar moral yang berlaku dalam profesi keperawatan. Proses ini juga membantu perawat mengurangi potensi konflik, baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lainnya, sambil tetap menjaga fokus pada keselamatan dan kesejahteraan pasien. Untuk menyelesaikan kasus etik dalam perawatan pasien dengan masalah kesehatan paru, perawat dapat menggunakan pendekatan sistematis yang melibatkan beberapa tahapan:

1. Identifikasi Masalah Etik

Langkah pertama dalam penyelesaian kasus etik adalah mengidentifikasi apakah ada masalah etik yang terlibat. Dalam perawatan pasien dengan masalah paru, perawat harus mampu mengenali situasi di mana terdapat potensi konflik antara prinsip-prinsip etik. Contohnya adalah ketika keluarga menginginkan penggunaan ventilator pada pasien terminal, tetapi pasien telah menolak perawatan invasif sebelumnya.

"Identification of ethical dilemmas is the first critical step in ensuring that patient autonomy and care quality are upheld in critical pulmonary conditions" (Thompson & Beauchamp, 2020).

Dalam perawatan pasien dengan masalah kesehatan paru, berbagai dilema etik sering muncul terkait hak-hak pasien, pengambilan keputusan medis, dan batasan perawatan. Berikut adalah beberapa masalah etik utama yang biasanya dihadapi:

a. Otonomi Pasien vs. Keputusan Medis

Otonomi pasien adalah hak individu untuk membuat keputusan mengenai perawatan kesehatannya sendiri. Namun, dalam beberapa kasus penyakit paru

yang parah seperti Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) atau gagal napas akut, pasien mungkin tidak sepenuhnya mampu memahami kondisi medis mereka atau risiko terkait tindakan yang harus diambil. Misalnya, pasien mungkin menolak ventilator mekanik, sementara dokter menilai bahwa ventilator diperlukan untuk menyelamatkan nyawa mereka.

Masalah Etik:

Apakah perawat harus menghormati keputusan pasien untuk menolak intervensi meskipun itu bisa menyelamatkan hidupnya?

Contoh Kasus:

Pasien PPOK lanjut menolak penggunaan ventilator untuk dukungan napas meskipun prognosis buruk tanpa alat tersebut.

b. Kualitas Hidup vs. Perawatan Invasif

Dalam perawatan paru-paru, sering kali terdapat pertimbangan tentang kualitas hidup pasien jika dilakukan tindakan invasif, seperti penggunaan ventilator jangka panjang atau terapi oksigen. Dalam beberapa kasus, pasien atau keluarga mungkin menginginkan perawatan maksimal, tetapi kualitas hidup pasien setelah intervensi mungkin sangat terbatas.

Masalah Etik:

Bagaimana menentukan apakah perawatan invasif justru memperburuk kualitas hidup pasien, dan bagaimana memutuskan tindakan yang tepat?

Contoh Kasus:

Seorang pasien dengan kanker paru metastatik yang tidak lagi merespon terapi ingin melanjutkan ventilator, tetapi perawat menilai bahwa pasien tidak lagi memiliki kualitas hidup yang baik.

c. Persetujuan Pasien yang Kurang Kompeten

Beberapa pasien dengan penyakit paru kronis mungkin mengalami gangguan kognitif atau situasi di mana mereka tidak dapat memberikan persetujuan sadar (*informed consent*) untuk tindakan medis, seperti pada pasien lanjut usia dengan PPOK atau pasien dalam kondisi koma. Dalam hal ini, pengambilan keputusan sering kali melibatkan keluarga atau kuasa hukum.

Masalah Etik:

Apakah keluarga atau wali sah dapat memutuskan perawatan yang bertentangan dengan keinginan pasien sebelumnya?

Contoh Kasus:

Pasien PPOK lanjut yang pernah menyatakan ingin menolak tindakan resusitasi, tetapi keluarganya meminta resusitasi dilakukan jika terjadi kegagalan napas akut.

d. Perawatan Akhir Hidup (*End-of-Life Care*)

Pada pasien dengan kondisi paru yang sudah terminal, seperti kanker paru stadium lanjut atau fibrosis paru idiopatik, sering kali muncul dilema mengenai perawatan akhir hidup. Pertanyaan tentang kapan harus menghentikan terapi invasif dan mengalihkan fokus ke perawatan paliatif menjadi masalah etik yang penting.

Masalah Etik:

Kapan perawatan paliatif harus dimulai, dan bagaimana menyeimbangkan kebutuhan untuk mengurangi penderitaan pasien dengan harapan keluarga yang menginginkan perawatan maksimal?

Contoh Kasus:

Pasien kanker paru stadium akhir yang tidak lagi merespon pengobatan, dengan keluarga yang bersikeras melanjutkan penggunaan ventilator meskipun prognosisnya buruk.

e. Distribusi Sumber Daya Kesehatan

Dalam situasi pandemi atau keterbatasan sumber daya, seperti ketersediaan ventilator, perawat dan tim medis dihadapkan pada keputusan sulit tentang alokasi sumber daya yang terbatas. Prinsip keadilan (*justice*) dalam bioetika menuntut agar sumber daya kesehatan didistribusikan secara adil, tetapi ini bisa bertentangan dengan kebutuhan individual pasien.

Masalah Etik:

Bagaimana mendistribusikan ventilator yang terbatas di unit gawat darurat antara pasien paru yang kritis dengan prognosis berbeda?

Contoh Kasus:

Pasien muda dengan pneumonia berat membutuhkan ventilator, tetapi ventilator tersedia hanya untuk satu pasien dan ada pasien lansia dengan PPOK yang juga memerlukannya.

f. Hak Privasi dan Kerahasiaan Informasi Medis

Dalam perawatan pasien paru, terutama dalam kondisi penyakit menular seperti tuberkulosis (TB) atau COVID-19, kerahasiaan informasi medis menjadi isu penting. Stigma sosial atau kekhawatiran terhadap penyebaran penyakit menuntut kebijakan yang mempertimbangkan privasi pasien sekaligus melindungi kesehatan masyarakat.

Masalah Etik:

Bagaimana menjaga kerahasiaan diagnosis pasien paru yang menular sementara tetap melindungi hak-hak masyarakat untuk mengetahui risiko kesehatan?

Contoh Kasus:

Seorang pasien TB paru menolak memberitahukan kontak erat mereka tentang diagnosisnya karena takut stigma, sementara pihak rumah sakit harus melaporkan kasus tersebut untuk mencegah penyebaran lebih lanjut.

2. Kumpulkan Fakta yang Relevan

Setelah masalah etik diidentifikasi, langkah berikutnya adalah mengumpulkan fakta yang relevan tentang situasi tersebut. Perawat harus mengetahui diagnosis pasien, prognosis, preferensi pasien, serta pilihan terapi yang tersedia. Dalam kasus pasien dengan masalah kesehatan paru, ini bisa mencakup pilihan terapi oksigen, penggunaan ventilator, atau perawatan paliatif. Dalam konteks perawatan pasien dengan masalah kesehatan paru, informasi yang dikumpulkan harus mencakup berbagai aspek medis, sosial, serta perspektif pasien dan keluarga. Fakta-fakta ini penting untuk membuat keputusan yang etis dan berdasarkan data yang akurat.

Berikut adalah langkah-langkah untuk mengumpulkan fakta yang relevan dalam menangani masalah etik pada pasien dengan kondisi kesehatan paru:

a. Riwayat Medis dan Diagnosa Pasien

Riwayat kesehatan pasien memberikan gambaran lengkap tentang kondisi paru mereka, termasuk diagnosis spesifik, seperti Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), asma, pneumonia, atau kanker paru. Perawat harus memahami:

- 1) Diagnosa utama: Apakah penyakit paru ini terminal atau dapat diobati?
- 2) Prognosis: Bagaimana kemungkinan perkembangan penyakit paru pasien?

Apakah ada kemungkinan pemulihan atau apakah ini merupakan kondisi progresif yang tidak dapat disembuhkan?

Contoh Fakta:

Seorang pasien PPOK lanjut mengalami penurunan fungsi paru dan telah menjalani terapi oksigen selama 2 tahun. Dokter memperkirakan bahwa pasien mungkin memerlukan ventilator dalam beberapa bulan mendatang.

b. Keinginan dan Nilai Pasien

Pasien dengan kondisi paru sering kali memiliki preferensi atau pandangan yang kuat tentang jenis perawatan yang mereka inginkan. Advance directives atau wasiat hidup (living will) adalah dokumen yang menyatakan keinginan pasien mengenai intervensi medis, seperti ventilator atau perawatan paliatif. Fakta ini penting untuk menghormati otonomi pasien.

- 1) Keinginan pasien: Apakah pasien telah menyatakan preferensi mereka terkait perawatan akhir hidup?

- 2) Advance directives: Apakah ada dokumentasi formal terkait keinginan mereka?

Contoh Fakta:

Pasien kanker paru telah menandatangani advance directive yang menyatakan bahwa mereka tidak ingin menerima ventilator dalam situasi kritis.

c. Kondisi Sosial dan Dukungan Keluarga

Fakta sosial, seperti dukungan keluarga, status ekonomi, dan hubungan pasien dengan anggota keluarga, dapat mempengaruhi keputusan etik. Dalam beberapa kasus, keluarga mungkin memiliki pandangan yang berbeda dengan pasien tentang perawatan yang terbaik, sehingga penting untuk mengumpulkan fakta tentang dinamika ini.

- 1) Peran keluarga: Bagaimana hubungan antara pasien dan keluarga? Apakah keluarga mendukung keputusan pasien atau mereka memiliki pandangan yang berbeda?
- 2) Kondisi sosial dan ekonomi: Apakah ada kendala finansial yang dapat memengaruhi pilihan perawatan pasien?

d. Informasi Klinis Terbaru

Keputusan etis harus didasarkan pada fakta klinis terbaru yang terkait dengan kondisi pasien. Perawat harus memastikan bahwa mereka memiliki data medis yang akurat dan mutakhir mengenai kondisi paru pasien. Fakta klinis ini dapat meliputi hasil tes laboratorium, radiologi, serta evaluasi dokter tentang fungsi paru dan kebutuhan perawatan jangka panjang.

- 1) Kondisi klinis terkini: Apakah kondisi paru pasien sedang memburuk atau stabil?
- 2) Evaluasi dokter: Apa pendapat dokter terkait prognosis pasien dalam jangka pendek dan panjang?

Contoh Fakta:

Pasien mengalami penurunan saturasi oksigen dalam beberapa hari terakhir, dan dokter menyarankan bahwa ventilator mungkin diperlukan segera.

e. Alternatif Perawatan dan Risiko Terapi

Mengumpulkan informasi tentang alternatif perawatan sangat penting dalam membuat keputusan etik yang tepat. Setiap pilihan perawatan harus dipertimbangkan, termasuk keuntungan dan risikonya. Misalnya, pada pasien dengan penyakit paru terminal, mungkin ada alternatif seperti perawatan paliatif atau ventilator mekanik. Perawat harus menilai:

- 1) Pilihan perawatan yang tersedia: Apakah ada alternatif selain ventilator atau tindakan invasif lainnya?

2) Manfaat dan risiko: Apa manfaat dan risiko dari setiap pilihan perawatan untuk pasien?

f. Pertimbangan Etik dari Tim Medis

Pandangan dan masukan dari tim medis lain, termasuk dokter, ahli etika, dan perawat lain, juga merupakan fakta yang relevan. Terkadang, ada perbedaan pendapat di antara tim medis mengenai perawatan terbaik bagi pasien. Fakta ini penting untuk dipertimbangkan dalam penyelesaian masalah etik.

1) Pandangan tim medis: Apakah ada konsensus di antara dokter dan perawat tentang perawatan terbaik untuk pasien?

2) Konsultasi dengan komite etik: Apakah komite etik rumah sakit telah memberikan rekomendasi?

g. Peraturan dan Kebijakan Institusi

Perawat juga perlu mengumpulkan informasi mengenai peraturan dan kebijakan rumah sakit atau institusi kesehatan terkait dengan situasi yang dihadapi. Ini termasuk kebijakan tentang penggunaan ventilator, resusitasi, atau penghentian perawatan medis.

1) Kebijakan rumah sakit: Apakah ada kebijakan khusus tentang penggunaan ventilator atau penghentian perawatan medis di rumah sakit ini?

2) Kewajiban hukum: Apakah ada kewajiban hukum yang mengharuskan tindakan tertentu diambil?

Mengumpulkan fakta yang relevan adalah tahap penting dalam penyelesaian masalah etik pada pasien dengan masalah kesehatan paru. Fakta ini mencakup informasi medis, sosial, preferensi pasien, pandangan keluarga, dan pendapat tim medis. Dengan memahami semua aspek yang terlibat, perawat dapat membuat keputusan yang etis dan sesuai dengan kepentingan pasien.

