



ETIKA PROFESI & HUKUM KEPERAWATAN



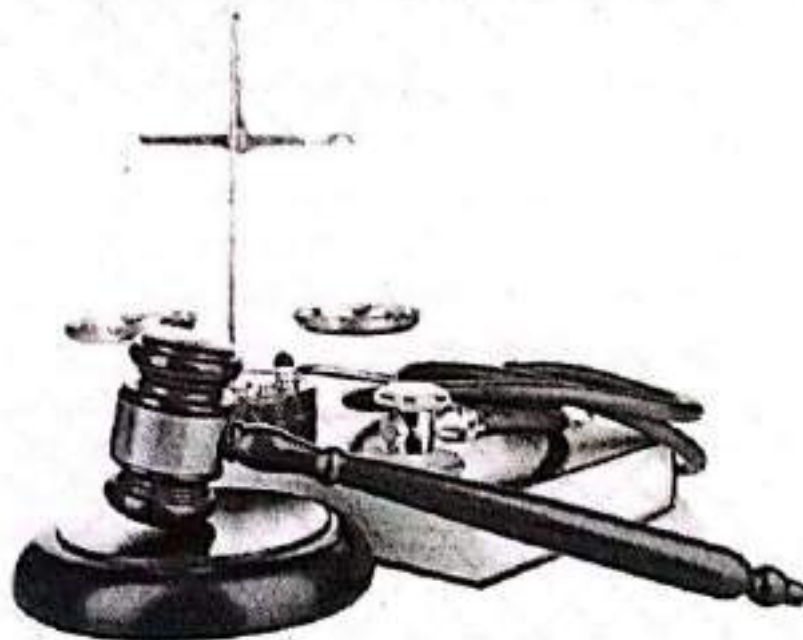
Dra. Ni Ketut Mendri, S. Kep., Ns. M.Sc.
Agus Sarwo Prayogi, S. Kep., Ns., M.H. Kes.



KAMUS KEPERAWATAN



ETIKA PROFESI & HUKUM KEPERAWATAN



Dra. Ni Ketut Mendri, S. Kep., Ns. M.Sc.
Agus Sarwo Prayogi, S. Kep., Ns., M.H. Kes.

ETIKA PROFESI & HUKUM KEPERAWATAN

ISBN : 978-602-376-091-6

Cetakan Pertama : I – Yogyakarta

Rancang sampul : PAPER PLANE

**Penyusun : Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep., Ns. M.Sc.
Agus Sarwo Prayogi, S. Kep., Ns., M.H. Kes.**

Periset Data : Hesti Pratiwi Ambarwati, S.S.

Penerbit : PUSTAKA BARU PRESS

**Alamat : Jl. Wonosari Km. 6 Demblaksari Baturetno
Banguntapan Bantul Yogyakarta.
Telp. 0274 4353591 Fax. 0274 4438911**

**Pemasaran : PT. PUSTAKA BARU
: Jl. Wonosari Km. 6 Demblaksari Baturetno
Banguntapan Bantul Yogyakarta.
Telp. 0274 4353591 Fax. 0274 4438911**

**SARAN DAN MASUKAN UNTUK PROSES PERBAIKAN
e-mail : pustakabarupress_redaksi@yahoo.com**

© Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

All rights reserved.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Ketentuan Pidana Sanksi Pelanggaran Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah) atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum sesuatu ciptaan barang atau hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dunia keperawatan di Indonesia terus mengalami perkembangan. Perkembangan ini menuntut tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk menyumbangkan keahliannya di bidang kesehatan. Hal ini tentunya harus diimbangi dengan peningkatan kapasitas, kemampuan, dan kualitas pelayanan para tenaga keperawatan. Peningkatan pelayanan serta kualitas adalah bagian yang integral, berbagai hal yang berhubungan dengan peningkatan kapasitas itu akan menjadi hal yang natural untuk dilakukan.

Selanjutnya, tenaga profesional perawatan harus bisa menjamin terlaksananya tugas keperawatan dengan baik. Yang terpenting adalah tenaga keperawatan profesional harus bisa mempertanggungjawabkan segala tindakan keperawatan yang dilakukannya secara etis dan moral. Oleh karena itu, perawat wajib memahami kode etik keperawatan, yang merupakan bagian penting dari pelaksanaan etika kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Buku *Etika Profesi & Hukum Keperawatan* ini menjadi bagian dari upaya penulis untuk membantu tenaga perawat meningkatkan kompetensi dan kualitas pelayanannya. Buku ini mengulas beragam pandangan mengenai masalah etika profesi dan hukum keperawatan profesional yang dapat dijadikan acuan atau sumber bagi mahasiswa keperawatan sebelum melaksanakan praktik keperawatan. Materi yang diulas antara lain tentang pemahaman konsep profesi keperawatan; pengantar etika dan hukum keperawatan; teori dan prinsip etika dalam keperawatan; kode etik keperawatan; hak dan kewajiban keperawatan profesional; konsep pengambilan keputusan etik keperawatan; kelalaian, malapraktik, dan dilema etik dalam keperawatan; isu-isu etik keperawatan; serta organisasi profesi keperawatan. Buku ini sangat direkomendasikan bagi kalangan akademisi keperawatan sebagai pendamping bahan ajar perkuliahan.

Akhir kata, semoga referensi ini bisa menambah wawasan pembaca, terutama orang-orang yang berkecimpung dalam dunia keperawatan. Serta yang lebih penting lagi adalah para calon tenaga perawat dapat memahami dasar etika dan hukum yang menaungi profesi keperawatan. Dengan memahaminya, mereka akan siap jika ada berbagai hal yang berkenaan dengan masalah etika dan hukum. Kami harap buku ini dapat bermanfaat bagi pengembangan keahlian keperawatan profesional. Saran serta kritik yang bersifat membangun dari para pembaca, sangat kami harapkan untuk kesempurnaan buku ini ke depannya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta,

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	3
Daftar Isi	5
BAB 1 KONSEP PROFESI KEPERAWATAN	7
A. PROFESI, PROFESIONAL, DAN PROFESIONALISME.....	7
B. UNSUR-UNSUR KEPERAWATAN	12
C. TUJUAN PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL.....	12
D. RUANG LINGKUP KEPERAWATAN PROFESIONAL.....	12
E. KEPERAWATAN SEBAGAI PROFESI	13
F. PERKEMBANGAN PROFESIONALISME KEPERAWATAN.....	14
BAB 2 PENGANTAR ETIKA DAN HUKUM.....	19
A. PENGERTIAN ETIKA, NILAI, DAN NORMA	19
B. HUBUNGAN ETIKA DENGAN NILAI	24
C. HUBUNGAN ETIKA DAN MORAL.....	25
D. HUBUNGAN ETIKA DENGAN ETIKET	28
E. HUBUNGAN ETIKA DAN HUKUM	30
F. ETIKA DAN HUKUM KEPERAWATAN DI INDONESIA.....	33
BAB 3 TEORI DAN PRINSIP ETIKA DALAM KEPERAWATAN.....	37
A. TEORI ETIKA	37
B. PRINSIP ETIKA DALAM KEPERAWATAN.....	48
BAB 4 KODE ETIK KEPERAWATAN.....	59
A. FALSAFAH ETIKA KEPERAWATAN.....	59
B. PENGERTIAN KODE ETIK.....	60
C. TUJUAN KODE ETIK PROFESI	61
D. KODE ETIK KEPERAWATAN	61
BAB 5 HAK DAN KEWAJIBAN DALAM KEPERAWATAN PROFESIONAL	69
A. HAK PROFESI KEPERAWATAN.....	69
B. KEWAJIBAN PROFESI KEPERAWATAN	72
C. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN	76
D. TANGGUNG JAWAB PERAWAT	78
E. TANGGUNG GUGAT DALAM KEPERAWATAN	81
F. HUBUNGAN PERAWAT, PASIEN, DAN TIM KESEHATAN LAIN	84

BAB 6 KONSEP PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN.....	89
A. DEFINISI PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK	89
B. MODEL-MODEL PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN	90
C. TAHAPAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK	96
D. FAKTOR YANG MEMEPENGARUHI PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK DALAM KEPERAWATAN	100
BAB 7 KELALAIAN, MALAPRAKTIK,DAN DILEMA ETIK DALAM KEPERAWATAN....	103
A. KELALAIAN (NEGLIGENCE)	103
B. MALAPRAKTIK	107
C. DILEMA ETIK	110
D. MENGHADAPI DILEMA ETIK	114
E. PERANGKAT KOMITE KEPERAWATAN DAN KOMITE ETIK RUMAH SAKIT	116
BAB 8 ISU-ISU ETIK KEPERAWATAN	121
A. HAK PEMBERIAN PERAWATAN KESEHATAN (<i>HEALTH CARE AS A RIGHT</i>).....	121
B. ABORSI (<i>ABORTION</i>)	125
C. EUTANASIA	131
D. KELOMPOK RENTAN (<i>VULNERABLE POPULATIONS</i>).....	136
E. ETIKA DAN HUKUM DALAM BIOTEKNOLOGI DAN HUMANIORA....	141
BAB 9 ORGANISASI KEPERAWATAN	149
A. FUNGSI ORGANISASI PROFESI INDONESIA.....	150
B. PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA (PPNI).....	151
C. ORGANISASI KEPERAWATAN INTERNASIONAL	155
Daftar Pustaka	157
UNDANG-UNDANG RI NOMOR 38 TAHUN 2014 TENTANG KEPERAWATAN.	161
Profil Penulis.....	191

BAB 1

KONSEP PROFESI KEPERAWATAN

A. PROFESI, PROFESIONAL, DAN PROFESIONALISME

Profesi, secara etimologi, berasal dari bahasa Latin, *profecus*, yang berarti mengakui, adanya pengakuan, menyatakan mampu, atau ahli dalam melakukan pekerjaan. Secara terminologi, profesi dapat diartikan sebagai suatu pekerjaan yang mensyaratkan pendidikan tinggi bagi pelakunya dan ditekankan pada pekerjaan mental. Selain itu, profesi juga diartikan sebagai semua jenis pekerjaan yang membutuhkan pelatihan khusus atau keterampilan tertentu, seringkali merupakan pekerjaan yang dihormati karena melibatkan tingkat pendidikan tinggi.

Profesi juga didefinisikan kelompok individu dalam sebuah disiplin ilmu yang mematuhi standar etika tertentu. Kelompok ini memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam bidang pembelajaran yang diakui secara luas yang berasal dari penelitian, pendidikan, dan pelatihan pada tingkat tinggi, serta diakui oleh masyarakat. Sebuah profesi juga dipersiapkan untuk menerapkan pengetahuan dan melatih keterampilan tersebut untuk kepentingan orang lain. Dari hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa ada tiga pilar pokok yang ditunjukkan untuk suatu profesi, yaitu pengetahuan, keahlian, dan persiapan akademik.

1. Pengetahuan merupakan fenomena yang diketahui dan disistematisasi sedemikian rupa sehingga memiliki daya prediksi, daya kontrol, dan daya aplikasi tertentu. Pada tingkat yang lebih tinggi, pengetahuan bermakna kapasitas kognitif yang dimiliki oleh seseorang melalui proses belajar.
2. Keahlian bermakna penguasaan substansi keilmuan yang dapat dijadikan acuan dalam bertindak. Keahlian juga bermakna kepakaran dalam cabang ilmu tertentu untuk dibedakan dengan kepakaran lainnya.
3. Persiapan akademik mengandung makna bahwa untuk derajat profesional atau memasuki jenis profesi tertentu, diperlukan persyaratan pendidikan khusus, berupa pendidikan prajabatan yang dilaksanakan pada lembaga pendidikan formal, khususnya jenjang perguruan tinggi.

Pekerjaan dan profesi adalah dua kata yang sering digunakan secara bergantian. Namun, banyak yang tidak tahu perbedaan antara kedua kata tersebut. Kedua kata ini sebenarnya mengacu pada dua hal yang sangat berbeda. Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan dengan imbalan nilai moneter. Sebuah profesi, di sisi lain, adalah sebuah pekerjaan yang didasarkan pada pelatihan pendidikan khusus. Untuk lebih jelas melihat perbedaan antara pekerjaan dan profesi lihat table di bawah ini.

Pekerjaan	Profesi
1. Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan dengan imbalan nilai moneter. 2. Pekerjaan sering kali berjangka pendek dan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan hidup.	1. Sebuah profesi adalah pekerjaan yang didasarkan pada pelatihan pendidikan khusus. 2. Biasanya, profesi diatur oleh badan pemerintahan dan mungkin mengharuskan seseorang untuk lulus ujian yang telah ditentukan agar dianggap memenuhi syarat dalam profesi tersebut.

3. Pekerjaan tidak membuat dampak signifikan bagi kehidupan masyarakat dan biasanya jangka pendek. 4. Jika seseorang tidak senang dengan pekerjaan, mereka cenderung beralih ke pekerjaan yang lebih baik. 5. Ada berbagai jenis pekerjaan termasuk pekerjaan purna waktu, paruh waktu, musiman, sementara, kontrak, wirausaha. 6. Pekerjaan, tergantung jenisnya, mungkin juga memerlukan studi khusus. 7. Jam kerja juga tergantung pada jenis pekerjaannya, tapi juga bisa berkisar dari satu jam sampai 9 jam	3. Seseorang mungkin diminta untuk melakukan pelatihan, magang, atau kegiatan lainnya sebelum menyangkut profesinya. Sebagai contoh: seorang dokter harus belajar selama beberapa tahun, melewati ujian, dan menyelesaikan residensi untuk memenuhi kualifikasi sebagai dokter. 4. Beberapa profesi termasuk akuntan, advokat, arsitek, dokter gigi, dokter, perawat, ekonom, insinyur, analis keuangan, jurnalis, terapis okupasi, pengacara, apoteker, dokter, pendeta, pendeta, pilot, psikolog, ilmuwan, pekerja sosial, insinyur perangkat lunak, guru, dokter hewan, dll.
--	---

Tabel 1.1. Perbedaan antara pekerjaan dan profesi

Seperti yang telah disinggung sebelumnya ada perbedaan mendasar antara profesi dan pekerjaan. Profesi adalah suatu kegiatan yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan diri dan keluarganya di mana profesi tersebut diatur oleh etika profesi yang berlaku bagi profesi tersebut. Sementara itu, pekerjaan adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarganya yang pekerjaan itu tidak ada yang mengatur dan dia bebas karena tidak ada aturan atau etika yang mengikat. Dengan kata lain, perbedaan pekerjaan dan profesi adalah adanya etika yang mengatur dan ada tidaknya campur tangan orang lain dalam kegiatan tersebut.

Menurut Guthrie dalam *Encyclopedia of Education* (2002), adasepuluh ciri khas profesi. Kesepuluh ciri tersebut adalah sebagai berikut:

1. Suatu bidang pekerjaan yang terorganisasi dari jenis intelektual yang terus berkembang dan diperluas;
2. Suatu teknik intelektual;
3. Penerapan praktis dari teknik intelektual pada urusan praktis;
4. Suatu periode panjang untuk pelatihan dan sertifikasi;
5. Beberapa standar dan pernyataan tentang etika yang dapat diselenggarakan;
6. Kemampuan untuk kepemimpinan pada profesi sendiri;
7. Asosiasi dari anggota profesi yang menjadi suatu kelompok yang erat dengan kualitas komunikasi yang tinggi antara anggotanya;
8. Pengakuan sebagai profesi;
9. Perhatian yang profesional terhadap penggunaan yang bertanggung jawab dari pekerjaan profesi;
10. Hubungan yang erat dengan profesi lain.

Istilah profesi secara umum merujuk pada bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian, sedangkan istilah profesional merujuk pada orang yang mempunyai profesi atau pekerjaan purnawaktu dan hidup dari pekerjaan itu dengan mengandalkan suatu keahlian yang tinggi. Profesional adalah seseorang yang hidup dengan mempratikkan suatu keahlian tertentu atau dengan terlibat dalam suatu kegiatan tertentu yang menuntut keahlian, sementara orang lain melakukan hal yang sama sebagai sekedar hobi, untuk senang-senang atau untuk mengisi waktu luang.

Secara tradisional, seorang "profesional" adalah seseorang yang memperoleh penghasilan dari keahlian atau bakat spesifik yang mereka punyai, berbeda dengan hobi atau amatir. Namun seiring dengan pengetahuan dan keahlian yang berubah dengan cepat saat ini, sekarang umumnya dipahami bahwa orang yang

hanya memperoleh pendapatan dari tugas tertentu disebut ahli sedangkan profesional memiliki makna yang lebih luas. Profesional diatur oleh kode etik. Mereka memiliki komitmen terhadap kompetensi, integritas dan moralitas, altruisme, dan promosi kepentingan publik di dalam domain ahli mereka. Profesional bertanggung jawab kepada mereka yang dilayani dan masyarakat pada umumnya (Cruess, 2002).

Seorang profesional harus memiliki profesionalisme dalam menjalankan profesinya. Apa itu profesionalisme? Profesionalisme dapat diartikan sebagai komitmen para anggota suatu profesi untuk meningkatkan kemampuan profesionalnya dan terus-menerus mengembangkan strategi-strategi yang digunakan dalam melakukan pekerjaan yang sesuai dengan profesinya tersebut. Dengan kata lain, profesionalisme terdiri dari keyakinan pribadi tentang perilaku seseorang sebagai seorang profesional. Profesionalisme juga sering dikaitkan dengan penegakan prinsip, hukum, etika, dan konvensi profesi sebagai cara praktik. Seseorang dikatakan memiliki profesionalisme apabila:

1. Mempunyai keterampilan yang tinggi dalam suatu bidang serta kemahiran dalam menggunakan peralatan tertentu yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas yang bersangkutan dengan bidang tersebut.
2. Mempunyai ilmu dan pengalaman serta kecerdasan dalam menganalisis suatu masalah dan peka di dalam membaca situasi cepat dan tepat serta cermat dalam mengambil keputusan terbaik atas dasar kepekaan.
3. Mempunyai sikap berorientasi ke depan sehingga punya kemampuan mengantisipasi perkembangan lingkungan yang terbentang di hadapannya.
4. Mempunyai sikap mandiri berdasarkan keyakinan akan kemampuan pribadi serta terbuka menyimak dan menghargai pendapat orang lain, namun cermat dalam memilih yang terbaik bagi diri dan perkembangan pribadinya.

B. UNSUR-UNSUR KEPERAWATAN

1. Keperawatan sebagai ilmu dan seni merupakan implementasi ilmu fisika biologi, perilaku manusia, dan ilmu sosial.
2. Keperawatan sebagai profesi berorientasi pada pelayanan untuk membantu orang lain dalam mengatasi perubahan yang timbul akibat gangguan kesehatan/penyakit.
3. Sasaran: individu/pasien, keluarga, kelompok masyarakat, dan masyarakat.
4. Jasa keperawatan mencakup pelayanan kesehatan oleh para perawat yang bekerja sama dengan tenaga lain dalam pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, serta penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

C. TUJUAN PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

1. Membantu individu dan masyarakat untuk mandiri.
2. Mengajak individu dan masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan.
3. Membantu individu dan masyarakat mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatan.
4. Membantu individu dan masyarakat memperoleh derajat secara optimal.

D. RUANG LINGKUP KEPERAWATAN PROFESIONAL

Ruang lingkup keperawatan adalah membantu individu untuk bereaksi secara positif dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, termasuk dalam menghadapi penyakit/masalah kesehatan lainnya bahkan dalam menghadapi kematian. Selain itu, ruang lingkup keperawatan profesional mencakup:

1. Supervisi perencanaan dan tindakan perawatan pasien secara menyeluruh.
2. Mengamati, mengintervensi, dan mengevaluasi keluhan-keluhan pasien, baik secara mental maupun fisik.
3. Melaksanakan instruksi dokter mengenai obat-obatan dan pengobatan yang akan diberikan.

4. Mengawasi anggota tim kesehatan yang memberikan pelayanan perawatan kepada pasien
5. Melaksanakan prosedur dan teknik perawatan, khususnya pada tindakan yang membutuhkan keputusan, penyesuaian, dan pertimbangan berdasarkan data teknis.
6. Memberikan bimbingan kesehatan dan partisipasi dalam pendidikan kesehatan.
7. Membuat catatan dan laporan fakta-fakta secara teliti dan mengevaluasi perawatan pasien.

E. KEPERAWATAN SEBAGAI PROFESI

Menurut Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Sementara itu, perawat didefinisikan sebagai seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Menurut Hasyim dkk. (2014), pada hakikatnya keperawatan adalah suatu profesi yang mengabdikan pada manusia dan kemanusiaan, artinya profesi keperawatan lebih mendahulukan kepentingan kesehatan masyarakat di atas kepentingan sendiri. Saat ini, keperawatan bisa dikatakan sebagai sebuah profesi karena memiliki beberapa hal sebagai berikut:

1. Landasan ilmu pengetahuan yang jelas (*scientific nursing*)
Landasan ilmu pengetahuan keperawatan yang dimaksud antara lain cabang ilmu keperawatan klinik, ilmu keperawatan dasar, cabang ilmu keperawatan komunitas, dan cabang ilmu penunjang.
2. Mempunyai kode etik profesi
Keperawatan termasuk sebuah profesi salah satunya dikarenakan telah mempunyai kode etik tersendiri. Kode etik keperawatan pada tiap negara tidak sama, tetapi pada prinsipnya berlandaskan etika keperawatan yang

Dengan berkembangnya ilmu keperawatan dan pengaruh konstan konsep pendidikan modern, berlanjutnya reformasi dalam pendidikan keperawatan telah dilakukan sejak tahun 1982. Pendidikan keperawatan telah berubah dari paradigma biologis menjadi paradigma humanistik atau holistik. Reformasi mencakup berbagai bidang, mulai dari pengembangan kurikulum, isi, metode pengajaran hingga aspek sumber daya manusia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan memuat bab yang secara khusus membahas pendidikan tinggi keperawatan. Disebutkan bahwa pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia terdiri atas pendidikan vokasi (diploma keperawatan), pendidikan akademik (sarjana, magister, dan doktor keperawatan), serta pendidikan profesi (program profesi dan spesialis keperawatan).

Lebih banyak upaya telah dilakukan dalam merancang dan pengembangan kurikulum yang berkaitan dengan sosiologi, psikologi, imunologi, dan psikoterapis. Materi yang disampaikan terutama adalah materi yang berhubungan dengan perawatan klinis dan peningkatan kesehatan masyarakat sesuai kebutuhan. Mengenai metode pengajaran, selain pengajaran kelas tradisional, pengajaran multimedia telah banyak digunakan. Selain itu, pengajaran internet juga menarik lebih banyak minat (Nursalam & Efendi, 2008).

Menurut Dermawan (2013), peningkatan kualitas organisasi profesi keperawatan dapat dilakukan melalui berbagai cara dan pendekatan antara lain:

1. Mengembangkan sistem seleksi kepengurusan melalui penetapan kriteria dari berbagai aspek kemampuan, pendidikan, wawasan, pandangan tentang visi dan misi organisasi, dedikasi serta kesetediaan waktu yang dimiliki untuk organisasi.
2. Memiliki serangkaian program yang konkret dan diterjemahkan melalui kegiatan organisasi dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah. Prioritas utama adalah program pendidikan berkelanjutan bagi para anggotanya.

3. Mengaktifkan fungsi *collective bargaining*, agar setiap anggota memperoleh penghargaan yang sesuai dengan pendidikan dan kompensasi masing-masing.
4. Mengembangkan program latihan kepemimpinan, sehingga tenaga keperawatan dapat berbicara banyak dan memiliki potensi untuk menduduki berbagai posisi di pemerintahan atau sektor swasta.
5. Meningkatkan kegiatan bersama dengan organisasi profesi keperawatan di luar negeri, bukan hanya untuk pengurus pusat saja tetapi juga mengikut sertakan pengurus daerah yang berpotensi untuk dikembangkan.

Untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat, perawat yang menjalankan praktik keperawatan harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR). STR adalah bukti tertulis yang diberikan Konsil Keperawatan kepada perawat yang telah diregistrasi. Masa berlaku STR adalah selama lima tahun dan dapat diregistrasi ulang setiap lima tahun. Hanya perawat yang memenuhi persyaratan yang dapat memiliki STR. Persyaratan tersebut antara lain:

1. Memiliki ijazah pendidikan tinggi keperawatan;
2. Memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
3. Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
4. Memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
5. Membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Selain harus memiliki STR, perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki izin berupa Surat Izin Praktik Perawat (SIPP). SIPP merupakan bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan. Untuk mendapatkan SIPP, perawat harus memenuhi beberapa persyaratan berikut:

1. Salinan STR yang masih berlaku;
2. Rekomendasi dari organisasi profesi perawat; dan
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keteterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB 2

PENGANTAR ETIKA DAN HUKUM

A. PENGERTIAN ETIKA, NILAI, DAN NORMA

Pengertian yang paling sederhana dari etika adalah sistem prinsip-prinsip moral. Etika mempengaruhi bagaimana orang membuat keputusan dan menjalani hidup mereka. Etika berkaitan dengan apa yang baik untuk individu dan masyarakat. Selain itu, etika juga digambarkan sebagai filsafat moral. Istilah ini berasal dari kata Yunani, *ethos*, yang bisa berarti kebiasaan, watak kesusilaan, karakter, atau disposisi. Etika mencakup dilema: bagaimana menjalani hidup yang baik, hak dan tanggung jawab, bahasa yang benar dan yang salah, keputusan moral (apa yang baik dan buruk).

Etika berkaitan dengan kebiasaan hidup dan tata cara hidup yang baik di dalam kehidupan seseorang dan masyarakat. Kebiasaan hidup tersebut merupakan warisan dari para leluhur. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata etika memiliki arti ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak). Etika baru menjadi ilmu bila kemungkinan-kemungkinan etis (asas-asas dan nilai-nilai tentang yang dianggap baik dan buruk) begitu saja diterima dalam suatu masyarakat dan seringkali tanpa disadari menjadi bahan refleksi bagi suatu penelitian sistematis

dan metodis. Etika dalam pengertian ini sama artinya dengan filsafat moral, yakni cabang filsafat yang berbicara tentang tindakan manusia. Etika tidak mempersoalkan keadaan manusia, melainkan mempersoalkan bagaimana manusia harus bertindak, berdasarkan norma-norma tertentu, seperti norma hukum, norma agama, dan norma sopan santun.

Jika orang berbicara tentang etika orang Bugis, etika Islam, etika Katolik, dan sebagainya, maka yang dimaksud dengan etika di sini bukan etika sebagai ilmu, melainkan etika sebagai sistem nilai. Sistem nilai dapat berfungsi dalam hidup manusia secara perorangan maupun pada taraf sosial kemasyarakatan. Selain itu, dalam KBBI, etika juga diartikan sebagai kumpulan asas atau nilai akhlak (moral). Yang dimaksud di sini adalah kode etik. Misalnya: Kode Etik Keperawatan, Kode Etik Jurnalistik, dan lain-lain.

Etika juga dapat mendeskripsikan suatu pola atau cara hidup, sehingga etika menggambarkan sifat, prinsip, dan standar seseorang yang memengaruhi perilaku profesional. Dengan demikian, etika memberi semacam batasan dan standar yang mengatur seseorang dalam kelompok sosialnya.

Jika teori etis berguna dalam praktik, mereka harus bisa mempengaruhi cara manusia berperilaku. Beberapa filsuf berpikir bahwa etika dapat melakukan hal ini. Mereka berpendapat jika seseorang menyadari bahwa secara moral akan baik untuk melakukan sesuatu maka akan menjadi tidak rasional bagi orang tersebut untuk tidak melakukannya. Namun, manusia sering bersikap tidak rasional, manusia sering mengikuti naluri, bahkan ketika pikirannya menyarankan tindakan yang berbeda. Untuk menjalankan fungsinya, etika menyediakan beberapa piranti untuk memikirkan masalah moral.

1. Etika bisa memberikan peta moral

Sebagian besar masalah moral membuat seseorang mengalami dilema, misalnya ketika memikirkan tindakan aborsi dan eutanasia. Masalah tersebut merupakan

masalah emosional, di mana seseorang lebih mementingkan perasaan daripada pikiran rasional. Namun, ada cara lain untuk mengatasi masalah ini, dan di situlah para filsuf mengatakan bahwa etika dapat menyelesaikan masalah ini. Etika memberi kita peraturan dan prinsip yang memungkinkan seseorang untuk mengambil pandangan yang bertentangan dengan masalah moral. Jadi, etika memberi peta moral: kerangka kerja yang dapat seseorang gunakan untuk menemukan jalan kita melalui masalah-masalah sulit.

2. Etika bisa menunjukkan ketidaksepakatan

Dengan menggunakan kerangka etika, dua orang yang memperdebatkan sebuah isu moral seringkali dapat menemukan bahwa apa yang tidak mereka setuju hanyalah satu bagian tertentu dari masalah ini, dan bahwa mereka secara luas menyetujui hal-hal lain. Hal ini bisa menghilangkan banyak perdebatan dan terkadang malah mengisyaratkan cara untuk menyelesaikan masalah tersebut. Namun, terkadang etika tidak memberi orang jenis bantuan yang benar-benar mereka inginkan.

3. Etika tidak memberikan jawaban yang benar

Etika tidak selalu menunjukkan jawaban yang benar terhadap masalah moral. Pada kenyataannya, memang banyak orang berpikir bahwa untuk masalah etika tidak ada jawaban yang benar/pasti, melainkan hanya seperangkat prinsip yang dapat diterapkan pada kasus tertentu untuk memberi mereka pilihan yang jelas. Namun demikian, beberapa filsuf berpendapat bahwa semua etika dapat mampu menghilangkan kebingungan dan mengklarifikasi sebuah isu moral. Setelah itu terserah kepada masing-masing individu untuk sampai pada kesimpulan mereka sendiri.

4. Etika bisa memberikan alternatif jawaban

Banyak orang ingin ada satu jawaban yang benar untuk pertanyaan etis. Mereka menemukan ambiguitas

moral yang sulit dipercaya karena mereka benar-benar ingin melakukan hal yang "benar", bahkan jika mereka tidak dapat menemukan hal yang benar, mereka menyukai gagasan bahwa pasti ada satu jawaban yang benar. Namun, seperti yang telah disinggung sebelumnya bahwa seringkali tidak ada satu jawaban yang benar dalam masalah etis. Mungkin ada beberapa jawaban yang benar atau beberapa jawaban paling buruk, dan individu harus memilih di antara keduanya. Bagi sebagian besar masyarakat, ambiguitas moral merupakan hal yang sulit karena memaksa mereka untuk bertanggung jawab atas pilihan dan tindakan mereka sendiri, daripada tunduk pada peraturan dan kebiasaan yang mudah dilakukan.

Sebelumnya telah disinggung bahwa ketika membicarakan etika, nilai dan norma juga harus turut diperbincangkan. Mengapa demikian? Hal ini dikarenakan etika juga berarti sistem nilai dan sistem nilai yang dibuat oleh kelompok tertentu bergantung pada norma. Ketaatan kepada orang tua dianggap sebagai nilai yang baik dan juga norma sopan santun dalam masyarakat kita. Begitu pula, siswa yang menunjukkan rasa hormat kepada guru mereka sama-sama memiliki nilai baik dan norma santun di semua masyarakat dan budaya. Pengertian yang saling berkelindan ini seringkali membingungkan kebanyakan orang dalam membedakan antara norma dan nilai dalam masyarakat karena kesamaan mereka yang nyata. Norma sebagian besar adalah perilaku sosial yang diharapkan untuk diikuti masyarakat. Di sisi lain, nilai adalah keyakinan kita tentang apa yang baik, benar, atau salah.

Mari membahas dulu apa itu norma. Cara perilaku yang diterima secara sosial disebut norma. Dengan kata lain, norma adalah cara untuk mendorong keseragaman dan menjaga masyarakat dari perilaku menyimpang. Masyarakat juga merancang cara untuk menyingkirkan perilaku menyimpang karena orang-orang dihukum ketika mereka melihat norma-norma dilanggar oleh anggota masyarakat. Namun, norma tidak seperti hukum yang ditulis/dikodifikasikan dan mereka

yang melanggarnya dihukum oleh pengadilan. Norma adalah kode etik tidak tertulis yang diinginkan anggota masyarakat, yang mengabaikan norma-norma ini dipandang rendah dan dicemooh oleh masyarakat. Norma adalah petunjuk tingkah laku yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan dalam hidup sehari-hari, berdasarkan suatu alasan (motivasi) tertentu dengan disertai sanksi. Sanksi adalah ancaman/akibat yang akan diterima apabila norma tidak dilakukan (Widjaja, 1985).

Pada zaman dahulu, ketika norma belum dirancang sebagai cara membuat orang mematuhi kode etik, masyarakat harus bergantung pada perilaku tabu. Hal ini dilakukan untuk mencegah orang terlibat dalam perilaku yang tidak diinginkan. Dengan berkembangnya norma, menjadi mungkin untuk menegakkan tatanan sosial secara informal. Jika seseorang menghadiri pemakaman, orang tersebut tidak diharapkan untuk mulai tertawa terbahak-bahak atau mengeluarkan rokok dan mulai merokok. Demikian pula, berjabat tangan dengan pesaing setelah selesainya pertandingan tenis adalah norma sosial yang harus dilakukan apabila menang atau kalah. Sebagai orang asing, lebih baik bagi seseorang untuk belajar lebih banyak tentang norma sosial di suatu negara untuk berperilaku secara sosial di mana ia berada.

Sulit bagi seseorang untuk hidup dalam pengasingan dan terpisah dari masyarakat. Oleh karena itu, ketika hidup dalam masyarakat sangat penting untuk memiliki sistem nilai untuk menghadapi orang lain dan situasi dalam kehidupan seseorang. Menurut Fraenkel (Moehadjir dan Cholisin, 1989), nilai pada dasarnya disebut sebagai standar penuntun dalam menentukan sesuatu itu baik, indah, berharga atau tidak. Orientasi dalam masyarakat menjadi mudah dengan nilai-nilai yang dikembangkan selama periode waktu di benak individu dalam masyarakat tentang benar dan salah, adil, baik dan buruk. Sebagian besar nilai dipelajari dari orang yang lebih tua, orang tua, guru, dan buku agama meskipun ada juga kepercayaan pribadi. Keyakinan kebanyakan bersifat kultural dan religius. Beberapa nilai yang ditemukan secara universal

lintas budaya adalah kasih sayang, kejujuran, integritas, cinta, persahabatan, dan lain-lain.

Meskipun sama-sama berguna untuk hidup di masyarakat, nilai dan norma memiliki beberapa perbedaan, antara lain sebagai berikut.

1. Nilai adalah kumpulan keyakinan yang dimiliki individu untuk menuntun tingkah lakunya sementara norma adalah kode etik yang ditetapkan oleh masyarakat.
2. Norma adalah hukum tidak tertulis dari sebuah masyarakat dan yang melanggarnya akan menerima sanksi sosial, sedangkan nilai adalah prinsip panduan yang membantu individu bergerak maju dengan percaya diri dalam situasi sulit.
3. Norma berperan dalam membangun nilai-nilai dalam pikiran seseorang.
4. Norma dikenakan dari luar sedangkan nilai dibuat di dalam pikiran seseorang.
5. Norma adalah panduan spesifik untuk perilaku sedangkan nilai hanya memberikan panduan tidak langsung.

B. HUBUNGAN ETIKA DENGAN NILAI

Nilai dapat didefinisikan sebagai hal-hal yang penting atau dihargai oleh seseorang baik individu maupun kolektif (kelompok). Adanya nilai berperan penting bagi individu atau anggota kelompok untuk membuat penilaian, menilai kemungkinan hasil tindakan yang sedang dipertimbangkan, dan memilih alternatif tindakan. Yang terpenting, nilai menempatkan semua anggota "di selembarnya kertas yang sama" berkenaan dengan apa yang dianggap penting oleh masyarakat.

