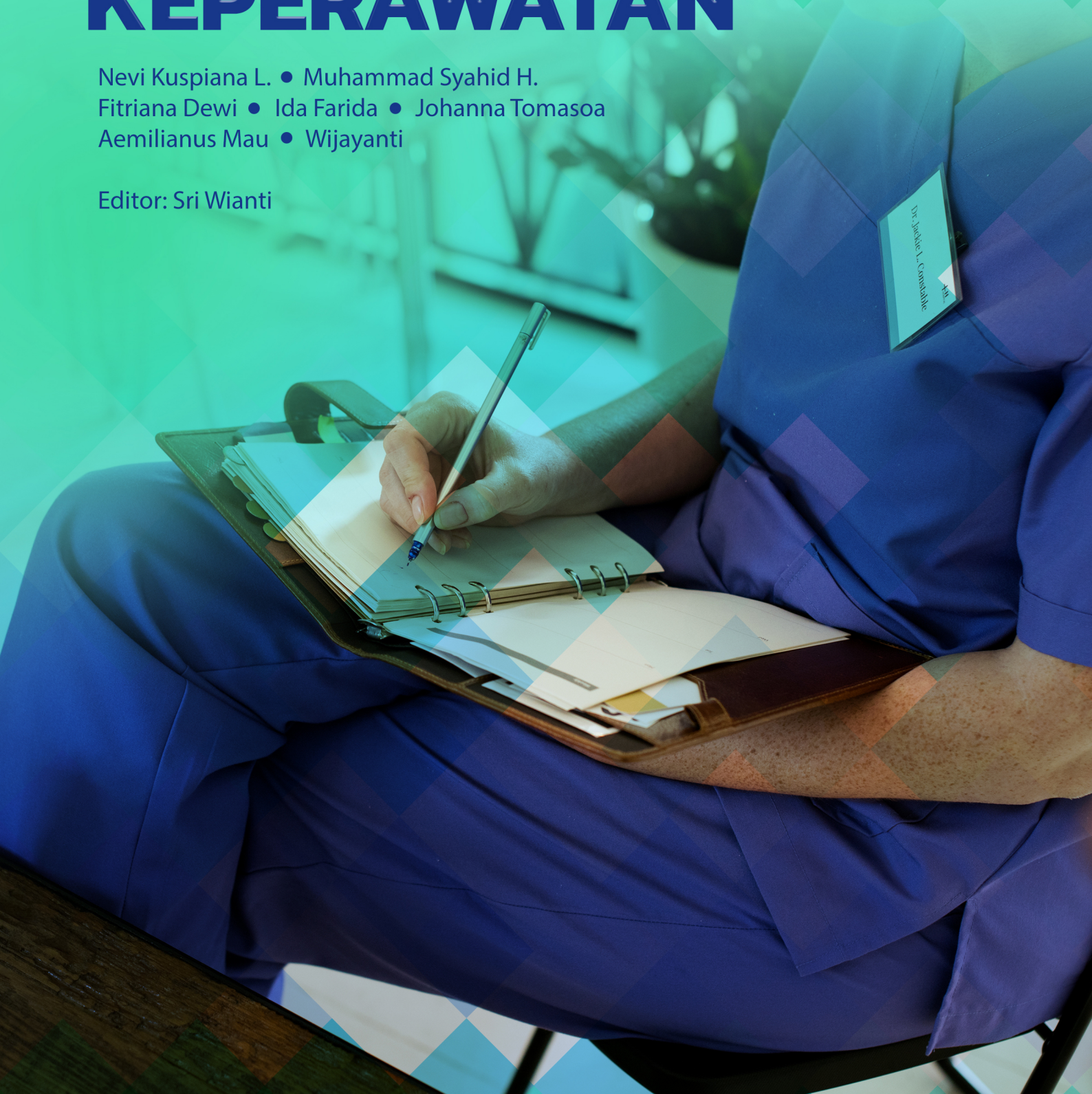


Bunga Rampai

ETIKA DAN HUKUM DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN

Nevi Kuspiana L. • Muhammad Syahid H.
Fitriana Dewi • Ida Farida • Johanna Tomaso
Aemilianus Mau • Wijayanti

Editor: Sri Wianti



BUNGA RAMPAI ETIKA DAN HUKUM DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep.
Muhammad Syahid Hidayat, BS., SH., S.Kep., MS., MH.
Ns. Fitriana Dewi, S.Kep., M.Kep.
Ida Farida, APPd., M.Kes.
Johanna Tomaso SKM., S.Kep., M.Kes.
Dr. Aemilianus Mau., S.Kep., Ns., M.Kep.
Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor:

Ns. Sri Wianti, S.Kep., M.Kep.



Bunga Rampai Etika dan Hukum dalam Manajemen Keperawatan

Penulis: Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep.
Muhammad Syahid Hidayat, BS., SH., S.Kep., MS., MH.
Ns. Fitriana Dewi, S.Kep., M.Kep.
Ida Farida, APPd., M.Kes.
Johanna Tomaso SKM., S.Kep., M.Kes.
Dr. Aemilianus Mau., S.Kep., Ns., M.Kep.
Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor: Ns. Sri Wianti, S.Kep., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-634-7139-84-9

Cetakan Pertama: Maret 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT 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



Buku **Bunga Rampai Etika dan Hukum dalam Manajemen Keperawatan** ini hadir sebagai sebuah upaya untuk mengangkat pentingnya pemahaman etika dan hukum dalam manajemen keperawatan. Seiring dengan perkembangan zaman, profesi keperawatan semakin dihadapkan pada tantangan yang semakin kompleks, baik dalam hal teknis maupun moral. Melalui buku ini, kami berusaha untuk memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai isu-isu etika dan hukum yang harus diperhatikan oleh para perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Setiap bab dalam buku ini disusun dengan cermat, berfokus pada peran perawat dalam menjalankan tanggung jawab hukum dan etik mereka, serta dampaknya terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Buku ini terdiri dari tujuh bab yang membahas berbagai topik penting, mulai dari implementasi hak pasien dalam keperawatan, tanggung jawab hukum perawat dalam pelayanan kesehatan, hingga etika dalam pengambilan keputusan klinis. Pembahasan yang disajikan mencakup berbagai dimensi keperawatan yang melibatkan aspek hukum, etika, dan kebijakan dalam praktik sehari-hari. Kami berharap pembaca, khususnya para tenaga kesehatan dan praktisi keperawatan, dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai bagaimana menjalankan tugasnya dengan penuh tanggung jawab dan integritas, serta memahami betul hak-hak pasien yang harus dijaga.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua penulis yang telah berkontribusi dengan pemikiran dan pengalaman mereka yang berharga. Buku ini diharapkan dapat menjadi referensi yang berguna bagi pengembangan pengetahuan dalam praktik keperawatan, terutama dalam aspek etika dan hukum. Semoga buku ini memberikan manfaat yang besar bagi para perawat, mahasiswa keperawatan, serta tenaga medis lainnya dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih profesional dan bermartabat.

Editor



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

CHAPTER 1 IMPLEMENTASI HAK PASIEN DALAM KEPERAWATAN..... 1

Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep.....	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Pelaksanaan Hak-Hak Pasien Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit.	5
C. Hambatan Pemenuhan Hak Pasien di Rumah Sakit.	8
D. Upaya Yang Dapat Dilakukan Pasien Terhadap Hak Yang Tidak Terlaksana di Rumah Sakit.	9
E. Simpulan.....	11
F. Referensi.....	12
G. Glosarium.....	12

CHAPTER 2 ETIKA DAN HUKUM DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN: TANGGUNG JAWAB HUKUM PERAWAT DALAM PELAYANAN KESEHATAN .13

Muhammad Syahid Hidayat, BS., SH., S.Kep., MS., MH.....	13
A. Pendahuluan/Prolog	13
B. Tanggung Jawab Hukum Perawat	14
C. Jenis Tanggung Jawab Hukum Perawat.....	16
D. Standar Praktik Keperawatan sebagai Acuan Hukum.....	18
E. Risiko Hukum dalam Praktik Keperawatan	20
F. Perlindungan Hukum bagi Perawat.....	22
G. Peran Dokumentasi dalam Tanggung Jawab Hukum.....	23
H. Edukasi dan Pelatihan tentang Hukum Kesehatan	25
I. Studi Kasus dan Analisis Tanggung Jawab Hukum Perawat	27
J. Peran Manajemen dalam Mendukung Tanggung Jawab Hukum Perawat....	28
K. Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepatuhan Hukum Perawat.....	30
L. Simpulan.....	32
M. Referensi.....	33
N. Glosarium.....	34

**CHAPTER 3 PERAN KEPERAWATAN DALAM PEMBERIAN PERSETUJUAN
TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT)35**

Ns. Fitriana Dewi, S.Kep., M.Kep.....	35
A. Pendahuluan.....	35
B. Landasan Teori.....	38
C. Prinsip <i>Informed Consent</i>	41
D. Prinsip-prinsip etik keperawatan.....	44
E. Peran Perawat terhadap <i>informed consent</i>	46
F. Simpulan.....	48
G. Referensi.....	48

**CHAPTER 4 ETIKA DALAM KEPERAWATAN PALIATIF: MEMAHAMI
KEBUTUHAN PASIEN TERMINAL51**

Ida Farida, APPd., M.Kes.....	51
A. Pendahuluan/Prolog.....	51
B. Kebutuhan Pasien Terminal.....	52
C. Perawatan Paliatif.....	53
D. Etika dalam Perawatan Paliatif.....	56
E. Tantangan Etika Perawat dalam Perawatan Paliatif.....	61
F. Simpulan.....	63
G. Referensi.....	64
H. Glosarium.....	66

**CHAPTER 5 PERAN PERAWAT DALAM MENJAGA PRIVASI DAN
KERAHASIAAN PASIEN67**

Johanna Tomaso SKM., S.Kep., M.Kes.....	67
A. Pendahuluan.....	67
B. Perbedaan Privasi dan Kerahasiaan.....	69
C. Mengapa Privasi dan Kerahasiaan Penting.....	69
D. Pentingnya Menjaga Privasi dan Kerahasiaan Pasien.....	69
E. Dampak Menjaga Privasi dan Kerahasiaan Pasien.....	69
F. Kode Etik Keperawatan.....	70
G. Peran Perawat dalam menjaga Kerahasiaan Pasien.....	71
H. Simpulan.....	72
I. Referensi.....	73

**CHAPTER 6 TANGGUNG JAWAB HUKUM DALAM PENGELOLAAN OBAT DAN
TERAPI DI KEPERAWATAN75**

Dr. Aemilianus Mau., S.Kep., Ns., M.Kep.....	75
A. Pendahuluan.....	75
B. Konsep Obat.....	77
C. Tanggung hukum bagi perawat dalam pengelolaan obat	86
D. Simpulan.....	96
E. Daftar Pustaka	96
F. Glosarium.....	97

CHAPTER 7 ETIKA KEPERAWATAN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN

KLINIS.....99

Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.	99
A. Pendahuluan/Prolog	99
B. Prinsip-Prinsip Etika dalam Keperawatan.....	102
C. Peran Perawat dalam Pengambilan Keputusan Klinis.....	104
D. Dilema Etika dalam Pengambilan Keputusan Keperawatan.....	106
E. Model dan Kerangka Pengambilan Keputusan Etis.....	107
F. Pertimbangan Hukum dan Profesional.....	108
G. Pengambilan Keputusan Etis pada Populasi Khusus.....	110
H. Tantangan Etika dalam Pelayanan Kesehatan Modern	112
I. Mengembangkan Kompetensi Etika dalam Praktik Keperawatan	114
1. Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan.....	114
2. Pengembangan Kemampuan Pengambilan Keputusan Etis	115
3. Peran Mentor dalam Pengambilan Keputusan Etis	116
4. Membangun Kesadaran Etika dalam Praktik Sehari-hari	117
5. Penggunaan Teknologi Secara Etis.....	117
6. Pengambilan Keputusan Kolaboratif	119
7. Refleksi Diri dan Evaluasi Praktik.....	119
8. Menghadapi Tantangan Etika pada Populasi Khusus.....	120
J. Glosarium	123
K. Kesimpulan	123
L. Referensi.....	124

PROFIL PENULIS133

CHAPTER 1

IMPLEMENTASI HAK PASIEN DALAM KEPERAWATAN

Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan. Tanpa kesehatan manusia tidak dapat beraktivitas secara optimal. Menyadari arti dan peran penting kesehatan. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan turut berperan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan dalam upaya bersama-sama mencapai kesehatan yang setinggi-tingginya dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan yang baik, bermutu, profesional, dan diterima pasien merupakan tujuan utama pelayanan rumah sakit (As'ad Sunggu, 2014).

Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 1; Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan perawatan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Kondisi Gawat darurat adalah keadaan pasien yang membutuhkan tindakan medis segera, guna menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Sedangkan yang dimaksud pelayanan "kesehatan paripurna" adalah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, dan rehabilitatif (UU Nomor 44 Tahun 2019 ayat 3).

Jenis pelayanan kesehatan diatas tercantum dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 1, yaitu: Pelayanan kesehatan Promotif adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun serta empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat (UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 1).

Pelayanan kesehatan disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Tenaga ahli kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, ayat 6). Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit).

Hak pasien dalam Undang Undang Rumah Sakit tercantum pada Pasal 32, Setiap pasien mempunyai hak, diantaranya; 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit; 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien; 3) Memperoleh pelayanan yang menusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi; 4) Memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional; 5) Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi; 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.

Pemerintah turut berperan dalam mengawasi pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mengatur adanya komite medik. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis (Bhekti Suryani, 2013). Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh kepala atau direktur rumah sakit. Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah (Soekidjo Notoatmodjo dalam Bhekti Suryani, 2013).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu, merata dan nondiskriminatif. Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan yang akan diberikan tenaga kesehatan tersebut secara lengkap. Pasien dalam pelayanan medis merupakan orang yang memerlukan pertolongan dokter karena penyakitnya. Sedangkan dokter adalah orang yang akan memberikan pertolongan karena kemampuan profesinya yang dianggap mampu mengobati penyakit.

Harus diakui masyarakat Indonesia masih belum terbiasa secara aktif mendapatkan informasi dalam penggunaan pelayanan medis. Umumnya pasien

menyerahkan sepenuhnya kepada dokter mengenai pelayanan medis yang akan diterima oleh dirinya. Hubungan hukum yang terjadi antara dokter dan pasien terjadi ketika dokter menerima pasiennya. Hubungan ini pada umumnya berada dalam posisi yang tidak seimbang. Disatu sisi ada orang yang memerlukan pertolongan yaitu pasien dan orang yang diharapkan memberikan pertolongan yaitu dokter. Dalam hubungan yang demikian, dokter diharapkan akan bersikap bijaksana dan tidak memanfaatkan kelemahan pasien sebagai keuntungan bagi dirinya sendiri.

Pelaksanaan peran, baik itu merupakan hak maupun kewajiban ataupun kekuasaan, akan selalu melahirkan suatu tanggung jawab baik diminta ataupun tidak diminta selain itu dokter juga memiliki kewajiban moral untuk menghormati hak pasiennya sebagai manusia (Danny Wiradharma, 1996).

Hak-hak yang dimiliki pasien tersebut juga tercantum pada Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yang berisi: hak-hak pasien adalah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis, meminta pendapat dokter, dokter gigi dan dokter dibidang lain, mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis, menolak tindakan medis, dan mendapatkan isi rekam medis.

Pasien sebagai orang yang memiliki masalah kesehatan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya, tenaga kesehatan harus mendahulukan pelayanan kesehatan sebagai bentuk pengabdianya terhadap masyarakat dari pada kepentingan pribadi. Dalam menjalankan tugasnya, bagi dokter berlaku "*Aegroti Salus Lex Suprema*", yang berarti keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi (Jusuf Hanafiah & Amri Amir, 2013).

Tetapi yang terjadi ketika pasien rawat inap di Rumah Sakit membutuhkan penanganan khusus diwaktu yang tidak dapat ditentukan, dokter sebagai pemberi pelayanan medis terhadap pasien tidak berada di tempat Salah satu contoh tentang lemahnya pemenuhan hak pasien di Rumah Sakit ditemukan pasien yang membutuhkan penanganan khusus oleh dokter, tetapi dokter tidak berada ditempat. Contoh kasus keluarga pasien yang membutuhkan penanganan medis yang mengalami penyakit lupus, keadaan bukan semakin membaik tapi semakin parah diajak berbicara tidak nyambung, respon perawat lambat dan perawat kurang bisa menghargai pasien dan itu terjadi di ruangan kenanga di Rumah Sakit.

Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit harus dilengkapi dengan fasilitas pelayanan medis serta didukung oleh sumber daya manusia yang profesional. Adapun yang harus dilaksanakan oleh pasien sebelum dilakukannya perjanjian rawat inap di Rumah Sakit adalah pihak pasien dan pihak rumah sakit bernegosiasi secara

lisan terkait perjanjian yang akan disepakati mengenai biaya perawatan selama pasien dirawat di rumah sakit.

Kesepakatan antara pihak pasien dan pihak rumah sakit dimuat dalam suatu perjanjian. Perjanjian rawat inap yang terjadi antara pihak pasien dengan pihak Rumah Sakit yang dibuat secara tertulis, tidak pernah diberikan secara lisan. Perjanjian ini merupakan perjanjian standar atau baku (*Standard contract*) perjanjian ini bentuknya tertulis berupa formulir-formulir yang isinya telah distandarisasi atau dibakukan terlebih dahulu secara sepihak oleh produsen, serta bersifat masal, tanpa mempertimbangkan perbedaan kondisi yang dimiliki oleh konsumen (Djaja S. Meliala, 2012).

Kontrak ini tidak terlepas dari ketentuan hukum yang terdapat dalam Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang telah mengatur tentang syarat sahnya suatu perjanjian, yaitu; 1) kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya; 2) kecakapan untuk membuat suatu perikatan; 3) suatu pokok persoalan tertentu; 4) suatu sebab yang tidak terlarang.

Sehubungan dengan perjanjian pasien yang diberikan terhadap pihak Rumah Sakit melalui perjanjian tertulis yang dikenal dengan istilah *informed consent* yaitu kesepakatan atau persetujuan pasien atas usaha medis yang dilakukan untuk menolong dirinya disertai informasi atas segala resiko yang mungkin terjadi. Keberadaan *informed consent* pada hakikatnya merupakan penerapan asas setiap manusia mempunyai hak untuk berperan serta dalam mengambil keputusan dalam menyangkut dirinya sendiri. Begitupun pasien yang ingin mengikatkan diri terhadap kontrak yang akan disetujuinya dalam perjanjian tertulis tersebut.

Berdasarkan teori dan beberapa pendapat mengenai *informed consent*, maka *informed consent* merupakan bentuk kesepakatan antara dokter dan pasien dalam melakukan suatu tindakan medik, yaitu dalam bentuk formulir sebagai proses komunikasi dalam mencapai suatu kesepakatan, apakah pasien menerima suatu tindakan medik yang diberikan dokter ataupun menolaknya berdasarkan hak pasien. Penandatanganan persetujuan dilaksanakan oleh pasien atau keluarga pasien dengan petugas di instalasi administrasi rumah sakit. Instalasi administrasi merupakan unit pelayanan yang menyelenggarakan kegiatan administrasi pasien, diantaranya informasi tentang identitas pasien, perhitungan perincian tagihan biaya perawatan layanan pasien rawat inap, serta prosedur pelayanan bagi pasien rawat inap (Nydia Andriani, 2014).

Tujuan dari kegiatan administrasi yang dilakukan di rumah sakit antara lain; 1) Menentukan persyaratan pasien bisa masuk ke rumah sakit; 2) Menerima pasien yang akan masuk bangsal rawat inap; 3) Memproses perpindahan pasien antar bangsal perawatan di dalam rumah sakit tersebut, antar rumah sakit dan tempat

pelayanan kesehatan lainnya; 4) Memproses pemulangan pasien dan kematian pasien; 5) Memberikan konsultasi keuangan kepada pasien sebelum atau pada awal pendaftaran (Nydia Andriani, 2014).

Setelah pihak pasien menandatangani atau memberikan persetujuan atas perjanjian terapeutik, maka pasien atau keluarga pasien menyerahkan bukti penandatanganan disertai kartu tanda pengenal pasien kepada pihak administrasi Rumah Sakit Umum.

B. Pelaksanaan Hak-Hak Pasien Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit.

Hak-hak pasien yang diperoleh dari Rumah Sakit ditinjau dari Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Pasal 56 yang berbunyi;

1. Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan atau pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.
2. Hak untuk menerima atau menolak sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) tidak berlaku pada :
 - a. Penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas.
 - b. Keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri.
 - c. Gangguan mental berat.
3. Ketentuan mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diatur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 57:

1. Setiap orang bersedia atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan.
2. Ketentuan mengenai hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 tidak berlaku dalam:
 - a. Perintah Undang-Undang
 - b. Perintah pengadilan
 - c. Izin yang bersangkutan
 - d. Kepentingan masyarakat; dan
 - e. Kepentingan orang tersebut.

Pasal 58:

1. Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kelalaian atau kesalahan dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

2. Tuntutan ganti rugi sebagaimana telah diatur pada ayat 1 tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan orang dalam keadaan darurat.
3. Keadaan mengenai tata cara pengajuan tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 memuat tentang hak-hak yang dimiliki oleh pasien, diantaranya; 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit; 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien; 3) Memperoleh pelayanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi; 4) Memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional; 5) Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi; 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.

Dari isi Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang memuat tentang pasien berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi di rumah sakit. Sedangkan pada Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 tentang Kesehatan mengatur tentang perlindungan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh pihak Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan penuh tanggung jawab, aman, dan bermutu tentu tidak dapat terwujud tanpa adanya tenaga ahli kesehatan yang profesional dalam sebuah instansi rumah sakit, diantaranya tersedia tenaga tetap medis seperti dokter, perawat dan paramedis.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap pasien di Rumah tidak terlepas dari adanya komitmen dari perawat untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan suatu faktor penentu bagi mutu pelayanan rumah sakit dimata masyarakat. Kinerja perawat dapat dilihat dari pelayanan yang diberikannya terhadap pasien di rumah sakit, karena perawat ialah tenaga kesehatan yang paling dekat dengan pasien selama 24 jam. Selain perawat, dokter yang merupakan tenaga ahli kesehatan yang memiliki wewenang dan tanggung jawab memeriksa dan memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien rawat inap di Rumah Sakit.

Hak pasien di Rumah Sakit diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pertama, hak pasien itu adalah berhak mendapatkan informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit,

memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien. Pihak Rumah Sakit telah memberikan informasi tersebut secara tertulis.

Kedua, hak mendapatkan pelayanan medis bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Pihak Rumah Sakit memberikan pelayanan dengan menyediakan dokter bedah, dokter umum, dan perawat. Ketiga, hak pasien mendapatkan pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi. Pada kenyataan yang terjadi di Rumah Sakit, banyak kejadian-kejadian yang tiba-tiba muncul terhadap pasien yang sangat membutuhkan pertolongan dari tenaga medis pada waktu tertentu, sedangkan yang terlihat masih kurang efektifnya pelayanan kesehatan yang diberikan, jam besuk dokter terhadap pasien rawat inap serta minimnya jumlah dokter jaga yang bertugas di Rumah Sakit menyebabkan terjadinya berbagai masalah yang dikeluhkan oleh pasien.

Keempat, hak pasien memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan yang diinginkan, pihak Rumah Sakit menyediakan kelas perawatan sesuai dengan yang diinginkan pasien dan pada kenyataannya dokter yang menangani pasien di Rumah Sakit merupakan dokter spesialis yang telah ditentukan oleh rumah sakit sesuai dengan jenis penyakit yang diderita oleh pasien.

Kelima, hak pasien meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang memiliki (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Pihak Rumah Sakit tidak pernah memberikan larangan terhadap pasien terkait konsultasi yang dilakukan pasien terhadap dokter lain.

Keenam, hak pasien mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang kemungkinan terjadi, dan perkiraan biaya pengobatan. Pihak Rumah Sakit memberikan informasi mengenai diagnosis, dan tujuan tindakan serta perkiraan biaya pengobatan pada bagian administrasi rumah sakit, dan pada kenyataan yang terjadi pasien mengeluh atas lamanya menunggu hasil diagnosis mengenai penyakit yang diderita oleh pasien sehingga pasien harus menunggu setelah itu baru mendapatkan tindakan medis selanjutnya.

Ketujuh, hak memberikan persetujuan dan penolakan tindakan medis yang akan dilakukan terhadap penyakit yang dideritanya. Pihak rumah sakit telah mempersiapkan surat persetujuan ataupun penolakan tindakan medis (*Informed consent*).

Kedelapan, hak pasien didampingi keluarga dalam keadaan kritis, pihak Rumah Sakit mempersilahkan satu orang anggota keluarga pasien yang mendampingi pasien dalam keadaan kritis.

Kesembilan, hak pasien mengadukan keluhan terhadap pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan keluhan yang dialami pasien. Pengaduan pasien di Rumah Sakit dapat dilakukan dengan memberikan surat keluhan dalam kotak saran yang telah disediakan oleh pihak Rumah Sakit.

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam setiap rumah sakit. Masyarakat tentunya memiliki pandangan bahwa keterlambatan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan akan menjadikan penentu bagi mutu yang diberikan terhadap pasien dan pada dasarnya akan menjadi acuan dalam menilai kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dimata masyarakat.

C. Hambatan Pemenuhan Hak Pasien di Rumah Sakit.

Penerapan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang memuat tentang pasien berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional, serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi di Rumah Sakit. Dalam memberikan pelayanan, Rumah Sakit telah mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan di Rumah Sakit dan melaksanakan fungsi sosial antara lain memberikan fasilitas pelayanan pasien kepada yang tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa dan bukti sebagai misi kemanusiaan. Oleh karena itu, rumah sakit mengutamakan kesehatan dan keselamatan pasien tanpa melihat status sosial pasien tersebut.

Keselamatan pasien diatur pula dalam Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor. 1691/ MENKES/ PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dalam Pasal 1 angka 1 menyatakan bahwa, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assemen resiko, identifikasi, dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dalam membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien merupakan hak bagi pasien dan kewajiban rumah sakit. Pasien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sebagaimana telah tercantum dalam Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Staf Medik Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur utama. Staf Medik Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, dan pengembangan (Amir Syamsudin, 2018).

Beberapa hambatan yang sering terjadi dalam memenuhi hak pasien terhadap pelayanan tenaga kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit, antara lain; 1) Kurangnya jam besuk dokter terhadap pasien yang sedang menjalani perawatan rawat inap di Rumah Sakit; 2) Kurangnya jumlah dokter jaga di Rumah Sakit terutama pada malam hari; 3) Sering terjadi keterlambatan pemberitahuan hasil diagnosa terhadap penyakit yang dialami pasien di Rumah Sakit; 4) Pelayanan perawat yang kurang komunikatif terhadap pasien di Rumah Sakit. Pasien sebagai masyarakat yang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang sebaik-baiknya sangat mengeluhkan kurangnya tenaga dokter yang berada di ruangan khususnya pada saat malam hari.

D. Upaya Yang Dapat Dilakukan Pasien Terhadap Hak Yang Tidak Terlaksana di Rumah Sakit.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat, apabila terjadi wanprestasi, akan diselesaikan melalui musyawarah dan perdamaian dengan meyakinkan pihak pasien maupun keluarga, bahwa apa yang dilakukan oleh dokter telah sesuai dengan prosedur tindakan medik.

Pasien mempunyai hak untuk melaporkan keluhan terhadap pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, dan keluhan atas kualitas pelayanan yang dialami pasien. Pengaduan pasien tersebut dapat dilakukan dengan memberikan surat keluhan dalam kotak saran yang telah disediakan pihak Rumah Sakit.

Pertanggung jawaban atas pelayanan medis harus dilakukan penelitian terlebih dahulu, apabila kesalahan dilakukan oleh dokter, maka rumah sakit bertanggungjawab secara umum dan dokter sebagai pelaksana tindakan medis dapat dikenakan sanksi. Seorang dokter harus membandingkan tujuan tindakan medik dengan resiko dari tindakan tersebut dengan resiko yang terkecil.

Selain itu peraturan tentang ganti rugi juga tertulis pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 58 yang berbunyi ; 1) setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang tenaga kesehatan dan/atau penyelenggaraan kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya; 2) Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang

melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat; 3) Ketentuan mengenai tata cara pengajuan tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tanggung jawab yang dilakukan pihak rumah sakit apabila terjadi pelayanan yang tidak sesuai dengan peraturan di rumah sakit oleh dokter, maka pasien yang menderita kerugian dapat menuntut ganti rugi kepada pihak rumah sakit. Pasien yang merasa dirugikan atas pelayanan kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada direktur Rumah Sakit, kemudian ke komite medik dengan memberikan keterangan mengenai hal yang diadukan atau dirugikan dari pelayanan dokter atau tenaga medis lainnya, kemudian Direktur Rumah Sakit akan memanggil kedua belah pihak yaitu pasien dan dokter untuk dimintai keterangan tentang masalah apa yang terjadi diantara keduanya dan akan mencari penyelesaian masalahnya melalui mediasi, sesuai dengan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang berisi Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Apabila terbukti bahwa kerugian yang diderita oleh pasien diakibatkan oleh kelalaian dokter, maka yang bertanggungjawab atas kerugian tersebut adalah dokter atau rumah sakit sesuai dengan keputusan yang diambil oleh direktur rumah sakit. tidak ada pemecahan masalah, maka pasien yang mengalami pelanggaran pelayanan kesehatan oleh pihak rumah sakit dapat melaporkan sengketa tersebut dapat melaporkan sengketa tersebut ke Dinkes atau (IDI) Bengkulu agar sengketa tersebut dapat segera diselesaikan. Apabila tetap tidak menemukan pemecahan masalah atas sengketa tersebut, maka pasien dapat mengadukan hal tersebut kepada pihak MKDKI sesuai dengan Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Kedokteran untuk selanjutnya ditindak lanjuti.

Keputusan MKDKI melalui sidang pengadilan disiplin dapat menyatakan bahwa yang diadukan tidak bersalah atau bersalah dengan pemberian sanksi disiplin. Sanksi disiplin bisa berupa peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan tanda registrasi/izin praktik tau mewajibkan mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan, dan dalam sidang ini dilakukan oleh hakim *ad hoc*. Selain itu, pengaduan tidak tertulis dibuat oleh pengadu kepada MKDKI, tidak menutup hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang atau menggugat kerugian ke pengadilan. Apabila dalam pemeriksaan ditemukan pelanggaran etika, maka MKDKI meneruskan ke organisasi profesi, yaitu IDI atau Ikatan Dokter Indonesia (Jusuf Hanafia & Amri Amir, 2013).

Pengaduan harus memenuhi persyaratan sesuai dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 2 Tahun 2011 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi, yaitu:

1. Orang atau badan yang mengadukan (pengadu), dokter atau dokter gigi dan peristiwa yang diadukan harus mengetahui adanya dugaan pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi. Kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran. Bila ia menunjuk kuasa pengadu, maka harus membuat surat kuasa.
2. Peristiwa yang diadukan terjadi setelah diundangkannya Undang- Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik kedokteran pada tanggal 6 oktober 2004.
3. Peristiwa yang diadukan tidak dimaksudkan untuk penyelesaian atas tuntutan ganti rugi.
4. Keterangan atau informasi dalam pengaduan memuat :
 - a. Identitas pengadu.
 - b. Identitas pasien.
 - c. Nama dan alamat lengkap dokter atau dokter gigi yang diadukan, STR dan SIP dokter atau dokter gigi yang diadukan.
 - d. Waktu tindakan dilakukan.
 - e. Alasan pengaduan yang memuat kronologis peristiwa yang diadukan.
 - f. Nama saksi-saksi dan keterlibatannya (jika ada).
5. Pengaduan dilakukan secara tertulis. Bila tidak mampu mengadukan secara tertulis dapat mengadukan secara lisan yang dilakukan di kantor MKDKI.
6. Belum pernah diadukan atau diperiksa oleh Dinas Kesehatan Provinsi bagi peristiwa yang diadukan yang terjadi pada masa peralihan sebelum terbentuknya MKDKI dan setelah diundangkannya Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Bhekti Suryani, 2013).

Apabila laporan pengaduan yang masuk memenuhi persyaratan, MKDKI akan menindak lanjutinya dengan melakukan pemeriksaan, bila kemudian ditemukan pelanggaran etika, lembaga ini akan meneruskan pengaduan ke organisasi profesi. Keputusan MKDKI bersifat mengikat. Keputusan yang dimaksud dapat berupa pernyataan tidak bersalah atau memberi sanksi disiplin (Bhekti Suryani, 2013). Selain mengadu ke MKDKI karena adanya pelanggaran disiplin, masyarakat juga berhak melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak berwenang, atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.

E. Simpulan

Dapat ditarik kesimpulan hak pasien dalam pelayanan keperawatan, adalah sebagai berikut ; 1) Hak-hak pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang

sebaik-baiknya dari tenaga kesehatan di Rumah Sakit dirasakan masih belum maksimal; 2) Upaya pasien yang haknya tidak terpenuhi, pasien dapat melaporkan keluhan terhadap pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, dan keluhan atas kualitas pelayanan yang dialami pasien. Pengaduan pasien tersebut dapat dilakukan dengan memberikan surat keluhan dalam kotak saran yang telah disediakan.

Pasien yang merasa dirugikan atas pelayanan kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada Direktur Rumah Sakit, kemudian ke Komite Medik dengan memberikan keterangan mengenai hal yang diadukan atau dirugikan. Pasien yang tidak puas dengan keputusan direktur rumah sakit, dapat melaporkan secara tertulis kepada MKDKI agar sengketa tersebut dapat segera diselesaikan.

F. Referensi

- Abdul Kadir Muhammad. (2004). *Hukum dan Penelitian Hukum*, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Amir Syamsudin, *Berita Negara Republik Indonesia*, diunduh tanggal 29 Juli 2015 dari : <http://ditjenpp.kemenkumham.go.id>
- As'ad Sunggu. (2014). *Kode Etik Profesi Tentang Kesehatan*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Bhekti Suryani. (2013). *Panduan Yuridis Penyelenggaraan Praktik Kedokteran*, Dunia Cerdas, Jakarta.
- Danny Wiradharma. (1996). *Hukum Kedokteran*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Djaja S. Meliala. (2012). *Hukum Perdata Dalam Perspektif BW*, Nuansa Aulia, Bandung.
- M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir. (2013). *Etika Kedokteran Dan Hukum Kesehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Soekidjo Notoatmodjo. (2010). *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
- Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

G. Glosarium

IDI = Ikatan Dokter Indonesia

MKDKI = Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia

CHAPTER 2

ETIKA DAN HUKUM DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN: TANGGUNG JAWAB HUKUM PERAWAT DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Muhammad Syahid Hidayat, BS., SH., S.Kep., MS., MH.

A. Pendahuluan/Prolog

Etika dan hukum dalam keperawatan adalah dua pilar utama yang harus dikuasai oleh setiap perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas (Polit, D. F., & Beck, C. T., 2021). Data menunjukkan bahwa di Indonesia, pelaporan kasus malpraktik dan kelalaian perawat meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2023), sebanyak 18% dari 1.243 kasus pelanggaran profesi kesehatan melibatkan perawat, dengan sebagian besar kasus disebabkan oleh kurangnya pemahaman terhadap standar etika dan hukum. Fenomena ini menunjukkan adanya kebutuhan mendesak akan literasi hukum dan etika di kalangan perawat, terutama di tengah perkembangan sistem pelayanan kesehatan yang semakin kompleks dan transparan.

Di sisi lain, survei yang dilakukan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2022) mengungkapkan bahwa hanya 40% dari 5.000 perawat yang disurvei merasa yakin telah memahami secara menyeluruh tanggung jawab hukum dalam profesi mereka. Lebih mengkhawatirkan lagi, sekitar 30% perawat mengaku belum pernah mendapatkan pelatihan khusus terkait aspek hukum dalam praktik keperawatan. Padahal, laporan dari American Nurses Association (ANA, 2023) menyebutkan bahwa risiko hukum dalam praktik keperawatan sangat tinggi, terutama dalam pengelolaan rekam medis dan pengambilan keputusan darurat, dengan 45% kasus tuntutan hukum terhadap perawat berasal dari kesalahan dokumentasi. Hal ini menunjukkan pentingnya kehadiran buku panduan yang dapat memperkuat wawasan etika dan hukum para perawat (Stokes, L. 2023).

Buku ini mengulas secara mendalam berbagai aspek etika dan hukum yang relevan dengan manajemen keperawatan, didukung oleh data, teori, dan studi kasus aktual. Penulis juga merujuk pada laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022), yang menyatakan bahwa hingga 60% tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan di negara berkembang dapat dicegah melalui pendidikan hukum dan etika yang lebih baik. Diharapkan, buku ini menjadi sumber referensi yang komprehensif, tidak hanya untuk memperkaya pemahaman akademik, tetapi juga sebagai alat praktis

bagi perawat untuk menjalankan tanggung jawab hukumnya dengan profesionalisme tinggi, sekaligus melindungi hak pasien dan dirinya sendiri.

B. Tanggung Jawab Hukum Perawat

1. Definisi Tanggung Jawab Hukum dalam Konteks Keperawatan

Tanggung jawab hukum perawat merupakan kewajiban untuk memastikan bahwa setiap tindakan yang dilakukan dalam praktik keperawatan sesuai dengan hukum dan regulasi yang berlaku. Dalam konteks ini, perawat wajib menjalankan peran dan fungsinya berdasarkan standar profesi, standar pelayanan, dan peraturan perundang-undangan. Menurut Sudiyanto, H. (2019), tanggung jawab hukum dalam keperawatan mengacu pada upaya perawat untuk melindungi pasien dari risiko atau dampak negatif akibat tindakan medis yang tidak profesional.

Tanggung jawab hukum ini juga mencakup kewajiban perawat untuk memahami aspek hukum seperti kewajiban dokumentasi, perlindungan privasi pasien, serta pelaksanaan tindakan berdasarkan informed consent. Penegasan hubungan antara tindakan perawat dan regulasi hukum menjadi kunci untuk memastikan kualitas pelayanan dan mencegah terjadinya pelanggaran (Ilham, R. et al., 2018).

2. Kewajiban Legal Perawat

Kewajiban Legal Perawat Berdasarkan UU Keperawatan No. 38 Tahun 2014 dijelaskan sebagai berikut:

a. Memberikan Pelayanan Keperawatan Sesuai dengan Standar Profesi (Pasal 30 Ayat 1)

Perawat wajib memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan, termasuk standar kompetensi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional (Departemen Kesehatan RI, 2014). Standar ini bertujuan untuk menjamin bahwa tindakan keperawatan dilakukan secara profesional dan aman.

Contoh Kasus: Seorang perawat bernama Ani baru saja lulus dari program keperawatan. Tanpa mengikuti uji kompetensi dan mendapatkan sertifikat kompetensi serta sertifikat profesi, Ani langsung mulai bekerja di sebuah klinik swasta. Ani menjalankan berbagai tugas keperawatan seperti memberikan obat kepada pasien, melakukan perawatan luka, dan menjalankan prosedur medis lainnya tanpa memiliki sertifikat yang diwajibkan oleh undang-undang.

b. Menghormati Hak Pasien (Pasal 32)

Hak pasien meliputi privasi, informed consent, dan hak untuk menolak atau menerima tindakan medis. Perawat harus menghormati otonomi pasien, termasuk memberikan informasi yang lengkap sebelum melakukan intervensi (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus: Ketika seorang pasien menolak pemasangan infus, perawat harus menghormati keputusan tersebut, kecuali dalam kondisi darurat. Hal ini sesuai dengan etika profesi dan aturan yang tercantum dalam UU Keperawatan.

c. Mematuhi Kode Etik Keperawatan yang Berlaku (Pasal 30 Ayat 3)

Perawat wajib bertindak profesional sesuai dengan kode etik keperawatan, yang antara lain mencakup kewajiban menjaga kerahasiaan pasien dan berperilaku etis dalam semua aspek pelayanan (Sudiyanto, H., 2019).