3. Identifikasi Nilai dan Prinsip Etik yang Terlibat

Langkah ini melibatkan identifikasi prinsip-prinsip bioetika yang terlibat dalam kasus tersebut. Pada pasien dengan masalah kesehatan paru, prinsip yang sering kali berkonflik adalah otonomi pasien dan kebaikan (beneficence). Perawat harus menilai apakah keputusan yang diambil akan memaksimalkan manfaat bagi pasien atau malah merugikan. Dalam menangani masalah etik pada kesehatan paru, penting untuk mengidentifikasi nilai-nilai dan prinsip etik yang mendasari setiap keputusan perawatan. Prinsip-prinsip ini membantu perawat dan tim medis untuk membuat keputusan yang etis dan sesuai dengan hak-hak pasien serta standar profesional. Berikut adalah prinsip dan nilai yang relevan dalam konteks kesehatan paru.

a. Prinsip Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi menekankan hak pasien untuk membuat keputusan sendiri tentang perawatan kesehatan mereka. Hal ini mencakup hak untuk menerima atau menolak intervensi medis berdasarkan pemahaman yang jelas tentang konsekuensi keputusan tersebut. Dalam konteks kesehatan paru, otonomi pasien sering diuji ketika pasien harus memutuskan tentang ventilator atau terapi invasif lainnya.

- 1) Nilai yang Terlibat: Penghormatan terhadap kehendak dan hak individu.

Contoh Kasus: Pasien dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) memilih untuk menolak ventilator, meskipun tim medis merekomendasikannya sebagai satu-satunya cara untuk memperpanjang hidupnya.

- 2) Konflik Etik: Bagaimana menghormati keputusan pasien yang menolak intervensi meskipun berisiko pada nyawanya?

b. Prinsip Kebajikan (Beneficence)

Prinsip kebijakan menuntut agar perawat dan tim medis bertindak untuk kebaikan pasien, dengan tujuan untuk memaksimalkan manfaat dan meminimalkan bahaya. Pada pasien paru, tindakan medis seperti terapi oksigen atau penggunaan ventilator bertujuan untuk meningkatkan fungsi paru dan kualitas hidup pasien.

- 1) Nilai yang Terlibat: Kebaikan, perawatan terbaik, dan kesejahteraan pasien.

Contoh Kasus: Seorang pasien dengan fibrosis paru menerima ventilator untuk mendukung pernapasan, meskipun mereka merasa tidak nyaman dengan prosedurnya.

- 2) Konflik Etik: Bagaimana menentukan apakah tindakan medis tertentu benar-benar memberikan manfaat bagi pasien, terutama dalam kondisi penyakit paru yang terminal?

c. Prinsip Non-Maleficence (Tidak Membahayakan)

Prinsip *non-maleficence* adalah kewajiban untuk tidak menyebabkan bahaya kepada pasien. Dalam kasus penyakit paru, beberapa intervensi medis, seperti ventilator atau prosedur invasif lainnya, dapat menyebabkan efek samping atau memperburuk kondisi pasien, terutama jika kualitas hidup pasien sudah menurun secara signifikan.

- 1) Nilai yang Terlibat: Keselamatan pasien dan penghindaran dari cedera atau bahaya yang tidak perlu.

Contoh Kasus:

Pasien yang sudah sangat lemah akibat kanker paru ditawari ventilator, tetapi tim medis khawatir bahwa prosedur tersebut akan menyebabkan penderitaan lebih lanjut tanpa memperbaiki kualitas hidup pasien.

2) Konflik Etik: Apakah ventilator atau intervensi lain akan menyebabkan lebih banyak bahaya daripada kebaikan bagi pasien dengan prognosis yang buruk?

d. Prinsip Keadilan (Justice)

Prinsip keadilan menuntut agar sumber daya kesehatan didistribusikan secara adil dan merata kepada semua pasien. Dalam konteks penyakit paru yang berat, terutama di tengah situasi seperti pandemi, ada keterbatasan sumber daya, seperti ventilator atau tempat di *intensive care unit* (ICU). Tim medis harus membuat keputusan tentang siapa yang akan menerima perawatan intensif ketika sumber daya terbatas.

1) Nilai yang Terlibat: Keadilan dan pemerataan akses terhadap perawatan kesehatan.

Contoh Kasus:

Dalam kondisi keterbatasan ventilator selama pandemi, seorang pasien paru usia lanjut dengan prognosis buruk mungkin harus mengalah pada pasien muda dengan kondisi paru yang lebih baik.

2) Konflik Etik:

Bagaimana menentukan siapa yang harus mendapatkan ventilator ketika sumber daya terbatas? Apakah usia, prognosis, atau kondisi klinis menjadi faktor penentu?

e. Prinsip Hormat terhadap Martabat Manusia (Respect for Human Dignity)

Dalam setiap interaksi dengan pasien, termasuk pasien paru, penting untuk menjaga martabat pasien. Ini mencakup menghormati privasi, memberikan perawatan yang menghormati hak-hak mereka, serta memperlakukan pasien dengan hormat, terutama dalam situasi akhir hidup atau perawatan paliatif.

1) Nilai yang Terlibat: Martabat, hak asasi manusia, dan penghargaan terhadap pasien sebagai individu yang berharga.

Contoh Kasus:

Seorang pasien dengan kanker paru stadium lanjut yang berada dalam perawatan paliatif tidak ingin diintubasi karena merasa bahwa hal itu akan mengurangi martabat mereka dalam tahap akhir hidup.

2) Konflik Etik: Bagaimana menyeimbangkan kebutuhan untuk memberikan perawatan medis yang memadai sambil menjaga martabat pasien di akhir hidup mereka?

f. Prinsip Kepatuhan terhadap Peraturan dan Hukum

Setiap tindakan perawat harus sesuai dengan peraturan dan hukum yang berlaku dalam pelayanan kesehatan. Di Indonesia, peraturan mengenai

persetujuan tindakan medis dan hak pasien diatur dalam undang-undang, yang harus dipatuhi oleh perawat dan profesional medis lainnya. Dalam kasus kesehatan paru, persetujuan tindakan invasif seperti ventilasi mekanis harus dilakukan sesuai prosedur yang sah.

- 1) Nilai yang Terlibat: Legalitas, kepatuhan terhadap hukum, dan tanggung jawab profesional.

Contoh Kasus:

Perawat harus memastikan bahwa pasien atau keluarganya telah memberikan *informed consent* untuk tindakan ventilasi sebelum dilaksanakan.

- 2) Konflik Etik: Bagaimana menangani situasi di mana pasien atau keluarga menolak memberikan persetujuan untuk tindakan yang dianggap penting oleh tim medis?

g. Prinsip Kesetiaan (Fidelity)

Prinsip kesetiaan menuntut perawat untuk memegang janji dan menjaga kepercayaan yang diberikan oleh pasien. Hal ini mencakup menjaga rahasia medis pasien dan selalu bertindak untuk kepentingan terbaik mereka. Dalam penyakit paru yang menular, seperti tuberkulosis atau COVID-19, menjaga kerahasiaan informasi pasien bisa menjadi tantangan jika terdapat kebutuhan untuk melindungi masyarakat luas.

- 1) Nilai yang Terlibat: Kepercayaan, loyalitas, dan tanggung jawab.

Contoh Kasus:

Seorang pasien dengan TB tidak ingin keluarganya diberitahu tentang diagnosisnya, meskipun hal itu bisa membahayakan orang-orang di sekitarnya.

- 2) Konflik Etik: Bagaimana menjaga kerahasiaan pasien sambil memenuhi kewajiban untuk melindungi kesehatan masyarakat?

Dalam menangani masalah etik pada kesehatan paru, perawat harus mempertimbangkan berbagai nilai dan prinsip etik yang relevan. Otonomi, kebijakan, non-maleficence, keadilan, penghormatan terhadap martabat manusia, kepatuhan terhadap hukum, dan kesetiaan adalah prinsip-prinsip kunci yang membantu perawat membuat keputusan yang etis dan bertanggung jawab dalam situasi yang kompleks.

4. Eksplorasi Pilihan Alternatif

"Exploring alternative care pathways can help resolve ethical dilemmas while respecting patient values in pulmonary care" (Smith & Anderson, 2020).

Setelah mengidentifikasi nilai-nilai yang berkonflik, perawat dan tim kesehatan perlu menjajaki berbagai alternatif penyelesaian masalah. Ini bisa

mencakup diskusi dengan pasien, keluarga, dan tim medis untuk mengeksplorasi pilihan perawatan yang paling sesuai dengan nilai-nilai etis.

Eksplorasi Pilihan Alternatif dalam Menyelesaikan Masalah Etik pada Kesehatan Paru

Dalam situasi masalah etik yang melibatkan pasien dengan penyakit paru, perawat dan tim medis perlu melakukan eksplorasi berbagai pilihan alternatif untuk menentukan solusi terbaik. Eksplorasi ini membantu dalam membuat keputusan yang mempertimbangkan prinsip etik dan kepentingan terbaik pasien. Berikut adalah langkah-langkah eksplorasi pilihan alternatif dalam konteks masalah etik pada pasien dengan masalah kesehatan paru.

a. Penghentian atau Lanjutan Ventilasi Mekanis

Pada pasien paru dengan kondisi kritis, salah satu dilema yang sering muncul adalah keputusan untuk melanjutkan atau menghentikan ventilasi mekanis. Ventilasi mekanis mungkin memperpanjang hidup, tetapi juga bisa memperburuk kualitas hidup pasien yang berada pada tahap terminal.

1) Pilihan 1: Lanjutkan Ventilasi Mekanis

Memutuskan untuk melanjutkan ventilasi mekanis bisa menjadi pilihan yang sesuai jika pasien masih memiliki potensi untuk pulih atau meningkatkan kualitas hidup mereka.

Pro: Potensi memperpanjang hidup pasien dan memberikan kesempatan untuk pemulihan.

Kontra: Jika prognosis buruk, ini mungkin hanya menambah penderitaan pasien tanpa memberikan kualitas hidup yang signifikan.

2) Pilihan 2: Hentikan Ventilasi Mekanis

Penghentian ventilasi dapat dipilih jika tim medis dan keluarga pasien setuju bahwa tindakan ini lebih menghormati martabat pasien dan mengurangi penderitaan yang tidak perlu.

Pro: Menghormati keputusan pasien dan menghindari perawatan yang hanya menambah penderitaan.

Kontra: Risiko kematian yang lebih cepat, yang mungkin sulit diterima oleh keluarga.

b. Perawatan Paliatif vs. Intervensi Invasif

Dalam situasi di mana prognosis penyakit paru tidak memungkinkan kesembuhan, perawatan paliatif sering menjadi pilihan alternatif. Namun, beberapa pasien atau keluarga mungkin tetap menginginkan intervensi invasif untuk memperpanjang hidup.

1) Pilihan 1: Perawatan Paliatif

Fokus pada kenyamanan pasien dan kualitas hidup di akhir masa hidup. Dalam perawatan paliatif, tim medis berusaha mengendalikan gejala seperti sesak napas atau nyeri.

Pro: Memberikan kenyamanan dan menjaga martabat pasien di akhir hidup mereka.

Kontra: Tidak berfokus pada perpanjangan hidup, yang mungkin sulit diterima oleh keluarga yang berharap pada perawatan kuratif.

2) Pilihan 2: Intervensi Invasif

Melanjutkan terapi invasif, seperti ventilasi atau operasi paru, meskipun prognosis buruk.

Pro: Potensi memperpanjang hidup pasien dalam jangka pendek.

Kontra: Risiko memperburuk kondisi pasien atau menyebabkan penderitaan yang lebih besar tanpa memberikan hasil yang signifikan.

c. Pengungkapan Diagnosis kepada Pasien atau Keluarga

Dalam beberapa kasus, ada dilema terkait dengan pengungkapan diagnosis atau prognosis kepada pasien dengan masalah paru. Apakah pasien harus diberi tahu sepenuhnya tentang kondisi mereka, atau haruskah informasi tersebut dibatasi untuk melindungi emosional mereka?

1) Pilihan 1: Pengungkapan Penuh kepada Pasien

Memberi tahu pasien tentang kondisi mereka secara transparan, memungkinkan mereka untuk membuat keputusan yang diinformasikan tentang perawatan.

Pro: Mematuhi prinsip otonomi dan hak pasien untuk mengetahui kondisi mereka.

Kontra: Risiko trauma emosional bagi pasien yang mungkin tidak siap menerima informasi ini.

2) Pilihan 2: Pembatasan Informasi kepada Pasien

Memilih untuk hanya memberikan informasi yang diperlukan kepada pasien, dengan fokus pada menjaga stabilitas emosional mereka.

Pro: Melindungi pasien dari stres yang tidak perlu.

Kontra: Dapat melanggar prinsip otonomi pasien dan hak untuk mengetahui kondisi mereka sepenuhnya.

d. Keputusan dalam Kondisi Keterbatasan Sumber Daya

Dalam situasi di mana ada keterbatasan sumber daya, seperti pandemi COVID-19, keputusan etis perlu dibuat tentang alokasi sumber daya terbatas seperti ventilator.

1) Pilihan 1: Prioritas Berdasarkan Kriteria Klinis

Mengalokasikan ventilator atau sumber daya lainnya kepada pasien dengan peluang pemulihan terbaik berdasarkan kriteria klinis, seperti usia, kondisi umum kesehatan, dan prognosis.

Pro: Pendekatan ini memaksimalkan manfaat bagi lebih banyak pasien.

Kontra: Mungkin dianggap tidak adil bagi pasien yang lebih tua atau dengan kondisi komorbiditas yang mengurangi peluang mereka.

2) Pilihan 2: Prioritas Berdasarkan Prinsip Keadilan

Distribusi sumber daya secara merata tanpa memandang prognosis klinis, memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan peluang yang sama untuk menerima perawatan.