Jadi bagaimana nilai berhubungan dengan etika? Salah satu kunci adalah ungkapan "nilai adalah apa yang kita, sebagai sebuah profesi, nilai benar". Secara individu atau organisasi, nilai menentukan apa yang benar dan apa yang salah, dan melakukan apa yang benar atau salah adalah apa yang kita maksud dengan etika. Bertingkah laku etis adalah berperilaku

dengan cara yang sesuai dengan apa yang benar atau bermoral. Tempat pertama untuk melihat sesuatu benar atau salah adalah masyarakat. Hampir setiap masyarakat membuat beberapa determinasi perilaku yang benar secara moral. Di negara-negara Islam, penentuan apa yang benar atau moral terkait dengan struktur agama. Dalam masyarakat yang lebih sekuler, pengaruh kepercayaan agama mungkin kurang jelas, namun tetap menjadi faktor kunci. Di Amerika Serikat, sebagian besar dari apa yang diyakini benar atau salah didasarkan pada warisan Yudeo-Kristen.

G. HUBUNGAN ETIKA DAN MORAL

Moral adalah istilah yang merujuk pada prinsip-prinsip perilaku benar dan salah serta kebaikan atau keburukan karakter manusia. Istilah moral berasal dari bahasa Latin, yaitu *mos* (dalam bentuk tunggal) dan *mores* (dalam bentuk jamak) yang mempunyai arti kebiasaan atau adat. Apabila dibandingkan dengan arti kata 'etika', secara etimologis kata 'etika' sama dengan kata 'moral' karena kedua kata tersebut sama-sama mempunyai arti kebiasaan dan adat. Moral dalam istilah dipahami juga sebagai:

1. Prinsip hidup yang berkenaan dengan benar dan salah, baik dan buruk.
2. Kemampuan memahami perbedaan benar dan salah.
3. Ajaran atau gambaran tentang tingkah laku baik.

Moral adalah tingkah laku yang telah ditentukan oleh etika. Moral terbagi menjadi dua, yaitu baik dan buruk. Baik adalah segala tingkah laku yang dikenal pasti oleh etika sebagai baik, sedangkan buruk adalah tingkah laku yang dikenal pasti oleh etika sebagai buruk. Moral dapat diukur secara subjektif dan objektif. Ukuran subjektif diberikan oleh hati nurani, sementara ukuran objektif ditentukan norma yang berlaku. Apabila hati nurani ingin membisikkan sesuatu yang benar, maka norma akan mencari kebaikan moral.

Moralitas (dari kata sifat Latin *moralis*) mempunyai arti yang pada dasarnya sama dengan 'moral', hanya ada nada lebih abstrak. Berbicara tentang "moralitas suatu perbuatan", artinya segi moral suatu perbuatan atau baik buruknya perbuatan tersebut. Moralitas adalah sifat moral atau keseluruhan asas dan nilai yang berkenaan dengan baik dan buruk. Ajaran moral memuat pandangan tentang nilai dan norma moral yang terdapat pada sekelompok manusia. Ajaran moral juga mengajarkan bagaimana orang harus hidup. Ajaran moral merupakan rumusan sistematis terhadap anggapan tentang apa yang bernilai serta kewajiban manusia.

Kamus *Chambers Dictionary* (1998) menyoroti perbedaan penting antara etika dan moral. Etika diartikan sebagai ilmu moral; cabang filsafat yang berkaitan dengan karakter dan perilaku manusia; sistem moral; aturan perilaku; sebuah risalah tentang moral. Sementara itu, moral adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan karakter atau perilaku yang dianggap baik atau jahat; etis; sesuai atau diarahkan benar; berbudi luhur. Untuk bertindak sesuai dengan moral, seseorang memerlukan moralitas, yakni mutu menjadi moral. Moralitas adalah apa yang membuat tindakan benar atau salah; praktik kewajiban moral selain agama; kebajikan; doktrin tindakan sebagai benar atau salah.

Perbedaan	Etika	Moral
Definisi	Aturan perilaku yang diakui masyarakat sehubungan dengan tindakan manusia tertentu atau kelompok atau budaya tertentu.	Prinsip atau kebiasaan berkenaan dengan perilaku benar atau salah. Moral juga menentukan hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan, moralitas pada akhirnya adalah kompas pribadi untuk benar dan salah.

Mereka berasal dari mana?	Sistem sosial (eksternal)	Individu (internal)
Mengapa kita melakukannya?	Karena masyarakat mengatakan itu adalah hal yang benar untuk dilakukan.	Karena kita percaya pada sesuatu yang benar atau salah.
Fleksibilitas	Etika tergantung pada definisi orang lain. Mereka cenderung konsisten dalam konteks tertentu, namun dapat bervariasi antar-konteks.	Biasanya konsisten, meski bisa berubah jika kepercayaan individu berubah.
Dilema	Seseorang yang secara ketat mengikuti prinsip etis mungkin sama sekali tidak memiliki moral. Demikian juga, seseorang dapat melanggar prinsip etika dalam sistem aturan tertentu untuk menjaga integritas moral.	Orang moral meskipun mungkin terikat oleh perjanjian yang lebih tinggi, dapat memilih untuk mengikuti kode etik karena akan berlaku untuk sebuah sistem.
Asal bahasa	Kata Yunani "ethos" yang berarti "karakter"	Kata Latin "mos" yang berarti "kebiasaan"
Keberterimaan	Etika diatur oleh pedoman profesional dan hukum dalam waktu dan tempat tertentu	Moralitas melampaui norma budaya

Tabel 2.1 Perbedaan antara etika dan moral

Keraf (2006) menerangkan bahwa arti harafiah yang sama antara etika dan moral juga berpengaruh pada pengimplementasiannya. Keduanya berarti sistem nilai tentang bagaimana manusia harus hidup baik sebagai manusia yang telah diinstitusionalkan dalam sebuah adat kebiasaan yang kemudian terwujud dalam pola perilaku yang tetap dan terulang dalam kurun waktu yang lama sebagaimana baiknya sebuah kebiasaan. Etika dan moralitas memberi petunjuk konkret tentang bagaimana manusia harus hidup secara baik sebagai manusia begitu saja, kendati petunjuk konkret bisa disalurkan melalui dan bersumber dari agama dan kebudayaan tertentu.

D. HUBUNGAN ETIKA DENGAN ETIKET

Pengertian etiket dan etika sering dicampuradukkan, padahal kedua istilah tersebut memiliki arti yang berbeda, walaupun ada persamaannya. Istilah etika sebagaimana dijelaskan sebelumnya adalah berkaitan dengan moral (*mores*), sedangkan kata etiket adalah berkaitan dengan nilai sopan santun, tata krama dalam pergaulan formal. Etika biasanya menangani pertanyaan-pertanyaan yang benar dan yang salah secara umum dan memberikan panduan perilaku yang harus diterapkan pada situasi spesifik. Misalnya, aturan umum bahwa pembunuhan itu salah tapi masih ada perbedaan pendapat antara pembunuhan untuk kesenangan atau pembunuhan dalam pertahanan diri.

Sementara itu, etiket adalah seperangkat aturan yang menceritakan dengan tepat apa yang harus seseorang lakukan dalam situasi tertentu. Misalnya, orang yang baru saja datang harus menyapa orang yang sudah berada di dalam ruangan. Perbedaan lainnya adalah alasan di balik etika biasanya tidak memerlukan penjelasan, sedangkan aturan etiket terkadang hanya seperangkat aturan kaku yang dibuat dengan cara tertentu karena kebiasaan atau rutinitas yang tidak terlalu berarti atau memiliki alasan yang lebih dalam di belakangnya.

Etiket menunjukkan cara berperilaku sopan dan benar dalam lingkungan sosial. Ini adalah kode perilaku yang diterima dalam masyarakat. Etiket juga dipahami sebagai pedoman yang mengatur cara seseorang harus bersikap baik di masyarakat. Etiket pada dasarnya mengacu pada sopan santun atau adat istiadat. Mengatakan maaf dan terima kasih dengan tepat, datang tepat waktu, sopan santun di meja makan adalah beberapa perilaku sosial atau etiket yang dapat diterima di banyak budaya.

Namun, beberapa bentuk etiket mungkin unik di antara anggota profesi tertentu. Mereka juga dapat bervariasi sesuai dengan budaya, etnis, dan agama yang berbeda. Artinya, apa yang dianggap sopan dalam satu budaya bisa dianggap tidak sopan di masyarakat lain. Misalnya, menyeruput makanan sering dianggap tidak sopan, tapi di negara-negara seperti Jepang dan Korea, menyeruput makanan dipandang sebagai cara untuk memuji makanan.

Meskipun berbeda, etika dan etiket memiliki beberapa persamaan, yakni sama-sama menyangkut perilaku manusia. Selain itu, baik etika maupun etiket mengatur perilaku manusia secara normatif, yakni memberi norma bagi perilaku manusia sehingga dapat menyatakan apa yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan. Untuk lebih memahami perbedaan etika dan etiket, perhatikan tabel berikut.

Etika	Etiket
Etika menyangkut cara melakukan suatu perbuatan sekaligus memberi norma dari perbuatan itu sendiri. Misal: dilarang mengambil barang milik orang lain tanpa izin karena mengambil barang milik orang lain tanpa izin sama artinya dengan mencuri. "Jangan mencuri"	Etiket menyangkut cara (tata acara) suatu perbuatan harus dilakukan manusia. Misal: ketika saya menyerahkan sesuatu kepada orang lain, saya harus menyerahkannya dengan menggunakan tangan kanan. Jika saya menyerahkannya dengan tangan kiri, maka saya dianggap melanggar etiket.

merupakan suatu norma etika. Di sini tidak dipersoalkan apakah pencuri tersebut mencuri dengan tangan kanan atau tangan kiri.	
Etika selalu berlaku, baik kita sedang sendiri atau bersama orang lain. Misal: larangan mencuri selalu berlaku, baik sedang sendiri atau ada orang lain. Atau barang yang dipinjam selalu harus dikembalikan meskipun si empunya barang sudah lupa.	Etiket hanya berlaku dalam situasi dimana kita tidak seorang diri (ada orang lain di sekitar kita). Bila tidak ada orang lain di sekitar kita, maka etiket tidak berlaku. Misal: saya sedang makan bersama bersama teman sambil meletakkan kaki saya di atas meja, maka saya dianggap melanggar etiket. Tetapi kalau saya sedang makan sendirian, maka saya tidak melanggar etiket jika saya makan dengan cara demikian.
Etika bersifat absolut. "Jangan mencuri", "Jangan membunuh" merupakan prinsip-prinsip etika yang tidak bisa ditawar-tawar.	Etiket bersifat relatif. Yang dianggap tidak sopan dalam satu kebudayaan, bisa saja dianggap sopan dalam kebudayaan lain. Misal: makan dengan tangan atau bersendawa waktu makan.
Etika memandang manusia dari segi dalam.	Etiket memandang manusia dari segi lahiriah saja.

Tabel 2.2 Perbedaan antara etika dan etiket

E. HUBUNGAN ETIKA DAN HUKUM

Secara umum, hukum dibuat berdasarkan nilai moral masyarakat tertentu. Mereka menggambarkan perilaku dasar manusia. Dengan kata lain, hukum mewakili standar minimum perilaku manusia, yaitu perilaku etis. Selain itu, baik hukum

maupun etika sama-sama sistem yang menjaga seperangkat nilai moral dan mencegah orang untuk tidak melanggarnya. Hukum dan moral memberi panduan kepada orang tentang apa yang mungkin dilakukan atau yang tidak mungkin dilakukan dalam situasi tertentu. Singkatnya, kedua hal tersebut bertujuan membuat orang mendapatkan keuntungan dari menjadi anggota masyarakat yang diatur dengan baik.

Beberapa persamaan lain antara etika dan hukum adalah keduanya merupakan alat yang dibuat untuk mengatur tertibnya hidup bermasyarakat, objek dari etika dan hukum adalah tingkah laku manusia, keduanya mengandung hak dan kewajiban bagi anggota masyarakat agar tidak saling merugikan, keduanya menggugah kesadaran untuk bersikap manusiawi, serta bersumber dari pemikiran para pakar dan anggota senior.

Menurut Supriadi (2001), hukum adalah kumpulan peraturan yang berisi kaidah-kaidah hukum, sementara etika adalah sekumpulan peraturan yang berisi kaidah-kaidah nonhukum, yaitu kaidah-kaidah tingkah laku (etika). Hukum ada di dalam masyarakat pada dasarnya berlaku untuk ditaati, sehingga dapat tercipta ketentraman dan ketertiban. Pada dasarnya hukum bertujuan untuk mencapai kepastian hukum, sehingga dapat mengayomi masyarakat secara adil dan damai. Dengan demikian akan tercipta kebahagiaan dalam masyarakat.

Ada beberapa jenis hukum dalam masyarakat. *Pertama*, hukum pidana. Hukum pidana adalah hukum yang mengatur pelanggaran-pelanggaran dan kejahatan-kejahatan terhadap kepentingan umum dan perbuatan mana diancam dengan sanksi pidana tertentu. Bentuk atau jenis pelanggaran dan kejahatan dimuat didalam kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP). *Kedua*, hukum perdata (privat). Hukum perdata adalah hukum yang mengatur tentang kepentingan-kepentingan orang perorangan. Dalam ilmu pengetahuan hukum, hukum perdata diantaranya adalah hukum perorangan (pribadi), hukum keluarga, hukum kekayaan, hukum waris, dan hukum dagang.

Ketiga, hukum kesehatan. Menurut anggaran dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI), hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hukum ini meliputi komponen-komponen hukum bidang kesehatan yang bersinggungan satu dengan lainnya, yaitu hukum kedokteran, hukum keperawatan, hukum farmasi klinik, hukum rumah sakit, hukum kesehatan masyarakat, hukum kesehatan lingkungan, dan lain sebagainya (PERHUKI, 1993).

Ada banyak perbedaan antara etika dan hukum. *Pertama*, etika berasal dari kesadaran masyarakat akan apa yang benar dan apa yang salah, sedangkan hukum ditulis dan disetujui oleh pemerintah. Artinya, etika dapat bervariasi dari orang ke orang karena orang yang berbeda mungkin memiliki pendapat berbeda mengenai masalah tertentu, namun hukum menerangkan dengan jelas apa yang ilegal tidak peduli bagaimana orang berdebat. Sampai batas tertentu, etika tidak didefinisikan dengan baik, namun hukum didefinisikan dan bersifat kaku.

Kedua, etika juga bisa dibedakan dengan melihat apakah orang-orang dihukum setelah melanggar peraturan. Tidak ada yang akan dihukum bila melanggar etika; tapi siapapun yang melanggar hukum akan menerima hukuman yang dilakukan oleh otoritas terkait. *Ketiga*, sebuah tindakan bisa saja ilegal, tapi secara moral benar. Misalnya, di Tiongkok kuno, beberapa orang merampok harta benda dari orang kaya, dan memberikannya kepada orang miskin, dan dianggap secara moral benar tapi ilegal. Sebaliknya, tindakan yang legal bisa salah secara moral. Misalnya, beberapa orang menghabiskan ribuan dolar untuk hewan peliharaan mereka sementara beberapa orang miskin di jalan tidak dapat memiliki cukup makanan. *Keempat*, beberapa hukum tidak ada kaitannya dengan etika, seperti mobil harus berada di sisi kiri jalan. *Terakhir*, etika lebih menekankan pada aspek positif sementara hukum lebih memperhatikan tindakan negatif.

Seperti yang telah disinggung sebelumnya, bahwa etika dan hukum memiliki perbedaan yang cukup mendasar. Salah satu perbedaan tersebut adalah etika hanya berlaku untuk lingkungan profesi sementara hukum berlaku untuk umum. Selain itu, ada beberapa perbedaan antara etika dan hukum, antara lain etika disusun berdasarkan kesepakatan anggota profesi sementara hukum disusun badan pemerintah, etika tidak seluruhnya tertulis sementara hukum tercantum secara terperinci dalam kitab undang-undang dan lembaran atau berita negara, sanksi terhadap pelanggaran etika berupa tuntutan sementara sanksi terhadap pelanggaran hukum berupa tuntutan, serta penyelesaian pelanggaran etika tidak selalu disertai bukti fisik sementara penyelesaian pelanggaran hukum memerlukan bukti fisik.

F. ETIKA DAN HUKUM KEPERAWATAN DI INDONESIA

Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI) mendefinisikan hukum kesehatan sebagai semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya, serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara kesehatan dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman medik, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum, serta sumber-sumber hukum lainnya.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia. UU Kesehatan tersebut merupakan produk hukum kesehatan sebagai fondasi pelaksanaan praktik peningkatan kesehatan di Indonesia, termasuk di dalamnya mengenai praktik keperawatan. Di dalam UU tersebut termaktub aturan-aturan mengenai sumber daya di bidang kesehatan, perbekalan

kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, obat/obat tradisional, teknologi kesehatan, dan upaya kesehatan.

Menurut UU Kesehatan, upaya-upaya kesehatan yang dilakukan di Indonesia harus dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Upaya-upaya kesehatan tersebut dapat berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan pelayanan kesehatan tradisional.

Indonesia juga telah memiliki UU khusus tentang keperawatan, yakni Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Di dalam UU tersebut tersedia keterangan mengenai jenis perawat, pendidikan tinggi keperawatan, registrasi/izin praktik keperawatan, hak dan kewajiban perawat/klien, praktik keperawatan, organisasi profesi keperawatan, kolegium keperawatan, konsil keperawatan, sanksi administratif bagi perawat, serta pengembangan, pembinaan, dan pengawasan keperawatan.

Lahirnya UU Keperawatan ini didasarkan pada asas bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan ini harus dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan terjangkau oleh perawat yang memiliki kompetensi, kewenangan, etik, dan moral tinggi. Oleh karena itu, segala sesuatu mengenai keperawatan perlu diatur secara komprehensif dalam peraturan perundang-undangan guna memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada perawat dan masyarakat.

Selain sumber hukum berupa undang-undang, ada beberapa produk hukum lain yang mengatur praktik keperawatan di Indonesia. Berikut beberapa peraturan perundangan yang terkait dengan praktik asuhan keperawatan:

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 161/MENKES/PER/I/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1796/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan
8. Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor YM.00.03.2.6.7637 tentang Berlakunya Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit.

BAB 3

TEORI DAN PRINSIP ETIKA DALAM KEPERAWATAN

A. TEORI ETIKA

1. Utilitarisme

Filsuf Inggris abad ke-18 dan abad ke-19, Jeremy Bentham dan John Stuart Mill berpendapat bahwa sebuah tindakan benar jika ia cenderung mempromosikan kebahagiaan dan sebaliknya sebuah tindakan dianggap salah apabila cenderung menghasilkan kesedihan. Kebahagiaan yang dimaksud bukan hanya kebahagiaan pelaku aksi tapi juga semua orang yang terkena dampaknya. Teori semacam ini bertentangan dengan egoisme, pandangan bahwa seseorang harus mengejar kepentingan dirinya sendiri, bahkan dengan mengorbankan orang lain, dan pada teori etika apa pun yang menganggap beberapa tindakan atau jenis tindakan benar atau salah terlepas dari konsekuensinya. Utilitarianisme juga berbeda dari teori etika yang membuat kebenaran atau kesalahan tindakan tergantung pada motif agen, karena menurut Utilitarian hal yang benar untuk mungkin dilakukan dengan motif yang buruk.

Utilitarianisme adalah upaya untuk memberikan jawaban atas pertanyaan praktis "Apa yang harus dilakukan

manusia?" Jawabannya adalah bahwa dia harus bertindak untuk menghasilkan konsekuensi terbaik. Dalam pengertian konsekuensi, utilitarianisme mencakup semua hal baik dan buruk yang dihasilkan oleh tindakan tersebut, baik yang muncul setelah tindakan tersebut dilakukan atau selama kinerjanya. Jika perbedaan konsekuensi tindakan alternatif tidak besar, beberapa utilitarian tidak menganggap pilihan di antara mereka sebagai isu moral. Menurut Mill, tindakan harus diklasifikasikan sebagai benar atau salah secara moral hanya jika konsekuensinya sangat penting sehingga seseorang ingin melihat agen tersebut dipaksa untuk bertindak dengan cara yang lebih disukai.

Dalam menilai konsekuensi tindakan, utilitarianisme bergantung pada beberapa teori nilai intrinsik: sesuatu dianggap baik, terlepas dari konsekuensi lebih lanjut, dan semua nilai lainnya diyakini memperoleh nilai mereka dari hubungannya dengan kebaikan intrinsik ini sebagai alat. Bentham dan Mill adalah hedonis, yaitu mereka yang menganalisis kebahagiaan sebagai keseimbangan kesenangan atas rasa sakit dan percaya bahwa perasaan ini sendiri adalah nilai intrinsik dan *disvalue*. Utilitarian juga berasumsi bahwa membandingkan nilai intrinsik yang dihasilkan oleh dua tindakan alternatif dapat dilakukan. Selain itu, seseorang juga dapat memperkirakan mana yang akan memiliki konsekuensi yang lebih baik.

Bentham percaya bahwa kalkulus hedonik secara teoritis mungkin terjadi. Sebagai seorang moralis, ia mempertahankan, dapat meringkas unit kesenangan dan unit rasa sakit untuk semua orang yang mungkin terpengaruh, segera dan di masa depan, dan dapat menganggap keseimbangan itu sebagai ukuran keseluruhan kecenderungan baik atau jahat suatu tindakan. Pengukuran yang tepat seperti yang diramalkan Bentham mungkin tidak penting, namun tetap diperlukan bagi utilitarian untuk membuat beberapa perbandingan interpersonal mengenai nilai efek dari tindakan alternatif.

Dalam pendekatan utilitarian, keputusan dipilih berdasarkan jumlah manfaat terbesar yang diperoleh untuk jumlah individu terbanyak. Ini juga dikenal sebagai pendekatan konsekuensial karena hasilnya menentukan moralitas intervensi. Pendekatan ini dapat menyebabkan kerugian bagi beberapa individu sedangkan hasil bersihnya adalah keuntungan maksimal. Pendekatan ini biasanya dipandu oleh keuntungan atau kerugian yang dihitung untuk tindakan atau intervensi berdasarkan bukti. Beberapa contoh pendekatan utilitarian dalam perawatan medis termasuk menetapkan target rumah sakit untuk resusitasi bayi baru lahir prematur (usia gestasi) atau perawatan pasien luka bakar (tingkat cedera) berdasarkan ketersediaan waktu dan sumber daya.

Ada dua varian utilitarianisme: utilitarianisme tindakan dan utilitarianisme peraturan. Utilitarianisme tindakan berkaitan dengan keputusan yang diambil untuk setiap kasus yang menganalisis manfaat dan kerugian yang mendorong konsekuensi yang lebih baik secara keseluruhan. Setiap tindakan/keputusan yang tiba untuk setiap pasien dihadapkan dengan pengukuran keseimbangan manfaat dan kerugian, tanpa memeriksa pengalaman atau bukti masa lalu. Metode ini akan menghasilkan pemborosan waktu dan energi dalam pengambilan keputusan dan cenderung bias.

Dalam utilitarianisme aturan, tidak ada prediksi atau perhitungan manfaat atau bahaya yang dilakukan. Keputusan ini dipandu oleh peraturan preformed berdasarkan bukti dan karenanya memberikan panduan yang lebih baik daripada utilitarianisme tindakan dalam pengambilan keputusan. Menurut aturan utilitarianisme, keputusan yang benar secara moral adalah tindakan yang mematuhi peraturan/peraturan moral yang mengarah pada konsekuensi yang lebih baik. Meski konsep ini terlihat menarik pasien merasa terhambat saat dokter membuat keputusan, yang mempengaruhi prinsip etika

fundamental. Masalah etis ini dapat diakomodasi saat berhadapan dengan pasien yang kompeten untuk berperan dalam pengambilan keputusan, sambil menimbulkan dilema moral pada pasien yang tidak kompeten, misalnya pada pasien yang mati otak (status vegetatif permanen). Berkaitan dengan penarikan dana untuk kelangsungan hidup/organ, dll. Dalam skenario di atas, dilema dapat ditangani secara etis dan legal jika pasien telah membuat arahan keputusan sebelumnya tentang kehidupan mereka.

2. Deontologi

Etika deontologis, dalam filsafat didefinisikan sebagai teori yang menempatkan penekanan khusus pada hubungan antara tugas dan moralitas tindakan manusia. Istilah deontologi berasal dari bahasa Yunani *deon* yang berarti 'tugas' dan *logos* 'pengetahuan'. Dalam etika deontologi suatu tindakan dinilai secara moral baik karena beberapa karakteristik dari tindakan itu sendiri, bukan karena produk dari tindakan itu baik. Etika deontologi berpendapat bahwa setidaknya beberapa tindakan secara moral wajib terlepas dari konsekuensinya bagi kesejahteraan manusia. Sebaliknya, etika teleologis (juga disebut etika konsekuensialis atau konsekuensialisme) berpendapat bahwa standar dasar moralitas adalah nilai sesungguhnya dari apa yang ditimbulkan suatu tindakan. Teori-teori deontologis telah disebut formalistik, karena prinsip utama mereka terletak pada kesesuaian suatu tindakan terhadap beberapa peraturan atau hukum.

Filsuf besar pertama yang mendefinisikan prinsip deontologis adalah Immanuel Kant, pendiri filsafat kritis Jerman abad ke-18. Kant berpendapat bahwa tidak ada yang baik tanpa kualifikasi kecuali kemauan yang baik, dan kemauan yang baik adalah keinginan untuk bertindak sesuai dengan hukum moral dan untuk menghormati undang-undang tersebut daripada karena kecenderungan alami. Dia melihat hukum moral sebagai imperatif kategoris, yaitu sebuah komando tanpa syarat. Selain itu, ia percaya

bahwa isinya dapat dibuat berdasarkan akal manusia saja. Dengan demikian, imperatif kategoris tertinggi adalah: "Bertindaklah hanya pada pepatah yang dengannya Anda dapat pada saat bersamaan akan mewujudkannya sebagai hukum universal."

Kant mempertimbangkan bahwa perumusan keharusan kategoris setara dengan: "Jadi, bertindaklah bahwa Anda memperlakukan manusia di dalam diri Anda dan di dalam pribadi orang lain pada saat yang sama sekaligus sebagai akhir dan tidak hanya sebagai sarana." Namun, hubungan kedua formulasi tersebut sama sekali tidak jelas. Bagaimanapun, kritikus Kant mempertanyakan pandangannya bahwa semua tugas dapat diturunkan dari prinsip formal semata dan berpendapat bahwa dia mengabaikan muatan konkret kewajiban moral.

Berbeda dengan konsep utilitarian, deontologi adalah etika tugas dimana moralitas suatu tindakan bergantung pada sifat tindakan, yaitu kerugian tidak dapat diterima terlepas dari konsekuensinya. Konsep ini diperkenalkan oleh seorang filsuf, Immanuel Kant dan karenanya secara luas disebut deontologi Kantian. Keputusan deontologi mungkin sesuai untuk seseorang namun tidak harus menghasilkan hasil yang baik bagi masyarakat.

Interaksi atau hubungan dokter-pasien secara alami bersifat deontologis karena praktik pengajaran kedokteran menanamkan tradisi ini, dan ketika praktik deontologis ini dilanggar, konteks kelalaian medis muncul. Tradisi ini mendorong dokter untuk melakukan yang terbaik pada pasien, memperkuat ikatan dokter-pasien. Ahli ideologi deontologis (dokter dan staf medis lainnya) biasanya didorong oleh pendekatan utilitarian oleh profesional kesehatan masyarakat, manajer rumah sakit, dan politisi (ideolog idealnya).

Dari perspektif utilitarian, sumber daya sistem perawatan kesehatan, energi, uang, dan waktu yang terbatas, harus diakomodasi dengan tepat untuk mencapai pera-

watan kesehatan terbaik bagi masyarakat. Ini dijalankan dengan peraturan dan pedoman lengkap. Sementara itu, untuk mencapai yang terbaik dalam jumlah terbesar, melibatkan sedikit bahaya (iatrogenik) dapat diterima oleh para ahli ideologi utilitarian. Sebagai contoh, beberapa kasus polio paralitik akibat vaksin setelah vaksinasi polio oral. Dari perspektif deontologis, utilitarian menggeneralisasi pedoman atau peraturan sementara mungkin ada kasus luar biasa yang mungkin tidak diterapkan pada pedoman tersebut. Penyimpangan tindakan dari pedoman tersebut berkontribusi terhadap kelalaian medis terhadap utilitarian. Konflik semacam itu dalam pendekatan biasanya ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan saat ini. Demikian pula, keterlibatan sistem pembayaran pihak ketiga (asuransi kesehatan) mempengaruhi kerahasiaan antara hubungan dokter-pasien.

3. Teori Hak

Seperti banyak perspektif etis, pendekatan berbasis hak juga berakar pada filsuf kuno yang berkaitan dengan konsep keadilan, serta filsuf hukum alam yang mengakui potensi hak-hak tertentu yang melekat pada kodrat manusia. Hak alamiah umumnya dianggap sebagai anugerah alam atau tuhan yang tidak bisa diambil. Gagasan modern tentang hak alam sangat terkait erat dengan filsuf Inggris abad ketujuh belas John Locke (Almond, 1993) dan pendapatnya bahwa manusia berhak atas kehidupan, kebebasan, dan properti. Dalam teori kontemporer, klaim moral ini disebut sebagai hak asasi manusia universal dan merupakan dasar untuk menetapkan dan/atau mengevaluasi standar etika dalam tatanan sosial.

Beauchamp dan Childress (2009) mendefinisikan hak sebagai "klaim yang membenarkan bahwa individu dan kelompok dapat membuat orang lain atau masyarakat, memiliki hak untuk berada dalam posisi menentukan pilihan seseorang, apa yang orang lain harus lakukan

atau tidak perlu lakukan". Dalam kasus hak hukum, klaim tersebut harus dibenarkan berdasarkan asas dan peraturan hukum. Demikian juga, hak moral harus menemukan landasan dalam prinsip dan peraturan moral. Salah satu bentuk hak tidak harus mengarah pada yang lain, meski perbedaan ini tidak dikenal dengan baik dalam masyarakat kontemporer.

Beauchamp dan Childress (2009) terus menunjukkan bahwa, sementara beberapa hak dapat dianggap bersifat mutlak, sebagian besar lebih baik dianggap sebagai hak *prima facie*. Dengan kata lain, sebagian besar hak harus diobservasi dengan tidak adanya klaim yang bersaing: namun semua hak cenderung tunduk pada klaim yang bersaing di beberapa titik. Misalnya, hak fundamental untuk hidup seringkali ditanggguhkan dalam situasi yang melibatkan pembelaan diri atau pembunuhan selama perang.

Perbedaan lain yang berguna adalah hak positif dan negatif. Hak positif adalah hak untuk menerima kebaikan atau pelayanan tertentu dari orang lain (Beauchamp & Childress, 2009). Oleh karena itu, hak positif mengasumsikan bahwa seseorang (individu atau agen) berkeajiban untuk melakukan sesuatu untuk orang lain. Sementara itu, hak negatif adalah hak untuk bebas dari tindakan orang lain, jadi hak negatif mewajibkan orang lain untuk tidak melakukan tindakan yang berhubungan dengan orang lain secara langsung maupun tidak langsung. Implikasi penting di sini adalah bahwa hak menempatkan kewajiban pada individu lain atau entitas sosial, serta pertimbangan apakah tugas terkait kemudian ditafsirkan bersifat mutlak.

Konsep hak sangat menarik sebagai dasar argumen moral dan pembenaran dalam masyarakat demokratis modern, namun juga terbuka untuk sejumlah masalah (Almond, 1993). Pertama, tidak ada kesepakatan umum tentang apa atau siapa yang bisa menjadi subjek hak.

Kesamaan kesepakatan serupa ada pada hal macam apa yang bisa menjadi hak untuk melakukannya. Akhirnya ada pertanyaan tentang apakah hak bisa menjadi tidak dapat dicabut atau absolut.

Hak atas kesehatan dapat didefinisikan sebagai hak dasar yang dimiliki masing-masing individu. Karena kemajuan teknologi medis yang tinggi, etiologi, prevalensi, dan prognosis sebuah penyakit kini lebih dipahami. Hal tersebut juga membuat peran faktor penentu kesejahteraan sosial sandang, pangan, papan, pendidikan, jaminan sosial menjadi sangat penting. Konsep untuk menjadi sehat dan tetap sehat mengubah konsep kesehatan dari pandangan terbatas yang hanya berfokus pada pencegahan dan penyembuhan penyakit, menjadi wacana yang lebih komprehensif yang mencakup kesejahteraan fisik, sosial, dan fisiologis. Dengan demikian konteks hak atas kesehatan berubah sesuai dan memulai klaim untuk faktor penentu sosial kesehatan. Wacana baru dari konsep tersebut menyebabkan masalah distribusi sumber daya untuk faktor penentu sosial kesehatan menjadi subjek teori keadilan sosial.

4. Teori Keutamaan (Virtue Theory)

Teori keutamaan (*virtue theory*) adalah istilah yang luas untuk teori yang menekankan peran karakter dan kebajikan dalam filsafat moral daripada melakukan tugas atau tindakan seseorang untuk menghasilkan konsekuensi yang baik. Sebagian besar teori etika ini mengambil inspirasi dari Aristoteles yang menyatakan bahwa orang yang berbudi luhur adalah seseorang yang memiliki karakter ideal. Ciri-ciri ini berasal dari kecenderungan internal alami, namun perlu dipupuk, namun begitu didirikan, sifat ini akan menjadi stabil. Misalnya, orang yang berbudi luhur adalah seseorang yang baik dalam banyak situasi selama seumur hidup karena itu adalah karakternya dan bukan karena dia ingin memaksimalkan *utilitas* atau mendapatkan bantuan atau hanya melakukan tugasnya.

Tidak seperti teori deontologis dan konsekuensialis, teori etika keutamaan tidak bertujuan mengidentifikasi prinsip universal yang dapat diterapkan dalam situasi moral manapun. Teori etika ini berhubungan dengan pertanyaan yang lebih luas "Bagaimana seharusnya saya hidup?", "Apa kehidupan yang baik?", "Apa nilai keluarga dan sosial yang tepat?"

Sejak kebangkitannya di abad ke-20, etika keutamaan telah dikembangkan dalam tiga arahan utama: Eudaimonisme, teori berbasis agen, dan etika perawatan. Eudaimonisme mendasari kebajikan dalam perkembangan manusia, dimana berkembang disamakan dengan melakukan fungsi khas seseorang dengan baik. Dalam kasus manusia, Aristoteles berpendapat bahwa fungsi khas kita adalah penalaran, dan karenanya kehidupan "layak hidup" adalah sesuatu yang kita anggap baik.

Teori berbasis agen menekankan bahwa kebajikan ditentukan oleh intuisi akal sehat bahwa kita sebagai pengamat menilai sifat yang mengagumkan pada orang lain. Cabang ketiga etika keutamaan, etika perawatan, diusulkan sebagian besar oleh pemikir feminis. Ini menantang gagasan bahwa etika harus berfokus semata-mata pada keadilan dan otonomi. Argumen ini didasarkan bahwa sifat feminin yang lebih feminin, seperti peduli dan mengasuh, juga harus diperhatikan.