Contoh Kasus: Perawat yang memberikan informasi medis pasien kepada pihak ketiga tanpa persetujuan pasien melanggar kode etik dan dapat dikenai sanksi administratif.

d. Melakukan Dokumentasi Keperawatan yang Akurat (Pasal 33)

Dokumentasi keperawatan adalah bagian penting dari tanggung jawab hukum perawat. Dokumentasi ini harus mencakup semua tindakan, waktu, serta respon pasien (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus: Jika seorang pasien mengalami reaksi alergi akibat pemberian obat, tetapi perawat tidak mencatat pemberian obat tersebut, maka perawat dapat dimintai pertanggungjawaban karena kelalaian dokumentasi.

e. Mengikuti Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan (Pasal 31)

Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diwajibkan untuk meningkatkan kompetensi perawat. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perawat selalu memiliki kemampuan yang relevan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus: Seorang perawat yang mengikuti pelatihan Basic Life Support (BLS) memiliki keterampilan lebih baik dalam menangani kasus henti jantung dibandingkan perawat yang belum mengikuti pelatihan.

f. Bertanggung Jawab Atas Tindakan Keperawatan yang Dilakukan (Pasal 34)

Perawat bertanggung jawab atas setiap tindakan yang dilakukan, baik secara etis maupun hukum. Jika terjadi kesalahan, perawat harus mampu memberikan penjelasan dan bukti bahwa tindakan tersebut dilakukan sesuai prosedur (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus: Jika seorang perawat salah memberikan dosis obat yang lebih tinggi dari yang diresepkan, ia dapat dimintai pertanggungjawaban hukum atas kelalaian tersebut.

g. Melaporkan Pelanggaran dalam Pelayanan Kesehatan (Pasal 36)

Perawat memiliki kewajiban untuk melaporkan pelanggaran atau penyimpangan dalam pelayanan kesehatan, baik yang dilakukan oleh tenaga medis lain maupun pihak ketiga. Hal ini bertujuan untuk melindungi keselamatan pasien dan menjaga integritas pelayanan (Sudiyanto, H. 2019).

Contoh Kasus: Perawat yang mengetahui adanya penyalahgunaan obat oleh tenaga medis lain wajib melaporkan hal tersebut kepada atasan atau pihak yang berwenang untuk mencegah dampak buruk terhadap pasien.

3. Implikasi Hukum atas Tindakan atau Kelalaian dalam Praktik Keperawatan

Kelalaian atau malpraktik dalam keperawatan dapat menimbulkan implikasi hukum yang serius. Berdasarkan UU Keperawatan No. 38 Tahun 2014 Pasal 49, perawat dapat dikenai sanksi administratif atau pidana jika terbukti melanggar aturan profesi atau melakukan kelalaian yang membahayakan pasien. Sanksi pidana diatur lebih lanjut dalam KUHP Pasal 359 yang menyatakan bahwa siapa pun yang karena kelalaiannya menyebabkan orang lain terluka atau meninggal dapat dipidana.

Sebagai contoh:

- a. Kelalaian tindakan medis: Apabila perawat gagal memberikan intervensi yang sesuai pada kondisi darurat, sehingga memperburuk kondisi pasien, hal ini dapat dikategorikan sebagai kelalaian.
- b. Pelanggaran etika: Memberikan informasi pasien kepada pihak ketiga tanpa izin merupakan pelanggaran yang dapat dikenai sanksi hukum sesuai dengan Pasal 32 UU No. 38 Tahun 2014.

Referensi lain dari Lukitawati, R., & Novianto, W. T. (2023) menjelaskan bahwa upaya mitigasi risiko hukum memerlukan pelatihan dan pengawasan berkala terhadap perawat untuk meminimalkan potensi kelalaian.

C. Jenis Tanggung Jawab Hukum Perawat

1. Tanggung Jawab Administratif

Tanggung jawab administratif mengacu pada kepatuhan perawat terhadap kebijakan, prosedur, dan aturan institusi kesehatan tempat ia bekerja. Hal ini bertujuan untuk memastikan pelayanan keperawatan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku.

- a. Kepatuhan terhadap Kebijakan dan Prosedur Rumah Sakit (SOP)

Perawat wajib mengikuti SOP yang ditetapkan oleh rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan. SOP mencakup prosedur penanganan pasien, pemberian obat, hingga protokol keselamatan kerja. Kepatuhan terhadap SOP membantu mencegah terjadinya kesalahan yang dapat membahayakan pasien (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus: Seorang perawat tidak mematuhi SOP dalam pengelolaan infeksi nosokomial, seperti tidak mencuci tangan sebelum menangani pasien. Jika hal ini menyebabkan infeksi pada pasien, perawat dapat dikenai sanksi administratif.

b. Dokumentasi yang Benar dan Akurat Sebagai Bukti Hukum

Menurut Pasal 29 UU No. 38 Tahun 2014, perawat bertanggung jawab untuk membuat dokumentasi medis yang akurat dan lengkap. Dokumentasi ini mencakup tindakan yang dilakukan, hasil pengamatan, dan intervensi keperawatan. Dokumentasi yang buruk dapat menjadi masalah hukum jika terjadi sengketa.

Contoh Kasus: Jika seorang pasien mengajukan gugatan atas tindakan keperawatan yang menyebabkan cedera, dokumentasi yang lengkap dapat menjadi bukti hukum bahwa perawat telah bekerja sesuai prosedur.

2. Tanggung Jawab Perdata

Tanggung jawab perdata berkaitan dengan kewajiban perawat untuk memberikan ganti rugi dalam kasus kelalaian yang menyebabkan kerugian pasien. Ini termasuk pelanggaran kontrak atau kewajiban hukum yang menyebabkan dampak buruk pada pasien.

a. Tanggung Jawab Ganti Rugi dalam Kasus Kelalaian

Perawat yang melakukan kelalaian dalam menjalankan tugasnya, seperti salah memberikan obat atau gagal memantau kondisi pasien secara tepat, dapat diminta memberikan ganti rugi sesuai dengan hukum perdata.

Contoh Kasus: Seorang pasien mengalami efek samping serius karena perawat salah memberikan dosis obat. Pasien dapat mengajukan gugatan perdata untuk meminta ganti rugi atas kerugian tersebut.

b. Pelanggaran Kontrak Pelayanan Kesehatan

Perawat yang melanggar kewajiban dalam kontrak pelayanan kesehatan, seperti tidak hadir pada waktu yang dijanjikan, dapat dikenai sanksi berdasarkan hukum perdata.

Contoh Kasus: Jika perawat tidak datang untuk memberikan perawatan yang telah dijadwalkan, sehingga kondisi pasien memburuk, pasien dapat menggugat berdasarkan pelanggaran kontrak.

3. Tanggung Jawab Pidana

Tanggung jawab pidana terjadi ketika tindakan atau kelalaian perawat melanggar hukum pidana dan menyebabkan kerugian serius pada pasien.

a. Tindakan yang Melanggar Hukum Pidana

Perawat dapat dikenai sanksi pidana jika kelalaiannya menyebabkan cedera serius atau kematian pada pasien. Hal ini diatur dalam Pasal 359 KUHP, yang menyatakan bahwa kelalaian yang menyebabkan kematian dapat dihukum dengan pidana penjara maksimal lima tahun atau denda.

Contoh Kasus: Seorang perawat gagal memantau pasien pascaoperasi yang membutuhkan pengawasan ketat, sehingga pasien meninggal. Perawat dapat didakwa melanggar pidana atas tindakannya yang lalai.

b. Pengabaian Pasien

Pengabaian pasien, seperti tidak memberikan perawatan darurat pada kondisi kritis, juga termasuk pelanggaran pidana. Perawat wajib memberikan tindakan segera untuk mencegah kondisi pasien memburuk. Contoh Kasus: Seorang pasien dalam kondisi kritis tidak segera ditangani karena perawat tidak berada di tempat. Jika hal ini menyebabkan kematian, perawat dapat dituntut secara pidana atas kelalaiannya.

D. Standar Praktik Keperawatan sebagai Acuan Hukum

1. Standar Kompetensi Perawat

Standar kompetensi perawat menjadi landasan utama bagi perawat dalam menjalankan praktik profesional. Standar ini diatur dalam Permenkes No. 26 Tahun 2019 tentang Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Standar ini mencakup kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh perawat, meliputi kemampuan klinis, manajerial, pendidikan, dan penelitian dalam bidang keperawatan (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Poin Utama Standar Kompetensi:

- Kompetensi Klinis: Perawat wajib memahami dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, berdasarkan *evidence-based practice*.
- Kompetensi Manajerial: Kemampuan perawat untuk mengelola pelayanan keperawatan, termasuk delegasi tugas secara efektif.
- Kompetensi Edukasi: Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.
- Kompetensi Penelitian: Berpartisipasi dalam penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Contoh Kasus: Seorang perawat yang tidak mampu melakukan resusitasi pada pasien darurat dapat dianggap melanggar standar kompetensi. Hal ini dapat berimplikasi pada tanggung jawab hukum jika kelalaian tersebut menyebabkan kerugian pada pasien.

2. Kode Etik Perawat Indonesia

Kode Etik Perawat Indonesia merupakan pedoman perilaku profesional yang mendukung perawat dalam memenuhi tanggung jawab hukum dan etis. Pedoman ini meliputi prinsip-prinsip dasar seperti penghormatan terhadap hak pasien, menjaga privasi, dan memberikan pelayanan keperawatan secara adil (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016).

Peran Kode Etik dalam Tanggung Jawab Hukum:

- a. Perlindungan Pasien: Perawat harus mengutamakan kesejahteraan pasien dalam setiap tindakan.
- b. Kerahasiaan Informasi: Menjaga privasi pasien merupakan kewajiban moral dan hukum.
- c. Prinsip Keadilan: Memberikan layanan tanpa diskriminasi.

Contoh Kasus: Jika seorang perawat membocorkan informasi medis pasien tanpa izin, hal ini melanggar kode etik dan dapat dikenai sanksi hukum sesuai Pasal 32 UU No. 38 Tahun 2014.

3. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah panduan teknis yang harus diikuti oleh perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan. SPO dirancang untuk menjamin konsistensi dan keselamatan pasien, serta mengurangi risiko pelanggaran hukum (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Pentingnya Mengikuti SPO:

- a. Menghindari Kesalahan: Kepatuhan terhadap SPO meminimalkan kemungkinan terjadinya malpraktik.
- b. Bukti Legal: Dalam kasus sengketa hukum, bukti bahwa perawat telah mengikuti SPO dapat melindungi perawat dari tuntutan hukum.
- c. Keselamatan Pasien: SPO memastikan tindakan dilakukan sesuai standar yang diakui secara nasional.

Contoh Kasus: Seorang perawat yang tidak mematuhi SPO saat melakukan pemasangan kateter urin menyebabkan infeksi pada pasien. Hal ini dapat dianggap sebagai kelalaian dan menyebabkan konsekuensi hukum, baik secara administratif maupun pidana.

E. Risiko Hukum dalam Praktik Keperawatan

1. Kelalaian (Negligence)

Kelalaian dalam keperawatan terjadi ketika perawat gagal memenuhi standar praktik yang wajar, sehingga menyebabkan kerugian pada pasien. Kelalaian biasanya terjadi akibat kurangnya kehati-hatian atau pengawasan yang tidak memadai (Sudiyanto, H., 2019).

Contoh Kasus:

- **Pemberian Obat yang Salah Dosis atau Salah Pasien:** Seorang perawat memberikan obat dengan dosis yang lebih tinggi dari yang diresepkan dokter, menyebabkan pasien mengalami efek samping serius.
- **Gagal Memantau Kondisi Pasien:** Perawat tidak memantau pasien pascaoperasi sesuai jadwal, sehingga kondisi kritis tidak segera terdeteksi.

Cara Mencegah Kelalaian:

- a. **Pelatihan Berkelanjutan:** Perawat harus rutin mengikuti pelatihan untuk meningkatkan kompetensi, seperti pelatihan tentang pemberian obat dan penanganan pasien kritis (Ilham, R. et al., 2024).
- b. **Pengawasan yang Ketat:** Manajemen rumah sakit perlu memastikan pengawasan yang baik, termasuk melalui supervisi berkala dan evaluasi kinerja perawat.
- c. **Sistem Pendukung:** Menggunakan teknologi, seperti barcode scanning untuk memverifikasi identitas pasien sebelum pemberian obat, dapat mengurangi risiko kelalaian.

2. Malpraktik (Malpractice)

Malpraktik merupakan bentuk kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, termasuk perawat, tetapi dengan tingkat kesalahan yang lebih serius karena melibatkan pelanggaran hukum dan standar profesi. Berbeda dengan kelalaian biasa, malpraktik melibatkan pelanggaran yang disengaja atau akibat ketidaktahuan terhadap standar praktik yang berlaku (Lukitawati, R., & Novianto, W. T., 2023).

Perbedaan Kelalaian dan Malpraktik:

- a. **Kelalaian:** Ketidaksengajaan akibat kurangnya perhatian atau kehati-hatian.
- b. **Malpraktik:** Kesalahan serius yang melibatkan pelanggaran standar profesi atau hukum.

Konsekuensi Hukum:

Malpraktik diatur dalam Pasal 359 KUHP yang menyebutkan bahwa kelalaian yang menyebabkan kematian dapat dikenai hukuman penjara maksimal lima tahun atau denda. Jika terbukti melakukan malpraktik, perawat dapat menghadapi tuntutan perdata, pidana, dan administratif.

Contoh Kasus:

Seorang perawat memberikan injeksi obat tanpa memastikan bahwa pasien tidak alergi terhadap obat tersebut, meskipun riwayat alergi telah dicatat dalam rekam medis. Tindakan ini menyebabkan syok anafilaksis yang berakibat fatal pada pasien.

Pencegahan Malpraktik:

- a. Peningkatan Kompetensi: Perawat harus memahami standar praktik dan mengikuti pelatihan yang relevan.
- b. Penggunaan Prosedur Operasional Standar (SOP): Perawat harus selalu mengikuti SOP dalam setiap tindakan medis.
- c. Dokumentasi yang Lengkap: Setiap tindakan harus dicatat dengan lengkap untuk menghindari kesalahan dan menjadi bukti hukum bila terjadi sengketa.

3. Pelanggaran Etik

Pelanggaran etik dalam keperawatan terjadi ketika perawat melanggar prinsip-prinsip dasar kode etik, seperti kerahasiaan pasien, keadilan, atau penghormatan terhadap otonomi pasien (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016).

Contoh Pelanggaran Etik:

- a. Pelanggaran Privasi Pasien: Memberikan informasi medis pasien kepada pihak ketiga tanpa persetujuan pasien, misalnya membocorkan diagnosis pasien kepada rekan kerja.
- b. Diskriminasi dalam Pelayanan: Menolak memberikan pelayanan kepada pasien tertentu berdasarkan alasan pribadi atau prasangka.

Hubungan Pelanggaran Etik dengan Konsekuensi Hukum:

Pelanggaran etik dapat berujung pada sanksi administratif atau bahkan pidana jika melibatkan pelanggaran hukum. Sebagai contoh, pelanggaran privasi pasien yang menyebabkan kerugian dapat dikenai sanksi berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang melindungi hak pasien atas kerahasiaan informasi medis.

Pencegahan Pelanggaran Etik:

- a. Sosialisasi Kode Etik: Rumah sakit perlu memastikan semua perawat memahami dan mematuhi kode etik keperawatan.
- b. Pengawasan Internal: Unit etik di rumah sakit harus memantau pelaksanaan kode etik dan menangani kasus pelanggaran dengan transparan.
- c. Pendidikan Etik: Pendidikan etik harus menjadi bagian dari pelatihan berkelanjutan untuk memastikan perawat memahami implikasi pelanggaran etik terhadap hukum dan pasien.

F. Perlindungan Hukum bagi Perawat

1. Hak Perawat atas Pembelaan Hukum Jika Tuntutan Tidak Berdasar (Pasal 44 UU No. 38 Tahun 2014)

Pasal 44 UU No. 38 Tahun 2014 memberikan perlindungan hukum kepada perawat apabila menghadapi tuntutan hukum yang tidak berdasar. Perlindungan ini mencakup hak perawat untuk mendapatkan pembelaan hukum dari institusi tempatnya bekerja atau organisasi profesi jika tindakan yang dilakukan sudah sesuai standar profesi, kode etik, dan SOP (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Contoh Kasus:

Seorang pasien mengajukan tuntutan bahwa perawat memberikan obat yang salah, tetapi dokumentasi menunjukkan bahwa perawat telah memberikan obat sesuai resep dokter. Dalam kasus ini, perawat berhak mendapatkan pembelaan hukum dari rumah sakit atau organisasi profesi seperti PPNI.

Upaya Pembelaan Hukum:

- a. Dokumentasi yang Akurat: Dokumentasi medis menjadi bukti utama bahwa perawat telah menjalankan tugas sesuai prosedur.
- b. Pendampingan Hukum: Perawat berhak mendapatkan pengacara atau konsultan hukum untuk memberikan pembelaan dalam proses hukum.

2. Peran Asuransi Profesi dalam Melindungi Perawat dari Risiko Tuntutan Hukum

Asuransi profesi memberikan perlindungan finansial kepada perawat dalam menghadapi risiko tuntutan hukum. Asuransi ini mencakup biaya pembelaan hukum, ganti rugi, dan kompensasi lainnya yang timbul akibat sengketa hukum yang melibatkan perawat dalam praktiknya (Lukitawati, R., & Novianto, W. T., 2023).

Manfaat Asuransi Profesi:

- a. Perlindungan Finansial: Menanggung biaya hukum jika terjadi tuntutan.
- b. Keamanan Psikologis: Memberikan rasa aman kepada perawat dalam menjalankan tugasnya, terutama di situasi risiko tinggi.
- c. Cakupan Risiko: Meliputi kelalaian, malpraktik, dan tuntutan perdata lainnya.

Contoh Kasus:

Seorang perawat menghadapi tuntutan hukum karena pasien menuduhnya salah memberikan perawatan. Asuransi profesi menanggung biaya hukum dan memberikan ganti rugi jika diperlukan.

Rekomendasi:

- Setiap institusi kesehatan sebaiknya menyediakan atau mendorong perawat untuk memiliki asuransi profesi.

- Perawat harus memahami syarat dan ketentuan polis asuransi profesi yang dimilikinya.

3. Upaya Perlindungan Hukum dari Institusi Kesehatan dan Organisasi Profesi (PPNI)

Institusi kesehatan dan organisasi profesi seperti Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) memiliki peran penting dalam memberikan perlindungan hukum kepada perawat. Perlindungan ini mencakup dukungan administratif, pembelaan hukum, dan pelatihan untuk mencegah risiko hukum.

Peran Institusi Kesehatan:

- a. Memberikan Pendampingan Hukum: Institusi wajib memberikan bantuan hukum kepada perawat jika tuntutan terjadi akibat tindakan yang sesuai SOP.
- b. Pengawasan dan Supervisi: Memastikan perawat bekerja sesuai standar profesi untuk mencegah sengketa.
- c. Pelatihan dan Edukasi: Menyediakan pelatihan terkait aspek hukum dan kode etik keperawatan.

Peran PPNI:

- a. Pendampingan Hukum: PPNI memiliki tim advokasi yang membantu perawat menghadapi tuntutan hukum.
- b. Sosialisasi Standar dan Kode Etik: Meningkatkan kesadaran perawat mengenai standar praktik dan kode etik untuk menghindari pelanggaran hukum.
- c. Mediasi: Membantu menyelesaikan sengketa hukum antara perawat dan pasien melalui pendekatan mediasi.

Contoh Kasus:

Seorang perawat dituntut oleh keluarga pasien atas dugaan kelalaian, padahal tindakan yang dilakukan sudah sesuai SOP. PPNI memberikan bantuan hukum dan mendukung perawat selama proses persidangan.

G. Peran Dokumentasi dalam Tanggung Jawab Hukum

1. Pentingnya Rekam Medis sebagai Bukti Hukum

Rekam medis adalah dokumen resmi yang mencatat semua tindakan medis dan keperawatan yang dilakukan pada pasien. Dokumen ini tidak hanya berfungsi sebagai catatan medis tetapi juga memiliki kekuatan hukum untuk membuktikan bahwa perawat telah menjalankan tugas sesuai standar profesi dan prosedur yang berlaku (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Peran Rekam Medis:

- a. Bukti Kepatuhan: Menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur operasional standar (SOP).

- b. **Bukti Pertahanan Hukum:** Dalam kasus tuntutan hukum, rekam medis menjadi bukti utama untuk membela tindakan perawat.
- c. **Dokumen Legal:** Rekam medis diakui sebagai dokumen hukum yang sah berdasarkan Pasal 46 dan Pasal 52 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Contoh Kasus: Seorang pasien mengajukan tuntutan atas dugaan kelalaian perawat. Namun, rekam medis menunjukkan bahwa perawat telah memberikan obat sesuai resep dokter. Rekam medis tersebut membuktikan bahwa perawat tidak bersalah.

2. Standar Dokumentasi yang Sesuai dengan Hukum

Dokumentasi yang benar harus memenuhi standar hukum dan profesi, seperti yang diatur dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Standar ini mencakup isi, penyimpanan, dan kerahasiaan rekam medis.

Poin Utama Standar Dokumentasi:

- a. **Isi Rekam Medis:** Harus mencakup identitas pasien, diagnosis, rencana perawatan, tindakan medis/keperawatan, dan catatan hasil pengobatan.
- b. **Waktu Pencatatan:** Dokumentasi harus dilakukan secara real-time, segera setelah tindakan dilakukan.
- c. **Tanda Tangan:** Setiap entri dalam rekam medis harus ditandatangani oleh perawat yang bertanggung jawab.
- d. **Kerahasiaan Rekam Medis:** Rekam medis hanya boleh diakses oleh pihak yang berwenang sesuai Pasal 46 UU No. 44 Tahun 2009.

Contoh Kasus: Dalam dokumentasi pasien yang menjalani perawatan pascaoperasi, perawat mencatat tanda vital, obat yang diberikan, serta reaksi pasien. Catatan ini penting untuk memantau perkembangan pasien dan menjadi bukti jika terjadi sengketa hukum.

3. Dampak Dokumentasi yang Tidak Lengkap atau Salah pada Tuntutan Hukum

Dokumentasi yang tidak lengkap atau salah dapat menimbulkan masalah hukum bagi perawat dan institusi kesehatan. Kekurangan dalam rekam medis dapat dianggap sebagai kelalaian atau bahkan malpraktik, terutama jika dokumentasi tersebut menjadi dasar keputusan medis (Lukitawati, R., & Novianto, W. T., 2023).

Dampak Dokumentasi yang Tidak Lengkap:

- a. **Tidak Memiliki Bukti Pembelaan:** Jika dokumentasi tidak lengkap, perawat sulit membuktikan bahwa tindakannya sudah sesuai SOP.
- b. **Kesalahan Pengobatan:** Informasi yang salah atau tidak lengkap dalam rekam medis dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan medis.

- c. Sanksi Hukum: Perawat dapat dikenai sanksi administratif atau hukum jika kelalaian dokumentasi menyebabkan kerugian pada pasien.

Contoh Kasus: Seorang perawat lupa mencatat pemberian obat kepada pasien. Ketika pasien mengalami reaksi buruk, tidak ada bukti bahwa obat tersebut telah diberikan sesuai resep, sehingga perawat dianggap lalai.

Pencegahan:

- a. Pelatihan Dokumentasi: Perawat harus mendapatkan pelatihan tentang standar dokumentasi yang benar.
- b. Pemeriksaan Berkala: Institusi kesehatan harus melakukan audit dokumentasi untuk memastikan kelengkapan rekam medis.
- c. Penggunaan Sistem Elektronik: Rekam medis elektronik dapat membantu mengurangi kesalahan pencatatan dan memastikan dokumentasi yang real-time.

H. Edukasi dan Pelatihan tentang Hukum Kesehatan

Edukasi dan pelatihan tentang hukum kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa perawat memahami aspek legal dari praktik keperawatan. Pemahaman ini membantu perawat menjalankan tugas dengan aman, sesuai standar profesi, serta mengurangi risiko hukum. Berikut adalah penjelasan mendalam:

1. Kebutuhan Pelatihan Berkala untuk Meningkatkan Pemahaman Perawat tentang Hukum Kesehatan

Perawat berhadapan langsung dengan pasien dalam konteks yang sering kali melibatkan keputusan medis dan hukum. Oleh karena itu, pelatihan hukum kesehatan harus dilakukan secara berkala untuk memberikan pengetahuan terkini terkait peraturan, hak pasien, dan tanggung jawab hukum.

Manfaat Pelatihan Berkala:

- a. Meningkatkan Kepatuhan Hukum: Perawat lebih memahami undang undang, kode etik, dan SOP yang relevan dengan profesinya.
- b. Meningkatkan Kompetensi Legal: Perawat dapat mengenali risiko hukum dan mengambil langkah preventif.
- c. Meningkatkan Keselamatan Pasien: Pemahaman hukum membantu perawat menjalankan praktik yang aman dan sesuai dengan regulasi.

Fokus Materi Pelatihan:

- a. Pemahaman UU Keperawatan: Seperti UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- b. Hak dan Privasi Pasien: Termasuk konsep *informed consent* dan kerahasiaan medis.

- c. Standar Dokumentasi: Pentingnya rekam medis sesuai Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008.
- d. Penanganan Kasus Hukum: Langkah yang harus dilakukan jika terlibat dalam sengketa hukum.

Contoh: Pelatihan tentang *Legal and Ethical Issues in Nursing* yang membahas penerapan hukum kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk bagaimana menghindari risiko malpraktik dan kelalaian.

2. Contoh Pelatihan atau Sertifikasi Hukum Kesehatan yang Disarankan oleh PPNI

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) berperan penting dalam menyediakan pelatihan dan sertifikasi yang berkaitan dengan hukum kesehatan. Berikut adalah beberapa pelatihan atau sertifikasi yang relevan:

a. Sertifikasi Kompetensi dalam Hukum Kesehatan

Sertifikasi ini dirancang untuk memastikan bahwa perawat memiliki pemahaman dasar dan lanjutan tentang hukum yang mengatur praktik keperawatan. Materi yang diberikan meliputi:

- UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Kode Etik Keperawatan Indonesia.
- Prosedur hukum jika terjadi sengketa antara pasien dan perawat.

b. Pelatihan "Manajemen Risiko Hukum di Praktik Keperawatan"

Pelatihan ini memberikan panduan praktis tentang:

- Identifikasi risiko hukum dalam pelayanan kesehatan.
- Strategi untuk mencegah kelalaian dan malpraktik.
- Cara mendokumentasikan tindakan medis dengan benar untuk menghindari masalah hukum.

c. Workshop "Legal and Ethical Nursing Practice"

Workshop ini berfokus pada:

- Studi kasus nyata tentang pelanggaran hukum di bidang keperawatan.
- Simulasi penanganan sengketa hukum dengan pendampingan organisasi profesi.
- Diskusi panel dengan pengacara kesehatan.

d. Program Edukasi tentang Hak dan Kewajiban Perawat

Program ini diselenggarakan oleh PPNI bekerja sama dengan institusi kesehatan untuk mengedukasi perawat tentang hak mereka atas perlindungan hukum, asuransi profesi, dan prosedur pembelaan hukum jika menghadapi tuntutan.

I. Studi Kasus dan Analisis Tanggung Jawab Hukum Perawat

Berikut adalah analisis kasus nyata terkait tanggung jawab hukum perawat di Indonesia, dilengkapi dengan pembelajaran yang dapat diambil untuk meningkatkan kepatuhan hukum.

1. Analisis Kasus Nyata: Tuntutan Hukum Terkait Kelalaian Perawat

Kasus: Pada tahun 2020, terjadi kasus di salah satu rumah sakit di Indonesia, di mana seorang perawat dituntut oleh keluarga pasien atas dugaan kelalaian. Pasien yang menjalani operasi rutin meninggal dunia setelah mengalami syok anafilaksis akibat pemberian obat antibiotik. Investigasi menunjukkan bahwa perawat tidak memeriksa riwayat alergi pasien yang sebenarnya sudah dicatat dalam rekam medis.

Analisis Kasus:

a. Tindakan yang Menjadi Masalah:

- Perawat gagal memeriksa riwayat medis pasien sebelum memberikan antibiotik.
- Dokumentasi pasien tidak diperiksa dengan cermat meskipun informasi alergi sudah tercatat.

b. Konsekuensi Hukum:

- Perawat dikenai sanksi administratif berupa pencabutan izin praktik sementara oleh organisasi profesi.
- Keluarga pasien juga mengajukan tuntutan pidana berdasarkan Pasal 359 KUHP atas kelalaian yang menyebabkan kematian.

c. Faktor Penyebab:

- Kurangnya supervisi dalam pemberian obat.
- Kegagalan mematuhi Standar Prosedur Operasional (SPO).
- Kurangnya pelatihan dan pengawasan berkala terkait aspek hukum kesehatan.

2. Pembelajaran dari Kasus untuk Meningkatkan Kepatuhan Hukum

Dari kasus tersebut, beberapa pembelajaran penting dapat diambil untuk meningkatkan kepatuhan hukum dalam praktik keperawatan:

a. Pentingnya Dokumentasi yang Lengkap dan Akurat

Rekam medis merupakan bukti utama yang dapat melindungi perawat dari tuntutan hukum. Jika dokumentasi dilakukan dengan benar, perawat dapat membuktikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar profesi (Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008).

Tindakan Preventif:

- Pastikan seluruh informasi pasien, termasuk riwayat alergi, dicatat dengan jelas.

- Dokumentasi harus dilakukan segera setelah tindakan medis dilakukan.

b. Pelatihan dan Supervisi Berkala

Kelalaian sering terjadi akibat kurangnya pemahaman tentang hukum kesehatan dan minimnya pengawasan.

Tindakan Preventif:

- Institusi kesehatan perlu menyelenggarakan pelatihan rutin tentang hukum kesehatan dan tanggung jawab hukum perawat.
- Supervisi berkala harus dilakukan untuk memastikan kepatuhan terhadap SOP.

c. Kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP)

Kasus ini menunjukkan pentingnya mematuhi SOP dalam pemberian obat. Pemeriksaan identitas pasien dan riwayat medis harus menjadi prosedur wajib sebelum tindakan apa pun dilakukan.

Tindakan Preventif:

- Setiap tindakan keperawatan harus diawali dengan pengecekan SOP yang relevan.
- Penggunaan teknologi seperti barcode pada gelang pasien dapat membantu mengurangi risiko kelalaian.

d. Sosialisasi Hak dan Kewajiban Perawat

Perawat perlu memahami hak dan kewajiban mereka, termasuk hak atas perlindungan hukum jika tindakan sudah sesuai prosedur.

Tindakan Preventif:

- Organisasi profesi seperti PPNI harus memberikan advokasi hukum kepada perawat yang menghadapi tuntutan tidak berdasar.
- Rumah sakit harus menyediakan asuransi profesi untuk melindungi perawat dari risiko hukum.

3. Dampak Positif Pembelajaran pada Kepatuhan Hukum

Implementasi pembelajaran dari kasus-kasus kelalaian dapat membawa dampak positif, seperti:

- a. Meningkatkan Kualitas Layanan: Kepatuhan hukum memastikan tindakan keperawatan dilakukan dengan aman dan profesional.
- b. Meningkatkan Kepercayaan Pasien: Pasien merasa lebih percaya jika perawat mematuhi standar hukum dan etika.
- c. Mengurangi Risiko Hukum: Perawat yang memahami tanggung jawab hukumnya dapat menghindari masalah hukum.

J. Peran Manajemen dalam Mendukung Tanggung Jawab Hukum Perawat

Manajemen institusi kesehatan memainkan peran penting dalam memastikan perawat dapat menjalankan tanggung jawab hukumnya dengan baik. Berikut adalah penjelasan mendetail tentang peran manajemen, dilengkapi dengan contoh dan implementasi praktis.

1. Penyediaan Pelatihan Hukum secara Rutin

Manajemen bertanggung jawab untuk menyediakan pelatihan hukum kesehatan secara berkala kepada perawat. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman perawat mengenai aspek legal dari praktik keperawatan, termasuk standar profesi, kode etik, dan regulasi yang berlaku.

Manfaat Pelatihan Hukum:

- a. Peningkatan Kompetensi: Perawat memahami kewajiban hukum yang harus dipenuhi dalam setiap tindakan keperawatan.
- b. Pencegahan Risiko Hukum: Perawat lebih siap menghadapi situasi yang berpotensi menimbulkan masalah hukum.
- c. Pemahaman Regulasi Terbaru: Pelatihan memastikan perawat selalu mengikuti perubahan peraturan dan standar.

Contoh Implementasi:

- a. Pelatihan tentang UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- b. Workshop tentang dokumentasi medis yang benar dan strategi menghindari tuntutan hukum.
- c. Simulasi kasus hukum yang melibatkan kelalaian atau malpraktik untuk memberikan pengalaman praktis kepada perawat.

2. Pengawasan Praktik Perawat untuk Memastikan Kepatuhan terhadap Hukum dan Regulasi

Manajemen harus memastikan bahwa semua praktik keperawatan mematuhi standar operasional prosedur (SOP) dan regulasi yang berlaku. Pengawasan ini melibatkan penilaian berkala terhadap kinerja perawat dan evaluasi kepatuhan terhadap hukum kesehatan.

Strategi Pengawasan:

- a. Audit Internal: Melakukan audit rutin terhadap dokumentasi medis dan pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b. Supervisi Lapangan: Supervisi langsung oleh kepala ruangan atau manajer keperawatan untuk memastikan SOP diterapkan dengan benar.
- c. Evaluasi Kinerja: Penilaian kinerja perawat berdasarkan standar profesi dan kode etik.

Contoh Implementasi:

- a. Kepala ruangan memeriksa dokumentasi medis setiap minggu untuk memastikan kelengkapannya.
- b. Supervisi langsung saat perawat memberikan obat kepada pasien untuk memastikan kepatuhan terhadap SOP.
- c. Penggunaan checklist standar untuk menilai kepatuhan perawat terhadap prosedur.

3. Implementasi Sistem Pelaporan Insiden untuk Meminimalkan Risiko Hukum

Manajemen harus mengembangkan sistem pelaporan insiden sebagai alat untuk mencatat dan mengevaluasi kesalahan atau kejadian yang tidak diinginkan dalam praktik keperawatan. Sistem ini membantu mengidentifikasi masalah dan mencegah kejadian serupa di masa depan.

a. Fungsi Sistem Pelaporan Insiden:

- Deteksi Dini: Mengidentifikasi potensi kesalahan sebelum berdampak pada pasien.
- Evaluasi Kesalahan: Memahami penyebab kesalahan untuk merancang strategi pencegahan.
- Transparansi: Mendorong budaya terbuka untuk melaporkan kesalahan tanpa rasa takut dihukum.

b. Contoh Implementasi:

- Menggunakan *Incident Reporting System (IRS)* berbasis digital untuk mencatat kejadian seperti pemberian obat yang salah dosis.
- Memberikan pelatihan kepada perawat tentang pentingnya pelaporan insiden tanpa menyalahkan individu.
- Analisis rutin terhadap laporan insiden untuk merancang kebijakan pencegahan risiko hukum.

c. Dampak Positif dari Peran Manajemen

- Meningkatkan Kepatuhan Hukum: Perawat bekerja sesuai standar profesi dan regulasi karena pengawasan dan pelatihan yang baik.
- Mengurangi Risiko Hukum: Insiden yang dapat menimbulkan tuntutan hukum dapat dicegah melalui pelaporan dan evaluasi yang efektif.
- Meningkatkan Kepercayaan Pasien: Manajemen yang mendukung kepatuhan hukum menciptakan rasa aman bagi pasien.

K. Rekomendasi untuk Meningkatkan Kepatuhan Hukum Perawat

Berikut adalah rekomendasi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kepatuhan hukum perawat dalam praktik keperawatan, dilengkapi dengan contoh dan strategi implementasi.

1. Menekankan Pentingnya Budaya Hukum dalam Praktik Keperawatan

Budaya hukum dalam keperawatan adalah kesadaran kolektif untuk menjalankan praktik berdasarkan aturan hukum, kode etik, dan standar profesi. Budaya ini harus diterapkan di semua level, mulai dari manajemen hingga perawat pelaksana.

a. Strategi untuk Membangun Budaya Hukum:

- Sosialisasi Hukum Kesehatan: Rutin mengadakan diskusi dan seminar untuk meningkatkan pemahaman perawat tentang hukum yang mengatur praktik mereka, seperti UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan Kode Etik Keperawatan Indonesia.
- Penghargaan atas Kepatuhan: Memberikan apresiasi kepada perawat yang menunjukkan kepatuhan tinggi terhadap hukum dan regulasi.
- Budaya Transparansi: Mendorong perawat untuk melaporkan insiden atau potensi pelanggaran tanpa rasa takut dihukum.

b. Contoh Implementasi:

- Membuat program edukasi internal yang mengintegrasikan hukum kesehatan dalam pelatihan keperawatan rutin.
- Menyediakan forum diskusi hukum untuk membahas kasus nyata dan bagaimana cara menanganinya secara hukum.

2. Memperkuat Regulasi dan Pengawasan Internal di Fasilitas Kesehatan

Regulasi dan pengawasan internal yang kuat membantu memastikan perawat mematuhi hukum dan regulasi yang berlaku. Pengawasan ini mencakup penerapan SOP, audit dokumentasi, dan supervisi langsung.

a. Strategi untuk Memperkuat Regulasi:

- Audit Internal Berkala: Melakukan audit rutin terhadap dokumentasi medis dan kepatuhan terhadap SOP.
- Supervisi Lapangan: Kepala ruangan atau manajer keperawatan melakukan supervisi langsung untuk memastikan tindakan perawat sesuai standar.
- Penerapan Sistem Sanksi dan Penghargaan: Sanksi diberikan bagi pelanggaran hukum, dan penghargaan diberikan untuk kepatuhan terhadap regulasi.

b. Contoh Implementasi:

- Penggunaan sistem elektronik untuk memantau pemberian obat secara real-time.
- Melibatkan tim legal dalam pengembangan regulasi internal untuk memastikan kesesuaiannya dengan hukum nasional.

3. Mendorong Perawat untuk Memperbarui Pengetahuan Hukum melalui Pendidikan dan Sertifikasi

Pemahaman hukum yang baik harus diperbarui secara berkala melalui pendidikan lanjutan, sertifikasi, dan pelatihan hukum kesehatan. Dengan pengetahuan yang terus diperbarui, perawat dapat lebih memahami implikasi hukum dari tindakan mereka.

a. Strategi untuk Meningkatkan Pendidikan Hukum:

- Pelatihan Rutin: Institusi kesehatan dapat bekerja sama dengan organisasi profesi seperti PPNI untuk menyelenggarakan pelatihan hukum.
- Sertifikasi Khusus Hukum Kesehatan: Perawat dapat mengikuti program sertifikasi yang memberikan pemahaman mendalam tentang aspek hukum dalam keperawatan.
- Akses ke Sumber Belajar: Menyediakan akses ke jurnal, buku, atau modul terkait hukum kesehatan untuk mendukung pembelajaran mandiri.

b. Contoh Implementasi:

- Menyenggarakan workshop *Legal and Ethical Nursing Practice* untuk memperkenalkan studi kasus hukum.
- Memberikan beasiswa kepada perawat untuk mengikuti pelatihan hukum kesehatan tingkat lanjut.

c. Dampak Positif Implementasi Rekomendasi

- Meningkatkan Kesadaran Hukum: Perawat menjadi lebih sadar akan tanggung jawab hukum mereka, sehingga mengurangi risiko pelanggaran.
- Meningkatkan Kualitas Layanan: Kepatuhan terhadap hukum mendukung terciptanya pelayanan yang aman dan profesional.
- Mengurangi Sengketa Hukum: Dengan budaya hukum yang kuat, regulasi yang jelas, dan pendidikan yang memadai, risiko sengketa hukum dapat diminimalkan.

L. Simpulan

Tanggung jawab hukum perawat merupakan elemen fundamental dalam praktik keperawatan yang mencakup tanggung jawab administratif, perdata, dan pidana sesuai dengan UU No. 38 Tahun 2014, kode etik keperawatan, dan standar operasional prosedur (SOP). Kepatuhan terhadap hukum menjadi kunci untuk melindungi hak pasien, memastikan keselamatan pelayanan, dan menjaga integritas profesi. Pentingnya dokumentasi yang akurat dan lengkap, sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, menjadi bukti utama dalam mendukung kepatuhan hukum dan melindungi perawat dari tuntutan hukum yang tidak berdasar. Peran manajemen fasilitas kesehatan, seperti menyediakan pelatihan hukum berkala, supervisi kinerja, serta implementasi sistem pelaporan insiden, menjadi pendukung utama dalam membangun budaya hukum

yang kuat di lingkungan kerja. Selain itu, organisasi profesi seperti Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) memainkan peran strategis dalam memberikan advokasi, pelatihan, dan sertifikasi yang meningkatkan kompetensi legal perawat. Studi kasus menunjukkan bahwa kelalaian sering terjadi akibat kurangnya edukasi, supervisi, dan pemahaman terhadap regulasi, sehingga penekanan pada pembelajaran hukum menjadi langkah pencegahan yang efektif. Dengan mendorong perawat untuk terus memperbarui pengetahuan hukum melalui pendidikan dan pelatihan, serta memanfaatkan teknologi seperti sistem elektronik untuk dokumentasi dan pelaporan, risiko hukum dapat diminimalkan. Keberhasilan dalam mempraktikkan tanggung jawab hukum secara konsisten tidak hanya melindungi pasien, tetapi juga meningkatkan kualitas pelayanan, kepercayaan masyarakat, dan profesionalisme perawat. Oleh karena itu, komitmen terhadap kepatuhan hukum perlu diperkuat melalui kolaborasi antara manajemen, perawat, dan organisasi profesi untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan sesuai dengan regulasi hukum.