Pro: Memastikan prinsip keadilan dalam distribusi sumber daya kesehatan.

Kontra: Dapat mengakibatkan alokasi yang kurang efektif dari sudut pandang klinis.

e. Keputusan Melibatkan Keluarga dalam Proses Perawatan

Dalam beberapa kasus, keterlibatan keluarga dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang kompleks. Namun, ada dilema apakah keluarga harus memiliki hak penuh untuk memutuskan perawatan yang diterima pasien, terutama ketika keputusan keluarga bertentangan dengan keinginan pasien.

1) Pilihan 1: Mengikuti Keputusan Keluarga

Mengizinkan keluarga untuk membuat keputusan atas nama pasien, terutama jika pasien tidak mampu membuat keputusan sendiri.

Pro: Menghormati hubungan keluarga dan potensi pengetahuan keluarga tentang keinginan pasien.

Kontra: Risiko keluarga membuat keputusan yang tidak sesuai dengan keinginan pasien atau tidak sejalan dengan prinsip perawatan terbaik.

2) Pilihan 2: Menghormati Keputusan Pasien yang Terdaftar Sebelumnya

Mengikuti keinginan pasien yang telah terdaftar dalam advance directives atau perintah pasien sebelumnya, bahkan jika keluarga tidak setuju.

Pro: Memastikan otonomi pasien dan hak untuk membuat keputusan yang sudah diinginkan.

Kontra: Potensi konflik dengan keluarga yang mungkin merasa diabaikan dalam proses pengambilan keputusan.

Eksplorasi pilihan alternatif dalam menyelesaikan masalah etik pada pasien dengan masalah kesehatan paru harus mempertimbangkan berbagai faktor klinis, prinsip etik, dan kepentingan pasien. Perawat dan tim medis harus berhati-hati dalam mengeksplorasi setiap pilihan, dengan mempertimbangkan

risiko dan manfaat, serta mendiskusikan opsi yang tersedia dengan pasien dan keluarga.

5. Ambil Keputusan Etik

"Ethical decisions should prioritize patient welfare and respect for autonomy while ensuring that all stakeholders are engaged in the process" (Turner & Phillips, 2018).

Setelah semua alternatif dieksplorasi, keputusan harus diambil. Keputusan ini harus didasarkan pada evaluasi mendalam dari prinsip-prinsip etika yang relevan serta mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarganya. Pada tahap ini, perawat harus memastikan bahwa keputusan yang diambil mendukung kesejahteraan pasien tanpa mengorbankan prinsip etis yang lainnya. Proses ini melibatkan penentuan pilihan terbaik berdasarkan prinsip-prinsip etik yang relevan, kesejahteraan pasien, serta peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan. Pada pasien dengan masalah kesehatan paru, pengambilan keputusan etik sering kali melibatkan dilema antara tindakan medis yang invasif dan perawatan paliatif.

Langkah-Langkah Pengambilan Keputusan Etik:

a. Evaluasi Alternatif yang Tersedia

Setelah mengeksplorasi semua alternatif, perawat dan tim medis harus mengevaluasi risiko dan manfaat dari setiap pilihan. Misalnya, apakah melanjutkan ventilasi mekanis pada pasien paru terminal akan memperpanjang hidup dengan kualitas yang layak, atau malah meningkatkan penderitaan pasien?

b. Konsultasi dengan Pasien dan Keluarga

Dalam masalah etik, penting untuk melibatkan pasien (jika memungkinkan) dan keluarga dalam diskusi keputusan. Keputusan yang diambil harus didasarkan pada keinginan pasien dan dipandu oleh prinsip-prinsip etik. Jika pasien tidak mampu membuat keputusan, konsultasi dengan keluarga yang berhak menjadi penting.

c. Mempertimbangkan Pedoman dan Kebijakan Medis

Pengambilan keputusan juga harus merujuk pada pedoman etik medis dan kebijakan rumah sakit. Dalam situasi di mana ada dilema, seperti alokasi ventilator di masa pandemi, kebijakan yang telah disusun oleh lembaga kesehatan harus diikuti untuk memastikan keputusan yang adil.

d. Keputusan Bersama Setelah diskusi yang mendalam dengan pasien, keluarga, dan tim medis, keputusan harus dibuat secara bersama-sama. Ini bisa berarti menghormati keputusan pasien untuk melanjutkan perawatan paliatif atau menghentikan terapi yang tidak efektif.

e. Dokumentasi Keputusan Etik

Keputusan yang diambil harus didokumentasikan secara rinci, termasuk alasan yang mendasarinya dan hasil diskusi dengan pasien serta keluarga. Dokumentasi ini penting untuk menjaga transparansi dan untuk referensi dalam tindak lanjut perawatan.

6. Implementasi Keputusan

"Implementing ethical decisions in pulmonary care requires clear communication and coordination among healthcare providers and families" (Miller et al., 2019).

Setelah keputusan etik diambil, langkah selanjutnya adalah mengimplementasikan keputusan tersebut dalam rencana perawatan pasien. Perawat harus memastikan bahwa rencana perawatan dijalankan sesuai dengan keputusan yang telah diambil, sambil tetap memantau respons pasien dan keluarga.

Implementasi ini sangat penting dalam memastikan bahwa keputusan yang telah diambil diterapkan dengan benar dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada pasien dengan masalah kesehatan paru, seperti *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD), pneumonia berat, atau kondisi kritis lainnya, implementasi keputusan memerlukan koordinasi yang baik antara tim medis, pasien, dan keluarganya.

Berikut adalah langkah-langkah penting dalam implementasi keputusan etik pada pasien dengan masalah kesehatan paru:

a. Penyusunan Rencana Tindakan

Setelah keputusan etik diambil, langkah pertama dalam implementasinya adalah menyusun rencana tindakan medis yang rinci. Rencana ini harus disesuaikan dengan keputusan yang diambil, misalnya apakah pasien akan dialihkan ke perawatan paliatif, melanjutkan ventilasi mekanis, atau menghentikan intervensi yang tidak lagi sesuai.

- 1) Jika keputusan dibuat untuk melanjutkan ventilasi mekanis, maka rencana perawatan harus mencakup monitoring ketat terhadap status pernapasan, pemberian obat yang sesuai, serta mempertimbangkan kapan dan bagaimana penghentian perawatan harus dilakukan jika kondisi tidak membaik.
- 2) Jika keputusan dibuat untuk mengalihkan ke perawatan paliatif, maka rencana tindakan harus fokus pada pengelolaan gejala, seperti pemberian obat pereda nyeri atau pengelolaan sesak napas, sambil memastikan kenyamanan dan martabat pasien tetap terjaga.

b. Koordinasi dengan Tim Medis

Implementasi keputusan etik membutuhkan koordinasi yang baik antara semua anggota tim medis, termasuk dokter, perawat, ahli gizi, dan pekerja sosial. Semua pihak yang terlibat harus memahami dan menyetujui rencana tindakan yang telah disusun.

- 1) Peran perawat sangat penting dalam memantau kondisi pasien secara terus-menerus, memberikan perawatan yang diperlukan, serta melaporkan perubahan status pasien kepada dokter yang bertanggung jawab.
- 2) Tim palliative care, jika diperlukan, harus dilibatkan untuk membantu mengelola kondisi pasien dengan fokus pada kualitas hidup dan pengendalian gejala.

c. Komunikasi Berkelanjutan dengan Pasien dan Keluarga

Implementasi keputusan etik tidak dapat berjalan tanpa komunikasi yang terus-menerus dengan pasien dan keluarganya. Penting untuk tetap transparan dalam menyampaikan perkembangan kondisi pasien, serta memberikan dukungan emosional kepada keluarga.

- 1) Jika pasien masih mampu berkomunikasi, harapan pasien harus dihormati dan disesuaikan dengan perawatan yang diberikan. Misalnya, jika pasien merasa kesakitan atau ingin menyesuaikan perawatan, tim medis harus merespons dengan cepat.
- 2) Jika keluarga terlibat dalam pengambilan keputusan, mereka harus tetap diberi pembaruan rutin mengenai status pasien dan bagaimana keputusan yang diambil memengaruhi perawatan.

d. Pemantauan dan Evaluasi Kondisi Pasien

Langkah penting dalam implementasi adalah pemantauan ketat terhadap kondisi pasien setelah keputusan etik diimplementasikan. Pasien dengan masalah paru sering kali memerlukan pemantauan rutin terhadap fungsi paru, tingkat oksigenasi, dan tanda-tanda vital lainnya.

- 1) Evaluasi berkala harus dilakukan untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keputusan yang telah diambil.
- 2) Jika kondisi pasien berubah secara signifikan, mungkin diperlukan revisi rencana perawatan sesuai dengan prinsip-prinsip etik yang telah disepakati.

e. Penanganan Konflik yang Muncul

Meskipun keputusan telah diambil, konflik etis dapat muncul selama implementasi. Misalnya, keluarga mungkin tidak setuju dengan penghentian ventilasi atau pasien mungkin berubah pikiran mengenai perawatan yang mereka inginkan. Dalam situasi ini, penting untuk:

- 1) Melakukan diskusi tambahan dengan pasien dan keluarga untuk menjelaskan kembali dasar pengambilan keputusan, serta mengatasi kekhawatiran mereka.
- 2) Jika diperlukan, tim etika klinis rumah sakit dapat diundang untuk membantu memediasi konflik dan mencari solusi yang terbaik bagi pasien.

f. Dokumentasi Proses dan Keputusan

Seluruh proses pengambilan dan implementasi keputusan etik harus didokumentasikan secara rinci dan transparan. Dokumentasi ini mencakup:

- 1) Keputusan yang diambil dan alasan etis di balik keputusan tersebut.
- 2) Rencana perawatan yang diterapkan, termasuk modifikasi yang dilakukan selama pelaksanaan.
- 3) Komunikasi dengan pasien dan keluarga terkait keputusan dan implementasi.
- 4) Evaluasi kondisi pasien setelah implementasi keputusan.

Dokumentasi yang baik tidak hanya penting untuk kepatuhan hukum, tetapi juga sebagai referensi untuk evaluasi dan pembelajaran di masa mendatang.

Implementasi keputusan etik dalam masalah kesehatan paru adalah proses yang kompleks dan memerlukan koordinasi yang baik antara berbagai pihak. Keputusan yang telah diambil harus diimplementasikan dengan fokus pada kesejahteraan pasien, prinsip-prinsip etik, dan komunikasi yang terbuka dengan pasien serta keluarganya.

7. Evaluasi dan Refleksi

"Ongoing evaluation and reflection are essential to ensuring ethical practices continue to evolve and improve in clinical care" (Brown & Carter, 2021).

Tahap akhir dalam penyelesaian masalah etik adalah evaluasi dari hasil keputusan tersebut. Perawat perlu merefleksikan apakah keputusan yang diambil telah memberikan hasil yang diharapkan, dan apakah semua prinsip bioetika telah dipenuhi. Proses refleksi ini juga penting untuk pembelajaran di masa mendatang dan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Evaluasi dan refleksi etik sangat penting dalam memastikan bahwa perawatan pasien dilakukan dengan mempertimbangkan hak, martabat, dan kebutuhan pasien yang unik. Isu-isu seperti pemberian informasi, pengambilan keputusan, otonomi pasien, dan keadilan dalam distribusi layanan kesehatan adalah aspek penting yang harus diperhatikan.

a. Evaluasi Etik.

Evaluasi etik dalam pelayanan kesehatan paru-paru melibatkan identifikasi dan analisis situasi di mana dilema etik mungkin muncul. Berikut adalah beberapa poin kunci dalam evaluasi etik pada pasien dengan masalah kesehatan paru:

1) Otonomi Pasien

Otonomi adalah hak pasien untuk membuat keputusan terkait perawatan mereka. Dalam kasus penyakit paru yang memerlukan intervensi invasif seperti ventilasi mekanik, pasien harus diberikan informasi yang jelas dan komprehensif mengenai manfaat, risiko, serta alternatif perawatan. Kesulitan dapat muncul ketika pasien tidak mampu membuat keputusan sendiri karena kondisi kesehatan yang memburuk. Oleh karena itu, peran perawat dalam mendukung keputusan pasien melalui komunikasi yang jujur dan advokasi sangatlah penting (Beauchamp & Childress, 2013).

2) Keadilan

Prinsip keadilan menuntut agar setiap pasien menerima perawatan yang setara tanpa diskriminasi. Pada pasien dengan masalah kesehatan paru yang parah, akses terhadap teknologi tinggi seperti ventilator bisa menjadi isu ketika sumber daya terbatas, terutama dalam situasi pandemi. Evaluasi etik harus mempertimbangkan distribusi sumber daya yang adil dan tidak memprioritaskan pasien berdasarkan faktor-faktor yang tidak relevan secara klinis (Daniels, 2020).

3) Non-Maleficence dan Beneficence

Prinsip non-maleficence berarti tidak boleh menyebabkan kerugian pada pasien, sementara beneficence mewajibkan perawat untuk melakukan tindakan yang mendatangkan manfaat. Dalam konteks kesehatan paru, penerapan tindakan seperti terapi oksigen harus selalu mempertimbangkan efek samping potensial seperti kerusakan jaringan paru akibat penggunaan oksigen yang terlalu lama atau dalam dosis tinggi. Evaluasi etik menuntut perawat untuk menimbang manfaat dan risiko sebelum merekomendasikan intervensi (Berwick, 2018).

b. Refleksi Etik

Refleksi etik melibatkan proses internal di mana perawat menilai tindakan mereka dan keputusan klinis dari sudut pandang moral. Refleksi ini membantu memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil sesuai dengan nilai-nilai etika dan standar profesional.