Mengangkat keberatan terhadap teori normatif lainnya dan mendefinisikan dirinya bertentangan dengan klaim orang lain, merupakan tahap pertama dalam pengembangan etika keutamaan. Para ahli etika ini kemudian mengambil tantangan untuk mengembangkan kebaikan penuh yang bisa bertahan berdasarkan kemampuan mereka sendiri dan bukan sekadar mengkritik konsekuensialisme dan deontologi.

Ada tiga alur utama pengembangan etika keutamaan: eudaimonisme, teori berbasis agen, dan etika perawatan.

a. Eudaimonisme

Eudaimonia adalah istilah Aristotelian yang secara longgar (dan tidak memadai) diterjemahkan sebagai kebahagiaan. Untuk memahami perannya dalam etika moral kita melihat argumen fungsi Aristoteles. Aristoteles mengakui bahwa sebuah tindakan tidak sia-sia karena mereka memiliki tujuan. Setiap tindakan bertujuan untuk sesuatu yang baik. Sebagai contoh, vaksinasi dokter terhadap bayi bertujuan untuk kesehatan bayi. Selanjutnya, beberapa hal dilakukan untuk kepentingan mereka sendiri (berakhir pada diri mereka sendiri) dan beberapa hal dilakukan demi hal lain (sarana ke tujuan lain). Aristoteles mengklaim bahwa semua hal yang berakhir dalam diri sendiri juga berkontribusi pada akhir yang lebih luas, sebuah akhir yang merupakan kebaikan terbesar dari semuanya. *Eudaimonia* adalah kebahagiaan, kepuasan, dan pemenuhan, nama jenis kehidupan terbaik, yang merupakan akhir dari dirinya sendiri dan sarana untuk hidup dan berjalan dengan baik.

Pentingnya etika ini adalah membalikkan hubungan antara kebajikan dan kebenaran. Seorang utilitarian bisa menerima nilai kebaikan, tapi hanya karena seseorang dengan disposisi yang baik cenderung menghasilkan konsekuensi yang akan memaksimalkan kegunaannya. Jadi kebajikan hanya dibenarkan karena konsekuensi yang ditimbulkannya. Dalam etika kebajikan eudaimonisme, kebajikan dibenarkan karena merupakan unsur konstitutif dari *eudaimonia* (yaitu, pertumbuhan dan kesejahteraan manusia), yang baik dalam dirinya sendiri.

b. Etika Berbasis Agen

Tidak semua akun etika kebajikan adalah eudaimonis. Michael Slote telah mengembangkan sebuah nilai tentang kebajikan berdasarkan intuisi akal sehat

kita tentang ciri-ciri karakter mana yang mengagumkan. Slote membuat perbedaan antara teori agen yang berfokus pada agen dan agen. Teori yang berfokus pada agen memahami kehidupan moral dalam hal apa adanya menjadi individu yang baik, di mana kebajikan adalah disposisi batin. Teori Aristotelian adalah contoh dari teori yang berfokus pada agen. Sebaliknya, teori berbasis agen lebih radikal karena evaluasi tindakan mereka bergantung pada penilaian etis tentang kehidupan batin agen yang melakukan tindakan tersebut. Ada berbagai sifat manusia yang kita anggap mengagumkan, seperti kebajikan, kebaikan hati, kasih sayang, dll dan kita dapat mengidentifikasi hal ini dengan melihat orang-orang yang kita kagumi, contoh moral kita.

c. Etika Perawatan

Etika keperawatan dikembangkan terutama oleh para penulis feminis, seperti Annette Baier (1929-2012), filsuf Selandia Baru, yang menyatakan bahwa nilai etika keutamaan ini dimotivasi oleh pemikiran bahwa pria berpikir dalam istilah maskulin seperti keadilan dan otonomi, sedangkan wanita berpikir dalam istilah feminin seperti peduli. Para teoretikus ini meminta perubahan bagaimana kita memandang moralitas dan kebaikan, beralih ke kebaikan yang dicontohkan oleh wanita, seperti merawat orang lain, kesabaran, kemampuan untuk memelihara, mengorbankan diri, dll. Kebaikan jenis ini telah dipinggirkan karena masyarakat tidak cukup menilai kontribusi wanita. Tulisan di bidang ini tidak selalu secara eksplisit membuat hubungan dengan etika kebajikan. Namun, ada banyak dalam diskusi mereka tentang kebajikan tertentu dan hubungannya dengan praktik sosial dan pendidikan moral, dan lain-lain, yang penting bagi etika keutamaan.

B. PRINSIP ETIKADALAM KEPERAWATAN

1. Otonomi (*autonomy*)

Pasien harus memiliki otonomi pemikiran, niat, dan tindakan saat membuat keputusan mengenai prosedur perawatan kesehatan. Oleh karena itu, proses pengambilan keputusan harus bebas dari paksaan atau pembujukan dari pihak lainnya. Agar pasien membuat keputusan yang tepat, dia harus memahami semua risiko dan manfaat prosedur serta kemungkinan keberhasilan dari tindakan yang akan dijalani. Dikarenakan pengambilan keputusan sangat teknis dan mungkin melibatkan emosi tinggi, sulit untuk mengharapkan pasien mengambil keputusan dengan *informed consent*.

Prinsip otonomi memandang hak individu untuk menentukan nasib sendiri. Ini berakar pada penghormatan masyarakat terhadap kemampuan individu untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang masalah pribadi. Otonomi menjadi penting karena nilai sosial telah bergeser untuk menentukan kualitas medis bagi pasien daripada profesional medis. Meningkatnya nilai otonomi dapat dilihat sebagai reaksi sosial terhadap tradisi "paternalistik" di dalam perawatan kesehatan. Beberapa pihak mempertanyakan apakah reaksi balik terhadap paternalisme yang secara historis berlebihan yang mendukung otonomi pasien telah menghambat penggunaan paternalisme yang baik terhadap kerugian hasil beberapa pasien. Penghormatan terhadap otonomi adalah dasar untuk *informed consent* dan *advance directives*.

Definisi otonomi adalah kemampuan seseorang untuk membuat keputusan yang rasional dan tidak terpengaruh. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa otonomi merupakan indikator umum kesehatan. Perkembangan banyak penyakit terminal ditandai dengan hilangnya otonomi, dalam berbagai perilaku. Misalnya, demensia hampir selalu berujung pada hilangnya otonomi. Demensia adalah

penyakit kronis dan progresif yang menyerang otak dan mempengaruhi kemampuan untuk membuat penilaian, dapat menyebabkan kehilangan ingatan, menyebabkan penurunan pemikiran rasional dan mempengaruhi orientasi.

Prinsip ini berimplikasi pada pertimbangan etika kedokteran: "apakah tujuan perawatan kesehatan untuk berbuat baik, dan diuntungkan darinya?" atau "apakah tujuan perawatan kesehatan untuk berbuat baik kepada orang lain, dan masyarakat diuntungkan dari tindakan ini?". Pasien berhak membuat keputusan tentang perawatan medis tanpa penyedia layanan kesehatan yang mencoba mempengaruhi keputusan tersebut. Dengan mempertimbangkan otonomi sebagai parameter pengukuran untuk perawatan diri (*self*), perspektif medis dan etika mendapat manfaat dari referensi tersirat terhadap kesehatan.

Psikiater dan psikolog klinis sering diminta untuk mengevaluasi kapasitas pasien untuk membuat keputusan hidup dan mati di penghujung kehidupan. Orang dengan kondisi kejiwaan seperti delirium atau depresi klinis mungkin kekurangan kapasitas untuk membuat keputusan akhir kehidupan. Bagi orang-orang ini, permintaan untuk menolak perawatan dapat dilakukan dalam konteks kondisinya. Jika tidak ada instruksi yang jelas, sebaliknya orang yang memiliki kapasitas mental diperlakukan sesuai dengan kepentingan terbaik mereka. Hal ini akan melibatkan penilaian yang berhubungan dengan orang-orang yang mengenal orang tersebut dengan sebaik-baiknya. Hal ini untuk menentukan keputusan apa yang akan dibuat orang tersebut jika mereka tidak kehilangan kapasitas. Orang-orang dengan kapasitas mental untuk membuat keputusan akhir hidup dapat menolak pengobatan dengan pemahaman bahwa hal itu dapat mempersingkat kehidupan. Psikiater dan psikolog mungkin terlibat untuk mendukung pengambilan keputusan.

2. Keadilan (*justice*)

Prinsip ini didasarkan pada gagasan bahwa beban dan manfaat pengobatan baru atau eksperimental harus didistribusikan secara merata di antara semua kelompok di masyarakat. Penerapan prinsip ini membutuhkan prosedur yang menjunjung tinggi semangat hukum yang ada dan adil bagi semua pihak yang terlibat. Penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan empat bidang utama saat mengevaluasi keadilan: distribusi yang adil dari sumber daya yang langka, kebutuhan bersaing, hak dan kewajiban, dan potensi konflik dengan undang-undang yang ditetapkan. Teknologi reproduksi menciptakan dilema etis karena pengobatan tidak tersedia untuk semua orang.

Akses yang adil terhadap asuhan keperawatan menunjukkan bahwa perawat tersedia untuk memberikan perawatan dan bahwa penerima perawatan (pasien, keluarga, atau masyarakat) tahu bahwa perawatan tersedia bagi mereka. Akses dalam praktik antarnegara harus mempertimbangkan masalah demografis. Berapa banyak perawat yang berlatih dalam praktik keperawatan antarnegara? Apakah mereka bekerja penuh waktu atau paruh waktu? Apa keahlian mereka? Jika keahlian mereka (misalnya, perawatan kritis) sangat diminati di negara tempat tinggal mereka dan jika jumlah mereka relatif sedikit, mungkinkah meminta mereka untuk mencairkan layanan mereka di negara mereka sendiri untuk memenuhi tuntutan layanan mereka yang lebih tinggi di negara lain?

Prinsip dasar keadilan adalah kebutuhan. Misalnya, ketika ada dua negara membutuhkan jenis keahlian perawat seperti perawatan kritis, namun tidak cukup perawat untuk memenuhi permintaan. Perawat perawatan kritis di kedua negara ini menjadi sumber daya yang langka. Apakah mereka harus bekerja lebih keras, lebih lama dan melakukan perjalanan lebih jauh dengan gaji yang sama? Jika demikian, situasi ini jelas tidak memenuhi

prinsip etika peradilan. Akan tetapi, jika perawat benar-benar diberi tunjangan dan gaji sepadan dengan bekerja lebih keras dan lebih lama dan di tempat-tempat terpencil, dari mana uang tersebut didapatkan?

Menentukan alokasi sumber daya yang langka cukup sulit dalam keadaan tertentu, apalagi di dalam kelompok praktik keperawatan antarnegara, terutama jika ada negara kaya dan miskin dalam kelompok kompak. Dalam keadaan seperti ini, bagaimana keadilan sebaiknya disajikan kepada mereka yang paling terpengaruh oleh perawat dan sumber keuangan yang langka? Pertanyaan ini pertama dan paling utama adalah masalah etis; dengan demikian, hal itu menuntut standar keadilan tertinggi.

3. Kebermanfaatan (*beneficence*)

Prinsip ini diperlukan agar prosedur keperawatan diberikan dengan niat baik untuk pasien yang terlibat. Prinsip ini juga mengharuskan penyedia layanan kesehatan mengembangkan dan memelihara keterampilan dan pengetahuan, terus memperbarui pelatihan, mempertimbangkan keadaan individu dari semua pasien, dan berusaha untuk mendapatkan keuntungan bersih. Istilah *beneficence* mengacu pada tindakan yang mempromosikan kesejahteraan orang lain. Dalam konteks medis, ini berarti mengambil tindakan yang melayani kepentingan terbaik pasien. Namun, ketidakpastian seputar definisi yang tepat tentang praktik mana yang sebenarnya membantu pasien.

Childress dan Beauchamp dalam *Principle of Biomedical Ethics* (2009) mengidentifikasi kebermanfaatan sebagai salah satu nilai inti etika kesehatan. Beberapa ilmuwan, seperti Edmund Pellegrino, berpendapat bahwa kebermanfaatan adalah satu-satunya prinsip dasar etika kedokteran. Mereka berpendapat bahwa penyembuhan seharusnya menjadi satu-satunya tujuan pengobatan.

Dokter diharapkan menahan diri untuk tidak menimbulkan bahaya, namun mereka juga memiliki kewajiban

untuk membantu pasien mereka. Etika sering membedakan antara manfaat wajib dan ideal. Manfaat ideal terdiri dari tindakan kemurahan hati yang ekstrem atau upaya untuk memberi manfaat bagi orang lain pada semua kesempatan yang mungkin terjadi. Dokter tidak selalu diharapkan untuk hidup sesuai dengan definisi kemurahan hati yang luas ini. Namun, tujuan pengobatan adalah untuk mempromosikan kesejahteraan pasien, dan dokter memiliki keterampilan dan pengetahuan yang memungkinkan mereka membantu orang lain. Karena sifat hubungan antara dokter dan pasien, dokter berkewajiban untuk: mencegah dan menghapus bahaya, serta mempertimbangkan dan menyeimbangkan kemungkinan manfaat dari kemungkinan risiko suatu tindakan. Kebermanfaatan juga bisa mencakup melindungi dan membela hak orang lain, menyelamatkan orang-orang yang berada dalam bahaya, dan membantu orang-orang cacat.

Contoh tindakan prinsip ini adalah membantu persiapan korban yang tenggelam, memberikan vaksinasi untuk masyarakat umum, mendorong pasien untuk berhenti merokok dan memulai program latihan, berbicara dengan masyarakat tentang pencegahan penyakit menular seksual (PMS).

4. Tidak membahayakan (*nonmaleficence*)

Prinsip ini diperlukan agar prosedur yang dilakukan tidak membahayakan pasien yang terlibat atau orang lain di masyarakat. Spesialis infertilitas beroperasi dengan asumsi bahwa mereka tidak membahayakan atau setidaknya meminimalkan bahaya dengan mencapai hasil positif yang lebih besar. Namun, karena teknologi reproduksi bantu memiliki tingkat keberhasilan yang terbatas, tidak pasti keseluruhan hasil, keadaan emosional pasien mungkin akan berdampak negatif. Dalam beberapa kasus, sulit bagi dokter untuk berhasil menerapkan prinsip tidak membahayakan.

Konsep tidak membahayakan diwujudkan oleh ungkapan, "pertama, tidak ada salahnya" atau bahasa Latin, *primum non nocere*. Banyak yang menganggap itu sebagai pertimbangan pertama atau utama (*primum*): lebih penting untuk tidak menyakiti pasien, daripada melakukannya dengan baik. Hal ini sebagian karena praktisi yang antusias cenderung menggunakan perawatan yang mereka yakini akan berhasil, tanpa terlebih dahulu mengevaluasi secara memadai untuk memastikan tidak menimbulkan kerusakan (atau hanya tingkat yang dapat diterima).

Banyak bahaya telah dilakukan pada pasien sebagai akibatnya, seperti kata pepatah, "Pengobatannya sukses, tapi pasiennya meninggal". Tidak hanya lebih penting untuk tidak membahayakan daripada berbuat baik; penting juga untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan pengobatan akan membahayakan pasien. Jadi, dokter harus lebih jauh daripada tidak memberi resep obat yang mereka tahu berbahaya dia seharusnya tidak meresepkan obat (atau mengobati pasiennya) kecuali jika dia tahu bahwa pengobatan tersebut tidak mungkin berbahaya. Atau paling tidak, pasien tersebut memahami risiko dan manfaatnya, dan kemungkinan manfaat tersebut lebih besar daripada risiko yang mungkin terjadi.

Namun, dalam praktiknya, banyak perawatan membawa beberapa risiko bahaya. Dalam beberapa situasi, misalnya dalam situasi putus asa dimana hasilnya tanpa perawatan akan sangat parah, perawatan berisiko yang memiliki kesempatan tinggi untuk melukai pasien akan dibenarkan, karena risiko tidak mengobati juga sangat mungkin membahayakan. Jadi prinsip tidak membahayakan tidak mutlak dan menyeimbangkan prinsip *beneficence* (berbuat baik), karena efek kedua prinsip bersama-sama sering menimbulkan efek ganda.

5. Kejujuran (*veracity*)

Kejujuran adalah prinsip pengajaran kebenaran, dan didasarkan pada pasien serta konsep otonomi. Agar seseorang dapat membuat pilihan rasional sepenuhnya, dia harus memiliki informasi yang relevan dengan keputusannya. Apalagi informasi ini harus sejelas dan seakurat mungkin. Kebenaran akan dilanggar setidaknya dalam dua cara, dengan tindakan berbohong atau pertukaran informasi keliru yang disengaja. Namun, prinsip kejujuran juga dilanggar dengan kelalaian, penghindaran yang disengaja dari semua atau bagian dari kebenaran. Akhirnya, prinsip kejujuran juga bisa dilanggar dengan menyelaraskan informasi secara sengaja dalam jargon atau bahasa yang gagal menyampaikan informasi dengan cara yang bisa dipahami oleh penerimanya atau yang sengaja menyesatkan si penerima.

Dalam konteks perawatan kesehatan, ada dua penerapan prinsip ini secara luas. *Pertama*, berhubungan dengan perawatan pasien dan isu-isu seperti *informed consent*. Pasien dan keluarga bergantung pada dokter dan perawat lain untuk informasi yang mereka butuhkan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi tentang perawatan mereka. Mereka juga berharap untuk diberitahu kebenaran tentang perawatan mereka, termasuk kesalahan atau kejadian yang tidak diinginkan. Sebagai alternatif, beberapa pasien atau keluarga pasien tidak ingin disebutkan kebenarannya, menempatkan dokter, perawat atau profesional perawatan kesehatan lainnya dalam situasi di mana tugasnya untuk mendapatkan *informed consent* terganggu oleh keinginan pasien atau keluarga.

Aplikasi kedua berhubungan secara umum dengan etika profesional dan harapan dasar bahwa kita jujur dalam interaksi profesional kita. Penerapan kejujuran ini jelas terlihat dalam berbagai isu termasuk hubungan profesional, standar dokumentasi, praktik penagihan, manajemen risiko, peer review, hubungan masyarakat, dan pelaporan peraturan, dan kepatuhan.

6. Kesetiaan (*fidelity*)

Prinsip kesetiaan secara luas mensyaratkan bahwa kita bertindak dengan cara yang setia. Ini termasuk menepati janji, melakukan apa yang diharapkan, melakukan tugas dan dapat dipercaya. Kesetiaan peran mencakup loyalitas spesifik yang terkait dengan penunjukan profesional tertentu, dan Purtillo (2005) mencantumkan lima harapan yang terkait dengan perkiraan pasien dalam hal kesetiaan dalam konteks perawatan kesehatan:

- a. Perawat memperlakukan mereka dengan hormat.
- b. Perawat, pengasuh atau profesional perawatan kesehatan lainnya, kompeten dan mampu menjalankan tugas yang diperlukan dari peran profesional.
- c. Perawat mematuhi kode etik profesional.
- d. Perawat mengikuti kebijakan dan prosedur organisasi dan hukum yang berlaku.
- e. Perawat akan menghormati kesepakatan yang dibuat dengan pasien.

Kesetiaan mungkin adalah sumber konflik etis yang paling umum. Dalam situasi tertentu, profesional perawatan kesehatan menemukan diri mereka bertentangan antara apa yang mereka yakini benar, apa yang diinginkan pasien, apa yang diharapkan anggota tim perawatan kesehatan lainnya, apa kebijakan organisasi yang menentukan dan/atau apa profesi atau hukum yang dimilikinya.

7. *Informed Consent*

Informed consent dalam etika biasanya mengacu pada gagasan bahwa seseorang harus diberi tahu sepenuhnya dan memahami potensi manfaat dan risiko pilihan pengobatan mereka. Orang yang kurang informasi berisiko salah memilih yang tidak mencerminkan nilai atau keinginannya. Ini tidak secara khusus berarti proses mendapatkan persetujuan, atau persyaratan hukum spesifik, yang bervariasi dari satu tempat ke tempat lain, namun dalam kapasitas untuk mendapatkan persetujuan.

Pasien dapat memilih untuk membuat keputusan medis mereka sendiri, atau dapat mendelegasikan wewenang pengambilan keputusan ke pihak lain. Jika pasien tidak mampu, undang-undang di seluruh dunia menunjuk proses yang berbeda untuk mendapatkan *informed consent*, biasanya dengan meminta seseorang ditunjuk oleh pasien atau keluarga terdekat mereka untuk membuat keputusan untuk mereka. Nilai *informed consent* terkait erat dengan nilai otonomi dan kebenaran.

Tujuan paling penting dari *informed consent* adalah bahwa pasien memiliki kesempatan untuk menjadi peserta informasi dalam keputusan perawatan kesehatannya. Secara umum diterima bahwa *informed consent* mencakup diskusi tentang elemen berikut:

- a. Sifat dari keputusan / prosedur
- b. Alternatif yang masuk akal terhadap intervensi yang diajukan
- c. Risiko, manfaat, dan ketidakpastian terkait dengan masing-masing alternatif
- d. Penilaian pemahaman pasien
- e. Penerimaan intervensi oleh pasien

Agar persetujuan pasien berlaku, dia harus dianggap kompeten untuk membuat keputusan dan persetujuannya harus bersifat sukarela. Sayangnya, pasien sering merasa tidak berdaya dan rentan. Untuk mendorong kesukarelaan, dokter dapat menjelaskan kepada pasien bahwa dia berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, tidak hanya menandatangani formulir. Dengan pemahaman ini, proses *informed consent* harus dilihat sebagai undangan bagi pasien untuk berpartisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan. Dokter umumnya juga berkeajiban untuk memberikan rekomendasi dan berbagi proses penalarannya dengan pasien. Pemahaman pada bagian pasien sama pentingnya dengan informasi yang diberikan. Oleh karena itu, diskusi harus dilakukan sesuai

persyaratan orang awam dan pemahaman pasien harus dinilai sepanjang perjalanan.

Dasar atau persetujuan sederhana mengharuskan pasien mengetahui apa yang ingin perawat lakukan, memberikan informasi dasar tentang prosedur, serta memastikan bahwa pasien menyetujui intervensi tersebut. Asisten mengacu pada penerimaan pasien terhadap perawatan, intervensi, atau perawatan klinis. Dasar persetujuan yang tepat, misalnya saat menggambar darah pada pasien yang telah memberi darah sebelumnya. Terkadang persetujuan prosedur tersebut dilakukan secara tersirat (misalnya pasien datang untuk mengambil darah), namun penjelasan tentang elemen prosedur tetap diperlukan.

Keputusan yang sesuai dengan proses *informed consent* semacam ini memerlukan tingkat keterlibatan pasien yang rendah karena ada konsensus masyarakat tingkat tinggi bahwa perlakuan yang ditawarkan adalah satu-satunya pilihan terbaik dan/atau ada risiko rendah yang terlibat dalam perawatan tersebut. Jika pasien tidak menyetujui berdasarkan paradigma dasar, maka diskusi *informed consent* yang lebih lengkap diperlukan.

BAB 4

KODE ETIK KEPERAWATAN

A. FALSAFAH ETIKA KEPERAWATAN

Pelayanan kepada umat manusia merupakan fungsi utama perawat dan dasar adanya profesi keperawatan. Dalam menjalankan fungsinya tersebut dibutuhkan aturan-aturan tersendiri mengenai hal-hal yang berkaitan dengan keperawatan. Atas dasar tersebut, etika keperawatan didefinisikan sebagai norma-norma yang dianut perawat dalam bertingkah laku dengan pasien, keluarga, kolega, atau tenaga kesehatan lainnya di suatu pelayanan keperawatan yang bersifat profesional. Seorang perawat harus mampu memelihara dan menghargai, mengamalkan, mengembangkan nilai melalui prinsip etika keperawatan. Praktik keperawatan yang dijalankan harus selalu berasaskan perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, perlindungan, serta kesehatan dan keselamatan klien.

Kebutuhan pelayanan keperawatan adalah universal, karenanya pelayanan keperawatan tidak membedakan kebangsaan, agama, warna kulit, ras, politik, status sosial, jenis kelamin, dan sebagainya. Pelayanan ini berdasarkan kepercayaan bahwa perawat akan berbuat hal yang benar, diperlukan, dan menguntungkan pasien dan kesehatannya, sesuai dengan prinsip etika keperawatan. Itulah salah satu titik tekan adanya etika keperawatan.

B. PENGERTIAN KODE ETIK

Kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Kode etik adalah sistem norma, nilai, dan aturan profesional tertulis yang secara tegas menyatakan apa yang benar dan baik, serta apa yang tidak benar dan tidak baik bagi profesional. Kode etik menyatakan perbuatan apa yang benar dan salah, perbuatan apa yang harus dilakukan dan yang harus dihindari. Kode etik umumnya menyiratkan aturan pada tiga tingkat: kode etik bisnis, kode etik untuk karyawan, dan kode praktik profesional.

Kode praktik diadopsi oleh sebuah profesi atau oleh organisasi pemerintah atau non-pemerintah untuk mengatur profesi tersebut. Kode praktik dapat ditata sebagai kode tanggung jawab profesional yang akan membahas masalah sulit, keputusan sulit yang seringkali perlu dilakukan, dan memberikan keterangan yang jelas tentang perilaku apa yang dianggap "etis" atau "benar" dalam keadaan seperti itu. Dalam konteks keanggotaan, kegagalan untuk mematuhi kode praktik dapat mengakibatkan pengusiran dari organisasi profesional. Federasi Akuntan Internasional (2007) dalam buku *Defining and Developing an Effective Code of Conduct for Organizations*, memberikan definisi sebagai berikut: "Prinsip, nilai, standar, atau peraturan perilaku yang memandu keputusan, prosedur dan sistem sebuah organisasi dengan cara yang (a) berkontribusi terhadap kesejahteraan pemangku kepentingan utamanya, dan (b) menghormati hak semua konstituen yang terkena dampak operasinya."

Kode etik bukan merupakan kode yang kaku karena akibat perkembangan zaman maka kode etik mungkin menjadi usang atau sudah tidak sesuai dengan tuntutan zaman. Misalnya, kode etik tentang eutanasia (mati atas kehendak sendiri), dahulu belum tercantum dalam kode etik kedokteran namun kini sudah dicantumkan. Kode etik disusun oleh organisasi profesi sehingga masing-masing profesi memiliki kode etik tersendiri. Misalnya, kode etik dokter, guru, dan pustakawan. Pelanggaran kode etik tidak diadili oleh pengadilan karena melanggar kode etik tidak selalu berarti melanggar hukum.

Sebagai contoh, untuk Ikatan Dokter Indonesia, terdapat Kode Etik Kedokteran. Bila seorang dokter dianggap melanggar kode etik tersebut maka dia akan diperiksa oleh Majelis Kode Etik Kedokteran Indonesia bukan oleh pengadilan.

C. TUJUAN KODE ETIK PROFESI

1. Untuk menjunjung tinggi martabat dan citra profesi. Dalam hal ini yang dijaga adalah citra organisasi dan mencegah orang luar memandang rendah atau remeh suatu profesi. Oleh karena itu, setiap kode etik suatu profesi akan melarang berbagai bentuk tindak tanduk atau kelakuan anggota profesi yang dapat mencemarkan nama baik profesi di dunia luar.
2. Untuk menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggota. Yang dimaksud kesejahteraan ialah kesejahteraan material dan spiritual atau mental. Kode etik umumnya menerapkan larangan-larangan bagi anggotanya untuk melakukan perbuatan yang merugikan kesejahteraan. Kode etik juga menciptakan peraturan yang ditujukan untuk mengatur tingkah laku yang tidak pantas atau tidak jujur para anggota profesi dalam interaksinya dengan sesama anggota profesi.
3. Untuk meningkatkan pengabdian para anggota profesi. Dalam hal ini kode etik juga berisi tujuan pengabdian profesi tertentu sehingga para anggota profesi mengetahui tugas dan tanggungjawab pengabdian profesinya. Kode etik merumuskan ketentuan yang perlu dilakukan oleh para anggota profesi dalam menjalankan tugasnya.
4. Untuk meningkatkan mutu, kode etik juga memuat tentang norma-norma serta anjuran agar profesi selalu berusaha untuk meningkatkan mutu profesi, sesuai dengan bidang pengabdianannya.

D. KODE ETIK KEPERAWATAN

1. Pengertian Kode Etik Keperawatan

Kode etik keperawatan merupakan aturan yang berlaku untuk seorang perawat dalam melaksanakan tugas/

fungsi perawat. Kode Etik Keperawatan adalah kode etik perawat nasional Indonesia yang mewajibkan seorang perawat berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindari. Sesuai pasal 24 UU Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tenaga kesehatan harus memenuhi kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Ketentuan kode etik dan standar profesi tersebut diatur oleh organisasi profesi, dalam hal ini adalah PPNI.

Syarat kode etik agar efektif:

- a. Harus dibuat sendiri oleh profesi yang bersangkutan.
- b. Mampu menumbuhkan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat pada para anggota profesi.
- c. Merupakan "*self regulation*" dari regulasi.
- d. Pelaksanaannya harus diawasi terus-menerus.
- e. Direvisi sesuai kebutuhan perkembangan profesi.

2. Fungsi Kode Etik Keperawatan

Kode etik profesi memberikan pedoman bagi setiap anggota profesi tentang prinsip profesionalitas yang digariskan. Maksudnya bahwa dengan kode etik profesi, pelaksana profesi mampu mengetahui suatu hal yang boleh dia lakukan dan yang tidak boleh dia lakukan. Kode etik profesi merupakan sarana kontrol sosial bagi masyarakat atas profesi yang bersangkutan bahwa etika profesi dapat memberikan suatu pengetahuan kepada masyarakat agar dapat memahami pula arti pentingnya suatu profesi sehingga memungkinkan pengontrolan terhadap para pelaksana di lapangan kerja (kalangan sosial). Fungsi kode etik keperawatan antara lain:

- a. Kode etik perawat menunjukkan kepada masyarakat bahwa perawat diharuskan memahami dan menerima kepercayaan dan tanggung jawab yang di berikan kepada perawat oleh masyarakat.
- b. Kode etik menjadi pedoman bagi perawat untuk berperilaku dan menjalin hubungan keprofesian sebagai landasan dalam penerapan praktik etika.

- c. Kode etik perawat menetapkan hubungan profesional yang harus di patuhi, yaitu hubungan perawat dengan pasien atau klien sebagai advocator, perawat dengan tenaga profesi lain sebagai teman sejawat dan dengan masyarakat sebagai perwakilan dari asuhan keperawatan.
- d. Kode etik perawat memberikan sarana pengaturan diri sebagai profesi.

3. Macam-Macam Kode Etik Keperawatan

a. Kode Etik Keperawatan PPNI

KODE ETIK KEPERAWATAN INDONESIA

KEPUTUSAN MUNAS VI PPNI

NOMOR: 09 MUNAS VI/PPNI/2000

MUKADIMAH

Sebagai profesi yang turut serta mengusahakan tercapainya kesejahteraan fisik, material dan mental spiritual untuk mahluk insani dalam wilayah republik Indonesia, maka kehidupan profesi keperawatan di Indonesia selalu berpedoman kepada sumber asalnya, yaitu kebutuhan masyarakat Indonesia akan pelayanan keperawatan.

Warga keperawatan di Indonesia menyadari bahwa kebutuhan akan keperawatan bersifat universal bagi klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat), sehingga pelayanan yang diberikan oleh perawat selalu berdasarkan kepada cita-cita yang luhur, niat yang murni untuk keselamatan dan kesejahteraan umat tanpa membedakan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.

Dalam melaksanakan tugas pelayanan keperawatan kepada klien, cakupan tanggung jawab perawat Indonesia adalah meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, mengurangi dan menghilangkan penderitaan serta memulihkan kesehatan dilaksanakan atas dasar pelayanan yang paripurna.

Dalam melaksanakan tugas profesional yang berdaya guna dan berhasil guna para perawat mampu dan ikhlas memberikan pelayanan yang bermutu dengan memelihara dan meningkatkan integritas pribadi yang luhur dengan ilmu dan keterampilan yang memenuhi standar serta dengan kesadaran bahwa pelayanan yang diberikan merupakan bagian dari upaya kesehatan secara menyeluruh.

Dengan bimbingan Tuhan Yang Maha Esa, dalam melaksanakan tugas pengabdian untuk kepentingan kemanusiaan bangsa dan tanah air, persatuan perawat nasional Indonesia menyadari bahwa perawat Indonesia yang berjiwa Pancasila dan berlandaskan UUD 1945 merasa tepanggil untuk menunaikan kewajiban dalam bidang keperawatan dengan penuh tanggung jawab, bepedoman kepada dasar dasar seperti tertera di bawah ini.

Tanggung Jawab Perawat dan Klien

1. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien, dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik, dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
2. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya adat-istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari klien.
3. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
4. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya, kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Tanggung Jawab Perawat dan Praktik

1. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi di bidang keperawatan melalui belajar terus menerus.
2. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam

menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

3. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang adekuat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.

Tanggung Jawab Perawat dan Masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

Tanggung Jawab Perawat dan Teman Sejawat

1. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
2. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis, dan ilegal.

Tanggung Jawab Perawat dan Profesi

1. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
2. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
3. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

b. Kode Etik Keperawatan Menurut ANA

Kode etik keperawatan menurut *American Nurses Association* (ANA):

- 1) Perawat memberikan pelayanan dengan penuh hormat bagi martabat kemanusiaan dan keunikan klien yang tidak dibatasi oleh pertimbangan-pertimbangan status sosial atau ekonomi, atribut politik, atau corak masalah kesehatannya.
- 2) Perawat melindungi hak klien akan privasi dengan memegang teguh informasi yang bersifat rahasia.
- 3) Perawat melindungi klien dan publik bila kesehatan dan keselamatannya terancam oleh praktik seseorang yang tidak berkompeten, tidak etis, atau ilegal.
- 4) Perawat memikul tanggung jawab atas pertimbangan dan tindakan perawatan yang dijalankan masing-masing individu.
- 5) Perawat memelihara kompetensi keperawatan
- 6) Perawat melaksanakan pertimbangan yang ber-alasan dan menggunakan kompetensi dan kualifikasi individu sebagai kriteria dalam mengusahakan konsultasi, menerima tanggung jawab, dan melimpahkan kegiatan keperawatan kepada orang lain.
- 7) Perawat turut serta beraktivitas dalam membantu pengembangan pengetahuan profesi.
- 8) Perawat turut serta dalam upaya-upaya profesi untuk melaksanakan dan meningkatkan standar keperawatan.
- 9) Perawat turut serta dalam upaya-upaya profesi untuk membentuk dan membina kondisi kerja yang mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas.
- 10) Perawat turut serta dalam upaya-upaya profesi untuk melindungi publik terhadap informasi dan gambaran yang salah serta mempertahankan integritas perawat.
- 11) Perawat bekerjasama dengan anggota profesi kesehatan atau warga masyarakat lainnya dalam

meningkatkan upaya-upaya masyarakat dan nasional untuk memenuhi kebutuhan kesehatan publik.

c. Kode Etik Keperawatan Menurut ICN

International Council of Nurse (ICN) adalah suatu federasi perhimpunan perawat nasional di seluruh dunia yang didirikan pada tanggal 1 juli 1989 oleh Mrs. Bedford Fenwich di Hanover Square, London dan direvisi pada tahun 1973.

1) Tanggung Jawab Utama Perawat

Tanggung jawab utama perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, memelihara kesehatan, dan mengurangi penderitaan. Untuk melaksanakan tanggung jawab utama tersebut, perawat harus menyakini bahwa:

- a) Kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan di berbagai tempat adalah sama.
- b) Pelaksanaan praktik keperawatan dititikberatkan pada penghargaan terhadap kehidupan yang bermartabat dan menjunjung tinggi hak asas manusia.
- c) Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dan /atau keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, perawat mengikut sertakan kelompok dan instansi terkait.