M. Referensi

- American Nurses Association. (2023). *Laporan tentang risiko hukum dalam praktik keperawatan*. Washington, DC: ANA.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <https://www.regulasip.id/book/4974/read> .
- Departemen Kesehatan RI. (2009). Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. (2014). *Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Standar Kompetensi Perawat Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan tahunan Kementerian Kesehatan terkait pelanggaran profesi kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- World Health Organization. (2022). *Panduan hukum dan etika dalam pelayanan kesehatan di negara berkembang*. Jenewa: WHO.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2022). *Survei kepatuhan perawat terhadap tanggung jawab hukum di Indonesia*. Jakarta: PPNI.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. Eleventh Edition.
- Sudiyanto, H. (2019). *Etika Hukum Keperawatan*. E-Book Penerbit STIKes Majapahit.
- Ilham, R., Putri, M., Saputri, E. W., Adelianty, M., & Angelita, J. P. (2024). *Konsep Legal dan Etik dalam Keperawatan*. Universitas Muhammadiyah Sukabumi. https://lms.ummi.ac.id/storage/assignments_student/2024-11/2/kdk_kelompok-konsep-legal-etikpdf-1730688047.pdf?form=MG0AV3.
- Stokes, L. (2023). Nurses' Professional Responsibility to Promote Ethical Practice Environments. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 28
- Lukitawati, R., & Novianto, W. T. (2023). Regulasi Layanan Kesehatan Digital di Indonesia: Tantangan Etis dan Hukum. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 4(1), 391-410.

N. Glosarium

ANA - American Nurses Association
 BLS - Basic Life Support
 DHS - Demographic and Health Surveys
 KUHP - Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
 MENKES - Menteri Kesehatan
 PPNI - Persatuan Perawat Nasional Indonesia
 RI - Republik Indonesia
 SOP - Standard Operating Procedure
 SPO - Standar Prosedur Operasional
 UU - Undang-Undang
 WHO - World Health Organization

CHAPTER 3

PERAN KEPERAWATAN DALAM PEMBERIAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT)

Ns. Fitriana Dewi, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien merupakan komponen penting dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit. Perwujudan upaya meningkatkan keselamatan pasien adalah refleksi hasil kompetensi tenaga kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana layanan serta sistem manajemen dan administrasi dalam siklus pelayanan terhadap pasien di rumah sakit. Untuk menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit harus mampu membangun sistem yang membuat proses perawatan pasien lebih aman, baik bagi pasien, keluarga, petugas kesehatan, dan pengunjung, serta manajemen rumah sakit (Ardiansyah, 2022).

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien (PERMENKES, 2017). Perawat merupakan tenaga Kesehatan berperan penting dalam peningkatan keselamatan pasien dengan pemberian asuhan keperawatan. Hal tersebut dikarenakan keperawatan adalah profesi yang secara terus menerus selama 24 jam mendampingi dan berada di dekat pasien. Perawat dapat melaksanakan perannya dalam peningkatan keselamatan pasien setiap melakukan asuhan keperawatan.

Perawat merupakan salah satu sumber daya manusia yang ikut mempengaruhi kualitas pemberian asuhan keperawatan pada pelayanan kesehatan yang optimal. Peran perawat sangat penting dan merupakan garda terdepan dari sebuah pelayanan kesehatan. Perawat profesional tidak hanya mengelola pasien perseorangan tetapi proses keseluruhan dan berkesinambungan untuk memungkinkan dapat menyelesaikan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam, 2014). Pemberian asuhan keperawatan merupakan salah satu tugas dan wewenang yang wajib dilaksanakan oleh perawat dalam pelayanan profesional. Layanan yang diberikan harus sesuai dengan standar, keahlian dan keterampilan serta kompetensi yang dimiliki. Hal ini berdampak secara positif

terhadap peran perawat menjadi lebih luas pada aspek peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, serta memandang klien secara komprehensif (bio, psiko, sosiokultural dan spiritual) (Kemenkes, 2022).

Informed consent atau persetujuan tindakan medis adalah proses di mana seorang pasien memberikan persetujuan sukarela setelah menerima informasi yang lengkap, jelas, dan terperinci mengenai suatu tindakan medis atau penelitian. Proses ini mencakup penjelasan mengenai tujuan, risiko, manfaat, alternatif, dan konsekuensi dari tindakan atau penelitian tersebut. Pentingnya *informed consent* adalah untuk memastikan bahwa individu yang terlibat memiliki pemahaman yang memadai tentang apa yang akan terjadi dan dapat membuat keputusan yang berbasis pengetahuan tentang partisipasi atau penanganan medis (Wardah, 2023).

Persetujuan tindakan medis atau *informed consent* merupakan salah satu pilar fundamental dalam praktik kedokteran modern. Konsep ini tidak hanya menjadi jembatan komunikasi antara tenaga medis dan pasien, tetapi juga menjadi manifestasi konkret dari penghormatan terhadap otonomi pasien dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka (Beauchamp, 2011). *Informed consent* merupakan fondasi dalam hubungan antara dokter, perawat dan pasien. Di Indonesia terdapat peraturan yang secara khusus (*lex specialis*) mengatur mengenai *informed consent* yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran.

Persetujuan berdasarkan informasi/ *informed consent* merupakan landasan perawatan dan pengobatan medis yang memastikan keputusan pengobatan yang etis dan perawatan yang berpusat pada pasien. Pasien memiliki hak untuk membuat keputusan pengobatan yang berdasarkan informasi dan sukarela. Persetujuan berdasarkan informasi bukan hanya sekedar memberikan tanda tangan pada dokumen, namun juga sebagai proses komunikasi antara dokter dan pasien. Proses ini memastikan bahwa pasien mendapatkan informasi lengkap tentang sifat prosedur atau intervensi, potensi risiko dan manfaat, dan perawatan alternatif yang tersedia. Pasien dapat menolak atau menarik persetujuan kapan saja selama perawatan. Persetujuan berdasarkan informasi menghormati otonomi pasien, meningkatkan kepercayaan dalam hubungan pasien-penyedia, dan melindungi terhadap praktik yang tidak etis. Perawatan medis dan penelitian medis menjadi semakin kompleks. Oleh karena itu, peran persetujuan berdasarkan informasi terus menjadi lebih rumit karena munculnya tantangan medis baru. Kemajuan teknologi, populasi pasien yang beragam, dan meningkatnya penekanan pada pengambilan keputusan bersama telah membuat topik persetujuan berdasarkan informasi lebih terbuka untuk didiskusikan daripada sebelumnya (Shah, Thornton, Kopitnik, & Hipskind., 2024).

Pasien dinyatakan memiliki kapasitas untuk memberi consent apabila pasien mampu memahami keputusan medis berdasarkan berbagai informasi yang ia peroleh, persetujuan dibuat tanpa tekanan, sebelum memberikan consent, pasien harus diberikan informasi yang memadai (*informed choice*). Persetujuan atau kesepakatan antara tenaga kesehatan dan klien harus mencakup beberapa hal diantaranya, pemberi penjelasan adalah seorang tenaga kesehatan, penjelasan yang disampaikan memuat tentang tindakan medik yang akan dilakukan, risiko yang mungkin dihadapi, alternatif tindakan medik dari setiap alternatif tindakan, prognosis bila tindakan itu dilakukan atau tidak. Cara menyampaikan penjelasan juga merupakan hal penting dalam proses persetujuan dan kesepakatan antara tenaga kesehatan dan klien (Amri, 2020).

Sejarah persetujuan berdasarkan informasi dalam bidang kedokteran berakar pada evolusi yang lebih luas dari praktik etika dan standar hukum seputar otonomi pasien. Pada awal abad ke-20, praktik medis sebagian besar bersifat paternalistik, dengan dokter membuat keputusan atas nama pasien tanpa harus memberi tahu mereka tentang rinciannya. Konsep persetujuan berdasarkan informasi mulai muncul sebagai respons terhadap beberapa kasus hukum penting, seperti kasus *Schloendorff v. Society of New York Hospital* tahun 1914, di mana pengadilan memutuskan bahwa setiap manusia yang sudah dewasa dan waras memiliki hak untuk menentukan apa yang harus dilakukan dengan tubuhnya sendiri. Putusan ini menetapkan prinsip bahwa pasien harus menyetujui prosedur medis (Shah, Thornton, Kopitnik, & Hipskind., 2024)

Informed consent bertujuan untuk melindungi pasien karena pasien akan menentukan tindakan medis apa yang akan dijalankan terhadap dirinya atau pasienlah yang menentukan nasib dirinya sendiri berdasarkan informasi yang telah didapatkan. Oleh karena itu, *informed consent* ini akan berjalan dengan baik apabila pasien mempunyai kemampuan komunikasi secara baik untuk dapat menyetujui atau menolak tindakan medis. Hal merupakan sikap kehati-hatian sebelum melakukan tindakan medik terhadap pasien sehingga ini bukan hanya dapat melindungi pasien tetapi juga dapat melindungi dokter dan perawat dari tuntutan hukum apabila konsep *informed consent* dilaksanakan dengan benar.

Informed consent bukan sekadar formalitas administratif, melainkan proses komunikasi yang memastikan perawat dan pasien terlibat aktif dalam keputusan mengenai perawatan kesehatannya. Hal ini juga mencerminkan penghormatan terhadap hak otonomi pasien dalam menentukan pilihan terbaik bagi dirinya. Dalam situasi darurat di mana pasien tidak mampu memberikan persetujuan dan keluarga tidak tersedia, tindakan medis yang diperlukan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan serius dapat dilakukan tanpa persetujuan terlebih dahulu.

Namun, setelah situasi stabil, informasi lengkap harus diberikan kepada pasien atau keluarganya (Utami, 2023). Pemberian *informed consent* dalam setiap tindakan ke pasien merupakan hak pasien. Adanya pemahaman, penjelasan, indikasi serta kontraindikasi tindakan membuat pasien dan keluarga pasien lebih tenang dalam setiap dilakukan tindakan medis apapun (Sri Lestari, 2023).

Perawat berperan penting dalam upaya pemberian informasi kepada pasien terkait dengan tindakan medis akan dijalaninya. Proses keperawatan merupakan tugas pokok perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien di rumah sakit dan gambaran dari hubungan antara pasien dan perawat, identitas dan peran profesionalitas perawat, dan pengembangan pengetahuan perawat. Antusiasme perawat dalam menerima tantangan baru dalam memberikan pelayanan telenursing sangat tinggi, hal tersebut dapat berdampak pada kemampuan meningkatkan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien. Oleh karena itu, kemampuan komunikasi perawat dibutuhkan untuk membantu pasien dan keluarga dalam memberikan *informed consent*.

B. Landasan Teori

1. Definisi

Informed consent adalah proses di mana pasien diberikan informasi yang jelas, lengkap, dan relevan tentang tindakan medis yang akan dilakukan, termasuk diagnosis, prosedur, manfaat, risiko, alternatif, serta kemungkinan komplikasi, sehingga pasien dapat membuat keputusan secara sadar dan sukarela (Association, 2015).

Informed consent atau persetujuan tindakan medis adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Definisi ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 Tentang Persetujuan Medis.

Persetujuan yang diinformasikan (*informed consent*) adalah suatu proses dan bukan hanya tentang memperoleh tanda tangan dari pihak yang bersangkutan. Hal ini dikarenakan bahwa petugas kesehatan militer bukanlah seseorang yang kebal hukum dan mereka harus menangani pasien dalam jumlah yang banyak setiap harinya (Faram, 2016).

Menurut (Beauchamp T. L., Principles of Biomedical Ethics (7th ed.), 2013) *informed consent* terdiri dari dua elemen utama, yaitu:

a. Informasi yang memadai. Hal ini mencakup:

- 1) Penjelasan tentang prosedur medis: pasien harus tahu apa yang akan dilakukan oleh dokter, termasuk langkah-langkah prosedur, tujuan dari tindakan tersebut, dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan.
- 2) Risiko yang mungkin terjadi: pasien harus diinformasikan mengenai potensi risiko dan komplikasi yang mungkin timbul akibat tindakan medis tersebut. Ini mencakup risiko umum maupun risiko spesifik yang mungkin terkait dengan kondisi pasien.
- 3) Manfaat dari tindakan medis: pasien juga perlu diberi pemahaman tentang manfaat yang dapat diperoleh dari prosedur tersebut, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.
- 4) Alternatif pengobatan atau tindakan: selain menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, pasien harus diberi informasi mengenai alternatif pengobatan atau prosedur lain yang bisa dipilih. Hal ini membantu pasien untuk membuat keputusan yang lebih terinformasi, termasuk mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dari alternatif yang ada.

b. Persetujuan Sukarela

Elemen kedua dari *informed consent* adalah bahwa persetujuan pasien harus diberikan secara sukarela, tanpa adanya paksaan atau tekanan dari pihak lain. Persetujuan sukarela mencakup:

- 1) Keputusan bebas dari paksaan: pasien harus memiliki kebebasan untuk menerima atau menolak prosedur medis tanpa adanya tekanan dari pihak manapun, baik dari tenaga medis, keluarga, atau pihak lain.
- 2) Kesadaran penuh: pasien harus sepenuhnya menyadari dan memahami pilihan yang ada. Ini berarti bahwa pasien tidak boleh disetujui atau dipaksa untuk memberikan persetujuan hanya karena faktor eksternal (seperti rasa takut atau rasa terhutang budi).
- 3) Proses yang transparan dan terbuka: sebelum pasien memberikan persetujuan, dokter harus memastikan bahwa pasien telah memiliki kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan klarifikasi atas setiap hal yang tidak dipahami. Dokter juga harus mendiskusikan kemungkinan konsekuensi dari memilih untuk menolak tindakan medis tersebut.

2. Jenis-jenis *Informed Consent*

Informed consent atau persetujuan yang diinformasikan memiliki beberapa jenis yang dapat digunakan tergantung pada konteks medis dan jenis prosedur yang akan dilakukan. Berikut adalah jenis-jenis *informed consent* yang umum diketahui yaitu:

- a. *Informed consent* tertulis (*Written Informed Consent*)

Jenis ini melibatkan dokumentasi tertulis yang ditandatangani oleh pasien sebagai bukti bahwa mereka telah diberikan informasi yang cukup mengenai prosedur medis yang akan dilakukan, serta memahami risiko, manfaat, dan alternatif yang ada. Persetujuan ini sering digunakan untuk prosedur yang lebih kompleks atau berisiko tinggi, seperti pembedahan, penelitian medis, atau perawatan yang melibatkan penggunaan obat-obatan eksperimental (Beauchamp T. &, 2019).

b. *Informed consent* verbal (*Verbal Informed Consent*)

Informed consent verbal adalah persetujuan yang diberikan secara lisan oleh pasien setelah mereka diberi informasi yang memadai. Jenis ini biasanya digunakan untuk prosedur medis yang lebih sederhana atau ketika tidak ada dokumen tertulis yang diperlukan. Meskipun disetujui secara verbal, proses ini tetap harus didokumentasikan dalam catatan medis bahwa pasien telah menerima penjelasan yang memadai dan telah memberikan persetujuannya (Faden, 1986).

c. *Informed consent implied* (*Implied Informed Consent*)

Informed consent implisit terjadi ketika tindakan pasien menunjukkan persetujuan terhadap suatu prosedur medis. Ini sering terjadi dalam situasi darurat atau ketika pasien tidak mampu memberikan persetujuan secara eksplisit (misalnya, jika pasien tidak sadar atau dalam keadaan kritis). Dalam kasus seperti ini, tenaga medis dapat melanjutkan perawatan berdasarkan asumsi bahwa pasien akan setuju jika mereka dapat memberikan persetujuan secara sadar (Munoz, 2017).

d. *Informed consent* untuk Penelitian (*Research Informed Consent*)

Dalam konteks penelitian medis, *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh peserta penelitian setelah mereka diberi informasi tentang tujuan penelitian, prosedur yang terlibat, potensi risiko, manfaat, dan hak-hak mereka sebagai peserta. Penelitian medis yang melibatkan manusia memerlukan *informed consent* yang ketat untuk melindungi hak-hak etis peserta (Health, 2020).

e. *Informed consent* untuk prosedur darurat (*Emergency Informed Consent*)

Pada situasi darurat, terkadang tidak memungkinkan untuk mendapatkan persetujuan yang sepenuhnya terinformasi dari pasien, terutama jika pasien tidak dalam kondisi untuk memberikan persetujuan (misalnya, tidak sadar atau dalam kondisi kritis). Dalam hal ini, dokter dapat bertindak tanpa persetujuan eksplisit berdasarkan kebutuhan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kerusakan serius pada pasien. Namun, jika pasien kemudian

sadar dan mampu memberikan persetujuan, proses informed consent akan dilakukan segera setelah itu (AMA, 2020).

f. *Informed consent* untuk Anak (*Parental Informed Consent*)

Untuk pasien yang masih di bawah umur atau tidak mampu memberikan persetujuan sendiri, orang tua atau wali yang sah memberikan persetujuan atas nama anak. Dalam beberapa situasi, anak yang cukup dewasa juga dapat memberikan persetujuan yang dikenal sebagai "*assent*" (persetujuan anak), yang bersifat lebih sebagai bentuk penghargaan terhadap hak anak untuk memahami apa yang terjadi dengan tubuh mereka (AAP, 2013)

3. Bentuk *Informed Consent*

Ada 2 bentuk persetujuan tindakan medis, yaitu :

- a. *Implied Consent* (diberikan). Umumnya implied consent diberikan dalam keadaan normal, artinya dokter dapat menangkap persetujuan tindakan medis tersebut dari isyarat yang diberikan/ dilakukan pasien. Demikian pula pada kasus emergency sedangkan dokter memerlukan tindakan segera sementara pasien dalam keadaan tidak bisa memberikan persetujuan dan keluarganya tidak ada ditempat, maka dokter dapat melakukan tindakan medik terbaik menurut dokter.
- b. *Expressed Consent* (dinyatakan). Dapat dinyatakan secara lisan maupun tertulis. Dalam tindakan medis yang bersifat *invasive* dan mengandung risiko, dokter sebaiknya mendapatkan persetujuan secara tertulis, atau yang secara umum dikenal di rumah sakit sebagai surat izin operasi.
- c. *Refused consent* (penolakan). *Refused consent* dapat dinyatakan bagian dari *informed consent* dalam artian bahwa itu adalah hasil dari proses *informed consent*. *Refused consent* menandakan bahwa pasien memilih untuk tidak memberikan persetujuan setelah memperoleh informasi yang cukup. Oleh karena itu, meskipun penolakan persetujuan adalah keputusan yang diambil oleh pasien, itu tetap merupakan bagian dari keseluruhan proses *informed consent* (Jonsen, 2015). Penolakan persetujuan dapat memiliki konsekuensi yang signifikan, baik bagi pasien maupun tenaga medis. Jika seorang pasien menolak prosedur yang dapat menyelamatkan nyawa atau meningkatkan kualitas hidup mereka, dokter atau tenaga medis harus memastikan bahwa pasien sepenuhnya memahami potensi dampak dari penolakan tersebut.

C. Prinsip *Informed Consent*

Prinsip merupakan landasan etis dan legal dalam praktik kedokteran yang memastikan bahwa pasien memberikan persetujuan atas tindakan medis setelah memahami informasi yang relevan. Prinsip ini menekankan penghormatan terhadap

otonomi pasien dan hak mereka untuk membuat keputusan terkait perawatan kesehatan. Prinsip-prinsip utama informed consent (Process, 2017), meliputi:

1. Keterbukaan Informasi (*disclosure*): dokter wajib memberikan informasi lengkap kepada pasien mengenai diagnosis, tujuan tindakan medis, prosedur yang akan dilakukan, risiko dan manfaat, alternatif tindakan, serta prognosis tanpa intervensi. Informasi ini harus disampaikan dengan jelas dan dapat dipahami oleh pasien.
2. Pemahaman (*understanding*): pasien harus memahami informasi yang diberikan. Dokter perlu memastikan bahwa pasien mengerti detail tindakan medis yang akan dilakukan, termasuk risiko dan manfaatnya.
3. Kesukarelaan (*voluntariness*): keputusan pasien untuk menyetujui atau menolak tindakan medis harus dibuat tanpa paksaan, tekanan, atau manipulasi dari pihak manapun. Hal ini memastikan bahwa keputusan tersebut benar-benar berasal dari keinginan pasien sendiri.
4. Kompetensi (*capacity*): pasien harus memiliki kapasitas atau kemampuan untuk membuat keputusan medis, yang berarti mereka mampu memahami informasi yang diberikan dan mempertimbangkan konsekuensi dari keputusan mereka.
5. Persetujuan (*consent*): setelah melalui proses tersebut, pasien memberikan persetujuan yang sah terhadap tindakan medis yang akan dilakukan. Persetujuan ini sebaiknya didokumentasikan secara tertulis, terutama untuk prosedur dengan risiko tinggi.

Di Indonesia, prinsip-prinsip *informed consent* diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Peraturan ini menegaskan bahwa persetujuan tindakan kedokteran adalah hak pasien yang harus dihormati, dan dokter berkewajiban untuk memberikan informasi yang lengkap dan jelas sebelum melakukan tindakan medis (Permenkes, 2008). Penerapan prinsip-prinsip *informed consent* yang tepat tidak hanya melindungi hak-hak pasien, tetapi juga memberikan perlindungan hukum bagi tenaga medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Oleh karena itu, penting bagi kedua belah pihak untuk memahami dan menghormati proses ini demi tercapainya pelayanan kesehatan yang etis dan berkualitas.

Informed consent sangat penting dalam konteks perawatan medis karena beberapa alasan etis, hukum, dan profesional. Beberapa alasan *informed consent* diperlukan dalam perawatan medis adalah:

1. Melindungi hak otonomi pasien

Informed consent adalah inti dari prinsip otonomi, yang berarti bahwa setiap individu memiliki hak untuk membuat keputusan mengenai tubuh dan kesehatan mereka sendiri. Dalam hal ini, pasien memiliki hak untuk memilih

apakah mereka ingin menjalani prosedur medis atau perawatan tertentu setelah mendapatkan informasi yang jelas dan lengkap. *Informed consent* memastikan bahwa pasien tahu mereka memiliki kontrol atas keputusan medis mereka, yang adalah aspek dasar dari hak asasi manusia (Beauchamp T. &., 2019).

2. Menghormati keputusan pasien

Informed consent memungkinkan pasien untuk membuat keputusan berdasarkan nilai-nilai pribadi, keyakinan, dan preferensi mereka sendiri. Beberapa pasien mungkin menolak prosedur medis meskipun prosedur tersebut dianggap bermanfaat atau diperlukan, karena mereka memiliki alasan pribadi, agama, atau budaya untuk menolaknya. Dengan menyediakan *informed consent*, tenaga medis memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan keinginan mereka tanpa adanya tekanan atau paksaan.

3. Mencegah pelanggaran etika dan hukum

Informed consent adalah kewajiban hukum dan etika bagi profesional medis. Tanpa memperoleh persetujuan yang sah dari pasien, tindakan medis dapat dianggap sebagai pelanggaran terhadap tubuh pasien atau bahkan serangan. Dalam hal ini, tenaga medis dapat menghadapi konsekuensi hukum yang serius, seperti tuntutan pidana atau perdata. Dengan mendapatkan persetujuan yang diinformasikan terlebih dahulu, dokter atau tenaga medis melindungi diri mereka dari potensi klaim malpraktek dan pelanggaran hukum (Faram, 2016).

4. Meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan

Proses *informed consent* mendorong komunikasi yang lebih terbuka antara pasien dan tenaga medis. Hal ini tidak hanya memperjelas prosedur yang akan dilakukan, tetapi juga memberi pasien kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan mendapatkan klarifikasi terkait kondisi medis mereka. Ketika pasien merasa terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan mereka, mereka lebih mungkin untuk merasa puas dengan hasil perawatan dan lebih cenderung mengikuti instruksi medis (Gillon, 2015).

5. Memastikan keputusan yang terinformasi

Informed consent memberikan kesempatan kepada pasien untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang jelas tentang manfaat, risiko, dan alternatif yang ada. Tanpa informasi yang cukup, pasien tidak dapat membuat keputusan yang terinformasi dan mungkin tidak menyadari risiko atau konsekuensi dari tindakan medis yang mereka jalani. *Informed consent* memastikan bahwa keputusan pasien didasarkan pada pemahaman yang benar mengenai situasi medis mereka.

6. Mengurangi risiko konflik

Dengan memberikan informasi yang memadai dan memperoleh persetujuan yang jelas, proses *informed consent* membantu mengurangi kemungkinan timbulnya konflik antara pasien dan tenaga medis khususnya perawat. Jika pasien merasa bahwa mereka telah diberi penjelasan yang cukup dan telah diberi kesempatan untuk bertanya, mereka lebih cenderung merasa dihormati dan mendukung proses perawatan (Nainggolan, 2021).

7. Menjaga kepercayaan pasien

Informed consent adalah kunci untuk membangun dan mempertahankan kepercayaan antara pasien dan perawat. Ketika pasien merasa bahwa mereka dilibatkan dalam keputusan yang mempengaruhi kesehatan mereka, mereka lebih cenderung mempercayai profesional medis dan merasa lebih aman dalam menjalani perawatan. Kepercayaan ini sangat penting dalam hubungan terapeutik dan dalam kesuksesan pengobatan jangka panjang.

8. Pencegahan kesalahan medis

Dengan memastikan bahwa pasien memahami tindakan medis yang akan diambil, risiko yang terlibat, dan alternatif yang ada, *informed consent* dapat berfungsi sebagai mekanisme yang membantu mengurangi kesalahan medis. Misalnya, pasien yang lebih memahami prosedur atau pengobatan yang sedang mereka jalani mungkin lebih cenderung untuk menyatakan kekhawatiran atau memberikan informasi tambahan yang relevan yang mungkin membantu tenaga medis dalam mengambil keputusan yang lebih tepat.

D. Prinsip-prinsip etik keperawatan

Prinsip etik keperawatan merupakan pedoman yang mengatur perilaku perawat dalam memberikan layanan kesehatan. Prinsip-prinsip ini bertujuan untuk memastikan perawat melayani pasien dengan bertanggung jawab dan menghormati hak-hak pasien prinsip etik keperawatan (Azis Mangara, 2021).

1. Otonomi (*autonomy*): prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.
2. Berbuat baik (*beneficence*): Hal ini dimaksudkan bahwa perawat hendaknya melakukan sesuatu yang baik terhadap pasien, mencegah dari kesalahan atau

kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

3. Keadilan (*justice*): prinsip keadilan dibutuhkan untuk berlaku sama dan adil terhadap orang lain dengan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.
4. Tidak merugikan (*nonmaleficence*): prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien.
5. Kejujuran (*veracity*): prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.
6. Menepati janji (*fidelity*): prinsip ini dibutuhkan oleh seorang perawat untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap pasien maupun keluarganya. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.
7. Kerahasiaan (*confidentiality*): aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga kerahasiaannya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang pasien di luar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.
8. Akuntabilitas (*accountability*): akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

E. Peran Perawat terhadap *informed consent*

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Ritonga, 2020).

Persetujuan tindakan medik *informed consent* merupakan persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Persetujuan ini bisa secara langsung atau tidak langsung dalam bentuk lisan ataupun tulisan (Najamuddin, 2016). Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan berkewajiban melaksanakan peran dan fungsinya di sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit untuk menunaikan hak-hak pasien meliputi hak atas informasi dan hak memberikan persetujuan tindakan medik atas dasar informasi yang telah dipahami oleh pasien maupun keluarga. Kelengkapan lembar *informed consent* dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya adalah sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. *Informed consent* ini akan memberikan perlindungan hukum tidak hanya kepada pasien, namun juga melindungi tenaga kesehatan/ dokter dari tuntutan yang tidak proporsional dari pihak pasien (M. Jusuf Hanafiah, 2017).

Informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap mengenai prosedur medis, risiko, manfaat, alternatif, dan konsekuensi yang mungkin terjadi. Perawat memiliki peran penting dalam mendukung proses ini, baik dari segi edukasi maupun komunikasi antara pasien dan tenaga medis lainnya. Adapun peran perawat meliputi:

1. Penyampaian informasi awal

Perawat berperan sebagai pemberi informasi awal kepada pasien dan keluarganya tentang prosedur atau tindakan yang akan dilakukan. Walaupun dokter bertanggung jawab utama untuk memberikan penjelasan, perawat sering kali membantu pasien memahami informasi medis yang telah disampaikan oleh dokter. Adapun tugas perawat dalam kegiatan ini adalah:

- a. Menjelaskan terminologi medis dalam bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti.
- b. Memberikan informasi tambahan jika pasien membutuhkan klarifikasi.

2. Mendukung pengambilan keputusan pasien

Perawat bertindak sebagai pendukung pasien dalam proses pengambilan keputusan yang sesuai dengan nilai, keyakinan, dan preferensi pasien. Perawat memastikan pasien merasa nyaman untuk bertanya dan memahami hak-haknya. Peran perawat dalam informed consent terutama membantu pasien untuk mengambil keputusan pada tindakan medis pasien. Dalam proses keperawatan perawat memiliki berbagai peran, salah satunya sebagai advokasi pasien. Menurut (Perry, 2017). Peran perawat sebagai advokasi adalah melindungi pasien, melindungi hak asasi pasien, dan memberikan bantuan untuk melindungi hak-hak tersebut sesuai kebutuhan. Oleh karena itu, advokasi dalam kesehatan diartikan sebagai upaya untuk memperoleh perlindungan, bantuan, atau dukungan terhadap program kesehatan. Pengambilan Keputusan untuk persetujuan tindakan medis secara mandiri oleh pasien sangatlah diperlukan, namun masih banyak yang belum diketahui mengenai prosesnya di lingkungan klinis. Dalam lingkup pelayanan kesehatan yang terus berkembang, perawat harus siap untuk memberikan pemahaman pasien dan berpartisipasi dalam proses informed consent agar dapat lebih memenuhi peran mereka sebagai advokat pasien (Sydney A Axson, 2019).

3. Mengevaluasi pemahaman pasien

Sebelum pasien memberikan persetujuan, perawat membantu mengevaluasi apakah pasien benar-benar memahami informasi yang telah diberikan. Jika diperlukan, perawat dapat meminta dokter untuk memberikan penjelasan ulang. Adapun tugas perawat meliputi:

- a. Melakukan diskusi dengan pasien untuk memastikan mereka memahami risiko, manfaat, dan alternatif.
- b. Mengidentifikasi keraguan atau kesalahpahaman yang mungkin ada.

4. Mendokumentasikan proses

Perawat dapat mendokumentasikan bahwa pasien telah menerima informasi dan menunjukkan tanda-tanda pemahaman yang baik. Hal ini penting untuk catatan medis dan sebagai bukti bahwa prosedur *informed consent* dilakukan dengan benar.

5. Menjaga hak pasien

Perawat harus memastikan bahwa pasien memberikan persetujuan tanpa adanya tekanan atau paksaan. Mereka juga harus menghormati keputusan pasien, termasuk jika pasien menolak prosedur tertentu.

6. Membangun hubungan kepercayaan

Hubungan yang baik antara perawat dan pasien meningkatkan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan. Kepercayaan ini mempermudah pasien dalam memberikan *informed consent*.

F. Simpulan

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan juga hendaknya memberikan arahan kepada petugas atas pentingnya pengisian informed consent dan mengadakan sosialisasi kebijakan organisasi prosedur tetap, monitoring dan sanksi *informed consent* untuk meningkatkan pemahaman lebih mendalam dan kepatuhan dokter terhadap kebijakan organisasi rumah sakit terkait pelaksanaan *informed consent* untuk meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan. *Informed consent* bertujuan untuk memberikan otonomi kepada pasien dalam membuat keputusan tentang kesehatannya, sekaligus memastikan bahwa keputusan tersebut didasarkan pada pemahaman yang jelas tentang informasi yang diberikan, serta dalam kondisi bebas dari tekanan atau paksaan. Perawat mampu membina komunikasi yang baik antar sesama tenaga kesehatan, artinya komunikasi ini adalah bentuk aksi untuk melakukan interaksi yang akan memberikan informasi silang antara perawat, pasien/ keluarga dan mitra sejawat. Hal ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien sehingga pasien dapat memperoleh peningkatan kesehatan yang optimal, perawat mampu menjalin persahabatan yang baik dengan rekan kerja, dan kerja sama tim yang baik. (Sabirin B. Syukur, 2023).

Informed consent merupakan suatu kegiatan penting dalam etika medis yang memastikan bahwa pasien memahami prosedur medis dan membuat keputusan yang terinformasi tentang perawatan mereka. Setiap jenis *informed consent* memiliki kegunaan tertentu tergantung pada kompleksitas dan konteks tindakan medis yang akan dilakukan, serta kondisi pasien itu sendiri. *Informed consent* sangat penting dalam perawatan medis karena menghormati otonomi pasien, melindungi hak mereka, dan memastikan bahwa keputusan medis diambil berdasarkan pemahaman yang jelas. Proses ini juga memberikan perlindungan hukum dan etika bagi tenaga medis serta meningkatkan hubungan antara pasien dan profesional medis. Dengan memberikan *informed consent*, pasien dapat membuat keputusan yang lebih terinformasi mengenai perawatan mereka, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pasien.

G. Referensi

- AAP, A. A. (2013). Informed Consent for Pediatric Care.
- AMA, A. M. (2020). Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA).
- Amri, S. R. (2020). Peran Informed Consent sebagai Aspek Legal dalam Pelayanan Kesehatan. <https://www.researchgate.net/publication/340949304>.

- Ardiansyah. (2022, Juni Rabu). Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Retrieved from https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/59/keselamatan-pasien-di-rumah-sakit.
- Association, A. N. (2015). Nursing: Scope and Standards of Practice. American Nurses Association.
- Azis Mangara, J. L. (2021). Etika Keperawatan. Indramayu: Penerbit Adab.
- Beauchamp. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. Cambridge University Press.
- Beauchamp, T. &. (2019). Principles of Biomedical Ethics. 8th Edition. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. (2013). Principles of Biomedical Ethics (7th ed.). Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. (2019). Principles of Biomedical Ethics. 8th edition. New York: Oxford University Press.
- Faden, R. &. (1986). A history and Theory of Informed Consent. Oxford University Press.
- Faram, M. (2016). Navy reports decline in medical malpractice. Retrieved from <https://www.navytimes.com/navy-times/news/your-navy/2016/12/20/navyreports->
- Gillon, R. (2015). Medical Ethics: Four Principles Approach. 4th Edition. Wiley-Blackwell.
- Health, (. N. (2020). Informed Consent in Research. NIH Clinical Research Policy Manual.
- Jonsen, A. R. (2015). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 8th Edition. McGraw-Hill Education.
- Kemenkes. (2022, Juni Senin). Perawat: multitasks, non-nursing tasks and burnout.
- M. Jusuf Hanafiah, A. A. (2017). Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Munoz, J. (2017). Implied Consent in Emergency Situation. Journal of Emergency Medicine.
- Nainggolan, N. T. (2021). Komunikasi Organisasi: Teori, Inovasi dan Etika. Medan: Kita Menulis.

- Najamuddin, N. I. (2016). Hubungan Pemberian Informed Consent Dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua Anak Yang Di Terapi Intravena Di Ruang Udg Rsud Polewali Mandar. *Bina Generasi : Jurnal Kesehatan*.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Permenkes. (2008). *Persetujuan Tindakan Medis*. Jakarta.
- PERMENKES. (2017). *Keselamatan Pasien*. Jakarta: PMK NO 11. Retrieved from KESELAMATAN PASIEN.
- Perry, P. a. (2017). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice 9th Ed*. St. Louis: MI: Elsevier Mosby.
- Process, I. C. (2017, October). <https://edhub.ama-assn.org/code-of-medical-ethics/interactive/17703070>. Retrieved from AMA Code of Medical Ethics: <https://edhub.ama-assn.org/code-of-medical-ethics/interactive/17703070>
- Ritonga, d. (2020). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan*. Sleman: Penerbit DeePublish.
- Sabirin B. Syukur, A. N. (2023). Peran Advokasi Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD DR. Hasri Ainun Habibie. *Journal of Educational Innovation and Public Health*, 154-164.
- Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind., J. E. (2024). *Informed Consent*. National Library of Medicine.
- Sri Lestari, S. Y. (2023). Informed Consent dan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi. *Open Acces Jakarta Journal of Health Science*, 993-10032.
- Sydney A Axson, N. A. (2019). Evaluating nurse understanding and participation in the informed consent process. *Natonal Library of Medicine*, 1050-1061.
- (2014). *Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*. Indonesia: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>.
- Utami, J. P. (2023, Juni). *Informed Consent Bukanlah Sekadar Lembar Persetujuan Medis*. Retrieved from Alomedika: https://www.alomedika.com/informed-consent-bukanlah-sekadar-lembar-persetujuan-medis?utm_source=chatgpt.com
- Wardah. (2023, Desember Sabtu). *Informed Consent: Etika Pelayanan Kesehatan di Era Digital*. Retrieved from eHealth.co.id: <https://ehealth.co.id/blog/post/informed-consent-etika-pelayanan-kesehatan-di-era-digital/>

CHAPTER 4

ETIKA DALAM KEPERAWATAN PALIATIF: MEMAHAMI KEBUTUHAN PASIEN TERMINAL

Ida Farida, APPd., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Penyakit terminal merupakan penyakit yang secara medis tidak dapat disembuhkan dan diperkirakan menyebabkan kematian (Curie, 2019). Penyakit terminal berbeda dengan penyakit kronik. Penyakit kronik adalah penyakit yang berlangsung lama, yaitu lebih dari enam bulan atau bahkan bertahun-tahun. Penyakit Kronik dapat dikendalikan dengan diet dan olahraga, sedangkan penyakit terminal tidak. Beberapa contoh penyakit terminal antara lain penyakit jantung, kanker, gagal ginjal, demensia, HIV/AIDS. Seseorang yang mengalami penyakit tersebut akan merasa tidak berdaya, putus asa dan hilang harapan.

Berbagai upaya dilakukan baik oleh pasien, keluarga dan tim medis dalam membantu mengurangi penderitaan yang dialami oleh pasien terminal. Penatalaksanaan medis dan perawatan untuk pasien terminal ditujukan bukan untuk menyembuhkan penyakit tetapi mengurangi gejala, meningkatkan rasa nyaman. Penanganan pasien terminal sebaiknya dilakukan oleh dokter dan perawat spesialis paliatif (Morrow, 2024). Keperawatan paliatif dapat diberikan di semua tatanan pelayanan kesehatan seperti klinik rawat jalan atau pusat perawatan harian, perawatan di rumah sakit, panti jompo dan lingkungan Masyarakat.

Perawat paliatif yang membantu pasien terminal harus memahami proses penyakit terminal yang sedang dialami pasiennya, memahami kebutuhannya, sehingga dapat bekerja dengan sepenuh hati dan melayani dengan etika yang baik. Tantangan dalam memberikan pelayanan keperawatan paliatif yang dapat diterima oleh pasien dan keluarga menjadi pemicu perawat paliatif untuk terus meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap serta etika secara profesional.

Pembahasan pada bab ini membicarakan tentang kebutuhan pasien yang menjalani paliatif care, yaitu perawatan khusus untuk pasien yang mengalami penyakit terminal. Akan dibahas pula bagaimana etika perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan paliatif beserta tantangannya.