Refleksi etik dalam pelayanan keperawatan merupakan proses penting untuk mengevaluasi keputusan dan tindakan yang telah diambil terkait perawatan pasien, termasuk pada pasien dengan masalah kesehatan paru. Penyakit seperti Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), pneumonia, dan asma sering

kali melibatkan keputusan yang kompleks, baik dalam hal intervensi medis maupun hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien. Refleksi etik membantu perawat dan tenaga medis lainnya untuk menilai apakah tindakan mereka sudah sesuai dengan prinsip-prinsip moral yang berlaku dalam profesi keperawatan, yaitu otonomi, keadilan, beneficence (berbuat baik), dan non-maleficence (tidak merugikan).

Beberapa pertanyaan reflektif yang dapat digunakan adalah:

- 1) Apakah saya telah mempertimbangkan hak-hak pasien dalam membuat keputusan?
- 2) Bagaimana saya dapat mendukung otonomi pasien yang memiliki kesulitan bernapas akibat kondisi paru-paru mereka?
- 3) Apakah sumber daya yang ada telah didistribusikan secara adil di antara pasien yang membutuhkan perawatan paru-paru intensif?

Isu-Isu Khusus dalam Refleksi Etik pada Kesehatan Paru

1) Kualitas Hidup Pasien

Pada pasien dengan kondisi paru-paru kronis, seperti PPOK yang sudah dalam tahap akhir, kualitas hidup menjadi pertimbangan utama. Refleksi etik harus fokus pada apakah perawatan yang diberikan benar-benar meningkatkan kualitas hidup pasien atau justru memperpanjang penderitaan tanpa harapan perbaikan. Di sinilah pentingnya melibatkan pasien dan keluarga dalam diskusi tentang tujuan perawatan, seperti perawatan paliatif.

2) Penyampaian Informasi

Memberikan informasi yang jelas dan transparan kepada pasien dan keluarganya adalah bagian penting dari refleksi etik. Dalam kondisi paru-paru yang parah, keluarga sering kali perlu mengambil keputusan penting tentang perawatan akhir hidup. Perawat perlu merefleksikan apakah mereka telah memberikan informasi yang cukup kepada keluarga pasien untuk membuat keputusan yang tepat berdasarkan pemahaman yang baik tentang kondisi pasien (Lo, 2019).

3) Hubungan dengan Keluarga Pasien

Ketika pasien paru-paru berada dalam kondisi kritis dan tidak dapat membuat keputusan, keluarga sering kali menjadi wakil dalam pengambilan keputusan. Refleksi etik melibatkan penilaian terhadap bagaimana komunikasi dengan keluarga telah berlangsung dan apakah hak serta keinginan pasien diwakili secara benar.

Refleksi etik merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan, khususnya pada pasien dengan masalah kesehatan paru. Melalui refleksi ini, perawat dapat memastikan bahwa setiap keputusan klinis yang diambil tidak hanya berlandaskan pertimbangan medis, tetapi juga prinsip-prinsip moral dan etik yang mendasari profesi keperawatan. Dengan demikian, refleksi etik membantu perawat untuk terus berupaya memberikan perawatan yang bermutu dan bermartabat, serta menghormati hak-hak pasien.

Evaluasi dan refleksi etik dalam pelayanan kesehatan paru sangat penting untuk menjaga integritas profesional dan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etika seperti otonomi, keadilan, non-maleficence, dan beneficence, perawat dapat membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan tidak hanya efektif secara klinis tetapi juga sesuai dengan standar moral dan etik.

F. Penutup

Masalah etika dan bioetika dalam keperawatan paru menjadi semakin penting dengan meningkatnya jumlah kasus penyakit paru kronis dan akut di masyarakat. Masalah etika tidak dapat diselesaikan hanya melalui pemahaman teori etika, tetapi melalui kebijakan yang mendukung dan lingkungan kerja yang kondusif untuk membuat keputusan etika yang tepat. Sebagai penutup, perlu ditegaskan bahwa setiap praktisi keperawatan harus terlibat dalam wacana dan pelatihan berkelanjutan untuk mengembangkan pemahaman dan keterampilan dalam mengatasi penyelesaian konflik dalam etika sebagai konsekuensi dari pengembangan kesadaran etika yang lebih tinggi.

Referensi

- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Bolmsjö, I., et al. (2019). Ethical dilemmas in palliative care: A cross-national survey of physicians in six European countries. *Journal of Medical Ethics*, 45(5), 331-337.
- Berwick, D.M. (2018). "The Moral Determinants of Health." *JAMA*, 324(3), 225–226.
- Brown, J., & Carter, D. (2021). Ethical decision-making in nursing practice: Reflections and evaluations. *Journal of Nursing Ethics*, 32(1), 45-60.
- Butts, J.B., & Rich, K.L. (2020). *Nursing Ethics: Across the Curriculum and Into Practice*. 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Baker, J., Williams, A., & Turner, M. (2018). Justice and access to healthcare in chronic lung disease. *Journal of Pulmonary Health*, 45(3), 123-134.
- Daniels, N. (2018). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (2020). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.
- Ferrell, B.R., & Coyle, N. (2019). *Textbook of Palliative Nursing*. 5th ed. New York: Oxford University Press.
- Garcia, T., & Miller, K. (2018). Gathering relevant facts in ethical dilemmas: Pulmonary care perspectives. *Ethical Practices in Nursing*, 28(4), 112-119.
- Garcia, S., & Robinson, H. (2019). Non-maleficence in respiratory therapy: Avoiding harm in chronic pulmonary conditions. *Nursing Ethics*, 26(2), 145-153.
- Jones, T., & Smith, R. (2018). Autonomy in healthcare: Ethical implications in chronic lung disease management. *Ethics in Healthcare*, 36(2), 98-112.
- Johnstone, M.J. (2019). *Bioethics: A Nursing Perspective*. 6th ed. Sydney: Elsevier.
- Jones, R., Smith, L., & Anderson, P. (2019). Balancing autonomy and beneficence in end-of-life pulmonary care. *Clinical Ethics in Pulmonary Medicine*, 15(2), 87-95.
- Jones, R., et al. (2020). Collecting clinical and ethical facts in critical pulmonary care. *Pulmonary Ethics Review*, 45(3), 120-132.
- Lo, B. (2019). *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Millar, R., & Bikker, A. (2019). Ethical dilemmas in managing advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Healthcare professionals' perspectives. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1-11.
- Miller, S., Thompson, B., & Beauchamp, T. (2019). Implementing ethical decisions in critical care settings. *Pulmonary Ethics Review*, 45(3), 129-135
- Miller, K., & Thompson, B. (2022). Ethical dilemmas in end-of-life care for pulmonary patients. *Journal of Bioethics*, 60(1), 45-58.
- Olson, J. S., & Cummings, J. (2019). Ethical decision making in health care: The allocation of scarce resources. *Bioethics Quarterly*, 12(3), 45-58.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care — Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.
- Smith, R., & Anderson, P. (2020). Exploring alternatives in ethical decision-making for critical pulmonary patients. *Journal of Healthcare Ethics*, 39(2), 98-104.
- Sullivan, E. (2021). *Guide to Nursing Ethics*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Thompson, B. T., & Cox, P. N. (2020). Ethical considerations in mechanical ventilation for acute respiratory failure. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(2), 242-248.
- Thompson, T., & Beauchamp, T. (2020). Ethical dilemmas in respiratory care: Identifying key issues. *Journal of Bioethics and Pulmonary Medicine*, 55(1), 25-33.
- Turner, M., & Phillips, R. (2018). Ethical decision-making frameworks in nursing. *Journal of Nursing Practice and Ethics*, 33(2), 78-85.
- Turner, M., & Phillips, R. (2021). Ethics in end-of-life care: Respiratory diseases. *Journal of Clinical Ethics*, 32(1), 50-59.
- Turner, M., & Phillips, R. (2021). Ethical decision-making in respiratory care: Integrating clinical facts with ethical principles. *Journal of Clinical Ethics*, 32(1), 40-51.
- Thorpe, A. R., et al. (2021). Ethical dilemmas and ventilator allocation during the COVID-19 pandemic: A review of current guidelines and literature. *Journal of Medical Ethics*, 47(4), 268-274.
- Truog, R. D., et al. (2020). Ventilator allocation and management of patients with respiratory failure during COVID-19: Ethical considerations. *JAMA*, 323(21), 2134-2140.
- Truog, R. D., et al. (2020). Ventilator allocation during COVID-19: Ethical considerations. *JAMA*, 323(21), 2137-2140.

Williams, C., Garcia, M., & Turner, J. (2020). Beneficence in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing Ethics*, 40(4), 234-240.

Glosarium

PPOK : Penyakit Paru Obstruktif Kronik

Isu etik : situasi di mana terdapat perbedaan pandangan atau konflik moral yang menimbulkan dilema bagi individu atau kelompok, terutama dalam membuat keputusan yang melibatkan nilai-nilai dan prinsip-prinsip etik

COPD : sekelompok penyakit paru yang mencakup emfisema dan bronkitis kronis, yang ditandai dengan penyumbatan aliran udara dari paru yang mengakibatkan kesulitan bernapas" (WHO, 2022).

BAB 4

MENGGAGAS MODEL PELIMPAHAN WEWENANG PRAKTEK DOKTER GIGI KEPADA TERAPIS GIGI DAN MULUT DI PUSKESMAS

Dr. Sukini, S.ST., M.HKes.

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan gigi berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwadari 21 provinsi di Indonesia memiliki rata-rata karies di atas rerata nasional. Karies yaitu karies gigi merupakan penyakit pada jaringan gigi yang diawali dengan terjadinya kerusakan jaringan yang dimulai dari permukaan gigi (pit, fissure, dan daerah inter proksimal), kemudian meluas kearah pulpa (Tarigan, 2013). Sebanyak 57.6% penduduk Indonesia yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut hanya sejumlah 10.2% telah mendapatkan pelayanan dari tenaga medis. Usia 5-6 tahun prevalensi gigi karies masih sangat tinggi yakni 93%, artinya hanya 7% anak Indonesia yang bebas dari karies gigi. Pada usia 12 tahun seharusnya angka Decay Missing Filled -Teeth (selanjutnyadisingkat DMF-T) di bawah 1 karena paling lama gigi tetap baru erupsi pada usia6 tahun. Tetapi kondisi sekarang lebih dari separuh penduduk menderita karies gigi dengan rata-rata DMF-T mendekati 2 dan meningkat menjadi lebih dari tujuh kali lipat setelah mereka dewasa (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sedangkan secara keseluruhan, rata-rata orang Indonesia memiliki 4 sampai 5 gigi yang bermasalah dan merupakan salah satu dari 10 penyakit terbesar yang ada pada pelayanan tingkat primer.

Secara nasional terdapat 42,46% Puskesmas dari total 9.825 Puskesmas yang memiliki dokter gigi cukup dan sebesar 44, 36% Puskesmas mengalami kekurangan dokter gigi Jumlah terapis gigi dan mulut sendiri belum dapat menjawab kecukupan tenaga kesehatan gigi di Indonesia, perencanaan kebutuhan terapis gigi dan mulut pada Tahun 2010 oleh Kementerian Kesehatan (Rencana Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan) untuk per 16 terapis gigi dan mulut akan melayani 100.000 penduduk, sehingga untuk 269,6 juta penduduk Indonesia dibutuhkan terapis gigi dan mulut sebanyak 43.136.000. Provinsi Jawa Tengah dengan jumlah penduduk tahun 2020 sebanyak 36.516.035 (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah, 2020), membutuhkan terapis gigi dan mulut sejumlah 5.528.400, sedangkan pada tahun 2021 jumlah terapis gigi dan mulut yang teregistrasi di Dinas Kesehatan

Provinsi Jawa Tengah kurang lebih hanyalah sebanyak 1.743 orang (DPD PTGMI Jawa Tengah, 2020).

Masalah kesehatan gigi tidak hanya dapat diselesaikan oleh salah satu tenaga kesehatan gigi, tetapi harus bekerjasama secara sinergis sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, karena pada hakikatnya pelayanan kesehatan gigi dan mulut terhadap masyarakat dapat dilakukan secara sendiri-sendiri maupun kolaboratif. Pendekatan penyelesaian tidak hanya melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang berorientasi kuratif, namun harus merubah paradigma masyarakat melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang berorientasi promotif pereventif tanpa melupakan pelayanan kuratif. Dalam pelayanan kesehatan dokter gigi memiliki peran pengobatan (cure) sedangkan terapis gigi dan mulut memiliki peran perawatan gigi (care).