2) Perawat, Individu, dan Anggota Kelompok Masyarakat

Tanggung jawab utama perawat adalah melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu, dalam menjalankan tugas, perawat perlu meningkatkan keadaan lingkungan kesehatan dengan menghargai nilai-nilai yang ada di masyarakat, menghargai adat kebiasaan serta kepercayaan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menjadi pasien/klien. Perawat dapat memegang teguh rahasia pribadi (privasi) dan hanya dapat mem-

berikan keterangan bila diperlukan oleh pihak yang berkepentingan atau pengadilan.

3) Perawat dan Pelaksanaan Praktik Keperawatan

Perawat memegang peranan penting dalam menentukan dan melaksanakan standar praktik keperawatan untuk mencapai kemampuan yang sesuai dengan standar pendidikan keperawatan. Perawat dapat mengembangkan pengetahuan yang dimilikinya secara aktif untuk menopang perannya dalam situasi tertentu. Perawat sebagai anggota profesi, setiap saat dapat mempertahankan sikap sesuai dengan standar profesi keperawatan.

4) Perawat dan Lingkungan Masyarakat

Perawat dapat memprakarsai pembaharuan, tanggap, mempunyai inisiatif, dan dapat berperan serta secara aktif dalam menemukan masalah kesehatan dan masalah sosial yang terjadi di masyarakat.

5) Perawat dan Sejawat

Perawat dapat membangun hubungan kerja sama dengan teman sekerja, baik tenaga keperawatan maupun tenaga profesi lain di luar keperawatan. Perawat dapat melindungi dan menjamin seseorang, bila dalam masa perawatannya merasa terancam.

6) Perawat dan Profesi Keperawatan

Perawat memainkan peran yang besar dalam menentukan pelaksanaan standar praktik keperawatan dan pendidikan keperawatan. Perawat diharapkan ikut aktif dalam mengembangkan pengetahuan dalam menopang pelaksanaan perawat secara profesional. Perawat, sebagai anggota organisasi profesi, berpartisipasi dalam memelihara kestabilan sosial dan ekonomi sesuai dengan kondisi pelaksanaan praktik keperawatan

BAB 5

HAK DAN KEWAJIBAN DALAM KEPERAWATAN PROFESIONAL

A. HAK PROFESI KEPERAWATAN

The Bill of Rights diadopsi oleh Dewan American Nurses Association (ANA) pada tanggal 26 Juni 2001. *The ANA Bill of Rights for Registered Nurses* adalah pernyataan kuat tentang hak setiap perawat yang harus memberikan kualitas tinggi dalam setiap tindakannya. Selain itu, perawat juga harus melakukan perawatan pasien di lingkungan yang aman. ANA percaya bahwa perawat memiliki hak atas lingkungan kerja yang aman, untuk bekerja dengan cara yang menjamin penyediaan perawatan yang aman melalui kepatuhan terhadap standar profesional dan etika.

Di Indonesia, hak-hak perawat diatur pada Pasal 36 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. Pasal tersebut menyatakan bahwa perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak:

1. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari klien dan/atau keluarganya.

3. menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan;
4. menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
5. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Dalam Undang-Undang yang sama diatur pula bahwa perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki STR (Surat Tanda Registrasi). Perawat dengan STR bertugas untuk mempromosikan dan memulihkan kesehatan, mencegah penyakit, dan melindungi orang-orang yang dipercayakan untuk perawatan mereka. Mereka bekerja untuk meringankan penderitaan yang dialami oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Dengan demikian, perawat memberikan layanan yang menjaga penghormatan terhadap martabat manusia dan merangkul keunikan masing-masing pasien serta sifat masalah kesehatannya tanpa batasan status sosial atau ekonomi. Untuk memaksimalkan kontribusi yang diberikan perawat kepada masyarakat, diperlukan sebuah perangkat untuk melindungi martabat dan otonomi perawat di tempat kerja.

Sewaktu para perawat menjalani praktik sehari-hari mereka, adakalanya terdapat faktor-faktor di tempat kerja yang menyulitkan perawat untuk melakukan pekerjaan mereka atau keadaan yang mengancam keamanan dan penghormatan sebagai profesional. Ada beberapa alat yang bisa memudahkan diskusi seputar masalah-masalah tersebut. Sebagai salah satu alat tersebut, *Bill of Rights for Registered Nurses* mengemukakan tujuh premis mengenai ekspektasi dan lingkungan kerja untuk praktik keperawatan profesional yang baik. Pernyataan-pernyataan tersebut antara lain:

1. Perawat berhak melakukan praktik keperawatan dengan cara tertentu untuk memenuhi kewajiban mereka kepada masyarakat dan kepada mereka yang menerima asuhan keperawatan.

2. Perawat berhak melakukan praktik keperawatan di lingkungan yang memungkinkan mereka bertindak sesuai dengan standar profesional dan cakupan praktik yang sah secara hukum.
3. Perawat memiliki hak atas lingkungan kerja yang mendukung dan memfasilitasi praktik etis, sesuai dengan kode etik keperawatan yang berlaku.
4. Perawat memiliki hak untuk secara bebas dan terbuka mengadvokasi diri mereka sendiri dan pasien mereka, tanpa rasa takut akan pembalasan.
5. Perawat berhak mendapatkan kompensasi yang setara dengan pekerjaan mereka, sesuai dengan pengetahuan, pengalaman, dan tanggung jawab profesional mereka.
6. Perawat memiliki hak untuk lingkungan kerja yang aman untuk diri mereka sendiri dan untuk pasien mereka.
7. Perawat memiliki hak untuk menegosiasikan kondisi pekerjaan mereka, baik sebagai individu atau kolektif, dalam semua pengaturan praktik.

Hak-hak perawat, menurut Fagin (1975), bahwa perawat berhak:

- a. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- b. Mengembangkan diri melalui kemampuan kompetensinya sesuai dengan latar pendidikannya.
- c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan serta standar kode etik profesi.
- d. Mendapatkan informasi lengkap dari pasien atau keluarganya tentang keluhan kesehatan dan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan.
- e. Mendapatkan ilmu pengetahuannya berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan/kesehatan secara terus menerus.

- f. Diperlakukan secara adil dan jujur baik oleh institusi pelayanan maupun oleh pasien.
- g. Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang dapat menimbulkan bahaya baik secara fisik maupun emosional.
- h. Diikutsertakan dalam penyusunan dan penetapan kebijaksanaan pelayanan kesehatan.
- i. Privasi dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh pasien dan atau keluarganya serta tenaga kesehatan lainnya.
- j. Menolak dipindahkan ke tempat tugas lain, baik melalui anjuran maupun pengumuman tertulis karena diperlukan, untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan standar profesi atau kode etik keperawatan atau aturan perundang-undangan lainnya.
- k. Mendapatkan penghargaan dan imbalan yang layak atas jasa profesi yang diberikannya berdasarkan perjanjian atau ketentuan yang berlaku di institusi pelayanan yang bersangkutan.
- l. Memperoleh kesempatan mengembangkan karier sesuai dengan bidang profesinya.

B. KEWAJIBAN PROFESI KEPERAWATAN

Tugas perawat terdaftar bervariasi sesuai bidang keahlian mereka. Mereka memainkan peran kunci dalam mempromosikan kesehatan dengan melakukan berbagai layanan. Oleh karena itu, perawat melakukan berbagai tugas mulai dari pediatrik hingga geriatri, untuk menyediakan layanan keperawatan yang memadai, yang membuat mereka menjadi kunci bagi dokter dan pasien. Perawat terdaftar (*registered nurses*) terutama berfokus pada merawat dan mendidik pasien dan anggota keluarganya tentang pemulihan dini dan cara pencegahan penyakit. Oleh karena itu, perawat wajib mengembangkan dan menjalankan rencana asuhan keperawatan, serta menegakkan catatan medis. Secara rinci,

tanggung jawab perawat menurut *American Nurses Association* (ANA) antara lain:

1. Melakukan pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan.
2. Memberikan promosi, penyuluhan, dan edukasi kesehatan.
3. Memberikan obat, perawatan luka, dan intervensi lain sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Menginterpretasikan informasi pasien dan membua keputusan tentang tindakan yang dibutuhkan.
5. Mengkoordinasikan perawatan, bekerja sama dengan beragam profesional kesehatan lainnya.
6. Mengarahkan dan mengawasi perawatan yang diberikan oleh petugas kesehatan lainnya.
7. Melakukan penelitian untuk mendukung praktik pengobatan pasien.

Selain ANA, ada pula daftar tugas dan tanggung jawab perawat terdaftar yang dibuat oleh RN School and Programs berjudul "Registered Nurse: All Guides about RN", sebagai berikut:

1. Mengamati dan mencatat perilaku pasien.
2. Berkoordinasi dengan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk membuat dan mengevaluasi rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.
3. Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarga mereka, perawat harus menciptakan lingkungan yang harmonis.
4. Mendiagnosis penyakit dengan menganalisis gejala pasien dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk pemulihannya.
5. Mempertahankan laporan riwayat kesehatan pasien dan memantau perubahan yang terdapat dalam laporan kesehatan.
6. Melaksanakan perawatan dan pengobatan yang diperlukan.
7. Memeriksa logistik perawatan secara teratur untuk menjaga tingkat persediaan.

8. Mengubah obat pasien seperti yang ditunjukkan oleh kondisi dan responsnya.
9. Mengikuti protokol, norma, dan peraturan untuk menyimpan catatan medis lengkap.
10. Menjaga lingkungan kerja yang higienis dan aman sesuai dengan prosedur kesehatan.
11. Melakukan penelitian untuk memperbaiki praktik keperawatan dan hasil perawatan kesehatan.
12. Memberikan perawatan instan selama keadaan darurat medis, seperti kecelakaan mobil, luka bakar, serangan jantung, dan stroke.
13. Membahas pengobatan dengan apoteker dan dokter dalam kasus kritis.
14. Memberikan panduan perawatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang diperlukan.
15. Mengawasi setiap aspek perawatan pasien yang mencakup aktivitas fisik ditambah diet yang tepat.
16. Mempersiapkan ruangan, peralatan, dan instrumen dekontaminasi.
17. Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan.
18. Mendidik keluarga pasien tentang penyakit dan perawatannya.
19. Membantu dokter selama operasi.
20. Mengatasi masalah pasien dan memenuhi persyaratan mereka dengan menerapkan strategi tim multifaset.
21. Berinteraksi dengan tim layanan kesehatan untuk menjaga hubungan yang harmonis.
22. Menghadiri lokakarya pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan profesional dan teknis.
23. Melakukan pekerjaan laboratorium dan memberikan informasi lengkap kepada dokter tentang kondisi pasien selama anestesi.
24. Merekomendasikan obat dan bentuk pengobatan lainnya seperti terapi inhalasi, terapi fisik, dll.

Seperti halnya hak perawat, kewajiban perawat di Indonesia juga diatur dalam Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. Pada pasal 37 disebutkan bahwa perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban:

- a. melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
- d. mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar;
- e. memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
- f. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat; dan
- g. melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Sementara itu, Fagin (1975) dalam *Fundamental of Nursing* menyebutkan bahwa untuk mencapai keseimbangan hak perawat maka perawat juga harus mempunyai kewajiban sebagai bentuk tanggung jawab kepada penerima praktik keperawatan. Kewajiban perawat menurut Fagin adalah sebagai berikut:

1. Mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan.
2. Memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan batas kemanfaatannya.

3. Menghormati hak pasien.
4. Merujuk pasien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih kompeten, bila yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya.
5. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berhubungan dengan keluarganya, selama tidak bertentangan dengan peraturan atau standar profesi yang ada.
6. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalankan ibadahnya sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing selama tidak mengganggu pasien yang lainnya.
7. Berkolaborasi dengan tenaga medis (dokter) atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien.
8. Memberikan informasi yang akurat tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan atau keluarganya sesuai dengan batas kemampuannya.
9. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan.
10. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan atau kesehatan secara terus menerus.
11. Melakukan pelayanan darurat sebagai tugas kemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya.
12. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, kecuali jika dimintai keterangan oleh pihak yang berwenang.
13. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat sebelumnya terhadap institusi tempat bekerja.

C. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, salah satu prinsip etika dalam keperawatan adalah otonomi. Prinsip ini menjunjung hak individu untuk menentukan nasib sendiri. Adanya

prinsip otonomi dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan termaktub pada Pasal 56 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap. Namun demikian tetap ada pengecualian dalam prinsip otonomi ini, yakni bagi mereka yang memiliki kondisi berikut:

1. Penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas;
2. Keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri;
3. Penderita gangguan mental berat.

Selain memiliki hak untuk menerima dan menolak tindakan pertolongan kesehatan, setiap orang juga berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Hal ini diatur dalam UU Kesehatan Pasal 57. Pasal tersebut juga menyebutkan bahwa hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi tidak berlaku dalam hal:

1. Perintah undang-undang;
2. Perintah pengadilan;
3. Izin yang bersangkutan;
4. Kepentingan masyarakat; atau
5. Kepentingan orang tersebut.

Hak pasien yang juga yang diatur dalam UU Kesehatan adalah hak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hal ini diatur pada Pasal 58 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Namun demikian, tuntutan ganti rugi tersebut tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.

Selain dalam UU Kesehatan, UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan juga menyediakan aturan khusus mengenai hak dan kewajiban klien dalam praktik keperawatan. Hal ini secara khusus dibahas pada Pasal 38 untuk hak-hak klien dan Pasal 40 untuk kewajiban klien. Hak-hak klien yang dimaksud dalam pasal tersebut antara lain:

1. Mendapatkan informasi secara, benar, jelas, dan jujur tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan;
2. Meminta pendapat perawat lain dan/atau tenaga kesehatan lainnya;
3. Mendapatkan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Memberi persetujuan atau penolakan tindakan keperawatan yang akan diterimanya; dan
5. Memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya.

Sementara itu, dalam praktik keperawatan klien berkeajiban untuk:

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur tentang masalah kesehatannya;
2. Mematuhi nasihat dan petunjuk perawat;
3. Mematuhi ketentuan yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan; dan
4. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

D. TANGGUNG JAWAB PERAWAT

Tanggung jawab perawat berarti keadaan yang dapat dipercaya dan terpercayai. Sebutan inimenunjukkan bahwa perawat profesional menampilkan kinerja secara hati-hati, teliti dan kegiatanperawat dilaporkan secara jujur. Klien merasa yakin bahwa perawat bertanggung jawab danmemiliki kemampuan, pengetahuan dan keahlian yang relevan dengan

disiplin ilmunya. Kepercayaan tumbuh dalam diri klien, karena kecemasan akan muncul bila klien merasa tidak yakin bahwa perawat yang merawatnya kurang terampil, pendidikannya tidak memadai dan kurang berpengalaman. Klien tidak yakin bahwa perawat memiliki integritas dalam sikap, keterampilan, pengetahuan (*integrity*) dan kompetensi (Kozier, 1983).

Yosep menjelaskan bahwa perawat dituntut untuk bertanggung jawab dalam setiap tindakannya, khususnya selama melaksanakan tugas di rumah sakit, puskesmas, panti, klinik, atau masyarakat. Meskipun tidak dalam rangka tugas atau tidak sedang melaksanakan dinas, perawat dituntut untuk bertanggung jawab dalam tugas-tugas yang melekat dalam diri perawat. Perawat memiliki peran dan fungsi yang sudah disepakati. Perawat sudah berjanji dengan sumpah perawat bahwa ia akan senantiasa melaksanakan tugas-tugasnya.

Contoh bentuk tanggung jawab perawat selama dinas antara lain mengenal kondisi kliennya, melakukan operan, memberikan perawatan selama jam dinas, tanggung jawab dalam mendokumentasikan, bertanggung jawab dalam menjaga keselamatan klien, jumlah klien yang sesuai dengan catatan dan pengawasannya, kadang-kadang ada klien pulang paksa atau pulang tanpa pemberitahuan, bertanggung jawab bila ada klien tiba-tiba tekanan darah turun tanpa sepengetahuan perawat, dan sebagainya.

Tanggung jawab perawat erat kaitannya dengan tugas-tugas perawat. Tugas perawat secara umum adalah memenuhi kebutuhan dasar. Peran penting perawat adalah memberikan pelayanan perawatan (*care*) atau memberikan perawatan (*caring*). Tugas perawat bukan untuk mengobati (*cure*). Dalam pelaksanaan tugas di lapangan adakalanya perawat melakukan tugas dari profesi lain seperti dokter, farmasi, ahli gizi, atau fisioterapi. Untuk tugas-tugas yang bukan tugas perawat seperti pemberian obat maka tanggung jawab tersebut seringkali dikaitkan dengan siapa yang memberikan tugas tersebut atau dengan siapa ia berkolaborasi. Dalam kasus kesalahan pemberian obat maka perawat harus turut bertanggung jawab,

meskipun tanggung jawab utama ada pada pemberi tugas atau atasan perawat, dalam istilah etika dikenal dengan *Respondent Superior*.

Perawat terdaftar (*registered nurses*) lebih banyak bekerja di rumah sakit daripada layanan kesehatan lainnya. Perawat terdaftar di rumah sakit melakukan banyak tugas tipikal yang menjadi tanggung jawab mendasar semua perawat seperti yang telah diterangkan di bagian sebelumnya. Setelah mendapatkan tingkat pendidikan, pengalaman, dan kualifikasi yang dibutuhkan, perawat terdaftar dapat memasukkan spesialisasi yang akan mengubah tugas dan tanggung jawab mendasarnya. Contoh berikut menggambarkan beberapa peluang yang mungkin dilakukan.

1. Perawat jantung: penyakit jantung merupakan salah satu penyebab utama kematian. Perawat jantung membantu pasien yang menderita penyakit jantung, pulih dari operasi jantung dan menerima perawatan untuk semua jenis kondisi jantung. Perawat ini menerima pelatihan khusus untuk mengobati gejala fisik pasien jantung, serta kebutuhan emosional, nutrisi dan kebutuhan kelompok pasien ini.
2. Perawat perawatan kritis: pasien dengan penyakit serius, akut, dan luka memerlukan pemantauan serta perawatan yang ketat. Perawat perawatan kritis menggunakan pengetahuan dan keterampilan lanjutan untuk melakukan penilaian, memberikan terapi dan intervensi intensif, serta menganjurkan pasien mengoperasikan sistem pendukung kehidupan.
3. Perawat neonatologi: perawat neonatologi merawat bayi baru lahir dan kritis yang sakit parah di unit perawatan intensif neonatal (NICU) di rumah sakit. Tanggung jawab meliputi pemberian obat, pencatatan status dan kemajuan bayi baru lahir, serta mendidik ibu baru tentang bayi mereka dan pertanyaan apa pun tentang perawatan bayi.

4. Perawat perioperatif: perawat perioperatif atau bedah/ operasi bertugas merawat pasien sebelum, selama, dan setelah operasi. Perawat ini menjaga ruang operasi steril selama operasi, memantau pasien selama operasi, serta membantu pasien mempersiapkan diri praoperasi dan pulih dari operasi.

E. TANGGUNG GUGAT DALAM KEPERAWATAN

Akuntabilitas dapat diartikan sebagai bentuk partisipasi perawat dalam membuat suatu keputusan dan belajar dengan keputusan itu konsekuensi-konsekuensinya (Kozier, 1983). Perawat hendaknya memiliki tanggung gugat artinya bila ada pihak yang menggugat ia menyatakan siap dan berani menghadapinya. Terutama yang berkaitan dengan kegiatan-kegiatan profesinya. Perawat harus mampu untuk menjelaskan kegiatan atau tindakan yang dilakukannya. Hal ini bisa dijelaskan dengan mengajukan tiga pertanyaan berikut:

1. Kepada siapa tanggung gugat itu ditujukan?
2. Apa saja dari perawat yang dikenakan tanggung gugat?
3. Dengan kriteria apa saja tanggung gugat perawat diukur baik buruknya?

Penyedia layanan kesehatan bertanggung jawab kepada pengadilan pidana dan pengadilan sipil untuk memastikan bahwa kegiatan mereka memenuhi persyaratan hukum. Selain itu, karyawan bertanggung jawab kepada atasan mereka untuk mengikuti kontrak tugas mereka. Perawat terdaftar juga bertanggung jawab kepada badan pengatur dalam hal standar praktik dan perawatan pasien.

Semua praktisi kesehatan harus memastikan bahwa mereka melakukan segala sesuatu dengan kompeten dan mereka tidak bekerja di luar tingkat kompetensi mereka. Mereka harus memberi tahu anggota staf senior saat mereka tidak dapat melakukan kompetensi tertentu. Untuk dapat bertanggung jawab akan pekerjaannya, perawat harus:

1. Memiliki kemampuan melakukan aktivitas atau intervensi keperawatan.
2. Menerima tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan.
3. Memiliki wewenang untuk melakukan tindakan keperawatan tersebut, melalui pendelegasian, pelaksanaan kebijakan, dan protokol organisasi.

Secara sederhana, 'pertanggungjawaban' dalam keperawatan adalah perawat sepenuhnya bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan. Oleh karena itu, perawat harus selalu memastikan bahwa dirinya kompeten untuk melakukan tindakan yang diminta dan selalu mengutamakan kepentingan pasien/klien. Sebagai asisten perawatan kesehatan, perawat juga harus memastikan bahwa apa yang dilakukannya telah melewati pertimbangan tertentu dan berupa tindakan yang masuk akal. Untuk mengetahui apa tindakan tersebut masuk akal, perawat harus:

1. Mengetahui dengan jelas alasan dilakukannya tindakan tersebut,
2. Memiliki pengalaman dan telah dinilai kompeten untuk melakukan tindakan tersebut,
3. Melakukannya sebagai bagian dari rencana perawatan yang disepakati oleh pasien/klien.

Meskipun perawat akan selalu bekerja di bawah pengawasan anggota staf terdaftar yang bertanggung jawab atas keseluruhan perawatan yang diberikan oleh tim, setiap perawat tetap bertanggung jawab atas apa yang dilakukannya sebagai bagian dari tim. Pada akhirnya, perawat harus bertanggung jawab kepada pasien/kliennya. Dalam perawatan kesehatan, akan ada saat dimana tindakan perawat dapat menyebabkan kerugian bagi pasien/klien jika tidak dilakukan dengan cara yang hati-hati dan kompeten.

Ada juga saat ketika perawat gagal melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh petugas kesehatan (kelalaian), yang dapat menyebabkan bahaya bagi pasien/klien. Asisten

perawatan kesehatan bertanggung jawab secara hukum kepada pasien/klien atas kesalahan yang mereka buat, tindakan yang gagal mereka lakukan, tindakan yang membahayakan pasien/klien. Atas hal ini, pasien/klien berhak mengajukan tuntutan hukum melalui undang-undang perdata. Dalam kasus yang sangat ekstrem, di mana pasien/klien telah meninggal atau menderita bahaya serius karena kesalahan atau kelalaian, kasus tersebut dapat diselesaikan dengan pengadilan pidana.

Perawat juga bertanggung jawab kepada institusi di mana ia bertugas. Institusi rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya bertanggung jawab menentukan kontrak kerja perawat dengan tugas yang akan dijalankan oleh perawat. Dengan adanya kontrak tersebut, perawat bertanggung jawab kepada atasan institusi untuk menjalankan tugas dengan aman dan efektif dan kegagalan melakukan tugasnya dapat mengakibatkan tindakan disipliner. Institusi di mana perawat bertugas juga memiliki tanggung jawab pada perawat, yakni mendukung terlaksananya pelaksanaan tugas-tugas perawat dengan aman dan efektif. Dukungan tersebut dapat dilakukan dengan:

1. Mengatur tugas perawat secara jelas dan memastikan perawat memiliki kompetensi yang tepat untuk melaksanakan tugas tersebut dengan aman dan efektif.
2. Mengatur batasan peran perawat dengan jelas.
3. Menyediakan protokol yang disepakati sebagai panduan pemberian perawatan.
4. Memastikan perawat mendapat dukungan dan pengawasan yang memadai dalam menjalankan perannya.
5. Menawarkan kesempatan untuk berkembang dalam peran-peran yang dilakukan.

Akuntabilitas juga berarti mematuhi kode etik untuk petugas layanan kesehatan yang sesuai dengan aturan yang dimiliki organisasi keperawatan yang diikuti. Perawat harus meminta pada institusinya untuk mendeskripsikan secara jelas kode etik apa yang berlaku untuk perawat. Di sisi lain, perawat

juga harus mempelajari dan memastikan aturan tersebut, kemudian melaksanakannya dalam menjalankan tugas-tugas keperawatan.

F. HUBUNGAN PERAWAT, PASIEN, DAN TIM KESEHATAN LAIN

1. Hubungan antara Perawat-Pasien

Pasien atau klien adalah fokus dari asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat, sebagai salah satu komponen tenaga kesehatan. Dasar hubungan antara perawat dan pasien adalah hubungan yang saling menguntungkan (*mutual humanity*). Perawat mempunyai hak dan kewajiban untuk melaksanakan asuhan keperawatan seoptimal mungkin dengan bio, psiko, sosial, spiritual sesuai dengan kebutuhan pasien.

Hubungan yang baik antara perawat dengan pasien/klien akan terjadi bila:

- a. Terdapat rasa saling percaya antara perawat dengan pasien.
- b. Perawat benar-benar memahami tentang hak-hak pasien dan harus melindungi hak tersebut, salah satunya adalah hak untuk menjaga privasi pasien/klien.
- c. Perawat harus sensitive terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada pribadi pasien yang disebabkan oleh penyakit yang dideritanya, antara lain kelemahan fisik dan ketidakberdayaan dalam menentukan sikap atau pilihan sehingga tidak dapat menggunakan hak dan kewajibannya dengan baik.
- d. Perawat harus memahami keberadaan pasien atau klien sehingga dapat bersikap sabar dan tetap memperhatikan pertimbangan etis dan moral.
- e. Dapat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas segala risiko yang mungkin timbul selama pasien dalam perawatannya.

- f. Perawat sedapat mungkin berusaha untuk menghindari konflik antara nilai-nilai pribadinya dengan nilai-nilai pribadi pasien/klien dengan cara membina hubungan yang baik antara pasien, keluarga, dan teman sejawat serta dokter untuk kepentingan pasiennya.

2. Hubungan antara Perawat dengan Perawat

Sebagai anggota profesi keperawatan, perawat harus dapat bekerja sama dengan teman sesama perawat demi meningkatkan mutu pelayanan keperawatan terhadap pasien/klien. Perawat dalam menjalankan tugasnya, harus dapat membina hubungan baik dengan semua perawat yang ada dilingkungan kerjanya. Dalam membina hubungan tersebut, sesama perawat harus terdapat rasa saling menghargai dan tenggang rasa yang tinggi agar tidak terjebak dalam sikap saling curiga dan benci.

Tunjukkan selalu sikap memupuk rasa persaudaraan dengan silih asuh, silih asih dan silih asah.

- a. Silih asuh dimaksudkan bahwa sesama perawat dapat saling membimbing, menasihati, menghormati, dan mengingatkan bila sejawat melakukan kesalahan atau kekeliruan, sehingga terbina hubungan kerja yang serasi.
- b. Silih asih dimaksudkan bahwa setiap perawat dalam menjalankan tugasnya dapat saling menghargai satu sama lain, saling kasih-mengasihi sebagai sesama anggota profesi, saling bertenggang rasa dan bertoleransi yang tinggi sehingga tidak terpengaruh oleh hasutan yang dapat membuat sikap saling curiga dan benci.
- c. Silih asah dimaksudkan bahwa perawat yang merasa lebih pandai/tahu dalam hal ilmu pengetahuan, dapat membagi ilmu yang dimilikinya kepada rekan sesama perawat tanpa pamrih.

3. Hubungan antara Perawat dengan Profesi Kesehatan yang Lain

Dalam melaksanakan tugasnya, perawat tidak dapat bekerja tanpa berkolaborasi dengan profesi lain. Profesi lain tersebut adalah dokter, ahli gizi, tenaga laboratorium, tenaga rontgen, dan sebagainya.

Setiap tenaga profesi tersebut mempunyai tanggung jawab terhadap kesehatan pasien, hanya pendekatannya saja yang berbeda disesuaikan dengan profesinya masing-masing. Dalam menjalankan tugasnya, setiap profesi menuntut untuk mempertahankan kode etik profesi masing-masing. Kelancaran tugas masing-masing profesi tergantung dari ketaatannya dalam menjalankan dan mempertahankan kode etik profesinya.

Bila setiap profesi telah dapat saling menghargai, maka hubungan kerja sama akan dapat terjalin dengan baik, walaupun pada pelaksanaannya sering juga terjadi konflik-konflik etis.

4. Hubungan Kerja Perawat dengan Institusi Tempat Kerja

Seorang perawat yang telah menyelesaikan pendidikan, baik tingkat akademi maupun tingkat sarjana, memerlukan suatu pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya baik di bidang pengetahuan, keterampilan, maupun profesionalisme.

Memperoleh pekerjaan yang benar-benar sesuai dengan kemampuan standar yang telah digariskan oleh pendidikan yang telah diikutinya sangatlah sulit karena besarnya persaingan antara jumlah tenaga yang ada dengan sedikitnya jumlah lahan tempat bekerja. Oleh karena itu, banyak yang beranggapan bahwa yang penting bekerja dulu, sedangkan masalah penempatan kerja sesuai atau tidak, akan dipikirkan kemudian. Hal ini sangat berpengaruh terhadap motivasi untuk bekerja.

Apabila pekerjaan yang diberikan sesuai dengan keinginan dan kemampuan, maka motivasi kerja akan meningkat, tetapi bila pekerjaan yang didapatkan tidak sesuai keinginan dan cita-cita, maka akan terjadi penurunan motivasi kerja yang menjurus terjadinya konflik antara nilai-nilai sebagai perawat dengan kebijakan institusi tempat bekerja. Bila terjadi penumpukan konflik nilai dalam pelaksanaan pekerjaannya setiap hari, lambat laun akan terjadi:

- a. Buruknya komunikasi antara perawat sebagai pekerjaan dengan institusi selaku pemberi kebijakan.
- b. Tumbuhnya sifat masa bodoh terhadap tugas yang merupakan tanggung jawabnya.
- c. Menurunnya kinerja.

Agar dapat terbina hubungan kerja yang baik antara perawat dengan institusi tempat kerja, perlu diperhatikan hal-hal dibawah ini.

- a. Perlu ditanamkan dalam diri perawat bahwa bekerja itu tidak sekedar mencari uang, tetapi juga perlu hati yang tulus.
- b. Bekerja juga merupakan ibadah, yang berarti bahwa hasil yang diperoleh dari pekerjaan yang dilakukan dengan sungguh-sungguh dan penuh rasa tanggung jawab akan dapat memenuhi kebutuhan lahir maupun batin.
- c. Tidak semua keinginan individu perawat akan pekerjaan dan tugasnya dapat terealisasi dengan baik sesuai dengan nilai-nilai yang ia miliki.
- d. Upayakan untuk memperkecil terjadinya konflik nilai dalam melaksanakan tugas keperawatan dengan menyesuaikan situasi dan kondisi tempat bekerja.
- e. Menjalin kerjasama dengan baik dan dapat memberikan kepercayaan kepada pemberi kebijakan bahwa tugas dan tanggung jawab keperawatan selalu mengalami perubahan sesuai IPTEK.

BAB 6

KONSEP PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN

A. DEFINISI PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK

Pengambilan keputusan biasanya didefinisikan sebagai proses atau urutan aktivitas yang melibatkan tahap pengenalan masalah, mencari informasi, definisi alternatif, dan pemilihan satu dari dua atau lebih alternatif yang sesuai dengan preferensi peringkat. Menurut Davis (1988) keputusan adalah hasil dari pemecahan masalah yang dihadapi dengan tegas. Hal ini berkaitan dengan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan mengenai apa yang harus dilakukan dan seterusnya mengenai unsur-unsur perencanaan. Keputusan dibuat untuk menghadapi masalah-masalah atau kesalahan yang terjadi terhadap rencana yang telah digariskan atau penyimpangan serius terhadap rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Etika adalah prinsip moral yang menuntun perilaku seseorang. Moral ini dibentuk oleh norma sosial, praktik budaya, dan pengaruh religius. Pembuatan keputusan etis adalah proses menilai implikasi moral dari suatu tindakan. Semua keputusan memiliki dimensi etis atau moral karena alasan sederhana semua berdampak pada orang lain. Pemimpin perlu menyadari keyakinan etis dan moral mereka sendiri sehingga mereka dapat masalah dengan baik, terutama saat menghadapi keputusan yang sulit.

Keputusan etis bisa melibatkan beberapa determinasi. Bidang etika, yang juga dikenal sebagai filsafat moral, menunjukkan bahwa ada berbagai cara untuk mensistematisasi, membela, dan merekomendasikan konsep perilaku benar dan salah. Misalnya, dari sudut pandang konsekuensialisme, tindakan yang benar secara moral adalah tindakan yang menghasilkan hasil atau konsekuensi yang baik. Perspektif utilitarian mengambil posisi bahwa tindakan yang tepat adalah tindakan yang memaksimalkan kebahagiaan secara keseluruhan.

Sebagian besar keputusan etis ada di area abu-abu dimana tidak ada keputusan yang jelas atau jelas yang dapat ditentukan semata-mata melalui analisis kuantitatif atau pertimbangan data atau informasi objektif. Pembuatan keputusan etis memerlukan penilaian dan interpretasi, penerapan seperangkat nilai pada seperangkat persepsi dan perkiraan konsekuensi tindakan. Terkadang keputusan etis melibatkan pemilihan bukan antara yang baik dan yang buruk, tapi antara baik dan lebih baik atau antara yang buruk dan yang lebih buruk.

Membuat keputusan etis juga melibatkan pilihan tentang siapa yang harus dilibatkan dalam proses dan bagaimana keputusan harus dibuat. Misalnya, jika sebuah keputusan akan berdampak signifikan terhadap masyarakat setempat, para pemimpin mungkin merasa berkewajiban untuk mengundang perwakilan masyarakat untuk berpartisipasi dalam diskusi. Demikian pula, keputusan dengan dimensi etika yang signifikan dapat mengambil manfaat dari konsensus.

B. MODEL-MODEL PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

1. Pengambilan Keputusan Bioetika Husted (Model I)

Secara umum, etika dapat didefinisikan sebagai sistem standar untuk memotivasi, menentukan, dan membenarkan tindakan yang diambil dalam mengejar tujuan vital dan mendasar. Ini adalah studi tentang kehidupan yang baik dan cara untuk mewujudkan kebahagiaan. Secara umum, etika ada hubungannya dengan apa yang penting, tujuan

kita, dan apa yang membuat perbedaan jangka panjang dalam kehidupan kita.

Keputusan etis dalam perawatan kesehatan adalah keputusan yang sangat mempengaruhi kehidupan manusia. Pada zaman kuno, penyair Ovid (Krason & Hollberg, 1986) memandang aborsi adalah hal yang tidak wajar dan tidak suci. Dia menulis, "Orang pertama yang berpikir tentang melepaskan janin yang terbentuk di dalam rahimnya pantas mati karena senjatanya sendiri". Hal ini adalah contoh bagus yang mengingatkan kita bahwa dilema bioetika telah dihadapi di setiap zaman. Sebagai profesional perawatan kesehatan saat ini, perawat menghadapi dilema bioetika di semua aspek perawatan kesehatan, mulai dari administrasi hingga sisi tempat tidur. Untuk mengatasi keputusan ini, perawat memerlukan proses pengambilan keputusan yang memungkinkannya mengatasi dilema ini dalam kerangka etis yang rasional dan dapat dibenarkan. Teori bioetik simfonologi (*symphonology*) oleh Jems H. Husted dan Gladys L. Husted (2007) dapat memberi gambaran model keputusan apa yang harus diambil perawat ketika menghadapi dilemma etik.