B. Kebutuhan Pasien Terminal

Pasien yang telah terdiagnosa penyakit jantung, kanker, gagal ginjal, demensia, HIV/AIDS termasuk dalam kategori penyalit terminal yang secara medis tidak dapat disembuhkan. Pasien tersebut pada kondisi ini dibayangi oleh ancaman kematian. Kondisi fisik yang lemah dapat membuat pasien terminal merasa tidak berdaya, menggantungkan hidupnya dari bantuan orang lain. Perubahan status kesehatan yang dialami oleh pasien terminal baik secara fisik dan mental mengakibatkan perubahan pula dalam kebutuhan dasar sehari-harinya (Wilkin et al., 2024). Berikut diuraikan beberapa kebutuhan pasien terminal sebagai berikut :

- 1. Kebutuhan fisik:** Penatalaksanaan medis yang harus dijalani pasien terminal seperti operasi, radiasi, kemoterapi, atau pengobatan lain berdampak pada pembatasan aktifitas fisik dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Masalah fisik yang biasanya dialami pasien terminal antara lain nyeri, masalah tidur, kesulitan bernafas, kehilangan nafsu makan, sembelit, dan mual atau muntah. Pada kondisi seperti di atas, pasien biasanya mengalami penderitaan akibat berbagai gejala yang muncul, bisa akibat penyakitnya, karena efek samping pengobatan, karena tirah baring atau karena penyakit lain yang menyertai. Pasien terminal harus merasa nyaman dengan memastikan semua rasa sakit dan gejala tertangani dengan baik.
- 2. Kebutuhan psikologis:** Ketika pertama kali pasien mengetahui tentang penyakit yang mematikan, maka respon yang muncul akan berbeda-beda. Umumnya pasien mengatakan kaget, tidak percaya atau menyalahkan diagnosa tersebut. Respon seperti denial (penolakan), anger (marah), bargaining (tawar menawar), depression (depresi) dialami pada pasien terminal (Curie, 2019). Pasien terminal perlu bantuan orang lain, misalnya perawat paliatif untuk memastikan bahwa pasien memiliki kesempatan untuk membicarakan segala kekhawatiran yang mereka miliki, dan memberikan kenyamanan emosional. Berdasarkan pengalaman praktik dalam merawat pasien terminal, kebutuhan pasien untuk mendapatkan dukungan emosional sangat diperlukan (Neiman, 2020).
- 3. Kebutuhan sosial:** Perawatan yang lama dapat membuat pasien terminal mengalami kesulitan sosial misalnya menarik diri atau kurangnya dukungan. Kehilangan pekerjaan akibat perawatan yang lama juga berdampak pada penurunan pendapatan finansial pasien dan keluarga (Read, 2022). Untuk dapat menjalani kehidupan secara berkualitas, pasien terminal perlu memastikan bahwa mereka tetap terhubung dengan orang lain yang penting bagi dirinya.
- 4. Kebutuhan spiritual:** Penderitaan fisik dan psikologis yang dialami pasien terminal dalam waktu lama dapat menimbulkan masalah spiritual yang muncul dalam bentuk menyalahkan diri, penyesalan atau marah kepada Sang pencipta.

Tekanan emosional yang terus menerus dapat membuat pasien terminal kehilangan makna hidup, bahkan keputusan dan hilangnya keyakinan (Wilkin et al., 2024). Perawat harus memastikan bahwa pasien terminal dirawat sesuai dengan keyakinannya (bukan hanya keyakinan agama).

C. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan untuk mencapai kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama dan pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (Novita V.M, 2020). Sesuai definisi yang baru, WHO menganjurkan perawatan paliatif tidak hanya pada pasien yang telah sampai pada stadium terminal, namun sebaiknya dimulai lebih awal sesuai kebutuhan pasien dan keluarga. Prinsipnya perawatan paliatif dapat diberikan bila pasien mengalami penderitaan dan keluarga mengalami kesulitan dalam merawat pasien.

Perawatan paliatif atau *Palliative care* termasuk perawatan medis rumah sakit. Tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang merawat pasien yang mana dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien. Caranya adalah dengan menghilangkan rasa sakit dan gejala mengganggu lainnya, serta memenuhi kebutuhan emosional, spiritual, dan praktis pasien serta keluarga. Perawatan ini dapat dilakukan bersamaan dengan perawatan penyakit kronis yang diberikan dokter (Morrow, 2024).

1. Kriteria Paliatif Care

Pasen terminal yang perlu mendapat perawatan paliatif harus memenuhi beberapa kriteria. Artinya, tidak semua pasien terminal termasuk dalam kategori pasien yang memerlukan perawatan paliatif. Kriteria untuk menerima perawatan paliatif (David and Diane, 2011) sebagai berikut :

- a. Kriteria klinis umum;** pasien terminal yang sudah beberapa kali rawat inap, penurunan kemampuan untuk mengurus diri sendiri, penurunan berat badan yang parah, kebutuhan untuk pemberian makanan lewat selang pada orang yang sakit parah, gejala yang sulit dikendalikan, dan tekanan yang sangat besar pada pasien atau pengasuh.
- b. Kriteria unit perawatan intensif (ICU);** pasien terminal yang sudah dua kali rawat inap ICU dalam satu periode waktu rawat inap yang sama, kegagalan multiorgan, penggunaan ventilator dalam jangka panjang, dan rawat inap ICU dari panti jompo pada orang dengan berbagai masalah kesehatan (misalnya, demensia dan gagal jantung).

- c. **Kriteria ruang gawat darurat (ER):** pasien terminal yang mengalami beberapa rawat inap sebelumnya untuk kondisi yang sama, pasien perawatan jangka panjang dengan perintah tidak boleh dilakukan resusitasi (DNR = Do Not Recucitation), dan orang-orang yang sebelumnya terdaftar dalam perawatan rumah sakit atau perawatan kesehatan di rumah.
- d. **Kriteria onkologi (kanker):** pasien terminal yang termasuk status kinerja (PS = Performan Status) yang buruk, kegagalan kemoterapi lini pertama atau lini kedua, metastasis tulang, yang menyakitkan (penyebaran kanker), metastasis otak progresif setelah radiasi, dan perlunya manajemen nyeri intervensional.

2. Tujuan

Perawatan paliatif yang diberikan pada pasien terminal secara umum ditujukan untuk membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga dapat menjalani kehidupannya secara berkualitas. Perawatan paliatif juga bertujuan (National Institute on Aging, 2022) untuk:

- a. Memberikan dukungan psikososial dan spiritual kepada pasien dan keluarga
- b. Membantu pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan
- c. Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memperhatikan aktivitas yang bermakna

3. Ruang Lingkup

Perawatan paliatif yang diberikan pada pasien terminal harus melibatkan berbagai pihak seperti dokter, perawat, tenaga sukarela, keluarga dan masyarakat (Christantie Effendy, 2024). Perawatan paliatif dilakukan dengan pendekatan tim interdisipliner, di mana pekerja sosial merupakan anggota integral dari tim. Pekerja sosial dapat membantu pasien dan keluarga dalam berkomunikasi dengan anggota tim, dan membantu memecahkan masalah dan menyelesaikan konflik. Ruang lingkup perawatan paliatif meliputi :

- a. Memberikan bantuan dari rasa sakit dan/atau gejala suatu penyakit
- b. Koordinasi perawatan antara penyedia medis dan non-medis
- c. Meminimalkan efek samping dari perawatan
- d. Menangani kebutuhan emosional, spiritual, dan sosial individu
- e. Mengidentifikasi dan mendukung kebutuhan keluarga atau pengasuh
- f. Penanggulangan keluhan lain/penyerta penyakit primer, seperti : gangguan saluran nafas, gangguan saluran cerna, gangguan saluran kemih, gangguan aktifitas, dll
- g. Persiapan kemampuan keluarga untuk perawatan pasien di rumah
- h. Kunjungan rumah berkala, sesuai kebutuhan pasien dan keluarga
- i. Bimbingan perawatan untuk pasien dan keluarga

- j. Asuhan keperawatan terhadap pasien dengan : luka, gastrostomi, colostomy, selang makan (NGT), kateter dll
- k. Membantu penyediaan sarana / alat bantu kesehatan : tabung O2, suction, nebulizer, kasur dekubitus, dll.
- l. Membantu penyediaan tenaga perawat home care
- m. Membantu penyediaan pelaku rawat / caregiver
- n. Membantu kesiapan menghadapi akhir hayat dengan tenang dan dalam iman
- o. Memberi dukungan masa duka cita
- p. Konsultasi melalui telepon

4. Prinsip

Dalam perawatan paliatif, pasien memiliki peran penting dalam membuat keputusan yang akan diambil. Pasien biasanya menyampaikan hal yang ingin dicapai, misalnya melakukan sesuatu atau melihat kejadian penting. Perawatan paliatif dapat dilakukan dengan menerapkan beberapa prinsip (Novita V.M, 2020) dibawah ini :

- a. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- b. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
- c. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
- d. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
- e. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
- f. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- g. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya
- h. Menghindari tindakan yang sia-sia

5. Fungsi Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau yang berpotensi mengancam nyawa. Perawatan paliatif dapat diberikan bersamaan dengan perawatan pasien menjelang ajal yang terintegrasi dengan sistem perawatan kesehatan (Agustini, 2021). Berikut adalah beberapa fungsi perawatan paliatif :

- a. Meringankan Gejala;** Perawatan paliatif bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau penderitaan pada pasien. Ini termasuk pengelolaan nyeri, mual, muntah, kelelahan, dan gejala lainnya.
- b. Dukungan Psikososial;** Memberikan dukungan emosional dan kesejahteraan psikologis kepada pasien dan keluarganya. Tim perawatan paliatif berfokus

pada aspek psikososial dan spiritual, membantu pasien dan keluarganya menghadapi tantangan emosional yang muncul.

- c. Pengambilan Keputusan Bersama;** Membantu pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, terutama ketika menghadapi pilihan sulit terkait dengan perawatan akhir hidup. Proses ini melibatkan dialog terbuka dan informasi yang jelas.
- d. Perawatan Holistik;** Menyediakan perawatan yang melibatkan seluruh aspek kehidupan pasien, termasuk fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Tujuannya adalah memberikan dukungan yang holistik dan menyeluruh sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai pasien.
- e. Meningkatkan Kualitas Hidup;** Fokus pada aspek kualitas hidup dengan memberikan perhatian pada aktivitas yang bermakna, keintiman, dan koneksi emosional. Hal ini dilakukan agar pasien dapat menjalani hidup mereka sebaik mungkin meskipun dalam kondisi penyakit serius.

D. Etika dalam Perawatan Paliatif

Etika berasal dari bahasa Yunani yaitu *Ethos*, artinya kebiasaan, karakter atau watak. Etika adalah ilmu yang mempelajari nilai-nilai, norma dan prinsip moral yang membimbing perilaku manusia. Etika merupakan refleksi jiwa dan ungkapan perasaan terhadap orang lain atau diri sendiri. Etika perawat adalah pedoman yang mengatur perilaku perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Etika keperawatan mencakup nilai-nilai moral, dedikasi, dan pengabdian. Beberapa prinsip etika keperawatan akan diuraikan di bawah ini.

1. Prinsip etika keperawatan

Secara umum, penerapan etika dalam pelayanan keperawatan harus mengacu pada prinsip etika (Varkey, 2021), antara lain:

- a. Beneficience:** Melakukan yang terbaik untuk pasien; secara moral, tindakan keperawatan yang dilakukan demi kepentingan pasien, melindungi dan membela hak pasien, seperti melakukan tindakan pencegahan bahaya, menghilangkan penyebab masalah, membantu disabilitas dan menyelamatkan nyawa pasien.

- b. Non-maleficience:** Tidak merugikan pasien secara fisik maupun psikologis;

Beberapa aturan moral seperti tidak menimbulkan rasa sakit, tidak membunuh atau melumpuhkan, tidak menyebabkan kebencian, tidak melakukan Tindakan yang tidak pantas merupakan beberapa hal yang harus diperhatikan dari aspek etika. Memberikan tindakan yang terbaik bagi pasien, mengurangi beban dari intervensi atau pengobatan, menghindari hal-hal yang

membebani pasien dan keluarga merupakan beberapa contoh dalam penerapan prinsip etika (non mal efficiency).

- c. Otonomi:** Menghormati hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatannya; Prinsip otonomi terutama bagi pasien dewasa merupakan perwujudan dari keinginan pribadi untuk menetapkan keputusan atas dirinya sendiri. Bagi pasien paliatif care yang sedang dalam kondisi penyakitnya di tahap akhir perlu mendapatkan informasi yang se jelasnya tentang berbagai hal terkait alternatif program pengobatan, prognosis penyakit sehingga mendapat pemahaman yang cukup sebagai dasar pengambilan keputusan. Perawat perlu memastikan bahwa pasien dalam kondisi bebas dari tekanan orang lain atau dirinya sendiri saat pengambilan keputusan dari berbagai alternatif yang diberikan. Lebih luas lagi prinsip otonomi ini juga berlaku untuk menghargai hak otonomi perawat atau anggota tim lain yang terlibat dalam pelayanan paliatif care (Novita V.M, 2020).
- d. Justice:** Bersikap adil kepada semua pasien; Perawat akan berhadapan dengan berbagai kasus terminal pada strata social yang berbeda seperti pasien kanker yang tidak memiliki keluarga, pasien HIV-AIDS dari keluarga terhormat, lansia dengan kecacatan fisik, dan lain-lain. Prinsip keadilan ditujukan untuk pemerataan sumber-sumber pelayanan keperawatan yang terdistribusi secara proporsional pada semua pasien dengan berbagai karakteristik yang unik tersebut. Semua pasien mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan paliatif yang sama sesuai standar sampai menjelang akhir hayatnya meskipun ketersediaan sumber daya dan dana yang dimilikinya terbatas. Kepedulian perawat sangat dibutuhkan untuk menerapkan prinsip keadilan ini (Smith & Stajduhar, 2024).
- e. Veracity:** Jujur kepada pasien dan keluarga; Setiap orang harus dapat berkata jujur. Prinsip ini juga mendasari perawat paliatif untuk dapat menyampaikan semua kebenaran tentang pasien, kebutuhan perawatan dan penyakitnya. Prinsip kejujuran perawat diuji ketika harus menjawab semua pertanyaan pasien dan keluarga terkait kondisi pasien yang sebenarnya (Akdeniz et al., 2021). Sebagian besar pasien dan keluarga sangat ingin mengetahui tentang kondisi pasien terutama prognosisnya. Tapi ada juga pasien dan keluarga yang tidak ingin mengetahui penyakitnya karena khawatir menambah stress. Bahkan ada juga keluarga yang sengaja menutupi kondisi yang sebenarnya dari pasiennya sendiri. Kemampuan untuk mengidentifikasi karakteristik dan kebutuhan pasien menjadi salah satu kompetensi yang harus dikuasai oleh perawat paliatif (Friedrichsen et al., 2024).

2. Penerapan Prinsip Etika dalam Perawatan Paliatif

Penerapan prinsip-prinsip etika dan nilai-nilai moral dalam setiap situasi perawatan bertujuan untuk menjaga martabat dan harapan pasien, serta memastikan kematian pasien damai dan bebas rasa sakit. Etika yang harus diperhatikan dalam memahami kebutuhan klien dalam perawatan paliatif adalah:

a. Sikap peduli: Menunjukkan sikap belas kasih dan kepekaan terhadap klien merupakan penerapan dari prinsip etika (*Justice*). Hasil penelitian (Smith & Stajduhar, 2024) menyatakan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami ketidakadilan adalah orang-orang yang terpinggirkan seperti pasien yang mengalami diskriminasi RAS, mendapat stigma negatif dari masyarakat, mengalami gangguan mental atau kecacatan yang mengalami penyakit terminal. Pasien tersebut seringkali merasa tidak berharga, tidak ada yang peduli, tidak menerima perawatan yang mereka butuhkan, kesakitan bahkan rentan untuk meninggal sendirian. Perawat paliatif perlu memahami tentang *Etika Relasional* yang menggunakan pendekatan model kepedulian dan kerangka pengambilan keputusan yang menekankan bagaimana klien, penyedia layanan kesehatan, struktur sosial yang lebih besar bekerjasama untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien. Pendekatan etika relasional dalam konteks perawatan paliatif bagi kelompok marginal memberikan landasan untuk lebih mendukung pemberian perawatan paliatif yang adil dan peduli (Smith & Stajduhar, 2024).

b. Menghormati hak pasien: Menghormati hak pasien sebagai seorang individu yang dapat menentukan nasib sendiri dan bermartabat. Perawatan paliatif diberikan juga pada pasien yang sudah lanjut usia dengan satu atau lebih penyakit kronik. Perawatan yang diberikan berupa dukungan dan perawatan medis selama sehari-hari, berminggu-minggu atau berbulan-bulan sampai menjelang masa kematiannya. Setiap orang menginginkan akhir kehidupan yang berbeda-beda, tergantung pada preferensi, kebutuhan atau pilihannya. Beberapa orang menginginkan berada di rumah ketika mereka meninggal, sementara yang lain mungkin lebih memilih untuk berobat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan sampai akhir hayatnya. Banyak orang ingin dikelilingi oleh keluarga dan teman, namun tidak jarang ada orang yang menjauh dari orang yang mereka sayangi. Perawat paliatif perlu memahami hal ini supaya dapat membantu kebutuhan pasien paliatif untuk menjalani kemungkinan kematian yang damai. Secara etis, perawat harus mengikuti keinginan pasien di akhir

hayatnya, dan perlakukan dia dengan hormat saat dia sekarat (National Institute on Aging, 2022).

- c. Tidak merugikan pasien:** Pelayanan paliatif tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis pasien. Pemberian infus intravena menjadi polemik bagi pasien paliatif menjelang ajal. Seperti diketahui terapi infus diberikan untuk pasien yang kekurangan cairan. Namun pasien di fase akhir/terminal, tubuhnya hanya mampu menampung jumlah cairan yang terbatas. Jika diberikan cairan tambahan dapat terjadi resiko edema paru sehingga mengakibatkan kesulitan bernafas. Hal tersebut dianggap dapat menyakiti pasien, apalagi tindakan infus juga dapat menimbulkan rasa sakit dibekas tusukan jarumnya, bengkak dan kemerahan (Smith & Stajduhar, 2024). Perawat paliatif perlu membantu memenuhi kebutuhan pasien di fase akhir dimana bantuan psikologis yang dapat membuat hati dan jiwanya tenang lebih dibutuhkan daripada kebutuhan dasar seperti makan dan minum.
- d. Menghargai kehidupan:** Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal. Perawat paliatif dapat membantu pasien untuk lebih menghargai kehidupan yang masih diberikan Tuhan dengan cara memberi dukungan untuk beraktifitas, mengisi hari-hari dengan kegiatan yang lebih bermanfaat untuk orang lain dan dirinya sendiri. Bila pasien mempunyai masalah dengan kerabat atau keluarga dapat didorong untuk segera diselesaikan. Membicarakan kematian dengan pasien terminal membutuhkan ketrampilan tersendiri. Mengasah sensitifitas rasa dan perasaan kita sebagai pemberi pelayanan paliatif dapat membantu pasien terminal menerima proses kematian yang dapat terjadi pada semua orang (Akdeniz et al., 2021).
- e. Tidak mempercepat atau menghambat kematian:** Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian. Semua Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat ditujukan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien, termasuk pasien terminal. Memahami kebutuhan dan tujuan perawatan paliatif dapat memudahkan perawat dan pasien berinteraksi. Dilema etik terjadi pada perawat dan tim paliatif ketika mengambil keputusan keputusan mengenai resusitasi, ventilasi mekanis, sedasi terminal, penghentian pengobatan, euthanasia dan bunuh diri dengan bantuan dokter (Akdeniz et al., 2021).
- f. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual:** Pelayanan keperawatan paliatif yang komprehensif memberi peluang pasien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Perawat paliatif perlu memastikan bahwa pasien terminal mendapat perawatan yang tepat. Pengalaman dalam merawat pasien terminal menunjukkan bahwa kebutuhan psikologis, sosial

dan spiritual menjadi prioritas utama (Friedrichsen et al., 2024). Beberapa pasien terminal yang di rawat lama di rumah sakit tetap menginginkan kerabat atau keluarga datang menjenguk. Mereka juga tidak ingin kehilangan kontak dengan orang-orang yang dikenalnya. Dukungan spiritual dari keluarga, rohaniwan, tim Kesehatan menjadi penyemangat bagi pasien untuk melewati masa sulit menjelang akhir hayatnya.

g. Mempertimbangkan kebudayaan: Pendekatan etika relasional (Smith & Stajduhar, 2024) memberi panduan kepada perawat paliatif untuk memberikan pelayanan keperawatan yang selaras dengan keinginan dan kebutuhan pasien, memastikan pengambilan keputusan berdasarkan informasi mengenai trauma, berfokus pada pengurangan dampak buruk dan menghormati budaya. Pendekatan ini telah diterapkan di Indonesia, khususnya komunitas Jawa (Wicaksono et al., 2024) yang mengidentifikasi tiga nilai budaya yang khas pada masyarakat muslim di Jawa, yaitu berusaha (ikhtiar), ikhlas (ikhlas), berserah diri (pasrah). Nilai-nilai ini mempengaruhi aktivitas pasien dalam perawatan paliatif menjadi lebih baik melalui tiga strategi. Strategi pertama adalah memasukkan upaya mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup dengan menggunakan konsep ikhtiar. Strategi kedua adalah menumbuhkan keikhlasan (ikhlas) untuk membantu pasien dan keluarga menerima kenyataan kondisinya dan memberikan perawatan pada pasien di rumah. Strategi ketiga adalah untuk memperjelas bahwa perawatan paliatif tidak identik dengan 'menyerah' namun dapat dilihat sebagai tindakan penyerahan yang saleh. Hal ini memberi pasien terminal keyakinan, nilai dan perasaan sendiri menjalani hari-hari menjelang akhir hayatnya.

h. Memberikan dukungan: Perawat paliatif harus dapat memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin dan memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita. Ketika merawat seorang yang dalam kondisi menjelang akhir hayat, maka sangat penting adanya seorang perawat menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien dan keluarganya, dan perawat juga harus memastikan bahwa semua informasi yang telah disampaikan pada pasien dan keluarganya mereka telah mengerti dan memahaminya (Akdeniz et al., 2021). Asuhan keperawatan dengan menggunakan teori model adaptasi Roy dapat diaplikasikan pada kondisi pasien kanker stadium lanjut dengan perawatan paliatif, sehingga masalah keperawatan pasien dapat teratasi dengan baik (Suhertini et al., 2023)

E. Tantangan Etika Perawat dalam Perawatan Paliatif

Dalam memberikan perawatan paliatif, perawat memiliki beberapa tantangan terkait etika yang harus dihadapi supaya pasien terminal mendapat perawatan sesuai kebutuhannya. Tantangan etika perawat dalam perawatan paliatif adalah sebagai berikut:

1. **Mispersepsi antara pasien dengan pemberi perawatan;** belum adanya persamaan persepsi tentang stadium terminal, perawatan paliatif, sehingga memunculkan perbedaan sikap di antara perawat dan pasien (Tampubolon et al., 2021). Perawatan paliatif dapat dilakukan di pelayanan Kesehatan seperti rumah sakit dan di masyarakat terutama di rumah dengan konsep *Family Caregiver* (FC). Karena kurang pengetahuan dan pemahaman, pasien dan keluarga menganggap rumah sakit adalah tempat terbaik untuk pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk melakukan edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan pemahaman mengenai perawatan paliatif di rumah (Christantie Effendy, 2024). Perawatan paliatif yang diberikan untuk anak yang mengalami kondisi terminal juga menjadi tantangan tersendiri bagi perawat dan tim Kesehatan lain. Ketidakmampuan perawat paliatif berkomunikasi secara efektif dengan anak dan keluarga akan membuka jalan untuk terjadinya mispersepsi. Ketidakmampuan perawat mengatakan yang sebenarnya tentang penyakit juga mengakibatkan pemberian pelayanan paliatif menjadi terhambat (Zahedi et al., 2022). Satu tantangan besar bagi perawat paliatif untuk dapat menyamakan persepsi dengan pasien baik anak atau dewasa beserta keluarganya mengenai perawatan paliatif.
2. **Integrasi aspek spiritual ke dalam pelayanan keperawatan paliatif;** Kebutuhan spiritual berlangsung sepanjang masa, apalagi bila kita mengalami gangguan kesehatan seperti penyakit terminal, maka kebutuhan spiritual akan meningkat. Berbagai masalah psikososial akan muncul pada pasien terminal akibat gangguan fisik yang dialaminya. Akibat masa perawatan yang Panjang di rumah sakit dapat menurunkan aktifitas sosial pasien. Dampaknya pasien banyak merenung, berpikir dengan pikirannya sendiri, bertanya pada Tuhan tentang keadaanya sehingga aspek spiritualnya bisa terganggu. Perawat yang bertugas memberikan perawatan paliatif akan menjadi konselor spiritual, maka harus memiliki nilai spiritual yang tinggi untuk dapat membantu pasien terminal menghadapi akhir hayatnya (Suhertini et al., 2023). Suatu tantangan besar bagi perawat meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan ketrampilan spiritualnya supaya dapat memberikan bantuan kepada pasien terminal.

3. **Konflik antara perawat, dokter dan tim kesehatan lain tentang perawatan yang tepat;** Studi di Ethiopia (Negasa et al., 2023) menunjukkan bahwa pemberi kurangnya pelatihan bagi profesi kesehatan seperti perawat, dokter dan tim kesehatan lain tentang perawatan paliatif menjadi tantangan tersendiri bagi mereka untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien. Belum tertatanya tugas dan fungsi tiap tenaga kesehatan menjadikan pekerjaan menjadi tumpang tindih bahkan ada pelayanan yang tidak diberikan kepada pasien.
4. **Dilema etik** ; perawat dan dokter mengalami dilema etik pada saat pengambilan keputusan tentang tindakan terbaik yang seharusnya diberikan kepada pasien. Misalnya dokter memberi resep antibiotik untuk pasien, sebagai bentuk penerapan prinsip etik (Beneficience) yang ingin memberikan yang terbaik untuk pasien. Dokter menjelaskan kepada pasien tentang manfaat antibiotik dan dampak negatifnya bila tidak dilakukan pengobatan. Namun pasien memilih pengobatan alternatif dengan produk local seperti jamu dan herbal. Secara etika pasien memiliki prinsip autonomi, berhak menentukan pilihannya. Namun bila pilihan pengobatan pasien tidak sepadan dengan pandangan medis, menjadi tantangan tersendiri bagi perawat paliatif untuk memberikan perawatan yang terbaik (Schofield et al., 2021). Faktor eksternal yang merugikan dapat menghambat proses pengambilan keputusan. Keputusan yang bertentangan dengan ekspektasi dan nilai moral menyebabkan tekanan moral dan menimbulkan rasa sakit secara emosional (Ullrich et al., 2020).
5. **Perawatan akhir hayat;** Pemahaman perawat mengenai praktik perawatan akhir hayat di panti jompo memberikan kerangka kerja etika perawatan untuk menganalisis hubungan antara perawat dan penghuni panti jompo serta keluarga terdekat mereka. Perawat perlu memahami aspek moral perawatan akhir hayat yang diberikan kepada penghuni panti jompo selama hari-hari terakhir mereka. Karena perawat seharusnya bertanggung jawab secara moral membantu penanganan masalah perawatan di akhir hayat dengan baik (Gilbert & Lillekroken, 2024). Keterlibatan perawatan paliatif yang tepat waktu diperlukan agar pasien dapat memperoleh kualitas hidup terbaik, penatalaksanaan gejala yang adekuat dan kepuasan keluarga, mengurangi beban keluarga dan mengurangi tindakan agresif pada fase akhir kehidupan.
6. **Keterbatasan daya dan dana;** Di beberapa negara seperti Ethiopia banyak ditemukan pasien terminal yang seharusnya mendapatkan pelayanan paliatif tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan karena keterbatasan biaya (Negasa et al., 2023). Beberapa dari mereka juga menghentikan pengobatan karena keterbatasan biaya. Ada juga pasien terminal yang terlambat mencari perawatan medis karena kurangnya kesadaran pada kondisi penyakitnya. Mereka kurang

mendapat perawatan lanjutan sehingga memilih dirawat di rumah dan akhirnya meninggal. Tantangan besar bagi perawat paliatif membuka wawasan pasien dan keluarga mengenai pentingnya perawatan paliatif bagi pasien terminal seperti kanker, gangguan saraf dan lain-lain.

7. **Home-based Pediatric Palliative Care (HBPPC);** Hasil telaah terhadap sembilan artikel ditemukan bahwa HBPPC meningkatkan kualitas hidup pasien, meningkatkan kontrol gejala, memfasilitasi akhir kehidupan sesuai dengan kehendak pasien, berdampak positif terhadap caregiver, dan rata-rata diberikan kurang dari 6 bulan sebelum anak meninggal, namun HBPPC tidak menurunkan hari rawat dan biaya perawatan pada pasien anak dengan kanker. Peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga seharusnya menjadi tujuan utama pentingnya pengembangan HBPPC, dibandingkan dengan penurunan biaya perawatan (Tunjungsari et al., 2023). Perawat paliatif terpanggil untuk mewujudkan konsep HBPPC sebagai bentuk penerapan prinsip etika (Beneficience), meskipun biaya perawatannya memang tinggi. Edukasi tentang pentingnya kualitas hidup yang layak bagi pasien terminal menjadi topik yang harus diberikan kepada pasien dan keluarga. Inovasi-inovasi mengenai Tindakan keperawatan paliatif yang lebih menghemat biaya perlu dilakukan melalui serangkaian kegiatan penelitian.
8. **Etika Relasional;** Etika Relasional adalah model kerangka kepedulian dan pengambilan keputusan yang menekankan bagaimana profesi kesehatan dan struktur social memahami nilai dan kebutuhan pasien yang lebih luas mengenai latar belakang kehidupan pasien terminal yang membutuhkan perawatan paliatif. Empat komponen utama dari etika relasional yaitu perwujudan, keterlibatan, saling menghormati, lingkungan, yang memberi pedoman untuk pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif sesuai kebutuhan pasien. Keputusan ini mendukung prinsip etika (*justice*) dalam hal hubungan pasien dengan perawat, pemahaman saling tergantung antara pasien dengan lingkungannya. Konsep model etika relasional ini menjadi salah satu tantangan bagi perawat paliatif untuk menerapkannya dalam pelayanan keperawatan paliatif.

F. Simpulan

Pasien terminal yang membutuhkan perawatan paliatif diberikan berdasarkan kriteria klinis umum, kriteria unit perawatan intensif (ICU), kriteria ruang gawat darurat (ER) dan kriteria onkologi (kanker). Sebelum memberikan pelayanan perawatan paliatif, perawat perlu memahami kebutuhan pasien terminal seperti kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Sehingga perawatan paliatif yang diberikan pada pasien terminal selain difokuskan pada peningkatan kualitas hidup, juga untuk pemenuhan kebutuhan tersebut. Dalam memberikan pelayanan

keperawatan paliatif, perawat harus memperhatikan prinsip etika Beneficence, non-maleficence, otonomy, justice, veracity. Penerapan etika dalam perawatan paliatif meliputi : sikap peduli, menghormati hak pasien, tidak merugikan pasien, menghargai kehidupan, tidak mempercepat atau memperlambat kematian, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual, mempertimbangkan budaya, memberi dukungan. Tantangan yang dihadapi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan paliatif antara lain : menyamakan persepsi antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual, menghadapi konflik dengan dokter dan tim kesehatan lain, menyelesaikan dilema etik, memahami perawatan akhir hayat, mengatasi keterbatasan daya dan dana, menerapkan prinsip HBPPC (Home Based Pediatric Paliatif Care), dan menggunakan pendekatan Etika Relasional.

G. Referensi

- Agustini, N. L. P. I. B. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif; Implementasi Appear Model dalam pembelajaran berbasis Meaningful Instructional Design* (Yodang (ed.)). Yaguwipa.
- Akdeniz, M., Yardimci, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
- Christantie Effendy. (2024). Diseminasi Perawatan Paliatif kepada Masyarakat sebagai Langkah Awal Perawatan Paliatif Berbasis Rumah. *Universitas Gadjah Mada*, 11(1), 1–14. http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Curie, M. (2019). Living with a Terminal Illness. *Mariecurie.Org.Uk*, 61–69. <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/how-we-can-help/living-with-a-terminal-illness/living-with-a-terminal-ilness-april-2019.pdf>
- David and Diane. (2011). Identifying Patient in Need of a Paliatif Care; Assesment in the Hospital Setting. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 2008.
- Friedrichsen, M., Lythell, C., Milovanovic, M., Waldréus, N., Thulesius, H., Jaarsma, T., Jaarsma, P., Hedman, C., & Schaller, A. S. (2024). Nurses' experiences of ethical challenges concerning thirst in dying patients in specialist palliative care: a

- qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-024-01519-y>
- Gilbert, R., & Lillekroken, D. (2024). Nurses' perceptions of how their professional autonomy influences the moral dimension of end-of-life care to nursing home residents– a qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01865-5>
- Morrow, B. A. (2024). What is Palliative Care and How Does it Differ From Palliative care is specialized care for people living with a serious What Is Palliative Care ? Who Provides Palliative Care? What Are the Types of Palliative Care? *Verywellhealth.Com*, 1–6.
- National Institute on Aging. (2022). Providing Care and Comfort at the End of Life | National Institute on Aging. *National Institute of Health*, 1–8.
<https://www.nia.nih.gov/health/providing-comfort-end-life>
- Negasa, E. H., Human, S. P., & Roro, A. G. (2023). Challenges in Palliative Care Provision in Ethiopia: An Exploratory Qualitative Study. *Journal of Pain Research*, 16(September), 3405–3415. <https://doi.org/10.2147/JPR.S415866>
- Neiman, T. (2020). Acute Care Nurses' Experiences of Basic Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2).
https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2020/04000/acute_care_nurses__experiences_of_basic_palliative.4.aspx
- Novita V.M, D. (2020). KEPERAWATAN PALIATIF; KONSEP DAN PENERAPAN. *CV Media Sains Indonesia*, 1–25.
- Read, T. H. E. Q. (2022). Working with terminal illness: what is known and what is needed. <https://Whatworkswellbeing.Org/>, 1–16.
- Schofield, G., Dittborn, M., Huxtable, R., Brangan, E., & Selman, L. E. (2021). Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliative Medicine*, 35(2), 315–334.
<https://doi.org/10.1177/0269216320974277>
- Smith, K. A., & Stajduhar, K. (2024). Using relational ethics to approach equity in palliative care. *Palliative Care and Social Practice*, 18, 1–9.
<https://doi.org/10.1177/26323524241293820>
- Suhertini, T., Irawati, D., & Maria, R. (2023). Studi Kasus: Perawatan Paliatif Karsinoma Payudara Stadium Lanjut Melalui Pendekatan Model Adaptasi Roy. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(1), 207–217.

<https://doi.org/10.33023/jikep.v9i1.1390>

- Tampubolon, N. R., Fatimah, W. D., & Hidayati, A. U. N. (2021). Hambatan-Hambatan Implementasi Perawatan Paliatif di Indonesia: Systematic Review. *Jurnal Kesehatan*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.23917/jk.v14i1.12815>
- Tunjungsari, E. N., Allenidekania, & Wanda, D. (2023). Perawatan paliatif berbasis rumah : dampak positif untuk anak dengan kanker. *Jurnal Keperawatan*, 15(4), 1667–1678.
- Ullrich, A., Theochari, M., Bergelt, C., Marx, G., Woellert, K., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2020). Ethical challenges in family caregivers of patients with advanced cancer - A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00573-6>
- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Wicaksono, R. B., Muhaimin, A., Willems, D. L., & Pols, J. (2024). "Tie your camel first, then rely on God": reconceptualizing Javanese Islamic values to support palliative care at home. *BMC Palliative Care*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01383-w>
- Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics*, 24(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4>
- Zahedi, F., Kadivar, M., Khanali Mojen, L., Asadabadi, M., Tajalli, S., Ilkhani, M., Barasteh, S., Elahikhah, M., & Larijani, B. (2022). The ethical challenges of palliative care from the perspectives of pediatricians: A qualitative study in Iran. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.928476>

H. Glosarium

FC = Family Caregiver

HBPPC = Home-Based Pediatric Palliatif Care

CHAPTER 5

PERAN PERAWAT DALAM MENJAGA PRIVASI DAN KERAHASIAAN PASIEN

Johanna Tomasoa SKM., S.Kep., M.Kes.

A. Pendahuluan

Dalam dunia Kesehatan, setiap individu memiliki hak dasar untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi medisnya. Konsep ini bukan sekadar norma etika, melainkan juga dijamin oleh berbagai suatu norma dan etika namun merupakan regulasi hukum. Pemahaman yang baik mengenai privasi dan kerahasiaan pasien menjadi sangat krusial bagi para tenaga kesehatan, khususnya perawat dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan berakhlak.

1. Pengertian Privasi Pasien.

Privasi merupakan hak pasien yang perlu dilindungi dan dijaga selama dalam perawatan di rumah sakit. Privasi merupakan tingkatan interaksi atau keterbukaan yang dikehendaki seseorang pada suatu kondisi tertentu. Tingkatan privasi yang diinginkan itu menyangkut keterbukaan atau tertutupan, yaitu adanya keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain, atau justru ingin menghindar atau berusaha supaya sukar dicapai oleh orang lain. Privasi pasien merujuk pada hak individu untuk mengontrol akses terhadap informasi pribadi mereka, termasuk informasi kesehatan. Hak ini mencakup hak untuk menentukan siapa yang dapat mengakses informasi tersebut, kapan, dan untuk tujuan apa. Sederhananya, privasi adalah hak untuk menjaga ruang pribadi dan kebebasan individu dari campur tangan pihak lain.

Pasien berhak mendapat privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita dan data medisnya. Rumah sakit harus berupaya untuk menjaga privasi pasien selama pasien dirawat dan atau selama pasien melakukan pengobatan di rumah sakit. Menjaga privasi pasien ini pasien (DPJP), dilakukan oleh dokter yang merawat Kepala Ruangan, Perawat Pelaksana (PP) yang merawat pasien, dan Ketua Tim (Katim) yang bertanggung jawab terhadap pasien atau petugas lain yang terlibat dalam merawat pasien. Panduan ini disusun untuk membantu petugas dalam melaksanakan dan menjaga privasi pasien dan privasi apa saja yang menjadi hak dari pasien.

Privasi mengacu pada hak individu untuk mengontrol informasi pribadi mereka, termasuk data medis, riwayat kesehatan, data pribadi lain yang bersifat penting (Health & Garrett, 2018).

2. Pengertian Kerahasiaan Pasien

Kerahasiaan pasien mengacu pada kewajiban tenaga kesehatan untuk menjaga kerahasiaan informasi medis pasien. Informasi ini meliputi riwayat kesehatan, diagnosis, pengobatan, dan segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisi kesehatan individu. Kerahasiaan ini bersifat profesional dan etis, dimana tenaga kesehatan berkewajiban untuk tidak mengungkapkan informasi tersebut kepada pihak ketiga tanpa izin yang sah dari pasien. Kerahasiaan pasien adalah hak pasien untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan termasuk rekam medis, diagnosa, pengobatan dan hasil pemeriksaan.

Kerahasiaan adalah kewajiban untuk menjaga agar informasi yang diberikan oleh pasien tidak disebarluaskan tanpa izin pasien, kecuali dalam kondisi tertentu yang diatur oleh hukum. (Smith & McCaffrey, 2019).

Kerahasiaan pasien adalah hak pasien untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi kesehatannya, termasuk rekam medis, diagnosa, pengobatan dan hasil pemeriksaan (Beauchamp & Childress, 2019; American Medical Association, 2020).

3. Prinsip-Prinsip Kerahasiaan Pasien.

a. Kerahasiaan.

Menghormati privasi pasien dengan tidak membagikan informasi kesehatan tanpa izin.

b. Akses Terkontrol

Mengatur akses informasi kesehatan hanya bagi pihak yang berwenang

c. Pengamanan Data: Melindungi informasi kesehatan

4. Hak hak terkait Kerahasiaan

a. Hak untuk meminta kerahasiaan informasi Kesehatan

b. Hak untuk mengakses rekam medis

c. Hak untuk memperbaiki kesalahan dalam rekam medis

d. Hak untuk menolak pengungkapan informasi kesehatan

5. Konsekuensi Pelanggaran Kerahasiaan dan Psikologis

a. Kerugian emosional dan psikologi

b. Kehilangan kepercayaan pasien

c. Tuntutan hukum

d. Sanksi administratif dan profesional

6. Sanksi administratif dan profesional (Engelhardt, 2017).

B. Perbedaan Privasi dan Kerahasiaan.

Meskipun sering digunakan secara bergantian, privasi dan kerahasiaan memiliki perbedaan yang mendasar. Privasi: Lebih fokus pada hak individu untuk mengontrol informasi tentang dirinya. Ini adalah hak yang dimiliki oleh pasien. Kerahasiaan: Lebih fokus pada kewajiban tenaga Kesehatan untuk melindungi informasi pasien. Ini kewajiban profesional

Untuk lebih memahami perbedaan ini, kita dapat menggunakan analogi sebuah surat. Privasi adalah hak pasien untuk menentukan siapa yang boleh membaca surat tersebut. Sedangkan kerahasiaan adalah kewajiban orang yang menerima surat untuk tidak membacakan isi surat tersebut kepada orang lain tanpa izin pasien.