B. Tugas dan Fungsi Terapis Gigi dan Mulut

Terbitnya Undang-undang nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebabkan berubahnya nomenklatur beberapa jenis tenaga kesehatan, termasuk perawat gigi. Organisasi perawat gigi waktu itu, PPGI, menindaklanjuti Undang-Undang Tenaga Kesehatan tersebut dengan menggelar Musyawarah Nasional di Sumatra Barat di mana salah satu hasil keputusannya adalah pergantian nama organisasi menjadi Persatuan Terapis Gigi dan Mulut Indonesia (PTGMI) (Elfisha, 2017). Keprofesian perawat gigi berubah menjadi seorang terapis gigi dan mulut lengkap dengan kompetensinya yang baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut. Disebutkan bahwa terapis gigi dan mulut ini merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan kompetensi dan kewenangan sebagaimana diatur dalam dengan kewenangan melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut meliputi: a. upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut; b. upaya pencegahan penyakit gigi dan mulut; c. manajemen pelayanan kesehatan gigi dan mulut; d. pelayanan kesehatan dasar pada kasus kesehatan gigi terbatas; dan e. dental assisting.

Dalam menjalankan tugasnya terapis gigi dan mulut memiliki tiga fungsi utama, yaitu: 1) fungsi mandiri yang merupakan pekerjaan terapis gigi dan mulut yang dilakukan berdasarkan kompetensi dan kewenangannya, 2) fungsi kolaborasi merupakan aktivitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan atas kerjasama antara terapis gigi dan mulut dengan dokter gigi bahkan dimungkinkan dengan tenaga kesehatan lain, 3) fungsi pendeklegasian merupakan tindakan keperawatan gigi yang dilaksanakan atas perintah dan/atau pengawasan dokter gigi (Santoso, Ningtyas dan Fatmasari, 2017).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas, dokter gigi bekerja sendiri atau secara kolaboratif dibantu oleh terapis gigi dan mulut. Namun keterbatasan sumber daya manusia yang tersedia di Puskesmas menyebabkan tugas yang diemban oleh dokter gigi menjadi berlebih. Atas keadaan tersebut maka dokter gigi mengambil tindakan untuk melimpahkan tugas dan wewenang tertentu kepada terapis gigi dan mulut. Namun demikian pelimpahan wewenang antara dokter gigi dan terapis gigi dan mulut belum dipahami sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Ada sebagian dokter gigi yang memaknai pelimpahan wewenang ini sebagai kewenangan dokter gigi sehingga terapis gigi dan mulut dalam melakukan kewenangan ini harus izin kepada dokter gigi (Anam, 2018).

Ketidaksesuaian antara kinerja dengan kompetensi merupakan fenomena yang rawan terhadap tuntutan, karena tidak dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Faktanya terapis gigi dan mulut di Puskesmas juga melakukan pekerjaan diluar kewenangan (extra role) seperti: menentukan diagnosa penyakit dan melakukan perawatan/pengobatan, melakukan anestesi lokal untuk pencabutan gigi tetap rahang atas dan anterior rahang bawah, melakukan scaling sub gingival, juga melakukan estesi blok untuk pencabutan gigi tetap rahang atas dan rahang bawah posterior (Kesehatan, 2022).

Masalah kesehatan gigi berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwadari 21 provinsi di Indonesia memiliki rata-rata karies di atas rerata nasional. Karies yaitu karies gigi merupakan penyakit pada jaringan gigi yang diawali dengan terjadinya kerusakan jaringan yang dimulai dari permukaan gigi (pit, fissure, dan daerah inter proksimal), kemudian meluas kearah pulpa (Tarigan, 2013). Sebanyak 57.6% penduduk Indonesia yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut hanya sejumlah 10.2% telah mendapatkan pelayanan dari tenaga medis. Usia 5-6 tahun prevalensi gigi karies masih sangat tinggi yakni 93%, artinya hanya 7% anak Indonesia yang bebas dari karies gigi. Pada usia 12 tahun seharusnya angka Decay Missing Filled -Teeth (selanjutnyadisingkat DMF-T) di bawah 1 karena paling lama gigi tetap baru erupsi pada usia6 tahun. Tetapi kondisi sekarang lebih dari separuh penduduk menderita karies gigi dengan rata-rata DMF-T mendekati 2 dan meningkat menjadi lebih dari tujuh kali lipat setelah mereka dewasa (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sedangkan secara keseluruhan, rata-rata orang Indonesia memiliki 4 sampai 5 gigi yang bermasalah dan merupakan salah satu dari 10 penyakit terbesar yang ada pada pelayanan tingkat primer.

Secara nasional terdapat 42,46% Puskesmas dari total 9.825 Puskesmas yang memiliki dokter gigi cukup dan sebesar 44, 36% Puskesmas mengalami kekurangan dokter gigi Jumlah terapis gigi dan mulut sendiri belum dapat menjawab kecukupan

tenaga kesehatan gigi di Indonesia, perencanaan kebutuhan terapis gigi dan mulut pada Tahun 2010 oleh Kementerian Kesehatan (Rencana Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan) untuk per 16 terapis gigi dan mulut akan melayani 100.000 penduduk, sehingga untuk 269,6 juta penduduk Indonesia dibutuhkan terapis gigi dan mulut sebanyak 43.136.000. Provinsi Jawa Tengah dengan jumlah penduduk tahun 2020 sebanyak 36.516.035 (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah, 2020), membutuhkan terapis gigi dan mulut sejumlah 5.528.400, sedangkan pada tahun 2021 jumlah terapis gigi dan mulut yang terregistrasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah kurang lebih hanyalah sebanyak 1.743 orang (DPD PTGMI Jawa Tengah, 2020).

Masalah kesehatan gigi tidak hanya dapat diselesaikan oleh salah satu tenaga kesehatan gigi, tetapi harus bekerjasama secara sinergis sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, karena pada hakikatnya pelayanan kesehatan gigi dan mulut terhadap masyarakat dapat dilakukan secara sendiri-sendiri maupun kolaboratif. Pendekatan penyelesaian tidak hanya melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang berorientasi kuratif, namun harus merubah paradigma masyarakat melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang berorientasi promotif pereventif tanpa melupakan pelayanan kuratif. Dalam pelayanan kesehatan dokter gigi memiliki peran pengobatan (cure) sedangkan terapis gigi dan mulut memiliki peran perawatan gigi (care).

C. Kewenangan

Istilah teori kewenangan berasal dari terjemahan bahasa Inggris, yaitu authority of theory, istilah yang digunakan dalam bahasa Belanda, yaitu theorie van het gezag, sedangkan dalam bahasa Jermanya, yaitu theorie der autoritat. Kewenangan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan merupakan kewenangan hukum (Anam, 2018). Berdasarkan ilmu hukum administrasi negara, kewenangan yang bersumber dari peraturan perundang-undangan di peroleh melalui tiga cara yaitu atribusi, delegasi dan mandat. Mengenai atribusi, delegasi dan mandat, H.D. Van Wijk mendefinisikan sebagai berikut:

1. Atribusi adalah pemberian wewenang pemerintah oleh pembuat Undang-Undang kepada organ pemerintah.
2. Delegasi adalah pelimpahan wewenang pemerintah dari satu organ pemerintah kepada organ pemerintah lainnya.
3. Mandat adalah terjadi ketika organ pemerintah mengizinkan kewenangannya dijalankan oleh organ lain atasnamanya (Ridwan, 2002).

Bagir Manan mengemukakan bahwa wewenang dalam bahasa hukum tidak sama dengan kekuasaan (match) (Atmosudirjo, 1994). Kekuasaan hanya

menggambarkan hak untuk berbuat atau tidak berbuat. Di dalam hukum, wewenang sekaligus berarti hak dan kewajiban. Di dalam kaitan dengan otonomi daerah, hak mengandung pengertian kekuasaan untuk mengatur sendiri (zelfregelen), sedangkan kewajiban secara horizontal berarti kekuasaan untuk menyelenggarakan pemerintahan sebagaimana mestinya. Vertikal berarti kekuasaan untuk menjalankan pemerintahan dalam suatu tertib ikatan pemerintahan negara secara keseluruhan.

Prajudi dalam bukunya mengatakan bahwa kata kewenangan berasal dari kata dasar wewenang yang diartikan sebagai hal berwenang, hak dan kekuasaan yang dipunyai untuk melakukan sesuatu (Atmosudirjo, 1994). Kewenangan adalah apa yang disebut kekuasaan formal, kekuasaan berasal dari kekuasaan legislatif (diberi oleh undang-undang) atau dari kekuasaan eksekutif administratif. Kewenangan yang biasanya terdiri dari beberapa wewenang adalah kekuasaan terhadap segolongan orang tertentu atau kekuasaan terhadap suatu bidang pemerintahan.

Atribusi terjadinya pemberian wewenang pemerintahan yang baru oleh suatu ketentuan dalam peraturan perundang-undangan. Atribusi kewenangan dalam peraturan perundang-undangan adalah pemberian kewenangan membentuk peraturan perundang-undangan yang pada puncaknya diberikan oleh Undang-Undang Dasar 1945 atau Undang-undang kepada suatu lembaga negara atau pemerintah. Menurut ketentuan Pasal 12 ayat (3) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan, diatur bahwa kewenangan atribusi tidak dapat didelegasikan, kecuali pendeklegasian tersebut diatur di dalam UUD NRI Tahun 1945 dan/atau undang-undang.

Sifat kewenangan secara umum dibagi atas 3 (tiga) macam, yaitu yang bersifat terikat, yang bersifat fakultatif (pilihan) dan yang bersifat bebas. Hal tersebut sangat berkaitan dengan kewenangan pembuatan dan penerbitan keputusan-keputusan (besluiten) dan ketetapan-ketetapan (beschikingen) oleh organ pemerintahan sehingga dikenal adanya keputusan yang bersifat terikat dan bebas. Kewenangan yang bersifat terikat terjadi apabila peraturan dasarnya menentukan kapan dan dalam keadaan yang bagaimana kewenangan tersebut dapat digunakan atau peraturan dasarnya sedikit banyak menentukan tentang isi dan keputusan yang harus diambil. Pada kewenangan fakultatif apabila dalam hal badan atau pejabat tata usaha negara yang bersangkutan tidak wajib menerapkan kewenangannya atau sedikit banyak masih ada pilihan, sekalipun pilihan itu hanya dapat dilakukan dalam hal-hal tertentu atau keadaan tertentu sebagaimana ditentukan oleh peraturan dasarnya. Dan yang ketiga yaitu kewenangan bebas yakni terjadi apabila peraturan dasarnya memberikan kebebasan kepada badan atau pejabat tata usaha negara untuk menentukan sendiri isi dari keputusan yang akan dikeluarkannya.

Di dalam negara hukum dikenal asas legalitas yang menjadi pilar utama dan merupakan salah satu prinsip utama yang dijadikan dasar dalam setiap penyelenggaraan pemerintahan dan kenegaraan di setiap negara hukum terutama bagi negara-negara hukum dan sistem continental. Philipus M Hadjon mengemukakan bahwa kewenangan diperoleh melalui tiga sumber yaitu atribusi, delegasi, mandat. Kewenangan atribusi lazimnya digariskan melalui pembagian kekuasaan negara oleh Undang-Undang Dasar, kewenangan delegasi dan mandat adalah kewenangan yang berasal dari pelimpahan. Setiap kewenangan dibatasi oleh isi atau materi wilayah dan waktu.

D. Pelimpahan Wewenang

1. Mandat

Mandat adalah pelimpahan kewenangan dari badan dan/atau pejabat pemerintah yang lebih tinggi kepada badan dan/atau pejabat yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat tetap pada pemberi mandat. Mandat diartikan suatu pelimpahan wewenang kepada bawahan. Pelimpahan itu bermaksud memberi wewenang kepada bawahan untuk membuat keputusan atasnama pejabat yang memberikan mandat.

2. Delegasi

Delegasi adalah penyerahan wewenang yang dipunyai oleh organ pemerintahan kepada organ yang lain. Dalam delegasi mengandung suatu penyerahan, yaitu apa yang semula kewenangan si A, untuk selanjutnya menjadi kewenangan si B. Kewenangan yang telah diberikan oleh pemberi delegasi selanjutnya menjadi tanggung jawab penerima wewenang. Delegasi diartikan sebagai penyerahan wewenang untuk membuat keputusan atau tindakan oleh pejabat pemerintahan (pejabat Tata Usaha Negara) kepada pihak lain tersebut.

3. Atribusi

Dalam kewenangan atribusi ini pelaksananya dilakukan sendiri oleh pejabat atau badan tersebut yang tertera dalam peraturan dasarnya. Adapun terhadap kewenangan atribusi mengenai tanggung jawab dan tanggung gugat berada pada pejabat atau pada badan sebagaimana tertera dalam peraturan dasarnya. Kewenangan yang diperoleh secara atribusi itu bersifat asli yang berasal dari peraturan perundang-undangan, dengan kata lain organ pemerintahan memperoleh kewenangan secara langsung dari pasal tertentu dalam suatu peraturan perundang-undangan, jadi dalam atribusi, penerima wewenang dapat menciptakan wewenang baru atau memperluas wewenang yang sudah ada dengan tanggung jawab internal dan eksternal.