Simfonologi didasarkan pada anggapan bahwa ada kesepakatan rasional antara semua makhluk. Kesepakatan ini tersirat di alam dan berupa kesepakatan untuk tidak melakukan agresi. Dengan kata lain, saya tidak akan bertindak melawan Anda dan Anda tidak akan bertindak melawan saya. Tanpa kesepakatan implisit ini, kita tidak akan mau mengemudikan mobil atau meninggalkan dinding pelindung rumah kita. Kebebasan dari agresi ini disebut sebagai hak yang negatif. Kesepakatan ini merupakan dasar kesepakatan yang terbentuk antara profesional kesehatan dan pasien, administrator dan karyawan, institusi perawatan kesehatan dan masyarakat tempat mereka bertugas.

Dalam setiap contoh kesepakatan, profesional kesehatan harus bisa mengasumsikan beban kesepakatan yang

lebih besar. Misalnya, petugas kesehatan setuju untuk melakukan apa yang pasien inginkan, jika memang bisa dilakukan. Pasien setuju untuk menjadi pasien, untuk memenuhi tanggung jawabnya dalam rencana perawatan, dan tidak menempatkan tuntutan yang tidak masuk akal pada profesional kesehatan. Administrator setuju untuk memperlakukan karyawan dengan keadilan yang setara dan karyawan setuju untuk melakukan fungsi tertentu dalam organisasi. Kesepakatan ini bergantung pada standar bioetika kesetiaan, kemanfaatan, kejujuran, ketegasan, kebebasan, dan otonomi.

- a. Kesepakatan, implisit atau eksplisit, tidak akan tercipta jika kita berpikir bahwa pihak lainnya tidak akan setia pada kesepakatan (kesetiaan);
- b. Siapa yang akan melakukan kesepakatan, kecuali ada beberapa "kebaikan" yang bisa dicapai (kemanfaatan);
- c. Kesepakatan memerlukan persetujuan dan persetujuan hanya dapat diperoleh melalui pembagian informasi yang benar (kejujuran);
- d. Jika seseorang tidak dapat mengendalikan waktu dan usahanya sendiri, sebuah kesepakatan tidak dapat dibuat (*self-assertiveness*);
- e. Sebuah kesepakatan hanya berlaku jika pihak-pihak tersebut tidak dipaksa dengan cara apapun (otonomi);
- f. Mereka harus diberi kesempatan untuk memilih secara bebas (kebebasan);
- g. Tidak ada yang mau membuat kesepakatan jika itu berarti kehilangan individualitas/keunikan mereka (otonomi).

Ketika kita mengumpulkan pengetahuan tentang kesepakatan ini dengan konteks situasinya, kita memiliki kerangka kerja *symphonological* untuk memandu pengambilan keputusan yang etis. Hospers (1995), seorang filsuf Amerika berpendapat bahwa dalam etika semua hal bersifat kontekstual. Konteks situasinya adalah realitas

objektif, seperti adanya waktu dan tempat di mana keputusan harus dibuat dan mencakup kemampuan orang-orang yang terlibat secara relevan. Hal ini merupakan salah satu poin kuat simfonologi. Ketika keputusan dibuat dengan mempertimbangkan konteks situasi, kita tidak menggunakan konsep tunggal seperti "tugas" atau "kebaikan terbesar untuk jumlah terbesar." Kita tidak akan memanfaatkan peraturan, standar budaya, kepercayaan pribadi, atau emosi untuk mengambil keputusan. Sebagai gantinya, kita menggunakan situasi seperti adanya standar bioetika untuk mencapai keputusan etika yang dapat dibenarkan dan rasional.

Simfonologi membantu profesional kesehatan mengungkapkan dilema etika dengan menyediakan kerangka kerja yang tidak rumit untuk pengambilan keputusan etis. Agar lebih spesifik, simfonologi didefinisikan sebagai etika berbasis praktik yang berpusat pada pasien. Ini adalah etika individualistik yang menyatukan alasan mengapa sebuah keputusan dibuat dengan tindakan itu sendiri dan konsekuensi yang mungkin terjadi dari tindakan tersebut. Simfonologi adalah etika profesional yang memandu interaksi perawat dengan pasien, satu manusia dengan orang lain. Teknik ini menuntut agar perawat bertindak berdasarkan penalaran: bahwa perawat harus memiliki alasan "untuk" sebuah keputusan yang dimulai dengan realitas objektif dari situasi daripada alasan "dari" sebuah keputusan, yang berarti bahwa perawat memulai dengan subjektivitas, keyakinan, atau perasaannya sendiri yang tidak diragukan lagi.

Hospers (1972) menjelaskan bahwa dalam etika semua hal bersifat kontekstual dan konteks setiap tindakan itu unik dan tidak dapat diganti, bahkan sedikit perbedaan antara dua situasi dapat menghasilkan perbedaan dalam keputusan moral kita. Simfonologi mempertimbangkan situasi di mana tindakan etis berlangsung dan pengetahuan yang dimiliki perawat untuk dibawa ke situasi tertentu.

Ada jalinan "konteks situasi" dan "konteks pengetahuan" yang menyediakan kerangka kerja di mana keputusan etis dibuat.

Dasar proses pengambilan keputusan simfonologis adalah konsep kesepakatan. Faktanya, simfonologi berarti studi tentang kesepakatan tersebut. Kita bisa membuat kesepakatan karena sebagai manusia kita adalah makhluk rasional, unik, bebas, objektif, asertif, pencari keuntungan, dan setia. Sebagai orang unik kita tidak seperti orang lain di dunia. Kita menentukan sendiri hal-hal yang ingin dilakukan. Kita dapat menggunakan kekuatan kita untuk mengejar tujuan jangka panjang, berurusan dengan realitas objektif, mengendalikan waktu dan usaha kita sendiri, mengejar sesuatu agar bisa hidup.

Kesepakatan yang paling mendasar antara manusia adalah kesepakatan ketidakpercayaan. Kesepakatan implisit antara orang-orang ini adalah hasil dari kesadaran bersama dan merupakan dasar dimana setiap interaksi terjadi. Kesepakatan antara orang-orang yang tidak melakukan agresi adalah konteks etis paling sederhana dan paling dasar antara manusia. Hal ini menentukan interaksi etis apa seharusnya karena tidak ada interaksi yang mungkin terjadi tanpa kesepakatan ini. Dalam kesepakatan, kedua belah pihak sepakat untuk menyesuaikan diri dengan komitmen yang lain. Kesepakatan perawat-pasien berkembang dari kesepakatan paling dasar ini.

2. Pengambilan Keputusan Davis & Stadler (Model II)

Panduan tujuh langkah untuk pengambilan keputusan etis (Davis, 1999):

a. Katakan masalahnya

Misalnya, ada sesuatu tentang keputusan ini yang membuat saya tidak nyaman atau apakah saya memiliki konflik kepentingan.

b. Periksa faktanya

Banyak masalah hilang pada pemeriksaan situasi lebih dekat, sementara yang lain berubah secara radikal. Misalnya, orang yang terlibat, hukum, kode profesional, kendala praktis lainnya.

c. Identifikasi faktor yang relevan

d. Kembangkan daftar pilihan

Jadilah imajinatif, cobalah untuk menghindari "dilema; bukan "ya" atau "tidak" tapi siapa yang harus pergi ke, apa yang harus dikatakan.

e. Uji pilihannya. Gunakan beberapa tes berikut ini:

- 1) Uji bahaya: apakah opsi ini merugikan lebih sedikit daripada alternatifnya?
- 2) Uji publisitas: apakah saya ingin pilihan pilihan saya diterbitkan di surat kabar?
- 3) Uji *defensibility*: mungkinkah saya memilih pilihan ini sebelum komite kongres atau komite rekan sejawat?
- 4) Uji reversibilitas: apakah saya masih menganggap pilihan ini adalah pilihan yang baik jika saya terpengaruh oleh hal itu?
- 5) Tes rekan kerja: apa yang dikatakan rekan kerja saya saat saya menjelaskan masalah saya dan menyarankan opsi ini sebagai solusi saya?
- 6) Tes profesional: apa yang mungkin oleh badan profesi saya tentang etika mengenai pilihan ini?
- 7) Uji organisasi: apa yang dikatakan oleh petugas etika atau penasihat hukum perusahaan saya tentang hal ini?

f. Buat pilihan berdasarkan langkah 1-5

g. Tinjau langkah 1-6. Bagaimana Anda bisa mengurangi kemungkinan membuat keputusan serupa lagi?

- 1) Adakah peringatan yang dapat Anda ambil sebagai individu (dan umumkan polis tentang pertanyaan, perubahan pekerjaan, dll.)?
- 2) Apakah ada cara untuk memiliki lebih banyak dukungan lain kali?
- 3) Apakah ada cara untuk mengubah organisasi (misalnya, menyarankan perubahan kebijakan pada pertemuan departemen berikutnya)?

C. TAHAPAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK

1. Identifikasi masalahnya

Kumpulkan informasi sebanyak mungkin yang akan menjelaskan situasi yang dihadapi. Dengan demikian, penting untuk mencari dan mencatat sespesifik dan semaksimal mungkin mengenai masalah yang dihadapi. Menulis gagasan di atas kertas sering membantu memberikan kejelasan. Buat garis besar fakta, pisahkan atribut, asumsi, hipotesis, atau kecurigaan. Ada beberapa pertanyaan untuk ditanyakan kepada diri sendiri: apakah ini masalah etis, legal, profesional, atau klinis? Apakah ini kombinasi dari lebih dari satu hal tersebut? Jika ada pertanyaan hukum, pastikan untuk meminta nasihat hukum.

Pertanyaan lain yang mungkin berguna untuk ditanyakan kepada diri sendiri antara lain:

- a. Apakah masalah terkait dengan saya dan apa yang sedang atau tidak saya lakukan?
- b. Apakah itu terkait dengan klien dan/atau klien yang signifikan lainnya dan apa yang sedang atau tidak mereka lakukan?
- c. Apakah terkait dengan teknologi dalam penyediaan layanan atau penyimpanan catatan?
- d. Apakah terkait dengan institusi atau lembaga dan kebijakan dan prosedurnya?

- e. Jika masalah dapat diselesaikan dengan menerapkan kebijakan lembaga, perawat dapat melihat panduan lembaga tersebut.

2. Terapkan Kode Etik Keperawatan

Setelah mengklarifikasi masalah, lihat Kode Etik Keperawatan yang berlaku untuk melihat apakah masalah tersebut dapat ditangani dengan sederhana. Saat meninjau kode etik, pastikan untuk mempertimbangkan perspektif multikultural dari kasus tertentu (Frame & Williams, 2005). Ingatlah untuk memeriksa semua gangguan yang ada saat melibatkan teknologi tertentu. Jika ada standar atau beberapa standar yang berlaku dan spesifik dan jelas, setelah tindakan yang ditunjukkan harus mengarah pada penyelesaian masalah. Untuk dapat menerapkan standar etika, penting bagi perawat untuk membacanya dengan cermat dan memahami implikasinya.

Jika masalahnya tidak terselesaikan dengan meninjau Kode Etik Keperawatan, maka kita memiliki dilema etika yang kompleks dan perlu melanjutkan langkah-langkah lebih lanjut dalam proses pengambilan keputusan etis (Bradley & Hendricks, 2008). Levitt, Farry, dan Mazzarella (2015) menunjukkan bahwa model pengambilan keputusan bisa memakan waktu lama. Jika itu adalah dilema etika yang kompleks, maka perawat harus meluangkan waktu untuk menganalisis dan menilai semua aspek situasi dan solusi potensinya secara menyeluruh.

3. Tentukan sifat dan dimensi dilema

Ada beberapa langkah yang harus diikuti untuk memastikan bahwa perawat telah memeriksa masalah dalam berbagai dimensinya:

- a. Periksa implikasi dilema untuk masing-masing prinsip dasar: otonomi, keadilan, *beneficence*, *non-maleficence*, dan kesetiaan. Tentukan prinsip mana yang sesuai dengan situasi spesifik dan tentukan prinsip mana yang menjadi prioritas dalam kasus

yang dialami. Secara teori, masing-masing prinsip memiliki nilai yang sama, yang berarti perawat perlu menggunakan penilaian profesional untuk menentukan prioritas ketika dua atau lebih dari mereka berada dalam konflik.

- b. Tinjau kembali literatur profesional yang relevan untuk memastikan bahwa pemikiran profesional terkini yang dipakai dan menyadari keragaman isu yang terlibat dalam situasi tertentu.
- c. Berkonsultasilah dengan perawat profesional berpengalaman dan/atau supervisor yang juga mematuhi Kode Etik Keperawatan yang sama. Saat mereka meninjau kembali informasi yang telah dikumpulkan, mereka dapat membantu perawat melihat isu lain yang relevan atau memberikan perspektif yang belum dipertimbangkan. Mereka mungkin juga dapat mengidentifikasi aspek dilema yang sebelumnya tidak dipandang secara objektif.
- d. Konsultasikan dengan asosiasi profesional untuk mengetahui apakah mereka dapat memberikan bantuan terhadap dilema tersebut.

4. Menghasilkan potensi tindakan

- a. Lakukan *brainstorming* sebanyak mungkin untuk tindakan potensial. Jadilah kreatif dan daftar semua pilihan yang dapat dipikirkan, bahkan pertanyaan yang tidak diyakini akan berhasil.
- b. Dalam fase *brainstorming* ini, tujuannya adalah menghasilkan solusi potensial sebanyak mungkin. Jangan khawatir menilai dan menghilangkan solusi, evaluasi akan dilakukan pada langkah berikutnya.
- c. Bila mungkin, berkonsultasilah dengan setidaknya satu rekan kerja yang mengikuti Kode Etik Keperawatan untuk membantu menghasilkan pilihan.

5. Pertimbangkan konsekuensi potensial dari semua pilihan dan tentukan tindakan

- a. Timbang informasi yang telah dikumpulkan dan prioritas yang telah ditetapkan, evaluasi setiap opsi, pastikan untuk menilai konsekuensi potensial bagi semua pihak yang terlibat.
- b. Renungkan implikasi setiap tindakan untuk klien, bagi orang lain yang akan terdampak, dan untuk diri sendiri.
- c. Hilangkan pilihan yang jelas tidak memberikan hasil yang diinginkan atau yang menimbulkan konsekuensi yang lebih bermasalah.
- d. Tinjau pilihan yang tersisa untuk menentukan opsi atau kombinasi pilihan yang paling sesuai dengan situasi dan memenuhi prioritas yang telah diidentifikasi.

6. Evaluasi tindakan yang dipilih

- a. Tinjau ulang tindakan yang dipilih untuk melihat apakah ada pertimbangan etis baru.
- b. Terapkan tiga tes sederhana untuk tindakan yang dipilih untuk memastikan bahwa hal itu sesuai: keadilan, publisitas, dan universalitas (Stadler, 1986).
 - 1) Keadilan: dalam menerapkan ujian keadilan, nilai rasa keadilan Anda sendiri dengan menentukan apakah Anda akan memperlakukan orang lain sama dalam situasi ini.
 - 2) Publisitas: untuk ujian publisitas, tanyakan pada diri Anda apakah Anda ingin perilaku Anda dilaporkan di media.
 - 3) Universalitas: uji universalitas meminta Anda untuk menilai apakah Anda dapat merekomendasikan tindakan yang sama kepada perawat lain dalam situasi yang sama.
- c. Jika tindakan yang dipilih menyebabkan masalah etika baru, perawat harus kembali ke awal dan mengevaluasi

- kembali setiap langkah proses. Mungkin pilihan yang ditentukan salah atau perawat mungkin telah mengidentifikasi masalahnya dengan tidak benar.
- d. Jika semua langkah sudah dilalui dan perawat yakin telah memilih tindakan yang sesuai, maka langkah berikutnya adalah implementasi.

7. Melaksanakan jalannya tindakan

- a. Perkuat tekad untuk melaksanakan rencana. Hanya karena keputusan yang tepat tidak berarti akan mudah diterapkan. Mengambil tindakan yang tepat dalam dilema etika seringkali sulit dilakukan.
- b. Setelah implementasi, perlu satu tindakan lain untuk menindaklanjuti situasi untuk menilai apakah tindakan tersebut memiliki efek dan konsekuensi yang diantisipasi.

D. FAKTOR YANG MEMEPENGARUHI PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK DALAM KEPERAWATAN

1. Faktor agama dan adat-istiadat

Agama serta latar belakang adat istiadat merupakan faktor utama dalam membuat keputusan etis. Setiap perawat disarankan memahami nilai yang diyakini maupun kaidah agama yang dianutnya. Sebagai negara berketuhanan, segala kebijakan atau aturan yang dibuat diupayakan tidak bertentangan dengan aspek agama yang ada di Indonesia. Faktor adat istiadat yang dimiliki perawat atau pasien sangat berpengaruh terhadap pembuatan keputusan etis tetapi kaitan adat istiadat dan implikasi dalam keperawatan sampai saat ini belum tergalih jelas di Indonesia.

2. Faktor sosial

Berbagai faktor sosial berpengaruh terhadap pembuatan keputusan etis. Faktor ini meliputi perilaku sosial dan budaya, ilmu pengetahuan dan teknologi, hukum dan peraturan perundang-undangan (Ellis, Hartley, 1980).

3. Faktor ilmu pengetahuan dan teknologi

Kemajuan di bidang kesehatan telah mampu meningkatkan kualitas hidup serta memperpanjang usia manusia dengan ditemukannya berbagai mesin mekanik kesehatan, cara prosedur baru, dan bahan atau obat baru. Misalnya, klien dengan gangguan ginjal yang dapat diperpanjang usianya berkat adanya mesin hemodialisis. Wanita yang mengalami kesulitan hamil dapat dibantu dengan berbagai inseminasi.

4. Faktor legislasi dan keputusan yuridis

Perubahan sosial dan legislasi secara konstan saling berkaitan. Setiap perubahan sosial atau legislasi menyebabkan timbulnya suatu tindakan yang merupakan reaksi perubahan tersebut. Legislasi merupakan jaminan tindakan menurut hukum, sehingga orang yang bertindak tidak sesuai hukum dapat menimbulkan suatu konflik (Ellis & Hartley, 1990).

5. Faktor dana/keuangan

Dana atau keuangan untuk membiayai pengobatan dan perawatan dapat menimbulkan konflik. Walaupun pemerintah telah mengalokasikan dana yang besar untuk pembangunan kesehatan, dana ini belum seluruhnya dapat mengatasi berbagai masalah kesehatan sehingga partisipasi swasta dan masyarakat banyak digalakkan. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang setiap hari menghadapi klien, sering menerima keluhan klien mengenai pendanaan. Dalam daftar kategori diagnosis keperawatan tidak ada pernyataan yang menyatakan ketidakcukupan dana, tetapi hal ini dapat menjadi etiologi bagi berbagai diagnosis keperawatan, antara lain ansietas dan ketidakpatuhan.

6. Faktor pekerjaan/posisi klien maupun perawat

Dalam pembuatan suatu keputusan, perawat perlu mempertimbangkan posisi pekerjaannya. Sebagian besar perawat bukan merupakan tenaga yang praktik sendiri,

tetapi bekerja di rumah sakit, dokter praktik swasta, atau institusi kesehatan lainnya. Tidak semua keputusan pribadi perawat dapat dilaksanakan, namun harus disesuaikan dengan keputusan atau aturan tempat ia bekerja. Perawat yang mengutamakan kepentingan pribadi sering mendapat sorotan sebagai perawat pembangkang. Sebagai konsekuensinya, ia dapat mendapat sanksi administrasi atau mungkin kehilangan pekerjaan.

BAB 7

KELALAIAN, MALAPRAKTIK, DAN DILEMA ETIK DALAM KEPERAWATAN

A. KELALAIAN (NEGLIGENCE)

Kelalaian (*negligence*) adalah salah satu bentuk pelanggaran praktik keperawatan, dimana perawat lalai atau tidak melakukan kegiatan praktik yang seharusnya mereka lakukan pada tingkatannya. Perawat juga dianggap lalai apabila melakukan sesuatu yang harusnya dilakukan pada tingkatan keilmuannya tetapi tidak dilakukan atau melakukan tindakan di bawah standar yang telah ditentukan. Dapat disimpulkan bahwa kelalaian praktik keperawatan adalah ketika seorang perawat tidak mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan keperawatan yang lazim dipergunakan dalam merawat pasien atau orang yang terluka menurut ukuran dilingkungan yang sama.

Kelalaian berbeda dengan malapraktik, malapraktik merupakan pelanggaran dari perawat yang melakukan kegiatan yang tidak seharusnya mereka lakukan pada tingkatannya tetapi mereka lakukan. Kelalaian dapat disebut sebagai bentuk pelanggaran etik ataupun bentuk pelanggaran hukum, tergantung bagaimana masalah kelalaian itu dapat timbul.

Hal yang perlu diperhatikan adalah bagaimana menyelesaikan masalah kelalaian ini dengan memperhatikan dari berbagai

sudut pandang, baik etik, hukum, manusianya baik yang memberikan layanan maupun penerima layanan. Kelalaian tidak sama dengan malapraktik, tetapi kelalaian termasuk dalam arti malapraktik, artinya bahwa dalam malapraktik tidak selalu ada unsur kelalaian. Kelalaian adalah segala tindakan yang dilakukan dan dapat melanggar standar sehingga mengakibatkan cedera/kerugian orang lain (Sampurno, 2005).

Kelalaian yang dilakukan perawat dapat berupa *omission* (kelalaian untuk melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan) atau *commission* (melakukan sesuatu secara tidak hati-hati). Selain pembagian tersebut, menurut Sampurno (2005), kelalaian dapat dipisahkan menjadi tiga bentuk. Yang pertama adalah *malfeasance*. Perawat dikatakan *malfeasance* apabila melakukan tindakan yang melanggar hukum atau tidak tepat/layak, misalnya menjalankan tindakan keperawatan tanpa indikasi yang memadai/tepat. Kedua, *misfeasance*, yaitu melakukan pilihan tindakan keperawatan yang tepat tetapi dilaksanakan dengan tidak tepat, misalnya melakukan tindakan keperawatan dengan menyalahi prosedur. Ketiga, *nonfeasance*, hal ini ketika perawat tidak melakukan tindakan keperawatan yang merupakan kewajibannya, misalnya pasien seharusnya dipasang pengaman tempat tidur tapi tidak dilakukan.

Pada Pasal 29 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan apabila tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Sementara itu, sesuai dengan Pasal 190 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dapat dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak dua ratus juta rupiah. Bagi tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kese-

hatan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda paling banyak satu miliar rupiah.

Hal-hal yang harus diperhatikan perawat dalam menghadapi kelalaian adalah sebagai berikut:

1. Perawat dikatakan lalai apabila melakukan sesuatu yang tidak dilakukan dengan hati-hati atau kegagalan melakukan sesuatu yang dilakukan dengan bijaksana, dalam situasi tertentu yang ditunjukkan oleh bukti.
2. Seseorang dapat dituntut karena kelalaian tanpa menjadi profesional kesehatan. Misalnya, seseorang dapat dituntut karena kelalaian jika dia menyebabkan luka pada orang lain saat mengoperasikan kendaraan bermotor.
3. Ketika seorang perawat dituntut karena melukai seorang pasien saat dia sedang bertugas, tuntutan hukum semacam itu adalah untuk "kelalaian". Seringkali, ini juga disebut sebagai malapraktik keperawatan karena perawat, dalam perannya sebagai perawat, dianggap melakukan sesuatu yang menimbulkan luka pada pasien.
4. Ketika seorang pasien mengaku terluka karena malapraktik yang dilakukan perawat, bisakah pasien itu menuntut bayaran untuk luka-luka itu? Jawabannya adalah tidak mungkin, kecuali jika perawat sepenuhnya setuju bahwa malapraktiknya menyebabkan luka tersebut. Jika ada kesepakatan total tentang penyebab luka dan kerusakan yang diakibatkannya, tidak ada tuntutan hukum. Tuntutan hukum hanyalah sarana untuk menyelesaikan perselisihan fakta.

Unsur-unsur kelalaian tertentu perlu dibuktikan oleh penggugat. Dengan kata lain, penggugat memiliki tanggung jawab untuk membuktikan bahwa tuduhan tersebut benar seperti yang diklaim. Inilah unsur kelalaian yang harus ditunjukkan penggugat:

1. Penggugat harus menunjukkan bahwa perawat tersebut memiliki kewajiban kepada penggugat.
2. Jika penggugat dapat menunjukkan bahwa tugas itu ada, penggugat harus menentukan standar asuhan yang sesuai.

3. Setelah standar perawatan ditentukan, penggugat harus menunjukkan bahwa perawat melanggar atau melanggar standar asuhan tersebut.
4. Jika memang terjadi pelanggaran, penggugat harus membuktikan bahwa pelanggaran ini menyebabkan luka penggugat.
5. Begitu penggugat membuktikan bahwa pelanggaran tersebut menyebabkan luka tersebut, penggugat harus membuktikan bahwa ada kerusakan akibat pelanggaran tersebut.

Seorang perawat akan menghadapi tuduhan kelalaian jika dia ditunjuk sebagai terdakwa dalam tuntutan hukum malapraktik medis (sejenis tuntutan hukum perdata). Tuntutan hukum dapat dilakukan oleh satu atau lebih penggugat. Penggugat dalam sebuah kasus malapraktik medis biasanya adalah pasien dan anggota keluarga dekat pasien, seperti pasangan dan anak-anak klien. Penggugat harus membuat pernyataan klaim untuk memulai tuntutan perdata dengan menjelaskan dugaan kelalaian terdakwa. Terdakwa adalah mereka yang diduga telah merugikan pasien. Terdakwa bisa jadi tenaga kesehatan, seperti dokter dan perawat, dan badan hukum, seperti rumah sakit dan otoritas kesehatan lainnya.

Perawat dapat menggunakan satu atau lebih dari pertahanan berikut ketika menghadapi tuduhan kelalaian:

1. Tindakan perawat adalah hal masuk akal dan bijaksana dalam situasi tersebut.
2. Kesalahan dalam penghakiman. Jika bukti menunjukkan bahwa insiden tersebut merupakan kesalahan dalam pengkajian daripada kegagalan untuk bertindak secara wajar dan berhati-hati, pengadilan mungkin tidak menyatakan tidak ada kelalaian.
3. Tindakan terdakwa lainnya. Setiap terdakwa memiliki kesempatan untuk memberikan bukti dalam pembelaan mereka sendiri. Mengingat sifat pemberian layanan kesehatan multidisipliner, saksi atau terdakwa dapat memberi

kesaksian tentang bagaimana mereka berinteraksi dengan sesama profesional kesehatan selama kejadian yang menimbulkan tuntutan hukum. Pengadilan kemudian harus menentukan proporsi kelalaian, jika ada, dari masing-masing terdakwa.

4. Batasan periode

Penggugat harus mengajukan tuntutan hukum dalam waktu yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan. Setelah periode ini berlalu, penggugat umumnya dilarang menuntut, walaupun ada pengecualian untuk anak di bawah umur dan mereka yang tidak memiliki kapasitas mental.

B. MALAPRAKTIK

Malapraktik merupakan istilah yang sangat umum sifatnya dan tidak selalu berkonotasi yuridis. Secara harfiah "mala" mempunyai arti 'salah' sedangkan "pratik" mempunyai arti 'pelaksanaan atau tindakan', sehingga malapraktik berarti pelaksanaan atau tindakan yang salah. Definisi malapraktik profesi kesehatan adalah kelalaian dari seorang dokter atau perawat untuk mempergunakan tingkat kepandaian dan ilmu pengetahuan dalam mengobati dan merawat pasien, yang lazim dipergunakan terhadap pasien atau orang yang terluka menurut ukuran dilingkungan yang sama.

Malapraktik juga dapat diartikan sebagai tidak terpenuhinya perwujudan hak-hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang baik, yang biasa terjadi dan dilakukan oleh oknum yang tidak mau mematuhi aturan yang ada karena tidak memberlakukan prinsip-prinsip transparansi atau keterbukaan, dalam arti harus menceritakan secara jelas tentang pelayanan yang diberikan kepada konsumen, baik pelayanan kesehatan maupun pelayanan jasa lainnya yang diberikan.

Malapraktik sangat spesifik dan terkait dengan status profesional dan pemberi pelayanan dan standar pelayanan profesional. Malapraktik adalah kegagalan seorang profesional (misalnya, dokter dan perawat) untuk melakukan praktik

sesuai dengan standar profesi yang berlaku bagi seseorang yang karena memiliki keterampilan dan pendidikan.

Malapraktik lebih luas daripada *negligence* karena selain mencakup arti kelalaian, istilah malapraktik pun mencakup tindakan-tindakan yang dilakukan dengan sengaja (*criminal malpractice*) dan melanggar undang-undang. Di dalam arti kesengajaan tersirat adanya motif (*guilty mind*) sehingga tuntutananya dapat bersifat perdata atau pidana.

Seorang pasien harus membuktikan 4 unsur yang diperlukan untuk membuat kasus malpraktik. *Pertama*, pasien harus menetapkan bahwa ada hubungan perawat-pasien. Dari hubungan perawat-pasien, tugas seorang perawat kepada pasien dapat dilihat secara jelas. Dapat dikatakan jarang bahwa perawat tertentu memiliki kewajiban kepada pasien jika hubungan semacam itu tidak dapat ditunjukkan. Paling sering, unsur ini akan dipenuhi dengan mengandalkan catatan rumah sakit yang mendokumentasikan keterlibatan perawat dengan beberapa aspek perawatan pasien.

Kedua, pasien harus menetapkan ruang lingkup tugas yang harus dilakukan oleh perawat. Hal ini biasanya dilakukan meski saksi ahli bersaksi tentang perawatan yang dibutuhkan. *Ketiga*, pasien harus menetapkan bahwa ada pemberhentian dari "praktik yang baik dan yang berterima". Praktik yang baik dan yang berterima paling sering didefinisikan sebagai perawatan yang akan diberikan oleh perawat secara hati-hati dalam keadaan tertentu. Perawatannya tidak perlu perawatan terbaik atau perawatan optimal. Selanjutnya, bila ada lebih dari satu metode perawatan yang diakui, perawat tidak akan dianggap lalai jika metode yang disetujui dipilih, walaupun metode tersebut kemudian ternyata merupakan pilihan yang salah. Selama perawat memberikan perawatan yang sesuai dengan praktik yang diterima, perawat tidak akan ditemukan lalai, terlepas dari hasilnya. *Terakhir*, pasti ada hubungan kausal antara tindakan atau tindakan yang berangkat dari asuhan keperawatan yang diterima dan cedera pasien. Hubungan ini harus ditetapkan bukan karena kemungkinan, namun karena kesengajaan.

Bagaimana cara menghindari tindakan malpraktik? Jawaban yang sederhana adalah mereka tidak bisa dihindari. Namun, dengan memanfaatkan proses keperawatan dan menggunakan pemikiran kritis, hasil buruk yang biasanya menyebabkan klaim malapraktik dapat dikurangi. Langkah-langkah proses keperawatan digambarkan sebagai berikut:

1. Penilaian
2. Identifikasi masalah / kebutuhan
3. Perencanaan
4. Pelaksanaan
5. Evaluasi

Dengan memastikan bahwa setiap langkah diambil dan bahwa tindakan diberikan dengan menggunakan pemikiran kritis, kemungkinan terjadinya kejadian medis yang merugikan dapat diminimalisasi. Dalam pemberian obat, ada beberapa aturan sederhana yang harus diperhatikan: pasien yang tepat, obat yang tepat, rute yang benar, dosis yang tepat, dan waktu yang tepat. Kejadian malapraktik biasanya melanggar dari lima aturan dasar ini dan mengakibatkan seorang pasien terluka.

Dalam kasus kelalaian medis, pertentangan yang biasanya terjadi mencakup gejala yang dikeluhkan, tanda-tanda yang ada atau tidak ada, serta perawatan atau pengobatan yang direkomendasikan. Dalam upaya untuk menentukan fakta, pengadilan akan memanfaatkan catatan medis. Setiap rekaman dianggap penting karena bersifat kontemporer dan biasanya dibuat pada saat tidak ada ketertarikan pada hasil hukum.

Bagi perawat, kesempatan untuk dituntut dalam kasus malapraktik masih relatif kecil. Namun, dengan meningkatnya tuntutan yang telah diberikan pada perawat perawatan kritis dan banyaknya kejadian medis buruk yang terjadi di rumah sakit, risikonya jelas meningkat. Memanfaatkan asuhan keperawatan yang baik dan menggunakan pemikiran kritis secara signifikan akan mengurangi kemungkinan disebutkan dalam tuntutan malapraktik. Keterampilan ini dikombinasikan dengan teknik dokumentasi yang baik adalah pendekatan

terbaik untuk menghindari hasil hukum yang merugikan jika perawat dituntut.

C. DILEMA ETIK

Dilema etik yang dihadapi perawat sangat luas, mencakup beragam topik seperti rasio staf dan perawatan akhir kehidupan. Dilema dapat terjadi saat merawat pasien penyandang cacat atau pasien lanjut usia yang dapat membahayakan keadaan klien sendiri. Misalnya, seorang pasien lanjut usia mungkin ingin berjalan tanpa pengawasan. Perawat berkeinginan untuk mempromosikan kemandirian, namun risiko cedera pasien karena terjatuh jugatinggi. Menurut Thompson (1985), dilema etik merupakan suatu masalah yang sulit dimana tidak ada alternatif yang memuaskan atau situasi dimana alternatif yang memuaskan atau tidak memuaskan sebanding. Dalam dilema etik tidak ada yang benar atau yang salah. Untuk membuat keputusan yang etis, seorang perawat bergantung pada pemikiran yang rasional dan bukan emosional.

Dilema adalah bagaimana menyeimbangkan masalah kontras. Mana yang lebih penting, kemandirian atau keamanan? Setiap tim kesehatan, pasien, dan keluarga menghadapi tantangan seperti ini setiap hari. Tantangan yang lebih besar dapat dihadapi saat bekerja dengan keluarga yang memiliki bayi baru lahir dengan cacat fisik atau mental. Apakah etis memperlakukan anak dengan prosedur yang akan menyebabkan rasa sakit jika hal itu memberi mereka satu-satunya kesempatan bertahan hidup? Apakah lebih baik memperpanjang hidup bila kualitas hidupnya buruk?

Perawat adalah tenaga medis yang berada di garis depan perawatan kesehatan. Oleh karena itu, seringkali perawat dihadapkan dengan dilema etik pada tingkat pertumbuhan. Teknologi memungkinkan orang sakit untuk bertahan hidup dari penyakit serius. Studi terbaru menunjukkan bahwa orang-orang tersebut dapat bertahan hidup, namun tidak dapat melanjutkan hidup dengan baik. Perawat memiliki peran dalam menerapkan praktik klinis dan pendidikan untuk menangani masalah perawatan berteknologi tinggi.

Tidak ada cukup sumber perawatan kesehatan yang tersedia di dunia. Dengan kata lain, sumber daya kesehatan selama ini tidak merata. Perawat memiliki peran dalam memastikan bahwa distribusi itu adil. Pasien dengan berbagai latar belakang budaya dan pengalaman pribadi dapat hadir dengan beragam pendapat tentang apa yang etis. Perawat dapat berfungsi sebagai sumber daya untuk memastikan bahwa setiap orang merasa bahwa pendapat mereka penting.