C. Mengapa Privasi dan Kerahasiaan Penting

- 1. Kepercayaan:** Menjaga privasi dan kerahasiaan pasien, membangun kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan.
- 2. Kualitas Pelayanan:** Pasien yang merasa privasi terjaga cenderung lebih terbuka dalam memberikan informasi, sehingga diagnosis dan pengobatan dapat lebih akurat.
- 3. Aspek hukum.** Pelanggaran terhadap privasi dan kerahasiaan dapat berakibat hukum

D. Pentingnya Menjaga Privasi dan Kerahasiaan Pasien

Menjaga privasi dan kerahasiaan pasien merupakan prinsip fundamental dalam pelayanan kesehatan. Praktik ini tidak hanya sebatas etika, tetapi juga diamanatkan oleh berbagai regulasi hukum. Pemahaman yang mendalam mengenai pentingnya menjaga privasi dan kerahasiaan pasien akan berdampak positif bagi pasien, tenaga kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

E. Dampak Menjaga Privasi dan Kerahasiaan Pasien

1. Dampak Positif bagi Pasien

a. Meningkatkan Kepercayaan

Ketika pasien merasa bahwa informasi pribadinya aman dan terlindungi, pasien cenderung lebih terbuka dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan. Kepercayaan yang terjadi kuat akan mendorong pasien untuk mengungkapkan keluhan mereka dengan jujur sehingga diagnosis dan pengobatan lebih akurat.

b. Meningkatkan kualitas hidup.

Privasi yang terjaga memungkinkan pasien merasa lebih nyaman dan aman dalam menjalani perawatan. Pasien lebih fokus pada proses pemulihan tanpa harus khawatir informasi pribadinya disalahgunakan.

2. Dampak Positif bagi tenaga kesehatan

a. Membangun hubungan professional yang kuat.

Hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan merupakan kunci keberhasilan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Menjaga privasi pasien akan memperkuat kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan membangun hubungan profesional yang baik

b. Perlindungan Diri

Tenaga kesehatan yang menjunjung tinggi prinsip privasi dan kerahasiaan akan terhindar dari resiko tuntutan hukum atau sanksi administrasi akibat pelanggaran etika

F. Kode Etik Keperawatan.

1. Prinsip-prinsip Dasar yang berkaitan dengan Privasi dan Kerahasiaan Pasien

Kode Etik Keperawatan merupakan pedoman moral yang mengatur perilaku dan tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Salah satu prinsip dasar yang sangat penting dalam kode etik keperawatan adalah menjaga privasi dan kerahasiaan pasien. Prinsip ini menegaskan bahwa setiap individu memiliki hak untuk menjaga privasi informasi kesehatan mereka, dan perawat berkewajiban untuk menghormati hak tersebut.

2. Prinsip-prinsip Dasar

Prinsip-prinsip etika dalam profesi kesehatan, seperti:

- a. Autonomi pasien : Setiap Pasien memiliki hak untuk menentukan keputusan terkait perawatan kesehatannya, termasuk hak untuk menjaga kerahasiaan informasi medisnya
- b. Beneficence: perawatan berkewajiban untuk selalu bertindak demi kebaikan pasien, termasuk menjaga privasi pasien dan kerahasiaan pasien untuk mencegah kerugian atau bahaya yang tidak perlu
- c. Non-maleficence: perawat harus menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien, termasuk yang dapat membocorkan informasi pribadi pasien.
- d. Justice: Perawat harus memberikan pelayanan kesehatan yang adil dan merata kepada semua pasien, tanpa memandang status sosial, ekonomi atau kondisi lainnya.

G. Peran Perawat dalam menjaga Kerahasiaan Pasien

1. Peran Perawat Sebelum Interaksi dengan Pasien:

a. Mempersiapkan Lingkungan Yang Privat:

Sebelum melakukan interaksi dengan pasien, perawat memiliki tanggung jawab untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dan memberikan rasa aman bagi pasien untuk berbagi informasi pribadi. Lingkungan yang privat dapat dicapai melalui beberapa cara:

- Memilih ruangan yang tepat: Pilihlah ruangan yang tenang dan aman dari yang lain. Ruangan konsultasi yang dilengkapi dengan pintu yang aman.
- Menutup pintu dan jendela. Pastikan pintu ruangan dan jendela tertutup rapat untuk menjaga privasi selama dalam percakapan.
- Meminimalisir gangguan. Matikan atau kacilkan volume telepon, alat komunikasi lain yang dapat mengganggu konsentrasi pasien
- Menjaga jarak yang tepat: Menjaga jarak yang tepat dan sopan dengan pasien untuk memberikan ruang pribadi dan kenyamanan.

2. Peran Perawat Selama Interaksi dengan Pasien

a. Mendapatkan persetujuan Pasien:

Informed Consent: Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan mendapatkan persetujuan tertulis sebelum memulai tindakan.

Pentingnya Persetujuan: Menghargai otonomi Pasien dalam pengambilan keputusan

b. Menghindari pembicaraan tentang Pasien di tempat Umum,

Kerahasiaan Informasi: tidak membicarakan informasi pribadi pasien dengan orang lain yang tidak berkepentingan, bahkan dengan rekan kerja diluar konteks perawatan pasien

c. Menggunakan Bahasa Yang Sopan dan Santun

Komunikasi Terapeutik: Menggunakan bahasa yang mudah dipahami, sopan dan santun untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien. Menghindari bahasa yang merendahkan, dan kata-kata yang kurang baik atau menyinggung perasaan pasien.

3. Peran Perawat Setelah Interaksi dengan Pasien

a. Memastikan data Pasien Aman

Dokumentasi yang akurat: Mendokumentasikan semua informasi pasien dengan akurat dan lengkap.

Pemusnahan dokumen: Memusnahkan dokumen yang tidak dipakai lagi dengan aman.

- 1) Melaporkan pelanggaran Privasi.

Jika mengetahui adanya pelanggaran privasi, perawat wajib melaporkan kepada pihak yang berwenang, agar melindungi hak-hak pasien.

b. Menjaga kerahasiaan Catatan Medis

Catatan medis pasien merupakan dokumen pribadi dan rahasia. Perawat memiliki tanggung jawab untuk menjaga kerahasiaan catatan medis tersebut. Beberapa tindakan atau cara dapat dilakukan untuk menjaga kerahasiaan catatan medis yaitu:

- 1) Memastikan Akses terbatas: hanya tenaga kesehatan yang berwenang dan memiliki alasan yang sah yang boleh mengakses catatan medis pasien.
- 2) Menggunakan Password: Lindungi catatan medis dengan menggunakan password yang kuat dan unik
- 3) Menyimpan catatan medis di tempat yang aman. Simpan catatan medis ditempat yang aman dan terkunci, jauh dari jangkauan orang yang tidak berwenang.

Memusnahkan Catatan Medis; Jika catatan medis sudah tidak diperlukan lagi, musnahkanlah dengan cara aman untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan.

H. Simpulan.

Peran perawat dalam menjaga privasi dan kerahasiaan pasien Peran perawat dalam menjaga privasi dan kerahasiaan pasien sangatlah krusial dalam sangatlah krusial dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Perawat tidak hanya sebagai penyedia layanan teknis tetapi juga sebagai penjaga kepercayaan pasien. Dengan menjaga privasi dan kerahasiaan pasien, perawat membangun hubungan terapeutik yang baik, meningkatkan kualitas hidup pasien dan melindungi hak-hak asasi manusia. Beberapa tindakan konkret yang dapat dilakukan perawat antara lain; menciptakan lingkungan yang privat, menjaga kerahasiaan catatan medis, mendapatkan persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan dan beberapa tindakan lain, serta memastikan data pasien aman. Menghindari pembicaraan tentang pasien di tempat umum, menggunakan bahasa yang sopan dan santun, serta memastikan data pasien aman. Pelanggaran terhadap privasi dan kerahasiaan pasien berdampak serius baik bagi pasien maupun bagi profesi keperawatan. Oleh karena itu penting bagi setiap perawat untuk memahami dan menerapkan prinsip-prinsip privasi dan kerahasiaan pasien dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan. Karena privasi dan kerahasiaan pasien bukan hanya merupakan kewajiban etis, tetapi juga merupakan bagian integral dari praktik keperawatan yang profesional

I. Referensi

- American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. American Nurses Association.
- Berg, S. (2021). *Privacy and confidentiality in healthcare: Legal and ethical considerations*. Oxford University Press.
- Cohen, A., & Williams, M. (2020). *Nursing ethics and professional practice*. Elsevier.
- Erna Tri Rusmala Ratnawati (2022). *Perlindungan Hukum Pasien Atas Hak Rahasia Kedokteran Dalam Pelayanan Medis Di Era Pandemi Covid 19*. Fakultas Hukum Universitas Widya Mataram, Yogyakarta. ernatr2015@gmail
- Heath, I., & Garrett, C. (2018). *Health privacy and confidentiality: Ethical and legal implications in nursing*. Springer Publishing Company.
- Indra; Trihoni Nalesti Dewi; Daniel Budi Wibowo. (2024). Perlindungan Kerahasiaan Data Pasien vs Kewajiban Membuka Akses Rekam Medis Elektronik Protection of Confidentiality of Patient Data vs Obligation to Open Access to Electronic Medical email: drindra66@gmail.com Magister Hukum Kesehatan, Universitas Katolik Soegijapranata Semarang.
- Indah Susilowati, Wisnaningsih Surjoseputro, Dika Silviawati. (2018) *Perlindungan Hukum Terhadap Hak Privasi Dan Data Medis Pasien Di Rumah Sakit X Surabaya*. Jurnal Wiyata
- McCabe, M. (2017). *Confidentiality in nursing: A critical review*. Journal of Nursing Ethics, 24(1), 70-81. <https://doi.org/10.1177/0969733016678700>
- Parker, D., & Fritz, R. (2022). *Maintaining patient confidentiality in a multidisciplinary healthcare environment*. Journal of Nursing Administration, 52(7-8), 430-435.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2021). *Kode etik keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Smith, L., & McCaffrey, R. (2019). *Privacy, confidentiality, and legal issues in nursing*. Pearson Education.
- Smith, J. A., & Jones, B. (2023). The impact of patient privacy on healthcare outcomes: A systematic review. *Journal of Medical Ethics*, 49(2), 123-130.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

CHAPTER 6

TANGGUNG JAWAB HUKUM DALAM PENGELOLAAN OBAT DAN TERAPI DI KEPERAWATAN

Dr. Aemilianus Mau., S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

Bab ini membahas konsep tanggung jawab hukum dalam pengelolaan obat dan terapi di keperawatan. Obat merupakan salah satu alat mendasar dalam mencegah dan mengelola berbagai kondisi serta penyakit. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif tentang isu-isu hukum, profesionalisme, dan etika yang terkait dengan manajemen pengobatan menjadi komponen penting dalam pelayanan keperawatan (Hood & Khan, 2020).

Hukum dan praktik keperawatan dipengaruhi oleh hasil penelitian serta kemajuan teknologi yang disertai dengan meningkatnya kesadaran dan harapan dari masyarakat terhadap hak dan kewajiban mereka dalam menerima pelayanan kesehatan. Dengan demikian, layanan kesehatan mengharuskan perawat untuk memiliki pemahaman yang mendalam tentang prinsip hukum, implikasi profesional, dan dilema etika yang sering kali muncul dan menjadi tantangan dalam praktik, terutama saat mengelola dan memberikan obat kepada pasien (Hood & Khan, 2020).

Pengelolaan obat dan terapi merupakan salah satu aspek krusial dalam praktik keperawatan, mengingat banyaknya kasus kesalahan pemberian obat yang berujung pada kerugian pasien berupa pemburukan kondisi pasien bahkan kematian. Perawat sebagai pengelola dan pemberi obat tidak luput dari kesalahan ini. Kesalahan pemberian obat dapat terjadi pada semua tahap proses pemberian obat mulai dari peresepan sampai pada pemberian dan pemantauan (Potter et al., 2020). Kesalahan pemberian obat menyebabkan setidaknya satu kematian setiap hari dan melukai sekitar 1,3 juta orang setiap tahunnya di Amerika Serikat saja" (WHO, 2017). Kondisi yang sama terjadi juga di Indonesia. Dimana setiap tahunnya selalu ada kasus kesalahan perawat dalam pemberian obat, transfuse darah di beberapa RS yang berujung pada perawat harus berurusan dengan masalah hukum (Setiani, 2018, Jannah et al., 2024).

Faktor-faktor yang sering menyebabkan perawat gagal mematuhi lima prinsip ini meliputi kurangnya pengetahuan farmakologis, kesalahan perhitungan, interupsi selama proses pemberian obat, beban kerja yang meningkat, serta

kelelahan (Chu, 2016; Godshall & Riehl, 2018). Peningkatan beban kerja, misalnya, dapat mendorong perawat untuk mengambil jalan pintas dan mengabaikan prosedur standar. Sebuah studi observasional terhadap 293 perawat menemukan bahwa hanya 6,5% dari mereka yang memeriksa gelang identitas klien sebelum pemberian obat (Chu, 2016).

Proses pengambilan keputusan perawat selama pemberian obat bersifat kompleks, membutuhkan pemikiran kritis, serta fokus penuh untuk menjamin keselamatan klien. Penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan selama langkah apa pun dalam proses pemberian obat meningkatkan risiko terjadinya kesalahan, baik dalam jumlah maupun tingkat keparahannya. Oleh karena itu, *Institute of Medicine* merekomendasikan agar organisasi pelayanan kesehatan menerapkan strategi untuk mengurangi gangguan selama pemberian obat sebagai bagian dari program keselamatan klien. Sumber-sumber gangguan selama pemberian obat meliputi alarm monitor, panggilan telepon, dan pertanyaan keluarga, dengan sumber yang paling umum adalah pertanyaan dari rekan perawat dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya.

Luaran dari penelitian ini banyak fasilitas perawatan kesehatan telah menerapkan "aturan menghilangkan atau mengurangi gangguan selama persiapan obat" untuk menghindari kesalahan pemberian obat. Penelitian telah mengevaluasi efektivitas intervensi untuk mengurangi gangguan selama pemberian obat. Strategi-strategi yang dilakukan meliputi perawat memeriksa keamanan obat, memasang tanda di luar dan di dalam ruang pengobatan untuk menciptakan lingkungan yang tenang, meminta orang lain menerima panggilan telepon yang tidak mendesak untuk perawat yang memberikan obat, dan membuat "Zona Tanpa Gangguan atau Tenang" dengan memasang lakban merah di sekeliling kereta obat dan mesin pengeluaran obat (Flynn, Evanish, Fernald, Hutchinson, & Lefaiver, 2016).

Area yang diberi lakban merah menunjukkan "jangan ganggu dengan masalah yang tidak mendesak" bagi orang lain. Pendekatan lain adalah saat perawat mengenakan selempang atau rompi "Jangan Ganggu" yang cerah dan berwarna-warni selama pemberian obat. Jika pendekatan ini digunakan dengan tepat, dapat membantu mengurangi kesalahan pemberian obat. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pemberian obat dengan kode barkot dapat mengurangi kesalahan pemberian obat sebesar 54% hingga 87% (Godshall & Riehl, 2018). Contoh lain adalah penggunaan IV "pump", yang memiliki perangkat lunak pencegahan kesalahan dosis pemberian obat (Chu, 2016; Lapkin, Levett-Jones, Chenoweth, & Johnson, 2016). Lapkin, dkk (2016) menemukan bahwa tidak ada satu intervensi tunggal untuk mencegah kesalahan pemberian obat. Sebaliknya, banyak pendekatan, seperti yang tercantum diatas, bersama dengan pendidikan dan

penggunaan teknologi kode batang, lebih berhasil dalam mengurangi kesalahan pemberian obat. Perawat memainkan peran penting dalam keselamatan pengobatan karena mereka melakukan pemeriksaan keselamatan terakhir sebelum obat diberikan kepada klien. Oleh karena itu, penting bagi para pemimpin layanan kesehatan untuk mengenali kompleksitas lingkungan perawat dan pentingnya pemberian obat, dan memeriksa cara untuk mengurangi faktor sistem yang memengaruhi keselamatan klien, seperti gangguan selama pemberian obat.

B. Konsep Obat

Agar perawat dapat melakukan pengelolaan obat dengan benar mulai dari persiapan, penyimpanan, pemberian, dan evaluasi pemberian obat, maka perawat perlu memahami dengan baik tentang definisi obat, sediaan obat, cara/rute pemberian obat, dan efek obat bagi tubuh manusia (Setiani, 2018).

1. Pengertian Obat

Obat adalah zat yang diberikan untuk diagnosis, pengobatan, perawatan, atau penyembuhan suatu gejala, atau untuk pencegahan penyakit. Dalam konteks perawatan kesehatan, istilah pengobatan dan obat umumnya digunakan secara bergantian.. Selama berabad-abad, jumlah obat yang tersedia telah meningkat pesat, dan pengetahuan tentang obat-obatan ini menjadi lebih akurat dan terperinci (Berman et al., 2021).

Obat adalah zat kimia yang dapat memengaruhi jaringan biologi pada organ tubuh manusia. Definisi lain menjelaskan obat merupakan sejenis substansi yang digunakan dalam proses diagnosis, pengobatan, penyembuhan dan perbaikan maupun pencegahan terhadap gangguan kesehatan tubuh. Obat adalah sejenis terapi yang memiliki hubungan erat dengan proses penyembuhan sebuah penyakit (Potter et al., 2020). Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa obat adalah suatu zat yang dapat digunakan untuk mendiagnosis atau menyembuhkan suatu penyakit yang tersedia dalam berbagai bentuk.

2. Sediaan Obat

Ada berbagai sediaan obat seperti aerosol, caplet, capsule, cream, elixir, gel, extract, sirup, tablet, supositoria, dan sediaan lainnya digambarkan dalam table 1.

Tabel 6.1: Type dan sediaan obat

No	Jenis/type	Sediaan
1	Aerosol spray or foam	Cairan, bubuk, atau busa yang diendapkan dalam lapisan tipis pada kulit dengan tekanan udara

2	Aqueous solution	Satu atau lebih obat yang dilarutkan dalam air
3	Aqueous suspension	Satu atau lebih obat yang dibagi halus dalam cairan seperti air
4	Caplet	Bentuk padat, berbentuk seperti kapsul, dilapisi dan mudah ditelan
5	Capsule	Wadah gelatin untuk menampung obat dalam bentuk bubuk, cairan, atau minyak
6	Cream	Sediaan semipadat non-berminyak yang digunakan pada kulit
7	Elixir	Larutan 78emiper yang diberi pemanis dan 78emiperm yang digunakan sebagai pembawa zat obat
8	Extract	Suatu bentuk obat terkonsentrasi yang terbuat dari tumbuhan atau hewan
9	Gel or jelly	Cairan semipadat bening atau tembus 78emipe yang mencair ketika dioleskan ke kulit
10	Liniment	Obat yang dicampur dengan 78emiper, minyak, atau sabun yang bersifat emolien dan dioleskan ke kulit
11	Lotion	Obat dalam bentuk 78emiperm cair yang dioleskan ke kulit
12	Lozenge (troche)	Sediaan datar, bulat, atau oval yang melarutkan dan melepaskan obat ketika dimasukkan ke dalam mulut
13	Ointment (salve, unction)	Sediaan setengah padat yang terdiri dari satu atau lebih obat yang digunakan untuk aplikasi pada kulit dan selaput lendir
14	Paste	Sediaan seperti salep, tetapi lebih tebal dan kaku, sehingga penetrasinya ke kulit lebih sedikit dibandingkan salep.
15	Pill	Satu atau lebih obat yang dicampur dengan bahan kohesif, dalam bentuk oval, bulat, atau pipih
16	Powder	Obat atau obat-obatan yang digiling halus; beberapa digunakan secara internal, yang lain digunakan secara eksternal

17	Suppository	Satu atau beberapa obat dicampur dengan bahan dasar yang kuat seperti gelatin dan dibentuk untuk dimasukkan ke dalam tubuh (misalnya, 79emipe); bahan dasar tersebut larut secara bertahap pada suhu tubuh, melepaskan obat
18	Syrup	Larutan gula dalam air yang sering digunakan untuk menyamarkan rasa obat yang tidak enak
19	Tablet	Obat dalam bentuk bubuk yang dipadatkan menjadi cakram kecil dan keras; beberapa mudah dipecah di sepanjang garis yang digores; beberapa lainnya dilapisi 79emiper untuk mencegahnya larut di lambung
20	Tincture	Larutan 79emiper atau larutan air dan 79emiper yang dibuat dari obat-obatan yang berasal dari tanaman
21	Transdermal patch	Selaput 79emipermeable berbentuk cakram atau bercak yang berisi obat yang akan diserap melalui kulit dalam jangka waktu lama

Sumber: Berman et al (2021)

Menurut Berman et al (2021), obat dapat berasal dari sumber alami (misalnya, tumbuhan, mineral, dan hewan), atau dapat disintesis di laboratorium. Obat bervariasi dalam kekuatan dan aktivitasnya. Obat harus murni dan memiliki kekuatan yang seragam agar dosisnya dapat diprediksi. Oleh karena itu, standar obat telah dikembangkan untuk memastikan kualitas yang seragam. Di Amerika Serikat, obat resmi adalah obat yang ditetapkan oleh Undang-Undang Makanan, Obat, dan Kosmetik federal. Obat-obatan ini secara resmi tercantum dalam *United States Pharmacopeia* (USP) dan dijelaskan menurut sumbernya, sifat fisik dan kimianya, uji kemurnian dan identitasnya, metode penyimpanan, pengujian, kategori, dan dosis normal.

Ada kecenderungan orang untuk membeli vitamin dan suplemen "alami" dari toko makanan kesehatan atau obat bebas (OTC) di apotek. Contohnya adalah suplemen tiroid. Bentuk alami memiliki kekuatan yang bervariasi dan sulit diatur, sedangkan bentuk sintetis jauh lebih mudah diprediksi kekuatannya dan pengelolaan gejala bagi klien yang perlu mengonsumsi suplemen tiroid.

Farmakope (atau farmakope) adalah buku yang berisi daftar produk yang digunakan dalam pengobatan, dengan deskripsi produk, uji kimia untuk

menentukan identitas dan kemurnian, serta formula dan resep. *Formularium Nasional Amerika Serikat* mencantumkan obat-obatan dan nilai terapeutiknya, dan dapat mencakup obat-obatan yang mungkin masih digunakan tetapi tidak tercantum dalam USP. Farmakope dan formularium merupakan sumber referensi yang bermanfaat bagi perawat dan mahasiswa keperawatan. Perawat tidak hanya memberikan ribuan obat, tetapi juga bertanggung jawab untuk menilai efektivitasnya dan mengenali reaksi yang tidak diinginkan terhadap obat. Buku pegangan pengobatan atau obat dan formularium lembaga juga merupakan sumber daya yang berharga bagi perawat. Karena tidak mungkin untuk mengingat semua informasi terkait tentang sejumlah besar obat, perawat harus memiliki referensi yang dapat diandalkan yang tersedia.

3. Rute Pemberian Obat

Sediaan farmasi dirancang untuk rute pemberian tertentu yang harus dicantumkan dalam perintah pengobatan. Perawat harus memastikan sediaan obat sesuai dengan rute yang ditentukan. Sediaan dalam bentuk oral, sublingual, bukal, parenteral, dan topical. Obat oral adalah obat yang diberikan melalui mulut. Obat ini paling sering digunakan, murah, dan nyaman. Obat sublingual adalah obat yang diletakkan dibawah lidah dan tidak boleh ditelan. Jenis obat yang sering digunakan adalah nitroglicerine. Obat untuk mengurangi nyeri dada pada pasien jantung. Obat bukal adalah obat yang diletakkan diantara pipi dan selaput lendir hingga larut. Obat parenteral adalah obat yang diberikan melalui suntikan kedalam tubuh melalui rute umum yaitu otot atau pembuluh darah dan rute khusus yaitu intra arteri ke arteri, intracardial ke jantung, intratekal/intraspinal ke rongga epidural, dan intra artikuler ke sendi. Sedangkan obat topical adalah obat yang diberikan dengan cara dioles, dihirup, atau ditetes. Penting bagi perawat untuk memperhatikan rute pemberian obat ini dengan tepat agar terhindar dari kesalahan pemberian obat yang berdampak pada kerugian pasien dan masalah hukum (Potter et al., 2020) dan (Berman et al., 2021).



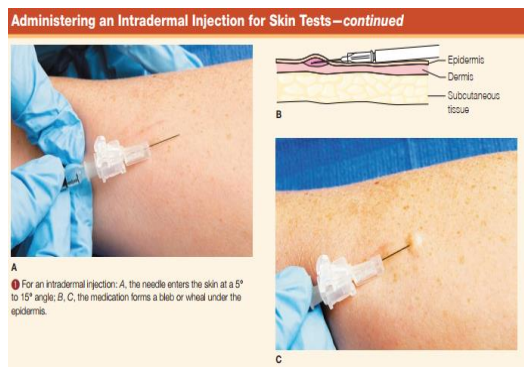
Sediaan Obat Dalam Ampul & Flacon



Figure 35.17 A 60-mL non-Luer-Lok syringe, which can be used for irrigation of tubes or wounds.



Jarum suntik



Pemberian obat intra cutan (IC)



Pemberian obat sub cutan (SC)



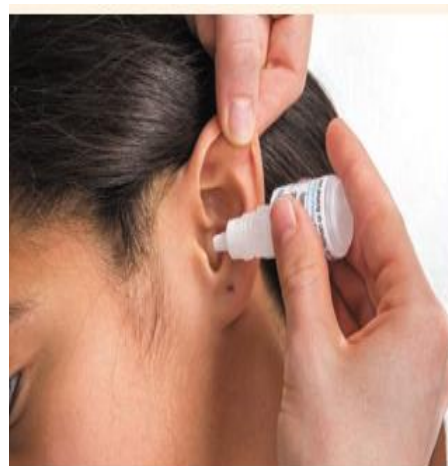
Pemberian obat intra muscular (IM)



Pemberian obat melalui infus



Pemberian obat tetes mata



Pemberian obat tetes telinga



Pemberian obat hirup



Pemberian obat hirup

Gambar 6.1: Rute pemberian obat

4. Efek Obat

Efek terapeutik suatu obat, yang juga disebut sebagai efek yang diinginkan, adalah efek utama yang diharapkan, yaitu alasan mengapa obat tersebut diresepkan. Misalnya, efek terapeutik dari morfin sulfat adalah analgesia (peredam nyeri), dan efek terapeutik dari diazepam adalah mengurangi kecemasan.

Efek samping, atau efek sekunder, suatu obat adalah efek yang tidak diinginkan. Efek samping biasanya dapat diprediksi dan mungkin tidak berbahaya atau berpotensi membahayakan. Misalnya, digitalis meningkatkan kekuatan kontraksi miokardium (efek yang diinginkan), tetapi dapat menimbulkan efek samping seperti mual dan muntah. Beberapa efek samping dapat ditoleransi karena efek terapeutik obat tersebut; efek samping yang lebih parah, yang juga disebut reaksi merugikan, dapat mengharuskan penghentian obat. Perawat harus memantau efek samping yang terkait dengan dosis atau efek samping lainnya

dan melaporkannya kepada penyedia layanan kesehatan, yang dapat menghentikan pengobatan atau mengubah dosis.

Keracunan obat (efek berbahaya obat pada organisme atau jaringan) terjadi akibat overdosis, konsumsi obat yang seharusnya digunakan untuk aplikasi eksternal, atau penumpukan obat dalam darah karena gangguan metabolisme atau ekskresi (efek kumulatif). Beberapa efek racun dapat terlihat langsung, sementara yang lainnya baru muncul setelah beberapa minggu atau bulan. Untungnya, sebagian besar keracunan obat dapat dihindari dengan pemantauan dosis yang cermat dan perhatian terhadap toksisitas. Contoh efek racun adalah depresi pernapasan akibat efek kumulatif dari morfin sulfat dalam tubuh.

Alergi obat adalah reaksi imunologis terhadap obat. Ketika klien pertama kali terpapar zat asing (antigen), tubuh dapat bereaksi dengan memproduksi antibodi. Klien dapat bereaksi terhadap obat dengan cara yang sama seperti antigen, dan dengan demikian mengembangkan gejala reaksi alergi. Reaksi alergi dapat ringan atau berat. Reaksi ringan dapat memiliki berbagai gejala, mulai dari ruam kulit hingga diare (lihat Tabel 35.4). Reaksi alergi dapat terjadi kapan saja, mulai dari beberapa menit hingga 2 minggu setelah pemberian obat. Reaksi alergi yang parah biasanya terjadi segera setelah pemberian obat dan disebut reaksi anafilaksis. Reaksi ini dapat berakibat fatal jika gejalanya tidak segera dikenali dan pengobatan tidak segera diberikan. Gejala paling awal termasuk pembengkakan di mulut dan lidah, sesak napas akut, hipotensi akut, dan takikardia.

Toleransi obat terjadi pada klien yang menunjukkan respons fisiologis yang sangat rendah terhadap suatu obat dan yang memerlukan peningkatan dosis untuk mempertahankan efek terapeutik tertentu. Obat-obatan yang umumnya menimbulkan toleransi termasuk opioid, barbiturat, dan etil alkohol.

Efek kumulatif adalah peningkatan respons terhadap dosis obat yang berulang, yang terjadi ketika laju pemberian melebihi laju metabolisme atau ekskresi obat. Akibatnya, jumlah obat menumpuk di tubuh klien kecuali dosisnya disesuaikan. Gejala toksik dapat muncul akibat efek ini. Efek idiosinkratik adalah efek yang tidak terduga dan mungkin bersifat individual bagi klien. Respons yang kurang atau respons yang berlebihan terhadap suatu obat bisa jadi bersifat idiosinkratik. Selain itu, obat tersebut mungkin memiliki efek yang sama sekali berbeda dari efek normal atau menyebabkan gejala yang tidak dapat diprediksi atau dijelaskan pada klien tertentu.

Interaksi obat terjadi ketika pemberian satu obat sebelum, pada saat yang sama, atau setelah obat lain mengubah efek dari satu atau kedua obat tersebut. Interaksi obat bisa bermanfaat atau berbahaya. Efek dari satu atau kedua obat

dapat meningkat (efek potensial) atau menurun (efek penghambatan). Efek potensial dapat bersifat aditif atau sinergis. Ketika dua jenis obat yang sama meningkatkan aksi satu sama lain, efeknya dikenal sebagai aditif. Efek sinergis terjadi ketika dua obat yang berbeda meningkatkan aksi satu sama lain. Misalnya, probenesid, yang menghambat ekskresi penisilin, dapat diberikan bersama penisilin untuk meningkatkan kadar penisilin dalam darah untuk waktu yang lebih lama (efek sinergis). Dua analgesik, seperti aspirin dan kodein, sering diberikan bersama karena keduanya memberikan pereda nyeri yang lebih baik (efek aditif).

Selain itu, makanan tertentu dapat berinteraksi secara negatif dengan obat. Penyakit iatrogenik (penyakit yang disebabkan secara tidak sengaja oleh terapi medis) dapat merupakan akibat dari terapi obat. Toksisitas hati yang mengakibatkan obstruksi bilier, kerusakan ginjal, dan malformasi janin sebagai akibat dari obat-obatan tertentu yang dikonsumsi selama kehamilan adalah contohnya.

a. Farmakodinamik

Farmakodinamik adalah mekanisme kerja obat dan hubungan antara konsentrasi obat dengan efek yang dihasilkan dalam tubuh (Adams, Holland, & Urban, 2020). Reseptor adalah target spesifik obat, biasanya berupa protein yang terletak di permukaan membran sel atau didalam sel. Saat obat berikatan dengan reseptor, obat tersebut dapat meningkatkan atau menghambat fungsi seluler normal. Pengikatan ini biasanya bersifat reversibel, dan kerja obat dihentikan setelah obat meninggalkan reseptor (Adams et al., 2020). Sebagian besar obat memberikan efeknya dengan cara berikatan secara kimiawi dengan reseptor di tingkat seluler.

Ketika obat berikatan dengan reseptornya, efek farmakologis yang terjadi bisa berupa agonisme atau antagonisme. Obat yang menghasilkan respons yang sama dengan zat fisiologis atau endogen disebut agonis. Misalnya, obat seperti epinefrin bekerja pada jantung untuk meningkatkan denyut jantung. Sebaliknya, obat yang menghambat fungsi sel dengan menempati situs reseptor disebut antagonis. Antagonis mencegah zat alami tubuh atau obat lain mengaktifkan fungsi sel dengan menempati situs reseptor. Misalnya, nalokson (Narcan) adalah antagonis opioid yang digunakan sebagai penawar untuk depresi pernapasan yang disebabkan oleh obat opioid (misalnya, morfin). Obat ini bersaing dengan situs reseptor opioid di otak dan dengan demikian mencegah opioid mengikat reseptornya. Dengan menghalangi efek opioid, depresi pernapasan dapat dibalikkan.

b. Farmakokinetik

Farmakokinetik adalah ilmu yang mempelajari penyerapan, distribusi, biotransformasi, dan ekskresi obat.

- **Penyerapan**

Penyerapan adalah proses masuknya obat ke dalam aliran darah. Kecuali jika obat diberikan langsung ke dalam aliran darah, penyerapan merupakan langkah pertama dalam pergerakan obat melalui tubuh. Agar penyerapan obat terjadi, bentuk obat yang tepat harus diberikan melalui rute yang sesuai.

Kecepatan penyerapan obat di lambung bervariasi. Makanan, misalnya, dapat menunda pembubaran dan penyerapan beberapa obat serta perjalanannya ke usus halus, tempat sebagian besar penyerapan obat terjadi. Makanan juga dapat berikatan dengan molekul obat tertentu, mengubah struktur molekulnya, dan selanjutnya menghambat atau mencegah penyerapannya. Faktor lain yang memengaruhi penyerapan beberapa obat adalah tingkat keasaman di lambung. Keasaman ini dapat bervariasi berdasarkan waktu, jenis makanan yang dikonsumsi, penggunaan obat antasida, dan usia klien. Beberapa obat tidak larut atau memiliki kemampuan terbatas untuk larut dalam cairan saluran pencernaan (GI), sehingga mengurangi penyerapannya ke dalam aliran darah.

Penyerapan beberapa obat dapat terjadi di jaringan mulut sebelum mencapai lambung. Misalnya, nitroglicerine diberikan di bawah lidah, di mana ia diserap ke dalam pembuluh darah yang membawanya langsung ke jantung, tempat kerja yang dituju. Jika obat ini tertelan, ia akan diserap ke dalam aliran darah dan dibawa ke hati, di mana ia akan dihancurkan. Efek lintas pertama terjadi ketika obat oral pertama kali melewati hati dan sebagian dimetabolisme sebelum mencapai organ target. Ini memerlukan dosis oral yang lebih tinggi untuk mencapai efek yang sesuai.

Obat yang diberikan langsung ke dalam aliran darah, misalnya secara intravena, segera berada dalam sistem vaskular tanpa harus diserap. Ini merupakan rute pilihan untuk tindakan cepat. Rute intramuskular adalah rute tercepat berikutnya karena sifat jaringan otot yang sangat vaskular. Karena jaringan subkutan memiliki suplai darah yang lebih buruk daripada jaringan otot, penyerapan dari jaringan subkutan lebih lambat. Laju penyerapan obat dapat dipercepat dengan pemberian panas, yang meningkatkan aliran darah ke area tersebut; sebaliknya, penyerapan dapat diperlambat dengan pemberian dingin. Selain itu, penyuntikan obat vasokonstriktor seperti epinefrin ke dalam jaringan dapat memperlambat penyerapan obat lain.

Penyerapan obat dari rektum ke aliran darah cenderung tidak dapat diprediksi. Oleh karena itu, rute ini biasanya digunakan ketika rute lain tidak tersedia atau ketika efek yang diinginkan terlokalisasi ke rektum atau kolon sigmoid.

- **Distribusi**

Distribusi adalah pengangkutan obat dari tempat penyerapannya ke tempat kerjanya. Ketika obat memasuki aliran darah, obat tersebut dibawa ke organ yang paling vaskular, yaitu hati, ginjal, dan otak. Area tubuh dengan suplai darah yang lebih rendah, seperti kulit dan otot, menerima obat tersebut kemudian. Sifat kimia dan fisik obat menentukan area tubuh tempat obat akan tertarik. Misalnya, obat yang larut dalam lemak akan terakumulasi dalam jaringan lemak, sedangkan obat lain dapat terikat dengan protein plasma.

- **Biotransformasi**

Biotransformasi, juga disebut detoksifikasi atau metabolisme, adalah proses di mana obat diubah menjadi bentuk yang kurang aktif. Sebagian besar biotransformasi terjadi di hati, di mana banyak enzim metabolisme obat dalam sel mendetoksifikasi obat. Produk dari proses ini disebut metabolit. Ada dua jenis metabolit: aktif dan tidak aktif. Metabolit aktif memiliki tindakan farmakologis sendiri, sedangkan metabolit tidak aktif tidak memiliki efek tersebut. Biotransformasi dapat dipengaruhi jika klien masih sangat muda, lebih tua, atau memiliki hati yang tidak sehat. Perawat harus waspada terhadap akumulasi obat aktif pada klien ini dan kemungkinan toksisitas berikutnya.

- **Ekskresi**

Ekskresi adalah proses di mana metabolit dan obat dikeluarkan dari tubuh. Ginjal membuang sebagian besar metabolit obat melalui urin; namun, beberapa di antaranya dikeluarkan melalui feses, napas, keringat, air liur, dan ASI. Beberapa obat, seperti agen anestesi umum, dibuang dalam bentuk yang tidak berubah melalui saluran pernapasan. Efisiensi ginjal dalam membuang obat dan metabolit berkurang seiring bertambahnya usia. Orang yang lebih tua mungkin memerlukan dosis obat yang lebih kecil karena obat dan metabolitnya dapat terakumulasi dalam tubuh.

C. Tanggung hukum bagi perawat dalam pengelolaan obat

Berdasarkan Pasal 290 UU No. 17 Tahun 2023, perawat dapat melaksanakan tugas yang berkaitan dengan pemberian obat melalui **delegasi** dan **mandat** dari tenaga medis atau tenaga kesehatan lain. Berikut penjelasan masing-masing:

1. Delegasi

Delegasi adalah pelimpahan kewenangan dari tenaga medis atau tenaga kesehatan lain kepada perawat untuk melaksanakan tindakan tertentu, termasuk pemberian obat. Delegasi biasanya diberikan dalam situasi dimana tenaga medis masih terlibat langsung dalam proses pengawasan dan tanggung jawab. Tanggung jawab penuh terhadap tindakan yang dilakukan berada pada pemberi delegasi (tenaga medis yang melimpahkan kewenangan tersebut). **Contoh Kasus:** Dokter meminta perawat untuk memberikan obat tertentu kepada pasien berdasarkan arahan langsung atau prosedur yang sudah disepakati.

2. Mandat

Mandat adalah kewenangan yang diberikan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan lain kepada perawat untuk melaksanakan tindakan tertentu, termasuk pemberian obat, namun dilakukan secara mandiri oleh perawat. Dalam tugas mandat, tenaga medis tidak terlibat langsung dalam pengawasan tindakan yang dilakukan oleh perawat. Walaupun tindakan dilakukan oleh perawat secara mandiri, tanggung jawab keseluruhan masih tetap berada pada pemberi mandat. **Contoh Kasus:** Seorang dokter memberikan mandat kepada perawat di Puskesmas untuk memberikan vaksin atau antibiotik tertentu kepada pasien dalam cakupan program kesehatan nasional.

Prinsip Pelaksanaan Delegasi dan Mandat:

- a. **Kompetensi:** Perawat yang menerima delegasi atau mandat harus memiliki kompetensi yang sesuai.
- b. **Dokumentasi:** Setiap pelaksanaan delegasi atau mandat harus **terdokumentasi** dengan baik, termasuk jenis tindakan dan obat yang diberikan.
- c. **Peraturan Pelimpahan:** Pelimpahan kewenangan dilakukan dalam batas tertentu yang diatur oleh regulasi atau kebijakan internal fasilitas kesehatan.