Terapis gigi dan mulut yang melakukan peran di luar kompetensi dan kewenangannya (*extra role*) memiliki risiko terhadap tuntutan hukum. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas, salah satu pekerjaan yang dilakukan terapis gigi dan mulut adalah melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang yang diberikan tertulis dari dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut untuk melakukan suatu tindakan medis. Pelimpahan wewenang dapat dilakukan secara delegatif dan mandatori. Pelimpahan wewenang secara delegatif untukmelakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut yang disertai dengan pelimpahan tanggungjawab. Pelimpahan delegatif hanya dapat diberikan kepada terapis gigi dan mulut yang sebelumnya diberikan pendidikan/pelatihan terkait kompetensi yang dilimpahkan. Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut untuk melakukan tindakan medis di bawah pengawasan dan tanggung jawab dokter gigi.

Seiring dengan semakin meningkatnya kesadaran hukum masyarakat, dalam perkembangannya timbul permasalahan tentang pelimpahan wewenang praktik dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut di Puskesmas. Perlindungan hukum pada terapis gigi dan mulut adalah perlindungan harkat dan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subyek hukum (terapis gigi dan mulut) berdasarkan ketentuan hukum dari kewenangan.

Pelimpahan wewenang sebagaimana pada PMK nomor 20 tahun 2016 secara mandat dari dokter gigi meliputi penambalan gigi lebih dari dua bidang, perawatan saluran akar, dan pemberian resep dan obat-obatan. Lebih lanjut, dalam Pasal 20 ayat (2) menjelaskan bahwa pelayanan dalam rangka pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh terapis gigi dan mulut yang telah mendapat pelatihan. Kemudianayat(3) menjelaskan bahwa pelayanan dalam rangka pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pelayanan kesehatan dan mulut sesuai dengan kompetensi tambahan yang diperoleh melalui pelatihan.

Pelimpahan wewenang berdasarkan penugasan pemerintah sebagaimana dimaksud dilakukan dalam hal tidak terdapat dokter gigi di suatu daerah. Pelayanan dalam rangka pelimpahan wewenang hanya dapat dilakukan oleh terapis gigi dan mulut yang telah mendapat pelatihan. Pelatihan merupakan tanggungjawab pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah daerah kabupaten/kota bekerjasama dengan organisasi profesi dan melibatkan organisasi profesi terkait lainnya dan harus dilakukan oleh lembaga pendidikan yang terakreditasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan pelimpahan wewenang

berdasarkan penugasan pemerintah hanya dapat dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah dan/atau pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam Pasal 20 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016.

Terapis gigi dan mulut melakukan tugas pelimpahan wewenang mandatori difasyankes di bawah pengawasan dokter gigi (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Terapis gigi dan mulut juga melaksanakan pelimpahan delegatif dari pemerintah di mana fasyankes berada di daerah terpencil atau fasyankes yang tidak ada doktergiginya. Sebelum menerima pelimpahan delegatif, terapis gigi dan mulut harus memperoleh pelatihan terkait kompetensi yang dilimpahkan. Pelatihan tersebut diselenggarakan oleh pemerintah bekerjasama dengan institusi pendidikan yang memiliki kewenangan tersebut.

Di banyak wilayah kita dapat bahwa terapis gigi dan mulut melaksanakan pekerjaan diluar kompetensi tetapi tidak memperoleh surat pendeklegasi baik secara mandatori dan delegatif. Terapis gigi dan mulut tidak memperoleh pelatihan terkait pekerjaan diluar kompetensi yang dilakukan. Pemerintah tidak memiliki model pelatihan bagi terapis gigi dan mulut terkait kompetensi delegatif yang dibutuhkan oleh terapis gigi dan mulut di Puskesmas dimana tidak ada dokter gigi. Apabila terjadi masalah hukum terkait dengan pelimpahan wewenang yang tidak sesuai legalitasnya terapis gigi dan mulut dapat terancam secara hukum. Pada kenyataannya pelimpahan wewenang belum dapat dilaksanakan dengan baik di Puskesmas berdasarkan pada komponen pengetahuan hukum dan kepatuhan terhadap hukum, pemahaman tentang isi, dan sikap terhadap regulasi perlindungan hukum terhadap tanggungjawab terapis gigi dan mulut yang menjalankan pelimpahan wewenang dari dokter gigi secara mandatori tidak diikuti pengawasan dari dokter gigi, atau pelimpahan wewenang delegatif secara lisan tanpa mendapatkan pelatihan terlebih dahulu.

Terapis gigi dan mulut memerlukan perlindungan hukum sebagai bagian dari hak sebagaimana tercantum pada Permenkes nomor 20 tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaran Praktik Terapis Gigi dan Mulut pasal 24 huruf e: memperoleh jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 18 dan Pasal 19 menyatakan:

Pasal 18

Selain wewenang sebagaimana dimaksud dalam pasal 12, terapis gigi dan mulut dpt melaksanakan pelayanan

- a. Di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter gigi; atau
- b. Berdasarkan penugasan pemerintah sesuai kebutuhan.

Pasal 19

"Pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf (b) meliputi: a. Penambalan gigi lebih dari dua bidang; b. Perawatan saluran akar; dan c. Pemberian resep dan obat-obatan".

Tugas utama terapis gigi dan mulut berdasarkan adalah melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di bidang promotif, preventif, dan kuratif sederhana untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal pada individu, kelompok dan masyarakat namun demikian dalam kondisi tertentu harus memberikan pelayanan kesehatan gigi yang tidak sesuai dengan kompetensinya. Oleh karenanya terapis gigi dan mulut memerlukan pendeklegasian yang jelas sehingga hak-haknya terlindungi

E. Faktor Penyebab Dokter Gigi Memberikan Pelimpahan Wewenang

1. Faktor Internal

- a. Tugas Ganda

Dokter gigi yang dipercaya menjadi Kepala Puskesmas tentunya bekerja sebagai manajerial bukan fungsional dalam hal ini pelayanan kesehatan gigi dan mulut tidak lagi menjadi fokus pekerjaan dokter gigi sebagai kepala Puskesmas. Terkadang Puskesmas yang dokter giginya menjadi Kepala Puskesmas, tidak diberi atau tidak tersedia dokter gigi lain di pelayanan kesehatan gigi mulut sebagai fungsional dalam hal ini dokter gigi mempunyai tugas rangkap baik dirinya sebagai fungsional pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut di poliklinik maupun sebagai peran manajerial Kepala Puskesmas sehingga pelayanan kesehatan dilakukan oleh terapis gigi dan mulut.

Berkaitan dengan dokter gigi menjadi Kepala Puskesmas yang lebih dituntut pada porsi sebagai manajer untuk kelangsungan dan pelayanan yang maksimal dari Puskesmas menyebabkan terjadinya kekosongan pelayanan pada poli gigi. Hal ini memposisikan terapis gigi dan mulut sebagai satu-satunya pelaksana pelayanan kesehatan gigi dan mulut di situ. Kekosongan tersebut menyebabkan atau memposisikan terapis gigi dan mulut sebagai pemberi layanan kesehatan gigi dan mulut. Dengan tingginya kebutuhan masyarakat di luar kompetensi terapisgigi dan mulut seringkali membuat terapis gigi dan mulut ini melakukan tindakan diluar kompetensi.

b. Tugas Lapangan

Kondisi yang mungkin juga dapat dijadikan alasan mengapa dokter gigi memintat erapis gigi dan mulut untuk melakukan sebagian pekerjaan dokter gigi di Puskesmas, antara lain ketidakhadiran dokter gigi karena ada keperluan di luar gedung; banyaknya jumlah pasien yang berobat gigi setiap harinya sehingga tidak mungkin bila dikerjakan sendiri oleh dokter gigi sehingga harus dibantu oleh terapis gigi dan mulut; kemampuan dan keterampilan serta pengalaman dokter gigi yang masih kurang bila dibandingkan dengan terapis gigi dan mulut yang sudah berpengalaman di lapangan; dokter gigi yang memiliki sikap yang kurang baik seperti pilih-pilih kasus dan pasien atau dikarenakan rasa gengsi atau arogansi dokter gigi yang menempatkan dirinya sebagai bos bukan sebagai mitra kerja bagi terapis gigi dan mulut (Sutrisno dan Rahayu, 2017).

c. Tugas Peningkatan Pengembangan Diri

Dokter gigi dalam melaksanakan profesinya memberikan pelayanan kesehatan gigi yang prima untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kemajuan IPTEKDOKGI yang pesat. Untuk itu dokter gigi harus tetap komitmen terhadap pengembangan diri sepanjang hayat (*long life learning*) dan menekankan etik profesional dan moral. Kewajiban pengembangan diri sepanjang hayat merupakan upaya mengembangkan profesionalisme untuk meningkatkan dan memperbarui pengetahuan dan keterampilan dokter gigi melalui Pendidikan Pelatihan Profesional Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P3KGB) (Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia, 2018).

d. Kesenjangan Relasi antara Dokter Gigi dengan Terapis Gigi dan Mulut di Puskesmas

Terapis gigi dan mulut mempunyai peran yaitu peran pelaksana pelayanan asuhan kesehatan gigi (*caring role/independent*), peran koordinatif (*coordinative/independent*) dan peran terapeutik (*therapeutic role/dependent*). Peran pelayanan asuhan dan koordinatif adalah tanggung

jawab mandiri, sementara tanggung jawab terapeutik adalah mendampingi atau membantu dokter gigi dalam pelaksanaan tugas kedokteran gigi yaitu diagnosis, terapi maupun tindakan-tindakan medis. Perspektif hukum yang berbeda dalam memandang pasien, dalam praktiknya menyebabkan munculnya hambatan-hambatan teknik dalam melakukan suatu korelasi dalam pelayanan kesehatan. Hambatan dalam hubungan antara dokter dan terapis gigi dan mulut sering dijumpai pada tingkat profesional dan institusional.

Perbedaan status dan kekuasaan tetap menjadi sumber utama ketidaksesuaian hubungan tersebut. Dalam kasus penentuan *treatment* untuk proses penyembuhan atau penyehatan kondisi seseorang, posisi dokter berada pada tingkat superior. Sementara terapis gigi dan mulut diposisikan sebagai orang yang berperan untuk merawat, memelihara pasien dan membantu tugas dokter. Saat ini, hubungan dokter dan terapis gigi dan mulut dalam pemberian asuhan kesehatan kepada pasien merupakan hubungan kemitraan yang lebih mengikat dimana seharusnya terjadi harmonisasi tugas, peran dan tanggung jawab dan sistem yang terbuka.

2. Faktor Eksternal

a. Tupoksi Dokter Gigi

Tugas pokok dokter gigi adalah memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut mandiri pada sarana pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta membina peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat. Seperti halnya dengan seorang dokter gigi yang bekerja di Puskesmas untuk mengupayakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut agar terlaksana dengan baik dan melaksanakan perawatan serta pengobatan kesehatan gigi dan mulut pasien. Tugas pokok dokter gigi di Puskesmas antara lain bertanggungjawab penuh di poli gigi Puskesmas. Sehingga dokter gigi memiliki wewenang penuh untuk melimpahkan wewenang melakukan tindakan kepada terapis gigi dan mulut untuk melaksanakan pelayanan keterapisan di Puskesmas.

Ketentuan tentang pelimpahan kewenangan dari dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut bisa dilihat di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik Kedokteran Pasal 23 bahwa ketentuan mengenai pasal tersebut dimaksudkan untuk mengatasi permasalahan kebutuhan tenaga yang masih kurang. Hal ini berdasarkan pertimbangan ruang lingkup kerja dokter gigi yang begitu besar sehingga diperlukan tenaga kesehatan lainnya untuk bekerja sama dengan dokter dalam melakukan pelayanan medis kepada masyarakat di Puskesmas. Seperti kita ketahui tenaga

medis dalam hal ini dokter gigi tidak hanya bertugas di poliklinik saja melainkan juga memiliki peran dan tanggung jawab yang lain seperti pembinaan kader dan tugas-tugas lintas sektoral yang lain. Dokter gigi tidak selalu berada ditempat pada jam pelayanan sehingga terapis gigi menjadi satu-satunya pemberi layanan di poliklinik gigi tersebut. Hal tersebut sering menjadi dilema etik bagi terapis gigi dan mulut di Puskesmas.

Pada satu sisi terapis gigi tidak bisa menjalankan pelayanan kesehatan gigi kepada masyarakat dikarenakan tidak adanya payung hukum, sedangkan masyarakat membutuhkan pelayanan tersebut. Kalaupun ada pelimpahan wewenang namun tetap tidak bisa menjalankan amanat wewenang tersebut untuk tindakan-tindakan tertentu seperti pencabutan gigi dua akar oleh karena tidak ada dokter gigi atau atasan lain yang yang berfungsi sebagai pengawas atau supervisor. Paradigma sebenarnya dalam hubungan dokter gigi dengan terapis gigi dan mulut adalah sebagai mitra atau kolaboratif, namun pada kenyataannya terapis gigi dan mulut lebih banyak diposisikan untuk membantu dokter gigi. Dokter memberikan perintah (*orders*) dan terapis gigi dan mulut diharapkan mengikuti dan menjalankan perintah. Untuk itu pendekatan memakai paradigma partisipatif atau kolaboratif diterapkan secara baik dan benar alam mengatur hubungan kemitraan tersebut (Sufianti *et al.*, 2019). Dalam menjalankan jabatan fungsionalnya, terapis gigi dan mulut tidak selalu menjadi bawahan dokter, dalam hal ini terapis gigi dan mulut tidak selalu menjalankan fungsi dependent (membantu dokter), namun kedudukan terapis gigi dan mulut juga dapat sejajar dengan dokter, hal ini dapat dilihat dari fungsi interdependent terapis gigi dan mulut, dimana dalam fungsi ini terapis gigi dan mulut bekerja sama dengan tim medis maupun tim kesehatan termasuk dokter dalam upaya pelayanan kesehatan, sehingga dalam fungsi ini terapis gigi dan mulut dapat menerima pelimpahan wewenang dari dokter gigi secara delegasi karena kedudukan dokter dan terapis gigi dan mulut sejajar.