Meskipun tidak ada jawaban benar atau salah, ada seperangkat prinsip yang mendasari pembuatan keputusan etis. Mekanisme pengaturan ditujukan untuk memastikan standar etika tertinggi. Misalnya, Kode Etik ICN menegaskan bahwa di samping tanggung jawab utama untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit dan mengurangi penderitaan, "penghormatan terhadap hak asasi manusia, termasuk hak budaya, hak untuk hidup dan pilihan, untuk bermartabat, dan diperlakukan dengan hormat", juga merupakan bagian inheren dari profesi perawat.

Kode Etik ICN lebih lanjut menyatakan bahwa "tanggung jawab profesional utama perawat adalah untuk orang-orang yang membutuhkan asuhan keperawatan", ini juga menentukan bahwa perawat tidak hanya memberikan layanan kepada individu, tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat. Ini adalah tatanan tinggi ketika perawat memperhitungkan banyak keragaman yang diwakili dalam masyarakat saat ini. Beberapa dilema etik yang sering dihadapi perawat antara lain:

1. Kebebasan Pasien vs. Kontrol Perawat

Perawat telah menempuh pendidikan dan memiliki pengalaman mengenai perawatan, oleh karena itu perawat sadar akan tindakan klinis terbaik yang bisa dilakukan untuk pasiennya. Namun, apa yang terjadi bila seorang pasien menolak saran medis dan membuat keputusan yang bisa mengakibatkan hasil yang kurang optimal? Perawat akan dihadapkan dilema etis, misalnya ketika memutuskan apakah pasien persalinan akan mendapatkan manfaat positif dari pengobatan nyeri atau mendorong pasien untuk

makan saat mereka menolak makanan. Masalah-masalah tersebut dihadapi perawat setiap hari.

2. Hak Reproduksi

Argumen *pro-choice* vs. *pro-life* adalah hal yang sangat pribadi berdasarkan pada nilai inti dan keyakinan individu. Jika perawat *pro-life*, dapatkah perawat tersebut mendukung hak pasien untuk melakukan aborsi? Jika perawat *pro-choice*, bisakah perawat tersebut menghormati pilihan pasien untuk melanjutkan kehamilan meskipun itu mengancam nyawanya? Dengan lebih dari 208 juta kehamilan terjadi di seluruh dunia setiap tahun, perawat memiliki kemungkinan tinggi untuk menghadapi dilema etik ini pada waktu tertentu.

3. Kejujuran vs. Informasi

Keluarga akan sering memilih untuk menahan informasi yang sesungguhnya demi "melindungi" pasien dari tekanan emosional. Bagi perawat, ini merupakan dilema etika yang umum: apakah seorang pasien memiliki hak untuk mengetahui segala hal tentang kondisinya, bahkan jika berbagi informasi tersebut akan menyebabkan hal negatif bagi pasien? Apakah kejujuran selalu terbaik? Bagaimana jika dengan menyembunyikan informasi pasien dapat mempromosikan hari-hari terakhir yang bahagia? Memutuskan informasi apa yang akan dibagi dengan siapa, bagaimana, dan kapan harus membagikannya dapat menjadi bagian sulit dari tanggung jawab seorang perawat.

4. Dilema Minor

Bekerja dengan anak-anak menyajikan serangkaian tantangan etika yang unik. Tidak hanya perawat harus mempertimbangkan kepentingan terbaik pasien, tapi mereka harus menyeimbangkan hal ini dengan keinginan, kepercayaan, dan nilai keluarga. Meskipun pasien, keluarga, dan dokter mungkin selaras di dunia ideal, di dunia nyata masalah etika seringkali muncul. Masalah etis yang terkait dengan privasi juga bisa timbul pada anak di bawah umur.

Meskipun mereka memiliki beberapa hak dasar untuk privasi, hukum mengharuskan pengungkapan informasi tertentu kepada orang tua. Dalam banyak kasus, seringkali anak di bawah umur tidak ingin mengungkapkan informasi yang dibutuhkan. Dalam hal ini, perawat mendapatkan keuntungan dari pemahaman hukum, serta kebijakan rumah sakit.

5. Pertentangan Keyakinan

Pengetahuan sains dan pengetahuan empiris seorang perawat mungkin benar-benar subjektif bagi pasien dengan keyakinan agama atau pribadi tertentu. Agama tertentu melarang prosedur medis yang bisa berarti perbedaan antara hidup dan mati. Misalnya, di beberapa budaya dan agama, transfusi darah bahkan yang menyelamatkan nyawa tidak boleh diterima. Upaya perawat untuk menjelaskan manfaat prosedur yang dipertimbangkan terhadap risiko penyisihan dapat melampaui batas. Apakah tugas perawat untuk mendukung keputusan pasien terhadap hak pasien atau apakah tanggung jawab mereka untuk melakukan segalanya dengan kekuatan mereka untuk mendesak mereka melakukan tindakan yang dapat dicegah? Seiring pengetahuan sains yang terus berkembang, pertanyaan yang berkaitan dengan etika dan hak asasi manusia diperkirakan akan tumbuh, berkaitan dengan segala hal mulai dari penelitian sel induk hingga pengujian genetika.

6. Pengelolaan Sumber Daya

Jika pasien berada dalam kondisi medis yang sia-sia dengan biaya perawatan tinggi, pada titik manakah perawat dapat mengalihkan sumber daya ini kepada pasien yang dapat benar-benar sembuh? Bagaimana perawat menyeimbangkan apa yang mungkin dianggap sebagai keputusan finansial melawan keputusan pribadi terhadap keluarga? Bagaimanapun, ketika harus berpegang pada harapan untuk bertahan hidup dari orang yang dicintai, tidak ada sumber daya yang dihabiskan sia-sia. Perawat

dituntut untuk mempertahankan perspektif "gambaran besar" sambil secara bersamaan menangani situasi pribadi yang sangat ketat setiap hari.

D. MENGHADAPI DILEMA ETIK

Dilema etik merupakan bagian inheren dari profesi keperawatan, namun bukan berarti perawat tidak memiliki akses bantuan. American Nursing Association (ANA) menawarkan pernyataan posisi etika dan hak asasi manusia tentang segala hal mulai dari DNR sampai hukuman mati untuk membantu perawat dalam menangani tantangan etika tertentu. Selanjutnya, rumah sakit memiliki komite etik mereka sendiri di mana perawat dapat menyuarakan masalah mereka dan mendapatkan akses ke sumber daya yang bermanfaat.

Pada akhirnya, perawat adalah bagian yang sangat dihargai dari sistem perawatan kesehatan karena mereka peduli. Bahkan, dari tahun ke tahun mereka mendapat penghargaan tertinggi dari publik dalam hal standar kejujuran dan etika. Kepercayaan ini tidak hanya datang dengan tanggung jawab yang besar, namun tetap menjadi dasar di mana sistem perawatan kesehatan dibangun.

1. Dilema Etika Penting dalam Perawatan

Di bidang kesehatan, sering ada dilema etik yang lebih tinggi daripada di bidang karir lain karena situasi kematian yang dihadapi banyak penyedia layanan. Kode etik dalam keperawatan pada dasarnya menyatakan bahwa perawat bertanggung jawab untuk menghormati hak asasi manusia dan memperlakukan semua pasien dengan hormat sambil mempromosikan kesehatan, meminimalkan penderitaan, dan mencegah penyakit.

2. Kesehatan dan Reproduksi Wanita

Bagi perawat yang memiliki keyakinan kuat tentang hak untuk hidup, kesehatan perempuan dan hak reproduksi mungkin menjadi masalah. Jika perawat memilih secara *pro-choice* dalam kehidupan pribadi, bisakah perawat

tersebut memberikan perawatan yang sesuai kepada pasien hamil yang bertekad untuk melanjutkan kehamilan meskipun hal itu mengancam jiwa? Di sisi lain, seorang pasien yang meminta aborsi layak mendapat perawatan berkualitas tinggi jika perawatnya *pro-life*.

3. Agama dan Kedokteran

Beberapa keyakinan agama melarang penggunaan cabang obat modern tertentu. Mereka yang mempraktikkan agama-agama ini mungkin melapor ke ruang gawat darurat atau rumah sakit yang membutuhkan transfusi darah, misalnya, namun menolak prosedur berdasarkan kepercayaan pribadi mereka. Perawat mungkin berusaha untuk menarik sisi logis pasien atau keluarga dengan mendiskusikan sifat prosedur hidup-mati, namun kepercayaan agama sering memenangkan pertentangan ini. Dalam hal ini, perawat harus belajar untuk menghormati keinginan pasien sambil memberikan informasi sebanyak mungkin.

4. Perlindungan dari Distres

Pasien yang sedang berjuang dengan penyakit jiwa atau kerapuhan emosional mungkin memiliki reaksi kuat terhadap informasi mengenai kondisi medis mereka. Anggota keluarga atau teman pasien mungkin mencoba untuk melindunginya dengan menyimpan informasi tersebut. Seorang perawat harus belajar menyeimbangkan hak pasien untuk mengetahui manfaat dari menghormati keinginan keluarga serta stabilitas mental dan emosional pasien. Mengetahui informasi apa yang berpotensi menimbulkan reaksi kuat juga akan sulit dilakukan.

5. Distribusi Sumber Daya

Rumah sakit atau layanan kesehatan lainnya belum tentu memiliki jumlah perawat yang memadai. Perawat biasanya bekerja di bangsal-bangsal rumah sakit untuk memberi perawatan kepada pasien, tapi terkadang mereka

memiliki lebih banyak hal yang harus mereka tangani. Dalam hal ini, perawat harus memprioritaskan distribusi sumber daya, tapi ini bukan tugas yang mudah. Bagaimana perawat bisa memutuskan siapa yang lebih penting daripada orang lain yang membutuhkan perawatan? Seorang pasien dalam keadaan vegetatif mungkin tampak paling rendah dalam daftar, tapi dia masih merupakan ayah, ibu, saudara laki-laki, atau saudara perempuan seseorang.

Perawat menghadapi sejumlah dilema setiap hari yang sepertinya tidak memiliki jawaban benar atau salah. Di dalam pikiran pasien, jawaban yang benar mungkin jelas dan sederhana, sementara perawat merasa bahwa solusi yang berlawanan adalah satu-satunya pilihan. Belajar mengesampingkan keyakinan dan pendapat pribadi penting untuk menjadi perawat yang mengikuti kode etik dan memberikan tingkat perawatan yang sama kepada setiap pasien yang datang, terlepas dari seberapa besar kepercayaannya terhadap perbedaan pendapat.

E. PERANGKAT KOMITE KEPERAWATAN DAN KOMITE ETIK RUMAH SAKIT

Tenaga keperawatan di Rumah Sakit merupakan jenis tenaga kesehatan terbesar (jumlahnya antara 50–60%), memiliki jam kerja 24 jam melalui penugasan *shift*, serta merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan pasien melalui hubungan profesional. Tenaga keperawatan memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat sesuai kewenangan dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan kepada pasien dan keluarganya. Diperlukan tenaga keperawatan yang kompeten, mampu berpikir kritis, selalu berkembang serta memiliki etika profesi sehingga pelayanan keperawatan dan kebidanan dapat diberikan dengan baik, berkualitas, serta aman bagi pasien dan keluarganya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit disebutkan

bahwa komite keperawatan adalah wadah nonstruktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, serta pemeliharaan etika dan disiplin profesi. Komite Keperawatan bertugas membantu kepala/direktur rumah sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi keperawatan dan kebidanan serta pengembangan profesional berkelanjutan termasuk memberi masukan guna pengembangan standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan dan kebidanan.

Sementara itu, dalam pendahuluan "Pedoman Pengorganisasian Komite Etik Rumah Sakit dan Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia (PERSI-MAKERSI)" disebutkan bahwa pelayanan kesehatan dewasa ini jauh lebih kompleks dibandingkan dengan beberapa dasawarsa sebelumnya. Beberapa faktor yang mendorong kompleksitas pelayanan kesehatan pada masa kini antara lain:

1. Semakin kuatnya tuntutan pasien/masyarakat akan pelayanan kesehatan bermutu, efektif, dan efisien.
2. Standar pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran.
3. Latar belakang pasien amat beragam (tingkat pendidikan, ekonomi, sosial, dan budaya).
4. Pelayanan kesehatan melibatkan berbagai disiplin dan institusi.

Situasi tersebut seringkali menyulitkan komunikasi antara pasien dan pihak penyedia layanan kesehatan. Padahal, komunikasi yang baik akan memudahkan dan mendukung jalannya keperawatan/pengobatan. Di samping komunikasi yang baik, pelayanan kesehatan harus memenuhi kaidah-kaidah profesionalisme dan etis. Untuk menangkai hal-hal yang berpotensi merugikan berbagai pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maka kemampuan tenaga kesehatan menyelesaikan masalah-masalah medis dan nonmedis di

rumah sakit perlu ditingkatkan. Selain itu, rumah sakit perlu menciptakan struktur yang mendukung pelayanan kesehatan secara profesional dan berkualitas. Salah satu upaya mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional di rumah sakit adalah dengan memenuhi kaidah-kaidah yang tercantum dalam Kode Etik Rumah Sakit di Indonesia (KODERSI).

KODERSI memuat rangkaian nilai-nilai dan norma-norma moral perumahsakitannya Indonesia untuk dijadikan pedoman dan pegangan bagi setiap insan perumahsakitannya yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit di Indonesia. KODERSI merupakan kewajiban moral yang harus ditaati oleh setiap rumah sakit di Indonesia agar tercapai pelayanan rumah sakit yang baik, bermutu, profesional, dan sesuai dengan norma dan nilai-nilai luhur profesi kedokteran. KODERSI pertama kali disahkan dalam Kongres VI PERSI pada tahun 1993 di Jakarta. Dalam perjalannya telah mengalami perbaikan dan penyempurnaan.

Pada umumnya pedoman yang termuat dalam KODERSI berupa garis besar atau nilai-nilai pokok yang masih memerlukan penjabaran yang lebih rinci dan teknis. Untuk menjabarkan KODERSI dan menerapkannya dalam kebijakan rumah sakit maka setiap rumah sakit dianjurkan membentuk Komite Etik Rumah Sakit (KERS). Secara umum KERS bertugas membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di rumah sakit, baik diminta maupun tidak diminta. Sementara itu, secara khusus KERS memiliki tugas, wewenang dan tanggung jawab:

1. Melakukan pembinaan insan perumahsakitannya secara komprehensif dan berkesinambungan, agar setiap orang menghayati dan mengamalkan KODERSI sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing di rumah sakit. Pembinaan ini merupakan upaya preventif, persuasif, edukatif, dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran KODERSI. Pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus, dan seminar.

2. Memberi nasihat, saran, dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh pimpinan atau pemilik rumah sakit.
3. Membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang terkait dengan etika rumah sakit.
4. Menangani masalah-masalah etik yang muncul di dalam rumah sakit.
5. Memberi nasihat, saran, dan pertimbangan etik kepada pihak-pihak yang membutuhkan.
6. Membantu menyelesaikan perselisihan/sengketa medis yang terjadi di lingkungan rumah sakit.
7. Menyelenggarakan berbagai kegiatan lain yang dipandang dapat membantu terwujudnya kode etik rumah sakit.

BAB 8

ISU-ISU ETIK KEPERAWATAN

A. HAK PEMBERIAN PERAWATAN KESEHATAN (*HEALTH CARE AS A RIGHT*)

Setiap orang berhak atas perawatan kesehatan yang mereka butuhkan dan kondisi kehidupan yang memungkinkannya hidup sehat, seperti makanan, tempat tinggal, dan lingkungan yang sehat. Oleh karena itu, perawatan kesehatan harus diberikan sebagai barang publik untuk semua orang, dibiayai secara terbuka dan merata.

Hak asasi manusia terhadap kesehatan berarti setiap orang memiliki hak atas standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai, termasuk akses ke semua layanan medis, sanitasi, makanan yang memadai, perumahan yang layak, kondisi kerja yang sehat, dan lingkungan yang bersih. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan UUD Republik Indonesia.

Adanya Undang-Undang Kesehatan bertujuan menjamin sistem perlindungan kesehatan bagi semua warga negara Indonesia. Pasal 4 dalam UU Kesehatan secara jelas menyebut

bahwa "setiap orang berhak atas kesehatan". Hal tersebut berarti bahwa setiap orang memiliki hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau juga merupakan hak asasi manusia atas kesehatan yang telah diatur dalam UU tersebut. Selain itu, negara juga menjamin kebebasan setiap individu untuk secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan baginya (Pasal 5 Ayat (3)). Untuk memenuhi hak asasi atas kesehatan, negara juga telah menjamin bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian kesehatan, mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab, serta berhak memperoleh informasi data kesehatan dirinya (termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterima dari tenaga kesehatan).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2015 merilis artikel yang menyatakan bahwa hak atas kesehatan mencakup kebebasan dan hak. Kebebasan yang dimaksud mencakup hak untuk mengendalikan kesehatan dan tubuh seseorang (misalnya hak seksual dan reproduksi) dan bebas dari gangguan (misalnya bebas dari penyiksaan dan perlakuan medis dan eksperimen tanpa konsensual). Sementara itu, hak yang dimaksud termasuk hak atas sistem perlindungan kesehatan yang memberi setiap orang kesempatan yang sama untuk menikmati tingkat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai. Oleh karena itu, negara harus menjamin terciptanya kebijakan dan program kesehatan yang mampu mempromosikan kesehatan secara luas serta tidak melanggar hak asasi manusia, termasuk hak atas kesehatan. Kebijakan yang diciptakan juga harus menghormati dan melindungi hak asasi manusia serta menjunjung tinggi tanggung jawab sektor kesehatan untuk menjamin kesehatan setiap individu.

Hak asasi manusia untuk perawatan kesehatan juga berarti bahwa rumah sakit, klinik, obat-obatan, dan layanan dokter harus dapat diakses, tersedia, dapat diterima, dan berkualitas

baik untuk semua orang, secara adil, di manapun dan kapanpun diperlukan. Perancangan sistem perawatan kesehatan harus dipandu oleh standar hak asasi manusia berikut:

1. Akses universal: akses terhadap perawatan kesehatan harus universal, dijamin untuk semua orang secara adil. Perawatan kesehatan harus terjangkau dan komprehensif untuk semua orang dan dapat diakses secara fisik di manapun dan kapanpun diperlukan.
2. Ketersediaan: infrastruktur perawatan kesehatan yang memadai (misalnya rumah sakit, fasilitas kesehatan masyarakat, profesional perawatan kesehatan), sediaan farmasi (misalnya obat-obatan) dan alat kesehatan, serta pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (misalnya perawatan primer, kesehatan mental) harus tersedia di semua wilayah geografis dan untuk semua masyarakat.
3. Keberterimaandan penghormatan: institusi dan penyedia layanan kesehatan harus menghormati martabat, memberikan perawatan yang sesuai secara budaya, responsif terhadap kebutuhan berdasarkan jenis kelamin, usia, budaya, bahasa, dan cara hidup dan kemampuan yang berbeda. Mereka harus menghormati etika medis dan melindungi kerahasiaan klien.
4. Kualitas: semua perawatan kesehatan harus sesuai secara medis dan berkualitas baik, dipandu oleh standar kualitas dan mekanisme kontrol yang jelas, serta diberikan dengan cara yang tepat waktu, aman, dan berpusat pada pasien.
5. Hak asasi manusia terhadap kesehatan juga mengandung prinsip prosedural berikut (prinsip ini berlaku untuk semua hak asasi manusia):
 - a. Nondiskriminatif: perawatan kesehatan harus dapat diakses dan diberikan tanpa diskriminasi, berdasarkan status kesehatan, ras, etnisitas, usia, jenis kelamin, seksualitas, disabilitas, bahasa, agama, asal negara, pendapatan, atau status sosial.

- b. **Transparans:** informasi kesehatan harus mudah diakses oleh semua orang, memungkinkan orang untuk melindungi kesehatan mereka dan mengklaim layanan kesehatan berkualitas. Institusi yang mengatur, membiayai, atau memberikan layanan kesehatan harus beroperasi secara transparan.
- c. **Partisipatif:** individu dan masyarakat harus dapat berperan aktif dalam keputusan yang mempengaruhi kesehatan mereka, termasuk dalam organisasi dan pelaksanaan layanan perawatan kesehatan.
- d. **Akuntabilitas:** perusahaan swasta dan lembaga publik harus bertanggung jawab untuk melindungi hak atas perawatan kesehatan melalui standar, peraturan, dan pemantauan kepatuhan yang dapat dilaksanakan.

Meskipun telah banyak aturan yang mendorong pemenuhan hak asasi atas kesehatan, dalam praktiknya pemberian perawatan kesehatan masih menyisihkan kelompok tertentu. Kelompok rentan dan terpinggirkan dalam masyarakat seringkali tidak benar-benar mendapatkan hak asasi atas kesehatan. Tiga penyakit menular paling mematikan di dunia malaria, HIV/AIDS, dan TBC secara tidak proporsional mempengaruhi populasi termiskin di dunia, menempatkan beban yang luar biasa pada ekonomi negara-negara berkembang. Sebaliknya, beban penyakit tidak menular, yang paling sering dianggap mempengaruhi negara-negara berpenghasilan tinggi kini meningkat secara tidak proporsional di antara negara-negara berpenghasilan rendah.

Di negara-negara tertentu, masyarakat adat menghadapi hambatan yang signifikan untuk mengakses layanan kesehatan berkualitas dan terjangkau. Dibandingkan masyarakat umum, populasi ini memiliki angka kematian dan morbiditas yang jauh lebih tinggi. Hal ini diakibatkan oleh penyakit yang tidak dapat dikomunikasikan seperti kanker, penyakit kardiovaskular, dan penyakit pernapasan kronis. Selain masyarakat adat, orang-orang yang sangat rentan terhadap infeksi HIV sering mengalami kesulitan ekonomi dan diskriminasi sosial. Populasi rentan

ini seharusnya menjadi perhatian para pemangku kebijakan. Mereka harus membuat kebijakan untuk meruntuhkan marginalisasi yang terjadi dan memudahkan kelompok rentan untuk mengakses layanan pencegahan dan perawatan.

Pelanggaran atau kurangnya perhatian terhadap hak asasi manusia atas kesehatan dapat memiliki konsekuensi yang serius. Diskriminasi tersirat atau implisit dalam penyampaian layanan kesehatan dianggap melanggar hak asasi manusia. Banyak orang dengan gangguan mental dipelihara dalam institusi mental melawan keinginan mereka, meski memiliki kemampuan untuk membuat keputusan mengenai masa depan mereka. Di sisi lain, ketika ada kekurangan tempat tidur rumah sakit, seringkali penderita gangguan jiwa dipulangkan sebelum waktunya. Padahal, tindakan tersebut dapat menyebabkan tingkat kekambuhan yang tinggi dan kadang-kadang bahkan kematian. Tentu saja, tindakan ini termasuk pelanggaran hak asasi manusia untuk menerima perawatan kesehatan yang memadai.

Selain terhadap pasien gangguan jiwa, perempuan adalah subjek terbanyak yang mengalami pelanggaran hak asasi manusia atas kesehatan. Di beberapa negara berkembang, masyarakat seringkali menolak akses terhadap perawatan dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi bagi perempuan. Hal ini tergolong pelanggaran hak asasi manusia yang sangat mengakar dalam nilai-nilai masyarakat tentang seksualitas perempuan. Selain penolakan perawatan, perempuan dalam masyarakat tertentu terkadang dipaksa melakukan prosedur seperti sterilisasi, aborsi, atau pemeriksaan keperawanan.

B. ABORSI (ABORTION)

Salah satu dilema etis yang dihadapi masyarakat dunia selama puluhan tahun adalah masalah aborsi. Ada banyak argumen kuat tentang masalah ini bagi mereka yang mendukung dan menentangnya. Aborsi didefinisikan sebagai penghentian kehamilan. Hal itu bisa dilakukan dengan sengaja (dengan pilihan) atau secara tidak sengaja seperti pada kegu-

guran. Aborsi disebabkan biasanya dilakukan oleh korban pemerkosaan, inses, atau kemungkinan masalah kesehatan ibu atau bayi. Masalah sosial dan pribadi juga menjadi penyebab lain adanya praktik aborsi.

Salah satu penelitian menemukan fakta sekitar 60% aborsi dilakukan oleh wanita lajang. Setengah persentase wanita yang melakukan aborsi dilakukan di bawah usia 25 tahun. Fakta lainnya adalah memutuskan apakah akan menggugurkan atau merawat bayi atau memberikannya untuk diadopsi adalah keputusan sulit untuk dibuat dan dapat menyebabkan trauma pascaaborsi. Selain itu, ketika seorang wanita memutuskan untuk melakukan aborsi, keputusan tersebut tidak dilakukan secara impulsif. Namun, tindakan sebelumnya mungkin tidak menentu.

Di negara-negara maju, tindakan aborsi memicu perdebatan yang panjang hingga menciptakan dua kelompok besar, pendukung dan penentang aborsi. Kelompok pendukung aborsi biasanya dinamakan kelompok *pro-choice* sedangkan kelompok penentang aborsi dinamakan kelompok *pro-life*.

1. Kelompok *Pro-Choice*

Yang termasuk kelompok ini adalah mereka yang mendukung adanya praktik aborsi. Meskipun menganjurkan aborsi, kelompok ini tetap menyatakan bahwa aborsi adalah pilihan terakhir. Kebanyakan dari mereka mengatakan bahwa seseorang hidup setelah lahir. Negara Tiongkok memegang Kebijakan Satu Anak, yakni hanya mengizinkan satu keluarga untuk memiliki satu anak dan paling banyak dua anak. Kebijakan ini mendorong tingginya tingkat aborsi di negara tersebut.

Menurut hukum Tiongkok, aborsi seharusnya dilakukan secara sukarela. Praktik aborsi atau sterilisasi alias pemandulan paksa dengan kekerasan telah dilarang sejak tahun 2002. Namun, pada kenyataannya, di beberapa provinsi di Tiongkok bagian timur, praktik aborsi ilegal masih terjadi. Menurut laporan tahunan Komisi Kongres

AS untuk Tiongkok(2010), 18 dari 31 provinsi di Negeri Tirai Bambu masih melakukan aborsi paksa terhadap pelanggar kebijakan anak tunggal.

Ada banyak cara yang dilakukan untuk menggugurkan janin secara aman maupun tidak aman. Di beberapa negara, aborsi diterima jika ibu secara mental atau fisik tidak aman. Terkadang, seorang ibu mencoba untuk menggugurkan kehamilannya dengan tidak hati-hati, dengan cara ekstrem bahkan bisa menyebabkan kematian. Banyak orang *pro-choice* mengatakan bahwa legalisasi aborsi akan mengurangi jumlah aborsi yang tidak aman, yang menyebabkan lebih sedikit kematian.

2. Kelompok *Pro-Life*

Orang yang menentang aborsi adalah kelompok *pro-life*. Mayoritas masyarakat dan terutama umat beragama masuk dalam kelompok *pro-life*. Katolik Roma *pro-life* pernah melarang siapapun untuk melakukan tindakan aborsi. *Pro-life* mengatakan bahwa seseorang hidup sebelum kelahiran, orang Kristen mengatakan bahwa seseorang bahkan hidup selama pembuahan. Banyak dokter dan perawat Kristen tidak ingin mengambil bagian dalam tindakan ini dan menolak untuk membantu aborsi legal. Undang-Undang di Amerika Serikat saat ini menyatakan hak dokter menolak melakukan aborsi, namun meminta dokter tersebut untuk membimbing pasien ke fasilitas lain.

Dalam Islam, pada dasarnya hukum melakukan aborsi adalah haram (terlarang). Namun dalam keadaan darurat yang dapat mengancam ibu dan/atau janin, aborsi diperbolehkan berdasarkan pertimbangan medis dari tim dokter ahli. Sementara itu, hukum aborsi akibat perkosaan adalah haram. Namun sebagian ulama memperbolehkan aborsi sebelum usia janin berumur 40 hari terhitung sejak pembuahan.

Pro-Choice	Pro-Life
1. Kehidupan bayi tergantung pada kesehatan ibu dan akan lebih baik bagi ibu untuk memilih sendiri apakah dia menginginkan bayi tersebut atau tidak. 2. Ibu adalah orang yang akan melalui persalinan sebenarnya, ia adalah satu-satunya orang yang melanjutkan kehamilan dan melahirkan bayi. Selain itu, dia akan menjadi orang tua dengan kewajiban dan tanggung jawab hidupnya sehari-hari. Dengan demikian, dia bisa memutuskan apa yang dia inginkan. 3. Membatasi aborsi akan menyebabkan peningkatan persentase aborsi ilegal dan tidak aman. Setelah dilakukan komplikasi aborsi legal kemungkinan besar akan dicegah karena orang dapat menerima perawatan yang mereka butuhkan selama melakukan aborsi.	1. Embrio yang tumbuh dianggap sebagai manusia dengan detak jantung yang dimulai sejak usia kehamilan. 2. Kehamilan yang tidak direncanakan mungkin bisa dibuktikan nanti. 3. Menghentikan kehamilan sama saja tidak memiliki belas kasih pada anak yang belum lahir. 4. Jika ibu mengalami kesulitan keuangan membesarkan anak setelah melahirkan, adopsi merupakan alternatif yang akan menghormati hak hidup seorang bayi. 5. Aborsi menghadirkan komplikasi dan kematian yang mengancam jiwa. Komplikasi ini meliputi infeksi, sepsis, dan keguguran berulang. 6. Wanita tersebut mungkin menderita gangguan psikologis yang serius (depresi dan rasa bersalah) setelah aborsi.

Tabel 7.1 Beberapa argumen yang mendukung dan menentang tindakan aborsi

Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 75 dan pasal 76 telah mengatur bagaimana hukum praktik aborsi. Pada dasarnya setiap orang dilarang untuk melakukan aborsi, kecuali dalam kedaruratan

medis tertentu atau kehamilan akibat perkosaan yang menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan. Kedaruratan medis yang dimaksud adalah kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan.

Tindakan aborsi untuk dua kondisi tersebut hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan/atau penasihatn pratindakan dan diakhiri dengan konseling pascatindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang. Selain melalui tahapan konseling, tindakan aborsi juga harus memenuhi syarat berikut:

1. Dilakukan sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;
2. Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri;
3. Dilakukan dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;
4. Dilakukan dengan izin suami, kecuali korban perkosaan.

Apabila tindakan aborsi dilakukan tanpa memperhatikan syarat-syarat di atas pelaku aborsi dapat diancam hukuman pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda paling banyak satu miliar rupiah. Hal ini termaktub pada pasal 194 UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Bagaimana perawat seharusnya menghadapi perdebatan tentang aborsi? Perawat boleh memiliki pendapat individual tentang aborsi, namun karena mereka adalah profesional kesehatan dan pendapat mereka seringkali diikuti oleh klien, mereka diwajibkan untuk memahami mengapa mereka memiliki pandangan tertentu. Perawat harus memiliki alasan jelas tentang nilai yang dianut (baik *pro-choice* maupun *pro-life*) dan mereka harus sampai pada suatu pandangan secara rasional dan logis.

Untuk membantu perawat dalam tugas ini, isu etika seputar aborsi dapat ditelaah dan diklarifikasi kembali. Untuk melakukan ini, kita bisa memeriksa beberapa pendekatan filosofis dan historis terhadap aborsi dan bagaimana posisi perawat dalam menghadapinya. Pada awalnya, aborsi didefinisikan sebagai pengusiran janin dari rahim sebelum kehamilan 28 minggu, waktu kelangsungan hidup yang ditentukan secara sewenang-wenang. Diskusi ini hanya terkait dengan aborsi yang diinduksi. Sejak awal tercatat sejarah perempuan telah memilih untuk melakukan aborsi. Orang-orang Yahudi dan Kristen awal melarang aborsi dengan alasan praktis dan religius. Kehidupan manusia dipandang berharga dan ada juga pertimbangan praktis untuk menambah jumlah populasi, yaitu kekuatan yang lebih besar untuk melakukan pekerjaan fisik yang diperlukan, membela diri dari musuh, dan memastikan kelanjutan kehidupan masyarakat.

Perawat memiliki kewajiban etis dan moral untuk melindungi dan mempromosikan kehidupan. Dilema keperawatan pada aborsi terletak pada hak dan tanggung jawab perawat terhadap aborsi versus hak pasien yang memilih untuk melakukan aborsi. Dengan meningkatnya aktivitas legislatif mengenai undang-undang aborsi di setiap negara, posisi keperawatan menjadi problematis karena harus mempertimbangkan penghormatan terhadap hak pasien dan advokasi profesional.

ANA (2001) menjelaskan bahwa peran dan tanggung jawab perawat serta hak-hak pasien didukung dalam undang-undang, dan dalam kerangka etika yang diberikan oleh kode etik keperawatan yang berlaku. Perawat dapat menyetujui adanya tindakan aborsi jika diindikasikan secara medis. Namun, perawat harus menghormati pilihan ibu selama aborsi itu sah menurut hukum. Perawat harus memberikan informasi alternatif dan menghormati hak pasien atas kebebasan dari pengenaan dan hak untuk mendapatkan perawatan terbaik di lingkungan yang memberikan kerahasiaan, keperawatan yang sesuai dengan budaya dan keperawatan khusus.

Jika aborsi bertentangan dengan nilai moral, etis, dan religius pribadi dari perawat, perawat berhak menolak untuk berpartisipasi dalam penghentian kehamilan secara sukarela, kecuali dalam situasi darurat, di mana kebutuhan pasien tidak memungkinkan terjadinya substitusi. Yang perlu diingat adalah perawat bertugas memberikan perawatan secara kompeten, mendukung apapun pilihan klien, dan tidak menghakimi pilihan tersebut.

Masalah aborsi memang tidak mudah dipecahkan. Apa yang dapat dilakukan seseorang adalah memahami berbagai aspek argumen sehingga ketika orang tersebut menghadapi dilema etika, dia dapat membuat keputusan yang rasional dan bijaksana dalam menghadapi situasi tersebut. Perdebatan biasanya terfokus pada politik dan hukum. Namun, dibalik perdebatan itu pertanyaan etis lebih mendasar yang tidak selalu mendapat perhatian khusus.

C. EUTANASIA

Dalam layanan kesehatan yang "berpusat pada pasien", banyak orang menuntut untuk membuat keputusan independen mengenai nasib mereka sendiri. Sejalan dengan tren ini, sekarang ada dorongan untuk meninjau undang-undang tentang eutanasia dan bantuan bunuh diri. Masalah dalam perdebatan eutanasia biasanya berkisar pada pasien yang sakit parah dan/atau menderita rasa sakit yang tidak dapat diatasi. Namun, rasa sakit bukanlah satu-satunya penentu eksistensi yang tidak dapat ditoleransi dan masalahnya menjadi lebih kompleks saat kualitas eksistensial masalah kehidupan menjadi inti permasalahan. Hal ini dapat menyebabkan sulitnya pengambilan keputusan bagi petugas kesehatan yang terlibat dalam perawatan.

Praktik keperawatan harus selalu memperhatikan dan menghargai kehidupan seseorang. Memang menyelamatkan dan melindungi kehidupan adalah pekerjaan utama perawat, lalu bagaimana pertimbangan eutanasia bisa masuk ke dalam praktik keperawatan? Banyak yang menganggap membantu seseorang untuk menemukan kedamaian dan mendapatkan

kontrol atas kematian mereka sebagai alat untuk menghargai kehidupan. Eutanasia memberi kesempatan kepada orang tersebut untuk meninggal dengan cara yang bermartabat dan tidak menderita.