Dalam konteks tanggung jawab hukum bagi perawat dalam pemberian obat, Jannah et al (2024) menjelaskan bahwa terdapat dua hubungan antara dokter dengan perawat dalam pemberian obat, yaitu hubungan rujukan dan hubungan delegasi. Dalam hubungan rujukan, perawat dapat melakukan tindakan sesuai keputusannya sendiri. Sedangkan dalam hubungan delegasi, perawat harus melakukan tindakan pemberian obat sesuai tugas delegasi yang diberikan dokter. Kesalahan perawat dalam melakukan pemberian obat kepada pasien ataupun tindakan medis lainnya dapat disimpulkan bahwa, perawat yang melakukan kesalahan atau kelalaian tersebut maka penanggulangan tanggung jawabnya kepada perawat yang melakukan kesalahan itu sendiri dan/atau pihak rumah sakit yang bersangkutan.

"Pelaksanaan tugas oleh perawat yang berdasarkan pelimpahan wewenang dapat dilakukan secara delegatif dan mandat. Pelimpahan wewenang secara mandat pertanggungjawabannya sepenuhnya berada pada pemberi pelimpahan wewenang atau yang dalam hal ini disebut dokter itu sendiri. Namun apabila pelimpahan wewenang tersebut diberikan secara delegatif, maka perawat juga diikutsertakan dengan pelimpahan tanggung jawab (UU No.17 th 2023).

Berdasarkan hukum perdata, pemberi kuasa tetap bertanggung jawab, sedangkan penerima kuasa memiliki tanggung jawab terhadap pemberi kuasa. Singkatnya pertanggungjawabannya menurut hukum perdata itu, karena adanya suatu pendelegasian, tidak beralih dari pemberi delegasi kepada penerima delegasi, dokter selaku pemberi delegasi tersebut tetap harus bertanggung jawab (Jannah et al., 2024).

Perawat yang menjalankan praktek pelayanan kesehatan, dapat dituntut secara pidana apabila terjadi *culpa lata* yaitu cacat baik permanen ataupun tidak, serta terjadi kematian dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan tersebut, selain melakukan *culpa lata*, perawat juga dapat dituntut secara pidana apabila melakukan perbuatan melawan hukum, dalam menjalankan praktek pelayanannya bertentangan atau tidak sesuai dengan tata atau ketertibanyang dikehendaki oleh hukum yang tertuang dalam peraturan perundangundangan dalam hal ini perawat hanya dapat melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sehingga nantinya tidak menyebabkan perbuatan melawan hukum yang dapat dituntut pertanggungjawabannya secara pidana (Jannah et al., 2024).

Perawat dapat dipersalahkan melanggar hukum Administrasi. Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa pelanggaran administrasi tersebut antara lain seperti perawat tidak mempunyai surat izin kerja, surat izin praktek, atau melanggar batas kewenangan perawat. Aspek hukum administrasi dalam penyelenggaraan praktek pelayanan kesehatan, setiap perawat yang telah menyelesaikan pendidikan dan ingin menjalankan praktek dipersyaratkan untuk memiliki izin. Prinsip pertanggungjawabannya hukum administrasi lahir akibat adanya pelanggaran terhadap ketentuan hukum administrasi terhadap penyelenggaraan praktek tenaga kesehatan dalam hal ini tenaga perawat berdasarkan ketentuan yang berlaku. UndangUndang kesehatan telah memberikan ketentuan administrasi yang wajib ditaati setiap tenaga kesehatan (Jannah et al., 2024).

Tanggung jawab berdasarkan hukum administrasi ini muncul karena adanya tuntutan dari masyarakat sendiri yang telah merasa dirugikan akibat pelayanan kesehatan oleh perawat yang bersangkutan. Sanksi administrasi

berupa pencabutan izin dan tindakan disiplin terhadap perawat yang telah terbukti bersalah dapat dilakukan oleh pemerintah. Penting untuk diketahui bahwa dalam menjalankan kekuasaan polisi (*police power*), pemerintah memiliki wewenang untuk mengeluarkan berbagai aturan di sektor kesehatan, seperti mengenai syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh perawat untuk melaksanakan tugasnya (seperti izin kerja dan izin praktik), batasan wewenang, dan tanggung jawab perawat (Jannah et al., 2024)

Menurut Potter et al (2020) dan Berman et al (2021), tugas dan tanggung jawab perawat dalam pemberian meliputi memperhatikan perintah/instruksi pengobatan dengan benar, melakukan manajemen pengaturan obat dan pemberian obat dengan tepat.

3. Perintah pengobatan

Seorang dokter biasanya menentukan kebutuhan pengobatan klien dan memerintahkan pengobatan. Perintah pengobatan umumnya bersifat tertulis, meskipun dalam beberapa lembaga, perintah telepon dan lisan juga dapat diterima. Mahasiswa keperawatan perlu mengetahui kebijakan lembaga mengenai perintah pengobatan ini. Di beberapa rumah sakit, misalnya, hanya perawat berlisensi yang diizinkan untuk menerima perintah telepon dan lisan.

Penting bagi lembaga kesehatan untuk memiliki pedoman yang jelas guna mengurangi atau menghilangkan kesalahan yang dapat terjadi akibat perintah lisan. Sebagai contoh, untuk semua perintah lisan atau telepon, perawat harus terlebih dahulu menuliskan perintah tersebut dan kemudian membacanya kembali, kata demi kata, kepada dokter yang meresepkan untuk memastikan keakuratan informasi.

Jenis-Jenis Perintah Pengobatan

Ada empat jenis perintah pengobatan yang umum digunakan, yaitu:

a. Perintah Stat

Perintah ini menunjukkan bahwa pengobatan harus diberikan segera dan hanya sekali. Contohnya, "Morfin sulfat 10 miligram IV stat."

b. Perintah Tunggal atau Perintah Satu Kali

Perintah ini untuk pemberian obat sekali pada waktu tertentu. Contohnya, "Seconal 100 miligram sebelum tidur sebelum operasi."

c. Perintah Tetap

Perintah tetap mungkin memiliki atau tidak memiliki tanggal penghentian. Perintah ini dapat berlangsung tanpa batas waktu (misalnya, pemberian beberapa vitamin setiap hari) hingga perintah tertulis untuk membatalkannya, atau dapat berlaku selama beberapa hari tertentu (misalnya, "KCl dua kali

sehari selama 2 hari"). Di beberapa lembaga, perintah tetap secara otomatis dibatalkan setelah beberapa hari dan harus dipesan ulang.

d. **Perintah PRN (Sesuai Kebutuhan)**

Perintah ini mengizinkan perawat untuk memberikan obat berdasarkan penilaian perawat tentang kebutuhan klien. Contohnya, "Amphojel 15 mL prn."

Perawat harus menggunakan pertimbangan yang baik untuk menentukan kapan obat diperlukan dan dapat diberikan dengan aman

4. Bagian Penting dari Perintah Pemberian Obat

Perintah pemberian obat memiliki tujuh bagian penting, yaitu nama lengkap klien, tanggal dan waktu perintah ditulis, nama obat yang akan diberikan, dosis obat, frekuensi pemberian, rute pemberian, tanda tangan dokter yang menulis perintah. Dosis obat mencakup jumlah, waktu atau frekuensi pemberian, dan dalam banyak kasus, kekuatan; misalnya, tetrasiklin 250 mg (jumlah) empat kali sehari (frekuensi); kalium klorida 10% (kekuatan) 5 mL (jumlah) tiga kali sehari dengan makanan (waktu dan frekuensi). Sangat disarankan agar dosis ditulis dalam sistem metrik demi alasan keamanan. Rute pemberian obat juga disertakan dalam perintah tersebut. Bagian perintah ini, seperti bagian lainnya, sering disingkat. Bukan hal yang aneh jika suatu obat memiliki beberapa kemungkinan rute pemberian; oleh karena itu, penting untuk menyertakan rute tersebut dalam perintah. Tanda tangan dokter atau perawat yang memerintahkan (jika menerima perintah lisan atau telepon) menjadikan perintah obat sebagai permintaan yang sah. Perintah yang tidak ditandatangani tidak memiliki keabsahan, dan dokter yang memerintahkan harus diberi tahu jika perintah tersebut tidak ditandatangani. Ketika dokter menulis resep untuk klien, resep tersebut juga menyertakan informasi untuk apoteker. Oleh karena itu, isi resep berbeda dari perintah pengobatan di rumah sakit.

5. Mengomunikasikan Perintah Pengobatan

Perintah pengobatan biasanya ditulis pada catatan klien oleh dokter atau oleh perawat yang menerima perintah melalui telepon atau lisan dari dokter. Di sebagian besar lembaga perawatan akut, ada jangka waktu tertentu (misalnya, 24 atau 48 jam) dimana dokter yang memberikan perintah melalui telepon atau lisan harus ikut menandatangani perintah yang ditulis oleh perawat.

Perintah pengobatan kemudian disalin oleh perawat atau petugas ke **Kardex** atau **Medication Administration Record (MAR)**. Saat ini, semakin banyak perawat yang menerima cetakan komputer dari pengobatan klien, menggantikan salinan perintah manual dari penyedia layanan kesehatan primer. Metode ini membantu mengurangi kesalahan dan menghemat waktu perawat. **Medication Administration Record (MAR)** mencakup informasi seperti: nama

klien, nama obat dan dosis, waktu dan metode pemberian obat. Beberapa lembaga juga mencantumkan tanggal resep dan tanggal kedaluwarsa pada MAR. Perawat harus selalu memastikan kejelasan perintah, terutama jika terdapat perintah yang ambigu, tidak biasa (misalnya, dosis obat yang sangat tinggi) atau kontraindikasi dengan kondisi klien.

6. Tindakan Ketika Perintah Obat Tidak Tepat

Jika perawat menilai bahwa perintah obat tidak sesuai, langkah-langkah berikut harus diambil:

a. Menghubungi dokter pemberi instruksi

Diskusikan alasan mengapa obat atau dosis dianggap tidak tepat.

b. Dokumentasikan Komunikasi

Tuliskan informasi berikut dalam catatan:

- Waktu menghubungi dokter
- Apa yang disampaikan kepada dokter
- Respon dokter

c. Jika Dokter Tidak Bisa Dihubungi

Dokumentasikan semua upaya untuk menghubungi dokter, serta alasan penundaan pemberian obat.

d. Jika Orang Lain Memberikan Obat

Dokumentasikan data kondisi klien sebelum dan sesudah pemberian obat.

e. Laporan Insiden

Jika diperlukan, buat laporan insiden sesuai dengan prosedur. Pastikan informasi faktual dicatat dengan jelas dan terperinci.

7. Manajemen Pengaturan Obat

Fasilitas medis memiliki sistem pengaturan obat yang berbeda-beda. Sistem tersebut dapat mencakup hal berikut:

a. Keranjang obat

Keranjang obat memiliki roda, yang memungkinkan perawat untuk memindahkan keranjang ke luar kamar klien. Keranjang berisi laci kecil bernomor yang berhubungan dengan nomor kamar di unit keperawatan. Laci kecil diberi label dengan nama klien yang saat ini berada di kamar tersebut dan menyimpan obat klien untuk shift tersebut atau 24 jam. Obat biasanya dikemas dalam satuan dosis; yaitu, kemasan obat individual mencantumkan nama obat, dosis, dan tanggal kedaluwarsa. Laci terkunci yang lebih besar di dalam keranjang berisi zat yang dikendalikan daripada menyimpannya di laci individual klien. Keranjang juga dapat mencakup laci persediaan yang berisi wadah curah berlabel klien, seperti Metamucil, yang terlalu besar untuk laci individual kecil. MAR biasanya terletak di binder atau komputer yang terletak

di atas keranjang obat. Perawat membawa kunci untuk kereta obat atau memasukkan kode khusus untuk membuka kereta, karena kereta harus tetap terkunci saat tidak digunakan.

b. Lemari obat.

Beberapa fasilitas memiliki lemari terkunci di kamar klien. Lemari ini menyimpan obat milik klien. Zat yang dikendalikan tidak disimpan di lemari ini, tetapi di lokasi lain di unit keperawatan. Perawat menggunakan kunci atau kode khusus untuk membuka lemari obat klien, karena harus dikunci saat tidak digunakan.

c. Ruang Obat

Bergantung pada fasilitasnya, ruang pengobatan dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Misalnya, kereta obat, saat tidak digunakan, dapat ditempatkan di ruangan ini. Ruang obat juga dapat menjadi lokasi utama untuk persediaan obat, obat yang dikendalikan, dan obat yang digunakan untuk keadaan darurat. Ruang pengobatan mungkin memiliki lemari es untuk infus dan obat lain yang memerlukan lingkungan dingin. Ruangan tersebut juga dapat berisi perlengkapan pemberian obat lain (misalnya, jarum suntik). Perawat mengakses ruang pengobatan dengan kunci atau kode khusus karena ruangan tersebut sering terkunci. Periksa kebijakan lembaga.

d. *Automated dispensing cabinet* (ADC).

Sistem akses terkomputerisasi ini mengotomatiskan distribusi, pengelolaan, dan pengendalian obat-obatan. Perawat menggunakan sidik jari biometrik atau kata sandi untuk mengakses sistem, memilih nama klien dari daftar di layar, dan memilih obat-obatan. Manfaat penggunaan ADC adalah pengurangan risiko kesalahan pengobatan. Manfaat ini mencakup peningkatan keamanan obat, pengendalian inventaris, peringatan terkomputerisasi, dan potensi untuk membatasi akses ke obat-obatan tertentu yang memerlukan kewaspadaan tinggi. Untuk lebih meningkatkan keselamatan, banyak fasilitas telah menerapkan sistem profil apotek sebagai bagian dari ADC. Ini berarti bahwa perawat tidak dapat mengeluarkan obat dari ADC kecuali apoteker telah meninjau pesanan dan mengizinkan penggunaan obat tersebut.

8. Manajemen pemberian obat

Saat memberikan obat, apa pun rute pemberiannya, perawat harus melakukan langkah-langkah berikut:

a. Mengidentifikasi Pasien.

Kesalahan pemberian obat sering terjadi, biasanya ketika seorang pasien mendapatkan obat yang seharusnya diberikan kepada pasien lain. Salah

satu Tujuan Keselamatan Pasien Nasional dari Komisi Gabungan adalah untuk meningkatkan akurasi identifikasi pasien. Tujuan ini mengharuskan perawat untuk menggunakan setidaknya dua pengenal pasien setiap kali memberikan obat. Pengenal yang diterima dapat berupa nama pasien, nomor identifikasi yang ditetapkan, nomor telepon, atau pengenal khusus lainnya. Di sebagian besar rumah sakit, pasien mengenakan gelang tangan dengan nama dan nomor identifikasi rumah sakit mereka. Sebelum memberikan obat, selalu periksa gelang identifikasi pasien. Banyak rumah sakit menggunakan teknologi BCMA (*Bar Code Medication Administration*) untuk pemberian obat. Seorang perawat yang akan memberikan obat akan memindai kode batang pada gelang tangan pasien, memasukkan ID perawat, dan memindai setiap paket obat yang akan diberikan. BCMA biasanya menyertakan dua atau lebih pengenal khusus pasien yang memenuhi persyaratan identifikasi. Dalam pengaturan perawatan jangka panjang dan perawatan di rumah, persyaratan untuk dua pengenal biasanya diterapkan pada pertemuan pertama. Setelah itu, dalam situasi perawatan satu lawan satu yang berkelanjutan di mana perawat sudah mengenal pasien, satu pengenal bisa berupa pengenalan wajah (The Joint Commission, 2019b).

Bagian penting dari pengumpulan riwayat adalah memastikan pengetahuan klien tentang alergi obat yang mereka miliki. Beberapa klien mungkin menyebutkan, "Saya alergi terhadap penisilin, pita perekat, dan kari." Dalam situasi ini, perawat harus mengklarifikasi lebih lanjut mengenai jenis efek samping, reaksi merugikan, atau respons alergi spesifik yang pernah dialami akibat obat-obatan tersebut. Ada pula klien yang tidak yakin apakah reaksi yang dialami tergolong alergi. Gejala penyakit yang muncul setelah penggunaan obat mungkin tidak diidentifikasi sebagai alergi, meskipun klien sering mengaitkan obat tersebut dengan reaksi yang tidak biasa atau tidak diinginkan. Dalam kondisi ini, penyedia layanan kesehatan utama klien dapat menjadi sumber informasi yang relevan terkait alergi.

Saat mengumpulkan riwayat, perawat juga perlu menggali informasi tentang potensi ketergantungan obat. Frekuensi penggunaan obat serta kebutuhan klien terhadap obat tertentu dapat menjadi indikator tingkat ketergantungan. Kebiasaan makan sehari-hari klien juga perlu didokumentasikan. Terkadang, jadwal pemberian obat perlu disesuaikan dengan waktu makan atau konsumsi makanan tertentu. Misalnya, bila obat harus diminum bersamaan dengan makanan pada waktu tertentu, klien dapat mengatur jadwal makan atau menyisipkan camilan, seperti saat obat diminum menjelang tidur malam. Selain itu, perawat harus memperhatikan adanya

kemungkinan interaksi obat dengan makanan tertentu, seperti susu yang dapat menghambat penyerapan tetrasiklin.

Perawat juga perlu mengidentifikasi hambatan yang mungkin dialami klien dalam pemberian obat secara mandiri. Sebagai contoh, klien dengan gangguan penglihatan mungkin memerlukan label wadah obat yang dicetak dengan ukuran huruf besar. Klien dengan keterbatasan gerakan tangan, seperti tremor, mungkin kesulitan menggunakan jarum suntik untuk menyuntikkan obat sendiri. Informasi tentang cara dan lokasi penyimpanan obat klien juga sangat penting. Misalnya, jika klien kesulitan membuka wadah obat tertentu, mereka mungkin mengganti wadah tersebut tetapi tetap menggunakan label lama, yang dapat meningkatkan risiko kesalahan pemberian obat.

Faktor sosial ekonomi juga harus diperhatikan, terutama untuk klien lanjut usia. Dua kendala yang sering dihadapi adalah kurangnya transportasi untuk mendapatkan obat dan keterbatasan finansial untuk membeli obat. Dalam situasi seperti ini, perawat dapat membantu dengan merujuk klien ke sumber daya yang sesuai untuk memastikan obat-obatan yang diperlukan dapat diperoleh.

b. Beri tahu Pasien.

Jika pasien tidak familiar dengan obat yang diberikan, perawat harus menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, serta efek samping atau reaksi yang mungkin timbul. Selain itu, perawat juga harus mendengarkan pasien dengan baik. Sering kali, perawat terfokus pada tugas pemberian obat yang tepat waktu, sehingga informasi relevan yang diberikan oleh pasien bisa terlewatkan. Misalnya, jika pasien mengungkapkan bahwa ia tidak mengonsumsi obat untuk tekanan darah tinggi, hal ini harus menjadi "peringatan" bagi perawat untuk berhenti sejenak dan memeriksa apakah obat tersebut benar-benar sesuai untuk pasien tersebut.

c. Berikan Obat.

Baca MAR (*Medication Administration Record*) dengan cermat dan lakukan tiga pemeriksaan dengan obat yang sudah diberi label. Setelah itu, berikan obat sesuai dengan dosis yang ditentukan, rute yang dipesan, dan waktu yang tepat. Terdapat perubahan terkait waktu pemberian obat yang dianggap tepat. Secara historis, "aturan 30 menit" (yakni memberikan obat dalam waktu 30 menit sebelum atau setelah waktu yang dijadwalkan) digunakan. Namun, dalam penelitian kesalahan pengobatan, sepertiga dari kesalahan yang dilaporkan terjadi akibat waktu pemberian yang salah. Selain itu, 18.000 perawat yang berpartisipasi dalam survei ekstensif menyatakan bahwa "aturan 30 menit" tidak aman dan sulit untuk dipatuhi mengingat

kompleksitas pemberian obat saat ini, yang sering menciptakan tekanan untuk mengambil jalan pintas yang akhirnya menyebabkan kesalahan. Oleh karena itu, ISMP (*Institute for Safe Medication Practices*) mengembangkan pedoman baru untuk pemberian obat terjadwal yang tepat waktu. Rumah sakit harus merujuk pada pedoman ini saat merancang pedoman khusus mereka sendiri untuk fasilitas mereka, yang melibatkan tim interdisipliner, termasuk perawat. Prinsip dasar pedoman ini adalah pemberian obat harus tepat waktu, tetapi rumah sakit dapat menentukan obat mana yang memerlukan jadwal yang ketat dan obat mana yang dapat diberikan dengan fleksibilitas yang lebih besar sesuai kebijakan perawat.

d. Berikan Intervensi Bantuan Sesuai Indikasi.

Pasien mungkin memerlukan bantuan saat menerima obat. Mereka mungkin membutuhkan bantuan fisik, misalnya, untuk posisi yang tepat saat diberikan suntikan intramuskular, atau mereka mungkin memerlukan panduan mengenai langkah-langkah untuk meningkatkan efektivitas obat dan mencegah komplikasi, seperti minum cairan. Beberapa pasien mungkin merasa takut terhadap obat mereka. Perawat dapat membantu meredakan rasa takut ini dengan mendengarkan kekhawatiran pasien dan memberikan informasi yang akurat.

e. Catat Obat yang Diberikan.

Informasi yang dicatat dalam rekam medis pasien, baik dengan tinta atau sistem pencetakan komputer, mencakup nama obat, dosis, metode pemberian, data relevan seperti pengukuran denyut nadi (terutama sebelum pemberian obat seperti digitalis), dan informasi terkait lainnya. Catatan juga harus mencakup waktu pemberian yang tepat dan tanda tangan perawat yang memberikan obat. Banyak sistem pencatatan obat dirancang sehingga perawat hanya perlu menandatangani sekali di halaman utama dan memberi inisial pada setiap pemberian obat yang dilakukan. Obat yang diberikan secara rutin sering dicatat dalam catatan aliran khusus, sementara obat PRN (sebagaimana dibutuhkan) atau stat (segera) dicatat secara terpisah.

f. Evaluasi Respons Pasien terhadap Obat.

Jenis perilaku yang menunjukkan keberhasilan atau kegagalan aksi obat dan efek sampingnya sangat bervariasi, tergantung pada tujuan pengobatan itu sendiri. Pasien yang cemas, misalnya, mungkin menunjukkan efek yang diinginkan dari obat penenang melalui perilaku yang mencerminkan tingkat stres yang lebih rendah (misalnya, bicara lebih lambat atau kurang gerakan acak). Seberapa nyenyak pasien tidur sering kali dapat mengukur efektivitas obat penenang, dan efektivitas analgesik dapat diukur dengan mengamati

tingkat rasa sakit yang dirasakan pasien. Dalam seluruh proses keperawatan, perawat harus mengetahui obat yang sedang dikonsumsi pasien dan mencatat efektivitasnya berdasarkan penilaian dari pasien dan perawat dalam catatan medis. Selain itu, perawat dapat melaporkan respons pasien secara langsung kepada manajer perawat dan penyedia layanan kesehatan utama untuk tindak lanjut lebih lanjut.

D. Simpulan

Pengelolaan obat adalah aspek krusial dalam keperawatan yang menuntut kepatuhan terhadap hukum, etika, dan profesionalisme. Perawat harus mampu menjalankan proses persiapan, pemberian, dan evaluasi obat dengan memprioritaskan keselamatan pasien. Strategi seperti meminimalkan gangguan, memanfaatkan teknologi canggih, dan mematuhi kerangka hukum dapat secara signifikan mengurangi kesalahan dan meningkatkan hasil perawatan. Dengan menjalankan prinsip-prinsip ini, perawat memiliki peran penting dalam menjamin penggunaan obat yang aman dan efektif.

E. Daftar Pustaka

- Adams, M. P., Holland, N., & Urban, C. (2020). *Pharmacology for nurses: A pathophysiologic approach* (6th ed.). Hoboken, NJ: Pearson
- Berman, A., Snyder, J. S., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice. Eleventh Edition*. United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Chu, R. Z. (2016). Simple steps to reduce medication errors. *Nursing*, 46(8), 63–65. doi:10.1097/01.NURSE.0000484977.05034.9c
- Flynn, F., Evanish, J. Q., Fernald, J. M., Hutchinson, D. E., & Lefaiver, C. (2016). Progressive care nurses improving patient safety by limiting interruptions during medication administration. *Critical Care Nurse*, 36(4), 19–35. doi:10.4037/ccn2016498
- Hood, P., & Khan, E. (2020). Understanding Pharmacology in Nursing Practice. In *Understanding Pharmacology in Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32004-1>
- Jannah, F., Sukindar, & Pasaribu, B. K. (2024). *Pertanggungjawaban Perawat Akibat Kesalahan Dalam Pemberian Obat Kepada Pasien*. 25(1), 15–32.
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., Chenoweth, L., & Johnson, M. (2016). The effectiveness of

interventions designed to reduce medication administration errors: A synthesis of findings from systematic reviews. *Journal of Nursing Management*, 24, 845–858. doi:10.1111/jonm.12390

Pemerintah RI (2023). Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Jakarta: Pemerintah RI.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Amy M. Hall. (2020). *Fundamentals of Nursing* (Tenth Edit). Canada:Elsevier.

Setiani, B. (2018). Pertanggungjawaban Hukum Perawat Dalam Hal Pemenuhan Kewajiban dan Kode Etik Dalam Praktik Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8(04), 497–507. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v8i04.154>

World Health Organization. (2017). *WHO launches global effort to halve medication related errors in 5 years*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/en>

F. Glosarium

Delegasi: Pelimpahan kewenangan dari tenaga medis kepada perawat untuk melakukan tindakan tertentu di bawah pengawasan tenaga medis.

Farmakokinetik: Ilmu yang mempelajari proses penyerapan, distribusi, metabolisme, dan ekskresi obat dalam tubuh.

Farmakologi: Cabang ilmu yang mempelajari obat-obatan, termasuk efek terapeutik dan efek sampingnya.

Mandat: Kewenangan yang diberikan kepada perawat untuk bertindak secara mandiri dalam melakukan tindakan tertentu.

Medication Administration Record (MAR): Catatan terkomputerisasi atau manual yang mendokumentasikan pemberian obat kepada pasien.

Rute Pemberian Obat: Jalur atau cara pemberian obat ke dalam tubuh, seperti oral, sublingual, parenteral, atau topikal.

Zona Bebas Gangguan: Area yang dirancang untuk meminimalkan gangguan selama pemberian obat guna mengurangi risiko kesalahan.

CHAPTER 7

ETIKA KEPERAWATAN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS

Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

1. Gambaran umum pentingnya etika dalam keperawatan.

Etika dalam keperawatan merupakan elemen fundamental yang berpengaruh besar terhadap kualitas serta hasil perawatan kesehatan. Dalam praktiknya, perawat sering kali dihadapkan pada dilema etika yang kompleks, yang menuntut pengambilan keputusan secara cermat dan bertanggung jawab. Dilema ini biasanya muncul akibat konflik antara nilai-nilai pribadi, hak pasien, prinsip otonomi, dan keadilan, sehingga memerlukan pemahaman mendalam tentang bioetika, nilai moral, serta prinsip etika yang relevan (Yazdimoghaddam et al., 2023). Hubungan antara perawat dan pasien berada di inti praktik keperawatan yang etis, menegaskan pentingnya dimensi moral dalam memberikan perawatan berkualitas sekaligus memastikan pengalaman pasien yang aman dan mendukung (Schneider et al., 2022).

Dalam menjalankan tugasnya, perawat diharapkan dapat menavigasi kewajiban moral dan hukum, termasuk menghormati hak-hak pasien, memperoleh persetujuan yang sah, serta mengelola kesalahan klinis untuk mencegah tindakan pengabaian (Taghipour et al., 2022) dan (Soylar et al., 2022). Pedoman etika, seperti yang diberikan oleh International Council of Nurses, menjadi rujukan penting dalam membantu perawat mengatasi dilema etika, sementara komite etika di rumah sakit juga memainkan peran strategis dalam mendukung pengambilan keputusan etis (Pakkanen et al., 2022).

Meskipun etika telah menjadi bagian dari kurikulum keperawatan, masih terdapat kelemahan dalam penekanan pada topik ini. Akibatnya, dilema etika tetap menjadi tantangan yang sering dihadapi dalam praktik klinis (Schneider et al., 2022). Pemahaman yang mendalam tentang etika keperawatan, yang didukung oleh literatur dan panduan praktis, sangat penting bagi perawat untuk secara efektif mengadvokasi pasien serta mempertahankan standar etika tinggi dalam praktik profesional mereka (Taghipour et al., 2022); (Shirazi & Sabetsarvestani, 2021).

Studi menunjukkan bahwa sekitar 60-70% perawat secara rutin menghadapi dilema etika dalam praktik klinis mereka. Situasi ini menggarisbawahi signifikansi tantangan etika dalam profesi keperawatan ((Soylar et al., 2022). Perawat sering berhadapan dengan konflik nilai, seperti menentukan prioritas kebutuhan pasien dalam keterbatasan sumber daya, menghormati keputusan pasien yang berseberangan dengan saran medis, atau menjaga kerahasiaan dalam kerangka hukum dan sosial yang rumit (Pakkanen et al., 2022).

Kondisi tersebut menegaskan pentingnya pendidikan dan pelatihan etika yang serius dalam keperawatan. Dengan pendidikan yang memadai, perawat dapat dibekali kerangka berpikir etis serta keterampilan pengambilan keputusan yang memungkinkan mereka menghadapi situasi-situasi tersebut secara bertanggung jawab (Schneider et al., 2022)(Shirazi & Sabetsarvestani, 2021). Upaya ini tidak hanya meningkatkan kompetensi profesional, tetapi juga memperkuat posisi perawat sebagai pendukung utama dalam perawatan yang berpusat pada pasien.

2. Definisi dan ruang lingkup pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan klinis.

Pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan klinis merupakan proses kompleks yang membutuhkan integrasi pengetahuan medis, pertimbangan etis, dan preferensi pasien. Proses ini melibatkan berbagai aspek, termasuk pengaruh budaya, sosial, dan ekonomi, yang tidak hanya memengaruhi hasil keputusan tetapi juga memengaruhi keterlibatan pasien dalam perawatan. Kompleksitas ini telah menjadi fokus berbagai penelitian yang menunjukkan pentingnya keseimbangan antara pertimbangan teknis dan non-teknis dalam pengambilan keputusan.

Sebagai contoh, penelitian Peimane et al., (2023) menyoroti bahwa pelatihan interaktif dapat secara signifikan meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan klinis perawat, khususnya dalam situasi kritis seperti ekstubasi di unit perawatan intensif (ICU). Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis pendidikan mampu meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan, pada akhirnya, hasil pasien. Demikian pula, Chang et al (2023) menguraikan peran shared decision-making (SDM) dalam pengelolaan kondisi kronis seperti diabetes. Model pengambilan keputusan yang dipimpin oleh perawat terbukti mampu meningkatkan keterlibatan pasien, pemahaman terhadap pilihan pengobatan, dan penerapan terapi komplementer, sehingga memperkuat pendekatan holistik terhadap perawatan pasien.

Lebih jauh, Martínez-Angulo et al (2023) menekankan pentingnya kualitas pribadi dan karakteristik profesional dalam memfasilitasi pengambilan keputusan

bersama pada pasien usia lanjut. Penelitian ini menggarisbawahi perlunya komunikasi asertif dan pendekatan yang dapat mengatasi ketidakseimbangan kekuatan, guna mencegah diskriminasi serta meningkatkan partisipasi pasien dalam keputusan perawatan. Sementara itu, penelitian Kang & Cho (2023) menunjukkan bahwa kepekaan moral dan profesionalisme merupakan elemen esensial dalam meningkatkan kepercayaan diri mahasiswa keperawatan dalam pengambilan keputusan etis. Penelitian tersebut menggarisbawahi pentingnya pelatihan etika untuk menghasilkan perawat yang kompeten dan mampu menghadapi tantangan pengambilan keputusan secara profesional.

Integrasi SDM dalam pengaturan perawatan kesehatan yang beragam, sebagaimana dijelaskan oleh (Behshid et al., 2022.) dan Vogel et al (2023), juga memberikan wawasan penting. Studi-studi ini menunjukkan bahwa hambatan komunikasi dan dinamika kekuatan sering kali menjadi tantangan dalam penerapan SDM, terutama dalam konteks budaya yang beragam dan perioperatif. Namun, keduanya sepakat bahwa melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan dapat meningkatkan hasil perawatan serta menghormati otonomi pasien.

Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa meskipun keterampilan teknis sangat penting, pengintegrasian faktor non-teknis dan pertimbangan etis sama pentingnya dalam pengambilan keputusan keperawatan. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi strategi integrasi yang lebih baik dalam praktik keperawatan, guna mendukung perawatan yang berpusat pada pasien serta menghormati nilai dan otonomi individu.

3. Pentingnya pertimbangan etis dalam konteks pelayanan kesehatan.

Pengambilan keputusan dalam keperawatan klinis adalah proses kompleks yang mengintegrasikan pengetahuan klinis, pertimbangan etis, dan preferensi pasien, yang mengharuskan perawat untuk menyeimbangkan pengobatan berbasis bukti (EBM) dengan otonomi pasien. Integrasi pemikiran kritis dan keterampilan pengambilan keputusan klinis sangat penting bagi perawat untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi, karena keterampilan ini memungkinkan mereka untuk mengevaluasi situasi klinis secara efektif dan membuat keputusan berdasarkan informasi yang meningkatkan hasil pasien (Zainal et al., 2023). Namun, penelitian menunjukkan bahwa sering ada kesenjangan dalam persepsi dan penerapan keterampilan ini di antara mahasiswa keperawatan dan profesional. Misalnya, sebuah penelitian pada mahasiswa keperawatan anestesi mengungkapkan persepsi yang tidak memadai tentang pengambilan keputusan klinis dan efikasi diri, menyoroti perlunya program pendidikan yang ditingkatkan (Albooghobeish et al., 2023). Demikian pula,

penelitian di departemen darurat mengidentifikasi bahwa faktor-faktor seperti gelar keperawatan dan jam kerja mempengaruhi pengambilan keputusan klinis, menunjukkan bahwa pengembangan profesional dan manajemen beban kerja sangat penting untuk meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan (Abu Arra et al., 2023). Simulasi kesetiaan tinggi telah terbukti meningkatkan proses pengambilan keputusan analitis di antara mahasiswa keperawatan, menekankan pentingnya pelatihan praktis dalam mengembangkan keterampilan ini (Abdulmohdi & Mcvicar, 2023). Selain itu, ada korelasi positif antara pengetahuan perawat perawatan kritis dan peran pengambilan keputusan mereka, terutama dalam mengelola pasien yang berventilasi mekanis, menggarisbawahi perlunya pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di bidang klinis tertentu (Mohammed & Ebrahim, 2022). Secara keseluruhan, membina lingkungan yang mendukung dialog berkelanjutan dengan pasien dan strategi komunikasi yang jelas sangat penting untuk menghormati otonomi pasien dan mencapai hasil pengobatan yang optimal (Zainal et al., 2023) dan (Mohammed & Ebrahim, 2022).

4. Tujuan dan fokus bab ini

Bab ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai bagaimana prinsip-prinsip etika keperawatan diterapkan dalam pengambilan keputusan klinis. Fokus utama bab ini adalah untuk mengidentifikasi dan mengeksplorasi tantangan-tantangan etika yang dihadapi perawat dalam praktik sehari-hari, serta menawarkan panduan praktis dalam menghadapi dilema etika. Selain itu, bab ini juga akan membahas berbagai model pengambilan keputusan yang dapat membantu perawat membuat pilihan yang tepat dalam situasi klinis yang penuh tekanan dan kompleks

B. Prinsip-Prinsip Etika dalam Keperawatan

Prinsip-prinsip etika menjadi landasan utama yang membimbing perawat dalam pengambilan keputusan klinis. Kelima prinsip etika yang paling sering dijadikan acuan adalah otonomi, benevensi, non-malefisens, keadilan, dan kerahasiaan. Setiap prinsip ini tidak hanya berperan dalam menjamin kualitas perawatan, tetapi juga dalam memastikan hak-hak pasien dihormati dan dilindungi.

1. Otonomi: Menghormati otonomi pasien dan persetujuan yang diinformasikan.

Otonomi, yang menekankan penghormatan terhadap hak pasien untuk membuat keputusan secara mandiri berdasarkan informasi yang memadai, merupakan elemen esensial dalam praktik keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa pasien memahami berbagai pilihan pengobatan serta risiko dan manfaat yang mungkin timbul, sehingga keputusan

yang diambil benar-benar didasarkan pada persetujuan yang terinformasi (Ghasemi, 2022).

Penerapan dalam pengambilan keputusan keperawatan: kasus pasien yang terdiagnosis penyakit kronis, perawat harus memastikan bahwa pasien memahami seluruh pilihan perawatan yang tersedia, termasuk konsekuensi dan potensi efek sampingnya. Perawat juga harus mendiskusikan manfaat dan risiko dari masing-masing opsi secara terbuka, memberi waktu bagi pasien untuk bertanya dan memastikan bahwa keputusan yang diambil adalah hasil dari pemahaman yang menyeluruh.

2. Beneficiensii: Bertindak demi kepentingan terbaik pasien.

Prinsip manfaat (beneficence) menuntut tindakan yang senantiasa mengedepankan kepentingan terbaik pasien. Hal ini menjadi inti dari setiap pelayanan kesehatan, khususnya saat pasien tidak memiliki kapasitas untuk mengambil keputusan sendiri. Prinsip ini juga berkaitan dengan upaya peningkatan kesejahteraan fisik dan mental pasien (Cheraghi et al., 2023). Penerapan dalam pengambilan keputusan keperawatan: kasus pasien yang tidak mampu membuat keputusan karena kondisi medis yang berat, perawat harus mengambil keputusan berdasarkan apa yang mereka yakini adalah terbaik untuk pasien. Misalnya, jika seorang pasien tidak dapat memberikan persetujuan karena kehilangan kesadaran, perawat harus mengandalkan pedoman medis dan etika untuk memastikan tindakan yang diambil akan memberikan manfaat terbesar bagi pasien.

3. Non-Malefisens: Tidak merugikan – pertimbangan keselamatan pasien.

Non-maleficence, atau "tidak merugikan," menegaskan bahwa perawat harus menghindari tindakan yang berpotensi membahayakan pasien, baik melalui kesalahan pemberian obat maupun kurangnya pemantauan terhadap efek samping. Dengan demikian, prinsip ini memastikan bahwa setiap intervensi medis tidak memperburuk kondisi pasien (Ilkafah et al., 2023).

Penerapan dalam pengambilan keputusan keperawatan: etika pasien memiliki alergi terhadap obat tertentu, perawat harus memastikan bahwa obat yang diberikan tidak akan menimbulkan reaksi alergi. Perawat juga harus memantau kondisi pasien secara berkala untuk mengidentifikasi tanda-tanda efek samping yang merugikan, serta segera melaporkan dan menghentikan penggunaan obat jika ditemukan reaksi yang berbahaya.

4. Keadilan: Perawatan yang adil dan setara untuk semua pasien.

Keadilan menekankan pentingnya kesetaraan dalam pemberian perawatan kesehatan. Prinsip ini menuntut agar setiap pasien menerima akses yang sama terhadap layanan kesehatan tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi,

atau budaya. Hal ini menjadi semakin signifikan dalam pengelolaan sumber daya yang terbatas, di mana prioritas perlu diberikan secara adil (Schneider et al., 2022). Penerapan dalam pengambilan keputusan keperawatan: Sebagai contoh, dalam situasi di mana sumber daya terbatas, seperti ketika ada keterbatasan tempat tidur di unit perawatan intensif (ICU), perawat dan tim medis harus membuat keputusan berdasarkan prinsip keadilan untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan yang adil dan tepat, dengan mempertimbangkan tingkat keparahan kondisi mereka dan peluang untuk pemulihan. Dalam hal ini, keadilan mengharuskan perawat untuk membuat keputusan yang tidak memihak dan berdasarkan kebutuhan medis pasien.

5. Kerahasiaan: Menjaga privasi dan kepercayaan.

Kerahasiaan, sebagai bagian dari kode etik keperawatan, menekankan pentingnya menjaga informasi pribadi pasien. Perawat bertanggung jawab untuk melindungi data pasien dari akses pihak yang tidak berwenang, sehingga membangun dan mempertahankan kepercayaan antara pasien dan tenaga Kesehatan (Manderius et al., 2023).

Penerapan dalam pengambilan keputusan keperawatan: perawat harus memastikan bahwa informasi medis pasien tidak dibagikan dengan pihak lain tanpa izin pasien, kecuali dalam keadaan darurat atau sesuai dengan peraturan yang berlaku. Perawat juga harus memastikan bahwa catatan medis pasien disimpan dengan aman dan hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang.