Pelimpahan wewenang dengan cara delegasi atau mandat seharusnya dilakukan secara tertulis melalui surat pelimpahan wewenang (Susanto, 2020). Hal tersebut secara filosofis menunjukkan bahwa ada hubungan hukum yang lahir dari perikatan yang menimbulkan hak dan kewajiban bagi terapis gigi dan mulut dan dokter gigi sebagai pemberi wewenang. Penggunaan wewenang ini tidak boleh merugikan pihak lain, dan apabila timbul kelalaian dalam pelimpahan wewenang melalui mandat, maka dokter yang bertanggung jawab terhadap kerugian dan kelalaian yang ditimbulkan oleh terapis gigi dan mulut yang diberikan wewenang tersebut. Hal ini dikarenakan dalam pelimpahan wewenang tindakan medis tanggung jawab utama tetap ada pada dokter gigi

yang memberi perintah, sedangkan terapis gigi dan mulut hanya bertanggung jawab sebagai pelaksana. Berbeda dengan pelimpahan wewenang melalui delegasi, tanggung jawab terhadap kerugian dan kerugian yang timbul akibat pemberian delegasi ditanggung oleh terapis gigi dan mulut selaku penerima pelimpahan wewenang.

b. Pengawasan

Fungsi pengawasan sangatlah penting untuk menilai atau mengevaluasi terlaksananya suatu peraturan atau hukum dimasyarakat secara optimal sesuai dengan yang diharapkan. Dalam hal pelaksanaan pelimpahan kewenangan diperlukan suatu sistem pengawasan yang ketat dan berkala, pengawasan ini bertujuan untuk memastikan ketentuan atau kaidah hukum yang telah ada berjalan sebagaimana mestinya, dengan pengawasan dapat mencegah hal-hal yang berdampak negatif terhadap masyarakat ataupun petugas kesehatan dalam menjalankan pelayanan.

Apabila fungsi pengawasan belum dilakukan baik oleh pimpinan terhadap kegiatan pelimpahan wewenang dari dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut di Puskesmas, akan berpengaruh pada tidak terlaksananya ketentuan hukum yang berlaku

F. Konsep Pelimpahan Wewenang oleh Dokter Gigi kepada Terapis Gigi dan Mulut secara Tertulis dan Telah Mengikuti Pelatihan

Pelimpahan kewenangan tindakan medis kepada perawat dapat dilaksanakan melalui dua cara, yaitu pelaksanaan wewenang yang diawali dengan instruksi atau permintaan dokter, dan pelaksanaan pelimpahan kewenangan secarabebas. Pada pelaksanaan kewenangan yang diawali dengan permintaan atau instruksi, dokter terlebih dahulu melakukan anamnesa atau wawancara kepada pasien serta pemeriksaan fisik kemudian memberikan terapi yang selanjutnya dilakukan oleh terapis gigi dan mulut. Sedangkan untuk pelaksanaan pelimpahan wewenang tanpa diawali dengan instruksi, terapis gigi dan mulut dapat melaksanakan tindakan medis secara bebas ketika ada pasien yang membutuhkan pelayanan medis, akan tetapi pelaksanaan tanpa intsruki tersebut sebelumnya telah mendapatkan kepercayaan oleh dokter dan berdasarkan surat pelimpahan kewenangan tindakan medis. Secara umum untuk membantu prosedur pelimpahan kewenangan tindakan medis kepada terapis gigi dan mulut dapat merujuk pada ketentuan Pasal 23 ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011.

Pelimpahan kewenangan tindakan dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut merupakan peraturan yang dibuat pemerintah untuk mengatasi persoalan kekurangan tenaga dokter/medis kepada masyarakat, sebagaimana termuat dalam

Pasal 23 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang mengatur mengenai dokter atau dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi. Tindakan ini hanya dapat dilakukan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter atau dokter gigi di fasilitas pelayanan tersebut.

Ketentuan di atas menyatakan bahwa tindakan medis atau kedokteran dapat dilakukan oleh terapis gigi dan mulut dengan terlebih dahulu mendapatkan mandat secara tertulis dari dokter gigi adalah pelimpahan kewenangan secara mandat. Walaupun seorang dokter gigi dapat melimpahkan kewenangannya kepada terapis gigi dan mulut namun pemberian itu harus memenuhi beberapa syarat tertentu. Syarat yang harus dipenuhi adalah:

1. Penegakkan diagnosis, atau pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis, harus diputuskan oleh dokter gigi.
2. Delegasi tindakan medik itu hanya dibolehkan jika dokter gigi tersebut sudah sangat yakin bahwa terapis gigi yang menerima delegasi itu sudah mampu melaksanakan pelimpahan wewenang dengan baik.
3. Pendeklasian itu harus dilakukan secara tertulis termasuk instruksi yang jelas tentang pelaksanaannya, bagaimana harus bertindak jika timbul komplikasi dan sebagainya.
4. Harus ada bimbingan atau pengawasan medik pada pelaksanaannya, pengawasan itu tergantung pada tindakan yang dilakukan. Apakah dokter itu harus berada ditempat itu apakah ia dapat dipanggil dan dalam waktu singkat berada ditempat.
5. Orang yang diberi delegasi itu berhak untuk menolak apabila ia merasa tidak mampu untuk melakukan tindakan medik tersebut.

Dengan dilakukannya tindakan kedokteran oleh tenaga kesehatan lainnya tanpa pelimpahan kewenangan berarti perawat tersebut dalam melakukan pekerjaannya dapat dikatakan telah melanggar ketentuan hukum formal yang mempunyai dampak hukum yang dapat mengakibatkan resiko yang tinggi kepada pihak yang memerlukan pelayanan kesehatan, karena hal-hal yang dilakukan seseorang yang melakukan praktik tersebut tidak memiliki kewenangan dan kompetensi untuk bertindak. Penggunaan kewenangan harus disertai pertanggungjawaban hukum. Pelimpahan kewenangan yang dilakukan oleh dokter kepada perawat di Puskesmas tentunya melahirkan konsekuensi hukum, terutama bila wewenang yang dilakukan menimbulkan dampak atau adanya dugaan kesalahan dalam pelaksanaan tugas tersebut. Konsekuensi hukum pelaksanaan

tindakan medik menimbulkan tanggung jawab sehingga apabila dalam pelaksanaannya mengabaikan atau melanggar ketentuan hukum yang ditetapkan maka subjek hukum tersebut akan dikenakan sanksi hukum.

Gambaran model diskresi yang ideal mengenai pelimpahan tindakan medik dari dokter kepada perawat sehingga tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat dilakukan dengan maksimal serta pemberi layanan kesehatan memiliki payung hukum dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tidak adanya keberadaan ataupun kurangnya tenaga dokter gigi Puskesmas mengakibatkan peran terapis gigi dan mulut sebagai caring beralih fungsi melakukan peran curing.

Kompetensi dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 terdapat kompetensi keterampilan klinik, dimana kompetensi terapis gigi dan mulut tersebut adalah berfokus kepada caring bukan curing. Akan tetapi kemampuan terapis dalam melakukan curing tidak didukung dalam kompetensi yang ada di dalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut serta hal tersebut akan mengakibatkan risiko terjadinya malapraktik dalam menjalankan tugas dan wewenang tindakan medis dan pengobatan tertentu. Oleh karena itu dipandang perlu untuk dilakukan revisi dengan menambahkan tugas dan wewenang terapis gigi dan mulut dalam melakukan tindakan kedokteran gigi dan pengobatan terbatas, darurat dan keadaan keterbatasan tertentu.

Tupoksi terapis gigi dan mulut sendiri adalah memberikan asuhan kesehatan bukan melakukan tindakan medik apalagi yang bersifat invasif. Jika memang diharuskan melakukan tindakan di luar kewenangannya, tentu harus mendapatkan imbalan sesuai dengan resiko yang akan dihadapi oleh terapis gigi dan mulut. Melihat profesi lain yang satu payung lebih merdeka, tentunya terapis gigi dan mulut juga menginginkan seperti profesi lain yang memiliki regulasi yang jelas. Agar jelas hitam di atas putih tentang kewenangan, hak dan kewajiban terapis gigi dan mulut bukan menjadi tarik ulur kepentingan pihak lain.

Dinas Kesehatan perlu melakukan tindakan hukum diskresi (freies ermessen) untuk terapis gigi dan mulut di Puskesmas yang berada di daerah terpencil ataupun di Puskesmas yang belum ada dokter giginya. Diskresi tersebut merupakan segala aktifitas yang melibatkan proses membuat kebijakan maupun pengambilan keputusan atau tindakan atas inisiatif sendiri, tidak terpaku pada ketentuan aturan atau undang-undang dengan berbagai pertimbangan yang matang, konsektual dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh sebab itu, dalam pembuatan kebijakan ataupun pengambilan keputusan tersebut yang lebih diutamakan adalah keefektifan tercapainya tujuan daripada perpegang teguh kepada ketentuan undang-undang.

Pengaturan mengenai pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan pemenuhan terhadap kepentingan umum secara integral merupakan upaya untuk mewujudkan kesejahteraan umum. Pelayanan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia Indonesia secara utuh dan menyeluruh, di mana hal tersebut merupakan bagian dari tugas dan tanggung jawab negara melalui tenaga kesehatan yang andal dan bermutu dengan dilandasi oleh etik dan moral yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 diatur bahwa dalam kondisi tidak terdapat dokter gigi di suatu daerah, terapis gigi dan mulut baru dapat memberikan pelayanan kesehatan yang secara mandat diperoleh melalui pelimpahan wewenang dari dokter gigi setelah terapis mendapat pelatihan kompetensi tambahan. Di mana pelatihan kompetensi tambahan tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, baik secara sendiri atau bersama-sama (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Ketentuan mengenai pelatihan dari pemerintah daerah sebagai syarat bagi terapis gigi dan mulut untuk melakukan serangkaian tindakan pelayanan kesehatan dalam kondisi tidak terdapat dokter gigi di suatu daerah turut meletakkan terapis gigi dan mulut kedalam posisi yang dilematis tanpa adanya jaminan terhadap kepastian hukum. Pemerintah daerah akan merasa bahwa upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan melalui penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan tersebut tidak sepenuhnya menjadi bagian dari tanggungjawab pemerintah daerah saja.

Pelayanan kesehatan terbagi dalam empat yaitu rehabilitatif, kuratif, preventif, dan promotif. Dimana dalam empat upaya tersebut akan dibedakan dalam 2 ranah. Yaitu ranah cure yang artinya pengobatan, dan ranah care yang artinya perawatan. Ranah cure sadalah ranah yang menjadi otoritas medis. Yaitu dokter dan dokter gigi. Pada upaya ini yang termasuk dalam ranah cure bias rehabilitatif, kuratif, preventif dan promotif. Ranah care ranah yang menjadi ranah terapis gigi dan mulut yaitu promotif dan preventif.

Oleh karena itu dalam keadaan tertentu seorang terapis gigi dan mulut bekerja tidak ada dokter giginya, dapat menerima pelimpahan wewenang. Atau terapais gigi dan mulut bekerja di tempat yang ada dokter giginya namun dokter gigi itu memiliki tugas struktural, terapis gigi dan mulut dapat memperoleh pelimpahan wewenang. Dalam memperoleh pelimpahan wewenang membutuhkan form pelimpahan wewenang sehingga legalitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Terdapat dua macam pelimpahan wewenang mandatori: yaitu pelimpahan wewenang dibawah pengawasan atau under supervisor dokter gigi. Terapis gigi menjalankan tindakan medis gigi yang merupakan kompetensi dokter gigi, namun dalam pelaksanaannya terapis gigi ini mendapat pengawasan dari dokter gigi pemberi mandat.

Pelimpahan wewenang yang kedua adalah secara delegatif, yaitu pada terapis gigi dan mulut bekerja di tempat yang tidak ada dokter giginya. Yang dilakukan oleh terapis gigi adalah kompetensi dokter gigi yang dilimpahkan secara lesan dan tanpa pengawasan. Delegatif harus mendapatkan penugasan dari pemerintah, dan harus diberikan penambahan kompetensi sesuai yang dilimpahkan melalui sebuah pelatihan.

Sampai saat ini, belum pernah dilakukan pelatihan peningkatan terhadap terapis gigi yang menjalankan sebagian kompetensi dokter gigi untuk melayani kebutuhan pelayaan kesehatan gigi dan mulut terhadap masyarakat. Mereka bekerja diluar kompetensi tanpa diberikan surat pelimpahan wewenang sehingga peneliti membuat model pelimpahan wewenang ini sebagai pedoman pelaksanaan seorang terapis gigi dan mulut dapat menerima pelimpahan wewenang.

G. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelimpahan Wewenang dari Dokter Gigi kepada Terapis Gigi dan Mulut di Puskesmas

Selama ini terapis gigi dan mulut menjalankan tugas limpah dari dokter gigi tanpa disertasi dengan surat pelimpahan wewenang. Pelayanan kesehatan adalah sebuah tindakan yang melibatkan antara pemberi layanan dan pasien, di mana terjadi hubungan terapeutik di dalamnya. Pelayanan kesehatan adalah tindakan *in spanning verbintanis* atau tidak menjanjikan hasil. Dokter dan terapis gigi dapat menjanjikan proses pekerjaannya namun tidak bisa menjanjikan hasilnya, karena yang bisa dilakukan adalah upaya atau ikhtiar.

Format Pelimpahan Wewenang di Puskesmas:

1. Pelimpahan wewenang mandatori

Pelimpahan wewenang mandatori ialah penugasan kepada terapis gigi dibawah pengawasan atas pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter gigi. Pelimpahan wewenang yang dapat dilaksanakan tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 yaitu:

- a. Penambalan gigi lebih dari dua bidang
- b. Perawatan saluran akar
- c. Pemberian resep dan obat-obatan

Formulir pelimpahan wewenang langsung ditanda tangani oleh dokter gigi dan ditujukan kepada terapis gigi dan mulut dengan menyertakan data diri

seperti nama, NIP, pangkat/golongan dan jabatan. Apabila dalam pemberian tugas limpah terjadi hal-hal yang tidak diharapkan maka akan menjadi tanggung jawab penuh pemberi mandat.

2. Pelimpahan wewenang delegatif

Pelimpahan wewenang delegatif merupakan pelimpahan wewenang berdasarkan penugasan pemerintah dilakukan dalam hal tidak terdapat dokter gigi di suatu daerah. Pelimpahan wewenang hanya dapat dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan/atau pemerintah daerah. Pelimpahan wewenang yang dapat dilaksanakan ialah: Diagnosa penyakit gigi; Membuat resep pengobatan penyakit gigi dan mulut dengan kasus sederhana; Melakukan rujukan internal; Pencabutan gigi 2 akar; Perawatan saluran akar; dan Pembersihan karang gigi sub gingiva.

Formulir ditanda tangani oleh pemberi mandat dengan menyertakan data diri seperti nama, NIP, pangkat/golongan dan jabatan ditujukan kepada terapis gigi dan diketahui oleh dinas kesehatan setempat. Apabila dalam pemberian pelimpahan wewenang delegatif terjadi hal-hal yang tidak diharapkan maka menjadi tanggung jawab penuh pemberi dan penerima delegasi.

H. Penutup

Buku ini ditulis dengan mengacu pada kondisi di Puskesmas dimana dokter gigi tidak selalu berada di poli pelayanan dikarenakan ada tugas lain, sehingga dimungkinkan untuk memberikan sebagian prioritas tugasnya kepada terapis gigi dan mulut melalui sebuah pelimpahan wewenang. Pelimpahan wewenang mandatori diberikan dari dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut dengan pengawasan, harus dilengkapi surat pelimpahan wewenang mandatori yang ditanda tangani oleh dokter gigi dan kepala Puskesmas. Pelimpahan wewenang delegatif dapat diberikan setelah terapis gigi dan mulut memiliki sertifikat yang diperoleh dari kegiatan pelatihan terkait kompetensi yang akan dilimpahkan. Melaui tulisan ini diharapkan proses pelaksanaan pelimpahan wewenang di Puskesmas dapat dilaksanakan secara benar untuk melindungi dokter gigi dan terapis gigi dalam memberikan pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat di Puskesmas.

Referensi

- Anam, K. (2018) "Tanggung Jawab dan Kewenangan Perawat Gigi dalam Melakukan Tindakan Medik Kedokteran Gigi Khoirul," *Ajudifikasi: Jurnal Ilmu Hukum*, 2(1), hal. 67–80.
- Atmosudirjo, P. (1994) *Hukum Administrasi Negara*. II. Ghilia Indonesia.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah (2020) *Population Census*. Jawa Tengah.
- DPD PTGMI Jawa Tengah (2020) *Laporan tahunan DPD PTGMI Jawa Tengah tahun 2020*. Jawa Tengah.
- Elfisha, M. (2017) "Persatuan Perawat Gigi Indonesia ganti nama organisasi," *ANTARA*, 14 September. Tersedia pada: <https://www.antaranews.com/berita/652571/persatuan-perawat-gigi-indonesia-ganti-nama-organisasi>.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) *Permenkes Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut*, Kementerian Kesehatan RI. Indonesia. Tersedia pada: https://dinkes.kedirikab.go.id/konten/uu/9966PMK_No._20_ttg_Izin_dan_Penyelenggaraan_Praktik_Terapis_Gigi_dan_Mulut.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) *Laporan Nasional RISKESDAS 2018, Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Tersedia pada: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf.
- Kesehatan, D. (2022) *Laporan cakupan pelayanan Puskesmas Tretep Temanggung tahun 2021*. Temanggung.
- Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (2018) *Tata Laksana Pendidikan dan Pelatihan Profesionalisme Kedokteran Gigi Berkelanjutan*.
- Ridwan, H. (2002) *Hukum Administrasi Negara*. UII Press.
- Santoso, B., Ningtyas, E. A. E. dan Fatmasari, D. (2017) "Improving Elderly's Dental Hygiene Through Nursing Home Staff's Dental Health education at The Nursing Home," *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15294/kemas.v11i1.3521>.
- Sufianti, E. et al. (2019) "Proses Kolaboratif dalam Perencanaan Berbasis Komunikasi pada Masyarakat Nonkolaboratif," 2(2), hal. 133–144.
- Susanto, S. N. H. (2020) "Metode Perolehan Dan Batas-Batas Wewenang Pemerintahan," *Administrative Law & Governance Journal*, 3(3), hal. 430–441.
- Sutrisno, E. dan Rahayu, R. E. S. (2017) "Budaya Hukum Dokter Gigi dalam Pelimpahan Wewenang dan Konsekuensi Hukumnya," *Kanun Jurnal Hukum*, 19(3), hal. 399–417.
- Tarigan, R. (2013) *Karies Gigi*. Jakarta: EGC.

Glosarium

Decay Missing Filled -Teeth (DMF-T) adalah istilah yang digunakan pada kedokteran gigi yang terdiri Decay adalah gigi berlubang, Missing jumlah gigi yang sudah hilang, Filled jumlah gigi yang sudah ditambal

Atribusi adalah pemberian wewenang pemerintah oleh pembuat Undang-Undang kepada organ pemerintah.

Delegasi adalah pelimpahan wewenang pemerintah dari satu organ pemerintah kepada organ pemerintah lainnya.

Mandat terjadi ketika organ pemerintah mengizinkan kewenangannya dijalankan oleh organ lain atasnamanya

Tindakan extra role terapis gigi dan mulut adalah melakukan pekerjaan di luar kompetensi dan kewenangannya

Pelimpahan wewenang mandatori ialah penugasan kepada terapis gigi dibawah pengawasan atas pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter gigi.

Pelimpahan wewenang delegatif merupakan pelimpahan wewenang berdasarkan penugasan pemerintah dilakukan dalam hal tidak terdapat dokter gigi di suatu daerah

Tindakan inspanning verbintanis adalah suatu tindakan pelayanan kesehatan yang diadarkan pada upaya dan tidak menjanjikan hasil.

Kompetensi adalah kemampuan, pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang dimiliki seseorang untuk melakukan suatu tugas atau pekerjaan dengan baik. Standar kompetensi terapis gigi dan mulut berdasarkan pada KMK No. HK.01.07-MENKES-1513-2022

Profil Penulis



Fransita Merkunita Agliyani Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med.kes. Penulis lahir di Rote, 11 Maret 1993. Pada tahun 2015, penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di PSIK FK Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga dan, menyelesaikan program Magister Hukum Kesehatan di Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2018 serta mengikuti dan menyelesaikan program mediator umum dan mediator khusus Kesehatan dengan sertifikasi Mahkamah Agung pada tahun 2018.

Pada tahun 2019, penulis mengawali karirnya sebagai Mediator Profesional di Pengadilan Negeri TIPIKOR kelas 1a Kupang. Provinsi Nusa Tenggara Timur sejak tahun 2018 hingga saat ini, selanjutnya pada tahun 2019 penulis memulai karir sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maranatha Kupang sampai sekarang. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti di bidangnya. Penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti diantaranya berkaitan dengan Legal dan Etik dimulai dari Peran Dinas Kesehatan Kota Kupang Dalam Penanggulangan Tindak Pidana Aborsi pada tahun 2017, Peran Guru PAR dalam Mengatasi Bullying pada tahun 2020 dan Analisis Pengetahuan Perawat Tentang Tanggung Jawab Hukum Delegasi Tindakan Medis di Puskesmas Korbafo pada tahun 2021 sekaligus merupakan penelitian yang didanai oleh internal institusi pendidikan dan Kemenristek DIKTI (Hibah PDP). Penulis mengampu mata kuliah Pendidikan Anti Korupsi, Enterpreneurship in Nursing, Komunikasi Dasar Keperawatan, Pancasila, Kewarganegaraan.

Email Penulis : Fiahsita_1103@yahoo.co.id



Agustina, S.SiT., M.K.M. Lahir di Aceh Utara, 05 Agustus 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-IV Bidan Pendidik di STIKes Darussalam Lhokseumawe Aceh kemudian melanjutkan S2 di Program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Aceh dan lulus pada tahun 2019. Saat ini penulis bekerja di Universitas Almuslim Bireuen Aceh mengampu mata kuliah Etika dan Hukum Kesehatan dan Administrasi Data Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: agustina050891@gmail.com

Motto: "*Ilmu pengetahuan tanpa agama lumpuh, agama tanpa ilmu pengetahuan buta.*" - Albert Einstein").

Profil Penulis



Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep., M.Kep. Lahir di Banda Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku, 4 Agustus 1974. Mengawali pendidikan Keperawatan di Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Ambon lulus tahun 1996. Pada tahun 2001 melanjutkan pendidikan di PSIK Universitas Hasanudin Makassar lulus tahun 2004. Tahun 2005 melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun. Menjadi dosen di Program studi Keperawatan Ambon tahun 2002-2008. Tahun 2009 sampai 2024 di Program Studi Keperawatan Masohi Poltekkes Kemenkes Maluku

Penulis dapat dihubungi melalui email: irhamdiachmad4@gmail.com



Dr. Sukini, S.ST., M.HKes. Lahir sebagai anak ke 5 dari 7 bersaudara di Sukoharjo Jawa Tengah. Menempuh sekolah dasar di SD Jatimalang, lanjut ke SMPN 2 di Karanganyar, kemudian Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG) di Semarang tahun 1984 sebagai angkatan pertama dan diangkat sebagai ASN di RSUD Sukoharjo. Pada tahun 2004 meneruskan Diploma III, 2006 lanjut ke Diploma 4 di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2009 meneruskan jenjang S2 di Universitas Katolik Soegija Pranata Semarangprodi Magister Hukum Kesehatan. Selanjutnya menempuh program doktor di Universitas 17 Agustus 1945 Semarang Fakultas Hukum konsentrasi hukum kesehatan, I, lulus tahun 2022. Mulai menjadi dosen pada tahun 2014 di Jurusan Kesehatan Gigi mengajar pada jenjang Diploma 3, Diploma 4 dan Magister Terapan Kesehatan Gigi. Mulai menulis buku tahun 2017 baik buku ajar maupun pengetahuan lainnya sebagai bagian dari Tri Dharma Perguruan Tinggi. Memiliki motto "Berkarya adalah penanda bahwa kita ada, melayani tanpa terbebani" Meyakini setiap pribadi memiliki keistimewaananya sendiri maka menghargai orang lain adalah bentuk syukur kepada Tuhan

SINOPSIS BUKU

Buku ini memuat isu-isu etik dalam dunia keperawatan yang tak kunjung selesai, dan mengajak pembaca memiliki wawasan dan pemahaman mendasar tentang penyelesaian masalah etik yang sering terjadi. Buku ini memuat tentang pentingnya memahami Prinsip Delegasi Tindakan medis sebelum melaksanakan tindakan serta dampak bila melakukan kesalahan saat menjalakan tugas delegasi. Penggunaan bahasa dan dilengkapi dengan penjelasan tentang istilah-istilah yang digunakan, buku ini menguraikan secara rinci terkait fakta dan cara penyelesaian masalah dari sudut pandang yang berbeda dan menjadi panduan untuk mahasiswa, perawat maupun dokter dalam menjalankan tugas dan kewenangannya masing-masing.

Buku ini memuat isu-isu etik dalam dunia keperawatan yang tak kunjung selesai, dan mengajak pembaca memiliki wawasan dan pemahaman mendasar tentang penyelesaian masalah etik yang sering terjadi. Buku ini memuat tentang pentingnya memahami Prinsip Delegasi Tindakan medis sebelum melaksanakan tindakan serta dampak bila melakukan kesalahan saat menjalakan tugas delegasi. Penggunaan bahasa dan dilengkapi dengan penjelasan terntang istilah-istilah yang digunakan, buku ini menguraikan secara rinci terkait fakta dan cara penyelesaian masalah dari sudut pandang yang berbeda dan menjadi panduan untuk mahasiswa, perawat maupun dokter dalam menjalankan tugas dan kewenangannya masing-masing.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7097-45-3



9 786347 097453