Dalam praktik sehari-hari menghadapi eutanasia, perawat harus memenuhi empat prinsip etika perawat, yakni penghormatan terhadap otonomi (*autonomy*), tidak membahayakan (*nonmaleficence*), kebermanfaatan (*beneficence*), dan keadilan (*justice*). Prinsip etika ini terungkap secara eksponensial saat permintaan eutanasia dilakukan oleh seorang pasien dan perawat harus menemukan cara untuk tidak hanya mematuhi etika praktik dan mengadvokasi klien, tapi juga harus selaras dengan keputusan mereka sendiri (melalui pemikiran dan perasaan etis).

Untuk menghormati prinsip otonomi, eutanasia dapat dikatakan sebagai praktik yang boleh dilakukan. Hal ini dapat dibenarkan dari dasar penghormatan terhadap otonomi individu (Quaghebeur, Dierckx de Casterle & Gastmans, 2009). Memberikan perawatan kepada pasien dan menghormati otonomi mereka berarti menghormati permintaan eutanasia dari pasien, meskipun hal itu mungkin tidak berkorelasi dengan perasaan pribadi perawat terhadap eutanasia atau kemampuan mereka (fisik atau mental) untuk melaksanakan tugas yang diminta.

Integritas profesional perawat juga dapat digunakan untuk mendukung eutanasia dari sudut pandang otonomi. Integritas inilah yang bertanggung jawab atas sesama manusia, karena itu menghormati otonomi mereka. Sejalan dengan tanggung jawab untuk sesama manusia, eutanasia saat ini kompatibel dengan integritas keperawatan. Perawat dengan integritas profesional harus menghormati otonomi pasien, oleh karena itu perawat wajib memberikan perawatan penuh kasih sayang dan meningkatkan kesejahteraan pasien secara optimal. Eutanasia sekarang sesuai dengan gagasan profesi keperawatan, karena martabat manusia dilindungi, keinginan pasien dihargai, dan pasien menerima perawatan yang memadai (White, 1999).

Sesuai dengan prinsip keadilan(*justice*), untuk melindungi kepentingan pasien, eutanasia dapat dipandang sebagai perawatan yang baik bagi pasien, yang secara etis dibenarkan sebagai bentuk kematian yang baik. Dapat dikatakan bahwa tidak hanya tidak adil, tapi kejam apabila kita menolak permintaan eutanasia (Quaghebeur, et al 2009).

Prinsip etis *nonmaleficence* berarti keputusan yang diambil tidak membahayakan bagi klien (Potter dan Perry, 2010). Namun, perawat membahayakan pasien mereka setiap hari hanya dengan memberikan perawatan seperti kemoterapi untuk pasien kanker. Meskipun demikian, perawatan ini dapat diterima, karena manfaatnya lebih besar daripada bahaya awal (McCabe, 2007).

Sumpah Hipokrates, sebuah sumpah yang secara tradisional ditegakkan oleh semua perawat dan profesional medis, telah melarang adanya aborsi dan pembedahan. Meskipun definisi sebenarnya dari sumpah ini tidak membahayakan, praktik ini diizinkan karena mereka memanfaatkan kemampuan perawatan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien. Seiring dengan hal yang sama untuk meningkatkan kesejahteraan pasien, seorang pasien mungkin memerlukan perawat untuk membantu mereka meninggal saat pilihan hidup benar-benar membahayakan pasien. Dalam situasi ini, kematian akan menjadi jalan yang terbaik yang dapat diambil (White, 1999).

Dalam gagasan *beneficence*, perawat adalah advokat pasien yang harus melakukan hal terbaik, yakni mendahulukan kepentingan orang lain (Quaghebeur et al., 2009). Perawat seringkali merupakan orang pertama yang menerima permintaan eutanasia dari pasien karena kedekatan dan keterlibatan perawat dalam kehidupan pasien tersebut. Dalam sebuah penelitian terhadap perawat di Amerika Serikat, alasan perawat berpartisipasi dalam eutanasia adalah rasa tanggung jawab atas kesejahteraan pasien mereka dan hal tersebut adalah cara untuk membantu meringankan penderitaan dan penderitaan pasien mereka (De Bal, Gastmas, Dierckx de Casterle, 2008).

Hal tersebut dapat dibenarkan karena sesungguhnya mengakhiri rasa sakit dan penderitaan bisa dilihat tidak membahayakan, tapi membawa kedamaian dan kenyamanan. Misalnya, saat dihadapkan pada rasa sakit pasien, mengurangi rasa sakit adalah hal yang tepat untuk dilakukan perawat. Hal ini karena penyembuhan adalah aktivitas keperawatan untuk mengurangi penderitaan dan mengembalikan rasa aman ke pasien. Perawat berkomitmen untuk tidak hanya mencegah dan meminimalkan dampak penyakit dan meningkatkan kesehatan, namun untuk mengurangi rasa sakit dan penderitaan yang dapat ditimbulkan oleh penyakit tersebut (White, 1999).

Beberapa kritik dapat dilihat bertentangan dengan gagasan eutanasia sebagai praktik yang baik secara moral karena didasarkan pada penghormatan terhadap otonomi pasien (Quahgebeur et al, 2009). Dikatakan bahwa perawat yang mengadvokasi pasien untuk melakukan eutanasia sambil menghormati otonomi pasien, tidak menghormati otonomi mereka sendiri.

Dalam beberapa literatur etika keperawatan, prinsip *nonmaleficence* benar-benar menolak eutanasia, karena kerusakan ireversibel yang dilakukan pada kehidupan pasien dipandang terlalu drastis dari intervensi yang digunakan (Quaghebeur et al, 2009). Menurut prinsip *nonmaleficence*, eutanasia tidak dianggap sebagai praktik keperawatan etis yang baik karena kesucian hidup manusia. Kehidupan manusia layak dihormati, meski populasi dan orang dewasa sekarang hidup lebih lama dari sebelumnya karena kemajuan teknologi. Dalam masalah ini, Asosiasi Perawat Amerika (ANA) berpendapat bahwa membantu seseorang untuk mati tidak sesuai dengan peran perawat dalam masyarakat. Dengan membantu pasien dalam bunuh diri, kepercayaan antara perawat dan pasien telah hancur (ANA, 2001).

Melakukan yang baik untuk pasien tidak selalu berarti mengakhiri hidup mereka saat pasien menyatakan ingin mati, karena ada perbedaan antara menyatakan keinginan untuk mati dibandingkan dengan keinginan untuk dibunuh

(Quaghebeur et al., 2009). Jika perawat ingin berbuat baik untuk pasien, maka perawat harus meningkatkan kualitas dan martabat kehidupan pasien. Dalam kasus di mana kesejahteraan kehidupan tidak dapat lagi dicapai, perawat akan terus melakukan keperawatandengan memastikan kenyamanan fisik dan emosional, dukungan pasien dan orang yang mereka cintai, membantu pasien ke tempat yang aman, nyaman, dan damai (McCabe, 2007). Masyarakat menaruh banyak kepercayaan pada profesi keperawatan dan dengan melakukan tindakan untuk mengakhiri kehidupan pasien, integritas profesional ini bertentangan serta meruntuhkan kepercayaan yang telah diberikan pada mereka.

Perawat sebagai individu perlu mengklarifikasi nilai mereka sendiri, karena implikasi eutanasia sangat besar. Sebagai perawat, keputusan definitif mengenai posisi mereka dalam hal masalah ini harus diperjelas. Semua aspek masalah harus dilihat, dipahami sepenuhnya, dan baru pada saat itu keputusan tentang posisi perawat harus dibuat. Seorang perawat perlu menghormati tidak hanya otonomi pasien, tapi juga otonomi mereka sendiri, dan juga harus tetap setia pada nilai mereka sendiri.

Banyak isu kontroversial yang berbeda akan dihadapkan pada karir seorang perawat, termasuk bantuan bunuh diri. Perawat perlu tidak hanya dididik mengenai implikasi tindakan tersebut, namun dididik berdasarkan pendapat mereka sendiri, dengan kemampuan untuk berpikir kritis mengenai isu-isu kontroversial ini. Perawat perlu dilibatkan dalam politik keperawatan untuk menjaga integritas emosional mereka saat menghadapi situasi yang mungkin etis atau tidak etis untuk dilakukan.

Tindakan eutanasia pada keperawatan adalah subjek yang perlu diperhatikan secara mendalam. Konsep eutanasia, dengan cara yang positif, harus mencerminkan prinsip etika keperawatan meliputi otonomi, kebermanfaatan, keadilan, dan *nonmaleficence*. Seorang perawat yang terus memperpanjang kehidupan yang secara fisik demoralisasi dan menyakitkan, memiliki kewajiban kepada pasien tersebut untuk meringankan rasa sakit dan penderitaan.

Jika seseorang menaruh hewan peliharaan mereka untuk dieutanasia karena hewan peliharaan tersebut tidak lagi mampu menjalani kualitas hidup yang baik, tindakan pemiliknya dapat dibenarkan, meskipun hewan peliharaan tersebut tidak dapat mengatakan pendapatnya bahwa ia menderita dan menginginkan mati. Sebaliknya, seorang manusia memiliki kemampuan untuk mengungkapkan perasaannya tentang melanjutkan hidup mereka terlepas dari kualitasnya. Perawat sebaiknya tidak mengingkari seseorang yang sepenuhnya mampu membuat keputusan sendiri, kemampuan untuk mengakhiri hidup yang akan segera berakhir dan ditempa dengan rasa sakit dan penderitaan.

Ada banyak implikasi keperawatan yang berhubungan dengan eutanasia. Di antaranya adalah pentingnya perawat menyadari kepercayaan mereka sendiri tentang perawatan akhir kehidupan. Kesadaran diri akan mempersiapkan perawat untuk mengatasi hambatan yang akan mereka hadapi saat menghadapi kematian. Implikasi lain adalah bahwa perawat harus sadar akan politik dan otoritas hukum. Menjadi aktif dalam proses politik, perawat dapat memastikan bahwa mereka tidak akan dipaksa untuk melakukan prosedur yang bertentangan langsung dengan keyakinan mereka.

D. KELOMPOK RENTAN (*VULNERABLE POPULATIONS*)

Kelompok rentan adalah mereka yang tidak berkecukupan secara ekonomi, termasuk ras dan etnis minoritas, anak-anak dengan orangtua berpenghasilan rendah, lanjut usia, tunawisma, orang-orang dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Orang dengan kondisi kesehatan kronis lainnya, termasuk penyakit jiwa yang parah juga termasuk dalam kelompok ini. Kelompok ini juga bisa mencakup penduduk di pelosok pedesaan, yang sering menghadapi hambatan untuk mengakses layanan kesehatan. Kerentanan individu-individu ini ditingkatkan oleh ras, etnisitas, usia, jenis kelamin, dan faktor-faktor seperti pendapatan, jaminan kesehatan, dan tidak adanya sumber perawatan yang memadai. Masalah kesehatan mereka sangat bergantung pada faktor sosial, termasuk perumahan, kemiskinan, dan pendidikan yang tidak memadai.

Menurut UCLA School of Nursing, istilah "kelompok rentan", mengacu pada kelompok sosial dengan peningkatan risiko relatif atau kerentanan terhadap masalah terkait kesehatan. Kerentanan ini terbukti pada tingkat kematian komparatif yang lebih tinggi, harapan hidup yang lebih rendah, penurunan akses terhadap perawatan, dan berkurangnya kualitas hidup. Kelompok rentan sering didiskriminasi/dipinggirkan dan dicabut haknya dari masyarakat arus utama, hal ini berkontribusi pada status sosial mereka yang lebih rendah dan kurangnya pemenuhan hak dalam hubungan pribadi, sosial, dan politik.

Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang No.39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Dalam penjelasan pasal tersebut disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kelompok masyarakat yang rentan, antara lain adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat. Sementara itu, menurut Human Rights Reference (1994) disebutkan, bahwa yang tergolong ke dalam kelompok rentan adalah *refugees, internally displaced persons (IDPs), national minorities, migrant workers, indigenous peoples, children, dan women*.

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga telah mengatur mengenai kesehatan lanjut usia dan penyandang cacat. Pada pasal 138 disebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan. Sementara itu, pasal 139 menyebutkan upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. Oleh karena itu, pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kedua kelompok ini untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Domain kesehatan populasi rentan dapat dibagi menjadi 3 kategori: fisik, psikologis, dan sosial. Domain kesehatan fisik terjadi pada kelompok rentan, termasuk ibu dan bayi berisiko tinggi, orang sakit kronis dan penyandang disabilitas, dan orang-orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Individu yang memiliki kondisi medis kronis meliputi penyakit pernapasan, diabetes, hipertensi, dislipidemia, dan penyakit jantung juga termasuk dalam populasi rentan yang membutuhkan perhatian khusus. Hampir 87% dari mereka yang berusia 65 tahun ke atas memiliki 1 atau lebih kondisi kronis dan 67% dari populasi ini memiliki 2 atau lebih penyakit kronis.

Dalam domain psikologis, kelompok rentan termasuk orang-orang dengan kondisi mental kronis, seperti skizofrenia, gangguan bipolar, depresi berat, gangguan ADHD, penyalahguna alkohol dan/atau zat terlarang, serta orang yang pernah mencoba bunuh diri. Sementara itu, di wilayah sosial, populasi rentan termasuk tunawisma, imigran, dan pengungsi.

Penanganan untuk masing-masing kelompok di atas berbeda. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus memahami secara jelas mengenai tindakan keperawatan apa yang harus dilakukan bagi masing-masing kelompok. Elemen inti yang dirinci dalam tabel di bawah ini merupakan hal mendasar yang dapat dikombinasikan dalam berbagai pengaturan keperawatan tergantung pada kelompok masing-masing, kemampuan infrastruktur, dan hasil ideal.

No	Elemen Inti	Deskripsi
1.	Pengkajian awal dan pengkajian ulang yang komprehensif	Evaluasi pasien lengkap saat memasuki program serta penilaian rutin yang dijadwalkan untuk menyesuaikan rencana perawatan untuk mengembangkan kebutuhan pasien.

2.	Lakukan kunjungan berkala	Sertakan kunjungan berkala (secara langsung atau melalui media lain) dengan pasien dan keluarga di rumah untuk melengkapi perawatan medis yang dijadwalkan secara teratur.
3.	Melaksanakan perencanaan berbasis protokol	Mengevaluasi dan menerapkan protokol berbasis bukti untuk mengelola kondisi umum yang mempengaruhi populasi geriatri dan kelompok rentan lainnya.
4.	Memasukkan prinsip dan praktik perawatan yang berpusat pada klien	Tempatkan individu dan orang-orang yang terafiliasi (anggota keluarga, pengasuh informal lainnya, pendukung klien dan rekan kerja) di pusat semua keputusan perencanaan untuk mencapai hasil yang lebih baik dan promosikan pengarahannya sendiri.
5.	Manfaatkan manajemen perawatan berbasis tim yang berpusat di seputar perawatan primer	Koordinasikan layanan dukungan medis, perilaku, dan dukungan jangka panjang melalui kerja sama tim perawatan multidisiplin, bertanggung jawab, dan komunikatif. Dokter dianggap sebagai perawatan primer sebagai inti tim perawatan, namun perawat juga harus mendukung dan berkolaborasi dengan kelompok multidisiplin untuk perawatan selanjutnya.

6.	Memfasilitasi pembagian data dan sistem informasi terpadu	Sediakan mekanisme dan buat pengaturan berbagi data yang diperlukan untuk mengumpulkan, menyimpan, mengintegrasikan, menganalisis, dan melaporkan data secara tepat waktu. Hal ini untuk memudahkan koordinasi perawatan.
7.	Menyelaraskan insentif keuangan	Bantu pengaturan keuangan dan penghematan potensial untuk mendorong kerjasama dan keselarasan di seluruh rangkaian perawatan.
8.	Kembangkan jaringan dan kemitraan masyarakat	Perluas jaringan di luar rumah sakit dan dorong hubungan dengan panti jompo dan penyedia perawatan jangka panjang, departemen kesehatan masyarakat, pusat komunitas, dan organisasi lainnya untuk memperbaiki koordinasi dan transisi perawatan.
9.	Menyediakan layanan kesehatan non-kesehatan	Sediakan layanan nonklinis, seperti transportasi menuju layanan kesehatan dan jadwal konsultasi untuk membantu pasien dalam menerima perawatan yang dibutuhkan serta dapat menjalani kehidupan yang lebih sehat.

10.	Tawarkan perawatan berbasis rumah	Masukkan pilihan perawatan berbasis rumah yang tepat waktu, ramah, dan keluarga-sentris.
11.	Memasukkan kompetensi budaya dan ekuitas standar perawatan	Kembangkan tim perawatan dengan kesadaran akan perspektif budaya dan kefasihan bahasa individu, dan pertanggungjawaban mereka terhadap kualitas metrik yang bertujuan mengurangi kejadian disparitas kesehatan.

Tabel. Pelayanan keperawatan untuk populasi rentan

Sumber: American Hospital Association (2011)

E. ETIKA DAN HUKUM DALAM BIOTEKNOLOGI DAN HUMANIORA

1. Reproduksi Manusia

Kemajuan terbaru dalam penemuan bioteknologi reproduksi buatan pada manusia beruparekayasa dan terapi genetik serta penggunaan kloning manusia, seringkali menyulitkan profesional kesehatan dan masyarakat umum. Besar kemungkinan teknologi ini akan sangat mengejutkan dan batas etisnya tidak pasti. Perawat adalah profesional kesehatan yang dipercaya memiliki ilmu pengetahuan mengenai kehidupan manusia secara mamadai, oleh karena itu mereka dipercaya sebagai pendukung penggunaan etis dari teknologi baru ini.

Ada beberapa pihak yang melihat perkembangan bioteknologi ini membawa harapan bagi individu yang tidak subur atau terbebani dengan penyakit genetik. Di sisi lain, ada juga pihak yang mengkhawatirkan penemuan ini karena memperhatikan martabat manusia (terutama wanita, anak-anak, dan keluarga). Di Indonesia, upaya

kehamilan di luar cara alamiah telah diatur pada Pasal 127 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada pasal tersebut disebutkan bahwa upaya reproduksi buatan hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan:

- a. hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal;
- b. dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu; dan
- c. pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.

Berikut ini adalah bidang-bidang utama dari dilema etis dan kontroversi seputar reproduksi buatan pada manusia:

- a. Status moral dari embrio, janin dan organisme yang diciptakan oleh kloning sebagai fungsi pengurangan kehamilan secara selektif, penggunaan embrio cadangan yang tidak diperlukan dalam IVF untuk tujuan penelitian dan menciptakan embrio untuk tujuan penelitian;
- b. Perlindungan anak sebagai fungsi reproduksi melalui inseminasi buatan, duplikat identitas melalui kloning, hak untuk mengetahui warisan genetik dan memiliki warisan genetik yang dilindungi undang-undang privasi;
- c. Akses terhadap teknologi reproduksi oleh semua warga negara;
- d. Integritas hubungan keluarga saat teknologi reproduksi dan genetik seperti kloning dan perubahan genetika digunakan;
- e. Keamanan produk yang dikembangkan untuk kloning terapeutik dan kurangnya bukti untuk mengetahui efek jangka panjang;
- f. Potensi penyalahgunaan pengujian genetik, seperti penyalahgunaan pengujian di tempat kerja yang menyebabkan kehilangan pekerjaan/stigmatisasi;

- g. Moralitas rekayasa genetika presimptomatik dalam kasus dimana tidak ada perawatan terapeutik yang dapat diberikan;
- h. Moralitas pemilihan jenis kelamin dan peningkatan genetik (misalnya menciptakan anak yang sempurna);
- i. Komersialisasi teknologi reproduksi (misalnya infertilitas sebagai bisnis) dan teknologi genetika termasuk teknik kloning (misalnya merawat bagian tubuh dan proses pembuatan bagian tubuh sebagai barang yang dapat dibeli dan dijual);
- j. Manfaat potensial dari penelitian sel punca versus perlindungan embrio manusia;
- k. Klaim paten pada organisme hidup untuk mewujudkan keuntungan masa depan versus genom manusia sebagai kekayaan umum; dan
- l. Kebutuhan akan informasi yang valid tersedia untuk umum mengenai semua masalah ini untuk mendapatkan pilihan informasi publik dan pribadi.

Canadian Nurses Association (CNA) dalam *position statement* yang diterbitkan tahun 2002 menyatakan promosi kesehatan dan pendekatan pencegahan penyakit terhadap penyebab infertilitas yang diketahui harus diprioritaskan sebagai cara yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kesuburan. Perawat memiliki peran yang sama pentingnya dalam memberikan konseling yang tidak memihak kepada klien, dalam merujuk mereka ke spesialis reproduksi dan genetika/konselor genetik. Selain itu, perawat juga berperan dalam menerjemahkan informasi medis teknis kepada mereka yang berjuang untuk membuat pilihan mengenai penggunaan teknologi reproduksi dan genetika. Dengan demikian, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengetahui bidang perubahan biologis, reproduksi, dan genetik yang berubah dengan cepat, sehingga mereka dapat terlibat dalam diskusi yang diinformasikan dengan klien dan masyarakat.

Perawat dengan persiapan dan pengalaman mendalam di bidang kesehatan reproduksi dan/atau konseling genetik memiliki kemampuan tambahan dalam membantu klien serta berkontribusi pada keputusan yang tepat mengenai risiko/manfaat berbagai bentuk reproduksi dan rekayasa genetik manusia. Perawat harus dilibatkan dalam menentukan bagaimana teknologi reproduksi dan genetika dievaluasi dan dipantau, siapa yang harus menggunakan teknologi, dan mana yang harus dianggap sebagai layanan perawatan kesehatan yang penting.

2. Transplantasi Jaringan Tubuh dan Organ

Teknik bedah modern telah memungkinkan seseorang yang menderita penyakit dan kerusakan organ atau jaringan diganti dengan yang organ dan jaringan sehat dari donor hidup atau mati. Ketika donor hidup, secara alami ada banyak batasan tentang apa yang dapat ditransplantasikan, dan organ-organ seperti ginjal adalah yang paling umum, diikuti dengan transplantasi bagian hati dan paru-paru. Organ utama yang diambil dari donor yang mati meliputi jantung, paru-paru, ginjal, dan hati, dan jaringan meliputi tulang, kornea, kulit, dan katup jantung.

Salah satu pertanyaan etika utama adalah penentuan kematian. Orang-orang yang mendukung kehidupan mungkin memenuhi syarat untuk mendapatkan donasi organ dan pertanyaan penting muncul dengan menentukan kapan mereka benar-benar meninggal sebelum pengadaan organ dapat dilanjutkan. Pertanyaan etis penting lainnya termasuk siapa yang berhak menerima organ; bagaimana daftar tunggu organ disusun; apakah sebaiknya ada pembayaran untuk organ dan jaringan; haruskah organ dan jaringan reproduksi diizinkan untuk transplantasi; bagaimana sensitivitas agama dan budaya harus ditangani; kerahasiaan dan privasi donor dan penerima; memastikan *informed consent* asli; serta bagaimana seharusnya konflik keluarga tentang donasi organ ditangani?

Di Indonesia, transplantasi jaringan tubuh dan organ dianggap salah satu cara penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang sah secara hukum. Secara khusus hal ini diatur pada Pasal 64 hingga Pasal 68 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada pasal 64 disebutkan bahwa penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, implan obat dan/atau alat kesehatan, bedah plastik dan rekonstruksi, serta penggunaan sel punca. Namun demikian, tindakan tersebut hanya legal dilakukan untuk tujuan kemanusiaan dan ilegal apabila dikomersialkan. Hal ini dipertegas dengan aturan bahwa organ dan/atau jaringan tubuh dilarang untuk diperjualbelikan dengan dalih apapun. Ancaman hukuman bagi orang yang melanggar larangan ini adalah dihukum pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda paling banyak satu miliar rupiah.

Untuk tindakan transplantasi sel, baik yang berasal dari manusia atau hewan, hanya dapat dilakukan apabila telah terbukti keamanan dan kebermanfaatannya. Untuk memastikan hal tersebut, tindakan transplantasi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu. Selain itu, pengambilan organ dan/atau jaringan tubuh dari seorang donor harus memperhatikan kesehatan pendonor yang bersangkutan dan mendapat persetujuan pendonor dan/atau ahli waris atau keluarganya.

Menurut *Massachusetts Nurse Newsletter* (2011), untuk menghadapi dilema etis terkait transplantasi organ dan jaringan tubuh, perawat dapat menggunakan beberapa pertanyaan berikut sebagai acuan pengambilan keputusan.

1. Apakah kematian pasien donor cenderung dipaksakan dan tergesa-gesa?
Keputusan untuk menarik perawatan yang mendukung kehidupan dapat dipengaruhi oleh keinginan untuk

menyediakan organ dan dapat mengganggu berbagai cara dengan keputusan pengambilan keputusan seumur hidup yang bertanggung jawab. Agar pengasuh menghindari konflik kepentingan ini, Institute of Medicine (IOM) membuat dua rekomendasi:

- a. Keputusan, tindakan, dan personil yang terlibat dalam penarikan pengobatan dan deklarasi kematian harus dipisah dari keputusan, tindakan, dan personil yang terlibat dalam pemulihan organ tubuh.
 - b. Keputusan untuk menarik pengobatan harus dilakukan sebelum diskusi dimulai dari organ dan jaringan.
2. Apakah informasi mengenai donor adalah *informed consent*?
- a. Seorang pasien yang mengharapkan "kematian yang baik", sebagai donor, menerima kematian yang secara teknologi lebih invasif daripada yang diketahui pasien dan keluarga.
 - b. Tenaga kesehatan wajib memberi tahu pasien bagaimana perawatan mereka akan berubah sebagai donor.
3. Apakah keluarga bisa bersama donor pasien pada saat kematian?
- a. Pengaturan harus dilakukan agar perawatan dilakukan di ICU, dengan kehadiran keluarga atau di ruang operasi sampai pasien meninggal dunia.
 - b. Staf harus berusaha menciptakan lingkungan yang paling mendukung keluarga selama jam-jam terakhir kehidupan klien.

Berikut adalah beberapa panduan untuk perawat yang bekerja di bagian transplantasi organ dan jaringan tubuh:

1. Kewajiban pertama perawat adalah kesejahteraan pasien yang dipercayakan pada perawatan kami.
 - a. Ada ketentuan dalam Kode Etik untuk Perawat yang menyatakan, "Perawat, dalam semua hubungan profesional, berpraktik dengan belas kasihan dan penghormatan terhadap martabat, nilai, dan keunikan

- yang melekat pada setiap individu, tidak dibatasi oleh pertimbangan status sosial atau ekonomi, atribut pribadi, atau sifat masalah kesehatan.”
- b. Dalam kasus donor organ, perawat memiliki kewajiban untuk melindungi martabat pasien dan membuat kenyamanan pasien menjadi prioritas utama mereka.
 2. Tindakan pengadaan organ seharusnya tidak menjadi penyebab eksplisit kematian seseorang.
 - a. Ketentuan Kode Etik untuk Perawat menyatakan, “Perawat harus memberikan intervensi untuk menghilangkan rasa sakit dan gejala lainnya pada pasien yang sekarat, bahkan ketika intervensi tersebut memerlukan risiko mempercepat kematian. Namun, perawat mungkin tidak bertindak dengan tujuan mengakhiri kehidupan pasien meskipun tindakan semacam itu dapat dimotivasi oleh belas kasih, penghormatan terhadap otonomi pasien dan kualitas pertimbangan hidup.”
 - b. Terikat oleh peraturan moral ini, dalam sumbangan organ yang mendefinisikan kematian secara moral penting. Sangat penting bahwa perawat yang melayani populasi pasien yang merupakan donor potensial dididik dalam definisi kematian yang dapat diterima.
 3. Perawat benar-benar memahami prosedur serta etika transplantasi organ dan jaringan tubuh.
 - a. Kode Etik untuk Perawat menjunjung tinggi hak atas penentuan nasib sendiri (Otonomi). “Pasien memiliki hak moral dan hukum untuk menentukan apa yang akan dilakukan dengan tubuh mereka; untuk diberi informasi yang akurat, lengkap dan dapat dimengerti dengan cara yang memudahkan penilaian yang tepat.”
 - b. Keinginan seorang pasien untuk menjadi donor memberi orang cara baru untuk mati dengan baik dengan membuat kematian mereka bermanfaat bagi kehidupan.

BAB 9

ORGANISASI KEPERAWATAN

Organisasi profesi adalah organisasi yang terdiri atas para praktisi yang menetapkan diri mereka sebagai ahli yang mampu dan bergabung dalam satu wadah untuk melaksanakan fungsi sosial yang tidak dapat dilakukan secara individual dan merupakan suatu asosiasi yang bersifat sukarela. Merton (1968) mendefinisikan bahwa organisasi profesi adalah organisasi dari praktisi yang menilai/mempertimbangkan seseorang atau yang lain mempunyai kompetensi profesional dan mempunyai ikatan bersama untuk menyelenggarakan fungsi sosial yang mana tidak dapat dilaksanakan secara terpisah sebagai individu. Organisasi profesi menyediakan kendaraan untuk perawat dalam menghadapi tantangan yang ada saat ini dan akan datang serta bekerja kearah positif terhadap perubahan-perubahan profesi sesuai dengan perubahan sosial.

Menurut Azwar (1998), ada 3 ciri organisasi sebagai berikut:

1. Umumnya untuk satu profesi hanya terdapat satu organisasi profesi yang para anggotanya berasal dari satu profesi, dalam arti telah menyelesaikan pendidikan dengan dasar ilmu yang sama.
2. Misi utama organisasi profesi adalah untuk merumuskan kode etik dan kompetensi profesi serta memperjuangkan otonomi profesi.

3. Kegiatan pokok organisasi profesi adalah menetapkan serta meormuskan standar pelayanan profesi, standar pendidikan dan pelatihan profesi serta menetapkan kebijakan profesi

A. FUNGSI ORGANISASI PROFESI INDONESIA

Dermawan (2014) menjelaskan ada beberapa peran organisasi profesi. *Pertama*, sebagai pembina, pengembang, dan pengawas terhadap kualitas dan mutu pendidikan profesi. *Kedua*, sebagai pembina, pengembang, dan pengawas terhadap kualitas dan mutu pelayanan. *Ketiga*, sebagai pembina, pengembang, dan pengawas kehidupan profesi.

Dalam menjalankan perannya, organisasi profesi memiliki beberapa fungsi sebagai berikut:

1. Bidang Pendidikan

- a. Menetapkan standar pendidikan profesi.
- b. Mengembangkan pendidikan profesi berjenjang dan berkelanjutan.

2. Bidang Pelayanan Profesi

- a. Menetapkan standar profesi.
- b. Memberikan izin atau rekomendasi praktik.
- c. Memberikan registrasi tenaga profesi.
- d. Menyusun dan menetapkan kode etik profesi

3. Bidang Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

- a. Merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi pelaksanaan riset.
- b. Merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi IPTEK dalam profesi.

4. Bidang Kehidupan Profesi

- a. Membina, mengawasi organisasi profesi.
- b. Membina kerja sama dengan pemerintah, masyarakat, profesi lain, dan sesama anggota.

- c. Membina kerja sama dengan organisasi sejenis dengan negara lain.
- d. Membina, mengupayakan, dan mengawasi kesejahteraan anggota.

B. PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA (PPNI)

Ketentuan mengenai pendirian organisasi perawat telah seperti yang telah disebutkan sebelumnya, salah satu organisasi keperawatan tingkat nasional yang merupakan wadah pengembangan bagi perawat di Indonesia adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang didirikan pada tanggal 17 Maret 1974. PPNI merupakan gabungan dari berbagai organisasi keperawatan, seperti Ikatan Perawat Indonesia (IPI), Persatuan Perawat Indonesia (PPI), Ikatan Guru Perawat Indonesia (IGPI), serta Ikatan Perawat Wanita Indonesia (IPWI).

Sebagai organisasi profesi yang berorientasi pada kebutuhan kesehatan masyarakat, yang tercermin dalam rencana strategik PPNI memiliki beberapa tujuan yang meliputi:

1. Terwujudnya Undang-Undang Praktik Keperawatan serta berfungsinya Konsil Keperawatan Indonesia dalam rangka menjamin perlindungan terhadap masyarakat dan profesi keperawatan.
2. Bersatunya perawat yang komit dengan kepemimpinan yang kuat untuk membawa perubahan terhadap pendidikan dan pelayanan keperawatan.
3. Terbentuknya Sistem Penghargaan dan Jejaring Karir Profesional bagi perawat yang didukung oleh Sistem Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan yang kuat.
4. Terwujudnya Pusat Sistem Informasi Keperawatan Indonesia.
5. Meningkatnya kinerja organisasi profesi keperawatan dengan Pengurus Pusat yang kuat.
6. Meningkatnya citra perawat profesional.
7. Membina dan mengembangkan organisasi profesi keperawatan antara lain: persatuan dan kesatuan, kerja sama dengan pihak lain dan pembinaan manajemen organisasi.

8. Membina, mengembangkan dan mengawasi mutu pendidikan dan pelayanan keperawatan di Indonesia.
9. Membina dan mengembangkan IPTEK keperawatan di Indonesia.
10. Membina dan mengupayakan kesejahteraan anggota.

Untuk mencapai tujuannya, PPNI juga telah merumuskan tugas dan fungsinya. Tugas pokok PPNI terbagi dalam tiga bidang, yakni pembinaan organisasi, pembinaan profesi, dan kesejahteraan anggota. Pada bidang pembinaan organisasi, PPNI bertugas membina kelembagaan anggotanya dan kader kepemimpinan. Untuk pembinaan profesi, PPNI bertugas meningkatkan mutu pelayanan, penghayatan dan pengamalan kode etik perawat, mengutamakan terbentuknya peraturan perundang-undangan keperawatan serta mengembangkan ilmu dan teknologi keperawatan. Sementara itu, untuk kesejahteraan anggotanya, PPNI bertugas membina hubungan kerja sama dengan organisasi dan lembaga lain didalam maupun diluar negeri.

Seperti yang disinggung sebelumnya, PPNI merupakan wadah bagi tenaga keparwatan di Indonesia. Oleh karena itu, fungsi utama PPNI adalah sebagai wadah tenaga keperawatan yang memiliki kesatuan kehendak sesuai dengan posisi jabatan, profesi, dan lingkungan untuk mencapai tujuan organisasi. Selain fungsi tersebut, PPNI juga berfungsi mengembangkan dan mengamalkan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada program-program pembangunan manusia secara holistik tanpa membedakan golongan, suku, keturunan, agama/kepercayaan terhadap Tuhan YME. Terakhir, PPNI berfungsi menampung, memadukan, menyalurkan dan memperjuangkan aspirasi tenaga keperawatan serta mengembangkan keprofesian dan kesejahteraan tenaga keperawatan.

Untuk menjalankan tugas-tugasnya PPNI telah membentuk struktur organisasi tersendiri. Struktur Organisasi PPNI terdiri dari Dewan Pengurus dan Dewan Pertimbangan. Dewan Pengurus PPNI terdiri dari Dewan Pengurus Pusat (Pengurus Harian dan Pengurus Pleno), Dewan Pengurus Wilayah Provinsi,

Dewan Pengurus Daerah Kabupaten/Kota, Dewan Pengurus Komisariat, serta Dewan Pengurus Perwakilan Luar Negeri. Sementara itu, Dewan Pertimbangan terdiri dari Dewan Pertimbangan Pusat, Dewan Pertimbangan Provinsi, dan Dewan Pertimbangan Kabupaten/Kota. Selain dewan pengurus dan dewan pertimbangan, ada beberapa jenis keanggotaan PPNI yang dapat dicermati dalam tabel berikut.