C. Peran Perawat dalam Pengambilan Keputusan Klinis

1. Gambaran umum tentang peran perawat dalam tim kesehatan.

Perawat memiliki peran yang sangat krusial dalam tim perawatan kesehatan, bertindak sebagai penghubung utama antara pasien dan sistem layanan kesehatan. Tugas perawat tidak hanya sebatas memberikan perawatan langsung kepada pasien, tetapi juga mencakup pengambilan keputusan klinis, pemantauan kondisi pasien, serta pemberian dukungan emosional kepada pasien dan keluarga mereka. Kolaborasi yang efektif di antara perawat dalam sebuah tim sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan hasil perawatan secara keseluruhan. Sebuah penelitian yang dilakukan di Punjab Institute of Neurosciences menunjukkan pentingnya komunikasi dan kolaborasi antarprofesional dalam meningkatkan efektivitas tim keperawatan (Pervaiz et al., 2024).

Dalam situasi darurat, seperti serangan jantung, perawat memainkan peran kunci dalam mendeteksi tanda-tanda awal, melakukan intervensi segera, dan memberikan perawatan yang tepat. Tindakan ini secara signifikan dapat

mencegah komplikasi serius atau kematian pasien (Batista & Osses, 2024). Selain itu, dalam pengelolaan penyakit kronis seperti hipertensi, perawat memiliki kontribusi besar dalam proses skrining, pencegahan, dan pemeliharaan kondisi pasien. Upaya ini terbukti mampu meningkatkan prognosis serta kualitas hidup pasien (Santos et al., 2024).

Komunikasi yang baik antara perawat dan anggota tim medis lainnya, termasuk dokter, adalah fondasi dari kolaborasi yang efektif. Pelatihan bersama antarprofesional telah direkomendasikan untuk meningkatkan interaksi dan kerja sama dalam tim medis (Stychno & Kulczycka, 2023). Selain itu, perawat juga berperan dalam memastikan kualitas layanan kesehatan dengan mematuhi standar profesional, yang tidak hanya menjamin keselamatan dan efektivitas perawatan tetapi juga berkontribusi pada pengurangan biaya kesehatan dan peningkatan hasil perawatan pasien (Veličković, 2023). Secara keseluruhan, peran multifaset yang dimiliki perawat dalam tim kesehatan menegaskan kontribusi signifikan mereka dalam mendukung perawatan pasien serta efisiensi sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Contoh Kasus:

Seorang pasien pascaoperasi jantung terbuka mengalami penurunan tekanan darah yang signifikan. Perawat yang pertama kali mengidentifikasi perubahan ini segera melaporkan temuannya kepada dokter bedah dan anggota tim medis lainnya. Melalui komunikasi yang cepat dan efektif, tim medis memutuskan untuk segera memberikan cairan infus dan obat penstabil tekanan darah. Tindakan sigap perawat dalam melaporkan kondisi pasien secara langsung berkontribusi terhadap keberhasilan stabilisasi kondisi pasien, sekaligus mencegah komplikasi serius yang mungkin terjadi.

2. Dampak keputusan perawat terhadap hasil perawatan pasien.

Perawat memegang peranan sentral dalam pengambilan keputusan klinis, di mana setiap keputusan yang diambil memiliki dampak langsung terhadap hasil perawatan pasien. Tugas-tugas seperti penilaian pasien yang akurat, pemberian obat, dan pemantauan respons terapeutik merupakan aspek penting dalam mendukung pemulihan pasien dan mencegah komplikasi. Penerapan prinsip "Enam benar" dalam pemberian obat menjadi kunci untuk meminimalkan kesalahan medis yang dapat berakibat fatal, seperti reaksi alergi atau keracunan obat. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dan pengalaman perawat memiliki pengaruh signifikan terhadap kepatuhan terhadap prinsip ini, yang menggarisbawahi pentingnya pembelajaran berkelanjutan dalam meningkatkan kualitas perawatan (Machelia et al., 2024).

Sebagai bagian integral dari sistem kualitas perawatan kesehatan, perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa standar profesional diterapkan secara konsisten. Hal ini tidak hanya meningkatkan keamanan dan efektivitas perawatan tetapi juga membantu menurunkan biaya perawatan kesehatan sekaligus meningkatkan hasil pasien (Veličković, 2023). Dalam konteks perawatan yang berpusat pada pasien, otonomi dan otoritas perawat dalam pengambilan keputusan semakin berkembang. Hal ini memungkinkan perawat untuk merancang rencana perawatan yang dipersonalisasi serta bekerja sama secara efektif dalam tim interdisipliner (Riffat, 2023).

Namun, tantangan seperti kurangnya sumber daya dan beban kerja yang tinggi sering kali menyebabkan terlewatnya beberapa aspek perawatan. Hal ini dapat berdampak negatif pada hasil pasien, seperti peningkatan risiko cedera tekanan atau kesalahan pengobatan (Jackson, 2023). Dalam pengelolaan pasien dengan kanker, misalnya, perawat mendukung pengambilan keputusan pasien melalui penilaian geriatrik dan advokasi terhadap preferensi pasien, meskipun batasan waktu kerap menjadi kendala (Komatsu & Komatsu, 2023). Oleh karena itu, menciptakan lingkungan kerja yang mendukung perawat dalam membuat keputusan klinis yang cepat dan tepat waktu menjadi hal yang sangat penting. Dukungan ini tidak hanya berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien tetapi juga meningkatkan kualitas keseluruhan pelayanan kesehatan.

Contoh Kasus:

Seorang pasien pasca-bedah dengan risiko infeksi tinggi memerlukan pemberian antibiotik profilaksis tepat waktu. Namun, seorang perawat yang terlambat memberikan obat tersebut akibat kurangnya pemahaman tentang urgensi waktu pemberian, menyebabkan infeksi berkembang hingga memperburuk kondisi pasien dan memperpanjang masa rawat inap. Dalam kasus ini, keputusan perawat yang tidak tepat berdampak negatif terhadap hasil perawatan pasien, sesuatu yang sebenarnya dapat dicegah dengan perhatian yang lebih baik terhadap detail dan pengelolaan waktu pemberian obat.

D. Dilema Etika dalam Pengambilan Keputusan Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, dilema etika kerap muncul akibat adanya konflik antara prinsip-prinsip etika yang berbeda, keinginan pasien, keputusan medis, serta kebijakan institusional. Situasi semacam ini menuntut perawat untuk menghadapi berbagai kompleksitas yang memerlukan pertimbangan moral, hukum, dan profesional secara menyeluruh. Keputusan yang diambil dalam menghadapi dilema etika ini memiliki dampak yang signifikan, baik terhadap hasil perawatan pasien, kesejahteraan emosional mereka, maupun hubungan antara pasien dan tim medis.

Salah satu contoh dilema etika yang sering terjadi dalam keperawatan adalah konflik antara prinsip-prinsip etika, seperti otonomi pasien dan kebijakan kelembagaan. Dilema semacam ini biasanya ditemukan di unit perawatan intensif (ICU), di mana perawat harus membuat penilaian moral dalam kondisi yang sering kali dipengaruhi oleh situasi klinis pasien serta keterbatasan sumber daya organisasi (Yazdimoghaddam et al., 2023).

Dalam konteks perawatan akhir kehidupan, dilema etika sering kali berkaitan dengan perbedaan antara keinginan keluarga pasien dan rekomendasi medis. Sebagai contoh, keluarga pasien mungkin meminta perawatan lanjutan yang intensif meskipun prognosis pasien sangat buruk. Perawat dalam situasi ini harus mampu menavigasi ketegangan tersebut dengan tetap menghormati keinginan keluarga sekaligus mematuhi panduan medis yang ada (Arianto et al., 2022).

Keyakinan budaya dan agama juga dapat menjadi faktor yang memperumit pengambilan keputusan etika. Salah satu kasus yang sering terjadi adalah ketika pasien menolak prosedur medis tertentu, seperti transfusi darah, karena alasan agama. Dalam kondisi seperti ini, perawat harus menemukan keseimbangan antara penghormatan terhadap keyakinan pasien dan tanggung jawab profesional mereka untuk memastikan keselamatan pasien (Wang & Song, 2023).

Pandemi COVID-19 memberikan tantangan etika baru yang lebih kompleks, terutama terkait dengan kelangkaan sumber daya dan risiko infeksi yang tinggi bagi tenaga kesehatan. Perawat dihadapkan pada kebutuhan untuk membuat keputusan sulit di tengah situasi yang penuh ketidakpastian. Kondisi ini menekankan pentingnya kerangka kerja etika yang jelas dan kuat untuk membimbing perawat dalam situasi seperti ini (Soylar et al., 2022).

Kemampuan perawat untuk mengelola dilema etika menjadi sangat penting dalam menjaga etika profesional. Sebagai advokat pasien, perawat bertugas memastikan bahwa keputusan yang diambil menghormati nilai-nilai dan kepercayaan pasien, sekaligus tetap menjunjung tinggi standar keselamatan dan kualitas perawatan (Taghipour et al., 2022). Situasi-situasi kompleks ini menuntut perawat memiliki keterampilan penalaran etis yang tinggi serta dukungan institusional yang memadai untuk membantu mereka mengatasi ketegangan moral yang sering kali menjadi bagian tak terpisahkan dari peran mereka (Taghipour et al., 2022) dan (Soylar et al., 2022).

E. Model dan Kerangka Pengambilan Keputusan Etis

Pengambilan keputusan etis dalam keperawatan adalah proses multifaset yang mengintegrasikan pengetahuan medis dengan prinsip-prinsip etika untuk mengatasi dilema dalam praktik klinis. Berbagai model, seperti Model Empat Kotak,

memberikan pendekatan terstruktur dengan mengkategorikan pertimbangan ke dalam fakta medis, nilai-nilai pasien, masalah etika, dan aspek hukum, memastikan keputusan menghormati hak dan martabat pasien sambil menjadi efektif secara klinis (Smajlović, 2023)]. Proses penyelesaian dilema etika melibatkan beberapa langkah, termasuk mengidentifikasi masalah etika, mengumpulkan data yang relevan, menganalisis alternatif tindakan, berdiskusi dengan pasien dan keluarga, membuat keputusan, dan mengevaluasi hasil (Lasić & Kalender Smajlović, 2023). Pemikiran kritis dan penilaian klinis sangat penting dalam proses ini, memungkinkan perawat untuk menganalisis situasi secara objektif dan menilai keseimbangan antara manfaat dan risiko medis (Lechasseur et al., 2023) dan (Taghipour et al., 2022).

Kolaborasi dengan pasien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan memperkaya pengambilan keputusan etis dengan menggabungkan perspektif yang beragam dan memastikan keputusan diinformasikan dengan baik dan selaras dengan praktik terbaik (Lasić & Kalender Smajlović, 2023) dan Schneider et al., 2022). Pengembangan kompetensi etika sangat penting, dengan strategi pendidikan menekankan metode pengajaran interaktif dan multimodal untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis dan komunikasi di antara siswa keperawatan (Lechasseur et al., 2023). Perawat di unit perawatan intensif, khususnya, menghadapi ketegangan etika yang meningkat, menyoroti perlunya dukungan organisasi untuk mengelola stres moral dan mempromosikan perawatan etis (Yazdimoghaddam et al., 2023). Secara keseluruhan, menumbuhkan kompetensi etika dan pengambilan keputusan kolaboratif dapat meningkatkan hasil dalam praktik klinis dan menjunjung tinggi etika profesional dalam perawatan (Lasić & Kalender Smajlović, 2023) dan (Taghipour et al., 2022).

F. Pertimbangan Hukum dan Profesional

Pengambilan keputusan klinis, pertimbangan hukum dan profesional merupakan komponen mendasar yang memastikan setiap tindakan sesuai dengan prinsip-prinsip etika dan ketentuan hukum yang berlaku. Aspek-aspek ini sangat penting untuk memberikan perawatan yang bermutu dan menjaga keselamatan pasien sekaligus melindungi tenaga kesehatan dari risiko hukum.

1. Aspek Hukum

Pertimbangan hukum dalam praktik keperawatan tidak dapat diabaikan, terutama di Indonesia yang memiliki regulasi khusus seperti Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Undang-undang ini menekankan pentingnya persetujuan berdasarkan informasi (informed consent) serta dokumentasi yang komprehensif, yang berfungsi sebagai perlindungan hukum

bagi pasien dan tenaga kesehatan (Humenna & Kalyniuk, 2023). Selain itu, pengelolaan informasi pasien menjadi salah satu tantangan etis yang signifikan, di mana profesional kesehatan harus menyeimbangkan aksesibilitas informasi dengan privasi pasien. Panduan hukum dan etika diperlukan untuk menghadapi tantangan ini dengan benar (Firsanti et al., 2023).

Konsultasi etika klinis menjadi alat penting dalam mendukung profesional kesehatan dalam menangani kasus-kasus kompleks. Konsultasi ini menyediakan kerangka kerja yang membantu tenaga kesehatan membuat keputusan yang sejalan dengan prinsip etika dan hukum ((Bozhidarova Georgieva, 2023). Oleh karena itu, pengembangan kompetensi hukum di kalangan mahasiswa keperawatan menjadi prioritas penting. Kompetensi ini mencakup pemahaman mendalam tentang motivasi, aspek kognitif, dan keterampilan praktis yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan etis dan legal yang efektif (Humenna & Kalyniuk, 2023). Pendidikan yang mengintegrasikan hukum dan etika dalam kurikulum keperawatan memiliki peran strategis dalam mempersiapkan tenaga kesehatan untuk memenuhi tuntutan profesi secara bertanggung jawab dan etis (Humenna & Kalyniuk, 2023).

2. Aspek Profesional

Keputusan etis yang diambil oleh perawat harus berlandaskan pada Kode Etik Keperawatan yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Kode etik ini menggarisbawahi prinsip beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), justice (keadilan), dan autonomy (menghormati hak pasien) (Yuliarpan et al., 2024). Kompetensi profesional juga memegang peranan penting. Jika seorang perawat merasa suatu kasus berada di luar kapasitasnya, rujukan atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain adalah langkah yang tepat (Foster & Baglia, 2021). Kolaborasi interdisipliner menjadi elemen penting dalam kasus-kasus kompleks. Pendekatan ini memastikan keputusan yang diambil mempertimbangkan aspek klinis, etika, dan hukum secara seimbang, memberikan hasil yang lebih optimal bagi pasien (Straub et al., 2020).

3. Proses Pengambilan Keputusan Etis

Menghadapi dilema etika memerlukan pendekatan sistematis. Salah satu kerangka kerja yang sering digunakan adalah Pendekatan Empat Kuadran atau Kerangka Pengambilan Keputusan Moral, yang melibatkan analisis aspek medis, hukum, etika, serta preferensi pasien. Kerangka ini membantu perawat menavigasi prinsip-prinsip etika yang saling bertentangan dan memastikan pengambilan keputusan yang terstruktur.

Pendidikan berkelanjutan dalam bidang etika dan hukum sangat dianjurkan melalui seminar, studi kasus, dan pelatihan praktis. Hal ini bertujuan meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan etis tenaga kesehatan (Behshid et al., n.d.); (Lasić & Kalender Smajlović, 2023). Untuk kasus yang memerlukan analisis mendalam, konsultasi dengan Komite Etika Rumah Sakit (KER) menjadi langkah strategis. Komite ini dapat memberikan perspektif yang beragam dan membantu menyelesaikan konflik etis secara efektif (Svantesson et al., 2021).

Unit perawatan intensif sering kali menjadi tempat di mana dilema etika terjadi, dipengaruhi oleh kondisi pasien dan kebijakan organisasi. Penalaran etis yang kuat dan dukungan institusi diperlukan untuk membantu perawat mengelola tekanan moral yang muncul (Yazdimoghaddam et al., 2023). Pengambilan keputusan bersama antara pasien, keluarga, dan profesional kesehatan adalah pendekatan yang mendorong perspektif holistik, memastikan semua sudut pandang dipertimbangkan secara adil (Lasić & Kalender Smajlović, 2023).

4. Contoh Penerapan

Kerangka pengambilan keputusan etis membantu menavigasi situasi yang kompleks, seperti konflik antara otonomi pasien dan manfaat perawatan. Misalnya, pada kasus pasien dengan patah tulang pinggul yang rapuh, keluarga sering menghadapi keputusan tergesa-gesa tentang operasi. Dalam situasi ini, tenaga kesehatan dapat mempertimbangkan alternatif seperti perawatan paliatif, sembari memastikan komunikasi yang jelas dan panduan etis dalam pengambilan (Haslam & DePaul, 2019). Selain itu, alat digital untuk perawatan paliatif dan dokumentasi keperawatan telah dikembangkan untuk mendukung tenaga kesehatan. Alat ini membantu mendokumentasikan keputusan klinis secara lebih terstruktur, memastikan bahwa aspek etis selalu dipertimbangkan (Antika et al., n.d.). Dokumentasi yang baik juga mendukung evaluasi perawatan, sehingga meningkatkan kualitas layanan yang diberikan.

G. Pengambilan Keputusan Etis pada Populasi Khusus

Pengambilan keputusan etis pada populasi khusus, seperti anak-anak, lansia (geriatri), dan individu dengan gangguan kesehatan mental, memerlukan pertimbangan multidimensi yang mencakup prinsip etika bioetika, konteks hukum, serta kondisi klinis. Prinsip-prinsip dasar seperti beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), justice (keadilan), dan autonomy (otonomi) menjadi landasan penting dalam proses pengambilan keputusan ini.

1. Populasi Anak

Dalam kasus pediatrik yang melibatkan kondisi medis kompleks seperti leukemia, pengambilan keputusan etis menjadi sangat krusial, terutama ketika terdapat ketegangan antara otonomi orang tua dan kepentingan terbaik anak. Prinsip beneficence, yang menekankan pentingnya bertindak demi kesejahteraan anak, menjadi landasan utama dalam proses pengambilan keputusan tersebut (Lim et al., 2023). Ketika orang tua menolak prosedur pengobatan yang menyelamatkan nyawa, seperti kemoterapi, berdasarkan keyakinan agama, tenaga medis dihadapkan pada dilema etika yang memerlukan pendekatan hati-hati. Komunikasi yang empatik dan kolaborasi multidisipliner merupakan pendekatan yang efektif untuk memberikan pemahaman kepada orang tua mengenai manfaat pengobatan dan mengurangi potensi konflik (Sellaiah et al., 2023) (Birchley et al., n.d., 2022).

Praktik pengambilan keputusan bersama (shared decision making), yang melibatkan orang tua dalam proses pengambilan keputusan, dapat membantu menyelaraskan rencana perawatan dengan nilai-nilai keluarga sambil tetap memprioritaskan kesejahteraan anak. Namun, tingkat partisipasi orang tua dalam pengambilan keputusan ini bervariasi, dan justifikasi etis terkait praktik ini dapat berbeda antar profesional medis (Sellaiah et al., 2023). Dalam beberapa situasi, intervensi hukum mungkin diperlukan untuk mengatasi keberatan orang tua dan memastikan anak menerima perawatan medis yang diperlukan (Pearson et al., 2021). American Academy of Pediatrics menyarankan agar pengawasan pihak ketiga dilakukan dalam kasus-kasus semacam ini untuk melindungi kepentingan anak (Pearson et al., 2021). Pengembangan pendekatan standar dalam komunikasi dan pengambilan keputusan dapat meminimalkan ketegangan antara orang tua dan tenaga medis, sehingga mendukung tercapainya kepentingan terbaik bagi anak (Birchley et al., 2022). Integrasi prinsip etika yang tepat, penghormatan terhadap nilai-nilai orang tua, dan perlindungan terhadap hak-hak anak merupakan langkah-langkah penting dalam menangani kasus-kasus yang penuh tantangan ini.

2. Populasi Geriatri

Pada populasi lansia, pengambilan keputusan etis sering kali dipengaruhi oleh kondisi seperti demensia atau kompleksitas penyakit kronis. Substituted Judgment Standard, yaitu keputusan yang didasarkan pada preferensi pasien yang diketahui sebelumnya, sering digunakan untuk menghormati otonomi pasien. Contohnya, pasien berusia 85 tahun dengan kegagalan organ ganda yang sebelumnya menyatakan ingin menghindari perawatan invasif dapat dihadapi

dengan tantangan pelaksanaan keputusan etis tersebut di lingkungan rumah sakit (Andersson et al., 2022).

Namun, praktik ini sering kali terganggu oleh diskriminasi usia (ageism) atau ketidakpekaan terhadap nilai-nilai lansia. Kompetensi etis tenaga kesehatan, termasuk dokter dan perawat, sangat diperlukan untuk menghindari bias dan memastikan bahwa keputusan yang diambil sejalan dengan nilai-nilai pasien dan prinsip non-maleficence, yaitu menghindari intervensi yang tidak memberikan manfaat yang berarti (Butranova et al., 2023). Proses ini juga memerlukan keterlibatan aktif antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga untuk memastikan keputusan yang diambil benar-benar berpusat pada pasien.

3. Lingkup Kesehatan Mental

Pada individu dengan gangguan kesehatan mental, pengambilan keputusan etis sering kali melibatkan dilema terkait kapasitas pasien untuk membuat keputusan secara mandiri. Dalam kasus-kasus tertentu, prinsip beneficence dan non-maleficence menjadi pedoman utama. Misalnya, pada risiko bunuh diri, penahanan psikiatrik darurat dapat diberlakukan untuk melindungi pasien, meskipun ini dapat menantang prinsip otonomi (Manderius et al., 2023).

Pendekatan seperti Therapeutic Privilege, yaitu penundaan pemberian informasi yang berpotensi berbahaya bagi pasien, sering kali digunakan untuk mencegah risiko yang lebih besar (Haeusermann & Chiong, 2024). Namun, langkah-langkah koersif semacam ini menimbulkan ketegangan etis antara mempromosikan kesejahteraan pasien dan menghormati hak-hak mereka, sehingga membutuhkan panduan etika yang jelas (Manderius et al., 2023). Dalam konteks yang lebih kompleks, seperti bunuh diri yang dibantu atau euthanasia, isu etika yang berkaitan dengan martabat dan kapasitas pasien menjadi fokus utama. Pendekatan kolaboratif, yang melibatkan tim multidisiplin dan keluarga, sangat penting untuk memastikan bahwa keputusan dibuat dengan mempertimbangkan semua aspek etis, hukum, dan klinis.

H. Tantangan Etika dalam Pelayanan Kesehatan Modern

Integrasi teknologi canggih, seperti kecerdasan buatan (AI), ke dalam pelayanan kesehatan telah membawa perubahan besar dalam cara perawatan diberikan. Namun, perkembangan ini juga menimbulkan tantangan etika yang signifikan, terutama terkait dengan otonomi pasien, privasi, dan keadilan akses terhadap perawatan.

Kecerdasan buatan memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan klinis dengan meningkatkan efisiensi dan akurasi diagnosis. Namun, ada risiko bias dalam algoritma AI yang dapat memengaruhi keadilan layanan,

khususnya bagi kelompok yang kurang terwakili (Parchmann et al., 2024)(Farmer et al., 2024). Dalam hal ini, perawat memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa keputusan berbasis AI tetap berfokus pada kebutuhan individu pasien. Transparansi dan akuntabilitas dalam aplikasi AI harus diprioritaskan untuk menjaga kepercayaan pasien terhadap teknologi ini (PR, 2024).

Telemedicine, yang semakin populer terutama di daerah terpencil, membuka akses yang lebih luas terhadap layanan kesehatan. Namun, penggunaan teknologi ini juga menimbulkan tantangan etika, seperti perlindungan privasi data pasien. Perawat harus memiliki keahlian dalam protokol keamanan data untuk memastikan bahwa informasi pasien tetap terlindungi dan tidak disalahgunakan (PR, 2024).

Selama pandemi COVID-19, keterbatasan sumber daya kesehatan memperumit pengambilan keputusan etis. Perawat sering kali dihadapkan pada situasi di mana mereka harus memprioritaskan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi atau peluang keberhasilan pengobatan. Dalam situasi ini, keadilan dan manfaat harus seimbang. Solusi etis melibatkan pedoman yang transparan serta dukungan dari komite etika untuk membantu dalam distribusi sumber daya secara adil. Selain itu, komunikasi yang jelas dengan pasien dan keluarga sangat penting untuk mengurangi kesalahpahaman dan membangun kepercayaan (Carracedo et al., 2024).

Kebijakan kesehatan, seperti pembiayaan berbasis Diagnosis-Related Groups (DRG), sering kali memberikan tekanan pada tenaga kesehatan untuk mengutamakan efisiensi daripada kualitas perawatan. Kondisi ini menempatkan perawat dalam posisi yang sulit, di mana mereka harus mengadvokasi kebutuhan pasien sambil berusaha meminimalkan dampak negatif kebijakan terhadap praktik klinis. Partisipasi aktif perawat dalam diskusi kebijakan menjadi sangat penting untuk memastikan keseimbangan antara efisiensi dan kualitas perawatan (Ko et al., 2024).

Kepemimpinan etis dalam keperawatan juga menjadi elemen kunci dalam mengatasi tantangan ini. Pemimpin keperawatan sering kali menghadapi keputusan yang memengaruhi moral staf dan kualitas layanan. Model kepemimpinan berbasis nilai, seperti kepemimpinan transformasional, dapat menciptakan lingkungan kerja yang mendukung, mendorong diskusi etis yang terbuka, dan membantu menyelesaikan dilema etika secara efektif (Ko et al., 2024). Secara keseluruhan, pelatihan berkelanjutan dalam teknologi digital, etika, dan advokasi kebijakan menjadi sangat penting bagi perawat. Kompetensi ini memungkinkan mereka untuk menghadapi tantangan yang kompleks dan tetap menegakkan standar etika dalam perawatan kesehatan modern (PR, 2024).

I. Mengembangkan Kompetensi Etika dalam Praktik Keperawatan

Kompetensi etika dalam praktik keperawatan merupakan elemen kunci yang memastikan perawat tidak hanya mematuhi standar profesional, tetapi juga mampu menghadapi tantangan etis yang kompleks dalam dunia medis yang terus berkembang. Kompetensi ini mencakup pemahaman mendalam tentang prinsip-prinsip etika, penerapannya dalam pengambilan keputusan klinis, serta pengembangan sikap dan perilaku yang mencerminkan profesionalisme di setiap aspek pelayanan kesehatan.

1. Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan

Pentingnya Pendidikan Berkelanjutan dalam Pengembangan Kompetensi Etika Perawat. Pendidikan berkelanjutan memainkan peran strategis dalam mengembangkan kompetensi etika perawat, memungkinkan mereka menghadapi skenario klinis yang kompleks dengan lebih percaya diri dan profesional. Integrasi prinsip-prinsip etika seperti beneficence (manfaat), non-maleficence (tidak merugikan), autonomy (otonomi), dan justice (keadilan) ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan sangat penting untuk membangun pemahaman yang komprehensif tentang perawatan pasien. Salah satu pendekatan efektif dalam pendidikan ini adalah pelatihan berbasis skenario klinis yang melibatkan dilema etika dunia nyata. Metode ini membantu perawat mengasah kemampuan analitis dan refleksi mereka, sehingga lebih siap menghadapi tantangan praktik sehari-hari (da Silva et al., 2022). Selain itu, penggunaan metode pendidikan inovatif seperti Arc of Maguerez telah terbukti efektif dalam mendorong refleksi mendalam di kalangan tenaga kesehatan, memperkuat pentingnya pendidikan berkelanjutan dalam pengembangan profesional (da Silva et al., 2022).

Kemajuan teknologi medis, seperti kecerdasan buatan (AI) dan telemedicine, menambah dimensi baru dalam tantangan etika. Oleh karena itu, program pendidikan berkelanjutan harus mencakup pelatihan mengenai isu-isu kontemporer, seperti perlindungan data pasien dan penggunaan teknologi secara etis (Zarei et al., 2022). Platform pelatihan online juga telah menjadi solusi yang menjanjikan, memberikan fleksibilitas dan efektivitas dalam pembelajaran, serta meningkatkan kepuasan perawat terhadap proses Pendidikan. Namun, keberhasilan program pendidikan berkelanjutan sering kali dihambat oleh berbagai kendala, seperti kurangnya dukungan dari pemberi kerja. Hambatan ini perlu diatasi untuk memastikan bahwa perawat dapat memaksimalkan manfaat dari pelatihan tersebut (Zaitoun et al., 2023).

Secara keseluruhan, pendidikan berkelanjutan merupakan elemen vital dalam meningkatkan kompetensi perawat, memastikan mereka tidak hanya

mampu memberikan perawatan yang berkualitas tinggi tetapi juga etis. Dengan pendidikan yang relevan dan berkelanjutan, perawat dapat lebih siap menghadapi dinamika lanskap perawatan kesehatan yang terus berkembang.

2. Pengembangan Kemampuan Pengambilan Keputusan Etis

Melatih perawat untuk membuat keputusan etis dalam situasi klinis yang kompleks merupakan aspek fundamental dalam meningkatkan kualitas praktik keperawatan. Salah satu pendekatan yang efektif adalah dengan menggunakan model pengambilan keputusan etis yang sistematis, seperti model DECIDE. Model ini mendorong perawat untuk mengikuti langkah-langkah yang terstruktur, yaitu: mendefinisikan masalah, mengeksplorasi alternatif, mempertimbangkan hasil, mengidentifikasi nilai-nilai, membuat keputusan, dan mengevaluasi keputusan. Proses ini tidak hanya mendukung kompetensi etis tetapi juga sejalan dengan kebutuhan praktik keperawatan di era modern.

Penelitian menunjukkan bahwa perawat di unit perawatan intensif sering menghadapi dilema etika yang kompleks. Ketegangan dan konflik dalam pengambilan keputusan kerap muncul akibat penilaian moral yang dipengaruhi oleh kondisi pasien dan tekanan organisasi (Yazdimoghaddam et al., 2023). Untuk mengatasi hal ini, strategi pendidikan yang menggabungkan metode pengajaran interaktif dan multimodal telah terbukti efektif dalam mengembangkan kompetensi etika di kalangan mahasiswa keperawatan. Pendekatan ini membantu menumbuhkan pemikiran kritis dan keterampilan interpersonal yang penting untuk menyelesaikan konflik etis (Lechasseur et al., 2023).

Selain itu, terdapat hubungan yang signifikan antara pengambilan keputusan etis dan perilaku profesional. Hal ini menegaskan bahwa program pendidikan harus dirancang untuk meningkatkan keterampilan ini, mempersiapkan perawat untuk menghadapi tantangan nyata di lapangan (Behshid et al., n.d.). Baik mahasiswa maupun perawat profesional menunjukkan kepekaan moral, yang menekankan pentingnya refleksi kritis dan kesadaran etis dalam mengelola konflik etika (Schneider et al., 2022).

Namun, kesenjangan dalam pemahaman bahasa dan prinsip etika sering kali ditemukan, terutama di antara pemimpin perawat. Kondisi ini menggarisbawahi perlunya bahasa etika yang eksplisit dalam pendidikan dan praktik untuk memfasilitasi refleksi etis yang lebih mendalam serta pengambilan keputusan yang lebih terarah (Storaker et al., 2022). Dengan demikian, mengintegrasikan model sistematis seperti DECIDE bersama strategi pendidikan yang komprehensif dapat secara signifikan meningkatkan kemampuan perawat untuk menavigasi kompleksitas etika secara efektif. Langkah ini tidak hanya

memperkuat kompetensi etis tetapi juga mendukung perawat dalam menjalankan peran profesional mereka dengan integritas dan kepercayaan diri.

3. Peran Mentor dalam Pengambilan Keputusan Etis

Mentoring memainkan peran strategis dalam mengembangkan kompetensi etika di kalangan perawat, dengan menyediakan sistem dukungan terstruktur yang memungkinkan perawat berpengalaman membimbing para pemula dalam pengambilan keputusan berbasis etika. Hubungan mentoring ini tidak hanya menumbuhkan sikap reflektif, tetapi juga memungkinkan peserta untuk mengevaluasi dan belajar dari pengalaman mereka, baik dalam konteks klinis maupun profesional.

Pentingnya mentoring telah diakui dalam berbagai bidang, termasuk organisasi inovatif, di mana mentoring terbukti efektif dalam meningkatkan keterampilan profesional dan memfasilitasi transfer pengetahuan (Doroshkevych & Kit, 2024). Dalam pendidikan keperawatan, metode pengajaran interaktif dan multimodal yang mencakup pendampingan telah menunjukkan keberhasilan dalam mengembangkan kompetensi etika, pemikiran kritis, dan keterampilan interpersonal di antara mahasiswa keperawatan (Lechasseur et al., 2023).

Pendampingan yang berfokus pada etika secara khusus memiliki peran penting dalam mempromosikan perilaku etis di tempat kerja. Hal ini terbukti dapat meningkatkan perilaku kewarganegaraan organisasi dan mengurangi perilaku kerja yang kontraproduktif, melalui mediasi identitas moral dan efikasi diri (Busch et al., 2023). Namun, mentoring dalam lingkungan berbasis data, seperti penggunaan sistem analisis pembelajaran, menimbulkan tantangan baru. Dalam konteks ini, mentor harus menavigasi isu-isu seperti keadilan, tanggung jawab, transparansi, dan memastikan bahwa pilihan yang diberikan kepada peserta tetap etis (Lee & Gargroetzi, 2023).

Pada konteks transisi profesional, seperti bidan yang baru memenuhi syarat, pendampingan menjadi kunci untuk membantu mereka mencapai otonomi profesional. Namun, efektivitas mentoring sering kali terhambat oleh kurangnya pelatihan yang memadai untuk mentor dan keterbatasan sumber daya yang tersedia (Simane-Netshisaulu et al., 2022). Secara keseluruhan, mentoring merupakan komponen penting dalam mengembangkan dan memelihara kompetensi etis perawat. Meskipun demikian, efektivitas mentoring dapat dipengaruhi oleh berbagai tantangan sistemik, termasuk kurangnya pelatihan mentor, kendala waktu, dan keterbatasan sumber daya. Oleh karena itu, diperlukan dukungan kelembagaan yang lebih kuat untuk memastikan bahwa mentoring dapat berjalan dengan optimal dan memberikan dampak positif yang signifikan terhadap kompetensi etika perawat.

4. Membangun Kesadaran Etika dalam Praktik Sehari-hari

Kompetensi etis dalam keperawatan, khususnya dalam perawatan pasien lanjut usia, melampaui pemahaman teoritis dan mencakup aplikasi praktis yang menekankan kesejahteraan holistik pasien. Hal ini tidak hanya berfokus pada aspek kesehatan fisik, tetapi juga mencakup dimensi psikososial dan emosional. Kompetensi ini dapat dicapai melalui komunikasi yang efektif serta keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan.

Pendidikan dan pelatihan memiliki peran penting dalam mengembangkan kompetensi etis di kalangan perawat. Salah satu metode yang efektif adalah putaran etika, yang telah terbukti meningkatkan kemampuan etis tenaga kesehatan dengan menumbuhkan sikap kritis dan pola pikir yang adaptif. Pendekatan ini sangat penting dalam mengelola konflik moral, terutama di lingkungan dengan keterbatasan sumber daya (Pennestrì et al., 2023)

Selain itu, strategi pendidikan yang menggabungkan metode pengajaran interaktif dan multimodal telah terbukti efektif dalam membangun kompetensi etis mahasiswa keperawatan. Strategi ini membantu mengembangkan keterampilan penting seperti komunikasi, kolaborasi, dan pemikiran kritis, yang sangat diperlukan dalam praktik klinis (Lechasseur et al., 2023).

Kerangka evaluasi seperti Ethical Caring Competence Scale (ECCS) menawarkan pendekatan yang andal untuk menilai kompetensi etis perawat. Skala ini menyoroti pentingnya evaluasi yang terstruktur untuk memandu perilaku etis dalam praktik klinis (Katayama et al., 2022). Selain itu, pendidikan etika juga memainkan peran penting dalam mempersiapkan tenaga kesehatan untuk mengenali dan menangani dilema etika. Dengan kemampuan ini, perawat dapat mencegah dampak negatif, seperti kerusakan moral pada pasien, sekaligus mengurangi tekanan moral yang dialami oleh pengasuh (Andersson et al., 2022). Secara keseluruhan, pendekatan-pendekatan ini menggarisbawahi pentingnya mengintegrasikan pelatihan kompetensi etika ke dalam pendidikan dan praktik keperawatan. Dengan memastikan perawat diperlengkapi secara komprehensif, mereka dapat memprioritaskan kesejahteraan pasien secara holistik, menghadapi dilema etika dengan percaya diri, dan memberikan perawatan yang berkualitas tinggi.

5. Penggunaan Teknologi Secara Etis

Integrasi kecerdasan buatan (AI) dan telemedicine dalam pelayanan kesehatan memberikan peluang besar sekaligus tantangan yang kompleks dalam aspek etika, khususnya bagi profesional keperawatan. Para perawat diharapkan mampu menavigasi isu-isu seperti privasi, transparansi, dan otonomi pasien

dalam konteks penggunaan teknologi ini. AI memiliki potensi untuk merevolusi pelayanan kesehatan dengan cara meningkatkan akurasi diagnostik, mempersonalisasi rencana perawatan, dan merampingkan alur kerja klinis. Hal ini tidak hanya membantu meringankan beban kerja staf kesehatan tetapi juga meningkatkan kualitas hasil perawatan pasien (Pap & Oniga, 2022)

Namun, kemajuan teknologi ini juga memunculkan persoalan etika dan hukum yang signifikan. Salah satu isu utama adalah pentingnya mendapatkan informed consent dari pasien, terutama di kalangan populasi rentan seperti anak-anak dan lanjut usia. Kelompok ini sering kali menghadapi hambatan dalam memahami dan memberikan persetujuan secara bebas karena keterbatasan akses terhadap teknologi atau kesenjangan literasi digital (Smallman, 2022); Hermansyah et al., 2023). Selain itu, tantangan privasi dan keamanan data menjadi perhatian utama dalam penerapan AI, di mana perlunya pedoman etika serta kerangka hukum yang jelas sangat ditekankan untuk memastikan pengelolaan teknologi ini dilakukan secara bertanggung jawab (Hiwale et al., 2023).

Dalam konteks keperawatan, penerapan AI dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan, tetapi juga menghadirkan tantangan terkait akuntabilitas dan kepercayaan. Oleh karena itu, penting untuk melibatkan perawat secara aktif dalam proses desain dan regulasi sistem AI agar teknologi ini tetap sejalan dengan nilai-nilai inti keperawatan (Nashwan & Abujaber, 2023). Telemedicine, yang kini semakin didukung oleh teknologi seperti blockchain dan federated learning, menawarkan solusi aman untuk layanan kesehatan jarak jauh. Namun, integrasi teknologi ini memerlukan perhatian yang serius terhadap isu-isu privasi dan keamanan pasien (H Mathews et al., 2023)

Lebih lanjut, penggunaan AI secara etis dalam pelayanan kesehatan memerlukan evaluasi berkelanjutan dan pembaruan kode etik. Hal ini penting untuk mengurangi risiko bias dan memastikan keadilan dalam praktik klinis, terutama pada bidang psikologi, di mana penggunaan AI semakin luas (Pap & Oniga, 2022). Dalam menghadapi perkembangan ini, pelatihan bagi tenaga kesehatan untuk memahami dan menerapkan teknologi secara etis menjadi kebutuhan mendesak. Tujuannya adalah mendukung pengambilan keputusan yang adil, mempertahankan kualitas pelayanan pasien, dan memastikan AI serta telemedicine diterapkan dengan bijaksana dan sesuai prinsip-prinsip etika profesional.

6. Pengambilan Keputusan Kolaboratif

Profesi keperawatan menempatkan kolaborasi sebagai elemen kunci dalam pengambilan keputusan etis dan pemberian perawatan yang holistik. Pendekatan kolaboratif melibatkan kerja sama antara perawat, dokter, psikolog, dan pekerja sosial, memungkinkan tim kesehatan untuk mengatasi tantangan kompleks dalam pelayanan kesehatan serta meningkatkan hasil pasien. Dalam peran ini, perawat tidak hanya mematuhi standar profesional tetapi juga berkontribusi secara signifikan terhadap kesejahteraan dan keselamatan pasien melalui keterlibatan aktif dalam upaya peningkatan kualitas yang berkelanjutan (Veličković, 2023).

Evolusi keperawatan menjadi profesi yang sangat terampil dan otonom menekankan perlunya perawat memiliki pengetahuan mendalam dan kompetensi yang memadai. Hal ini memungkinkan mereka untuk membuat keputusan yang tepat sambil bekerja secara efektif dalam tim interdisipliner (Palladino & Thapa, 2023). Penelitian menunjukkan bahwa kolaborasi yang baik antara perawat dan dokter dapat meningkatkan kualitas layanan serta kepuasan pasien. Persepsi positif terhadap perilaku kolaboratif di lingkungan rumah sakit menegaskan pentingnya kerja sama antarprofesional (Dulahu et al., 2022).

Selain itu, integrasi peran klinis, akademik, dan penelitian sangat penting untuk memajukan praktik keperawatan. Dengan memastikan terjemahan hasil penelitian yang cepat ke dalam praktik, perawat dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan (Furlong et al., 2023). Namun, terdapat tantangan yang perlu diatasi, seperti kebutuhan akan pelatihan khusus dan kurangnya keakraban dengan program spesialisasi. Tantangan ini menyoroti pentingnya pendidikan berkelanjutan dan pengembangan profesional untuk memastikan perawat tetap kompeten dan dapat memberikan perawatan berkualitas tinggi (Lazinica et al., 2023).

Secara keseluruhan, membina hubungan antarprofesional yang kuat dan berinvestasi dalam pendidikan serta jalur karir keperawatan sangat penting untuk mempertahankan tenaga kerja yang berkualitas serta meningkatkan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan (Furlong et al., 2023).

7. Refleksi Diri dan Evaluasi Praktik

Pengembangan kompetensi etika dalam keperawatan dapat ditingkatkan secara signifikan melalui refleksi diri dan pengawasan klinis. Metode ini memungkinkan perawat untuk secara kritis mengevaluasi praktik mereka, menyelaraskan keputusan klinis dengan prinsip-prinsip etika, dan meningkatkan profesionalisme.

Strategi pendidikan yang menggabungkan metode pengajaran interaktif dan multimodal telah terbukti efektif dalam membangun kompetensi etika, termasuk keterampilan berpikir kritis dan kolaborasi yang sangat penting untuk pengambilan keputusan etis (Lechasseur et al., 2023). Selain itu, Ethical Caring Competence Scale (ECCS) memberikan kerangka kerja yang andal untuk menilai kompetensi etika, menggarisbawahi pentingnya alat evaluasi terstruktur dalam membimbing perilaku etis di lingkungan klinis (Katayama et al., 2022). Pendidikan etika juga memainkan peran penting dalam mempersiapkan tenaga kesehatan untuk menghadapi dilema etika dan mencegah tekanan moral. Penalaran etis dan pengambilan keputusan berbasis prinsip menjadi esensial untuk mengelola tantangan etika dalam praktik keperawatan (Andersson et al., 2022).

Pandemi COVID-19 telah mendorong adaptasi ke platform e-learning, yang terbukti mampu memfasilitasi diskusi dan refleksi etis melalui forum daring. Pendekatan ini berkontribusi pada pengembangan kompetensi etika mahasiswa keperawatan dengan mendorong eksplorasi dan artikulasi pemahaman mereka terhadap isu-isu etika yang kompleks (Mercurio et al., 2021). Keseluruhan temuan ini menggarisbawahi pentingnya mengintegrasikan praktik reflektif dan pengawasan klinis dalam pendidikan keperawatan. Langkah ini memberdayakan perawat untuk membuat keputusan yang etis dan seimbang, memastikan kesejahteraan pasien, dan menjunjung tinggi standar profesionalisme dalam pelayanan kesehatan.

8. Menghadapi Tantangan Etika pada Populasi Khusus

Kompetensi etis dalam keperawatan, terutama ketika berhadapan dengan populasi khusus seperti anak-anak, orang tua, atau pasien dengan gangguan kesehatan mental, membutuhkan pemahaman yang bernuansa tentang prinsip-prinsip etika dan kebutuhan unik kelompok-kelompok ini. Pelatihan dalam kompetensi etika sangat penting, karena memungkinkan perawat untuk menavigasi konflik moral dan mempromosikan perubahan dalam pengaturan perawatan. Misalnya, dalam perawatan lansia, tantangan etika lazim karena meningkatnya permintaan dan sumber daya yang terbatas, memerlukan sesi pelatihan yang ditargetkan untuk meningkatkan keterampilan profesional perawatan dalam mengenali dan mengatasi masalah moral (Pennestrì et al., 2023). Dalam lingkungan akademik, mengembangkan kompetensi etika di antara mahasiswa keperawatan sangat penting, dengan metode pengajaran multimodal terbukti efektif dalam menumbuhkan pemikiran kritis, komunikasi, dan keterampilan interpersonal, yang sangat penting untuk mengatasi dilema etika dalam populasi pasien yang beragam (Lechasseur et al., 2023). Perawat di unit perawatan intensif sering menghadapi tantangan etika, di mana penilaian moral

dipengaruhi oleh kondisi klinis pasien dan kendala organisasi, menyoroti perlunya dukungan organisasi untuk mengelola ketegangan etis (Yazdimoghaddam et al., 2023).

Pandemi COVID-19 telah memperlihatkan berbagai tantangan etika yang signifikan dalam profesi keperawatan, terutama terkait alokasi sumber daya yang terbatas dan keseimbangan antara tugas perawatan dengan kebutuhan pemeliharaan diri. Di Ethiopia, petugas kesehatan garis depan sering kali dihadapkan pada dilema etika dalam merationing komoditas kesehatan penting, seperti ventilator dan tempat tidur rumah sakit, yang sangat diperlukan untuk merawat pasien COVID-19. Situasi ini menuntut pengambilan keputusan yang berfokus pada prinsip-prinsip etika untuk memastikan distribusi sumber daya yang adil (Melaku et al., 2023).

Hal serupa terjadi di Filipina, di mana sumber daya penyelamat jiwa yang terbatas, seperti ventilator mekanis, menciptakan tantangan etika dalam alokasi. Meskipun prinsip memaksimalkan manfaat sering menjadi prioritas, kebutuhan untuk memperhatikan populasi yang rentan juga mendesak. Hal ini menunjukkan pentingnya transparansi dan keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan untuk menciptakan kepercayaan dan keadilan dalam distribusi sumber daya (Fernandez, 2023).

Selain itu, perawat di seluruh dunia menghadapi tantangan psikososial yang mendalam selama pandemi. Ketiadaan alat pelindung diri yang memadai, beban kerja yang berlebihan, serta pengalaman traumatis menyaksikan banyaknya kematian pasien menjadi faktor utama yang memicu stres, kelelahan, dan kecemasan di kalangan perawat (Iddrisu et al., 2023). Di Slovakia, dampak pandemi bahkan menyebabkan banyak perawat mempertimbangkan untuk meninggalkan profesi mereka, akibat kombinasi antara kelebihan pekerjaan dan ketidakpuasan terhadap kompensasi finansial yang diterima (Putekova et al., 2023).

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, diperlukan strategi komprehensif yang mencakup pemberian konseling rutin, dukungan psikologis, dan pengembangan strategi sumber daya manusia yang berorientasi pada peningkatan ketahanan dan kesiapan dalam menghadapi situasi darurat di masa depan. Implementasi program dukungan ini bertujuan tidak hanya untuk melindungi kesejahteraan perawat, tetapi juga memastikan keberlanjutan standar perawatan yang etis dan berkualitas tinggi (Iddrisu et al., 2023; Putekova et al., 2023).

Pandemi COVID-19 telah memperlihatkan berbagai tantangan etika yang signifikan dalam profesi keperawatan, terutama terkait alokasi sumber daya yang

terbatas dan keseimbangan antara tugas perawatan dengan kebutuhan pemeliharaan diri. Di Ethiopia, petugas kesehatan garis depan sering kali dihadapkan pada dilema etika dalam merationing komoditas kesehatan penting, seperti ventilator dan tempat tidur rumah sakit, yang sangat diperlukan untuk merawat pasien COVID-19. Situasi ini menuntut pengambilan keputusan yang berfokus pada prinsip-prinsip etika untuk memastikan distribusi sumber daya yang adil (Melaku et al., 2023).

Hal serupa terjadi di Filipina, di mana sumber daya penyelamat jiwa yang terbatas, seperti ventilator mekanis, menciptakan tantangan etika dalam alokasi. Meskipun prinsip memaksimalkan manfaat sering menjadi prioritas, kebutuhan untuk memperhatikan populasi yang rentan juga mendesak. Hal ini menunjukkan pentingnya transparansi dan keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan untuk menciptakan kepercayaan dan keadilan dalam distribusi sumber daya (Fernandez, 2023).

Selain itu, perawat di seluruh dunia menghadapi tantangan psikososial yang mendalam selama pandemi. Ketiadaan alat pelindung diri yang memadai, beban kerja yang berlebihan, serta pengalaman traumatis menyaksikan banyaknya kematian pasien menjadi faktor utama yang memicu stres, kelelahan, dan kecemasan di kalangan perawat (Iddrisu et al., 2023). Di Slovakia, dampak pandemi bahkan menyebabkan banyak perawat mempertimbangkan untuk meninggalkan profesi mereka, akibat kombinasi antara kelebihan pekerjaan dan ketidakpuasan terhadap kompensasi finansial yang diterima (Putekova et al., 2023).

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, diperlukan strategi komprehensif yang mencakup pemberian konseling rutin, dukungan psikologis, dan pengembangan strategi sumber daya manusia yang berorientasi pada peningkatan ketahanan dan kesiapan dalam menghadapi situasi darurat di masa depan. Implementasi program dukungan ini bertujuan tidak hanya untuk melindungi kesejahteraan perawat, tetapi juga memastikan keberlanjutan standar perawatan yang etis dan berkualitas tinggi (Iddrisu et al., 2023) ; (Putekova et al., 2023).

Secara keseluruhan, pandemi COVID-19 telah menyoroti kebutuhan mendesak akan pendekatan strategis dalam mengelola tantangan etika dalam keperawatan. Dengan menyediakan kerangka kerja yang transparan, berbasis prinsip etika, serta dukungan yang memadai bagi perawat, sistem kesehatan dapat lebih siap untuk menghadapi krisis serupa di masa depan, sekaligus mempertahankan komitmen terhadap nilai-nilai keadilan, kesetaraan, dan kepedulian terhadap pasien (Morley et al., 2023).

J. Glosarium

Etika Keperawatan: Kode moral yang membimbing perawat dalam pengambilan keputusan klinis, mencakup prinsip otonomi, beneficence, non-maleficence, keadilan, dan kerahasiaan.

Beneficence: Prinsip etika yang mengharuskan tindakan perawat untuk selalu mengedepankan kepentingan terbaik pasien, meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental mereka.

Non-Maleficence: Prinsip etika yang menegaskan pentingnya tidak melakukan tindakan yang dapat merugikan pasien.

Otonomi Pasien: Hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri berdasarkan informasi yang memadai dan persetujuan yang diinformasikan. Shared Decision-Making (SDM): pengambilan keputusan yang melibatkan perawat dan pasien secara kolaboratif untuk menentukan rencana perawatan.

Teknologi Kesehatan: Inovasi seperti kecerdasan buatan (AI) dan telemedicine yang mendukung pelayanan kesehatan tetapi memerlukan pertimbangan etika dan hukum.

Kode Etik Keperawatan: Panduan profesional yang ditetapkan oleh organisasi keperawatan untuk memastikan standar etika dalam praktik.

Komite Etika Rumah Sakit (KER): Tim yang bertugas memberikan panduan dalam menyelesaikan konflik etika dalam pelayanan kesehatan.

Substituted Judgment Standard: Metode pengambilan keputusan berdasarkan keinginan pasien yang diketahui sebelumnya.

Therapeutic Privilege: Hak profesional kesehatan untuk menunda pemberian informasi kepada pasien jika dianggap dapat membahayakan kondisi mereka.

Perawatan Holistik: Pendekatan yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien.

Pandemi COVID-19: Wabah global yang menimbulkan tantangan etika baru, seperti alokasi sumber daya terbatas dan perlindungan tenaga kesehatan.

Refleksi Diri: Proses evaluasi praktik oleh perawat untuk meningkatkan profesionalisme dan kepatuhan terhadap prinsip etika.

K. Kesimpulan

Etika keperawatan memiliki peran penting dalam pengambilan keputusan klinis, membantu perawat menghadapi dilema etika dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip moral dan hukum. Proses pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan memerlukan keseimbangan antara pengetahuan medis, hak pasien, dan standar profesionalisme untuk memastikan kualitas perawatan yang optimal. Pendidikan dan pelatihan etika yang berkelanjutan menjadi faktor kunci dalam

membekali perawat dengan keterampilan analitis serta pengambilan keputusan yang etis. Selain itu, kolaborasi antarprofesional dan dukungan kelembagaan diperlukan untuk memperkuat kompetensi etis perawat dalam menghadapi tantangan klinis yang kompleks. Dalam praktiknya, penerapan prinsip-prinsip etika seperti otonomi, keadilan, beneficence, dan non-maleficence harus diintegrasikan ke dalam setiap aspek layanan kesehatan guna meningkatkan keselamatan pasien serta menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan dalam perawatan.

L. Referensi

- Abdulmohdi, N., & Mcvicar, A. (2023). Investigating the clinical decision-making of nursing students using high-fidelity simulation, observation and think aloud: A mixed methods research study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 811–824. <https://doi.org/10.1111/jan.15507>
- Abu Arra, A. Y., Ayed, A., Toqan, D., Albashtawy, M., Salameh, B., Sarhan, A. L., & Batran, A. (2023). The Factors Influencing Nurses' Clinical Decision-Making in Emergency Department. *Inquiry (United States)*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231152080>
- Albooghobeish, M., Saidkhani, V., Angali, K. A., & Farzaneh, M. (2023). Clinical Decision-Making and Self-Efficacy Skills in Anesthesiology Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Shiraz E Medical Journal*, 24(4). <https://doi.org/10.5812/semj-134178>
- Andersson, H., Svensson, A., Frank, C., Rantala, A., Holmberg, M., & Bremer, A. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>
- Antika, R., Adhisty, K., & Latifin, K. (n.d.). Paker Digital Application in Making Palliative Nursing Care. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 16(1), 2023.
- Arianto, A. B., Trisyani, Y., & Emaliyawati, E. (2022). Nurses' Experience Of Ethical Dilemma At The End-Of-Life Care In The Intensive Care Unit. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 17(3), 112–116. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2022.17.3.5698>
- Behshid, M., Tavani, M. F., Farshad, S. M., Molaei Tavani, F., Rahmani, A., Mousavi, S., Seif-Farshad, M., & Rahmani, P. (n.d.). Relationships between ethical decision-making and professional behavior in Iranian nursing students. In *J. Med. Ethics. Hist. Med.*
- Birchley, G., Thomas-Unsworth, S., Mellor, C., Baquedano, M., Ingle, S., & Fraser, J. (n.d.). Factors affecting decision-making in children with complex care needs: a consensus approach to develop best practice in a UK children's hospital. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001589>

- Birchley, G., Thomas-Unsworth, S., Mellor, C., Baquedano, M., Ingle, S., & Fraser, J. (2022). Factors affecting decision-making in children with complex care needs: a consensus approach to develop best practice in a UK children's hospital. *BMJ Paediatrics Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001589>
- Bozhidarova Georgieva, V. (2023). Clinical Ethical Consultation In Decision Making Process. In *Archives of the Balkan Medical Union* (Vol. 58, Issue 3, pp. 279–284). Balkan Medical Union. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2023.58.3.07>
- Butranova, O., Ushkalova, E., & Zyryanov, S. (2023). Ethical issues in geriatric care. *М е д и ц и н с к а я Э т и к а*, 2023(1). <https://doi.org/10.24075/medet.2023.004>
- Carracedo, S., Palmero, A., & Saenz, C. (2024). Ethics Review Challenges (pp. 107–130). https://doi.org/10.1007/978-3-031-41804-4_6
- Chang, H. Y., Mao, P. L., & Huang, C. Y. (2023). Nurse-led shared decision-making on complementary therapy use by patients with diabetes: An participatory action research. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6310–6321. <https://doi.org/10.1111/jocn.16718>
- Cheraghi, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Hassankhani, H., & Jafarzadeh, A. (2023). Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01246-4>
- da Silva, V. B., de Sousa Pinheiro, A., Ferreira, L. N., Cunha, I. V., Cavalheiro, R. T. M., & Stipp, M. A. C. (2022). Problem-solving approach to continuing health education in nursing training: An experience in hospital care. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0543en>
- Doroshkevych, K., & Kit, A. (2024). Conceptual Foundations of the Development of Mentoring in the System of Innovative Activity of Enterprises. *Проблеми Сучасних Трансформацій. Серія: Економіка Та Управління*, 11. <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2024-11-04-05>
- Dulahu, W. Y., Hiola, D. S., Jafar, C. P. S. H., Mursyidah, A., Arsad, S. F. M., Biya, R. H., & Praditya, S. (2022). Nurse-Doctor Interprofessional Collaboration In Hospital: Study Description. *JURNAL KEPERAWATAN DAN FISIOTERAPI (JKF)*, 5(1), 98–109. <https://doi.org/10.35451/jkf.v5i1.1298>
- Farmer, R. L., Lockwood, A. B., Goforth, A., & Thomas, C. (2024). artificial-intelligence-in-practice-opportunities-challenges-1ic46i6n3x.
- Fernandez, L. (2023). "Ethical Challenges in Ventilator Allocation During COVID-19 Crisis Level Care in a Low-Resource Setting, Subtitle: Who Gets the Last ventilator?" *American Journal of Biomedical Science & Research*, 18(2), 173–177. <https://doi.org/10.34297/ajbsr.2023.18.002454>

- Firsanti, E. R., Kurniati, Hj. Y., & RAS, Hj. H. (2023). Application of Ethical Standards in Patient Information Management: Legal Perspectives and Medical Practice. *Formosa Journal of Social Sciences (FJSS)*, 2(4), 617–628. <https://doi.org/10.55927/fjss.v2i4.7355>
- Foster, E., & Baglia, J. (2021). The Difficult Case Consultation: An intervention for interprofessional health communication. *Qualitative Research in Medicine and Healthcare*, 5(3). <https://doi.org/10.4081/qrmh.2021.9977>
- Furlong, E., Ryder, M., Connolly, M., Flanagan, M., Flynn, A., Gallagher, P., Raftery, M., & Timmins, F. (2023). Partnership working and planning for the future of nursing. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 79, Issue 6, pp. e45–e46). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jan.15514>
- H Mathews, D. J., Ferryman, K., & Faden, R. (2023). Designing Health Care Artificial Intelligence That Comports With the Values of Patients-Children Are People Whose Voices Must Be Heard. *JAMA Network Open*, 6(5), 2310605. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.10605>
- Haeusermann, T., & Chiong, W. (2024). Ethical considerations in rapid and novel treatments in psychiatry. *Neuropsychopharmacology*, 49(1), 291–293. <https://doi.org/10.1038/s41386-023-01635-y>
- Haslam, L., & DePaul, V. (2019). Case study application of an ethical decision-making process for a fragility hip fracture patient. *Canadian Geriatrics Journal*, 22(1), 7–12. <https://doi.org/10.5770/cgj.22.272>
- Hermansyah, M., Najib, A., Farida, A., Sacipto, R., & Rintyarna, B. S. (2023). Artificial Intelligence and Ethics: Building an Artificial Intelligence System that Ensures Privacy and Social Justice. *International Journal of Science and Society*, 5(1), 2023. <http://ijsoc.goacademica.com>
- Hiwale, M., Walambe, R., Potdar, V., & Kotecha, K. (2023). A systematic review of privacy-preserving methods deployed with blockchain and federated learning for the telemedicine. *Healthcare Analytics*, 3, 100192. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTH.2023.100192>
- Humenna, N. V., & Kalyniuk, N. M. (2023). Legal Competence As A Necessary Component Of Professional Competence Of The Future Medical Workers. *М е д и ч н а О с в і т а*, 1, 104–112. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.1.13832>
- Iddrisu, M., Poku, C. A., Mensah, E., Attafuah, P. Y. A., Dzansi, G., & Adjorlolo, S. (2023). Work-related psychosocial challenges and coping strategies among nursing workforce during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01368-9>
- Ilkafah, I., Pangestu, A., Tyas, M., & Rachmawaty, R. (2023). The ethical principles and caring behavior of Indonesian nurses. In *Healthcare in Low-resource Settings* (Vol. 11, Issue s1).

- Jackson, D. (2023). Missed nursing care, low value activities and cultures of busyness. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 79, Issue 12, pp. 4428–4430). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jan.15701>
- Kang, B. H., & Cho, H. Y. (2023). Mediating effect of moral sensitivity on the relationship between nursing professionalism and ethical decision-making confidence in nursing students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 29(2), 180–189. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2023.29.2.180>
- Katayama, H., Muramatsu, T., Aoki, Y., & Nagashima, E. (2022). Psychometric evaluation of the Ethical Caring Competency Scale in nursing. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00886-2>
- Ko, E., Shamsalizadeh, N., Lee, J., & Ni, P. (2024). Prognosis-Related Communication: Ethical Dilemmas Among the Oncology Nurses in China (Preprint). <https://doi.org/10.2196/preprints.63006>
- Komatsu, H., & Komatsu, Y. (2023). The Role of Nurse on the Treatment Decision Support for Older People with Cancer: A Systematic Review. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 4). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040546>
- Lasič, D., & Kalender Smajlović, S. (2023). Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 57(2), 130–140. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3153>
- Lazinica, I., Županović, M., & Šijan, D. (2023). Attitudes Towards the Importance of Specialist Training in Nursing. *Croatian Nursing Journal*, 7(1), 5–17. <https://doi.org/10.24141/2/7/1/1>
- Lechasseur, K., Hegg, S., Mbemba, G. I. C., Caux, C., & Maltais, C. (2023). Educational strategies supporting the development of ethical competence among nursing students: an integrative review. *Quality Advancement in Nursing Education*, 9(1). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1347>
- Lee, H. H., & Gargroetzi, E. C. (2023). “It’s like a double-edged sword”: Mentor Perspectives on Ethics and Responsibility in a Learning Analytics–Supported Virtual Mentoring Program. *Journal of Learning Analytics*, 10(1), 85–100. <https://doi.org/10.18608/jla.2023.7787>
- Lim, I., Korfmacher, J., Steier, A., Zeanah, C., & Zeanah, P. D. (2023). The ethics of infant and early childhood mental health practice. *Infant Mental Health Journal*, 44(5), 651–662. <https://doi.org/10.1002/imhj.22055>
- Machelia, S., Nursery, C., Chrismilasari, L. A., Suaka, S., & Banjarmasin, I. (2024). Pentingnya Menjamin Penerapan Prinsip “Enam Benar” Pemberian Obat Guna Meningkatkan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. 11(2), 177–182.

- Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures – a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z>
- Martínez-Angulo, P., Rich-Ruiz, M., Ventura-Puertos, P. E., & López-Quero, S. (2023). Integrating shared decision-making, expressing preferences and active participation of older adults in primary care nursing: a systematic review of qualitative studies and qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*, 13(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071549>
- Melaku, T., Zeynudin, A., & Suleman, S. (2023). Ethical challenges and dilemmas in the rationing of health commodities and provision of high-risk clinical services during COVID-19 pandemic in Ethiopia: the experiences of frontline health workers. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00136-6>
- Mercurio, G., Ledonne, N., Castagno, E., & Massariello, P. (2021). Sviluppare la competenza etica degli studenti con gli strumenti della didattica a distanza: studio qualitativo su un forum di discussione sulla maternità surrogata. <https://doi.org/10.13135/1971-8551/5674>
- Morley, G., De Casterlé, B. D., Kynoch, K., Ramis, M. A., Suhonen, R., Ventura, C., & Arries-Kleyenstuber, E. (2023). Ethical challenges faced by nurses during the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(5), 970–976. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00247>
- Nashwan, A. J., & Abujaber, A. A. (2023). Harnessing Large Language Models in Nursing Care Planning: Opportunities, Challenges, and Ethical Considerations. <https://doi.org/10.7759/cureus.40542>
- Pakkanen, P., Häggman-Laitila, A., & Kangasniemi, M. (2022). Ethical issues identified in nurses' interprofessional collaboration in clinical practice: a meta-synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 725–734. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1892612>
- Palladino, F. P., & THAPA, P. (2023). The responsibility of the nurse in teamwork. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1, 72–79. <https://doi.org/10.35345/JOHMAL.1241652>
- Pap, I. A., & Oniga, S. (2022). A Review of Converging Technologies in eHealth Pertaining to Artificial Intelligence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 11413. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811413>
- Parchmann, N., Hansen, D., Orzechowski, M., & Steger, F. (2024). An ethical assessment of professional opinions on concerns, chances, and limitations of the implementation of an artificial intelligence-based technology into the geriatric patient treatment and continuity of care. *GeroScience*. <https://doi.org/10.1007/s11357-024-01229-6>

- Pearson, H., Bryan, G., Kayum, C., Gibson, F., & Darlington, A.-S. (2021). Predictors of mortality among newborns admitted with perinatal asphyxia at public hospitals in Ethiopia: a prospective cohort study. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03635-1>
- Peimane, R., Elahi, N., Sayadi, N., Haghighizadeh, M. H., & Bigdeli, M. (2023). Effect of Clinical Decision-Making Based on Interactive Training on Successful Extubations in Intensive Care Unit Patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 12(2). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-136158>
- Pennestrì, F., Villa, G., Giannetta, N., Sala, R., Manara, D. F., & Mordacci, R. (2023). Training Ethical Competence in a World Growing Old: A Multimethod Ethical Round in Hospital and Residential Care Settings. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(2), 279–294. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10236-9>
- Pervaiz, M., Sharif, N., Zunaira, ., Tasneem, S., & Jabeen, R. (2024). Assessment Of Knowledge About Teamwork Among Nurses. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*, 2024(1), 1284. <https://doi.org/10.54112/bcsrj.v2024i1.1284>
- PR, N. K. (2024). AI (Artificial Intelligence) in Nursing. *International Journal of Advance Research in Nursing*, 7(1), 82–85. <https://doi.org/10.33545/nursing.2024.v7.i1.b.370>
- Putekova, S., Martinkova, J., Urickova, A., Kober, L., Reichertova, S., Plancikova, D., & Majdan, M. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on the health and working conditions of nurses and its implications for policies: a cross-sectional study in Slovakia. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01356-z>
- Riffat, M. (2023). The Evolving Role of Nurses in Patient-Centered Care. *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*, 01. <https://doi.org/10.54393/nrs.v3i01.37>
- Santos, R. de C. dos, Espinoza, I. M., & Gomes, J. de O. (2024). The role of nurses in dealing with hypertensive patients in primary health care. In *Eyes on Health Sciences V.02*. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-006>
- Schneider, D. G., Ramos, F. R. S., Saioron, I., Bruggmann, M. S., da Silva, F., & de Pádua Lorençoni, B. (2022). Ethical problems in hospital clinical experiences of nursing students and professionals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21111>
- Sellaiah, V., Merlo, F., Malacrida, R., Albanese, E., & Fadda, M. (2023). Physician-reported characteristics, representations, and ethical justifications of shared decision-making practices in the care of paediatric patients with prolonged disorders of consciousness. *BMC Medical Ethics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00896-y>

- Shirazi, Z. H., & Sabetsarvestani, R. (2021). Moral intelligence in nursing: An evolutionary concept analysis. *Nursing Practice Today*, 8(4), 293–302. <https://doi.org/10.18502/NPT.V8I4.6705>
- Simane-Netshisaulu, K., Maputle, M., Netshikweta, L. M., & Shilubane, H. (2022). Mentorship during transition period: a challenge for newly qualified midwives in Limpopo province of South Africa. *African Health Sciences*, 22, 191–199. <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i1.25>
- Smallman, M. (2022). Multi Scale Ethics—Why We Need to Consider the Ethics of AI in Healthcare at Different Scales. *Science and Engineering Ethics*, 28, 63. <https://doi.org/10.1007/s11948-022-00396-z>
- Soylar, P., Ulucan, M., Dogan Yuksekol, O., Baltaci, N., & Ersogutcu, F. (2022). Ethical problems among nurses during pandemics: A study from Turkey. *Ethics, Medicine and Public Health*, 22. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2022.100796>
- Storaker, A., Heggestad, A. K. T., & Sæteren, B. (2022). Ethical challenges and lack of ethical language in nurse leadership. *Nursing Ethics*, 29(6), 1372–1385. <https://doi.org/10.1177/09697330211022415>
- Straub, C., Heinzmann, A., Krueger, M., & Bode, S. F. N. (2020). Nursing staff's and physicians' acquisition of competences and attitudes to interprofessional education and interprofessional collaboration in pediatrics. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02128-y>
- Stychno, E., & Kulczycka, K. (2023). Communication in Medical Teams: a Literature Review. *Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział w Lublinie*, 16(2), 537–548. <https://doi.org/10.32084/tkp.6863>
- Svantesson, M., Griffiths, F., White, C., Bassford, C., & Slowther, A. (2021). Ethical conflicts during the process of deciding about ICU admission: An empirically driven ethical analysis. *Journal of Medical Ethics*, 47(12), E87. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106672>
- Taghipour, N., Pirzadeh, F., Movasaghi, M., Abedi, A., & Taheriyani, Y. (2022). Evaluating the ethical reasoning and factors facilitating professional ethics of nursing. *International Journal of Health Sciences*, 48210–48225. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns7.13461>
- Veličković, J. (2023). Nurse In The Healthcare Quality System. *Annals of Nursing*. <https://doi.org/10.58424/annnurs.j6l.ouu.9b4>
- Vogel, A., Guinemer, C., & Fürstenau, D. (2023). Patients' and healthcare professionals' perceived facilitators and barriers for shared decision-making for frail and elderly patients in perioperative care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09120-4>

- Wang, S., & Song, J. (2023). Ethical Dilemmas in the Dermatology Outpatient Department in China. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 16, 1303–1308. <https://doi.org/10.2147/CCID.S404444>
- Yazdimoghaddam, H., Tabrizi, Z. M., & Zardosht, R. (2023). Ethical Care: Nurses' Experience of Moral Judgment in Intensive Care Units. *Journal of Qualitative Research in Health Science*, 12(1), 17–24. <https://doi.org/10.34172/jqr.2023.03>
- Yuliarpan, P., Kurniati, Y., & RAS, H. (2024). Comparative Analysis of Professional Ethics in Legal Practice and Medical Practice. *Formosa Journal of Social Sciences (FJSS)*, 3(1), 121–128. <https://doi.org/10.55927/fjss.v3i1.8610>
- Zainal, N. H., Musa, K. I., Rasudin, N. S., & Mamat, Z. (2023). Multilevel Modeling of Individual and Group Level Influences on Critical Thinking and Clinical Decision-Making Skills among Registered Nurses: A Study Protocol. *Healthcare (Switzerland)*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/healthcare11081169>
- Zaitoun, R. A., Battat, M., sakleh, I., Zabin, L., & ihudiebube-splendor, C. (2023). The nurses' perceptions of the obligatory continuing professional development program in a large tertiary hospital. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2578687/v1>
- Zarei, M., Mojarab, S., Bazrafkan, L., & Shokrpour, N. (2022). The role of continuing medical education programs in promoting iranian nurses, competency toward non-communicable diseases, a qualitative content analysis study. *BMC Medical Education*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03804-x>

PROFIL PENULIS



Ns. Nevi Kuspiana Lesmana Lahir di Cimahi, 06 Juni 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 di Universitas Pajajaran dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1998 - 2000 sebagai perawat di UGD RS Dustira Cimahi. Saat ini penulis bekerja di Akademi Keperawatan Buntet Pesantren Cirebon mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Etika dan Hukum

Keperawatan, Pendidikan Anti Korupsi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nevilesmana@gmail.com

Motto: "Allah Yang Maha Segalanya"



Muhammad Syahid Hidayat, Lahir di Demak, 01 November 1977. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Bachelor pada Program Studi Engineering, di WMU USA tahun 1999. S1 Hukum, Universitas Yos Soedarmo tahun 2016, S1 Keperawatan Universitas Patria Artha tahun 2025. Pendidikan S2 Management di WMU USA tahun 2005, S2 Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Semarang tahun 2018. Penulis bekerja sebagai Advokat di Perhimpunan Advokat Indonesia juga mengajar di beberapa kampus sebagai dosen

tamu mengampu mata kuliah hukum kesehatan. Saat ini, Muhammad Syahid Hidayat sedang menempuh pendidikan lanjut di Universitas 17 Agustus 1945 Semarang dan proses Disertasi untuk meraih gelar Doktor Ilmu Hukum. Sebagai kandidat doktor, beliau fokus pada penelitian di bidang hukum kesehatan, yang menjadi salah satu kontribusi signifikan bagi pengembangan praktik hukum keperawatan di Indonesia dan internasional. Dengan dedikasi dan pengalaman yang luas, Muhammad Syahid Hidayat terus berupaya memberikan dampak positif bagi profesi hukum dan keperawatan.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hidayat.ms5758@gmail.com

Motto: "Do The Best!!!"

PROFIL PENULIS



Ns. Fitriana Dewi, S. Kep., M. Kep lahir di Lhokseumawe Provinsi Aceh 12 September 1977. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan+Ners pada Prodi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh tahun 2006. Selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2013. Saat ini Penulis bekerja sebagai Pendidik di Poltekkes Kemenkes Aceh Prodi D3 Keperawatan Aceh Utara dan mengajar pada beberapa mata kuliah. Adapun mata kuliah yang diampu adalah Etika Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Manajemen Patient Safety, Keperawatan Anak, dan Metodologi Keperawatan. Selain aktif di bidang Pendidikan, penulis juga aktif kegiatan di bidang penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat yang telah terpublikasi di beberapa jurnal. Hasil-hasil kegiatan tridarma perguruan tinggi lebih banyak bidang manajemen keperawatan. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat. Wassalam



Ida Farida, APPd., M.Kes. Lahir di Kuningan, 05 Januari 1969. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan (DIV), Universitas Gajah Mada tahun 1999. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2003. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1991 s.d 1995 pada Akper Depkes Malang, kemudian 1995 s.d sekarang di Poltekkes Kemenkes Bandung Prodi Keperawatan (Kampus Bogor). Saat ini penulis bekerja di Prodi DIII Keperawatan (Kampus Bogor) Poltekkes Kemenkes Bandung mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gadar dan Bencana, Riset Keperawatan, Etika Keperawatan dan hukum Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, penulis jurnal nasional dan internasional, narasumber berbagai seminar, peneliti. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: idafm2025@gmail.com
Motto: "Be Strong Be Happy"

PROFIL PENULIS



Profil Penulis Johanna Tomaso SKM.S.Kep., M.Kes Johanna Tomaso SKM.S.Kep., M.Kes. KelJuli 1961 di kota Ambon. Menjalani pendidikan DIII Keperawatan di AKPER RS. PGI. Tjikini 1980, melanjutkan SI Kesehatan Masyarakat pada FKM., 1985., Universitas Hasanudin., SI Keperawatan di PSIK Universitas Gajah Mada Yogyakarta, tahun 2000. Pernah bekerja sebagai perawat di RS. PGI., Tjikini Jakarta., RS Abdi Waluyo Jakarta. Sebagai dosen pada AKPER Depkes Ambon, Poltekkes Kemenkes Maluku sejak tahun 1989 –sekarang. Aktif dalam mengajar, menulis buku, dan berorganisasi profesi dan di Masyarakat. Penulis dapat dihubungi pada: tomasoa30ok@gmail.com. Motto :

Berilah yang terbaik selagi ada kesempatan.



Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kep. lahir di Boyolali pada 6 Maret 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) pada Program Studi Keperawatan, Universitas Aisyiyah Surakarta, pada tahun 2010, kemudian melanjutkan ke jenjang Profesi Ners di universitas yang sama dan lulus pada tahun 2012. Pendidikan Magister (S2) ditempuh di Universitas Indonesia, dan penulis berhasil menyelesaikannya pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan penulis dimulai sejak tahun 2012 dengan fokus pada pendidikan keperawatan dan pemberdayaan masyarakat. Saat ini, penulis bekerja sebagai dosen tetap di Institut

Teknologi Sains dan Kesehatan PKU Muhammadiyah Surakarta. Mata kuliah yang diampu meliputi Manajemen Patient Safety, Manajemen Keperawatan, Keperawatan Jiwa, Etika dan Hukum Kesehatan, Promosi Kesehatan, serta Sistem Informasi Keperawatan.

Penulis aktif dalam berbagai kegiatan caturdharma Perguruan Tinggi. Di bidang pendidikan, penulis telah menghasilkan buku ajar seperti "Manajemen Patient Safety" dan "Manajemen Keperawatan". Di bidang penelitian, beberapa karya ilmiah telah diterbitkan di jurnal nasional dan internasional, di antaranya "Hubungan Penggunaan Komunikasi Efektif SBAR Terhadap Kualitas Pelaksanaan Handover" serta "*Knowledge and Risk of Needlestick Injuries in Nurses*". Dalam pengabdian masyarakat, penulis terlibat dalam kegiatan penyuluhan kesehatan reproduksi remaja, pemeriksaan kesehatan lansia, dan edukasi kesehatan terkait COVID-19 di berbagai wilayah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail wijayanti@itspku.ac.id.

Motto: "***Hidup adalah untuk menebar manfaat, sesungguhnya orang-orang yang beriman dan beramal saleh, mereka itulah sebaik-baik makhluk.***"

Sinopsis

Bunga Rampai Etika dan Hukum dalam Manajemen Keperawatan adalah sebuah karya yang mengupas berbagai aspek penting mengenai etika dan hukum yang harus diperhatikan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Buku ini terdiri dari tujuh bab yang membahas topik-topik yang sangat relevan dengan praktik keperawatan modern, termasuk hak pasien, tanggung jawab hukum perawat, serta etika dalam pengambilan keputusan klinis. Setiap bab dirancang untuk memberikan wawasan yang mendalam bagi perawat dan tenaga medis lainnya dalam menjalankan tugasnya dengan penuh tanggung jawab dan profesionalisme.

Di dalamnya, pembaca akan menemukan pembahasan mengenai implementasi hak pasien dalam pelayanan keperawatan, dengan fokus pada cara melaksanakan hak-hak tersebut di rumah sakit dan hambatan yang mungkin dihadapi. Selain itu, buku ini juga menyoroti tanggung jawab hukum perawat, risiko hukum yang mungkin timbul, serta perlindungan hukum bagi perawat dalam praktik sehari-hari. Tak ketinggalan, bab tentang informed consent, perawatan paliatif, serta perlindungan privasi dan kerahasiaan pasien memberikan gambaran lengkap tentang bagaimana etika dan hukum saling terkait dalam memberikan pelayanan yang bermartabat kepada pasien.

Buku ini juga menyajikan berbagai tantangan yang dihadapi oleh perawat, seperti dilema etika dalam pengambilan keputusan klinis dan peran perawat dalam menjaga kerahasiaan pasien. Dengan menggunakan studi kasus dan analisis praktis, buku ini memberikan gambaran nyata tentang bagaimana etika dan hukum diterapkan dalam konteks keperawatan. Diharapkan, buku ini dapat menjadi sumber referensi yang bermanfaat bagi perawat, mahasiswa keperawatan, dan tenaga medis lainnya dalam meningkatkan pemahaman mereka terhadap pentingnya etika dan hukum dalam profesi keperawatan.

Bunga Rampai Etika dan Hukum dalam Manajemen Keperawatan adalah sebuah karya yang mengupas berbagai aspek penting mengenai etika dan hukum yang harus diperhatikan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Buku ini terdiri dari tujuh bab yang membahas topik-topik yang sangat relevan dengan praktik keperawatan modern, termasuk hak pasien, tanggung jawab hukum perawat, serta etika dalam pengambilan keputusan klinis. Setiap bab dirancang untuk memberikan wawasan yang mendalam bagi perawat dan tenaga medis lainnya dalam menjalankan tugasnya dengan penuh tanggung jawab dan profesionalisme.

Di dalamnya, pembaca akan menemukan pembahasan mengenai implementasi hak pasien dalam pelayanan keperawatan, dengan fokus pada cara melaksanakan hak-hak tersebut di rumah sakit dan hambatan yang mungkin dihadapi. Selain itu, buku ini juga menyoroti tanggung jawab hukum perawat, risiko hukum yang mungkin timbul, serta perlindungan hukum bagi perawat dalam praktik sehari-hari. Tak ketinggalan, bab tentang informed consent, perawatan paliatif, serta perlindungan privasi dan kerahasiaan pasien memberikan gambaran lengkap tentang bagaimana etika dan hukum saling terkait dalam memberikan pelayanan yang bermartabat kepada pasien.

Buku ini juga menyajikan berbagai tantangan yang dihadapi oleh perawat, seperti dilema etika dalam pengambilan keputusan klinis dan peran perawat dalam menjaga kerahasiaan pasien. Dengan menggunakan studi kasus dan analisis praktis, buku ini memberikan gambaran nyata tentang bagaimana etika dan hukum diterapkan dalam konteks keperawatan. Diharapkan, buku ini dapat menjadi sumber referensi yang bermanfaat bagi perawat, mahasiswa keperawatan, dan tenaga medis lainnya dalam meningkatkan pemahaman mereka terhadap pentingnya etika dan hukum dalam profesi keperawatan.

ISBN 978-634-7139-84-9



9

786347

139849

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

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