Anggota Biasa	Anggota Khusus	Anggota Kehormatan
» Warga negara Indonesia; » Memiliki ijazah pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau memiliki ijazah pendidikan spk atau spr dalam jangka waktu selambat-lambatnya tahun 2020;	» Perawat warga negara asing yang bekerja di Indonesia dan telah memenuhi ketentuan Pemerintah RI dan telah mengikuti proses adaptasi sesuai peraturan perundangan. » Memiliki surat pernyataan yang menunjukkan bahwa pengusul memiliki perilaku etis yang baik dari organisasi profesi negara asal; » Telah teregistrasi di negara asal;	Diberikan kepada setiap Warga Negara Indonesia yang telah berjasa terhadap perkembangan keperawatan dan/atau organisasi PPNI dan diatur dalam peraturan organisasi.
» Menyatakan diri untuk menjadi anggota ppni melalui proses pendaftaran anggota pada pengurus kab/kota atau komisariat;	» Menyatakan diri untuk menjadi anggota PPNI melalui proses pendaftaran anggota pada pengurus Kabupaten/Kota atau Komisariat.	

» Mengisi dan menandatangani surat persetujuan bersedia mengikuti dan mentaati anggaran dasar/anggaran rumah tangga (ad/art) ppni dan kode etik keperawatan indonesia; dan » Bersedia aktif mengikuti kegiatan organisasi yang dilaksanakan PPNI dan atau ikatan dan atau himpunan di bawah PPNI.	» Mengisi dan menandatangani surat persetujuan bersedia mengikuti dan mentaati AD/ART PPNI dan Kode Etik Keperawatan Indonesia; dan » Aktif mengikuti kegiatan organisasi yang dilaksanakan PPNI dan atau Ikatan dan atau Himpunan di bawah PPNI.	
--	--	--

Tabel 8.1 Jenis keanggotaan PPNI

Dalam menjalankan roda organisasi, setiap anggota PPNI memiliki hak dan kewajiban masing-masing. Kewajiban anggota PPNI antara lain menjunjung tinggi, menaati dan mengamalkan sumpah perawat, Kode Etik Perawat Indonesia, Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dan semua peraturan serta Keputusan PPNI. Selain itu, setiap anggota PPNI wajib membayar uang pangkal dan iuran tahunan (kecuali anggota kehormatan), menghadiri rapat-rapat atas undangan Pengurus PPNI, serta memberikan informasi yang benar sesuai kebutuhan kepada pengurus sesuai keanggotaannya.

Di sisi lain, setiap anggota PPNI berhak mengajukan pendapat, usul atau pertanyaan baik lisan maupun tertulis kepada pengurus PPNI, mengikuti seluruh kegiatan organisasi, memilih, dan dipilih sesuai jenjang kepengurusan organisasi. Anggota PPNI juga mendapatkan kesempatan menambah atau

mengembangkan ilmu dan keterampilan keperawatan yang diselenggarakan organisasi sesuai program dan kemampuan organisasi serta memenuhi persyaratan yang ditetapkan. Selain itu, anggota PPNI juga berhak mendapatkan perlindungan dan pembelaan dalam melaksanakan tugas organisasi dan profesi, apabila memenuhi AD/ART, Kode Etik Perawat Indonesia, Standar Kompetensi, Standar Praktik, Peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, dan ketentuan organisasi. Terakhir, setiap anggota PPNI berhak mendapatkan pembelaan terhadap kasus yang terkait dengan masalah hukum dalam lingkup praktik keperawatan, apabila anggota tersebut telah memenuhi kewajiban sebagai anggota.

C. ORGANISASI KEPERAWATAN INTERNASIONAL

1. *International Council of Nurses (ICN)*

International Council of Nurses atau Konsil Keperawatan Internasional (KKI) adalah sebuah federasi yang beranggotakan asosiasi-asosiasi perawat nasional (NNAs) dari 133 negara di dunia dan merupakan representasi dari jutaan perawat di seluruh dunia. Didirikan pada tanggal 1 Juli 1899 yang dimotori oleh Bedford Fenwick dan mengadakan kongres setiap 4 tahun sekali, berpusat di Geneva, Swiss.

ICN tidak memiliki keanggotaan secara perseorangan. Peran perawat yang telah terdaftar dalam asosiasi perawat nasional dari suatu negara secara otomatis juga terdaftar sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari ICN.

Misi ICN adalah sebagai representasi dari profesi perawat dalam tatanan internasional dan terlibat secara aktif dalam mempengaruhi kebijakan kesehatan di seluruh dunia. Kode etik keperawatan menurut ICN (1973) menegaskan bahwa keperawatan bersifat universal. Keperawatan tidak dibatasi oleh perbedaan kebangsaan, ras, warna kulit, usia, jenis kelamin, aliran politik, agama, dan status sosial.

2. ***American Nurses Association (ANA)***

ANA adalah organisasi profesi perawat di Amerika Serikat. Didirikan pada akhir tahun 1800 yang anggotanya terdiri dari organisasi perawat dari negara-negara bagian. ANA berperan dalam menetapkan standar praktik keperawatan, melakukan penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan serta menampilkan profil keperawatan profesional dengan pemberlakuan legislasi keperawatan.

3. ***Canadian Association of Nurses (CAN)***

CAN adalah asosiasi perawat nasional di Kanada. Memiliki tujuan yang sama dengan ANA, yaitu membuat standar praktik keperawatan, mengusahakan peningkatan standar praktik keperawatan, mendukung peningkatan profesionalisasi keperawatan, dan meningkatkan kesejahteraan perawat. CAN juga berperan aktif meningkatkan mutu pendidikan keperawatan, pemberian izin bagi praktik keperawatan mandiri.

4. ***National League for Nursing (NLN)***

NLN adalah suatu organisasi terbuka untuk semua orang yang berkaitan dengan keperawatan meliputi perawat, non perawat seperti asisten perawat (pekerja) dan agencies. Didirikan pada tahun 1952. Bertujuan untuk membantu pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan pendidikan keperawatan.

5. ***British Nurses Association (BNA)***

BNA adalah asosiasi perawat nasional di Inggris. Didirikan pada tahun 1887 oleh Mrs. Fernwick. BNA bertujuan untuk memperkuat persatuan dan kesatuan seluruh perawat di Inggris dan berusaha memperoleh pengakuan terhadap profesi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almond, B. 1993. "Rights". *A companion to ethics*. Oxford: Blackwell.
- American Hospital Association. 2011 Committee on Research, Teri Fontenot and Alfred G. Stubblefield, co-chairs. 2011. *Caring for Vulnerable Populations*. Chicago: American Hospital Association.
- ANA Center for Ethics and Human Rights. 2013. "Eutanasia, Assisted Suicide, and Aid in Dying". *Position Statement*. American Nurses Association.
- Canadian Nurses Association (CNA). 2002. "The Role of The Nurse in Reproductive and Genetic Technologies". *Position Statement*. Canadian Nurses Association.
- Cruess, Sylvia R., Sharon Johnston, & Richard L. Cruess. 2004. "Profession: A Working Definition for Medical Educators". *Teaching and learning in Medicine* 16.1. New Delhi: Taylor & Francis Group.
- Davis, J. H., Stasson, M. F., Ono, K., & Zimmerman, S. 1988. "Effects of Straw Polls on Group Decision Making: Sequential Voting Pattern, Timing, and Local Majorities". *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 918-926. American Psychological Association.
- Dermawan, Deden. 2013. *Pengantar Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ellis, Janice Rider & Celia Love Hartley. 2012. *Nursing in Today's Worlds: Trend, Issue, and Management*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Fagin, Claire M. 1975. "Nurses' Rights". *American Journal of Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fowler, Marsha, Ed. 2008. *Guide to the Code of Ethics for Nurses: Interpretation and Application*. Silver Spring, MD. American Nurses Association.
- Guthrie, James W. 2002. *Encyclopedia of Education (8 Volumes)*. Farmington Hills: Macmillan Reference USA.
- Hastuti, Apriyani Puji. 2015. "Proses Pengambilan Keputusan Etik dalam Praktek Keperawatan". *Modul Kuliah Etika Keperawatan*. Politeknik Kesehatan Rumah Sakit dr Soepraoen Malang.
- Hasyim, M., Joko Prasetyo, Abdul Ghofar. 2014. *Buku Pedoman Keperawatan dari Etika sampai Kamus Keperawatan*. Yogyakarta: Indoliterasi.

- Hoesin, Iskandar. 2003. "Perlindungan terhadap Kelompok Rentan (Wanita, Anak, Minoritas, Suku Terasing, dll) dalam Perspektif Hak Asasi Manusia". Makalah Seminar disampaikan pada Seminar Pembangunan Hukum Nasional ke VIII Tahun 2003, Denpasar, Bali.
- Hospers, J. 1995. *Human Conduct: Problems of Ethics 3rd Edition*. New York: Harcourt Brace Jovanich.
- Husted, Jems H. & Gladys L. Husted. 2007. *Ethical Decision Making in Nursing and Health Care: The Symphonological Approach, Fourth Edition (Bioethical Decision Making in Nursing (Husted))*. New York: Springer Publishing Company.
- James F. Childress, Tom L. Beauchamp. 2009. *Principles of Biomedical Ethics 6th Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Keraf, Alexander Sonny. 2006. *Etika Bisnis*. Yogyakarta: Kanisius.
- Krason, S.M., Hollberg, W. B. 1986. *The Law and History of Abortion: The Supreme Court Refuted*. New York: Facts on File Publications.
- Merton, Robert K. 1968. *Social Theory and Social Structure*. Washington: Free Press.
- Nursalam & Ferry Efendi. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan
- Potter, Patricia & Anne Perry. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-Vol Set) Edisi Ketujuh*. Elseiver.
- Potter, Patricia A. 2005. *Fundamental of Nursing: Concepts, Proses and Practice 1st Edition*. Jakarta: EGC.
- PPNI. 2000. *Kode Etik Keperawatan Lambang Panji PPNI dan Ikrar Keperawatan*. Jakarta: Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. 2000. *Kode Etik Keperawatan Lambang Panji PPNI dan Ikrar Keperawatan*. Jakarta: Pengurus Pusat PPNI.
- Putri, Trikaloka H. dan Achmad Fanani. 2011. *Etika Profesi Keperawatan*. Yogyakarta: Citra pustaka.

- Ruth B. Purtilo. 2009. *The Ethical Life of Rural Health Care Professionals*. Dartmouth College Press. University Press of New England.
- Schwarz, Catherine E. 1998. *The Chambers Dictionary 2nd Revised*. London: Chambers.
- Supriadi, Wila Chandrawila. 2001. *Hukum Kedokteran*. Bandung: Mandar Maju.
- Undang-Undang No.39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
- Williams, John R. 2006. *Panduan Etika Medis*. Diterjemahkan oleh Tim Penerjemah PSKI FK UMY. Pusat Studi Kedokteran Islam Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Sumber Internet:

- American Nurses Association (ANA).2001. "Nurses' Bill of Rights". Diakses dari <http://www.nursingworld.org/NursesBillofRights> pada 15 Agustus 2017.
- Bradley, Loretta J., C. Bret Hendricks. 2008. "Ethical Decision Making: Basic Issues". Diakses dari <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066480708317728> pada 21 Agustus 2017.
- Deb Bennett-Woods. 2005. "Ethics at A Glance". Regis University. Diakses dari https://www.researchgate.net/profile/Deb_Bennett-Woods/publication/242207298_ETHICS_AT_A_GLANCE/links/5564938508aec4b0f4858d2b/ETHICS-AT-A-GLANCE.pdf pada 16 Agustus 2017.
- Frame, Marsha Wiggins & Carmen Braun Williams. 2005. "A Model of Ethical Decision Making from a Multicultural Perspective". University of Colorado. Diakses dari https://www.researchgate.net/publication/234684263_A_Model_of_Ethical_Decision_Making_From_a_Multicultural_Perspective pada 21 Agustus 2017.
- Lachman, Vicki D. 2012. "Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice". *Medsurg Nursing*. March-April 2012. Vol. 21/No. 21. Diunduh dari <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Applying-the-Ethics-of-Care-to-Your-Nursing-Practice.pdf> pada 16 Agustus 2017.
- Levitt, Dana Heller, Tierney J. Farry and Julia R. Mazzarella. 2015. "Counselor Ethical Reasoning: Decision-Making Practice Versus

- Theory". *Counseling and Values*. Diakses dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cvj.2015.60.issue-1/issuetoc> pada 20 Agustus 2017.
- McCabe H. 2007. "Nursing Involvement in Eutanasia: A 'Nursing-As-Healing-Praxis' Approach". *Nurs Philos*. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17581245> pada 21 Agustus 2017.
- Quaghebeur T., Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. 2009. "Nursing and eutanasia: a review of argument-based ethics literature". *Nurs Ethics*. Diakses dari http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009104610?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed pada 21 Agustus 2017.
- Stadler, Holly. 1986. "Preface to the Special Issue". *Journal of Counseling & Development Volume 64, Issue 5*. Diakses dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcad.1986.64.issue-5/issuetoc> pada 21 Agustus 2017.
- Tinana, Jeremy. 2007. "Ethical Rights & Responsibilities of Nurses". Diakses dari <http://75395872.weebly.com/abortion.html> pada Agustus 2017.
- Verpoort C., Gastmans C, De Bal N, Dierckx de Casterlé B. 2004. "Nurses' Attitudes to Eutanasia: A Review of The Literature". *Nurs Ethics*. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15253571> pada 21 Agustus 2017.
- White, Becky Cox. 1999. "Assisted suicide and nursing: Possibly compatible?". *Journal of Professional Nursing Volume 15, Issue 3, May-June 1999*. Diakses dari <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722399800362> pada 21 Agustus 2017.
- WHO. 2015. "Health and human rights". Diakses dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> pada 15 Agustus 2017.

**UNDANG-UNDANG RI NOMOR
38 TAHUN 2014 TENTANG
KEPERAWATAN**

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 38 TAHUN 2014
TENTANG
KEPERAWATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang: a. bahwa untuk memajukan kesejahteraan umum sebagai salah satu tujuan nasional sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan;
- b. bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan;
- c. bahwa penyelenggaraan pelayanan keperawatan harus dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan terjangkau oleh perawat yang memiliki kompetensi, kewenangan, etik, dan moral tinggi;
- d. bahwa mengenai keperawatan perlu diatur secara komprehensif dalam Peraturan Perundang-undangan guna memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada perawat dan masyarakat;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu membentuk Undang-Undang tentang Keperawatan.

Mengingat: Pasal 20, Pasal 21, dan Pasal 28C Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dengan Persetujuan Bersama:
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA

dan

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: UNDANG-UNDANG TENTANG KEPERAWATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.
2. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
3. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.
4. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan.
5. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.
6. Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi Keperawatan.

7. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap kompetensi Perawat yang telah lulus Uji Kompetensi untuk melakukan Praktik Keperawatan.
8. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik Keperawatan yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
9. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Perawat yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta telah diakui secara hukum untuk menjalankan Praktik Keperawatan.
10. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Keperawatan kepada Perawat yang telah diregistrasi.
11. Surat Izin Praktik Perawat yang selanjutnya disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan Praktik Keperawatan.
12. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
13. Perawat Warga Negara Asing adalah Perawat yang bukan berstatus Warga Negara Indonesia.
14. Klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa Pelayanan Keperawatan.
15. Organisasi Profesi Perawat adalah wadah yang menghimpun Perawat secara nasional dan berbadan hukum sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
16. Kolegium Keperawatan adalah badan yang dibentuk oleh Organisasi Profesi Perawat untuk setiap cabang disiplin ilmu Keperawatan yang bertugas mengampu dan meningkatkan mutu pendidikan cabang disiplin ilmu tersebut.
17. Konsil Keperawatan adalah lembaga yang melakukan tugas secara independen.

18. Institusi Pendidikan adalah perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan Keperawatan.
19. Wahana Pendidikan Keperawatan yang selanjutnya disebut wahana pendidikan adalah fasilitas, selain perguruan tinggi, yang digunakan sebagai tempat penyelenggaraan pendidikan Keperawatan.
20. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintah negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
21. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, dan Wali Kota serta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan.
22. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Praktik Keperawatan berasaskan:

- a. perikemanusiaan;
- b. nilai ilmiah;
- c. etika dan profesionalitas;
- d. manfaat;
- e. keadilan;
- f. perlindungan; dan
- g. kesehatan dan keselamatan Klien.

Pasal 3

Pengaturan Keperawatan bertujuan:

- a. meningkatkan mutu Perawat;
- b. meningkatkan mutu Pelayanan Keperawatan;
- c. memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Perawat dan Klien; dan
- d. meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

BAB II

JENIS PERAWAT

Pasal 4

- (1) Jenis Perawat terdiri atas:
 - a. Perawat profesi; dan
 - b. Perawat vokasi.
- (2) Perawat profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. ners; dan
 - b. ners spesialis.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai jenis Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB III

PENDIDIKAN TINGGI KEPERAWATAN

Pasal 5

Pendidikan tinggi Keperawatan terdiri atas:

- a. pendidikan vokasi;
- b. pendidikan akademik; dan
- c. pendidikan profesi.

Pasal 6

- (1) Pendidikan vokasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a merupakan program diploma Keperawatan.
- (2) Pendidikan vokasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a paling rendah adalah program Diploma Tiga Keperawatan.

Pasal 7

Pendidikan akademik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b terdiri atas:

- a. program sarjana Keperawatan;

- b. program magister Keperawatan; dan
- c. program doktor Keperawatan.

Pasal 8

Pendidikan profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf c terdiri atas:

- a. program profesi Keperawatan; dan
- b. program spesialis Keperawatan.

Pasal 9

- (1) Pendidikan Tinggi Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 diselenggarakan oleh perguruan tinggi yang memiliki izin penyelenggaraan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Perguruan tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk universitas, institut, sekolah tinggi, politeknik, atau akademi.
- (3) Perguruan tinggi dalam menyelenggarakan Pendidikan Tinggi Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyediakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan serta berkoordinasi dengan Organisasi Profesi Perawat.
- (4) Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilakukan melalui:
 - a. kepemilikan; atau
 - b. kerja sama.
- (5) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan rumah sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang memenuhi persyaratan, termasuk jejaring dan komunitas di dalam wilayah binaannya.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan setelah berkoordinasi dengan Menteri.

Pasal 10

- (1) Perguruan tinggi Keperawatan diselenggarakan oleh Pemerintah atau masyarakat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Perguruan tinggi Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaksanakan tridarma perguruan tinggi.

Pasal 11

- (1) Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Keperawatan harus memenuhi Standar Nasional Pendidikan Keperawatan.
- (2) Standar Nasional Pendidikan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- (3) Standar Nasional Pendidikan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara bersama oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, asosiasi institusi pendidikan, dan Organisasi Profesi Perawat.
- (4) Standar Nasional Pendidikan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.

Pasal 12

- (1) Dalam rangka menjamin mutu lulusan, penyelenggara pendidikan tinggi Keperawatan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional.
- (2) Ketentuan mengenai kuota nasional penerimaan mahasiswa diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan setelah berkoordinasi dengan Menteri.

Pasal 13

- (1) Institusi Pendidikan tinggi Keperawatan wajib memiliki dosen dan tenaga kependidikan.

- (2) Dosen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari:
- a. perguruan tinggi; dan
 - b. Wahana Pendidikan Keperawatan.
- (3) Dosen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Dosen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Dosen pada Wahana Pendidikan Keperawatan memberikan pendidikan serta melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan pelayanan kesehatan.
- (2) Dosen pada Wahana Pendidikan Keperawatan memiliki kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit yang memperhitungkan kegiatan pelayanan kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit dosen pada Wahana Pendidikan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 15

- (1) Tenaga kependidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) dapat berasal dari pegawai negeri dan/atau nonpegawai negeri.
- (2) Tenaga kependidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 16

- (1) Mahasiswa Keperawatan pada akhir masa pendidikan vokasi dan profesi harus mengikuti Uji Kompetensi secara nasional.
- (2) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh perguruan tinggi bekerja sama dengan

- Organisasi Profesi Perawat, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi.
- (3) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja.
 - (4) Standar kompetensi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disusun oleh Organisasi Profesi Perawat dan Konsil Keperawatan dan ditetapkan oleh Menteri.
 - (5) Mahasiswa pendidikan vokasi Keperawatan yang lulus Uji Kompetensi diberi Sertifikat Kompetensi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi.
 - (6) Mahasiswa pendidikan profesi Keperawatan yang lulus Uji Kompetensi diberi Sertifikat Profesi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi.
 - (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan Uji Kompetensi diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.

BAB IV

REGISTRASI, IZIN PRAKTIK, DAN REGISTRASI ULANG

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 17

Untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Perawat, Menteri dan Konsil Keperawatan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan mutu Perawat sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Bagian Kedua

Registrasi

Pasal 18

- (1) Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki STR.

- (2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Konsil Keperawatan setelah memenuhi persyaratan.
- (3) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
- a. memiliki ijazah pendidikan tinggi Keperawatan;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun.
- (5) Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
- a. memiliki STR lama;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
 - e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; dan
 - f. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf e dan huruf f diatur oleh Konsil Keperawatan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara Registrasi dan Registrasi ulang diatur dalam peraturan konsil keperawatan.

Bagian Ketiga

Izin Praktik

Pasal 19

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

Pasal 20

- (1) SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
- (2) SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat.

Pasal 21

Perawat yang menjalankan praktik mandiri harus memasang papan nama Praktik Keperawatan.

Pasal 22

SIPP tidak berlaku apabila:

- a. dicabut berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;

- b. habis masa berlakunya;
- c. atas permintaan Perawat; atau
- d. Perawat meninggal dunia.

Pasal 23

Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan diatur dalam Peraturan Menteri

Pasal 24

- (1) Perawat Warga Negara Asing yang akan menjalankan praktik di Indonesia harus mengikuti evaluasi kompetensi.
- (2) Evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui: penilaian kelengkapan administratif; dan penilaian kemampuan untuk melakukan praktik.
- (3) Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas:
 - a. penilaian keabsahan ijasah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan;
 - b. surat keterangan sehat fisik dan mental; dan
 - c. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dinyatakan dengan surat keterangan telah mengikuti program evaluasi kompetensi dan Sertifikat Kompetensi.
- (5) Selain ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Perawat Warga Negara Asing harus memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 25

- (1) Perawat Warga Negara Asing yang sudah mengikuti proses evaluasi kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia harus memiliki STR Sementara dan SIPP.

- (2) STR sementara bagi Perawat Warga Negara Asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.
- (3) Perawat Warga Negara Asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia berdasarkan atas permintaan pengguna Perawat Warga Negara Asing.
- (4) Praktik Perawat Warga Negara Asing sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditujukan untuk meningkatkan kapasitas Perawat Indonesia.
- (5) SIPP bagi Perawat Warga Negara Asing berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.

Pasal 26

Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan dan praktik Perawat Warga Negara Asing diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 27

- (1) Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia harus mengikuti proses evaluasi kompetensi.
- (2) Proses evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penilaian kelengkapan administratif; dan
 - b. penilaian kemampuan untuk melakukan Praktik Keperawatan.
- (3) Kelengkapan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas:
 - a. penilaian keabsahan ijasah oleh menteri yang bertanggung jawab di bidang pendidikan;
 - b. surat keterangan sehat fisik dan mental; dan
 - c. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
- (4) Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui Uji

Kompetensi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (5) Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah lulus Uji Kompetensi dan akan melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia memperoleh STR.
- (6) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan oleh Konsil Keperawatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (7) Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) wajib memiliki SIPP sesuai dengan ketentuan undang-undang ini.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara proses evaluasi kompetensi bagi Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB V

PRAKTIK KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 28

- (1) Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sasarannya.
- (2) Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Praktik Keperawatan mandiri; dan
 - b. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (3) Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
- (4) Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.

- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan dalam suatu wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua

Tugas dan Wewenang

Pasal 29

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai:
- a. pemberi Asuhan Keperawatan;
 - b. penyuluh dan konselor bagi Klien;
 - c. pengelola Pelayanan Keperawatan;
 - d. peneliti Keperawatan;
 - e. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - f. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- (2) Tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri.
- (3) Pelaksanaan tugas Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 30

- (1) Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:
- a. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik;
 - b. menetapkan diagnosis Keperawatan;
 - c. merencanakan tindakan Keperawatan;
 - d. melaksanakan tindakan Keperawatan;
 - e. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
 - f. melakukan rujukan;

- g. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
 - h. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
 - i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
 - j. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.
- (2) Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:
- a. melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
 - b. menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - c. membantu penemuan kasus penyakit;
 - d. merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - e. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - f. melakukan rujukan kasus;
 - g. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - h. melakukan pemberdayaan masyarakat;
 - i. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
 - j. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
 - k. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
 - l. mengelola kasus; dan
 - m. melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Pasal 31

- (1) Dalam menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi Klien, Perawat berwenang:
 - a. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat;
 - b. melakukan pemberdayaan masyarakat;
 - c. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
 - d. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat; dan
 - e. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola Pelayanan Keperawatan, Perawat berwenang:
 - a. melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan;
 - b. merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan; dan
 - c. mengelola kasus.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti Keperawatan, Perawat berwenang:
 - a. melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika;
 - b. menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan; dan
 - c. menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 32

- (1) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.

- (2) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
- (3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (4) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.
- (5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
- (6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.
- (7) Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang:
 - a. melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;
 - b. melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan
 - c. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.

Pasal 33

- (1) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf f merupakan penugasan Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas.
- (2) Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala

Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat.

- (3) Pelaksanaan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang:
 - a. melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis;
 - b. merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan; dan
 - c. melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian.

Pasal 34

Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas dan wewenang Perawat diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 35

- (1) Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, Perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya.
- (2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
- (3) Keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa atau kecacatan Klien.
- (4) Keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Perawat sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB VI
HAK DAN KEWAJIBAN
Bagian Kesatu
Hak dan Kewajiban Perawat

Pasal 36

Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
- c. menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
- d. menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- e. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Pasal 37

Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

- a. melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- c. merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;

- d. mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
- e. memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
- f. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan
- g. melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Klien

Pasal 38

Dalam Praktik Keperawatan, Klien berhak:

- a. mendapatkan informasi secara, benar, jelas, dan jujur tentang tindakan Keperawatan yang akan dilakukan;
- b. meminta pendapat Perawat lain dan/atau tenaga kesehatan lainnya;
- c. mendapatkan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- d. memberi persetujuan atau penolakan tindakan Keperawatan yang akan diterimanya; dan
- e. memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya.

Pasal 39

(1) Pengungkapan rahasia kesehatan Klien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 huruf e dilakukan atas dasar:

- a. kepentingan kesehatan Klien;
- b. pemenuhan permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum;

- c. persetujuan Klien sendiri;
 - d. kepentingan pendidikan dan penelitian; dan
 - e. ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kesehatan Klien diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 40

Dalam Praktik Keperawatan, Klien berkewajiban:

- a. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur tentang masalah kesehatannya;
- b. mematuhi nasihat dan petunjuk Perawat;
- c. mematuhi ketentuan yang berlaku di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
- d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

BAB VII

ORGANISASI PROFESI PERAWAT

Pasal 41

- (1) Organisasi Profesi Perawat dibentuk sebagai satu wadah yang menghimpun Perawat secara nasional dan berbadan hukum.
- (2) Organisasi Profesi Perawat bertujuan untuk:
 - a. meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi Perawat; dan
 - b. mempersatukan dan memberdayakan Perawat dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan.

Pasal 42

Organisasi Profesi Perawat berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas Keperawatan di Indonesia.

Pasal 43

Organisasi Profesi Perawat berlokasi di ibukota negara Republik Indonesia dan dapat membentuk perwakilan di daerah.

BAB VIII

KOLEGIUM KEPERAWATAN

Pasal 44

- (1) Kolegium Keperawatan merupakan badan otonom di dalam Organisasi Profesi Perawat.
- (2) Kolegium Keperawatan bertanggung jawab kepada Organisasi Profesi Perawat.

Pasal 45

Kolegium Keperawatan berfungsi mengembangkan cabang disiplin ilmu Keperawatan dan standar pendidikan tinggi bagi Perawat profesi.

Pasal 46

Ketentuan lebih lanjut mengenai Kolegium Keperawatan diatur oleh Organisasi Profesi Perawat.

BAB IX

KONSIL KEPERAWATAN

Pasal 47

- (1) Untuk meningkatkan mutu Praktik Keperawatan dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada Perawat dan masyarakat, dibentuk Konsil Keperawatan.
- (2) Konsil Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Pasal 48

Konsil Keperawatan sebagai mana dimaksud dalam Pasal 47 berkedudukan di ibukota negara Republik Indonesia.

Pasal 49

- (1) Konsil Keperawatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan, dan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan.

- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Konsil Keperawatan memiliki tugas:
- a. melakukan Registrasi Perawat;
 - b. melakukan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan;
 - c. menyusun standar pendidikan tinggi Keperawatan;
 - d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Perawat; dan
 - e. menegakkan disiplin Praktik Keperawatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan fungsi dan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Konsil Keperawatan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49, Konsil Keperawatan mempunyai wewenang:

- a. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat Warga Negara Asing;
- b. menerbitkan atau mencabut STR;
- c. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat;
- d. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawat; dan
- e. memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan Institusi Pendidikan Keperawatan.

Pasal 51

Pendanaan untuk pelaksanaan kegiatan Konsil Keperawatan dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja negara dan sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 52

- (1) Keanggotaan Konsil Keperawatan terdiri atas unsur Pemerintah, Organisasi Profesi Keperawatan, Kolegium Keperawatan,

asosiasi Institusi Pendidikan Keperawatan, asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan tokoh masyarakat.

- (2) Jumlah anggota Konsil Keperawatan paling banyak 9 (sembilan) orang.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai susunan organisasi, pengangkatan, pemberhentian, dan keanggotaan Konsil Keperawatan diatur dengan Peraturan Presiden.

BAB X

PENGEMBANGAN, PEMBINAAN, DAN PENGAWASAN

Pasal 53

- (1) Pengembangan Praktik Keperawatan dilakukan melalui pendidikan formal dan pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan.
- (2) Pengembangan Praktik Keperawatan bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan keprofesionalan Perawat.
- (3) Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan Keperawatan.
- (4) Dalam hal meningkatkan keprofesionalan Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan, pemilik atau pengelola Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memfasilitasi Perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan.
- (5) Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Organisasi Profesi Perawat, atau lembaga lain yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan Praktik Keperawatan yang didasarkan pada standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

Pasal 54

Pendidikan Keperawatan dibina oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan dan berkoordinasi dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 55

Pemerintah, Pemerintah Daerah, Konsil Keperawatan, dan Organisasi Profesi membina dan mengawasi Praktik Keperawatan sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.

Pasal 56

Pembinaan dan pengawasan Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 diarahkan untuk:

- a. meningkatkan mutu Pelayanan Keperawatan;
- b. melindungi masyarakat atas tindakan Perawat yang tidak sesuai dengan standar; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi Perawat dan masyarakat.

Pasal 57

Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan Praktik Keperawatan yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Konsil Keperawatan, dan Organisasi Profesi sebagaimana dimaksud pada Pasal 55 diatur dalam Peraturan Menteri.

BAB XI

SANKSI ADMINISTRATIF

Pasal 58

- (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan Pasal 18 ayat (1), Pasal 21, Pasal 24 ayat (1), dan Pasal 27 ayat (1) dikenai sanksi administratif.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. peringatan tertulis;

- c. denda administratif; dan/atau
 - d. pencabutan izin.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 59

STR dan SIPP yang telah dimiliki oleh Perawat sebelum Undang-Undang ini diundangkan dinyatakan tetap berlaku sampai jangka waktu STR dan SIPP berakhir.

Pasal 60

Selama Konsil Keperawatan belum terbentuk, permohonan untuk memperoleh STR yang masih dalam proses diselesaikan dengan prosedur yang berlaku sebelum Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 61

Perawat lulusan sekolah perawat kesehatan yang telah melakukan Praktik Keperawatan sebelum Undang-Undang ini diundangkan masih diberikan kewenangan melakukan Praktik Keperawatan untuk jangka waktu 6 (enam) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.

BAB XIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 62

Institusi Pendidikan Keperawatan yang telah ada sebelum Undang-Undang ini diundangkan harus menyesuaikan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 paling lama 3 (tiga) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 63

Konsil Keperawatan dibentuk paling lama 2 (dua) tahun sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 64

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, semua Peraturan Perundang-undangan yang mengatur mengenai Keperawatan dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan atau belum diganti berdasarkan Undang-Undang ini.

Pasal 65

Peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pasal 66

Undang-undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Disahkan Di Jakarta,

Pada Tanggal 17 Oktober 2014

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan Di Jakarta,

Pada Tanggal 17 Oktober 2014

**MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA REPUBLIK
INDONESIA,**

Ttd.

AMIR SYAMSUDIN

**LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014
NOMOR 307**

PROFIL PENULIS



Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep., Ns. M.Sc., lahir di Karangasem, Bali pada 5 Januari 1960. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan mulai dari Sekolah Dasar (SD) hingga Sekolah Menengah Atas (SMA) di Kotamobagu, Sulawesi Utara. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang D-III Keperawatan pada Akademi Keperawatan (Akper) Ujung Pandang; Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam (FMIPA) IKIP Manado; Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK Universitas Gadjah Mada (UGM); Profesi Ners FK UGM; dan jenjang S2 Hukum Kesehatan Fakultas Hukum UGM. Penulis memulai karier akademiknya dengan menjadi staf pengajar pada Akper Departemen Kesehatan Manado (1986-1991). Sejak 1992 hingga kini, penulis tercatat sebagai dosen pada Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (Poltekkes Kemenkes) Yogyakarta.



Agus Sarwo Prayogi, S. Kep., Ns., M.H. Kes., lahir di Gianyar, Bali pada 28 Juli 1970. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan SD hingga SMP di tanah kelahirannya, lalu melanjutkan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) di Yogyakarta; D-III Keperawatan di Surabaya; D-IV di FK UGM; dan meraih gelar sarjana keperawatan serta profesi ners dari PSIK FK UGM. Penulis kemudian memperoleh gelar magister kesehatan hukum dari Fakultas Hukum UGM. Kini, penulis tercatat sebagai dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

ETIKA PROFESI & HUKUM KEPERAWATAN



Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep., Ns. M.Sc., lahir di Karangasem, Bali pada 5 Januari 1960. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan mulai dari Sekolah Dasar (SD) hingga Sekolah Menengah Atas (SMA) di Kotamobagu, Sulawesi Utara. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang D-III Keperawatan pada Akademi Keperawatan (Akper) Ujung Pandang; Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam (FMIPA) IKIP Manado; Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK Universitas Gadjah Mada (UGM); Profesi Ners FK UGM; dan jenjang S2 Hukum Kesehatan Fakultas Hukum UGM. Penulis memulai karier akademiknya dengan menjadi staf pengajar pada Akper Departemen Kesehatan Manado (1986-1991). Sejak 1992 hingga kini, penulis tercatat sebagai dosen pada Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (Poltekkes Kemenkes) Yogyakarta.



Agus Sarwo Prayogi, S. Kep., Ns., M.H. Kes., lahir di Gianyar, Bali pada 28 Juli 1970. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan SD hingga SMP di tanah kelahirannya, lalu melanjutkan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) di Yogyakarta; D-III Keperawatan di Surabaya; D-IV di FK UGM; dan meraih gelar sarjana keperawatan serta profesi ners dari PSIK FK UGM. Penulis kemudian memperoleh gelar magister kesehatan hukum dari Fakultas Hukum UGM. Kini, penulis tercatat sebagai dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.



Pustaka Baru Press

Jl. Wonosari Km 6, Demblaksari RT 4 Baturetno,
Banguntapan, Bantul, Yogyakarta.
Telp. 0274 4353591. Faks. 0274-4438911

NURSING

ISBN 978-602-376-091-6



9 786023 760916